

چالش‌های ارتباطی سطح یک و دو نظام مراقبت سلامت در ایران: مرور حیطه‌ای

مریم بابایی آقبلاغ^۱، فرنوش عزیزی^۱، آیدا اصغری^{۱*}

۱- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت، سیاست و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: تهران، میدان انقلاب، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، تهران آدرس الکترونیکی: aida.asghary@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۲۵

چکیده

مقدمه: یکی از بزرگترین اصلاحات نظام سلامت، سطح بندی نظام مراقبت سلامت بوده است. ایجاد ارتباط مناسب بین سطوح خدمات به منظور کاهش هزینه، ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم به خدمات موردنیاز انجام می‌گیرد. این پژوهش با هدف شناسایی چالش‌های ارتباطی سطح یک و دو مراقبت انجام شده است.

روش کار: این پژوهش با روش مرور حیطه‌ای انجام شد. این مطالعه در ابتدای سال ۲۰۲۴ کلیه مقالات منتشر شده از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۳ در زمینه چالش‌های ارتباطی سطح یک و دو مراقبت در ایران در پایگاه‌های داده انگلیسی *PubMed*، *Scopus* و *Web Of Science* و پایگاه‌های داده فارسی زبان *Magiran*، *SID* و موتور جستجوگر *Google Scholar* با کلید واژه‌های مناسب جستجو و جمع‌آوری شد. در مجموع ۶۵۳ مقاله به دست آمده که ۲۴ مقاله وارد مطالعه شد. داده‌های حاصل با روش تحلیل چارچوب، تحلیل گردید.

یافته‌ها: پس از بررسی مطالعات ۲۱ چالش مهم شناسایی گردید که در ۶ حوزه حاکمیت/رهبری، ارائه خدمت، تامین مالی، امکانات و تجهیزات، منابع انسانی و سیستم اطلاعات دسته بندی شدند.

نتیجه‌گیری: ضعف در همکاری مناسب بین پزشکان خانواده و متخصصین، آموزش و مهارت ناکافی کارکنان، ضعف در فرهنگ سازی و ایجاد اعتماد در جامعه و ضعف در هماهنگی بین دستگاه‌های اجرایی به ترتیب، بیش از سایر چالش‌های دیگر، ذکر شدند. این موضوع حاکی از عدم توجه کافی تولید نظام سلامت به جلب مشارکت موثر گروه‌های مختلف ذینفعان کلیدی در فرآیند سیاستگذاری و برنامه ریزی و اجرا است.

واژگان کلیدی: چالش، ارتباط، مراقبت اولیه، مراقبت ثانویه، مراقبت سلامت، ایران

مقدمه

یافته، برای تأمین نیازهای جدید و انتظارات در حال تغییر که به دلیل گذر اپیدمیولوژیک، افزایش هزینه‌های سلامت، تغییرات دموگرافیک، نابرابری‌ها در دریافت خدمات و پرداخت هزینه‌ها و چالش‌های مدیریت سلامت که در سطوح مختلف رخ داده است، برنامه‌های اصلاحی گسترده‌ای را در دستور کار قرار داده‌اند. در این زمینه تقویت آرایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) راهی برای بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، دسترسی عادلانه به خدمات و کارایی استفاده از

سلامت عنصری محوری در توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی جوامع است [۱]. امروزه بهداشت و درمان برای مردم از نظر اجتماعی به عنوان یک حق طبیعی و برای دولت به عنوان یک وظیفه و مسئولیت استراتژیک مطرح است. از این رو دولت متعهد است که حداقل خدمات بهداشتی درمانی را برای تمام افراد جامعه فراهم نماید [۲]. در چند دهه اخیر، نظام‌های سلامت کشورهای در حال توسعه و توسعه

منابع بوده است. یکی از بزرگترین اصلاحات نظام سلامت، سطح بندی خدمات بوده است که خانه های بهداشت و سپس پزشک خانواده در اولین سطح، خدمات پیشگیری و درمانی را به جمعیت ارائه نموده و در صورت نیاز جمعیت به خدمات تخصصی تر، آنها را به سطوح بالاتر هدایت و سرنوشت آن ها را تا حصول نتیجه پیگیری می نمایند [۳-۵]. در طی این فرایند، کارکنان سلامت در یک سطح از نظام سلامت، به سبب نداشتن منابع و اطلاعات و مهارت کافی و به منظور مدیریت شرایط بالینی به دنبال انتقال مسئولیت مراقبت از بیمار به یک مرکز مجهز و با امکانات مناسب در همان سطح و یا سطح بالاتر هستند [۶، ۷]. در حال حاضر، سه سطح مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور تعریف شده است:

* سطح اول: سطح تماس نظام بهداشتی کشور با افراد، خانواده ها و جامعه است که در آن مراقبت های بهداشتی اولیه فراهم می آید. شامل خانه بهداشت و مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و شهری می باشد.

* سطح دوم: نخستین سطح ارجاع است و شامل مرکز بهداشت شهرستان و بیمارستان عمومی شهر است.

* سطح سوم: شامل مرکز بهداشت استان و بیمارستان های تخصصی و فوق تخصصی استان است که مستلزم وجود تسهیلات و مراکز ویژه و اشتغال کارکنان کاملاً تخصصی در آن می باشد. مراکز این سطح مهارت های برنامه ریزی، مدیریت و آموزش کارکنان تخصصی را دارا بوده و اقدامات اجرایی سطوح قبلی را پشتیبانی و تکمیل می نماید.

کشورهای مختلف با طراحی و ایجاد سیستم ارجاع اقدام به ایجاد ارتباط مناسب بین سطوح مختلف ارائه خدمات نموده اند. طراحی و عملکرد سیستم ارجاع در کشورهای مختلف تابع تعیین کننده های سیستم سلامت شامل: توانمندی های سطوح پایین سیستم سلامت، دسترسی به کارکنان متخصص، ظرفیت های آموزشی، ساختار سازمانی، مسائل و زمینه های فرهنگی، سیاسی و تاریخی و تعیین کننده های عمومی شامل عواملی از قبیل: اندازه و تراکم جمعیت، فاصله بین مراکز شهری، الگو و بار بیماری ها، تقاضا برای دریافت خدمات ارجاعی و توان پرداخت برای آن ها می باشد. وجود ارتباط مناسب، هماهنگی و همکاری دوجانبه

بین سطوح مختلف ارائه خدمات از خانه بهداشت روستایی تا بیمارستان های عمومی و تخصصی می توان به عنوان معیاری برای عملکرد کلی نظام سلامت در سطح محلی، استانی و ملی یک کشور در نظر گرفت و نشان دهنده توانایی دولت ها برای مدیریت تمام زیرسیستم ها و بازیگران دخیل در فرآیند ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است [۸، ۹]. برخی از عواملی تأثیرگذار در موفقیت نظام ارجاع در کشورهای مختلف شامل مسئولیت پذیری در قبال عملکرد ارائه کنندگان خدمات سلامت، پروتکل های اجرایی، نظارت حمایتی از ارائه کنندگان برای بهبود عملکرد، ابزارها و روش های کاری، هماهنگی بین سطوح خدمات، راه های ارتباطی مناسب بین مراکز ارجاع دهنده و مراکز پذیرنده ارجاع، سیستم های بازخورد، پوشش هزینه های افراد بی بضاعت، ایجاد ظرفیت پایش عملکرد نظام ارجاع و حمایت سیستم سلامت از نظام ارجاع از نظر قانونی و سیاست گذاری هستند [۱۰]. ارتباط سازنده بین سطوح مراقبت های بهداشتی نشان دهنده دریافت بهترین مراقبت ممکن و بدون هزینه های غیرضروری است و کمک می کند مراجعه کنندگانی که نیاز بیشتری به خدمات تخصصی دارند به موقع به خدمات مورد نیاز خود دسترسی داشته باشند. همچنین، کمک می کند تسهیلات و خدمات PHC و تخصصی بهینه تر و هزینه اثربخش تر استفاده شوند [۱۱، ۱۲]. در این زمینه، پزشکان خانواده نقش غیرقابل انکاری در ارتباط بین مردم و نظام بهداشتی و درمانی دارند. آن ها به عنوان دروازه بان و کلیددار مسیر حرکت از پایین ترین سطوح ارائه خدمات به بالاترین سطوح قرار گرفته و در صورت بهره گیری مناسب از سیستم ارجاع، در کارایی، کیفیت و عادلانه بودن خدمات ارائه شده به مردم نیز نقش و تأثیر بسزایی دارند [۱۳].

