

تصویر سلامت

دوره ۶ شماره ۱ سال ۱۳۹۴ صفحه ۱۰ - ۱

بررسی تجربیات مدیران و پرستاران بیمارستان طالقانی تبریز در رابطه با طرح تحول نظام سلامت

فرید غریبی^۱، علی جنتی^۲، محسن فرج اله بیک نوری^۳، بهنام امینی دغلیان^{۴*}

چکیده

زمینه و اهداف: نظام‌های سلامت کشورهای مختلف به منظور تطابق با شرایط در حال تغییر و پاسخگویی به نیازهای جامعه نیازمند تغییرات و اصلاحات مداوم در ساختار و عملکرد خود هستند که بی تردید پایش و ارزشیابی مناسب آن‌ها در راستای مرتفع نمودن کاستی‌های اساسی بسیار ضروری است. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف بررسی نقاط قوت و ضعف طرح تحول نظام سلامت ایران در سال ۹۳ از دیدگاه مدیران و پرستاران بیمارستان طالقانی تبریز طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و در فاصله سه ماه پس از انجام طرح تحول اجرا گردید که در آن، تجربیات ۲۷ نفر از مدیران و پرستاران بیمارستان طالقانی مورد کاوش قرار گرفت. در این مطالعه، پژوهشگران ابتدا به روش غیرساختار یافته و در ادامه با رویکرد نیمه ساختار یافته مصاحبه را انجام دادند. به منظور آنالیز داده‌های به دست آمده از تحلیل محتوایی استفاده شد.

یافته‌ها: بررسی‌های مختلف نشان می‌دهد که بیشترین دستاوردهای طرح در محور مربوط به کاهش پرداختی بیمار و کمترین دستاوردها در محورهای مقیم بودن پزشکان، ارتقای کیفیت ویزیت‌ها و نیز ترویج زایمان طبیعی می‌باشد. پژوهشگران همچنین به منظور مرتفع نمودن مشکلات و کاستی‌های مطرح شده، پیشنهادات کاربردی ارائه نمودند.

بحث و نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر گویای این حقیقت است که علی‌رغم موفقیت طرح در برخی از محورهای هدف گذاری شده، چالش‌های اساسی در رابطه با بسیاری از زمینه‌ها مشهود بوده، که نیازمند توجه مسئولین و سیاست‌گذاران عرصه سلامت کشور می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: طرح تحول نظام سلامت، بیمارستان طالقانی

۱. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲. دانشیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳. کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۴. دانشجوی کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

(Email: b.amini2012@yahoo.com)

مقدمه

امروزه به مقوله سلامتی به عنوان یک حق اساسی برای یکایک افراد جامعه که دولت ها موظف به تأمین و ارتقای آن هستند نگریسته می شود و این امر در بسیاری از معاهده‌های بین المللی و قوانین حاکم بر کشورهای مختلف به وضوح تصریح شده است. بر این اساس نظام های سلامت در سرتاسر جهان با هدف ارتقای سلامت جامعه، تأمین مالی عادلانه خدمات بهداشتی و بهبود رضایت مردم از عملکرد سیستم سلامت ایجاد شده و گسترش می یابند (۱-۴).

نکته قابل توجه در این میان، اشاره به این حقیقت است که کشورهای مختلف برای دستیابی به اهداف یاد شده با چالش های عمده‌ای مواجه هستند که غلبه بر آن ها ضروری می‌نماید. همچنین گذشت زمان و گذارهای مختلف جمعیتی، اپیدمیولوژیک و اجتماعی به همراه جهت‌گیری‌های جدید ملی و بین المللی نیز شرایط را به گونه ای تغییر می دهند که دیگر نمی توان با رویکردهای غالب و بعضاً موفق گذشته پاسخگوی الزامات حاکم در شرایط جدید بود. بر این اساس لازم است تمامی نظام های سلامت، بسته به نیازهای اقتضایی موجود و شرایط پیش رو تغییرات و اصلاحاتی را در ساختار، ماهیت و یا عملکرد خود اعمال کنند تا اصل پاسخگویی آن‌ها به نیازهای موجود دچار اختلال نگردد. این تغییرات می تواند بر حسب نیاز و الزام، طیف گسترده‌ای را شامل شده و از یک تغییر کوچک و مقطعی تا دامنه ای از تغییرات اساسی و پایدار که بعضاً به عنوان یک اصلاحات انقلابی یا رفورم خوانده می شوند را شامل شود (۵-۸).

همچنین در بسیاری از موارد، ضعف محرز عملکردی سیستم سبب شده است که رفورم های وسیعی در بدنه نظام سلامت به وقوع پیوندد که از آن جمله می توان به نابرابری جمعیتی، جغرافیایی و مالی در سلامتی، عملکرد ناکارا و غیر اثربخش نظام سلامت و استفاده غیر مثمر از منابع موجود، پرداخت سهم بالایی از هزینه های بهداشتی از سوی مردم و غالب شدن فقر بر آنان به دلیل استفاده از خدمات سلامت، عدم پاسخگویی و مسئولیت پذیری نهادهای متولی سلامت در قابل سلامت جامعه، ضعف اخلاقیات در تعامل با بیماران و کیفیت غیرقابل قبول خدمات ارائه شده از سوی مراکز فعال در عرصه سلامت مردم اشاره نمود (۹-۱۲).

نظام سلامت کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نبوده و به دلیل وجود کاستی های عمده ای که در ساختار و عملکرد آن مشهود است، همواره ضرورت تغییرات اساسی را به خود دیده است (۱۳-۱۶). بی تردید ضرورت این اصلاحات اساسی در عصر حاضر که نظام سلامت ما با چالش های عملکردی قابل توجهی مانند ضعف شدید برابری در دسترسی مالی و جغرافیایی به خدمات سلامت، کیفیت بسیار

اندک مراقبت ها به‌ویژه در مراکز دولتی و دانشگاهی، پرداخت سهم عمده ای از هزینه های سلامت از جیب مردم و افتادن آن ها به ورطه فقر و فلاکت، عدم رضایت و اعتماد جامعه به خدمات ارائه شده آن‌ها، مدیریت ناکارا و غیر اثربخش مراقبت های بهداشتی، کیفیت ناچیز فضاها و تسهیلات بیمارستان ها، ضعف مفرط در نظام بیمه سلامت و ناکارآمد بودن بیمه های کشور، حضور اندک پزشکان در مراکز و بیمارستان‌های دولتی و عدم مشارکت آن ها در حل معضلات نظام سلامت و نیز فقدان نظام ارجاع جهت بهره‌گیری مناسب و بجا از خدمات بهداشتی مواجه است، بیش از پیش ضروری می نماید (۱۷-۲۳).

در این راستا در یک سال اخیر، متولیان سلامت کشور این مشکلات را احساس نموده و بر آن شدند که طرحی را به عنوان طرح تحول نظام سلامت طراحی و به مورد اجرا گذارند. این طرح شامل هفت محور در رابطه با کاهش میزان پرداختی بیماران بستری بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان مقیم در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت، ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت، حفاظت مالی از بیماران صعب العلاج، خاص و نیازمند و ترویج زایمان طبیعی می باشد که امید می رود اجرای آن بتواند بسیاری از معضلات موجود را مرتفع نماید (۲۴ و ۲۵).

