ORIGINAL ARTICLE

Researchable Clinical Problems from the Viewpoint of Healthcare Providers: A Qualitative Study

Mahin Nomali[1],
Akbar Hedayatizadeh-Omran[2],
Homeira Khoddam[3],
Mahnaz Modanloo[4]

[1] MSc in Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Assistant Professor, Gastrointestinal Cancer Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Assistant Professor, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[4] Associate Professor, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

(Received January 16, 2018 Accepted May 26, 2019)

Abstract

Background and purpose: There is lack of concordance between researchers' interests and clinical problems. This study aimed at explaining researchable clinical problems from the perspective of healthcare providers to provide a better understanding of the issues that could be solved by the health system.

Materials and methods: This qualitative study was carried out in 27 healthcare providers in selected hospitals affiliated to Golestan University of Medical Sciences, 2017. The participants were selected by purposive sampling. Focused Group Discussion (FGD) was used to collect the data. The participants explained their experiences through three FGDs which began with a broad open-ended question and further probing questions were used. Interviews were recorded and transcribed verbatim. Data were analyzed using qualitative content analysis.

Results: The participants aged 25-53 years old with 2-26 years of clinical experience, among whom 59% were males. The analysis of data led to the development of four main themes. The researchable clinical problems included clinical problems associated with health system structure, the status of healthcare providers, the status of service delivery in the health system and needs assessment, and problems associated with clinical processes.

Conclusion: Current study suggests that after determining the priority of researchable problems regional issues should be addressed in designing and performing clinical researches.

Keywords: healthcare providers, research, qualitative study, focused group discussion

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (174): 148-158 (Persian).

* **Corresponding Author: Mahnaz Modanloo -** Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran (E-mail: modanloomahnaz@goums.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۷۴ تیر سال ۱۳۹۸ (۱۵۸-۱۴۸)

تبیین مشکلات بالینی نیازمند پژوهش از دیدگاه کارکنان بالینی: یک مطالعه کیفی

مهین نوملی[۱]
اکبر هدایتی زاده عمران[۲]
حمیرا خدام[۳]
مهناز مدانلو[۴]

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به این که بین علاقه پژوهشگران ومشکلات بالینی هماهنگی وجود ندارد، به منظورپاسخ به این پرسش که پژوهش روی چه موضوعاتی می‌تواند منجر به حل مشکلات نظام سلامت شود، این مطالعه باهدف تبیین مشکلات بالینی نیازمند پژوهش از دیدگاه کارکنان بالینی اجراءشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی بر روی ۲۷ نفر ازکارکنان بالینی مراکز آموزشی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی گلستان درسال ۱۳۹۶ با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شد. برای جمع‌آوری داده از بحث گروهی متمرکز استفاده شد که مشارکت‌کنندگان درسه جلسه بحث‌گروهی متمرکز تجربیات خود را بیان نمودند. جلسات با یک سوال باز کلی شروع و سپس از سوالات ژرفکاو استفاده شد. مصاحبه‌ها ضبط، کلمه به کلمه دست نویس وبه شیوه تحلیل محتوای آنالیز شدند.

یافته‌ها: دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ۵۳-۲۵ سال و سابقه کارآنان ۲۶-۲ سال بود و۵۹ درصد آنان مرد بودند. با آنالیز داده‌ها چهار درونمایه پدیدار شد. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان،"مشکلات بالینی مرتبط با ساختار نظام سلامت"، "تحلیل وضعیت ارائه‌دهندگان خدمات در نظام سلامت"،"تحلیل وضعیت ارائه خدمات در نظام سلامت و تعیین نیازها" و "مشکلات مربوط به فرآیندهای بالینی موجود" از جمله مشکلات بالینی قابل پژوهش بود.

استنتاج: با توجه به یافته‌های مطالعه پیشنهاد می‌شود پس از الویت‌بندی نیازهای پژوهشی، پژوهش‌های بالینی با توجه به نیازهای منطقه طراحی و اجرا شود.

