

دستاوردهای اجرای طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت در حاشیه شهر اصفهان: یک مطالعه کیفی

احمد رضا رئیسی^۱، نسرين شعربافچی زاده^۲، پژمان عقدک^۳، زهرا فولادی^{۴*}

• پذیرش مقاله: ۹۸/۳/۱۱

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۸/۳/۸

• دریافت مقاله: ۹۷/۱۲/۲



چکیده

مقدمه: وضعیت سلامت حاشیه‌نشینان به دلایل اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و نحوه ارائه خدمات نظام سلامت، نیازمند توجه جدی است. با اجرای طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت، ارتقاء سلامت حاشیه‌نشینان در ایران مورد توجه قرار گرفت. پژوهش حاضر با هدف بررسی دستاوردهای طرح اصلاحات تأمین مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مراکز خدمات جامع سلامت حاشیه شهر اصفهان انجام گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر مطالعه‌ای کیفی بود که به شیوه پدیدارشناسی در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. نمونه‌های مورد بررسی، ۲۱ نفر از صاحب‌نظران مطلع و مسئول حوزه بهداشت و مراقبین سلامت مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و تکنیک گلوله برفی انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوا در نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ انجام شد.

یافته‌ها: دستاوردهای طرح اصلاحات تأمین مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مراکز خدمات جامع سلامت حاشیه شهر اصفهان در ۶ کد اصلی ارتقاء مراقبت‌های بهداشتی اولیه قابل ارائه به مردم، مشارکت بخش خصوصی، مدیریت، ارتقاء آموزش کارکنان، تأمین منابع برحسب نیازها و استقرار پرونده الکترونیک بود و ۵۱ کد فرعی استخراج گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: امکان استفاده از مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی نظیر ساخت، اجرا و انتقال، نیازسنجی، ارزشیابی سیستم پایش مراکز خدمات جامع سلامت و تدوین چارت نیروی انسانی مورد نیاز جهت ارائه مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند دستاورد اجرای طرح را ارتقاء دهد.

واژگان کلیدی: دستاورد، طرح تحول سلامت، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، بخش خصوصی، حاشیه شهر

ارجاع: رئیسی احمد رضا، شعربافچی زاده نسرين، عقدک پژمان، فولادی زهرا. دستاوردهای اجرای طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت در حاشیه شهر اصفهان: یک مطالعه کیفی. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۸؛ ۵(۱): ۸۱-۱۰۰.

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 ۲. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 ۳. پزشک عمومی، مرکز تحقیقات مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 ۴. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- * نویسنده مسئول: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی
- تلفن: ۰۲۵ ۳۸۸۲۴۳۰۴ Email: fouladizf@gmail.com

مقدمه

سلامت، حق اساسی همه انسان‌ها و سرمایه‌ای با ارزش برای تمام کشورها محسوب می‌شود (۱). در گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ توجه جهانی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه معطوف شد و شعار «مراقبت‌های بهداشتی اولیه، امروز بیش از همیشه» مطرح گردید و بر این اساس تأکید شد که کشورها، سیستم سلامت خود را بر اساس اصول جدید مراقبت بهداشتی اولیه و پوشش همگانی سلامت و خدمات مردم محور سازمان‌دهی کنند (۲). تقریباً اکثر کشورهای دنیا، اساس نظام مراقبت سلامت خود را مراقبت‌های بهداشتی اولیه قرار دادند (۳، ۴). مراقبت بهداشتی اولیه مراقبت‌های ضروری و اساسی در سطح اول ارائه خدمات هستند که بایستی برای همه افراد و خانواده‌ها قابل دسترسی باشد (۵). در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه در صورتی که مسئله مناطق ضعیف و حاشیه‌نشین از نظر کیفیت خدمات ارائه شده و پوشش جمعیت دیده نشود، آن نظام کامل و جامع نخواهد بود. به عبارت دیگر، زیرساخت‌های ارائه خدمات اولیه در مناطق حاشیه‌نشین، اغلب ناکافی و نامناسب بوده و به همین دلیل وضعیت سلامت جمعیت این مناطق ضعیف است (۶). حتی در صورتی که دسترسی جغرافیایی مناسبی به خدمات مراقبت اولیه در مناطق حاشیه‌نشین وجود داشته باشد، به دلیل محرومیت و توان اقتصادی جمعیت این مناطق ممکن است مراجعات لازم انجام نگیرد (۷). حدود ۸۰۰ میلیون حاشیه‌نشین در جهان وجود دارند که انتظار می‌رود طی ۳۰ سال آینده، این میزان دو برابر شود، این حجم از جمعیت با توجه به ویژگی‌های منحصر به فرد این مناطق نظیر فقر، مسکن نامناسب، ازدحام جمعیت،

دسترسی نامناسب به آب آشامیدنی، آسیب‌پذیری سلامت را افزایش می‌دهد (۸-۱۰). این مسائل باعث شده است که سازمان بهداشت جهانی تلاش کند توجه دولت‌ها را به مناطق حاشیه‌نشین جلب نماید (۱۱). از طرفی بی‌توجهی به سلامت مناطق حاشیه‌نشین، تهدیدی جدی برای سلامت شهرها محسوب می‌شود (۱۲). حاشیه‌نشین‌ها غالباً از نظر شرایط اقتصادی، فرهنگی، آموزش و سلامت دچار مشکلات متعددی هستند (۱۳)، به طوری که به دلیل جمعیت بالای ساکن در مناطق حاشیه‌نشین و توسعه بدون برنامه‌ریزی، دسترسی مناسبی به خدمات بهداشتی و درمانی وجود ندارد (۱۴، ۱۵). از آنجایی که عدالت در دسترسی از مهم‌ترین موضوعات در عرصه تحولات خدمات سلامت است (۱۶)؛ لذا ارتقای کمی و کیفی سلامت حاشیه‌نشینان با افزایش دسترسی خدمات برای آنان تأمین می‌شود (۱۷).

نظام شبکه مراقبت‌های بهداشتی در ایران به عنوان متولی مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سال ۱۳۶۰ اجرایی شده است. درحالی که الگوی شبکه‌های بهداشتی و درمانی دولتی در شهرها به صورت مستمر تکمیل می‌شد اما سلامت حاشیه‌نشینان، این الگو را با چالش‌های فراوانی روبه‌رو نمود (۱۸). به طوری که خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه و منابع مورد نیاز برای اجرای آن به دلایلی مانند تغییرات دموگرافیکی جمعیت، تغییر بار بیماری‌ها از واگیر به غیرواگیر، افزایش بار مهاجرت شهروندان و شهرنشینی به ویژه در حاشیه شهرها هم‌چنان باقی مانده است (۱۹). پژوهش‌هایی در زمینه سلامت حاشیه‌نشینان انجام گرفته است که به نتایج تعدادی از آن‌ها اشاره می‌شود. نتایج مطالعه Adams و همکاران در بنگلادش نشان داد که امکانات دولتی جهت رسیدگی

به نیازهای سلامت حاشیه‌نشینان اندک بوده و بخش خصوصی و پروژه‌های بین‌المللی بخشی از فرآیند رسیدگی به این نیازها را بر عهده گرفته‌اند (۲۰). Usmani و Ahmad در هند گزارش کردند که دسترسی به خدمات سلامت علیرغم نزدیک بودن مراکز ارائه دهنده، یکی از مسائل اصلی در حاشیه‌نشینان است (۲۱). در برزیل سالانه ۵۱ میلیون دلار هزینه جراحی‌های قابل پیشگیری در مردم مناطق حاشیه‌نشین می‌شود (۲۲). در ایران، جولایی و همکاران وضعیت دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مناطق حاشیه‌نشین شیراز را ضعیف ارزیابی نمودند (۲۳). در پژوهشی، تبریزی و همکاران پروتکلی جهت ارزیابی اثربخشی خدمات بهداشتی در مجتمع‌های سلامت مناطق حاشیه‌نشین تدوین نموده‌اند که می‌تواند ابزاری جهت نحوه عملکرد این مجتمع‌ها باشد. این پروتکل مسائلی همچون وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانوار، سلامت روانی، مراقبت بارداری، تغذیه، خودمراقبتی و کیفیت هوا را در بر گرفته است (۲۴). به نظر می‌رسد که توافق ضمنی در مورد نامناسب بودن وضعیت سلامت در مناطق حاشیه‌نشین وجود داشته باشد که این مسئله ضرورت مداخله فوری را توجیه‌پذیر می‌نماید (۲۴، ۲۱، ۲۰).

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ و اهداف توسعه هزاره سوم سازمان ملل، اصلاح نظام سلامت در جهان در حال رخ دادن است به طوری که اکثر کشورهای دنیا به تغییر، تکمیل یا اصلاح نظام سلامت خود اقدام نمودند (۲۵). به دنبال تکالیف قانونی برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه در ارتقای سلامت و اصلاح شاخص‌های کلان سلامتی کشور، تعهدات بین‌المللی، اهداف توسعه هزاره سوم سازمان ملل و گزارش سال ۲۰۰۷ بانک جهانی و

گزارش دفتر منطقه‌ای سازمان سلامت جهانی در خصوص وضعیت سلامت ایران در سال ۲۰۱۲ و ۲۰۱۳، طرح تحول در نظام سلامت شکل گرفت (۲۶). از سال ۱۳۹۳ طرح تحول سلامت در حوزه درمان و سپس حوزه بهداشت اجرا شد. در بخشی از این طرح در حوزه بهداشت، سلامت حاشیه‌نشینان مورد توجه قرار گرفت (۲۶). با این حال، پژوهشی که اثرات اجرای این طرح را در مناطق حاشیه‌نشین بسنجد، انجام نگرفته است. از طرفی، چند سال از آغاز این طرح سپری شده است و می‌توان با بررسی موضوع، دید جامع‌تری به اثرات اجرای طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت و مناطق حاشیه‌نشین به دست آورد بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی دستاوردهای طرح اصلاحات تأمین مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مراکز خدمات جامع سلامت حاشیه شهر اصفهان انجام گرفت.