با توجه به این که ارزشیابی برنامه‌ها از ارکان اساسی موفقیت آن‌ها و از مهم‌ترین کارکردهای مدیریت به شمار می آید، لذا ضروری است تمامی برنامه ها در مورد نحوه اجرا و دستاوردهای خود مورد ارزیابی و قضاوت قرار گیرند تا در صورت لزوم، اصلاحات لازم در مورد آن ها اعمال و کاستی های موجود مرتفع گردد (۲۶ و ۲۷). نظر به نوپا بودن طرح تحول نظام سلامت و لزوم پایش و ارزشیابی آن و با توجه به عدم انتشار هرگونه پژوهشی درخصوص وضعیت طرح و تأثیرات مثبت و منفی آن به ویژه در کلان‌شهر تبریز، پژوهش حاضر درصدد بررسی تجربیات مدیران و پرستاران بیمارستان طالقانی تبریز در رابطه با طرح تحول نظام سلامت می باشد و پژوهشگران امیدوارند با شناسایی چالش‌های اساسی فراروی طرح و ارائه پیشنهادات کاربردی جهت مرتفع نمودن آن‌ها، بتوانند کمک مؤثری به اجرای موفقیت‌آمیز این طرح و ارتقای وضعیت نظام سلامت بردارند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه با استفاده از رویکرد کیفی انجام شده است و داده های مورد نیاز آن در فاصله سه ماه پس از اجرای طرح

به منظور بهبود اعتبار (Dependability) مطالعه از دو پژوهشگر به طور جداگانه در مرحله تحلیل داده ها استفاده شد که در ادامه، نتایج تحلیل ها توسط یک پژوهشگر خارجی با یکدیگر مقایسه شد و توافق بر یافته های نهایی صورت گرفت. در این مطالعه به منظور رعایت اصول اخلاقی، اقداماتی نظیر تصویب طرح تحقیقاتی حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز، کسب رضایت آگاهانه از افراد شرکت کننده در مطالعه، اعلام حق آزادی شرکت در مصاحبه ها به افراد قبل از برگزاری جلسات، کسب اجازه جهت ضبط مصاحبه ها با استفاده از دستگاه ضبط صوت و تضمین رعایت محرمانگی اطلاعات و عدم افشای هویت مصاحبه شونده ها انجام گرفت.

یافته ها

پژوهشگران در اولین گام، دیدگاه کلی مشارکت کنندگان را در خصوص طرح تحول نظام سلامت از مشارکت کنندگان جویا شدند که در این مرحله دو مورد تم اصلی با عناوین "ارتقای رضایت بیماران و همراهان" و "بسترسازی نامناسب برای اجرای طرح" اشاره نمود.

ارتقای رضایت بیماران و همراهان

بررسی ها نشان می دهد که طرح تحول نظام سلامت به سبب کاهش پرداخت از جیب بیماران در خدمات بستری به ۵ تا ۱۰ درصد کل هزینه ها تأثیر قابل توجهی بر رضایت بیماران و خانواده های آنان بگذارد. از دیگر دستاوردهای قابل توجه مرتبط با این حوزه، تأمین تمامی خدمات و ملزومات مورد استفاده بیماران از سوی بیماران بستری کننده می باشد که از سرگردانی بیماران و همراهان برای تأمین آن ها و نیز پرداخت مبالغ اضافی از سوی آنان جلوگیری می کند. این مطالب با استفاده از عباراتی نظیر "رضایت بیماران و همراهان به میزان قابل توجهی افزایش یافته است"، "مردم با خیال راحت تری به بیمارستان ها مراجعه می کنند و استرس خاصی نمی کشند"، "خدمات بهداشتی برای مردم قابل پرداخت شده اند و بیماران مجبور نیستند برای پرداخت هزینه ها، حداقل در مراکز دولتی به فقر و فلاکت بیافتند" و "بیمارستان تمامی ملزومان مورد نیاز بیماران را با کیفیت و هزینه قابل قبول تأمین می کند و مردم برای تأمین ملزومات دچار مشکل نمی شوند" بیان گردید.

بسترسازی نامناسب برای اجرای طرح

تم ایجاد شده دیگر در این بخش شامل عدم توجه به بستر سازی مناسب برای اجرای طرح از نظر سخت افزاری و نرم افزاری و فراهم نمودن امکاناتی نظیر فضا، نیروی انسانی و تجهیزات از نظر کمی و کیفی بود. چرا که بی تردید هر تحولی نیازمند پیش بینی و تأمین زیرساخت های خاصی برای اجرای درست به منظور اثرگذاری قابل قبول می باشد.

تحول گردآوری گردید. مشارکت کنندگان مطالعه را تعداد ۱۲ نفر از مدیران (شامل مدیر بیمارستان و معاونین او، مدیر پرستاری و سوپروایزرهای هر بخش) و ۱۵ نفر از پرستاران بیمارستان طالقانی تبریز تشکیل می دادند که در طی مصاحبه های جداگانه مورد مطالعه قرار گرفتند. در این مطالعه، پژوهشگران ابتدا به روش مصاحبه غیرساختار یافته تجربیات کلی مشارکت کنندگان را از زمان اجرای طرح تحول نظام سلامت بررسی نمودند و در ادامه با رویکرد نیمه ساختار یافته وضعیت طرح و دستاوردهای آن را در هر یک از محورهای اصلی آن مورد بررسی قرار دادند (۲۸) و مدت زمان هر مصاحبه در حدود ۱۲۰ دقیقه به طول انجامید.

نحوه نمونه گیری در این پژوهش بصورت نمونه گیری مبتنی بر هدف (Purposeful Sampling) انجام گرفت؛ یعنی از افرادی استفاده شد که بتوانند بهترین و غنی ترین تجربیات را در اختیار پژوهشگران قرار دهند. چرا که این روش به پژوهشگر اجازه می دهد الگوهای مفهومی موجود در ذهن افراد مختلف را در رابطه با ماهیت وقایع به بهترین شکل ممکن استخراج نماید (۲۹). در ادامه، پس از اخذ رضایت آگاهانه و همچنین کسب اجازه جهت ضبط گفته های مشارکت کنندگان، تمامی مطالب ایراد شده ثبت و ضبط شد و مصاحبه تا رسیدن به مرحله اشباع اطلاعاتی یعنی تا جایی که تجربیات اخذ شده به مرحله تکرار رسیده و گفته های جدیدی از سوی مشارکت کنندگان ارائه نگردد ادامه یافت.

برای تحلیل داده های به دست آمده از مصاحبه، از روش تحلیل محتوایی (Content analysis) که در آن مفاهیم و درون مایه های موجود در داده ها با یک رویکرد سیستماتیک استخراج، تفسیر و گزارش می شوند استفاده شد (۳۰). در مرحله پیاده سازی این رویکرد، تمامی مطالب عنوان شده بر روی کاغذ ثبت گردید و جهت کسب اطمینان از صحت کار، به کرات مورد بررسی و بازبینی قرار گرفتند. در گام بعدی و در مرحله کدگذاری، تجربیات ابراز شده از سوی مشارکت کنندگان در قالب کد (عباراتی متنی که معرف محتوای تجربیات اظهار شده می باشند) ارائه گردید. سپس بر اساس درونمایه های آشکار یا پنهان موجود در کدها، کدهای مشابه در کنار یکدیگر قرار گرفتند و تم های (Theme) فرعی (طبقات و زیر طبقات) [Labeling] مطالعه را تشکیل دادند که در نهایت تم های فرعی با پیشبرد مراحل تحلیل، تم های اصلی یا نهایی را تشکیل دادند و تم های نهایی برچسب گذاری شدند. در مرحله تفسیر یافته ها که شامل جستجوی الگوها، ارتباطات، مفاهیم، تعبیر در داده ها می باشد و مشکل ترین مرحله تحلیل چارچوبی است، محقق با بررسی تم های نهایی به دست آمده به توسعه و تعبیر ایده ها و محتوای آن ها می پردازد.