استقرار نظام ارجاع در کشور ما هم سالهاست که مورد توجه سیاستگذاران نظام سلامت کشور است و در برنامه توسعه چهارم و پنجم بر اجرای آن تأکید شده و در سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در ارتباط با سلامت نیز مورد توجه بوده است. برنامه پزشک خانواده از سال ۱۳۷۶ برای مددجویان کمیته امداد اجرا و اصلاحات گسترده آن از سال ۱۳۸۴ با شروع برنامه ملی پزشک خانواده و بیمه روستایی در شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ هزار نفر و مناطق روستایی سراسر کشور برای سطح اول خدمات آغاز شد و سپس در سه استان

مرحله دوم: شناسایی مطالعات مرتبط

این مطالعه در ابتدای سال ۲۰۲۴ شروع شده و یک بازه زمانی ۱۳ ساله، از ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۳ را بررسی کرده است. به منظور به دست آوردن هر چه بیشتر ادبیات مرتبط، از یک راهبرد جستجوی گسترده استفاده کردیم. این مطالعه کلیه مقالات از پایگاه‌های بین‌المللی داده PubMed، Scopus و Web Of Science و پایگاه‌های داده فارسی زبان پایگاه اطلاعات علمی، Magiran و موتور جستجوگر Google Scholar استخراج گردید. کلید واژه‌های جستجو شامل اصطلاحات مش و کلیدواژه‌های رایج مرتبط با موضوع مورد مطالعه شامل Referral System, Communication, Health, Health Centers, Primary Health care, Health Care Network, Primary Health care Providers, General Hospital, Hospital, Secondary Health care, Secondary Health care Providers, Family Physician, Iran, Obstacles, Challenges, Problems, Issues, Limitations, Weaknesses به انگلیسی و سیستم ارجاع، ارتباط، بهداشت، مراکز بهداشتی، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، شبکه مراقبت‌های بهداشتی، ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه، بیمارستان عمومی، بیمارستان جنرال، بیمارستان، مراقبت‌های بهداشتی ثانویه، ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ثانویه، پزشک خانواده، موانع، چالش‌ها، مشکلات، مسائل، محدودیت‌ها، نقاط ضعف و ایران به فارسی بود.

مرحله سوم: معیارهای انتخاب مطالعه و استخراج داده‌ها

در طی چند مرحله مقالاتی که عنوان، چکیده و متن کامل آنها مرتبط با موضوع پژوهش بود، در مطالعه وارد شدند. در هر مرحله، دو نفر از محققین مقالات را مورد بررسی قرار می‌دادند و در صورت وجود اختلاف نظر، بررسی مجدد مقاله انجام می‌گرفت. در صورتی که بعد از بررسی مجدد نیز توافق حاصل نمی‌شد، با استفاده از نظرات محقق سوم در مورد مقاله تصمیم‌گیری نهایی انجام شده و مقاله حذف و یا در مطالعه وارد می‌شد. همانطور که انتظار می‌رفت، این استراتژی جستجو شامل تعداد زیادی از مطالعات نامربوط بود. مطالعات براساس معیارهای زیر در بررسی محدوده گنجانده شدند ۱- مرتبط با چالش‌های ارتباطی سطح یک و دو مراقبت در ایران باشد و ۲- به زبان انگلیسی و فارسی منتشر شده باشد. ۳- کلیه مقالات پژوهشی، گزارش‌ها و مقالات کوتاه وارد مطالعه شدند. در نمودار یک روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات ارائه شده است.

خوزستان، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان به اجرا درآمد. همچنین از سال ۱۳۹۱ دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع برای خدمات تخصصی در دو استان مازندران و فارس به صورت پایلوت به اجرا درآمد [۱۴، ۱۵]. همه این طرح‌ها که در راستای ایجاد ارتباط مناسب، کارا و اثربخش بین سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بود در هدفگذاری، برنامه ریزی و اجرا همواره با چالش‌های جدی روبرو شدند [۱۶-۱۸].

از این رو این مطالعه، با هدف شناسایی چالش‌های ارتباطی سطح یک و دو مراقبت در ایران به مرور مطالعات انجام شده در این زمینه پرداخته است که نتیجه آن می‌تواند به حساس‌سازی سیاست‌گذاران سلامت و بهبود مدیریت عملکرد نظام ارجاع و پزشک خانواده در ایران کمک کند.

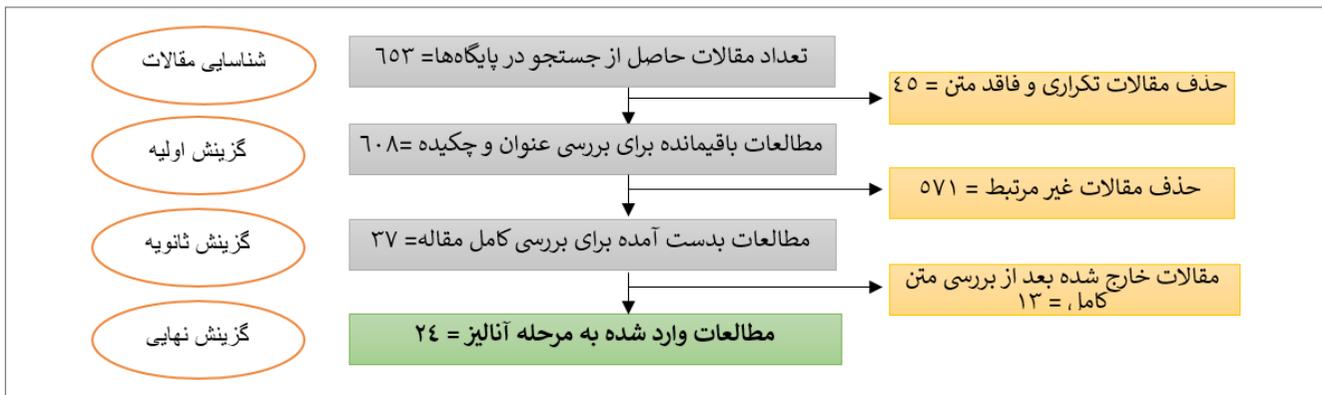
روش کار

در این پژوهش، از روش مرور حیطه‌ای با تمرکز بر مطالعات منتشر شده در زمینه چالش‌های ارتباطی سطح یک و دو مراقبت در ایران استفاده شده است. مرور حیطه‌ای در مواقعی که پژوهشگر به دنبال پاسخ به سوالاتی در زمینه "چرا" و "چه چیزی" در یک حیطه موضوعی خاص باشد، گزینه مناسبی در بین روش‌های مختلف مطالعات مروری است [۱۹].

برای انجام مرور حیطه‌ای از پروتکل آرسکی و اومالی که شامل ۶ مرحله ۱- شناسایی سوالات پژوهش ۲- شناسایی مطالعات مرتبط با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر، بررسی متون خاکستری، پایان‌نامه‌ها، مقالات مروری و رفرنس مطالعات در حیطه مورد پژوهش ۳- انتخاب مطالعات مرتبط برای مرور از بین مطالعات اولیه ۴- استخراج داده‌ها به صورت نمودار و جدول ۵- جمع‌آوری، خلاصه‌سازی و گزارش یافته‌ها و ۶- مشاوره اختیاری با صاحب نظران در مورد یافته‌های بدست آمده است، استفاده شده است [۲۰].

مرحله اول: شناسایی سوال تحقیق

این مرور حیطه‌ای با توجه به سؤال پژوهشی زیر هدایت شد: چالش‌های ارتباطی سطح یک و دو مراقبت در ایران چیست؟



نمودار ۱- روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات

مرحله چهارم: تجزیه و تحلیل و گزارش داده‌ها

پس از نهایی شدن گزینش مقالات، داده‌ها توسط دو نفر از محققین استخراج شدند. یک فرم استخراج داده‌ها برای یافته‌های مطالعه ایجاد شد. استخراج داده‌ها و ارزیابی انتقادی برای هر مطالعه انجام شد. الگوی استخراج داده‌ها شامل ویژگی‌های مطالعه مانند: عنوان، نویسنده/سازمان، سال، نوع مطالعه و ابزار جمع‌آوری داده، شهر، زبان مقاله و یافته‌های اصلی بود و در نهایت طبقه‌بندی و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل چارچوب [۲۱] انجام گرفت. چارچوب مورد استفاده در این پژوهش ۶ بلوک ساختاری سازمان جهانی بهداشت (حاکمیت/رهبری، ارائه خدمات، تکنولوژی و تجهیزات، سیستم اطلاعات، تامین مالی و منابع انسانی) می‌باشد. این بلوک‌های ساختمانی برای طراحی، اجرای و نظارت بر برنامه‌های بهداشتی و ارائه خدمات بهداشتی با کیفیت ضروری هستند. سازمان بهداشت جهانی (WHO) بر اهمیت این بلوک‌های ساختمانی در دستیابی به نتایج بهداشتی و بهبود نظام‌های سلامت تأکید کرده است. داده‌های به دست آمده از طریق نرم افزار مکس کیو دی ای ۲۰ مدیریت شدند و در نهایت کدهای شناسایی شده به درون مایه‌های اصلی مقالات ارتباط داده شدند و در قالب‌ها و معانی اصلی شکل گرفتند.