روش بررسی

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای کیفی بود که به شیوه فنومنولوژی (پدیدارشناسی) در بهار ۱۳۹۷ انجام شد. کلیه صاحب‌نظران مطلع و مسئول حوزه معاونت بهداشتی و مراقبین سلامت شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی حاشیه شهر اصفهان به عنوان جامعه پژوهش در نظر گرفته شدند. نمونه‌گیری با روش نمونه‌گیری هدفمند انجام شد و به منظور دستیابی به دیدگاه‌های جامع، نمونه‌گیری گلوله برفی نیز از میان مدیران و کارشناسان واحدهای مختلف حوزه بهداشت و تعدادی از مراقبین سلامت مراکز خدمات جامع سلامت در حاشیه شهر اصفهان انجام گرفت. جمع‌آوری داده‌ها تا زمان اشباع داده‌ها ادامه داشت. در مجموع ۲۱ نفر به عنوان نمونه وارد

پژوهش شدند.

در پژوهش حاضر ابتدا سه مصاحبه به صورت آزمایشی انجام شد تا راهنمای مصاحبه دقیق‌تر و کامل‌تری جهت کسب تمامی اطلاعات مورد نظر تهیه شود. در شروع مصاحبه، اطلاعات دموگرافیکی از افراد مشارکت‌کننده در پژوهش شامل میزان تحصیلات، سابقه کار و محل خدمت سؤال شد. مصاحبه‌ها نیمه ساختاریافته و به صورت چهره به چهره انجام شد. همچنین به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد که پاسخ آنان به سؤالات به صورت محرمانه نزد محقق باقی خواهد ماند و مشارکت‌کنندگان هر زمان که تمایل داشته باشند می‌توانند از ادامه کار انصراف دهند. مدت مصاحبه‌ها ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها در محل فعالیت افراد انجام شد و برنامه زمانی مصاحبه‌ها، بر اساس زمان‌های خالی افراد و در زمان اداری تنظیم شد. مصاحبه‌ها ضبط و پیاده‌سازی شدند. برای تعیین پایایی و روایی مطالعه از معیار چهارگانه گوبا و لینکن استفاده شد: به منظور رعایت اعتبار، قسمت‌هایی از مصاحبه‌ها و کدگذاری‌ها در اختیار

مشارکت‌کنندگان قرار گرفت تا به مفاهیم یکسانی در زمینه گفتگوهای انجام شده دست پیدا شود. برای تأمین تأییدپذیری، با جمع‌آوری منظم داده‌ها، ثبت و نگارش مراحل و روند تحقیق به طور دقیق، رعایت بی‌طرفی محقق و دسته‌بندی کدهای مشابه و طبقات برای مقایسه آنچه محقق برداشت کرده با آنچه منظور مشارکت‌کنندگان بود امکان‌پذیر شد. برای تأیید قابلیت اعتماد، یادداشت‌برداری و پیاده‌سازی مصاحبه‌ها در اسرع وقت انجام شد و جهت قابلیت انتقال، ارائه نقل قول‌های مستقیم و مثال‌ها انجام گرفت.

در پژوهش حاضر جهت انجام مراحل تحلیل محتوا و سازمان‌دهی مطالب و دسته‌بندی نقل قول‌ها از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ استفاده شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های دموگرافیک خبرگان حوزه بهداشتی در جدول ۱ ارائه شد.

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک خبرگان مورد بررسی

ویژگی‌های دموگرافیک	تعداد (درصد)	ویژگی‌های دموگرافیک	تعداد (درصد)
گروه سنی	۳۰-۲۰	پست سازمانی	مدیران
(سال)	۴۰-۳۱	کارشناسان ستادی	۴ (۱۹/۱)
	۵۰-۴۱	مراقبین سلامت	۷ (۳۳/۳)
تحصیلات	پزشک عمومی	محل خدمت	معاونت بهداشتی
	کارشناسی ارشد	شبکه بهداشت	۸ (۳۸/۱)
	کارشناسی	مرکز خدمات جامع سلامت	۳ (۱۴/۳)
			۱۰ (۴۷/۶)
جنسیت	مرد		
	زن		
			۸ (۳۸/۱)
			۱۳ (۶۱/۹)

در این پژوهش ۶ کد اصلی و ۵۱ کد فرعی به دست آمد. کدهای اصلی شامل ارتقاء مراقبت‌های بهداشتی اولیه قابل ارائه به مردم (دارای ۲۰ کد فرعی)، مشارکت بخش خصوصی (دارای ۵ کد فرعی)، حوزه مدیریت (دارای ۴ کد فرعی)، ارتقاء آموزش کارکنان (دارای ۵ کد فرعی)، کفایت تأمین منابع برحسب نیازها (دارای ۵ کد فرعی) و استقرار پرونده الکترونیک (دارای ۱۲ کد فرعی) بودند که در جدول ۲ به آن‌ها اشاره شد.

جدول ۲: دستاوردهای اجرایی طرح اصلاحات تأمین مراقبت‌های بهداشتی اولیه

کدهای اصلی	کدهای فرعی
ارتقاء مراقبت‌های بهداشتی اولیه قابل ارائه به مردم	۱- فراهم شدن خدمات اولیه سلامت
	۲- افزایش دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه
	۳- تنوع در ارائه خدمات آموزشی، پیشگیری، غربالگری، توان‌بخشی
	۴- کاهش بار مالی مشاوره روان و تغذیه برای افراد نیازمند خدمات مشاوره
	۵- ارائه خدمات مشاوره تغذیه و مشاوره روان
	۶- تأمین بودجه‌های مالی بیماری‌های غیرواگیر در دل طرح تحول سلامت
	۷- آموزش خودمراقبتی به گیرندگان خدمت
	۸- توجه به قشر آسیب‌پذیر مردم حاشیه شهر
	۹- تأمین نیروی چند پیشه و قائم به فرد نبودن خدمات
	۱۰- ارتقاء خدمات بهداشتی دهان و دندان شامل (پیشگیری، مراقبت، درمان) در گروه‌های هدف
مشارکت بخش خصوصی	۱۱- تعیین و تعریف دقیق جمعیت تحت پوشش مراکز
	۱۲- توجه بیشتر به بیماری‌های غیرواگیر
	۱۳- ارائه خدمات نوین سلامت و بیماری‌های غیرواگیر
	۱۴- پتانسیل کاهش هزینه‌های نظام سلامت
	۱۵- امکان ارائه مراقبت و شناسایی افراد بیمار
	۱۶- رایگان بودن آزمایش‌ها غربالگری طرح ایران و غربالگری سرطان‌های شایع
	۱۷- توزیع عادلانه خدمات در حاشیه شهر
	۱۸- ارائه خدمت به کلیه گروه‌های سنی و جنسی (کودک، نوجوان، جوان، میان‌سال، سالمند)
	۱۹- استراتژی‌های موازی برای ارائه خدمات گروه جنسی مردان
	۲۰- پیگیری خدمات ارائه شده در راستای تداوم و اثربخش بودن خدمات
حوزه مدیریت	۱- تأمین نیرو
	۲- ایجاد تعهد خدمت در کارکنان بخش خصوصی
	۳- اشتغال‌زایی در سیستم بهداشتی
	۴- رضایتمندی از عملکرد بخش خصوصی در مقایسه با بخش دولتی
	۵- انگیزه بالای بخش خصوصی در ارائه خدمات در مقایسه با بخش دولتی
	۱- عملکرد مطلوب اداره کودکان در مقایسه با سایر واحدها
	۲- انجام پایلوت بسته جدید خدمت کودکان
	۳- افزایش انگیزه کارکنان برای ارائه خدمات بیشتر در بخش خصوصی
	۴- ارتقاء اثربخشی منابع مصرفی در حوزه سلامت در مراقبت‌های سرپایی

۱- آموزش نیروها اعم از نیروهای جدیدالورود بخش خصوصی و بخش دولت	
۲- رضایتمندی از مکانیسم غربال و شناسایی نیروهای انسانی توانمند بر اساس آزمون	
۳- آموزش عمومی و تخصصی کارشناسان تغذیه	ارتقاء آموزش کارکنان
۴- آموزش‌های تئوری و عملی مراقبین	
۵- ارائه گواهی دوره آموزشی مراقبین سلامت و سایر رده‌ها	
۱- رفع کمبود نیروی انسانی در بخش دولتی با مشارکت بخش خصوصی	
۲- جذب کارشناسان تغذیه و روانشناس در سیستم بهداشتی	کفایت تأمین منابع برحسب نیازها
۳- استقرار منابع شامل تجهیزات، نیروی انسانی، فضای فیزیکی	
۴- همکاری خیرین در احداث فضای فیزیکی	
۵- افزایش تعداد مراکز ارائه دهنده خدمات جامع سلامت	
۱- ثبت و حفظ اطلاعات جمعیت در سامانه سیب	
۲- ارائه خدمات الکترونیک و حذف کاغذ	
۳- امکان قضاوت در لحظه بر اساس اطلاعات سامانه سیب	
۴- افزایش سرعت دسترسی به آمار و اطلاعات	
۵- مدیریت زمان و کاهش مکاتبات جهت استخراج و بازیابی اطلاعات	استقرار پرونده الکترونیک
۶- کاهش رفت‌وآمدهای نظارتی	
۷- امکان ارائه خدمت با توجه به حجم بالای مهاجرت و جمعیت تحت پوشش	
۸- نظارت و رصد غیرحضوری سیستم	
۹- کاهش مشکلات فرم‌های کاغذی، بایگانی پرونده‌ها	
۱۰- احساس رضایت از ارائه خدمت با سامانه سیب	
۱۱- مدیریت هزینه	
۱۲- صرفه‌جویی زمان	