یافته و بیماران مجبور نیستند از نیازهای اساسی زندگی خود بگذرند تا خدمات بهداشتی دریافت نمایند، "ما به راحتی هزینه درمان بیمار را با او در میان می گذاریم و استرسی برای این کار نداریم،" بی تردید درصد افرادی که برای تأمین هزینه های درمان دچار فقر و گرفتاری می شدند بسیار کاهش یافته است، "میزان فرار از بیمارستان به دلیل عدم توانایی در پرداخت هزینه ها کم شده است" و "از فشار مضاعفی که قبلاً بر دوش واحد مددکاری برای دادن تخفیف به صورت حساب ها بود به شدت کاسته شده است" می باشد.

همکاری مناسب بیمه ها در بازپرداخت هزینه ها

پیش از اجرای طرح تحول نظام سلامت، بیمه ها صورت حساب های ارسالی از سوی بیمارستان را با تأخیر زمانی طولانی پرداخت می کردند و بیمارستان ها فشار مالی مضاعفی را تحمل می کردند که این تأخیر منجر به کاهش کیفیت خدمات ارائه شده از سوی بیمارستان و نیز نارضایتی قابل ملاحظه پرسنل می شد. اما با اجرای این طرح این مشکلات مرتفع شدند. عبارات مورد استفاده تشکیل دهنده این تم شامل مواردی مانند "پرداخت صورتحساب ها قبل از طرح تحول، یک تأخیر زمانی حداقل ۶ ماهه داشت؛ اما الان این مشکل مرتفع شده است"، "به دلیل کمبودهای مالی ناشی از بازپرداخت دیرنگام صورت حساب ها از سوی بیمه ها همواره مشکل تأمین ملزومات و کمبود منابع داشتیم"، "کارانه پرسنل غالباً با تأخیر چند ماهه پرداخت می شد که این امر سبب بی انگیزگی ما می شد اما الان دیگر اینطور نیست" و "بیمه ها همکاری مناسبی دارند و پرداختی های خود را به موقع انجام می دهند" می شد.

توجه بیش از پیش مردم به مشکلات سلامتی خود

پر واضح است که بالا بودن میزان پرداخت از جیب مردم می تواند منجر به عدم پیگیری مشکلات سلامتی شان حتی در موارد حساس و جدی خواهد شد. کاهش شدید پرداخت از جیب توسط مردم در طی این طرح و اجرای همزمان طرح بیمه سلامت و دادن دفترچه بیمه درمانی به کل افراد بیمه نشده در کشور سبب شد مردم مشکلات سلامتی خود را به خوبی دنبال کنند و به مقوله سلامتی خود بیش از پیش اهمیت دهند. جملات اشاره شده از سوی مشارکت کنندگان در این رابطه به شرح زیر می باشد: "چون میزان پرداختی مردم پایین آمده است مردم به سمت بیمارستان های دولتی سرازیر شده اند"، "برخی از مردم برای درمان بیماری هایی که مدت زمان طولانی به دلیل ناتوانی در پرداخت هزینه ها درمان نمی کردند به بیمارستان ها مراجعه می کنند"، "همه مردم دفترچه بیمه سلامت دارند و این خیلی خوشایند است، البته لازم است عمق وسعت و عمق خدمات تحت پوشش بیمه ها گسترش یابد" و "حالا دیگر بیماران با خیال راحت

این تم استخراجی از عباراتی مانند "بسترسازی لازم برای اجرای موفق این طرح صورت نگرفته است به طوری که ما برای خدماتی مانند سونوگرافی مجبور به ارجاع بیماران به بیرون از بیمارستان هستیم"، "دستگاه های آزمایشگاهی ما مستهلک هستند و پاسخگوی نیاز ما نیستند"، "باید برای تجهیزات و مواد مصرفی، استاندارد تعریف شود و بر حسن اجرای آن نظارت شود"، "تعداد پرسنل بیمارستان نسبت به تعداد بیماران و حجم کاری مرکز، کافی نیست. پرسنل بیمارستان پیش از اجرای طرح، هیچ آموزش خاصی ندیدند و زیر ساخت آموزشی طرح بسیار ناقص بود"، "قرار بر این بود که این طرح در تعامل با نظام ارجاع اجرا شود ولی این گونه نشد"، بیماران به دلیل ارزانی و داشتن بیمه به صورت سرخود به بیمارستان و مراکز مراجعه می کنند و حجم کار سیستم را بالا می برند"، "بهرتر بود این طرح پیش از اجرا مورد بررسی و پایلوت قرار می گرفت"، "متخصصین در رابطه با اجرای این طرح توجیه نیستند"، "بدون آموزش و مشارکت آن ها طرح با مشکل مواجه می شود" به دست آمد. در ادامه مصاحبه، مشارکت کنندگان با استفاده از سؤالات نیمه ساختار یافته، تجربیات خود را از محورهای اجرا شده طرح تحول یعنی کاهش پرداختی بیمار، حضور پزشکان مقیم، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت، ارتقای کیفیت هتلتینگ و ترویج زایمان طبیعی را به ترتیب و به تفکیک تشریح نمودند.

در محور کاهش پرداختی بیمار، شش مورد تم اصلی شامل "کاهش پرداختی های بیمار و هزینه های کمر شکن ناشی از بیماری"، "همکاری مناسب بیمه ها در بازپرداخت هزینه ها"، "توجه بیش از پیش مردم به مشکلات سلامتی خود، عدم برقراری ارتباط مناسب میان این طرح و نظام ارجاع"، "استفاده افراد ثروتمند مانند فقرا از مزایای طرح" و "عدم توجه به افزایش درآمد پرسنل غیر پزشکان" تشکیل شدند.

کاهش پرداختی های بیمار و هزینه های کمر شکن ناشی از بیماری

میزان پرداخت از جیب مناسب یکی از شاخص های نظام سلامت خوب و عادلانه است که تاکنون در کشور چندان مورد توجه قرار نگرفته بود. به طوری که حتی در سالیان اخیر این میزان از ۷۰ درصد نیز فراتر رفت. اما اجرای طرح تحول نظام سلامت توانست این میزان را به ویژه در خدمات بستری به نحو مطلوبی کاهش دهد و تعداد افرادی را که به دلیل پرداخت هزینه های سرسام آور بیماری به ورطه فقر و فلاکت می افتند، در حد قابل توجهی کاهش دهد. مفاهیم ارائه شده مربوط به این تم ها شامل مواردی چون "هزینه های خدمات بهداشتی برای مردم قابل تأمین شده است و از این بابت خوشحالییم"، "هزینه ها بسیار کاهش

برای غربال افراد و سنجش میزان استحقاق آنها برقرار شود" می باشد.