واژه های کلیدی: کارکنان نظام سلامت، پژوهش، مطالعه کیفی، بحث گروهی متمرکز

مقدمه

پژوهش، تلاشی سازمان یافته برای شناساسی ابزارها، برنامه‌ریزی و به کار بردن دانش است که به منظور ارتقاء سلامت و ممانعت از هدر رفتن منابع انجام می‌شود(۲-۱). انجام تحقیقات بالینی بدون حصول اطمینان از کاربرد بالینی مفید نخواهد بود. مبتنی بر مشکل بودن، افزایش اطلاعات، کاربردی بودن، بیمار محور بودن، مقرون به صرفه بودن، امکان‌پذیری و شفافیت از ویژگی‌های یک تحقیق بالینی مفید است(۳). علی‌رغم تمایل محققین

مولف مسئول: مهناز مدانلو- گرگان: دانشگاه علوم پزشکی گلستان، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری E-mail: mahnaz@goums.ac.irmodanloo
۱.کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه بزرگسال، گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. استادیار، مرکز تحقیقات سرطان دستگاه گوارش، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۴. دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۱۱/۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۹۷/۱۱/۱۶ تاریخ تصویب : ۱۳۹۸/۳/۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

علوم پزشکی برای اثرگذاری بر ارتقاء سلامت جامعه، تحقیقات در این زمینه موفق نبوده و نتوانسته‌اند مطابق با نیازهای جامعه، اقدامات موثری را انجام دهند(۴). در نتیجه، علی‌رغم صرف وقت وهزینه زیاد نتایج حاصل از آن‌ها کم ترکاربردی می‌شود. این فرآیند موجب شده است که تحقیق در کشور، بدون تفکر استراتژیک و محدود به مراکز خاص و بدون استمرار بوده و محققان بدون توجه به نیاز جامعه، به پژوهش‌های زود بازده گرایش یابند که نیازهای جامعه را مرتفع نکند(۶-۵). باتوجه به محدودیت منابع توصیه می‌شود تحقیقات به سمتی سوق داده شودکه کل جامعه از نتایج آن بهره‌مند شوند، بنابراین تعیین اولویت‌های پژوهشی می‌بایست براساس نیازهای کلیه گروه‌های ذینفع باشد(۸-۷). بسیاری از پژوهش‌ها بدون توجه به نیازهای جامعه و عمدتاً روی بیماران دردسترس انجام می‌شود(۹)، بنابراین نیاز سنجی به عنوان اولین اقدام در جهت شناسایی مشکلات بهداشتی است(۱۰). اعتبارهای تخصیص یافته به پژوهش در ایران، اندک بوده و درمقابل اختصاص ۲/۲ درصد از تولید ناخالص داخلی در کشورهای توسعه یافته به پژوهش، تنها ۰/۳۹ درصد تولید ناخالص داخلی است ولی از همین منابع اندک هم استفاده بهینه نمی‌شود، بنابراین تخصیص منابع می‌بایست براساس اولویت‌های تعیین شده باشد(۶،۴). هم‌چنین باتوجه به ضعف نظام کاربردی شدن نتایج تحقیقات، تعیین اولویت‌های پژوهشی منجر به استفاده بهینه از منابع محدود و رفع این معضل می‌باشد(۱۰،۵) و با توجه به این که کارکنان بالینی یکی از مهم‌ترین اجزای یک برنامه تحقیقاتی هستند(۱۱) و پژوهش در سلامت منجر به توسعه درمان‌های جدید، ارتقا مراقبت، و عملکرد بالینی می‌شود(۱۳،۱۲) به منظور اجرای پژوهشی‌های کاربردی که منجر به حل مشکلات نظام سلامت در منطقه شود، لازم است که مطالعه‌ای با توجه به فرهنگ، بستر و نیازهای هرمنطقه انجام شود که این مهم تنها با انجام مطالعات کیفی میسر می‌گردد. باتوجه به این که محققین، خصوصا نویسندگان دوم و سوم به عنوان مدیران پژوهشی دانشگاه، با مشکلات عدیده پیشگفت در پژوهش‌های نظام سلامت مواجه بودند و این مهم یکی از دغدغه‌های ایشان بوده است این مطالعه با هدف تبیین مشکلات بالینی نیازمند پژوهش ازدیدگاه کارکنان بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان اجرا شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه تحلیل محتوای کیفی، کارکنان بالینی شاغل در مراکز آموزشی و درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی گلستان در شهرهای گرگان (صیاد شیرازی، طالقانی و ۵ آذر) و کردکوی (امیرالمومنین) مشارکت‌کنندگان در مطالعه بودندکه حداقل یک سال تجربه کار بالینی داشتند که براساس تجربه مشترک مشارکت‌کنندگان راجع به موضوع تحقیق انتخاب شدند و به شیوه نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با در نظر داشتن ملاک‌های پذیرش از میان افراد مهم و کلیدی وارد مطالعه شدند. جمع‌آوری وتحلیل داده‌ها تا رسیدن به سطح اشباع داده‌ها و عدم پیدایش کدهای جدید ادامه یافت(۱۵،۱۴). به منظور جمع‌آوری داده‌ها واستخراج عقاید و ادراکات افراد با تجربیات مشترک در مورد موضوع پژوهش، از روش بحث گروهی متمرکز استفاده شد. در این مطالعه ۲۷ مشارکت‌کننده شامل ۷ پزشک متخصص (جراحی عمومی، روانپزشکی، نورولوژی، نفرولوژی، ارتوپدی، گوش و حلق و بینی، داخلی)، ۶ پزشک متخصص و فوق تخصص کودکان و ۱۳ کارشناس پرستاری، رادیولوژی، آزمایشگاه، تغذیه و هوشبری، کاردان اتاق عمل، پزشک متخصص بیهوشی، و مددکار در ۳ بحث گروهی متمرکز، شرکت کردند. تعداد شرکت‌کنندگان در جلسات ۱۳-۶ نفر بود. به علاوه، یک مصاحبه انفرادی با پزشک فوق تخصص روماتولوژی انجام شد.