ارتقاء مراقبت‌های بهداشتی اولیه قابل ارائه به مردم

از جمله دستاوردهای اجرای طرح حاشیه شهرها، فراهم نمودن خدمات اولیه سلامت برای افرادی بوده است که تا پیش از این دسترسی دشواری به خدمات سلامت داشته‌اند. «ما از نظر حیطه‌های شاخص سلامت مؤلفه اول دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت را ایجاد کردیم... مراکزی راه‌اندازی کردیم و در واقع بهره‌مندی مردم را از خدمات سلامت افزایش دادیم» (م. ۲). مصاحبه شونده شماره هفت ابراز کرد که «از چالش‌های بزرگی که توی کشور بحث بهداشت داشت، بحث حاشیه شهرها بود که خصوصاً توی کلان شهرها، در بخش حاشیه شهر کلاً مراقبت‌ها انجام نمی‌شد بنابراین دسترسی به خدمات خیلی کم

بود و انجام این کار شاید، بشه بگیریم مهم‌ترین دستاوردی بود که حاصل شد». مصاحبه شونده شماره یک بیان کرد که «بسته تعریف شده برای خدمات در حاشیه شهرها از تنوع مناسبی برخوردار بوده است و کل خدماتی که ارائه میشه اول خدمات ارتقاء سلامت، آموزش، پیشگیری، غربالگری، شناسایی زود هنگام، درمان، توان بخشی همه این‌ها رو پوشش میده و در کنار این‌ها مواردی که لازم باشه، ارجاع داده می‌شوند».

از طرفی امکان ارائه خدمات مشاوره‌ای و تغذیه برای حاشیه شهرها با در نظر گرفتن پرداخت‌های مرسوم در سطح شهرها توانسته است بار مالی این خدمات را تا حد زیادی برای افراد نیازمند کاهش دهد. «با توجه به اینکه خب هزینه‌های مشاوره‌های

روان رو شما می‌دونید که بالا هست و اگر بخواد به بخش خصوصی مراجعه کنه حق الزحمه خیلی بالاست و اینم خودش به دستاورد مهم بود که در این مراکز ارائه دادیم» (م.۷). «اتفاقی مهمی که دستاورد خیلی بزرگی بود، این بود که ما کارشناسانی به اسم تغذیه و روان شناس تو سیستم نداشتیم. شما به بهداشت خانواده و پزشک داشتی ولی الآن اومدن برای هر مرکز خدمات جامع سلامت، نیروی تغذیه و نیروی روان تربیت کردن» (م.۱). در برخی خدمات ارائه شده، سعی شده است که تأمین مالی با گره خوردن به برنامه‌های کلیدی دیگر انجام گیرد تا وقفه‌ای در این زمینه به وجود نیاید. «بودجه طرح ایراپن همش تو طرح تحول تأمین شده. اگه قرار باشه اعتبارات تأمین نشه یعنی تمام این فعالیت‌های آموزشی و خدمات مورد نیاز رو واقعاً تلف کردیم و ریختیم تو چاه چون این خدمات رو همیشه برای مردم رها کرد دیگه» (م.۶). خودمراقبتی از جنبه‌هایی است که از طریق توانمندی جمعیت تحت پوشش بایستی اتفاق بیفتد: «ما در مراکز و پایگاهمون می‌خواهیم خدمات مراقبتی را ارائه کنیم. این موضوع رو جا بندازیم. در ضمن آموزشای پیشگیرانه برای خودمراقبتی یادشون می‌دیم که خیلی از بیماری‌ها با این علائم و نشانه‌ها اصلاً نیاز مراجعه به پزشک نداره» (م.۱).

ایجاد دسترسی برای افرادی که در حالت عادی امکان پایینی جهت دریافت مراقبت دارند، دستاورد دیگر اجرای طرح در عمل بوده است. «توجه به حاشیه‌های شهر به خاطر این که افراد ساکن در این مناطق از لحاظ فرهنگی و از لحاظ اقتصادی آدم‌های آسیب‌پذیری بودن و هستند، به همین خاطر تو نظام تحول سلامت از حاشیه شهرهای بزرگ شروع کردند» (م.۴). اگرچه یکی از چالش‌های اجرای طرح، چند

پیشه بودن مراقبین سلامت بود، اما به طور کلی این موضوع می‌تواند بخشی از نیاز طرح به نیروهای جدید را برطرف نماید: «مراقبین سلامت همان نیروهای بهداشتی مامایی و مبارزه با بیماری‌های قبلی بودن که با ۱۷۰ ساعت آموزش به نیروهای مراقبین سلامت چند پیشه تبدیل شدن یعنی اگر من رشته‌ام الآن بهداشتی باید به چیزایی از مامایی می‌دونستم» (م.۵). خدمات دهان و دندان نیز در جمعیت حاشیه شهرها ارائه گردید. «ما سلامت دهان و دندان رو هم تحت پوشش داشتیم و اگرچه خیلی در زمینه دندان عملکرد درمانی نداشتیم ولی با وارنیش تراپی در مدارس، مشاوره‌ها، معاینات و ویزیت گروه هدف تعریف شده، سعی کردیم خدمات پیشگیری رو تقویت کنیم» (م.۵). تعریف جمعیت تحت پوشش نیز دیگر دستاورد مهم اجرای طرح ذکر شد. «وقتی از جنبه‌های مختلفش نگاه می‌کردی همه چیز پرفکت بود از بابت این که جمعیت هدف مشخص شده بود. جمعیت تحت پوشش بین ۲۵۰۰ یا ۳۰۰۰ تا که مشخص کردن برای یک مراقب سلامت بود» (م.۷). بار بیماری‌های غیرواگیر به صورت پیوسته در حال افزایش است و در اجرای طرح نیز بسته‌ها به گونه‌ای تعریف شده‌اند که بخش اعظمی از این بیماری‌ها را مورد پوشش قرار دهند. «بیماری‌های غیرواگیر الآن خیلی شایع شده و هیچ کدوم از این خدمات سطح اول قبل از تحول خوب انجام نمی‌شد و الآن به همت سیستم و خانه‌های بهداشت این خدمات ارائه میشن» (م.۶). «یه طرح جدیدی که تو طرح تحول داشتیم ارائه خدمات نوین بیماری‌های غیرواگیر بود و خطر سنجی که اول توی شهرضا کلید خورد، جای دیگه نشده. بعد از شهرضا قرار شده توی اصفهان باشه و این طیف وسیعی از بیماری‌های غیرواگیر از شروع غربالگری تا

این که اگر مثبت شد ارجاع داده بشه، توی این طرح دیده شده» (م.۳). کاهش هزینه‌های سلامت از طریق غربالگری سریع مدنظر مجریان طرح بوده است: «با اجرا شدن غربالگری برای سه مورد سرطان شایع از جمله سرطان کولورکتال، پستان و رحم باید بگم شاید بعد از ۵ سال دیگه ما بتونیم قضاوت کنیم در مدیریت هزینه‌ها نقش بسزایی دارد» (م.۶). امکان مراقبت مداوم، برنامه‌ریزی درمان، شناسایی افراد در معرض خطر از طریق غربالگری می‌تواند در آینده سیستم اثرگذار باشد. «کنترل خدمات غیر واگیر که به عنوان هدف این طرح در نظر گرفته شده، تعداد زیادی موارد جدید دیابت، فشارخون بالا، اعتیاد، سرطان پرست رو در خانم‌ها و سرطان کولون رو کشف شده که آمارهاشم وجود داره» (م.۲). طرح ایرپن به منظور غربالگری افراد در معرض خطر بیماری‌های غیرواگیر اجرایی شده است و در حاشیه شهرها نیز تصمیم بر تداوم آن وجود داشته است. «مراقبت و کنترل دیابت و فشارخون رو قبلاً تو روستاها اجرا می‌کردیم. تو برنامه اداره غیرواگیر وزارت، تسری پیدا کرد به حاشیه شهر و کلان‌شهر که داریم غربال می‌کنیم. تقریباً تنها دانشگاهی هستیم که در کل دانشگاه‌ها اینا رو اجرا کردیم یعنی ۴/۵ میلیون جمعیت رو شروع کردیم و داریم انجام می‌دیم» (م.۶). از طرفی «به نظر من بزرگ‌ترین دستاورد اصلاح نظام سلامت در حاشیه شهرها، افزایش و بهبود عدالت در سلامت، افزایش دسترسی مردم در حاشیه شهرهاست چرا که خدمات اساسی سلامت در سالیان گذشته با افزایش مهاجرت از روستا به شهر کمتر ارائه می‌شده‌اند» (م.۲). بسته خدمات طراحی شده به صورت جزء به جزء در گروه‌های سنی و جنسی متعدد تعریف و بر اساس آن مراقبت سلامت ارائه می‌گردد. «قبلاً به گروه‌های

خاص توجه می‌شد مثلاً کودکان، مادران باردار و دوران قبل از بارداری و پس از زایمان ولی الآن دیگه فوکوس روی گروه‌های خاص نیست و خدمات برای همه گروه‌های سنی و جنسی داره انجام میشه» (م.۱۳). محل فعالیت گروه جنسی مردان پیش‌بینی و عمده آن‌ها توسط مراقبین سلامت تحت پوشش قرار گرفته است. «در کلونی جمعیت‌ها مثل کارگاه‌ها، پادگان‌ها، خوابگاه‌ها و خیلی از ادارات، فرمانداری، اداره گاز و اداره برق و کارخانه‌ها نماز جمعه یا پایگاه بسیج هماهنگ کردند تا تیم مراقب سلامت ورود پیدا کند. اونجا خدمات سلامت را به کارکنان عمدتاً آقایان هستند ارائه می‌دند» (م.۲). آنچه در حوزه بهداشت حائز اهمیت است، پیگیری جمعیت برای مراقبت‌های مداوم و طولانی‌مدت است. «فردی که میاد خدمت می‌گیره، بسته به اون پیگیری که باید انجام بشه دوباره شش ماه بعد، یک سال بعد مراجعه می‌کنه و حالا تو سامانه سبب، تاریخ پیگیری ثبت میشه. اگر فرد موعده مراقبتش مراجعه نکرد، خودمون تماس تلفنی می‌گیریم که مثلاً فلان روز دوباره بیاد. اینجوری تداوم خدمت ایجاد میشه» (م.۱۳).