یافته‌ها

تعداد کل مقالات یافت شده ۶۵۳ مقاله بود که ۴۵ مقاله به علت تکراری بودن حذف شدند. از بین ۶۰۸ مقاله باقیمانده ۵۷۱ مقاله که عنوان و چکیده آنها با موضوع پژوهش مرتبط

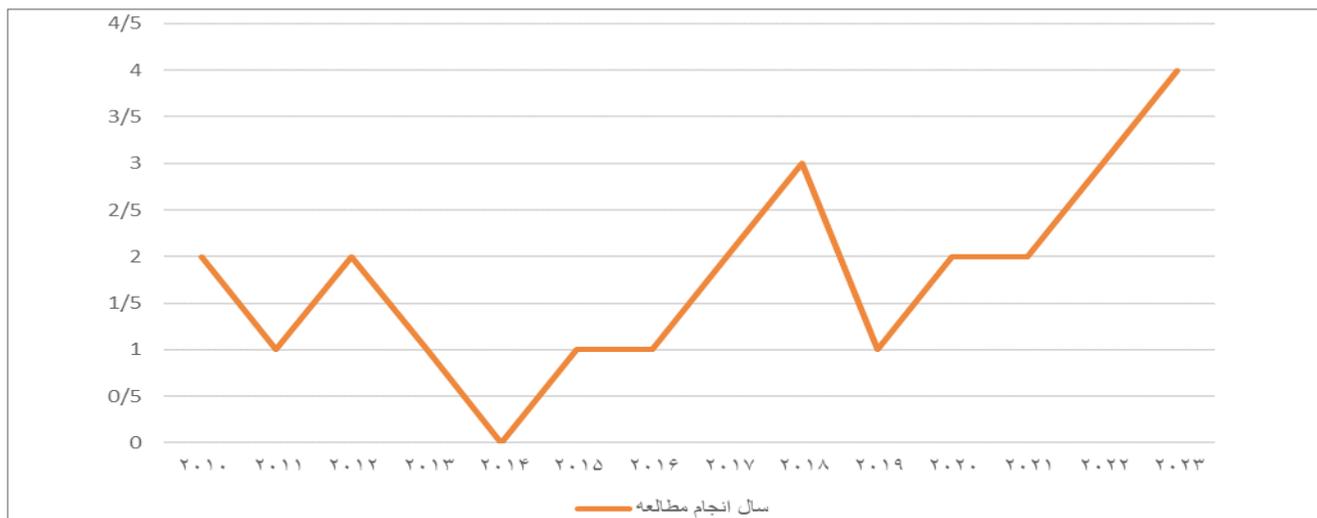
نبود حذف شدند. در مجموع ۳۷ مقاله باقی ماند که بعد از بررسی متن کامل مقالات ۲۴ مقاله وارد فاز استخراج داده‌ها شدند.

از میان مقالاتی که وارد مطالعه شدند ۵۴ درصد به زبان فارسی و ۴۶ درصد آن به زبان انگلیسی منتشر شده است. حدود ۵۸ درصد مقالات از سال ۲۰۱۸ تاکنون نگاشته شدند که بیشترین تعداد مقالات مربوط به سال ۲۰۲۳ با ۴ مقاله بود (نمودار ۲).

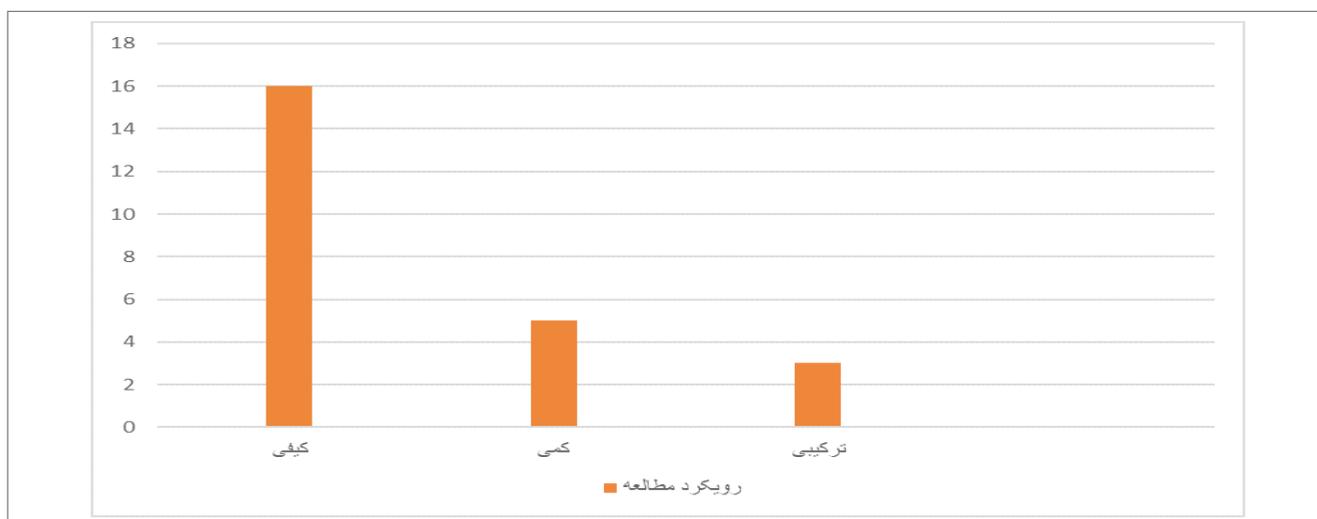
حدود ۶۷ درصد مقالات به روش کیفی و به وسیله مصاحبه، بحث گروهی متمرکز و پنل خبرگان و ۲۱ درصد مطالعات به صورت کمی و به وسیله پرسشنامه و چک لیست جمع‌آوری داده و ۱۲ درصد مطالعات به روش ترکیبی انجام شده بود (نمودار ۳). در نهایت ۵۰ درصد مطالعات در سطح کشور و مابقی مطالعات در استان‌های مازندران، گلستان، فارس، گیلان، البرز، تهران، سمنان و سیستان و بلوچستان انجام شده است.

در نهایت، براساس تحلیل داده‌های حاصل از ۲۴ مطالعه، ۲۰۳ کد اولیه از چالش ارتباطی سطح یک و دو مراقبت به دست آمد که در قالب ۲۱ چالش اصلی قرار گرفتند. چالش‌ها براساس چارچوب ۶ بلوک ساختاری سازمان بهداشت جهانی (حاکمیت/رهبری، ارائه خدمات، تکنولوژی و تجهیزات، سیستم اطلاعات، تامین مالی و منابع انسانی) تحلیل و دسته‌بندی شده‌اند (جدول ۱).

همانطور که در نمودار ۴ قابل مشاهده است بیشترین تعداد چالش‌ها، مربوط به گروه‌های ارائه خدمات و حاکمیت



نمودار ۲- توزیع فراوانی مطالعات چالش‌های ارتباطی سطح یک و دو مراقبت به تفکیک سال انتشار



نمودار ۳- توزیع فراوانی مطالعات چالش‌های ارتباطی سطح یک و دو مراقبت به تفکیک رویکرد مطالعه

این دسته از چالش‌ها، ضعف در همکاری مناسب بین پزشکان خانواده و متخصصین (۴۰ درصد)، ضعف در فرهنگ سازی و ایجاد اعتماد در جامعه (۳۵ درصد)، [۲۲] دسترسی نامناسب و یا ناکافی به ظرفیت‌های ارائه خدمت (۱۳/۳ درصد) (۲۳) و ضعف در تعهد کاری پزشکان (۱۱/۷ درصد) (۲۴) از اهم چالش‌های در این حوزه عنوان شده است. در این زمینه، محدودیت تعداد مراکز مشخص شده جهت ارجاع مراجعین [۲۵]، عدم حضور به موقع پزشکان مطابق برنامه تنظیم شده [۲۴]، عدم وجود ارتباطات لازم و اعتماد و همکاری ضعیف