زمان جلسات ۱۰۵-۶۵ دقیقه به طول انجامید. فرد یادداشت‌بردار علاوه بر بیانات، رفتارهای غیرکلامی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

مشارکت‌کنندگان در حین مصاحبه را جهت تحلیل‌های بعدی ثبت می‌کرد و گزارش کوتاهی در مورد روند هر مصاحبه و نکات مهم آن تهیه می‌شد. قبل از شروع رسمی جلسات در مورد هدف مطالعه، اختیاری بودن مشارکت در مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات توضیحاتی به شرکت‌کنندگان ارائه شد و برای ضبط مصاحبه‌ها رضایت آگاهانه اخذ شد واطلاعات دموگرافیک به همراه کد مربرطه ثبت شد.

بحث گروهی متمرکز با یک سوال کلی آغاز می‌شد تا مشارکت‌کنندگان تجربه خود راجع به مشکلات بالینی را روایت کنند. به منظور هدایت مصاحبه از سوالات راهنمای مصاحبه استفاده شد. برای روشن شدن موارد مبهم و کسب اطلاعات بیش‌تر در مورد پاسخ سوالات قبلی از سوالات ژرفکاو استفاده شد. در پایان یک سوال نهایی از همه مشارکت‌کنندگان پرسیده می‌شد تا حرف‌های ناگفته مهم را بیان نمایند. جهت تحلیل داده‌ها از رویکرد تحلیل محتوای عرفی استفاده شد و به منظور تفسیر و تبیین داده‌ها از فرآیند طبقه‌بندی سیستماتیک، کدگذاری و شناسایی درون‌مایه‌ها استفاده شد. داده‌ها طی سه مرحله تحلیل شد. در مرحله آماده‌سازی، مصاحبه‌های ضبط شده بلافاصله پس از اتمام جلسات کلمه به کلمه دست‌نویس شدند و جهت غوطه‌وری در داده‌ها، متن مصاحبه‌ها چندین بار مرور شد. در مرحله سازماندهی، به منظور کدگذاری و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار تحلیل داده‌های کیفی MAXQDA استفاده شد. به منظور سازماندهی داده‌ها، ابتدا فرآیند کدگذاری و طبقه‌بندی داده‌ها صورت گرفت. با تکرار خواندن متن مصاحبه‌ها واحد معنایی از متن مصاحبه‌ها مشتق شدند وبا برچسب زدن و نامگذاری به هر واحد معنایی، یک کد ایجاد شدکه کدهای اولیه با استفاده از کلمات مشارکت‌کنندگان و یا واژه‌هایی که نزدیک به بیانات مشارکت‌کنندگان بودند(۱۶) و کدهای مرتبط که از نظر محتوایی اشتراکاتی با یکدیگر داشتند در یک طبقه قرار گرفتند، به طوری که هر یک از واحدهای معنایی و کدهای مربوطه فقط به یک طبقه اختصاص یافت. پس از این که کدها در طبقات مرتبط قرار گرفتند، قطعات در یک الگوی مفهومی معنی‌دار در کنار یکدیگر قرار گرفته و در نهایت با استفاده از معانی اساسی، تحلیل نهفته طبقات صورت گرفت و ارتباطات بین اطلاعات شناسایی شد و درون‌مایه‌ها ظاهر شدند. در مرحله گزارشدهی، گزارش فرآیند تحلیل تا حصول یافته‌ها ثبت شد(۱۸،۱۷). صحت یافته‌ها توسط دونفر از افراد شرکت‌کننده در پژوهش، با مطالعه متن نهایی تایید شد. تایید اعتبار و مقبولیت داده‌ها با استفاده از روش درگیر شدن طولانی مدت با داده‌ها و بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان انجام شد.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه ۲۷ نفر از کارکنان نظام سلامت بادامنه سنی ۵۳-۲۵ سال و سابقه کار ۲۶-۲ سال بودند که ۵۹ درصد آنان را مردان تشکیل می‌دادند. ازتحلیل داده‌ها، ۴ درون‌مایه اصلی و ۱۲ درون‌مایه فرعی به‌دست آمد که تبیین‌کننده مشکلات بالینی قابل پژوهش از دیدگاه کارکنان بالینی بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: خلاصه درون‌مایه‌های اصلی و فرعی