عدم توجه به افزایش درآمد پرسنل غیر پزشکان

اگر نظام سلامت را به مانند یک کل سازمان یافته که اجزای مختلف آن با یکدیگر و با برون داد نظام در ارتباطند تصور کنیم، به سادگی درمی یابیم که توجه به نیازهای تمامی بخش های نظام و به ویژه بعد نیروی انسانی بسیار حیاتی است. واقعیت امر این است که اجرای طرح تحول منجر به افزایش سرسام آور درآمد کادر پزشکی شده است؛ در حالی که تاکنون هیچ گونه افزایش درآمدی برای سایر کارکنان لحاظ نشده است. تجربیات ابراز شده در این عرصه شامل مواردی مانند "این طرح سبب بالا رفتن درآمد پزشکان شده است ولی پرسنل دیگر به ویژه پرستاران افزایش حقوق نداشته اند"، "کارانه پزشکان به طرز غیرواقعی و ناعادلانه ای بالا رفته است و این امر اصلاً منطقی نیست"، "کل زحمات بیماران را ما می کشیم ولی بهره مالی آن عاید پزشکان می شود"، "افزایش درآمد پزشکان به هیچ وجه نتوانسته است منجر به تغییر رفتار مثبت در آن ها شود، معلوم نیست که این پول ها چرا به آنها پرداخت می شود" می باشد.

در محور حضور پزشکان مقیم، تم های اصلی تشکیل شده شامل سه مورد "ملزم شدن بیمارستان به داشتن تخصص های اصلی"، "حضور ناکافی پزشکان در بیمارستان و در بخش ها" و "رفتار نامناسب پزشکان مقیم و رزیدنت ها با بیماران و حتی سایر پرسنل درمانی" می باشند.

ملزم شدن بیمارستان به داشتن تخصص های اصلی

یکی از مزایای این طرح، ملزم نمودن بیمارستان به داشتن تخصص های اصلی مورد نیاز بیمارستان است که در صورت اجرای درست می تواند بسیار اثرگذار باشد. با این وجود بیمارستان هنوز در داشتن تخصصی های اصلی مانند رادیولوژی به ویژه در شیفت های عصر و شب دارای مشکل است؛ که این تم ها از جملاتی مانند "بیمارستان ها ملزم به داشتن تخصص های اصلی مورد نیاز شده اند"، "بیمارستان ما در تخصص های اصلی دارای پزشک مقیم است"، "در تخصص رادیولوژی هنوز با مشکل مواجه هستیم" استخراج گردیده است.

حضور ناکافی پزشکان در بیمارستان و در بخش ها

صحت های ابراز شده از سوی مشارکت کنندگان حاکی از آن است که پزشکان مقیم حضور مناسبی در بیمارستان ندارند و حتی به صورت همزمان در مراکز و درمانگاه های دیگر فعالیت می کنند. به علاوه در زمان حضور در بیمارستان بیش از این که در بخش ها و بر بالین بیمار باشند، در حال استراحت و وقت گذرانی هستند. تنها در صورت حاد شدن وضعیت بیماران، حاضر به مراجعه به بخش ها می شوند. نکته دیگر این که در زمان عدم حضور پزشکان

می توانند به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کنند و مشکلات سلامتی خود را پیگیری و مرتفع نمایند."

عدم برقراری ارتباط مناسب میان این طرح و نظام ارجاع

بی تردید عدم رعایت نظام ارجاع و بی توجهی به سطوح آن در ارائه خدمات می تواند کارایی نظام سلامت را با اختلال جدی مواجه نماید. چرا که بخش بزرگی از منابع هدر خواهند رفت. با توجه به این که در طرح تحول سیستم ارجاع به مراکز تخصصی رعایت نمی شود و افراد می توانند به صورت خود سر به بیمارستان های دلخواه مراجعه کنند، لذا این امر می تواند سبب بی استفاده ماندن خدمات فراهم شده در سطوح غیر تخصصی و استفاده فرساینده و غیر قابل کنترل از خدمات تخصصی و نیز ارائه خدمات غیر ضروری به بیماران شود. تجربیات ارائه شده در این خصوص شامل مواردی مانند "از زمان اجرای طرح تحول، میزان مراجعات ما بیشتر شده است به گونه ای که در بسیاری موارد، امکانات ما پاسخگو نیست"، "مردم سرخود به بیمارستان مراجعه می کنند و درخواست چک آپ و برخی خدمات غیر ضروری می نمایند"، "بیماری که برای دریافت یک خدمتی به ما مراجعه کرده است خدمات غیرضروری دیگری از ما می خواهد"، "چون غالب بیماران روستایی با برگه ارجاع مراجعه نمی کنند به جای پنج درصد، ده درصد از هزینه ها را پرداخت می کنند"، "بسیاری از مراکز سطوح پایین تر مانند بیمارستان های شهرستان برای راحتی کار خود موارد بی نیاز به ارجاع را نیز ارجاع می دهند، در حالی که خود می توانند بسیاری از این بیماران را در سطح شهرستان مدیریت کنند" می باشد.

استفاده افراد ثروتمند مانند فقرا از مزایای طرح

پرواضح است که اجرای هر رفورم در عرصه سلامت باید به مقوله عدالت (پرداخت بر اساس توان، دریافت بر اساس نیاز) توجه کند و نکته بدیهی در این خصوص این است که لازم است افراد بر اساس توان مالی خود در پرداخت هزینه ها سهیم شوند؛ به طوری که حتی افراد با توان مالی ضعیف هیچ هزینه ای پرداخت نکنند و افراد دارای بضاعت مالی مناسب تمامی هزینه ها را خود از جیب بردارند. در حالی که در طرح تحول حاضر، افراد ثروتمند نیز به مانند سایر مردم، دفترچه درمانی رایگان دریافت می کنند و درصد پرداختی آنان نیز عیناً مانند افراد بی بضاعت است. تجربیات مشارکت کنندگان در این رابطه قابل تأمل است: "چرا باید افراد ثروتمند نیز مانند افراد نیازمند از این طرح استفاده کنند؟ ثروتمندان از این طرح سوء استفاده می کنند"، "افراد ثروتمند باید همه هزینه ها را بردارند و افراد فقیر نباید هیچ پولی بدهند"، "عدالت این نیست که پول بیت المال را بپهوده به جیب پولدارها بریزیم"، "باید سیستمی

نمی کنند و با سبک های قبلی خود فعالیت می کنند، "پزشکان حضور کافی در بیمارستان ندارند و غالباً رزیدنت ها که تجربه کافی ندارند کارها را انجام می دهند"، "فقط رزیدنت های سال اول ویزیت ها را انجام می دهند و همیشه خسته و کم حوصله اند. رزیدنت ها با بیماران بدرفتاری می کنند"، "ویزیت ها کیفیت مناسب ندارند و وقت کافی برای معاینات و تشخیص ها اختصاص داده نمی شود"، "آموزش پزشکان و رزیدنت ها به بیماران بسیار ضعیف است"، "پزشکان و رزیدنت ها تعدادی از وظایف خود مانند گرفتن شرح حال و علائم حیاتی را به پرستار می سپارند و حجم کاری پرستاران را بیشتر می کنند"، "پزشک مقیم حضور اندکی در بخش ها دارد و تنها زمانی حاضر به آمدن بر بالین بیمار می شود که بیمار به شدت بدحال باشد" تولید گردید.