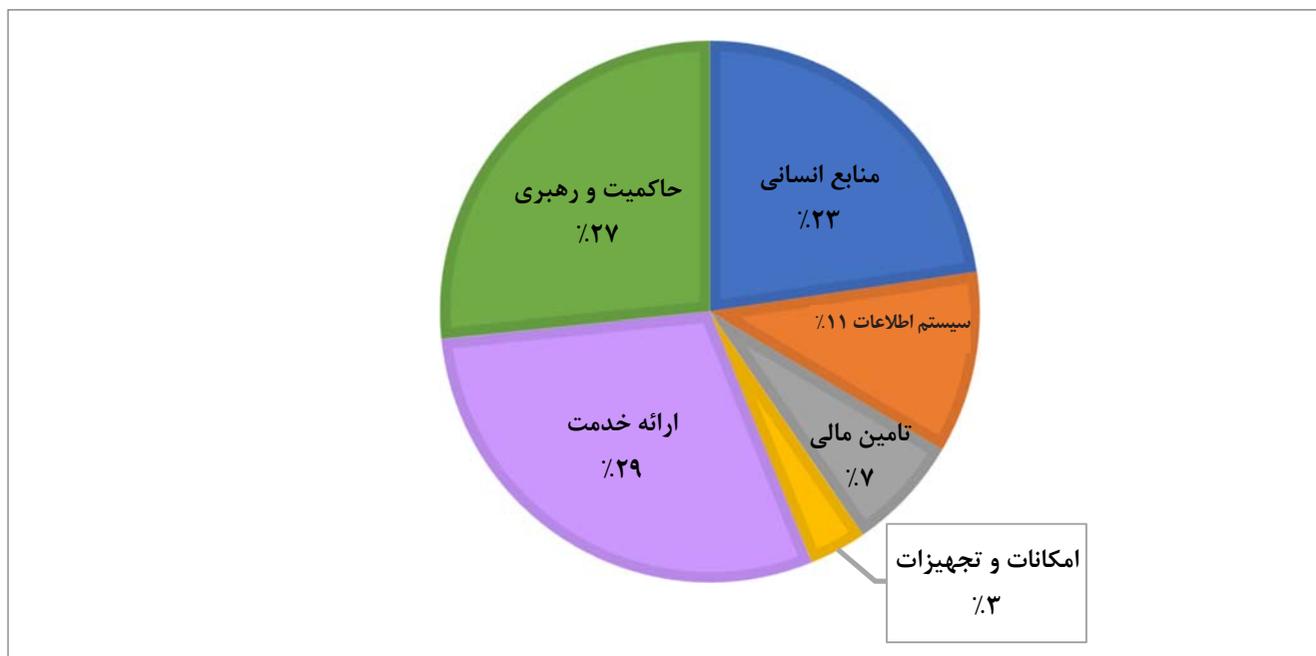
و رهبری به ترتیب با ۶۰ و ۵۴ مورد است که نسبت به گروه‌های تامین مالی و امکانات و تجهیزات به ترتیب با ۱۴ و ۷ مورد دارای اهمیت بیشتری هستند. در ادامه چالش‌های مربوط به هر یک از بلوک‌های ساختاری ارائه می‌گردد.

ارایه خدمت

چالش‌های حوزه ارایه خدمت دارای بیشترین تکرار از موارد اشاره شده به عنوان مشکلات و چالش‌های ارتباطی سطح یک و دو در ایران بودند (۲۹/۶ درصد از کل موارد). در

جدول ۱- توزیع فراوانی چالش‌های اصلی ارتباطی سطح یک و دو مراقبت

| دسته‌ها | چالش‌ها | فراوانی در مقالات |
|-------------------|--|-------------------|
| حاکمیت و رهبری | ضعف قوانین و مقررات | ۸ |
| | ضعف فرهنگ سازی در مجریان برنامه | ۶ |
| | ضعف در هماهنگی بین دستگاه‌های اجرایی | ۱۶ |
| | بی‌ثباتی در اولویت‌های اجرایی نظام سلامت | ۵ |
| | ضعف در برنامه ریزی | ۱۰ |
| | ضعف در نظارت و پایش عملکرد | ۹ |
| | ضعف در تعهد کاری پزشکان | ۷ |
| | ضعف در همکاری مناسب بین پزشکان خانواده و متخصصین | ۲۴ |
| | ضعف در فرهنگ سازی و ایجاد اعتماد در جامعه | ۲۱ |
| | دسترسی نامناسب/ناکافی به ظرفیت‌های ارائه خدمت | ۸ |
| امکانات و تجهیزات | کمبود تسهیلات رفاهی | ۷ |
| | سیستم اطلاعات | ۱۶ |
| تامین مالی | ضعف در زیرساخت‌های اطلاعاتی | ۶ |
| | ضعف در نظام پرداخت | ۱۰ |
| منابع انسانی | ضعف در تامین منابع مالی کافی | ۴ |
| | نارضایتی کارکنان | ۴ |
| | سازماندهی نامناسب کارکنان | ۳ |
| | انگیزه ناکافی پزشکان و کارکنان | ۹ |
| | پایداری و ثبات شغلی کم کارکنان | ۲ |
| | کمبود نیروی انسانی | ۵ |
| | آموزش و مهارت ناکافی کارکنان | ۲۳ |



نمودار ۴- توزیع فراوانی چالش‌های ارتباطی سطح یک و دو مراقبت به تفکیک گروه

کار و رفاه اجتماعی، و همچنین نوع روابط و میزان همکاری و تعامل آنها، در پیشبرد یا ممانعت، موفقیت یا شکست برنامه ها از جایگاه و اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند [۳۱]. آگاهی ناکافی مسؤولین سیاسی و سایر نهادهای فرابخشی برای همکاری و اجرای برنامه، برنامه ریزی متمرکز و عدم جلب مشارکت کلیه ذینفعان [۲۲]، شفافیت ناکافی و ابهام در اهداف و وظایف و مسئولیت ها [۳۲]، عدم ایجاد زیرساخت های لازم و فرهنگ سازی مناسب بین کلیه ذینفعان برای اجرای صحیح برنامه ها [۳۳]، ابهام نقش ها [۳۴]، وجود تضاد منافع بین رایه دهندگان [۳۱]، نبود الزام قانونی برای اجرای صحیح دستورالعمل ها [۲۳]، عدم استفاده از پتانسیل کلیه ظرفیت های نظام سلامت کشور از جمله بخش خصوصی [۲۲]، ضعف در ارزیابی عملکرد، ناکافی بودن و غیر اثربخش بودن نظارت ها [۲۳] برای شناسایی مشکلات و واکنش مناسب و به موقع به آنها به منظور خارج نشدن از مسیر تحقق اهداف از جمله ضعف های حوزه حکمرانی در کشور است.

منابع انسانی

کارکنان مراقبت های سلامت مهمترین سرمایه نظام سلامت هستند. دسترسی به کارکنان متخصص، متعهد، مسئولیت پذیر و پاسخگو از الزامات اجرای موفق هر برنامه ای است. چالش های منابع انسانی، ۲۲/۷ درصد از موارد را در بین سایر مشکلات مطروحه برای ارتباط سطح یک و دو مراقبت شامل شدند. آموزش و مهارت ناکافی کارکنان [۲۲]، ۳۵، ۳۶)، کمبود نیروی انسانی متخصص (۲۵، ۳۱)، سازماندهی نامناسب کارکنان، نارضایتی و انگیزه ناکافی پزشکان و کارکنان [۲۹، ۳۲، ۳۳] از مهمترین چالش های مدیریت نیروی انسانی بوده است. در این بین مسئله ضعف در آموزش و مهارت با ۲۳ درصد دارای بیشترین تکرار بوده است. همچنین با توجه به اینکه نیروی انسانی به خصوص پزشکان نقش محوری در نظام سلامت ایفا می کنند، سیاست های مرتبط با جذب و نگهداشت منابع انسانی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. تقویت نظام مدیریت کارکنان مراقبت های بهداشتی باید از طریق به کارگیری کارکنان متعهد، پاسخگو و آشنا به فرهنگ غالب منطقه، آموزش و توسعه کارکنان و حمایت مالی، روانی و اجتماعی از آنها انجام شود. این موضوع، ضمن آنکه افزایش دانش، مهارت، رضایت آنها و

در سلسله مراتب نظام ارجاع، عدم رعایت ارجاع افقی توسط برخی پزشکان متخصص [۲۳]، عدم وجود یا ضعف در بازخورد و پیگیری ضعیف پرونده های ارجاع شده [۲۶]، خودارجاعی و دور زدن نظام ارجاع از یک طرف [۲۷] و عدم همکاری مناسب بیماران در رعایت سلسله مراتب نظام ارجاع و مراجعه مستقیم به پزشک سطوح تخصصی تر [۲۳]، درخواست و اصرار بیماران به ارجاع غیرضروری آن ها به سطح دوم [۲۸]، همچنین وجود زمان انتظار طولانی برای دریافت خدمت مورد نیاز و تمایل بیماران به خروج از سیستم ارجاع [۲۹]، از طرف دیگر روند ارجاع و پیگیری بیمار را مختل کرده و اجرای درست نظام ارجاع را با چالش مواجه می کند.

حاکمیت و رهبری

حاکمیت و رهبری نقش کلیدی در استقرار و اجرای موفق برنامه های نظام سلامت دارد که شامل سیاستگذاری، برنامه ریزی، سازماندهی، تولید و کنترل است. این گروه از چالش ها بعد از گروه چالش های "ارایه خدمت" دارای بیشترین فراوانی بوده و ۲۶/۶ درصد از کل موارد را به خود اختصاص داده اند. ضعف در هماهنگی بین دستگاه های اجرایی (۲۹/۶ درصد) دارای بیشترین فراوانی از مشکلات مطرح شده در این دسته بوده اند. همچنین، ضعف در قوانین و مقررات مربوطه [۳۰]، بی ثباتی در اولویت های اجرایی برنامه های مرتبط [۳۱]، ضعف فرهنگ سازی در میان مجریان برنامه [۳۱]، ضعف در برنامه ریزی، نظارت و پایش عملکرد از چالش های مهم در دسته حاکمیت و رهبری ایران است [۲۶]. در این زمینه، آنچه به نظر می رسد این است که برنامه های اصلاحی وزارت بهداشت قائم به فرد یا دولت ها هستند و با توجه به تغییر میزان نفوذ و دامنه تاثیرگذاری مخالفان بر تصمیم گیرندگان و سیاستگذاران با عوض شدن دولت ها و یا وزراء، اولویت های اجرایی و اصلاحات تغییرات اساسی می کند [۳۱]. بنابراین، فقدان انسجام در وضع قوانین و مقررات در اجرای هر برنامه ای موجب بی اعتمادی ذینفعان اعم از مردم، ارایه دهندگان و خریداران خدمات به مسئولان و تولید نظام سلامت و در نتیجه بی توجهی به پروتکل های اجرایی و عدم همکاری مناسب می شود. علاوه بر این، رویکرد بخشی و فرابخشی ساختارهای کلان مرتبط، از جمله دو وزارتخانه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون،

عدم ثبت دقیق اطلاعات بیماران [۲۶]، ناقص بودن فرم های ارجاع شامل: داده های نام پزشک [۳۶]، کد تشخیصی، کد ارجاع و ... و یا تکمیل غیر استاندارد و نامفهوم فرم ها [۳۹]، عدم ثبت خدمات دریافتی و نتایج در پرونده الکترونیک [۳۷]، عدم ارایه پسخوراند یا ارایه پسخوراند با کیفیت کم [۲۴،۴۰] از موارد قابل اشاره هستند.