مشارکت بخش خصوصی

مشارکت بخش خصوصی تا حد زیادی توانسته است کمبود نیروی بخش دولتی در ارائه خدمات به مناطق حاشیه شهر را جبران نماید. «ما تو فازبندی مون سعی کردیم که نیروهای حاشیه رو از بخش خصوصی بچینیم و به این ترتیب نیروی مورد نیاز رو تأمین کردیم» (م.۱۰). امکان جذب نیروهای شرکتی اگرچه از نظر نوع استخدام چالش‌هایی را برای افراد به وجود آورده اما در نهایت اشتغال آنان در این بخش را موجب شده است. «یه درصدی از کارکنان بخش خصوصی که راضی هستند و خیلی احساس رضایت

می‌کنند. درصد زیادی از رضایتمندی‌شون به دلیل این هستش که شغل پیدا کردند و می‌تونند درآمد داشته باشند» (م.۱). از طرف دیگر امکان جذب نیروهای شرکتی با برون سپاری مراقبت‌ها به بخش خصوصی، اشتغال‌زایی را نیز افزایش داده است. «دست‌آورد اولیه که برای خودمون داشت، اینکه نیرو جذب شد. خیلی از ماماهاایی که بیکار بودن، خیلی از مراقب‌هایی که رشته شون بهداشت بود بیکار بودند و به هر حال یه شغل پیدا کردن و کارشناسان تغذیه و روان هم همین طور» (م.۱۴). عملکرد بخش خصوصی به دلیل امکان فعالیت با سرعت و شتاب مناسب، توانسته است رضایت مسئولین بهداشتی را نیز فراهم آورد. «تو بخش خصوصی، ما خیلی راضی هستیم. نیروهای جوون و با انگیزه داریم که مشغول به خدمت‌رسانی هستند» (م.۴). «ما از عملکرد نیروهای شرکتی‌مون، نه این که بگم عالی بودن ولی از عملکردشون نسبت به نیروهای دولتی خیلی بیشتر راضی بودیم» (م.۳). با توجه به پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد در بخش خصوصی، انگیزه ارائه خدمات در این بخش بیشتر از بخش دولتی بوده است. «نیروی جدید با یه انگیزه و شور و حال خوبی اومدن سرکار و با همون ذوقی که اومدن، سرکار با همون شدت کار می‌کنند و با همه مشکلات و حقوق ناچیز، برای مردم کم نمی‌دارند چون با این انگیزه اومدن که تو سلامت مردم یه تحولی ایجاد کنن» (م.۱۷).

حوزه مدیریت

حوزه مدیریت در اداره کودکان و ارائه خدمات به حاشیه‌نشین‌ها در این اداره دارای عملکرد مناسب و مطلوبی بوده است. «این وسط تنها گروهی که داره کارشناسی کار می‌کنه به نظر من خودم الان نزدیکه ۹ ماهه که توی این گروه هستم، گروه کودکان بوده یعنی

اداره کودکان بحث ریوایز کردن بسته خدمتی، کار کارشناسی با کل گروه کودکان انجمن کودکان ایران رو داره انجام می‌ده» (م.۷). خدمات کودکان از زمان شروع طرح دارای بسته‌های متنوعی بوده است و بسته جدید آن قبل از نهایی شدن در برخی مناطق کشور پایلوت شده است که عملکرد مطلوب مدیریت این بخش را موجب شده است: «بسته پایلوت رو در چهار شهر اجرا کردیم و بعدش هم ارزشیابی شد. بعد از ارزشیابی، یه عده ایدئولوژیست گذاشتیم بررسی کنن بسته رو. مجدداً دارند بوکلت رو پایش و ارزشیابی می‌کنن که آیا اجرای بسته کشوری بشه یا نه» (م.۷). تصمیم مناسبی که به منظور ارائه مراقبت‌ها صورت گرفت، برون‌سپاری برخی مناطق به بخش خصوصی بود که در نتیجه با توجه به ضرورت صرفه اقتصادی در این بخش، انگیزه کسب منافع در قبال ارائه خدمات ارتقاء یافته است. «طبیعتاً به خاطر این که این نیروهای جدیدالورود یه گلوگاه دارن برای این که اگر کار کیفی خوب نداشته باشه، از میزان پرداختی بهشون کم میشه به نظرم بر اساس همین قضیه، نیروهای شرکتی‌مون خیلی بهتر از نیروهای دولتی‌مون کار کردند» (م.۳). از طرف دیگر، غربالگری مناسبی که در اجرای طرح به آن توجه شده، توانسته است اثربخشی منابع مصرفی را توجیه نماید. «به نظرم دست‌آوردی که بهش می‌رسیم، اثر بخشی هست یعنی ما به جای شیفیت منابع در حوزه بیمارستانی و مراحل نهایی بیماری در بیمارهای مزمن یا و بیماری‌های با عوارض بالاتر، منابعمون را به غربالگری شیفیت دادیم که در مراحل اولیه خوب می‌تونه باعث ارتقاء اثربخشی منابع مصرفی در حوزه سلامت در خدمات سرپایی بشه» (م.۲).

ارتقاء آموزش کارکنان

کفایت تأمین منابع برحسب نیازها

همان‌طور که پیش‌تر نیز اشاره شد، با مشارکت بخش خصوصی، بخش اعظمی از نگرانی‌های مربوط به نیروی انسانی و منابع انسانی مورد نیاز برای اجرای طرح برطرف گردید. «دستاوردهای طرح یکیش جذب نیروهای انسانی بود. با توجه به کمبود نیروی انسانی که تو مجموعه مون بود، این طرح تونست کمک کنه به این قضیه» (م. ۱۰). «چون نیروی انسانی که خودمون داشتیم در بهترین حالتش می‌تونه ۳۰ درصد شهر رو پوشش بده. برای مابقی اون، جذب نیروی انسانی از بخش خصوصی وجود داشته که الان اونارو به کارگیری کردیم» (م. ۱). دستاورد قابل ملاحظه در مورد تأمین منابع از نوع منابع انسانی طرح، امکان جذب کارشناسان مرتبط با حیطه تغذیه و روان‌شناسی بود که اتفاق افتاد. «شاید ما تو هر شهرستان یه دونه کارشناس تغذیه و روان داشتیم که عملاً این فرد هم مسئول تغذیه و هم روان اون شهرستان بود و هم کارای مدخلاتی را پیگیری می‌کرد. الان حدود ۳ تا ۴ برابر این نیرو جذب شده» (م. ۱). در کنار تعریف بسته‌های ارائه خدمت، استانداردهای مورد تأیید تجهیزات، نیروی انسانی و فضای فیزیکی نیز تدوین و سعی شد تا حد امکان بر اساس آن‌ها اقدام شود. «مراکزی راه اندازی کردیم یا با اجاره یا با ساخت یا با همکاری خیرین که در اختیار حوزه بهداشت قرار گرفت و نهایتاً امکاناتش را تجهیز کردیم. استقرار نیروها رو انجام دادیم و خیلی از این نیروها از طریق شرکت‌های برون سپاری تأمین شدند و با این اقدامات، بهره‌مندی مردم را از خدمات سلامت افزایش دادیم» (م. ۲). در راستای توسعه فضای فیزیکی، پتانسیل خیرین سلامت به کار گرفته شد و از این طریق چندین مرکز آماده استفاده شد. «با توجه به نیاز به مراکز خدمات جامع

از جمله دستاوردهای آموزشی، اجرای طرح آموزش کلیه نیروهای بخش دولتی و خصوصی بوده است به طوری که بتوانند خدمات مراقبت را بر اساس بسته‌های جدید انجام دهند. «هرکدوم از نیروهای جدید طبق برنامه استاندارد که هرکدامشون چند ساعت آموزش باید بگیرند؛ آموزش دیدند مثلاً تغذیه و روان ۶۰ و ۹۰ ساعت آموزش می‌گرفتند. مراقب باید به صورت حضوری ۱۴۷ ساعت آموزش می‌گرفت و غیر ضروری حدود ۴۰۰ و خرده‌ای ساعت باید آموزش می‌گرفت که برگزار شد» (م. ۱). انتخاب نیروهای جدید در بخش خصوصی بر اساس آموزش و پس از آن غربالگری صورت گرفت و این موضوع قبل از جذب صورت گرفت. «ما آزمون گرفتیم، بعد کلاس آموزشی گذاشتیم یعنی جزو وظایف ما شاید نبود ولی ما به خاطر اینکه بتونیم بهترین خدمتورائه بدیم گفتیم نیایم آدم‌ها رو بگیریم و بعد بگیریم حالا برید آموزش ببینید» (م. ۱). جهت ارائه مشاوره‌ها و خدمات تغذیه، آموزش تخصصی کارشناسان در کنار آموزش عمومی ارائه گردید. «یه سری آموزش‌های عمومی و کلی داشتیم، بسته خدمتی داریم، بسته آموزشی داریم و بر اساس بسته‌های خدمت با هیأت علمی هماهنگ کردیم و به کارشناس آموزش دادیم» (م. ۹). جنبه دیگری که در آموزش‌ها به آن توجه شد، ارائه آموزش عملی و تئوری توأم بود. «یه سری آموزش‌های تئوری داشتیم و به صورت عملی هم آموزش‌ها ارائه شد که افراد با بیشترین آشنایی وارد فیلد بشن» (م. ۹). نوع آموزش‌ها، ساعت‌های تدریس و ارائه گواهی مرتبط با آموزش ارائه شده نیز با اجرای طرح فراهم شد به طوری که در طرح‌های پیشین این گونه نبود. «آموزش از طریق کمیته‌های آموزشی انجام شد، آزمون گرفته شد بهشون گواهی آموزشی داده شد» (م. ۵).