عدم نظارت دولت و نهادهای مسئول بر کمیت و کیفیت عملکرد پزشکان

کنترل و ارزشیابی یکی از مهم ترین کارکردهای نظام سلامت است که به عنوان آخرین گام از فرایند مدیریت، منجر به اطمینان از عملکردها و مطابقت آنها با برنامه ریزی های انجام شده می گردد. تجربیات بیان شده از سوی مشارکت کنندگان بیانگر این حقیقت است که هیچ گونه نظارتی بر عملکرد و کیفیت کار پزشکان در مراکز درمانی صورت نمی گیرد؛ که جملائی نظیر "هیچ گونه نظارتی از سوی دولت و نهادهای مسئول بر کیفیت عملکرد پزشکان صورت نمی گیرد"، "هیچ گونه شاخصی برای سنجش و ارتقای عملکرد پزشکان تعریف نشده است"، "رزیدنت ها بیش از پزشکان، ویزیت می کنند و کیفیت کار آن ها نیز در هاله ای از ابهام قرار دارد" گواه این مدعا هستند.

در خصوص بررسی بهبود وضعیت هتلینگ که از دیگر محورهای طرح تحول می باشد تعداد سه تم اصلی با عناوین "توجه بیش از پیش به مقوله هتلینگ"، "نامناسب بودن فضاها و امکانات بیمارستان"، "نامناسب بودن نظافت بخش ها" و نیز استخراج گردید.

توجه بیش از پیش به مقوله هتلینگ

بدیهی است که ارتقای وضعیت هتلینگ می تواند به ارتقای وجهه بیمارستان و بهبود رضایت مندی بیماران و همراهان آن ها منجر شود. تم حاضر از عبارت و تجربیات ابراز شده بیماران شامل "توجه به مقوله هتلینگ بهتر شده است و تمامی بیمارستان ها در حال ارتقای وضعیت خود هستند"، "مدیران به امر هتلینگ بیمارستان توجه بیش از پیش دارند"، "درصد قابل توجهی از بودجه بیمارستان به امر هتلینگ اختصاص داده شده است"، "تعمیرات قابل توجهی در بیمارستان شروع شده است و وضعیت در حال بهتر شدن

مقیم در بیمارستان یا بخش ها، تمامی وظایف آن ها را رزیدنت ها انجام می دهند درحالی که مطابق قانون، رزیدنت ها بدون حضور و نظارت مستقیم پزشک مقیم، اجازه ارائه خدمت به بیماران را ندارند. این تم از جملائی نظیر "برخی اوقات پزشکان مقیم مرکز ما در شیفت های عصر در سایر مراکز و درمانگاه های دانشگاهی کار می کنند و در اینجا حضور ندارند"، "پزشکان متخصص در بیمارستان حضور دارند اما به بیماران سر کشی نمی کنند؛ به طوری که بیماران پزشکان خود را نمی شناسند"، "تنها زمانی که مشکل بیماری حاد شود پزشک حاضر به مراجعه به او بخش و بررسی وضعیت او می شود"، "غالب کارها توسط رزیدنت ها و بدون نظارت پزشک انجام می شود؛ در حالی که به موجب قانون، تمامی رزیدنت ها باید در حضور و نظارت مستقیم پزشک متخصص به فعالیت بپردازند" استخراج شده است.

رفتار نامناسب پزشکان مقیم و رزیدنت ها با بیماران و سایر پرسنل درمانی

یکی از معیارهای کیفی مرتبط با پزشکان مقیم، رعایت حقوق بیمار و نیز احترام گذاشتن به همکاران می باشد. مشارکت کنندگان مدعی شدند که پزشکان مقیم و رزیدنت های آن ها با بی احترامی با بیماران سخن می گویند، به آن ها ناسزا می گویند و بعضاً آن ها را کتک می زنند. همچنین پزشکان و رزیدنت ها با همکاران و به ویژه پرستاران تعامل مثبتی ندارند، با آن ها بیش از حد امر و نهی می کنند و این کار به حدی شدت گرفته است که پرستاران و ماماها از پزشکان می ترسند و از برخوردهای نامناسب آنان در هراسند. جملائی اصلی که باعث شکل گیری این تم شده است، مواردی مانند "پزشکان بیماران با بی اعتنائی با بیماران برخورد می کنند"، در جاهایی مانند اتاق عمل یا زایمان مشاهده شده است که پزشکان و رزیدنت ها به بیماران ناسزا می گویند و آنها را کتک می زنند"، "رزیدنت ها به خاطر شیفت های طولانی بسیار خسته و حساس شده اند و به سرعت عصبانی می شوند" و "پزشکان مقیم و رزیدنت ها رفتار مؤدبانه ای با پرستاران ندارند و وضعیت به گونه ای است که ما از آن ها می ترسیم چرا که زیر دست آن ها هستیم" می باشند.

ارتقای کیفیت ویزیت یک از محورهای مورد توجه طرح تحول نظام سلامت می باشد که تم اصلی ایجاد شده در آن بر اساس تجربیات اظهار شده از سوی مشارکت کنندگان شامل "مقاومت زیاد پزشکان در اصلاح رفتارهای بالینی خود" و "عدم نظارت دولت و نهادهای مسئول در این رابطه" می باشد.

مقاومت زیاد پزشکان در اصلاح رفتارهای بالینی خود

تم یاد شده به شدت مورد تأکید مشارکت کنندگان بود که با استفاده از عباراتی ابراز شده "پزشکان با طرح همکاری

تم های اصلی استخراج شده در این رابطه می توان به "عدم توفیق در افزایش زایمان طبیعی"، "مشکلات مرتبط با متخصصان زنان" و نیز "عدم رعایت نظام ارجاع در مراجعات زائوها" اشاره نمود.

عدم توفیق در افزایش زایمان طبیعی

بر اساس بررسی های انجام شده، زایمان طبیعی دارای مزایای قابل توجهی نسبت به سزارین می باشد که از آن جمله می توان به کاهش احتمال عفونت، کوتاه تر بودن دوره نقاهت، درد بسیار کمتر و نیز مزایای عمده برای کودک اشاره کرد. بر این اساس وزارت بهداشت به عنوان متولی سلامت جامعه وظیفه خود دانسته است که این موضوع را به عنوان یکی از پایه های طرح تحول به حساب آورد. این تم بر اساس موارد اشاره شده از سوی مشارکت کنندگان مانند سزارین های قبلی خانم ها و اجباری بودن سزارین در زایمان های جدید، عدم توجه بخش خصوصی به کنترل سزارین و فقدان نظارت بر آن، عدم توجه به فراهم کردن امکانات لازم برای زایمان طبیعی، آموزش ناکافی مادران جهت ترغیب آنان به انجام زایمان طبیعی و فقدان امکانات زایمان بدون درد اشاره کرد، که با عباراتی مانند "میزان زایمان طبیعی افزایش نیافته است، البته ما پیش از اجرای این طرح نیز زایمان طبیعی را تا حدود زیادی ترویج کرده بودیم، ولی اجرای طرح حاضر تأثیر ملموسی بر این شاخص نگذاشته است"، "قسمت اعظم سزارین های حاضر بیمارستان ما که حدود ۴۰ درصد زایمان ها را تشکیل می دهد به این دلیل است که این مادران فرزندان قبلی خود را با سزارین به دنیا آورده اند، پس زایمان های بعدی آنان نیز باید به این روش باشد، سایر موارد نیز غالباً برای سزارین اندیکاسیون دارند"، "غالب افرادی که سزارین می کنند به بیمارستان های خصوصی مراجعه می کنند و آمار سزارین در آن ها به شدت بالا رفته است. بهتر است که نظارت دقیق تری بر عملکرد آنها صورت گیرد"، "در طول دوره بارداری، آموزش کافی به مادران درباره فرایند زایمان داده نمی شود"، "امکانات کافی مانند فضای ورزش، نرمش، همراه بیمار و نیز زایمان بدون درد وجود ندارد. این موارد برای انجام زایمان طبیعی الزامی است"، "فرهنگ سازی برای ترویج زایمان طبیعی بسیار ضعیف است. افرادی زایمان طبیعی انجام می دهند که یا پول ندارند و یا بی سوادند"، "آموزش های زیادی به بیماران دادیم ولی هنوز نگرش جامعه و بیماران خیلی تغییر نکرده است که ما دلیل اصلی آن را همکاری نکردن پزشکان می دانیم. باید این واقعیت را بپذیریم که کنترل سزارین و ترویج زایمان طبیعی دست بیمارستان و حتی بیماران نیست بلکه پزشکان نقش اصلی را در این زمینه دارند"، "زایمان بی درد نداریم زیرا بیهوشی های ما هماهنگ نیستند" بیان شدند.