تأمین مالی

تأمین مالی نظام سلامت فرآیند جمع آوری، انباشت و مدیریت منابع مالی و خرید خدمات سلامت با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم و حمایت مالی از آنها در مقابل هزینه های سلامت است که چالش های این حوزه حدود ۱۴ درصد از فراوانی مشکلات مطرح شده در چالش های ارتباطی سطح یک و دو مراقبت در کشور را شامل شده است. ضعف در نظام پرداخت و ضعف در تأمین منابع مالی کافی از مهمترین چالشها بوده است [۲۸، ۳۱، ۴۱]. کمبود منابع مالی پایدار، سازوکار نامناسب در تعیین مکانیسم پرداخت منجر به مخاطرات اخلاقی از جمله ارجاع غیر ضروری [۲۲، ۲۸]، ارجاع معکوس و تکرار خدمات شده است [۱۷، ۲۸]. از طرف دیگر، وجود مشکلات در تأمین بودجه و اعتبارات برنامه و تاخیر در پرداخت های مالی منجر به نارضایتی کارکنان [۲۲، ۲۸]، همکاری نامناسب و کاهش تمایل به ماندگاری کارکنان شده است.

امکانات و تجهیزات

در چالش های عنوان شده، کمبود تسهیلات رفاهی کارکنان و مراجعان ۷ درصد فراوانی موارد را به خود اختصاص داده است. در این زمینه، فقدان امکانات و پشتیبانی ناکافی به خصوص در مناطق کمتر توسعه یافته [۲۲، ۳۱]، امکانات رفاهی نامناسب برای افراد ارائه دهنده خدمت و محدودیت های دسترسی جغرافیایی بیماران از نظر حمل و نقل [۲۲، ۳۱] از اهم موارد بود.

بحث

این مطالعه با هدف شناسایی چالش های ارتباطی سطح یک و دو مراقبت سلامت انجام شد. نتایج به دست آمده بر اساس مدل ۶ بلوک ساختاری بهداشت جهانی در گروه های

بیماران را به همراه دارد، منجر به افزایش کیفیت و کاهش هزینه نیز خواهد شد. کمبود نیروی انسانی با انگیزه برای مشارکت در برنامه و ماندگاری پایین مشارکت کنندگان، نبود نگاه سیستماتیک در بین گروه های مختلف نیروی انسانی، آموزش های ناکافی ارائه دهندگان خدمات، آشنایی ناکافی کارکنان با سیستم های ثبت داده [۲۶، ۳۷، ۳۸]، ضعف در بهره برداری از اطلاعات موجود، مهارت ناکافی در برقراری ارتباط با بیماران و ارایه دهندگان خدمات در یک سطح و سطوح دیگر، وضعیت شغلی نامشخص برای کارکنان ارائه دهنده خدمات [۲۲]، فقدان سیستم تشویق و تنبیه مناسب و انگیزاننده [۲۸]، نارضایتی کارکنان ناشی از عدم تعادل بین حجم کار و تشکیلات پیش بینی شده [۳۴] و در برخی موارد عدم تناسب بین وظایف و شایستگی ها [۳۴] از دیگر اهم مشکلات این حوزه و به عنوان یکی از موانع ارتباطی سطح یک و دو مراقبت شناخته شده است.

سیستم اطلاعات

اطلاعات درست، دقیق، کافی، قابل اعتماد و به موقع باید از سازمان های ارائه خدمات سلامت جمع آوری و تحلیل شود و مورد استفاده سیاست گذاران، مدیران و کارکنان سلامت قرار گیرد. فرآیند مدیریت اطلاعات شامل استقرار سیستم مدیریت اطلاعات، جمع آوری، تحلیل، تبادل و بکارگیری اطلاعات است. نظام یکپارچه مدیریت اطلاعات به منظور تصمیم گیری مبتنی بر شواهد، ارایه اطلاعات شفاف و گزارش عملکرد برای کسب اعتماد مردم ضروری است. این در حالی است که ضعف سیستم مدیریت اطلاعات و عدم دسترسی به موقع به اطلاعات صحیح مورد نیاز، حدود ۱۱ درصد از چالش های ارتباطی سطح یک و دو مراقبت را در بر می گیرد که شامل ضعف در کیفیت اطلاعات با فراوانی بیشتر و ضعف در زیرساخت های اطلاعاتی در مرتبه بعدی می باشد. بر اساس بررسی مطالعات انجام شده، ضعف در نظام جامع اطلاعات، یکی از چالش های مهم ارتباطی سطح یک و دو مراقبت در ایران است. در این زمینه به مشکلاتی از قبیل عدم وجود زیرساخت های نرم افزاری و سخت افزاری مناسب [۲۲، ۲۸، ۳۱]، نبود بانک اطلاعات الکترونیک سلامت افراد [۲۲]، عدم تکمیل اطلاعات پرونده سلامت جمعیت [۳۳]،

هماهنگی بین دستگاه‌های اجرایی، بی‌ثباتی در اولویت‌های اجرایی نظام سلامت، ضعف در برنامه‌ریزی و ضعف در نظارت و پایش عملکرد. در این راستا مطالعاتی نیز به چالش‌های حاکمیت و رهبری پرداخته‌اند. یک بررسی سیستماتیک تأکید کرد که ارتباط ضعیف بین مراقبت‌های اولیه و ثانویه برای انتقال اطلاعات ناشی از ضعف در برنامه‌ریزی می‌باشد [۴۸]. همچنین مطالعه‌ای دیگر در سال ۲۰۱۲ انجام شده است که نشان می‌دهد توزیع نابرابر قدرت در بین سازمان‌های مراقبت بهداشتی مانعی برای همکاری و هماهنگی است چرا که بیمارستان‌ها با ارائه بیشتر خدمات مراقبت‌های بهداشتی و در نهایت دریافت بیشتر منابع، به طور سنتی از موقعیتی ممتاز برخوردار هستند [۴۹].

حکمرانی و رهبری موثر در سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی برای رسیدگی به چالش‌ها در سطوح مختلف بسیار مهم است. راه‌حلی برای ارتقای حکمرانی و رهبری در سطح یک و دو مراقبت‌های بهداشتی شامل: ترویج اصول حکمرانی خوب مانند مسئولیت‌پذیری، شفافیت و فراگیری است [۵۰، ۵۱]. علاوه بر این، همسویی سیاست‌ها، بودجه‌های تخصیصی و سیستم‌های گزارش‌دهی در همه سطوح می‌تواند اجرای مدل‌های خدمات نوآورانه را تسهیل کند و همکاری و یکپارچگی را بهبود بخشد [۵۱]. رهبری مشهود، فراگیر بودن و همکاری، امکان تعامل بیشتر و ارائه موفقیت‌آمیز خدمات یکپارچه را فراهم می‌کند [۵۲]. همچنین، تمرکز بر ابعاد حکمرانی خوب مانند مشارکت، مسئولیت‌پذیری، شفافیت، کارایی و اثربخشی برای شکل‌دهی فرهنگ سازمانی و اطمینان از جهت‌گیری و تعهد در تیم‌ها و سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی ضروری است [۵۳].

منابع انسانی

مهمترین چالش‌ها در بخش منابع انسانی شامل نارضایتی کارکنان، سازماندهی نامناسب کارکنان، انگیزه ناکافی پزشکان و کارکنان، پایداری و ثبات شغلی کم کارکنان، کمبود نیروی انسانی و آموزش و مهارت ناکافی کارکنان می‌شود. مطالعه‌ای در آفریقای جنوبی در سال ۲۰۲۴ بیان کرد که عدم انگیزه کافی پزشکان و کارکنان کمبود نیروی انسانی از جمله چالش‌های نظام ارجاع می‌باشد که تأیید کننده یافته مطالعه حاضر

حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، سیستم اطلاعات سلامت، امکانات و تجهیزات و ارائه خدمت طبقه بندی شد. در ادامه هر یک از گروه‌ها مورد بحث قرار می‌گیرد.