درون مایه های اصلی	درون مایه های فرعی
مشکلات بالینی مرتبط باساختار نظام سلامت	تحلیل ساختار نظام سلامت
	در دسترس نبودن اطلاعات‌آرشیوی نظام سلامت برای محققین
	تعیین راهبردهای حل مشکلات نظام سلامت
تحلیل وضعیت ارائه دهندگان خدمات در نظام سلامت	فقدان انگیزه کارکنان
	آموزش کارکنان نظام سلامت
	معضلات اخلاقی
تحلیل وضعیت ارائه خدمات در نظام سلامت وتعیین نیازها	تعیین کیفیت خدمات
	ارزیابی شاخص های سلامت
مشکلات مربوط به فرآیندهای بالینی موجود	دردسترس بودن فرآیندها وراهنمای بالینی
	بومی سازی ابزارها وراهنماهای بالینی
	شیوع خطاهای بالینی ثبت شده وعلل آن
	شیوع حوادث پزشکی ثبت شده وعلل آن

۱. مشکلات بالینی مرتبط با ساختارنظام سلامت

اولین مشکل بالینی قابل پژوهش مطرح شده از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، مشکلات بالینی مرتبط با ساختار نظام سلامت بود که شامل سه درون‌مایه فرعی بود:

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

۱-۱. تحلیل ساختار نظام سلامت

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند لازم است ساختار نظام سلامت از نظر تعداد تخت‌های بیمارستانی و ضریب اشغال آن‌ها و نیروی انسانی شاغل تحلیل و با استانداردها مقایسه شود. به علاوه، فارغ‌التحصیلان داوطلب کار و یا تمایل افراد شاغل برای ترک شغل، تجهیزات و امکانات بیمارستانی، فضای فیزیکی مراکز آموزشی، درمانی و بهداشتی و تسهیلات مناسب برای کارکنان و دانشجویان ،نیاز به پژوهش دارد. تعیین وضعیت سازمان‌های حمایت‌کننده نظام سلامت (سازمان‌های بیمه‌ای و میزان پوشش خدمات بیمه‌ای) نیز از موضوعات مهمی بودکه به عنوان دغدغه کارکنان نظام سلامت در حوزه نظام پرداخت هزینه مطرح شد.

"خیلی از مریضامون برای کارهاشون باید به مرکز استان اعزام بشن. از هزینه‌ها و گرفتاری نقل وانتقال که بگذریم، میدونید چقدر زمان هدر میره."

" بهشون میگیم نیرو کمه میگن داریم هر دوره استخدام میکنیم. ... این تعدادو با استاندارد مقایسه کنیم ببینیم هنوز چقدر فاصله داریم!".

۱-۲. در دسترس نبودن اطلاعات آرشیوی نظام سلامت برای محققین

با توجه به اینکه بسیاری از بیماری‌ها از عوامل فرهنگی و محیطی تاثیرپذیر است انجام پژوهش بر روی بیماران منطقه ضروری است، ولی سابقه پزشکی بیماران به دلیل فقدان پرونده پزشکی الکترونیک و بیوبانک منطقه‌ای در دسترس نمی‌باشد ازطرفی، دسترسی به بسیاری از اطلاعات مانند نتایج آزمایشات، اطلاعات اپیدمیولوژیک، اطلاعات مربوط به ارزشیابی و نظایر آن به دلیل فقدان نظام ثبت بیماری‌ها میسر نمی‌باشد. فقدان ارتباط با سایر بخش‌های دولتی و عدم توجه به آمار سایر مراکز دولتی و خصوصی از قبیل مرکز مدیریت بیماری‌ها و معاونت درمان، مرکز مدیریت بحران، سازمان نظام پزشکی، سازمان بهزیستی و هلال احمر که می‌تواند در برنامه‌ریزی و پیشگیری صحیح سیاست‌گذاران خدمات سلامت موثر باشد ازجمله مشکلات مربوط به بخش اطلاعات آرشیوی ساختار نظام سلامت مطرح شد که انجام پژوهش در این زمینه‌ها ضرورت دارد.