است" و "وضعیت ظاهری بیمارستان اندکی بهتر شده است" می باشد.

نامناسب بودن فضاها و امکانات بیمارستان

فضاهای بیمارستان از نظر کمیت، کیفیت و نیز طراحی دارای مشکلات اساسی می باشد که از آن جمله می توان به نامناسب بودن سیستم تهویه، قدیمی بودن بنای ساختمان، کمبود تعداد دستشویی و توالت به ازای هر تخت و نیز عدم امکان تغییرات قابل توجه در فضای بیمارستان اشاره کرد. این موارد با جملاتی مانند "وضعیت گرمایش و سرمایش بخش ها اصلاً مناسب نیست و سیستم تهویه بیمارستان مشکل دارد"، "بنای ساختمان قدیمی است و هر چقدر خرج کنیم نه به چشم می آید و نه تأثیر مطلوبی می گذارد"، "مشکل کنترل عفونت داریم که بی تردید قسمت اعظمی از آن به دلیل مشکل بنا و تسهیلات بخش ها بر می گردد"، "هیچ گونه فضایی برای همراهان بیمار نداریم و همراهان علاف می شوند"، "به ازای هر ۱۲ بیمار و همراهان آن ها تنها یک توالت داریم. از این گذشته، کیفیت و نظافت دستشویی ها نیز نامناسب است"، "فضا و معماری بیمارستان به گونه ای است که نمی توان تغییرات چندان اثرگذاری در آن داد" و نیز "ما در مسائل اساسی مشکلات عمده ای داریم، این طرح در برخی موارد بسیار به جزئیات پرداخته است، بعنوان مثال وقتی ما جایی برای استراحت همراه نداریم و یا دستگاه هایی مانند سی تی اسکن نداریم دادن مسواک و خمیردندان به بیماران چه معنایی می تواند داشته باشد" بیان شده اند.

نامناسب بودن نظافت بخش ها

بی تردید تأمین نظافت بیمارستان تأثیر قابل توجهی بر دیدگاه مراجعین و حتی کنترل عفونت های بیمارستان دارد. با این وجود، کمبود شدید در نیروهای خدماتی و عدم رعایت نظافت از سوی بیماران و عدم ارائه آموزش به آنان از جمله چالش های اساسی این حوزه می باشد. عبارات استفاده شده از سوی بیماران در این رابطه، جملاتی نظیر "کمبود نیروهای خدماتی داریم و پرسنل ما به هیچ وجه کافی نیستند. آنها از نصف شب نظافت را شروع می کنند، ولی باز هم به همه کارها در حد مطلوب نمی رسند. نیروهای خدماتی ما دچار فرسایش شده اند"، "بیماران و مراجعین به مرکز از وضعیت نظافت ناراضی اند"، "بیماران کم سوادند، نظافت را رعایت نمی کنند و پرسنل کافی برای آموزش آن ها نداریم" می باشد.

آخرین محور اجرا شده طرح تحول که مورد بررسی قرار گرفته است و اتفاقاً به دلیل فعالیت بیمارستان مورد مطالعه در حیطه تخصصی زنان و زایمان، سنخیت وافر در این میان وجود دارد، مقوله ترویج زایمان طبیعی می باشد که مسائل قابل توجهی در مورد آن بیان شده اند. از جمله

مشکلات مرتبط با متخصصان زنان

متخصصین زنان قاعداً باید موارد سزارین را انجام دهند و زایمان های طبیعی را به ماماها بسپارند. در حالی که به دلایل مربوط به منفعت های مالی، متخصصان این حق را از ماماها سلب کرده اند و خود به این کار اقدام می کنند. اصلی ترین عامل در افزایش زایمان طبیعی، پزشک متخصص و آموزش ها و اطمینان های ارائه شده از سوی او به مادران است؛ در حالی که این آموزش ها بسیار ضعیف بوده و منفعت طلبی زیادی در این عرصه به چشم می خورد. همچنین متخصصین و رزیدنت ها در طول زایمان طبیعی و زمان درد کشیدن مادران به آن ها بی احترامی می کنند. تم حاضر بر اساس گفته های مشارکت کنندگان و با جملاقی مانند "اجازه انجام زایمان طبیعی به ماماها نمی دهند یعنی حق ماماها را از آنها سلب کرده اند. ماماها مؤدب ترند و با اخلاق حسنه با بیماران برخورد می کنند، الان کارها را ماماها انجام می دهند و رزیدنت ها فقط مهر می زنند"، "پزشکان به بیماران احترام نمی گذارند و به شیوه ای مؤدبانه با بیماران برخورد نمی کنند"، "رزیدنت ها بیماران را کتک می زنند، چون زیاد خسته می شوند و از طرف سال بالایی های خود تحت فشارند. لازم است رزیدنت ها آموزش ببینند و بر کار آنها نظارت شود"، "پزشکان رغبتی برای کاهش موارد سزارین ندارند بر این اساس آموزش های خاصی نیز در این زمینه به بیماران ارائه نمی دهند" و "پزشکان، بیمارانی را که فاقد اندیکاسیون سزارین هستند به مراجعه به بخش خصوصی ترغیب می کنند و در آنجا با دریافت هزینه ای گزاف سزارین می کنند" به دست آمده است.

عدم رعایت نظام ارجاع در مراجعات زائوها

واقعیت این است که عدم رعایت نظام ارجاع در این رابطه می تواند مشکل ساز باشد. زیرا زائوها سرخود به بیمارستان های تخصصی مراجعه می کنند؛ در حالی که می توان آنان را در بیمارستان شهرستان مدیریت نمود. همچنین مراکز شهرستان بعضاً موارد فاقد نیاز به ارجاع را به دلایل مختلف به شهر تبریز ارجاع می دهند. این تم از گفته های زیر استخراج شده است: "نظارتی بر مراجعات وجود ندارد و سیستم ارجاع خاصی مشاهده نمی شود. چرا که زائوها سرخود به تبریز مراجعه می کنند" و "بسیاری از زائوهایی که به راحتی می توانند در شهر خود زایمان کنند به تبریز مراجعه می کنند. به نظر می رسد که پرسنل شهرستان از زیر کار شانه خالی می کنند و یا می ترسند و به بهانه نبود پزشک متخصص در شهرستان، زائوها را ارجاع می دهند".