ارائه خدمت

از جمله مهمترین چالش‌های حوزه ارائه خدمت، ضعف در همکاری مناسب بین پزشکان خانواده و متخصصین و ضعف در فرهنگ‌سازی و ایجاد اعتماد در جامعه می‌باشد. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۹ در کانادا انجام شده نیز بیان شده است که افزایش فاصله بین پزشکان خانواده و متخصصان در مورد محیط کار و محیط‌های آموزشی موجب ضعف در همکاری آنان شده است [۴۲]. همچنین مطالعه‌ای دیگری در اسپانیا ضعف در فرهنگ‌سازی و درک فرهنگ مهاجران را از جمله چالش‌های پیش روی مراقبت‌های اولیه دانسته‌اند [۴۳].

برای پرداختن به چالش ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی سطح یک و دو، یک رویکرد جامع ضروری است. ادغام استانداردهای فرآیند و سفارشی‌سازی خدمات در مراقبت‌های بهداشتی بسیار مهم است [۴۴]. طراحی یک شبکه امکانات بهداشتی سلسله‌مراتبی با توجه به محدودیت‌های منابع انسانی می‌تواند هزینه‌ها و تخصیص منابع را بهینه کند [۴۵]. اجرای روش‌هایی مانند ارائه نسخه بر اساس داده‌های کاربر و نظارت بر اطلاعات می‌تواند مراقبت شخصی‌شده را افزایش دهد [۴۶]. استفاده از مکانیسم‌های بازخورد مبتنی بر سلامت شخصی و اطلاعات سوابق پزشکی می‌تواند به تحلیل احتمال بیماری و بازخورد شخصی کمک کند. (۴۶) تلاش‌های مشترک بین مراقبت‌های اولیه و تیم‌های مراقبت تخصصی، ایجاد مسیرهای مراقبت برای بیماری‌های مزمن، می‌تواند کیفیت و تداوم مراقبت‌های بهداشتی را بهبود بخشد [۴۷]. با ترکیب این استراتژی‌ها، سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند به طور موثر خدمات متناسب را ارائه دهند و در عین حال از تناسب بالینی و سازمانی اطمینان حاصل کنند.

حاکمیت و رهبری

بر اساس نتایج مطالعات انجام شده، مهمترین چالش‌ها در بخش حاکمیت و رهبری عبارتند از: ضعف قوانین و مقررات، ضعف فرهنگ‌سازی در مجریان برنامه، ضعف در

می‌باشد [۵۴].

های مدیریت داده‌ها و قابلیت همکاری را بهبود بخشند و از اشتراک‌گذاری و بازیابی ایمن اطلاعات سلامت در سیستم‌های توزیع شده اطمینان حاصل کنند [۶۲، ۶۳].

تامین مالی

ضعف در نظام پرداخت و ضعف در تامین منابع مالی کافی از چالش‌های اساسی بعد تامین مالی است. مطالعه‌ای در کنیا نشان داد که کمبود بودجه و منابع مالی در نظام ارجاع از جمله چالش‌های مهم در حوزه تامین مالی می‌باشد که تایید کننده یافته این مطالعه است [۵۸].

برای رفع چالش‌های تامین مالی سطح یک و دو مراقبت‌های بهداشتی، راه‌حل‌های متعددی وجود دارد. اینها شامل بهبود ارائه خدمات، بهبود سازوکار تولید و جمعیت و توزیع منابع [۶۴]. به‌علاوه، تمرکز بر ابزارهای انگیزشی و قانونی مناسب برای اجرای مؤثر، به‌ویژه در شرایطی که شرکت‌های بیمه پوشش هزینه، جمعیت و خدمات را کارآمدتر می‌کنند، بسیار مهم است [۶۵]. مکانیزم‌های نوآورانه تامین مالی می‌توانند نقش مهمی در تامین مالی بدون اتکای بیش از حد به منابع عمومی ایفا کنند که در نتیجه به انتقال به مدل‌های عادلانه‌تر تامین مالی مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای با درآمد کم و متوسط کمک می‌کنند [۶۶].

امکانات و تجهیزات

کمبود تسهیلات رفاهی مراجعین نیز به عنوان یکی از چالش‌های ارتباطی سطح یک و دو مراقبت مطرح شده است. مطالعه‌ای که توسط امانوئل کوامه دارکوا نیز انجام شده است نشان می‌دهد، کمبود محیط یادگیری و نگرانی در مورد منابع آب آشامیدنی و نحوه اسکان ارائه دهندگان و کارکنان پزشک خانواده در مناطق روستایی و دور افتاده از چالش‌های تسهیلاتی در کشور بنگلادش است [۶۷].

از جمله راهکارهای موجود در این حوزه به حداکثر رساندن رضایت بیماران با تخصیص منابع، [۶۸] بهبود کیفیت و ایمنی مراقبت‌های بهداشتی از طریق تغییر در حوزه‌های منابع مانند منابع فیزیکی، ظرفیت نیروی کار، و روابط تیمی، [۶۹] افزایش تخصص ساخت و ساز مراقبت‌های بهداشتی برای مطابقت با استانداردهای بین‌المللی و انطباق با نیازهای در

برای رفع چالش‌های پیش روی مدیریت منابع انسانی در مراکز بهداشتی درمانی سطح یک و دو می‌توان راهکارهای متعددی از جمله جذب و توسعه استعدادها، تقویت ارتباطات و همکاری بین کارکنان، انجام آموزش مستمر و ایجاد هم‌دلی در سازمانرا مدنظر قرار داد [۵۵، ۴۵]. علاوه بر این، بهینه‌سازی جریان بیماران بین سطوح و برنامه‌ریزی کارآمد منابع انسانی می‌تواند به کاهش هزینه‌ها و بهبود استفاده از منابع کمک کند [۵۶]. تمرکز بر روش‌های ارزیابی عملکرد، حفظ استراتژیک کارکنان ماهر و اولویت‌بند نهادن امور مدیریت منابع انسانی در اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی، گام‌هایی حیاتی برای مدیریت این چالش‌ها، بهره‌مندی کارآمدتر و موثرتر از منابع انسانی و تضمین ارائه مراقبت‌های بهداشتی پایدار است [۵۷].

سیستم اطلاعات

در بخش سیستم اطلاعات، مهمترین چالش‌ها شامل: ضعف در کیفیت اطلاعات و ضعف در زیرساخت‌های اطلاعاتی است. مطالعه‌ای در کنیا در سال ۲۰۱۷، عدم انتقال موثر و با کیفیت اطلاعات را یکی از بزرگترین مشکلات در فرآیند ارجاع می‌دانند چرا که دسترسی به اطلاعات بیمار در زمان ارجاع تخصصی، برای انجام مشاوره با کیفیت و ارائه مراقبت ایمن ضروری است [۵۸].

راه حل پیشنهاد شده برای مدیریت چالش‌های مربوط به تبادل اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی در سطح یک و دو، شامل ایجاد یک سیستم با زیرسیستم‌های مستقل برای مدیریت جریان اطلاعات و فرآیندها از جمله یک سیستم فرعی ثبت کننده، زیرسیستم امنیتی، مکان یاب‌ها و واسطه‌ها است [۵۹]. این سیستم به ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اجازه می‌دهد تا با استفاده از استانداردها و پروتکل‌های مختلف، به تدریج از تبادل دستی اطلاعات به تبادل کاملاً مکانیزه اطلاعات تبدیل شوند [۶۰]. علاوه بر این، تغییر پارادایم به سمت مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر فرد، نیازمند سیستم‌های اطلاعاتی بسیار انعطاف‌پذیر مبتنی بر دستور زبان رسمی و رویکردهای مدل‌سازی رسمی است که نیاز به همکاری بین متخصصان حوزه‌های مختلف دارد [۶۱]. با اجرای این راه حل‌ها، سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند استراتژی

به شکل کامل، جامع و با کیفیت متمایز برنامه های کوتاه مدت و بلند مدت خود را با پیش بینی منابع مالی پایدار و زیرساخت های لازم و لحاظ نمودن الزامات تقویت و نهادینه سازی مهارت های ارتباطی طراحی و به اجرا گذارد.

کاربرد در تصمیم گیری های مرتبط با سیاستگذاری در نظام سلامت
نتایج مطالعه کنونی، توجه سیاستگذاران را به چالش های موجود بین سطح یک و دو مراقبت پس از اجرای برنامه های مختلف از جمله طرح پزشک خانواده و سیستم الکترونیک سلامت جلب کرده و می تواند موجب بهبود تصمیمات در راستای ارتقای کیفیت ارتباطی بین این دو سطح شود.