"اگه یه نظام ثبت برای بیماری‌ها داشتیم همه اطلاعات بیماران مثل ریپورت آزمایشاشون، گرافی هاشون یاحتی تعدادمریضای مربوط به همون فیلد، سابقه فامیلی اینارو راحت میشه درآورد."

" چرانباید ازآمار هلال احمر وبهزیستی خبرداشته باشیم؟ این همه خبرنامه داریم ولی گزارشات رسمی ازمرکز مدیریت بیماری‌ها ونظام پزشکی نداریم !

۱-۳. تعیین راهبردهای حل مشکلات نظام سلامت

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند برای تعیین راهبردهای حل مشکلات نظام سلامت باید با ذینعفان (مراجعین، دانشجویان، کارکنان و ارزیابان بیرونی) تعامل برقرار گردد. بازخورد گرفتن از ذینفعان می‌تواند در شناسایی عوامل تعیین‌کننده سلامت و عوامل خطر موثر باشند. با انجام پژوهش‌های متعدد می‌توان از نیازهای سلامت جامعه (سطح سواد سلامت و یا نیازهای آموزشی) برای ارتقاء سلامت وترویج سبک زندگی سالم، مطلع شد. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان باورهای غلط بهداشتی و خرافه از عوامل تاثیرگذار بر سلامت جامعه هستند و برای حل مشکلات نظام سلامت، بررسی باورهای خرافی رایج و تاثیر باورهای غلط بر سلامت جامعه ضروری است. هم‌چنین بسیاری از امکانات و خدمات که برای آحاد جامعه مهیا شده، به دلیل عدم آگاهی مردم از وجود آن‌ها، بهره‌مندی از آن‌ها اتفاق نمیفتد.

"به مریض یه مشت قرص بده راحت میخوره ولی بهش بگو غذای بی نمک بخور و هفته‌ای دو روز بروپیاده‌روی، انگار بهش بدوبیراه گفتی!"

"مردم ماخیلی قانع‌اند. اصلا حق خودشون نمیدونن که تقاضای چیزی بکنن. شایداگه اهمیت سلامتی ووظیفه دولت رو بدونن سطح انتظارشون بالا بره!"

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

۲. تحلیل وضعیت ارائه دهندگان خدمات در نظام سلامت

دومین درون‌مایه، نیاز به تحلیل وضعیت ارائه‌دهندگان خدمات بود که شامل سه درون‌مایه بود:

۲-۱. فقدان انگیزه کارکنان

عدم توجه به نیازهای کارکنان (نیازهای رفاهی و ارتقاء حرفه‌ای) و تبعیض بین حرفه‌ای به عنوان عوامل موثر در ایجاد انگیزه کارکنان ذکر شد. هم‌چنین حوادث شغلی، فرسودگی شغلی از جمله موضوعات نیازمند تحقیق بیان شد.

"اکثربچه‌ها کمردرد دارن. یا بیش ترمریضا تزریقی هستن. کافیه ذره‌ای غفلت کنی و نیدل استیک بشی کی میخواد به دادت برسه...".

۲-۲. آموزش کارکنان نظام سلامت

از موضوعات بیان شده در حیطه آموزش پیش و پس از دانش‌آموختگی کارکنان، تربیت نیروی انسانی کارآمد، بهبود کیفیت آموزش دانشجویان گروه‌های پزشکی، خلاء تئوری- بالین، توجه به آموزش پاسخگو، به کارگیری رویکردهای نوین یاددهی-یادگیری و اطمینان از کسب صلاحیت‌های حرفه‌ای دانشجویان برای ورود به بالین و آمادگی برای ارایه خدمات جامع بود. هم‌چنین توجه به علاقه داوطلبین قبل از ورود به حرفه از موضوعاتی بود که اکثر مشارکت‌کنندگان تاکید داشتند.

"هنوزم خیلی چیزهایی که زمان دانشجویی می خونی به کار آدم نمیاد. شایدباید یه چیزهایی تویه منطقه‌ای برای آموزش بیش ترتاکید بشه. بالاخره یه جای کارمی لنگه."