بحث و نتیجه گیری

طرح تحول نظام سلامت یک چارچوب اصلاحاتی برای نظام سلامت می باشد که از اردیبهشت سال ۹۳ با هدف

مرتفع نمودن مشکلات اصلی نظام سلامت به مرحله اجرا درآمده است، که مطالعه حاضر با هدف بررسی تجربیات مدیران و پرستاران بیمارستان طالقانی تبریز در رابطه با طرح تحول نظام سلامت در فاصله سه ماه پس از آغاز آن، طراحی و اجرا شده است.

نقطه مثبت مطرح شده در رابطه با اجرای طرح، ارتقای رضایت بیماران و همراهان به سبب کاهش هزینه ها و تأمین ملزومات مورد نیاز آنان بود. ولی بسترسازی نامناسب و تأمین ضعیف زیرساخت ها از اهم مشکلات عمده مطرح شده بود. در محور کاهش پرداختی بیمار، طرح تحول توانسته است مزایایی مانند کاهش پرداختی های بیمار و هزینه های کمر شکن ناشی از بیماری، همکاری مناسب بیمه ها در بازپرداخت هزینه ها، توجه بیش از پیش مردم به مشکلات سلامتی خود و نیز کاستی هایی نظیر عدم برقراری ارتباط مناسب میان این طرح و نظام ارجاع، استفاده افراد ثروتمند مانند فقرا از مزایای طرح و عدم توجه به افزایش درآمد پرسنل غیر پزشک را شامل شود.

نقطه قوت طرح تحول در محور حضور پزشکان مقیم، ملزم نمودن بیمارستان به داشتن تخصص های اصلی است. لیکن حضور ناکافی پزشکان در بیمارستان و در بخش ها و نیز رفتار نامناسب پزشکان مقیم و رزیدنت ها با بیماران و حتی سایر پرسنل درمانی از موارد قابل تأمل این عرصه می باشد. در مبحث ارتقای کیفیت ویزیت نیز کاستی های عمده ای مشاهده گردید که از آن جمله می توان به مقاومت زیاد پزشکان در اصلاح رفتارهای بالینی خود و عدم نظارت دولت و نهادهای مسئول بر عملکرد آنان اشاره کرد. در خصوص بررسی وضعیت هتلینگ نیز مشاهده شد که علی رغم توجه بیش از پیش به مقوله هتلینگ، هنوز مشکلات مهمی از قبیل نامناسب بودن فضاها و امکانات بیمارستان و نامناسب بودن نظافت بخش ها به چشم می خورد. در این بررسی در محور ترویج زایمان طبیعی نیز مسائل قابل توجهی بیان شده اند که از آن جمله می توان به عدم توفیق در افزایش زایمان طبیعی، مشکلات مرتبط با متخصصان زنان و نیز عدم رعایت نظام ارجاع در مراجعات زائوها اشاره نمود.

در مطالعه ای که به منظور بررسی دستاوردهای رفورم سلامت در مکزیک صورت گرفت، مشخص شد که طرح یاد شده توانسته است تأثیرات قابل ملاحظه ای در حوزه هایی نظیر گسترش سیستم بیمه ای، حمایت از خانواده های کم درآمد، سرمایه گذاری قابل توجه در حوزه سلامت و به ویژه بعد کیفیت فنی خدمات سلامت داشته باشد (۵) که نتایج این رفورم با طرح تحول کشور ما که منجر به گسترش پوشش بیمه ای، کاهش پرداخت از جیب فقرا و نیز سرمایه گذاری قابل ملاحظه در عرصه سلامت شده است،

اقدامات صورت گرفته در طی این طرح را یک گام رو به جلو محسوب کرد و آن را به فال نیک گرفت و با انجام پژوهش های علمی هدفمند و ارائه پیشنهادات کاربردی، مدیران و سیاستگذاران را در دستیابی به اهداف طرح یاری رساند.

پژوهشگران بر مبنای نتایج به دست آمده از این مطالعه و به منظور مرتفع نمودن مشکلات ایجاد شده، پیشنهاد می کنند که از اهم آن ها می توان به پایداری و تداوم در تأمین مالی طرح، ایجاد بستر مناسب برای اجرای موفقیت آمیز طرح، ارتقای توان مدیریت مراکز بهداشتی درمانی و به کارگیری نیروهای مدیریتی زبده، مشارکت دادن بیش از پیش پزشکان در طرح، نظارت جدی تر بر صحت اجرای طرح از سوی مقامات دولتی به ویژه بر عملکرد و کیفیت کار پزشکان مقیم، ارتقای کمی و کیفی توانمندی های پرسنلی و تجهیزاتی بیمارستان ها برای پاسخ به نیازهای جامعه و افزایش انگیزش پرسنل بهداشتی جهت خدمت رسانی مناسب به جامعه اشاره نمود.

از نقاط قوت این مطالعه می توان به پرداختن به تمامی جنبه های مربوط به طرح تحول نظام سلامت با استفاده از رویکرد کیفی و دریافت اطلاعات ارزشمند از این طریق و همچنین ورود به هنگام به مقوله ارزشیابی طرح تحول نظام سلامت به عنوان اولین پژوهش معتبر انتشار یافته اشاره نمود. از محدودیت های این مطالعه نیز می توان مواردی همچون تکیه صرف بر ادراکات مشارکت مدیران و پرستاران بیمارستان و استفاده از رویکرد کیفی و عدم بررسی اثرات مثبت و منفی طرح تحول در قالب عنوان شاخص ها و مطالعات کمی اشاره کرد. محدودیت دیگر مطالعه، عدم انتشار مقالات و گزارشات رسمی و معتبر مرتبط با حوزه ارزشیابی طرح تحول نظام سلامت ایران جهت مقایسه نتایج آن ها با پژوهش حاضر می باشد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بر خود لازم می دانند از مساعدت کم نظیر مدیران و پرستاران گرانمایه بیمارستان طالقانی تبریز و همچنین از حمایت مالی کمیته تحقیقات دانشجویی به سبب تأمین بودجه مورد نیاز این مطالعه، نهایت قدردانی را بنمایند.

مشابهت زیادی دارد. هر چند که طرح تحول نظام سلامت تمرکز اندکی بر سرمایه گذاری هدفمند در ارتقای کیفیت خدمات داشته است.

در بررسی دیگری که به منظور بررسی نتایج حاصل از رفورم سلامت در ترکیه صورت گرفت، نشان داده شد که این رفورم اثربخشی قابل ملاحظه ای در جنبه های نظیر افزایش دسترسی، فراهمی و کیفیت خدمات ارائه شده داشته است. به طوری که عموم مردم و صاحب نظران امر، سیستم متحول شده جدید را بر سیستم پیشین ترجیح می دادند (۷) که طرح تحول نظام سلامت نیز تا حدودی توانسته است منجر به بهبود دسترسی مالی و زمانی و حتی فراهمی خدمات گردد. لیکن هنوز نتوانسته است تأثیر مثبتی بر کیفیت خدمات ارائه شده داشته باشد.