References

1. Bayati A, Ghanbari F, Hosseini SS, Maleki A, Shamsi M. Factors influencing family physician program from the perspective of the health team. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014;24(115):22-35. [In Persian]
2. Safdari R, Saidi M, Godini A, Manjani F. Comparative study of health insurance payment mechanism in USA, Australia and Iran. *Medicine*. 2010;77:41-51. [In Persian]
3. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and health care team members. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2012;18 (92): 23-30 [In Persian]
4. Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. *World Health Organization: Switzerland, Geneva*. 2008: 1-120
5. Abraham O, Linnander E, Mohammed H, Fetene N, Bradley E. A patient-centered understanding of the referral system in Ethiopian primary health care units. *PloS one*. 2015;10(10):e0139024.
6. Loudon I. The principle of referral: the gatekeeping role of the GP. *British Journal of General Practice*. 2008;58(547):128-30.
7. Akande T. Referral system in Nigeria: study of a tertiary health facility. *Annals of African Medicine*. 2004;3(3):130-3.
8. Legodi TL, Wolvaardt JE. A blank page: Feedback from first referral hospitals to primary health care clinics. *South African Family Practice*. 2015;57(4):282-5.
9. Harahap NC, Handayani PW, Hidayanto AN. Barriers and technologies of maternal and neonatal referral system in developing countries: a narrative review. *Informatix in Medicine Unlocked*. 2019;15:100184.

حال تکامل، [۷۰] و ایجاد تسهیلات مراقبت بهداشتی سازگار با محیط زیست برای بهینه سازی استفاده از منابع و به حداقل رساندن اثرات زیست محیطی [۷۱] چالش های موجود در امکانات و تجهیزات مراقبت های بهداشتی سطح اول و دوم می تواند به طور موثر برطرف شود.

نتیجه گیری

در حقیقت، طراحی برنامه های مناسب برای ایجاد ارتباط مناسب بین سطوح مراقبت های سلامت، موضوعی فرابخشی و ملی است که بایستی مبتنی بر سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت و قوانین برنامه توسعه کشور و در راستای تحقق اهداف متعالی سند چشم انداز بیست ساله نظام مقدس جمهوری اسلامی بوده و از تکالیف مهم دولت در بخش سلامت به شمار می آید. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان تولید نظام سلامت، سالهاست در پی اجرای موفق و تحقق اهداف برنامه های مرتبط با آن است؛ لذا تمام دست اندرکاران نظام سلامت از سطوح کلان ملی (دولت، مجلس و...)، ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی تا محیطی ترین واحدهای ذیربط، به ویژه پزشکان و تیم سلامت در ساختار آن باید ایفای نقش نمایند. بر اساس مطالعات انجام شده در حوزه چالش های ارتباطی سطح یک و دو مراقبت، در مجموع و به ترتیب، ضعف در همکاری مناسب بین پزشکان خانواده و متخصصین، آموزش و مهارت ناکافی کارکنان، ضعف در فرهنگ سازی و ایجاد اعتماد در جامعه و ضعف در هماهنگی بین دستگاه های اجرایی بیش از همه، مورد اشاره قرار گرفته بودند که این موضوع حاکی از عدم توجه کافی تولید به جلب مشارکت موثر ذینفعان کلیدی در فرآیند سیاستگذاری و برنامه ریزی و اجرای برنامه ها است. در این زمینه، دیدگاه دولت مردان در مورد برنامه ها و سیاست ها متضمن اجرای هر گونه برنامه ای برای ایجاد ارتباط صحیح بین سطوح خدمات است و حمایت تصمیم گیران ارشد نظام سلامت از برنامه هایی مانند پزشک خانواده، نظام ارجاع و ... در تمامی حوزه های بخشی و فرابخشی باید انجام گیرد. بنابراین، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با داشتن تجارب گرانسنگ قبلی و با بسیج مجموعه صاحب نظران و افراد ذیصلاح در این ارتباط، بایستی

10. Kamau KJ, Osuga BO, Njuguna S. Challenges facing implementation of referral system for quality health care services in Kiambu county, Kenya. *BMC Health Services Research*. 2017; 4(1): 1-8.
11. World Health Organization. Management of health facilities: Referral systems. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2014: 1-48
12. Give C, Ndima S, Steege R, Ormel H, McCollum R, Theobald S, et al. Strengthening referral systems in community health programs: a qualitative study in two rural districts of Maputo Province, Mozambique. *BMC health services research*. 2019;19(1):1-11.
13. Weel Cv, Sparks B. Caring for people's health around the world: a family physician for every community. *Family Medicine*. 2007;39(9):616-7.
14. Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. *Health policy and planning*. 2011;26(2):163-73. [In Persian]
15. physician Instruction F. Iran: Ministry of Health and Medical Education. Version. 2009 Sep 9; 9: 4-102. [In Persian]
16. Rouhani S, Yazdani Charati J, Mohammadpour RA. Structural Quality and Utilization of Outpatient Curative Care Under Family Medicine Scheme in Rural Area of Mazandaran-Iran. *Iranian journal of health sciences*. 2013;1(2):28-34. [In Persian]
17. Rouhani S, Bagher M. Experience of Family Physicians in Rural Areas Regarding Referral System and Improving it (A qualitative study). *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015;25(131):1-13. [In Persian]
18. Ahmadi B, Arab M, Narimisa P, Janani L, Najafpour J. The pattern of drug prescription by family medicine and per head drug consumption in Ahvaz County. *Health Care Management Journal*. 2013;4(3):4[In Persian].
19. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):141-6.
20. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19-32.
21. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC medical research methodology*. 2013;13(1):1-8.
22. Behzadifar M, Behzadifar M, Heidarvand S, Gorji HA, Aryankhesal A, Moghadam ST, et al. The challenges of the family physician policy in Iran: A systematic review and meta-synthesis of qualitative researches. *Family Practice*. 2018;35(6):652-60. [In Persian]
23. Ezatollah G, Mahmood M, Mohammadreza A, Nader A. Challenges in second level of referral system in family physician plan: a qualitative research. 2012; 29(4): 309-321. [In Persian]
24. Kabir MJ, Heydari A, Hanrour MR, Khatirnameni Z, Badakhshan A, Rafiei, N, et al. Implementation challenges of electronic referral system of Golestan province: a qualitative study. *Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research*. 2021;19(2):157-72. [In Persian]
25. Rahimi H, Haghdoost A, Noorihekmat S. A qualitative study of challenges affecting the primary care system performance: Learning from Iran's experience. *Health Science Reports*. 2022;5(2): 1-11. [In Persian]
26. Heidarzadeh A, Hedayati B, Alvandi M, Rezaei M, Farrokhi B, Dadgaran I, et al. Referral System Challenges of the Family Physician Program in Iran: A Systematic Review. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI)*. 2023;37(1):428-38. [In Persian]
27. Sokhanvar M, Kabir MJ, Bevrani H, Nosratnejad S, Hasanpoor E, Janati A. The role of the urban family physician plan in utilization of outpatient services in Iran. *Family Medicine and Primary Care Review*. 2020;22(4):331-7. [In Persian]
28. Safizadehe Chamokhtari K, Abedi G, Marvi A. Analysis of the Patient Referral System in Urban Family Physician Program, from Stakeholders' Perspective Using SWOT Approach: A Qualitative Study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2018;28(161):75-87. [In Persian]
29. Kabir MJ, Heidari A, Honarvar MR, Khatirnamani Z, Rafiei N. Challenges in the implementation of an electronic referral system: A qualitative study in the Iranian context. *The International journal of health planning and management*. 2023;38(1):69-84. [In Persian]
30. Mohammadi Bolbanabad J, Mohammadi Bolbanabad A, Valiee S, Esmailnasab N, Bidarpour F, Moradi G. The Views of Stakeholders about the Challenges of Rural Family Physician in Kurdistan Province: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2019;15(1):47-56[In Persian].
31. Alaie H, Amiri Ghale Rashidi N, Amiri M. A qualitative analysis on family physician's program to identify the causes as well as challenges of the failure of program accomplishment. *Hospital*. 2020;19(3):55-66. [In Persian]
32. Naseriasl M, Amini A, Doshmangir L, Adham D, Janati