" بایدبررسی کنن ببینن این روش های جدیدارزشیابی مثل آسکی و داپس میتونه دانشجوهای توانمندو ازدانشجوی ضعیف جداکنه."

"امروزه دیگه بااین تکنولوژی کارسختی نیست که افراد خودشون برن دنبال دانش روز. این که آدم های مچور رو وادار به حضوردر جلسات کنین انگیزه میده؟ یاکلافه میشن بیش تر؟"

۲-۳. معضلات اخلاقی

ایفای نقش کارکنان براساس شرح وظیفه حرفه‌ای و تضاد نقش آنان و نحوه تصمیم‌سازی‌های مهم در شرایط خاص که از نظر اخلاقی کارکنان را دچار تعارض می‌نماید از جمله مشکلات نیازمند تحقیق مطرح شد.

"تواین شرایط واقعاآدم نمیدونه چکار بایدبکنه که نه دچار عذاب وجدان بشی نه این که دچارمشکلات حقوقی بشی."

" خیلی سخته. هیچ قاعده وقانون واضحی هم براش وجودنداره! "

۳. تحلیل وضعیت ارائه خدمات درنظام سلامت وتعیین نیازها

درون‌مایه، تحلیل وضعیت ارائه خدمات و تعیین نیازها شامل دو درون‌مایه فرعی بود:

۳-۱. تعیین کیفیت خدمات

بررسی کیفیت خدمات وتعیین زمان مفید مراقبت ازبیمار برای تحلیل وضعیت ارائه خدمات درنظام سلامت امری امری است. پرستاران محول کردن برخی امور غیرمرتبط و وقت‌گیر مانند مستندسازی اعتباربخشی را مانع از انجام وظائف حرفه‌ای اصلی خود می‌دانستند. هم‌چنین مشارکت‌کنندگان بررسی صحت نتایج آزمایشات و روش‌های تشخیصی، تعیین میزان حساسیت و ویژگی روش‌های تشخیصی وعوامل موثر برآن را نیازمند پژوهش می‌دانستند. از طرفی، به گرایش گیرندگان خدمات به بخش‌های خصوصی اشاره کردند که تحت تاثیر عواملی نظیر امکانات بیمارستان های دولتی، ترجیح پزشک، بیمار و شرکت‌های بیمه‌ای می‌باشد که نیاز به پژوهش دارد.

"واقعیتش اینه که شاخص مشخصی برای بررسی کیفیت خدمات نداریم! نه چک لیستی نه فردی که این مسئولیت رو بهش بسپاریم واصلا کارش همین باشه،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

نداریم، واقعیتش اینه که اصلاجرات نمیکنیم حتی پیشنهادش روبدیم. همین که یه ایده بهشون می دی بلافاصله یه کار جدید به کارات اضافه میکنن. اینقدرکار سرمون ریختن که سراغ اینجور چیزا نمیریم."

"بااین تعدادکم پرسنل امکان نداره بشه یه مراقبت باکیفیت ارائه دادکه براساس نیاز بیماربا‌شه."

"الان شماخودتون به نتیجه آزمایشی که بهتون میدن اعتمادد‌ارین؟"

۲-۳. ارزیابی شاخص های سلامت

بررسی شاخص‌های سلامت یکی ازعوامل مهم تحلیل وضعیت ارائه خدمات درنظام سلامت گزارش شد. پژوهش در خصوص تعیین آمار مرگ ومیر، شیوع بیماری‌های واگیر و غیرواگیر وبررسی علل آن، بررسی علل مرگ ناشی از بیماری‌ها را از موضوعات قابل پژوهش ذکر کردند.

"به نظرم اونقدر که شناسایی ریسک فاکتورهای بیماری مهمه شیوع اون مهم نیست. بایددنبال علت مشکل باشیم تاخودبخود شیوع روپایین بیاریم."

"وقتی یه بیماری شیوع پیدامیکنه بایدبلافاصله یه تیمی دست به کار بشه واطلاعات وآمارش رو دربیاره. اگه ریسک فاکتورهاو اینجور چیزها روبتونیم بموقع تشخیص بدیم....."

"برای کنترل این مرگ ومیر و یابروز بیماری ها بایددنبال علتش باشیم."