سلامت، با همکاری خیرین تعدادی مرکز آماده شده و در اختیار حوزه بهداشت قرار گرفت» (م.۲). با اجرای طرح، مراکز ارائه دهنده خدمات جامع سلامت نوسازی و احداث شدند و از این طریق تعداد مراکز در اختیار نیز افزایش یافت. «تعداد پایگاه‌ها بیشتر شده و به ۱۶۰ پایگاه رسیدیم که این خیلی ارزشمند است» شهر اصفهان، هم در حاشیه شهر مستقر شدن هم در مرکز شهر» (م.۴).

استقرار پرونده الکترونیک

طراحی سامانه سبب و استفاده از آن در این طرح، ثبت و حفظ اطلاعات زیادی از حاشیه شهر را امکان‌پذیر نموده است. «همین الان که داریم با هم صحبت می‌کنیم، تو استان ما نزدیک به سه میلیون و هفتصد هزار تا هشتصد هزار نفر اطلاعاتشون تو سامانه ثبت شده و تو کشور هم ۶۷ تا ۶۸ میلیون نفر اطلاعات وارد شده و این خودش یک برگ برنده خیلی بزرگه» (م.۱). با استفاده از سامانه سبب، بخش اعظمی از پرونده‌های کاغذی حذف شد و امکان دسترسی به اطلاعات جمعیت زیادی از کشور نیز فراهم شده است. «به طور کلی پرونده‌های کاغذی رو کنار گذاشتیم و هر اطلاعاتی که نیاز داشته باشیم رو در سامانه وارد می‌کنیم» (م.۱۶). «اگر بخواهیم شاخص‌گیری بکنیم، حداقل همون شاخص‌هایی که فعلاً می‌تونیم بگیریم در مورد ۶۷ میلیون نفر می‌گیریم و در کشور می‌تونیم در لحظه قضاوت کنیم» (م.۱). از طرف دیگر سرعت دسترسی به آمار افزایش داشته است. «با وجود سامانه سبب، دسترسی به آمار و اطلاعات با سرعت زیادی امکان‌پذیر شده است. در صورتی که در گذشته اگر آمار و اطلاعات ۶۷ میلیون نفر را در کشور می‌خواستیم به صورت دستی استخراج کنیم، نزدیک به یک سال زمان می‌برد» (م.۱).

با استفاده از سامانه، نیاز به فرآیندهای طولانی مدت گذشته در ارائه درخواست برای آمار و اطلاعات وجود ندارد. «در گذشته در صورتی که وزارتخانه قصد داشت آمار و اطلاعات دانشگاه‌ها رو بگیره، می‌بایست با دانشگاه‌ها و شبکه‌ها و مراکز مکاتبه انجام بده تا این مکاتبات انجام بشه و بره و تا اطلاعات برگرده، نزدیک به یک سال زمان می‌برد» (م.۱). از طرفی «با سامانه سبب، امکان نظارت افزایش پیدا کرده و مثلاً رئیس مرکز بهداشت استان، واحدهای ستادی و مدیریت‌ها، سیستم را رصد می‌کنند. این رصد کردن در واقع هم باعث بهبود خدمات خواهد شد هم رفت و آمدهای نظارتی کاهش پیدا می‌کنه و از طرف دیگه، اون نظارت ما را بیشتر می‌کنه» (م.۲). «در گذشته اگه فردی نقل مکان می‌کرد، مجبور بود دوباره پرونده تشکیل بده ولی الان با وارد کردن اطلاعات شخصی مثل کد ملی، مراقبت سلامت می‌تونه وضعیتش رو چک کنه» (م.۸). رصد آنلاین، امکان نظارت را برای مدیران به میزان زیادی افزایش داده است. «نظارت آنلاین داریم و هم‌زمان با ارائه خدمت، کارشناس داره سامانه را رصد می‌کنه. به نوعی یک تضمین کیفیت برای گروه‌های خاص اتفاق می‌فته» (م.۲). با استفاده از سامانه سبب، گم شدن، اشغال فضای فیزیکی بایگانی و مسائل زیست‌محیطی زیان‌آور کمتری اتفاق افتاده است: «سامانه سبب که اومد، خیلی روند کار بهتر شد. خدمات الکترونیک شد. دیگه کاغذی نیست. کاغذ ممکن بود گم بشه. فرد پرونده‌اش رو می‌برد به جای دیگه یادش می‌رفت با خودش بیاره. این تبعات همیشگی پرونده کاغذی بود. حالا هر جای دیگه‌ای هم مراجعه بکنه، شخص نیاز نیست که حتماً پرونده رو بگیره دستش ببره» (م.۱۳). سهولت کاربر یکی از مهم‌ترین جنبه‌های استفاده از سامانه‌های الکترونیک

است (۱۶). در پژوهش حاضر نیز کیفیت، پوشش همگانی، تحول در آموزش به عنوان بخشی از یافته‌های پژوهش آورده شده است. خیاطان و همکاران در پژوهش دیگری عوامل مؤثر بر دسترسی افراد به خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی و درمانی شهری را مورد بررسی قرار دادند و یافته‌ها نشان داد چهار عامل فردی، جغرافیایی، مالی و ساختاری از دیدگاه کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهری بر دسترسی افراد به خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی و درمانی شهری تأثیر بسیاری داشته است (۲۷). بنابراین دسترسی به خدمات سلامت از مهم‌ترین موضوعات در زمینه عدالت در سلامت است که شامل دسترسی از نظر محل جغرافیایی، دسترسی از نظر وضعیت مالی و دسترسی از نظر ساختاری به سطوح بالاتر ارائه‌کنندگان خدمات در راستای نیاز افراد به صورت مطلوب و استاندارد می‌باشد لذا لازمه ایجاد دسترسی کافی، تحول در خدمات ارائه شده حوزه بهداشت است.

در حوزه دستاوردها، اجرای طرح توانسته است که خدمات متنوعی را برای جمعیت حاشیه شهر فراهم آورد. خدمات سلامت روان از جمله آن‌ها بوده است. Bolhari و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که ادغام بهداشت روان در خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه، از نظر اقتصادی روشی مؤثر و به صرفه است ولیکن برای دستیابی به پیامدهای ارزشمند نیازمند نظارت و ارزشیابی مستمر است (۲۸). در پژوهش فرید و همکاران نیز نشان داده شده است که افراد در مناطق شهر کرج نیازمند اطلاعات بیشتر و دریافت مشاوره بیشتر در زمینه تغذیه و سلامت روان بودند و ایجاد ساختارهای لازم برای بهبود دسترسی این افراد به مراقبت‌های سلامت، گام بزرگی در راستای ارتقای

است. «سامانه سیب که عالیه. با این سامانه خیلی راحت شدیم. ما هم می‌تونیم پیگیری‌ها مون رو به روز کنیم و هم می‌تونیم خدماتی که انجام دادیم رو مقایسه کنیم» (م. ۱۴). هزینه‌های پرونده کاغذی، کاغذ، آمارگیری و نگهداری آن‌ها کاسته شده است و ارتقاء و به‌روزرسانی سامانه به صورت هماهنگ انجام می‌گیرد. «سامانه رو در سطح کشور آپدیت می‌کنن و دیگه لازم نیست هر مرکز، جداگانه این کار رو انجام بده. از طرف دیگه خیلی از هزینه‌های کاغذی رو هم دیگه نداریم» (م. ۱۵). مصاحبه شونده شماره دوازده ابراز کرد که «در ابتدا ورود اطلاعات خیلی سخته و زمان بر میشه ولی در مراجعات بعدی این زمان جبران میشه».