- A. Challenges of establishing specialty referral system in Iran's health sector (a qualitative study). *Acta Medica Mediterranea*. 2017;33:921-6 [In Persian].
33. Ahmadifard M, Shah Mohammadi AR, Mohammad Tahari MR, Mohammad Aungh N, Mohammad Aungh N. A review of the studies on the implementation of the family doctor plan in Iran's health system in the years 1399-1380 (review article). *Journal of Health Management*. 2022;13(1):37-57.
 34. Shams L, Zamani Fard M, Nasiri T, Mohammadshahi M. Community health workers (Behvarz) in primary health care: A qualitative inductive content analysis of challenges. *Australian Journal of Primary Health*. 2023;29(5):428-36. [In Persian]
 35. Doshmangir L, Shirjang A, Assan A, Gordeev VS. Iranian primary health care network: challenges and ways forward. *Primary Health Care Research & Development*. 2023;24:e1. [In Persian]
 36. Kavosi Z, Siavashi E. A study of the performance of referral system in urban family physician program in Fars Province, Iran. *Health Management & Information Science*. 2018;5(3):88-95. [In Persian]
 37. Nasraleh Pourshirvani D, Raisi P, Mutlaq M, Kabir M, Ashrafi Amir H. Evaluation of the Performance of Referral System in Family Physician Program in Iran University of Medical Sciences: 2009. *Hakim Research Journal*. 2010;13(1):19-25. [In Persian]
 38. Tavakli F, Nasiripour, Riahi L, Mahmoudi majdabad M. The effect of policy making and insurance structure in the health system on the family physician referral system in urban Iran. *Journal of Health Management*. 2017;31(8):85-93. [In Persian]
 39. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir MJ. Evaluation of the Urban Family Physician and Referral System Program in Fars and Mazandran Provinces: History, Achievements, Challenges and Solutions. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2016;14(2):17-38. [In Persian]
 40. Cas Coldare M, Najafi L, R Z, Roshdi I. Explaining the barriers and shortcomings of the family doctor program based on electronic health records: a qualitative research. *Yazd Tolo Health magazine*. 2021;20(2):12-26. [In Persian]
 41. Eskandari M, Abbaszadeh A, Borhani F. Barriers of referral system to health care provision in rural societies in Iran. *Journal of caring sciences*. 2013;2(3):229. [In Persian]
 42. Beaulieu M-D, Samson L, Rocher G, Rioux M, Boucher L, Del Grande C. Investigating the barriers to teaching family physicians' and specialists' collaboration in the training environment: a qualitative study. *BMC Medical Education*. 2009;9(1):31.
 43. Mauricio I. More and new immigrants: What difficulties for professionals in primary health care? *Portuguese Journal of General and Family Medicine*. 2009;25(1):56-64.
 44. Nuti S, Panero C. The challenge of healthcare services: between process standardisation and service customisation. In: Gummesson E, Mele C, Polese F, eds. *New Business Models and Value Creation: A Service Science Perspective*. 1st ed. Berlin: Springer; 2013: 157-76.
 45. Rastaghi MM, Barzinpour F, Pishvae MS. A fuzzy optimization approach to hierarchical healthcare facilities network design considering human resource constraint: A case study. *Journal of Industrial and Systems Engineering*. 2018;11(4):74-95. [In Persian]
 46. Vicente, A.M., Ballensiefen, W. & Jönsson, JI. How personalised medicine will transform healthcare by 2030: the ICPeMed vision. *J Transl Med*; 2020. 18(180): 1-4.
 47. M. S, Corrales., L., Gardeñes, Morón., C., Moliner, Molins., I., Campama, Tutusaus., S., Pérez, García., M., Rozas, Martínez. Health care pathways and expert patients: Do they improve outcomes?/Rutas asistenciales y paciente experto:mejoran resultados? *International Journal of Integrated Care*. 2012;12(3): 1-6.
 48. Pocock L, Palit T, McDermott A, Creavin S, Gilbert E, Merriel S, et al. What helps or hinders the communication of poor prognosis between secondary and primary care? A systematic review with narrative synthesis. *British Journal of General Practice*. 2024; 74(745): 1-21.
 49. Currie G, Lockett A, Finn R, Martin G, Waring J. Institutional work to maintain professional power: Recreating the model of medical professionalism. *Organization studies*. 2012;33(7) :937-62.
 50. Antonio CAT. Governance for Health: A Critical, but Poorly Understood, Health System Component. *Acta Medica Philippina*. 2023;57(3): 3-4.
 51. Greenhill RG, Khalil M. Sustainable Healthcare Depends on Good Governance Practices. *Frontiers of Health Services Management*. 2023;39(3):5-11.
 52. Fulop NJ, Ramsay AIG. *Governance and Leadership*. Cambridge: Cambridge University Press: THIS Institute; 2023: 54-1
 53. Exley J, Glover R, McCarey M, Reed S, Ahmed A, Vrijhoef H, et al. Meeting the governance challenges of integrated health and social care. *European Journal of Public Health*. 2022; 3(3): 129-471.
 54. Matolengwe A, Murray D, Okafor UB. The Challenges of Implementing a Health Referral System in South

- Africa: A Qualitative Study. Risk Management and Healthcare Policy. 2024;17:855-64.
55. Radeva S. Challenges before the management of human resources in the health organization. Eurasian Union of Scientists. 2020;1(1):54-57.
 56. Sarma A, Barua P. Challenges of Human Resource Management in Hospitals and their probable solutions: A study based on review of literature. Journal of Management in Practice (Online Only). 2018;3(1): 1-13.
 57. Mamatha HK, Shalini N, Rao D, Mahalakshmi AM. Human Resource Management in Hospitals. In: Bhatia D, Chaudhari PK, Chaudhary B, Sharma S, Dhingra K, editors. A Guide to Hospital Administration and Planning. Singapore: Springer Nature Singapore; 2023. p. 51-65.
 58. Kamau K, Osuga B, Njuguna R. Challenges Facing Implementation Of Referral System For Quality Health Care Services In Kiambu County, Kenya. Health Systems and Policy Research. 2017; 4(1): 1-8.
 59. Blake L, Francis V, Johnson J, Khan M, McCray T. Developing robust data management strategies for unprecedented challenges to healthcare information. Journal of Leadership, Accountability, and Ethics. 2017;14(1):22-31.
 60. Ghane K, editor. Healthcare information exchange system based on a hybrid central/federated model. Proceedings of the 36th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society; 2014 Aug 26-30; Chicago, USA. 2014: 1362-1365.
 62. Oyeyemi AO, Scott P. Interoperability in health and social care: organizational issues are the biggest challenge. Journal of innovation in health informatics. 2018;25(3):196-8.
 63. Chen X. (dissertation). A two-level identity model to support interoperability of identity information in electronic health record systems. Dublin: Technological University Dublin; 2016: 232-1.
 64. Dzingirai M. Health Financing Challenges Towards Accomplishment of Sustainable Development Goals. In: Dzingirai M, editor. Handbook of Research on Quality and Competitiveness in the Healthcare Services Sector. 1st ed. Hershey, USA: IGI Global; 2023: 63-83.
 65. White J. The challenge of budgeting for healthcare programmes. OECD journal on budgeting. 2014;14(1):73-107.
 66. Ologunde R. The challenges of health system financing. World Medical & Health Policy. 2013;5(4):403-11.
 67. Darkwa EK, Newman MS, Kawkab M, Chowdhury ME. A qualitative study of factors influencing retention of doctors and nurses at rural healthcare facilities in Bangladesh. BMC Health Services Research. 2015;15(1):344.
 68. English M, Nzinga J, Oliwa J, Maina M, Oluoch D, Barasa E, et al. Improving facility-based care: eliciting tacit knowledge to advance intervention design. BMJ Global Health. 2022;7(8):e009410.
 69. Gopal K, Gopal KU. Digital Innovation to Address Challenges in the Health Care System. OSF Preprints [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 23]; Available from: <https://osf.io/preprints/osf/qycjv>
 70. de Melo Sathler T, Almeida JF, Conceição SV, Pinto LR, de Campos FC. Integration of facility location and equipment allocation in health care management. Brazilian Journal of Operations & Production Management. 2019;16(3):513-27.
 71. Egorova M. Modern Challenges of Healthcare Construction. Proceedings of ECSF 2021: Engineering, Construction, and Infrastructure Solutions for Innovative Medicine Facilities. Springer International Publishing; 2022: 85-90.

Communication challenges in Iran's primary and secondary healthcare systems: A scoping review

Maryam Babaei Aghbolagh¹, Farnoosh Azizi¹, Aida Asghari*¹

1- PhD Student in Health Services Management, Department of Health Management, policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: One of the major reforms in the health system is the stratification of the healthcare system. Establishing appropriate connections between health service levels is carried out to reduce costs, create equity, and provide access to necessary services for all people. This research was conducted to identify the communication challenges between the first and second levels of care.

Methods: This study was conducted using a scoping review method. At the beginning of 2024, all articles published from 2010 to 2023 related to communication challenges between the first and second levels of care in Iran were searched and collected in English databases PubMed, Scopus and Web of Science, Persian databases Magiran and SID, and Google Scholar search engine using appropriate keywords. A total of 653 articles were obtained, of which 24 were included in the study. The resulting data were analyzed using the framework analysis method.

Findings: Reviewing the studies, 21 important challenges were identified and categorized into six areas: governance/ leadership, service delivery, financing, facilities and equipment, human resources, and information system.

Conclusion: Weakness in proper cooperation between family physicians and specialists, insufficient training and inadequate staff skills, Weakness in cultural development and building trust in the community, and weakness in coordination among executive agencies were mentioned more than other challenges. This indicates the health system governance's insufficient attention to effectively engaging various key stakeholders in policymaking, planning and implementation process.

Keywords: Challenge, Communication, Primary care, Secondary care, Healthcare, Iran

Please cite this article as follows:

Babaei Aghbolagh M, Azizi F, Asghari A. Communication challenges of level one and two care in Iran: a scope review. *Hakim Health Sys.* 2023; 25(4): 301-315

*Corresponding Author: School of public Health, Tehran University of Medical Sciences, Porsina St., Quds St., Enqelab Square, Tehran, Iran

Copyright © 2023 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research(NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.