۴. مشکلات مربوط به فرآیندهای بالینی موجود

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند در خصوص علل عدم کاربرد راهنمای بالینی توسط کارکنان نظام سلامت باید بررسی گردد. ارائه خدمات با کیفیت به ذینفعان در خصوص پروسیجرهای درمانی و مراقبت براساس استانداردهای بین‌المللی است و درنظر داشتن Golden time در مراقبت و درمان بیماران امری ضروری است و این مهم زمانی میسر می‌گردد که پژوهش‌های کافی در خصوص بومی‌سازی راهنماهای بالینی صورت گیرد. هم‌چنین، به خطاهای بالینی مانند خطاهای دارویی شامل تجویز داروی اشتباه، حذف دارو، نادیده گرفتن علائم مسمومیت، و شیوه نادرست تجویز دارو اشاره کردند که این خطاهای دارویی در نسخه‌نویسی، نسخه‌برداری از دستورات پزشک و مرحله رساندن دارو به بیمار یاکنترل دارو رخ می‌دهد. مشارکت‌کنندگان، پژوهش برای تعیین علل این خطاها را ضروری می‌دانستند. برخی از مشکلات مربوط به فرآیندهای بالینی موجود حوادث پزشکی مانند مرگ زودهنگام بیماران و سقوط از تخت ذکر شد که در بیمارستان‌ها رخ می‌دهد و چگونگی ثبت این حوادث و علل بروز آن ها نیازبه پژوهش دارد.

"اگه خیلی ها نمیرن سراغ گایدلاین هاو تو پروسیجرا بکار نمیبندن بخاطراینه که بومی نشدن و باامکانات وشرایط ما جور درنمیاد."

"دستورای دارویی که خوانا نباشه باعث میشه داروا‌شتباه به مریض داده بشه."

بحث

در این مطالعه، مشکلات مربوط به ساختار نظام سلامت به عنوان یکی از مشکلات قابل پژوهش مطرح شد. در شرایط فعلی، با توجه به تغییر راهبردهای نظام سلامت، اصلاح ساختار سازمانی حوزه بهداشتی امری ضروری است. نتایج یک مطالعه مرورسیستماتیک نشان‌دهنده اثربخشی پایین ساختار نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی درسطوح مختلف می‌باشد. هم‌چنین مشارکت‌کنندگان تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی بیمارستانی را برای آگاهی از وضعیت موجود و بهبودآن ضروری می‌دانستند. چرا که شاخص‌های بیمارستانی مانند درصد اشغال تخت و متوسط اقامت در بیمارستان مهم‌ترین عوامل نشان‌دهنده عملکرد و استفاده از خدمات بیمارستانی هستند وکمک شایانی به سیاستگذاری می‌نمایند و عامل مهمی جهت نظارت و کنترل سیستم‌ها می‌باشند(۱۹). به علاوه، تحلیل صحیح شاخص‌های

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

بیمارستانی، نقش مهمی در تصمیم‌گیری و بهبود کیفیت داشته و مبنای مناسب برای قضاوت در مورد عملکرد بیمارستان و شناخت وضعیت موجود به‌دست می‌دهد(۲۰،۱۹). ازطرفی تحلیل پرداخت هزینه‌های درمان برای سازمان و بیماران حائز اهمیت مطرح شد. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد علی‌رغم این که بودجه اختصاص یافته به سیستم بهداشتی مطابق با استانداردهای بین‌المللی نیست اما مشکل اصلی کمبود بودجه نیست، بلکه نحوه اختصاص ومدیریت بودجه است(۲۱). بیش از ۹۰ درصد ایرانیان تحت پوشش حداقل یکی از انواع بیمه‌های سلامت هستند(۲۲). دریک مطالعه کیفی موانع اصلی دستیابی به پوشش جامع بیمه؛ نرخ ناشناخته بیمه‌شدگان؛ جریان مالی غیرشفاف؛ سیستم اختیاری و نقصان اجرایی گزارش شد که نیازمند برنامه بلندمدت برای رسیدگی این مشکلات است(۲۳). بنابراین، مهم‌ترین گام جهت بهبود کارآیی وکیفیت سیستم بیمه درمانی، تمرکز بر سیاست‌گذاری مبتنی برشواهد برای ایجاد اصلاحات است(۲۴). در دسترس نبودن اطلاعات آرشیوی نظام سلامت برای محققین از دیگر مشکلات مطرح شده قابل پژوهش بود. همواره فقدان اطلاعات در سیستم بهداشتی یکی از چالش‌های بزرگ این سیستم می‌باشد(۲۲). پرونده سلامت الکترونیکی (EHRs: Electronic Health Records) متشکل از اطلاعات متنوعی ازمنابع مختلف است که می‌توانند با همکاری سازمان‌ها و واحدهای مختلف به اشتراک گذاشته شوند. از جمله مزایای پیاده‌سازی سیستم‌های EHR می‌توان به تسهیل دسترسی به پرونده‌های پزشکی و بهبود کیفیت مراقبت و تصمیم‌گیری‌های مرتبط با مراقبت بهداشتی اشاره نمود که نیاز به تامین زیرساخت شبکه ملی اطلاعات بهداشتی دارد(۲۵). اگرچه سیستم رجیستری قابل قبول برای موالید، مرگ، سرطان و بیماری‌های واگیر و غیرواگیر و ایمن‌سازی درکشور وجود دارد اما فقدان سیستم اطلاعات بهداشتی یکپارچه، مانع اجرای تحلیل سیستماتیک سیستم بهداشتی است(۲۲).