بحث و نتیجه‌گیری

ارتقاء مراقبت‌های بهداشتی اولیه قابل ارائه به مردم یکی از مهم‌ترین جنبه‌های ارائه خدمات در سطوح اولیه، مسئله عدالت است. دستیابی به عدالت در توزیع خدمات در حاشیه شهر بخشی از دستاوردهای اجرای طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت بوده است. در پژوهش خیاطی و صابری به اهمیت نقش مراقبت‌های بهداشتی اولیه در نظام سلامت و ارائه راهکارهای مقابله با چالش‌های مربوطه پرداخته شده است و این که نظام‌های سلامت نیازمند سازمان‌دهی مجدد مراقبت بهداشتی اولیه جهت تأمین نیازهای جامعه و افزایش کیفیت ارائه خدمات، پوشش همگانی خدمات مردم محور و سیاست‌های بهداشت عمومی و رهبری صحیح مطابق بیانیه آلماتا و سلامت برای همه و همچنین گزارش ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت و تحول در آموزش بخش‌های مختلف شامل گروه سلامت و پزشکان خانواده و ارائه‌دهندگان خدمت

سلامت آنان و دستیابی به عدالت در سلامت خواهد بود (۲۹). به نظر می‌رسد با توجه به اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه که شامل جامعیت خدمات ارائه شده در سطح اول خدمات مانند خدمات روان‌شناسی می‌باشد و همچنین مشکلات امروز دنیا و بار بیماری‌های غیرواگیر، خدمات سلامت در زمینه روان‌شناسی ضروری و مورد نیاز است که در حال حاضر با تحول در نظام سلامت به ویژه حوزه بهداشت امکان ارائه خدمات روان در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی اولیه فراهم شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر به برنامه‌های اساسی برای بیماری‌های غیرواگیر و عمل به آن‌ها در حاشیه شهرها اشاره کرد. Nekoe Moghadam و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که علیرغم دستاوردهای شبکه‌های بهداشتی، چالش‌های بسیاری به علت گذر سریع اپیدمیولوژیک باقی مانده است که در این میان لازم است که خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه و منابع مورد نیاز، مجدداً ارزیابی شوند چرا که با توجه به تغییرات دموگرافیک، تغییر بار بیماری‌ها و افزایش مهاجرت، مراقبت بهداشتی اولیه توسعه نیافته است (۳۰). اصلاحات در زمینه خدمات سلامت به ویژه مراقبت بهداشتی اولیه با توجه به تغییرات فعلی جمعیت و بار بیماری‌های غیرواگیر لازم و ضروری است و بایستی با اجرایی نمودن طرح حاشیه شهر، خدماتی در راستای نیازهای فعلی جامعه شکل بگیرد و توسعه مراقبت‌های بهداشتی اولیه مورد توجه واقع شود چرا که بررسی چالش‌های اجرایی آن می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات ارائه شده کمک نماید.

وجود برنامه‌های غربالگری و شناسایی موارد خطر در جمعیت تحت پوشش دیگر دستاورد اجرای طرح در مناطق حاشیه شهر اصفهان بوده است. در پژوهش

بختیاری و همکاران که در مجتمع‌های سلامت حاشیه شهر تبریز انجام گرفته است نیز شناسایی موارد خطر به عنوان یکی از نقاط مثبت این مجتمع‌ها اشاره شده است و در یک مورد، تفاوت بیماران شناسایی شده دیابتی از ۳۰ مورد به ۶۲۱ مورد در مجتمع سلامت شهید چمران رسیده است و دسترسی این افراد به مشاور تغذیه میسر گردیده است. از طرف دیگر در همین پژوهش به برون‌سپاری خدمات به بخش خصوصی نیز اشاره شده است و عنوان شده که در واگذاری مجتمع‌های سلامت به پیمانکاران، اصل ۴۴ قانون اساسی مورد توجه بوده است و تلاش شده که بخش خصوصی عهده‌دار اجرای راهبرد مجتمع‌های سلامت باشد (۳۱). در پژوهش حاضر به طرح ایرپن اشاره شده است که در آن غربالگری افراد در معرض خطر بیماری‌های غیرواگیر اجرایی شده است و در حاشیه شهرها نیز تصمیم بر تداوم آن وجود داشته است و از طرفی امکان مراقبت مداوم، برنامه‌ریزی درمان، شناسایی افراد در معرض خطر از طریق غربالگری می‌تواند در آینده سیستم اثرگذار باشد. Adaman و Ardıç در پژوهش خود نشان دادند که دسترسی به مراقبت سلامت در مناطق حاشیه‌نشین شهرهای بزرگ ترکیه ضعیف بوده و برای افراد ساکن مناطق حاشیه شهرهای بزرگ در ترکیه، دولت از طریق کارت سبز یارانه‌هایی در اختیار این افراد قرار داده تا بتوانند از خدمات مراقبت سلامت استفاده نمایند (۳۲). از آن جایی که در ایران نیز خدمات ارائه شده برای حاشیه‌نشینان اغلب رایگان یا با فرانشیز پایین فراهم شده است می‌توان مشابهت‌های پژوهش مذکور و پژوهش حاضر را نشان داد.

مشارکت بخش خصوصی

مشارکت بخش دولتی و خصوصی در ارائه خدمات

بهداشتی به حاشیه شهرها مبحث تازه‌ای است. در پژوهش حاضر، یکی از دستاوردهای اجرای طرح، مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات بوده است. در پژوهشی که انجام گرفت یکی از دلایلی که شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در شهرها از کفایت لازم برخوردار نبود، نبودن الگوی شراکت بخش دولتی و خصوصی برای ارائه خدمات پیشگیری و غربالگری بود (۳۳). در پژوهش Harmanci و Çakiroğlu نیز نشان داده شد که با اجرای برنامه تحول سلامت، پزشکان به عنوان کارفرما تبدیل شدند و سایر حرفه‌های سلامت (پرستار و ماما) که پرسنل پزشک خانواده نام داشتند به پرسنل طرف قرارداد تبدیل شدند و در نتیجه در این مدل، خدمات مراقبت بهداشتی اولیه به بخش خصوصی واگذار شده است (۳۴). بنابراین برای ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه، بازسازی و تجدید اصول آن لازم است تا فرآیند دسترسی به خدمات و نظام ارجاع به صورت هدفمند در راستای افزایش پوشش و کیفیت خدمات ارائه شود که در این زمینه مدل پزشک خانواده و واگذاری خدمات به بخش خصوصی می‌تواند مثرتر واقع شود.

حوزه مدیریت

پژوهش حاضر دستاوردهای حوزه مدیریت را در مدیریت مؤثر حوزه سلامت کودکان نشان داد. عملکرد مطلوب اداره کودکان در مقایسه با سایر واحدها و انجام پایلوت بسته جدید خدمت کودکان در قالب دو کد فرعی ارائه شد. در گزارش Fry و همکاران نیز سلامت کودکان در حاشیه شهرهای قاهره مصر، مانیل فیلیپین و احمدآباد هندوستان مورد توجه قرار گرفت و توصیه‌هایی در زمینه تدوین بسته‌های اختصاصی سلامت کودکان و انجام پیمایش‌های مداوم در این

زمینه ارائه شد (۳۵) که از نظر تدوین بسته‌های سلامت کودکان در مناطق حاشیه‌نشین، همسو با یافته‌های پژوهش حاضر بود. در پژوهش Marcil و همکاران نیز که در مناطق حاشیه‌نشین بنگلادش انجام گرفت، پروژه مانوشی که جمعیت ۶/۹ میلیون نفری را در مورد سلامت مادران، نوزادان و کودکان حاشیه‌نشین بنگلادش را در بر می‌گرفت، به دستاوردهای اجرای پروژه از قبیل بهره‌مندی بیشتر از خدمات ارائه شده، همکاری با سایر سازمان‌ها و ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده، اشاره کرده است (۳۶) که از این نظر همسو با یافته‌های پژوهش حاضر بود به طوری که بر اساس یافته‌ها، اداره سلامت کودکان در معاونت بهداشت شهر اصفهان از طریق اجرای طرح تحول سلامت در حاشیه این شهر به صورت مداوم کارشناسی برنامه‌ها را با همکاری دیگر ادارات مرتبط انجام داده است.

ارتقاء آموزش کارکنان

از جمله دستاوردهای اجرای طرح در مناطق حاشیه‌نشین می‌توان به آموزش تئوری و عملی و شناسایی نیروهای انسانی توانمند اشاره نمود. در پژوهش عابدی و همکاران نیز دستاوردهای آموزشی طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت به صورت توانمندسازی کارکنان، آموزش محور بودن طرح و توجه به استانداردهای آموزشی و انتخاب افراد توانمند اشاره شده است (۳۷) که همسو با یافته‌های پژوهش حاضر در حوزه آموزش است.

در برنامه‌ریزی آموزشی کارکنان، نیازسنجی و طراحی دوره‌ها بر اساس رویدادهای موجود در فیلد لازم و ضروری است. در پژوهش متقی و همکاران در آموزش بهورزان، مشخص شد که تکرار مباحث آموزشی در سال‌های مختلف و بازآموزی آن‌ها باعث

افزایش آگاهی بهورزان و در نتیجه بهبود پاسخگویی آن‌ها به پیش آزمون سال بعد شده و این امر لزوم نیازسنجی بیشتر توسط مسئولین آموزشگاه بهورزی را جهت برگزاری دوره‌های آموزشی بیان می‌دارد (۳۸). یافته‌های پژوهش عابدی و همکاران و متقی و همکاران همسو با یافته‌های پژوهش حاضر بود به طوری که در پژوهش عابدی و همکاران که پس از اجرای طرح تحول انجام گرفته است، آموزش در حوزه بهداشت و هدف توانمندسازی در این حوزه مورد توجه قرار گرفته است. در پژوهش متقی و همکاران نیز مسئله برنامه‌ریزی آموزش و نیازسنجی مطرح شده است که به عنوان جزئی اساسی در آموزش مطرح بوده و بر اساس دیدگاه شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر نیز، این مسئله با دقت انجام گرفته است. با این حال در پژوهش Damari مشخص شد که سیستم آموزشی نیروهای بهداشتی در مقطع زمانی پژوهش ضعیف بوده و ضعف در به‌روزرسانی فعالیت‌های آموزشی و عدم استفاده از آموزش‌های نوین مشاهده شده است. ارتقاء کارشناسان و مدیران در رابطه با آموزش‌های ضمن خدمت نیازمند قانون بوده است. برنامه‌های توانمندسازی بر مبنای نیازسنجی کارشناسان و مدیران انجام نگرفته است و برنامه جامع توانمندسازی کارکنان وجود نداشته است (۳۹) که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو نیست. پژوهش Damari قبل از اجرای طرح تحول حوزه بهداشت انجام شده است و شاید بتوان عدم همسویی یافته‌های آن با پژوهش حاضر را توجه جدی به مسئله آموزش در برنامه جدید مرتبط دانست. به عبارت دیگر، پوشش دادن ضعف‌های موجود در آموزش در طرح تحول سلامت را می‌توان به عنوان نقطه قوت دستاوردهای کسب شده در اجرای طرح دانست. به

طوری که پژوهش Damari قبل از اجرای طرح انجام شده و در اجرای طرح اصلاحات حاشیه شهر که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته است به عنوان دستاورد مطرح شده‌اند.