در پژوهشی که به منظور ارزشیابی رفورم اجرا شده در چین و بر اساس الگوی دونابدین صورت گرفت، مشخص شد که این طرح توانسته است منجر به ارتقای سطح سلامت مردم روستایی و شهری گردد و به واسطه اجرای آن، شاخص های عملکردی نظیر دسترسی، برابری و کیفیت به طرز معنی داری ارتقا یابد (۲۷). علی رغم این که هنوز شواهدی در رابطه با تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر ارتقای سطح سلامت جامعه و به ویژه روستائیان در دست نیست، لیکن تأثیر نسبی آن بر دسترسی و برابری و عدم تأثیر آن بر کیفیت خدمات با تأمل در نتایج این مطالعه قابل مشاهده است.

با نگاهی گذرا به نتایج به دست آمده در می یابیم که بهترین و بیشترین دستاوردهای طرح حاضر در محور کاهش پرداختی بیمار می باشد که منجر به رضایت بسیار بالایی در جامعه شده است. در حالی که در سایر حوزه های مورد بررسی به ویژه در محورهای مانند حضور پزشکان مقیم، ارتقای کیفیت ویزیت و ترویج زایمان طبیعی، دستاورد خاصی مشاهده نشده و کاستی های عمده ای خود نمایی می کنند. هر چند که کاهش شدید پرداخت از جیب، از سوی مردم نیز می تواند تهدیداتی را به همراه داشته باشد و آن، افزایش قابل توجه انتظارات مردم از نظام سلامت و مشکلات احتمالی بعدی در تأمین منابع مالی پایدار مورد نیاز برای تداوم اجرای طرح است؛ با این وجود لازم است

References

- Lewin S, Lavis JN, Oxman AD, Bastías G, Chopra M, Ciapponi A, et al. Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews. *Lancet* 2008;372:928-39.
- World Health Organization. The World Health Report 2000: Shaping the Future. Geneva; 2000. pp:17-25 .
- Lozano R, Soliz P, Gakidu E, Abbott-Klafter J, Feehan DM, Vidal C, et al. Benchmarking of Performance of Mexican States with Effective Coverage. *Lancet*. 2006;368:1729-41.

4. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting Health Reform Right. New York: Oxford University Press; 2002.pp.184-216 .
5. Frenk J, Gonzalez-Pier E, Gomez-Dantes O, Lezana MA, Knaul FM. Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico. *Lancet*. 2006;368:1524-34.
6. Jin N, Boyd D, Chen W. The Effects of Health System Reform on Access to Health Services and Medicines for Patients with Chronic Non-communicable Diseases in Hangzhou and Baoji, China. New York: Duke Global Health Institute, Duke University; 2014. pp:24-31.
7. Ali Jadoo SA, Aljunid SM, Sulku S, Muhammad Nur A. Turkish health system reform from the people's perspective: a cross sectional study. *BMC Health Services Research* 2014;14(30):1-9.
8. Anand S, Fan VY, Zhang J, Zhang L, Ke Y, Dong Z, et al. China's Human Resources for Health: Quantity, Quality and Distribution. *Lancet*. 2008;372:1774-81.
9. Liu Y, Rao K, Wu J, Gakidu E. China's Health System Performance. *Lancet*. 2008;372:1914-23.
10. Ruger JP. Ethics in American Health 2: An Ethical Framework for Health System Reform. *American Journal of Public Health*. 2008;98(10):1756-63.
11. Long Q, Xu L, Bekedam H, Tang S. Changes in health expenditures in China in 2000s: has the health system reform improved affordability. *International Journal for Equity in Health*. 2013;12(40):1-8.
12. Detsky AS, Naylor D, Phil D. Canada's Health Care System Reform Delayed. *The New England Journal of Medicine*. 2003;349(8):804-10.
۱۳. شادپور ک. اصلاحات بخش بهداشت در جمهوری اسلامی ایران. *مجله پژوهشی حکیم*. ۱۳۸۵؛ دوره نهم، شماره سوم: صفحه ۱ تا ۱۸.
14. Esmailzadeh H, Rajabi F, Rostamigooran N, Majdzadeh R. Iran Health System Reform Plan Methodology. *Iranian J Publ Health*. 2013;42(1):13-7.
15. Rajabi F, Esmailzadeh H, Rostamigooran N, Majdzadeh R. What must be the Pillars of Iran's Health System in 2025? Values and Principles of Health System Reform Plan. *Iranian J Publ Health*. 2013;42(2):197-205.
16. Rostamigooran N, Esmailzadeh H, Rajabi F, Majdzadeh R, Larijani B, Vahid Dastgerdi M. Health System Vision of Iran in 2025. *Iranian J Publ Health*. 2013;42(1):18-22.
17. Mohammad Hajizadeh M, Nghiem HS. Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments? *Int J Health Care Finance Econ* 2011;11:267-85.
18. Rashidian A, Joudaki H, Khodayari-Moez E, Omranikhoo H, Gerailic B, Arab M. The impact of rural health system reform on hospitalization rates in the Islamic Republic of Iran: an interrupted time series. *Bull World Health Organ* 2013;91:942-9.
19. Salehi A, Harris N, Lotfi F, Hashemi N, Kojouri J, Amini M. Reform in medical and health sciences educational system: a Delphi study of faculty members' views at Shiraz University of Medical Sciences. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2014;20(3):151-61.
20. Zanganeh Baygi M, Seyedin H. Imbalance between Goals and Organizational Structure in Primary Health Care in Iran- a Systematic Review. *Iranian J Publ Health*. 2013;42(7):665-72.
21. Vosough Moghaddam A, Damari B, Alikhani S, Salarianzede MH, Rostamigooran N, Delavari A, et al. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: Main Challenges, General Policies and Strategies. *Iranian J Publ Health*. 2013;42(1):42-9.
22. Abolhallaje M, Mousavi SM, Anjomshoa M, Beigi Nasiri A, Seyedin H, Sadeghifar J, et al. Assessing Health Inequalities in Iran: A Focus on the Distribution of Health Care Facilities. *Global Journal of Health Science*. 2014;6(4):285-91.
23. Joulaei Pharm H, Lankarani KB, Shahbazi M. Iranian and American Health Professionals working together to Address Health Disparities in Mississippi Delta based on Iran's Health House Model. *Archives of Iranian Medicine*. 2012;15(6):378-80.
۲۴. کارگروه سیاستگذاری. مجموعه دستورالعمل های طرح تحول نظام سلامت در ایران. تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی: ۱۳۹۳.
۲۵. کارگروه سیاستگذاری. نقشه طرح تحول نظام سلامت، مبتنی بر الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت. تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی: ۱۳۹۰.
26. Witter S, Toonen J, Meessen B, Kagubare J, Fritsche G, Vaughan K. BMC Health Services Research Performance-based financing as a health system reform: mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. 2013;13(367):1-10.
27. Sang S, Wang Z, Yu C. Evaluation of Health Care System Reform in Hubei Province, China. *Int J Environ Res Public Health* 2014;11:2262-77.
28. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Lotfi M, Salehi F. Burn Survivors' Experience of Core Outcomes during Return to Life: a Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences*. 2014;3(4):227-37.
29. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24 (2):105-12.
30. Lacey A, Luff D. Qualitative Data Analysis Nottingham: National Institute for Health Research, The NIHR RDS for the East Midlands / Yorkshire & the Humber; 2009.pp: 266-324

مقاله پژوهشی

تصویر سلامت

دوره ۶ شماره ۱ سال ۱۳۹۴ صفحه ۱۰ - ۱۱