کفایت تأمین منابع برحسب نیازها

از دیگر دستاوردهای اشاره شده در پژوهش حاضر، تأمین نیروی انسانی مورد نیاز در ارائه خدمات به ساکنان حاشیه شهرها بود. در این زمینه یافته‌های پژوهش بختیاری و همکاران نشان داد که با استفاده از استراتژی مجتمع‌های سلامت، تعداد مؤسسات و نیروهای حوزه سلامت در مناطق حاشیه‌نشین افزایش قابل توجهی داشته (به ازای هر ۴ هزار نفر یک گروه سلامت) (۳۱) که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد. نتایج پژوهش بختیاری و همکاران که همسو با یافته‌های پژوهش حاضر بود، نشان داد که مسئله ارتقاء دسترسی از طریق افزایش تعداد مراکز می‌تواند مؤثر باشد که در پژوهش حاضر نیز به عنوان دستاورد اجرای طرح، بیان شد که تعداد مراکز در نقاط حاشیه‌نشین افزایش داشته است. یافته‌های پژوهش نصیری‌پور و همکاران نشان داد که تراکم مراکز و پایگاه‌های بهداشتی شهر شهرکرد فاقد توزیع مناسب بوده و پراکنش مناسبی ندارد. توزیع غیرمنطقی و محدوده‌بندی نامتناسب واحدهای بهداشتی منجر به کاهش سطح دسترسی مطلوب می‌شود که احتمال افت سطح شاخص‌های عدالت در سلامت را به دنبال خواهد داشت (۴۰) که همسو با یافته‌های پژوهش حاضر نیست. در پژوهش نصیری‌پور و همکاران، علیرغم این که مسئله در کل شهرکرد بررسی شده است و به صورت اختصاصی در میان حاشیه‌نشینان بررسی نشده است، عدم همسویی را می‌توان در وضعیت کلی توزیع مراکز تحلیل نمود به طوری که با

طور کلی مدیریت جمعیت تحت پوشش مراکز می‌تواند تصویر واضح و جامع‌تری در اختیار مراکز ارائه خدمات و سیاست‌گذاران قرار دهد.

بر اساس یافته‌ها، اجرای طرح تحول سلامت و به طور خاص برنامه گسترش مراقبت‌های بهداشتی اولیه در حاشیه شهر اصفهان، دستاوردهای قابل ملاحظه‌ای در حوزه ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه به مردم از نظر عدالت و دسترسی و جامعیت خدمات، مشارکت بخش خصوصی و اشتغال‌زایی کسب نموده است. اگرچه در اجرای طرح، دستاوردهایی از جمله اختصاص بودجه و منابع، مشارکت بخش خصوصی و تأمین نیروی انسانی در بخش بهداشت حاصل شده است اما چالش‌هایی در نحوه اجرای طرح وجود دارد که نیازمند بررسی و اصلاح توسط مدیران و سیاست‌گذاران هستند. به نظر می‌رسد مشارکت مراقبین سلامت هم می‌تواند در کاهش چالش‌های اجرایی طرح مؤثر باشد.

پیشنهادهای

با اجرای طرح تحول سلامت در حاشیه شهرها، دستاوردهایی از جمله افزایش دسترسی به مراقبت‌های سلامت در میان حاشیه‌نشینان شهر اصفهان، اختصاص بودجه و منابع نسبتاً مناسب، مشارکت بخش خصوصی و تأمین نیروی انسانی مورد نیاز برای ارائه خدمات سطح اول حاصل شده است. چالش‌هایی در نحوه اجرا و تأمین منابع مالی، فیزیکی و انسانی نیز وجود دارد که نیازمند بررسی و اقدام توسط مدیران و سیاست‌گذاران هستند. از جمله این چالش‌ها می‌توان به رفع برخی چالش‌های آنلاین بودن خدمات سامانه سب و پایش الکترونیک با توجه به ارائه خدمات الکترونیک، استفاده از مدل‌ها مشارکت عمومی -

اجرای طرح تحول در حاشیه شهر اصفهان، مسئله توزیع امکانات در نظر گرفته شده است. در مطالعه Pathman و همکاران، وقتی از پزشکان شاغل در مناطق محروم پرسیده شده که چرا محل کار خود را ترک کردید؟ بر عوامل مالی به عنوان یکی از مهم‌ترین دلایل اشاره شد (۴۱). در پژوهش حاضر نیز به کمبود منابع از نوع مالی و حتی انسانی و تجهیزاتی در حین اجرای طرح اشاره شد که از نظر استانداردسازی، افزایش تعداد مراکز طرح توانسته است بخشی از چالش‌ها را پوشش دهد.

استقرار پرونده الکترونیک

سامانه الکترونیک مورد استفاده در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در حاشیه شهر اصفهان چالش‌ها و دستاوردهای متنوعی داشت. در پژوهش اسدی و همکاران نتایج نشان داد که سیستم اطلاعات مراقبت بهداشتی اولیه در تمام مراکز بهداشتی و درمانی استان تهران تحت مطالعه دستی بود و داده‌های مربوط به اثربخشی، در دسترس بودن خدمات و وضعیت اقتصادی- اجتماعی در سیستم اطلاعات هیچ یک از مراکز موجود نبود (۵) که با راه‌اندازی سامانه سب این چالش‌ها تا حدودی برطرف شد. در پژوهش Maass و همکاران فواید سیستم اطلاعات در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در فنلاند مورد بررسی قرار گرفت که یافته‌ها نشان داد این سیستم دسترسی به اطلاعات تشخیصی به روزآوری، قرار دادن مجدد بالینی، آزمایش‌های مکرر و سفارشات پست الکترونیکی برای داده‌های از دست رفته را کاهش داد (۴۲). در بخش دستاوردهای پژوهش حاضر نیز به این موارد اشاره شده است. به طوری که این سامانه‌ها، از نظر مدیریت ویزیت‌ها، پیگیری مراقبت‌هایی که بایستی انجام گیرد، حذف کاغذ و دوباره کاری و به

اصلاحات تأمین مراقبت‌های اولیه بهداشتی در حاشیه شهر اصفهان در دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد مصوب ۳۹۶۰۹۵ بود. بدین‌وسیله از حمایت‌های مادی و معنوی دانشگاه و همکاری ارزشمند و صادقانه کلیه صاحب‌نظران شرکت‌کننده در پژوهش در اصفهان تشکر می‌گردد.

تضاد منافع

در مطالعه حاضر تضاد منافی وجود نداشت.

References

1. Alidadi A, Amerioun A, Sepandi M, Hosseini Shokouh SM, Abedi R, Zibadel L, et al. The Opportunities and Challenges of the Ministry of Health and Medical Education for Improvement of Healthcare System. *Health Research Journal* 2016;1(3):173-84. doi: 10.18869/acadpub.hrjbaq.1.3.179
2. WHO. The world health report 2008: primary health care: now more than ever: World Health Organization; 2008.
3. Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review. *Int J Equity Health* 2017; 16:29. doi:10.1186/s12939-017-0524-z
4. Burstrom B, Burstrom K, Nilsson G, Tomson G, Whitehead M, Winblad U. Equity aspects of the primary health care choice reform in Sweden - a scoping review. *International Journal for Equity in Health* 2017;16(1):29.
5. Asadi F, Hosseini A, Moghaddasi H, Nasr Haydarabadi N. Primary health care information systems in health centers of Tehran, Iran. *Health Inform Manage* 2012;9(1):1-10. [In Persian]
6. Ramana B, Gayatri D, Kumari PR. A study to assess the utilization of health care services among fishermen communities in urban slums of Visakhapatnam city: a cross sectional study. *International Journal of Community Medicine and Public Health* 2017;4(10):3835-41. doi: http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20174260
7. Owusu-Ansah FE, Tagbor H, Togbe MA. Access to health in city slum dwellers: The case of Sodom and Gomorrah in Accra, Ghana. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2016;8(1):e1-7. doi: 10.4102/phcfm.v8i1.822.

خصوصی نظیر ساخت، اجرا و انتقال، نیازسنجی، ارزشیابی سیستم و پایش مرکز خدمات جامع سلامت و تدوین چارت نیروی انسانی مورد نیاز جهت ارائه مراقبت‌های بهداشتی بر اساس دیدگاه مراقبین سلامت اشاره نمود.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان بررسی دستاوردها و چالش‌های اجرایی طرح

8. Abdi S, Wadugodapitiya A, Bedaf S, George CE, Norman G, Hawley M, et al. Identification of priority health conditions for field-based screening in urban slums in Bangalore, India. *BMC Public Health* 2018;18(1):309. doi: 10.1186/s12889-018-5194-2.
9. Unger A, Riley LW. Slum health: from understanding to action. *PLoS Med* 2007;4(10):1561-6. doi: 10.1371/journal.pmed.0040295.
10. Sclar ED, Garau P, Carolini G. The 21st century health challenge of slums and cities. *Lancet* 2005;365(9462):901-3. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71049-7
11. George CE, Norman G, Wadugodapitya A, Rao SV, Nalige S, Radhakrishnan V, et al. Health issues in a Bangalore slum: findings from a household survey using a mobile screening toolkit in Devarajeevanahalli. *BMC Public Health* 2019;19(1):456. doi: 10.1186/s12889-019-6756-7.
12. Chande PK, Korani H, Shamanna BR. A novel strategy for management of uncorrected refractive errors in urban slums. *Oman J Ophthalmol* 2015;8(2):107-10. doi: 10.4103/0974-620X.159258.
13. Lilford RJ, Oyebode O, Satterthwaite D, Melendez-Torres GJ, Chen YF, Mberu B, et al. Improving the health and welfare of people who live in slums. *Lancet* 2017;389(10068):559-70. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31848-7.
14. Kusuma YS, Kaushal S, Garg R, Babu BV. Birth preparedness and determinants of birth place among migrants living in slums and slum-like pockets in Delhi, India. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2018;16:160-6.
15. Mathias K, Pandey A, Armstrong G, Diksha P,

- Kermode M. Outcomes of a brief mental health and resilience pilot intervention for young women in an urban slum in Dehradun, North India: a quasi-experimental study. *Int J Ment Health Syst* 2018;12:47. doi: 10.1186/s13033-018-0226-y.
16. Khayati F, Saberi M. Primary Health Care (PHC) an Ever Strategy for Health Equity Extension. *Journal of Health Administration* 2009;12(35):33-40. [In Persian]
17. Balasubramaniam SM, Paneerselvam VM, Senguttuvan M, Subramanian J. Improving health of children in urban slums through an integrated model based approach-a case study from Chennai. *Indian Pediatrics* 2012;49(12):969-70.
18. Rajabi F, Esmailzadeh H, Rostamigooran N, Majdzadeh R, Doshmangir L. Future of health care delivery in iran, opportunities and threats. *Iran J Public Health* 2013;42(Suppl1):23-30.
19. Majdi M, Mesdaghinia A, Rakhshani F, Shariati M, Khani H. Design and performance of Iranian national portal for best practice of primary health care. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2011;3(2):65-8. [In Persian]
20. Adams AM, Islam R, Ahmed T. Who serves the urban poor? A geospatial and descriptive analysis of health services in slum settlements in Dhaka, Bangladesh. *Health Policy Plan* 2015;30 Suppl 1:i32-45. doi: 10.1093/heapol/czu094.
21. Usmani G, Ahmad N. Health status in India: A study of urban slum and non-slum population. *J Nurs Res Pract* 2018;2(1):9-14.
22. Riley LW, Ko AI, Unger A, Reis MG. Slum health: diseases of neglected populations. *BMC Int Health Hum Rights* 2007;7:2. doi: 10.1186/1472-698X-7-2
23. Joulaei H, Bhuiyan AR, Sayadi M, Morady F, Afsar Kazerooni P. Slums' access to and coverage of primary health care services: a cross-sectional study in shiraz, a metropolis in southern Iran. *Iran J Med Sci* 2014;39(2 Suppl):184-90.
24. Tabrizi JS, Farahbakhsh M, Sadeghi-Bazargani H, Hassanzadeh R, Zakeri A, Abedi L. Effectiveness of the Health Complex Model in Iranian primary health care reform: the study protocol. *Patient Prefer Adherence* 2016;10:2063-2072. doi: 10.2147/PPA.S107785
25. Shariati M. Health system reform; Why? and How? *Journal of Knowledge & Health in Basic Medical Sciences* 2015;5 (1): 1-20. [In Persian] doi: 10.22100/jkh.v5i0.957
26. Ministry of Health and Medical Education, Deputy of Health. Provision and promotion of primary health care Expanding and strengthening the urban health network; 2015. Available from: <http://arums.ac.ir/file/download/page/1507628030-03-phc-.pdf>
27. Khayatan M, Nasiri Pour A, Amini M, Mohamad Nejad S. The effective factors on recievers' access to health care services in urban health care centers. *Payavard Salamat*. 2011;4(3):18-27. [In Persian]
28. Bolhari J, Ahmadvani H, Hajebi A, Yazdi SA, Naserbakht M, Karimi-Kisomi I, et al. Evaluation of Mental Health Program Integration into the Primary Health Care System of Iran. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology* 2012;17(4):271-8. [In Persian]
29. Farid M, Tizvir A, Fashi Z. Health Care Status of Residents of the Slum Areas of Karaj 2015. *Alborz University Medical Journal* 2017;6(4):276-82. [In Persian] doi: 10.29252/aums.6.4.276
30. Nekoe Moghadam M, Sadeghi V, Parva S. Weaknesses and challenges of primary healthcare system in Iran: a review. *Int J Health Plann Manage* 2012;27(2):e121-31. doi: 10.1002/hpm.1105.
31. Bakhtiari A, Takian AH, Sayari AA, Bairami F, Tabrizi JS, Mohammadi A, et al. Design and deployment of health complexes in line with universal health coverage by focusing on the marginalized population in Tabriz, Iran. *Journal of Medicine and Cultivation* 2017;25(4):213-32. [In Persian]
32. Adaman F, Ardic OP. Social exclusion in the slum areas of large cities in Turkey. *New Perspectives on Turkey* 2008;38:29-60. doi: <https://doi.org/10.1017/S089663460000491X>
33. Damari B, Vosough Moghaddam A, Shadpoor K, Salarian zadeh MH, Moghimi D. An Urban Health Management Center in cosmopolitan Tehran: A participatory system to promote health equity. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2016;13(4):37-50. [In Persian]
34. Çakıroğlu OC, Harmanci AK. The Transformation of Primary Healthcare Services in Turkey: Family Medicine Model. *International Journal of Caring Sciences* 2016;9(2):112-9.
35. Fry S, Cousins B, Olivola K. Health of children living in urban slums in Asia and the near east: Review of existing literature and data; 2002.
36. Marcil L, Afsana K, Perry HB. First Steps in Initiating an Effective Maternal, Neonatal, and Child Health Program in Urban Slums: the BRAC Manoshi Project's Experience with Community Engagement, Social Mapping, and Census Taking in Bangladesh. *J Urban Health* 2016;93(1):6-18. doi: 10.1007/s11524-016-0026-0.
37. Abedi G, Soltani Kontai SA, Marvi A, Mazidi S, Abedini E, Abbasi Chaleshtary A. SWOT Analysis of Health Reform Plan on Healthcare Sector from the Stakeholder Perspective. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2018;28(166):199-212. [In Persian]
38. Motaghi A, Motaghi S. The Inquiry of Locational and Spatial Development of Health and Medicinal Services in Different Provinces of Iran.

Journal of Iranian Social Development Studies 2012;5(2):83-90. [In Persian]

39. Damari B. Challenges and directions of public health development in Iran from the viewpoint of provincial health deputies and health center. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2015;13(1):1-16. [In Persian]

40. Nasiripour A A, Raeissi P, Asgari AA. Analysis of the spatial distribution of health care centers of Shahrekord by geographical information system. J Shahrekord Univ Med Sci 2015; 16 (6):19-27. [In Persian]

41. Pathman DE, Konrad TR, Dann R, Koch G. Retention of primary care physicians in rural health professional shortage areas. Am J Public Health 2004;94(10):1723-9. doi: 10.2105/ajph.94.10.1723

42. Maass MC, Asikainen P, Mäenpää T, Wanne O, Suominen T. Usefulness of a Regional Health Care Information System in primary care: a case study. Comput Methods Programs Biomed 2008;91(2):175-81. doi: 10.1016/j.cmpb.2008.04.005.

Outcomes of Health Care Reform Implementation in Slum Areas of Isfahan: a qualitative study

Raeisi Ahmad Reza¹, Shaarbafchizadeh Nasrin², Aghdak Pejman³, Fouladi Zahra^{4*}

• Received: 21. 02. 2019

• Revised: 29. 05. 2019

• Accepted: 01. 06. 2019



Abstract

Background & Objectives: In slum areas, due to the economic, cultural and social reasons and how health services are delivered, the health status of people needs serious attention. Implementation of health reform plan in Iran led to increased attention to the health of slum area population. The present study was conducted to assess the outcomes of implementation of primary health care services reform in comprehensive health service centers at slum areas in Isfahan.

Methods: This qualitative research with phenomenology approach was conducted in 2018. Study samples consisted of 21 experts of health deputy and health providers of comprehensive health services centers in Isfahan University of Medical Sciences selected using purposive and snowball sampling methods. Data gathering was done by semi-structure interview. Data analysis was done using content analysis and through the 10th version of MAXQD software.

Results: The outcomes of health Reform Plan implementation in primary health care services provision, at Isfahan's slum area Health Services Centers were organized and classified in 6 main themes and 51 sub-themes. Main themes were promotion of health care availability, private sector participation, management, improvement of staff education and providing resources based on the needs and establishing electronic health records with 51 sub-themes.

Conclusion: Feasibility of using public-private partnership models in building, operating, transferring, needs assessing, system evaluation and monitoring of the Comprehensive Health Service Center and compiling the required human resources chart can improve the outcomes of this plan.

Keywords: Milestones, Health care reform, Primary health care, Private sector, Slum area

•**Citation:** Raeisi AR, Shaarbafchizadeh N, Aghdak P, Fouladi Z. Outcomes of Health Care Reform Implementation in Slum Areas of Isfahan: a qualitative study. Journal of Health Based Research 2019; 5(1): 81-100. [In Persian]

1. Associate Professor, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2. Assistant Professor, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3. MD, Effective Social Component of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4. Msc Student in Health Services Management, School of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

***Correspondence:** Isfahan University of Medical Sciences, School of Management and Medical Informatics, Hezar Jarib Street, Isfahan, Iran

Tel: 009838824304

Email: fouladizf@gmail.com