رضایت بیماران سنگ بنای اصلی عملکرد سیستم بهداشتی است. فقدان اطلاعات دقیق درمورد رضایت بیماران، مانع عمده در روند سیاست‌گذاری سلامت در ایران است. با وجود تلاش برای اندازه‌گیری رضایت بیماران، سیستم اطلاعات جاری مطلوب نیست(۲۲) که در این مطالعه نیز به عدم اطلاع از رضایت بیماران به عنوان مشتری اصلی سیستم درمانی و عدم مشارکت آنان جهت تعیین راهکارها اشاره شد.

یافته‌های مطالعه‌ای نشان داد که بررسی وضعیت نیروی انسانی دانشگاه مهم‌ترین اولویت پژوهشی می‌باشد که ازلحاظ صلاحیت فردی، ارزیابی نظام مدیریت عملکرد کارکنان و مدیران و نظام پرداخت حقوق، بررسی مکانیسم‌های انگیزشی و طراحی نظام تشویق-تنبیه کارآمد، بررسی اثربخشی آموزش ضمن خدمت، نیازسنجی آموزشی کارکنان، ارائه مدل جهت مشارکت اعضای هیات علمی، کارکنان و دانشجویان در فرآیندهای سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری آموزشی، کارسنجی و زمان سنجی فعالیت‌ها و مطالعه دانش ونگرش کارکنان در زمینه عوامل رضایت، تعهد، انگیزش و امنیت شغلی باید بررسی شود(۲۶). در این مطالعه نیز تحلیل وضعیت ارائه‌دهندگان خدمات درنظام سلامت ازنظر انگیزش، آموزش و مسائل اخلاقی به عنوان مشکلات قابل پژوهش مطرح شد.

کیفیت خدمات وکارآیی سیستم بهداشتی، دومساله مهمی هستند که نیاز به توجه بیش‌تری دارند(۲۲). از مهم‌ترین ابعاد کیفیت مراقبت بهداشتی می‌توان به دسترسی به خدمات، اثربخشی، عدالت، دسترسی اجتماعی و کارآیی و مقرون به صرفه بودن اشاره نمود. توجه بیش‌تر به انتظارات استفاده‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نیز می‌تواند به بهبود پاسخگویی نظام سلامت کمک نماید(۲۷).

مشکلات مربوط به فرآیندهای بالینی از جمله میزان دسترسی به فرآیندها و راهنماهای بالینی و بومی‌سازی آن‌ها از جمله مشکلات قابل پژوهش بود. طراحی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

پروتکل‌های درمانی استاندارد در مطالعات قبلی به عنوان یکی از نیازهای قابل پژوهش مطرح شد(۲۸-۲۶). علی‌رغم شروع بیش ازچند دهه پزشکی مبتنی برشواهد در ایران، هم‌چنان فاصله زیادی وجود دارد(۲۹). پزشکی مبتنی شواهد اساس تصمیم‌گیری بالینی است و براین اساس عملکرد بالینی و تصمیم‌گیری‌های سیاستی به شواهد حمایت‌کننده مانند دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی وابسته است(۳۰). علی‌رغم قوانین موجود، تعداد اندکی دستورالعمل بالینی در کشور تولید یا بومی شده‌اند(۳۰). فقدان سیستم مراقبت بهداشتی مبتنی بر شواهد به عنوان یک کشور درحال توسعه چالش‌هایی را در اجرای دستورالعمل‌های بالینی ایجاد کرده است(۳۱). با توجه به روند روبه رشد دانش بالینی، نقش دستورالعمل‌های بالینی مبتنی برشواهد دراستاندارد نمودن مراقبت برجسته‌تر شده است؛ چراکه استفاده از این دستورالعمل‌ها منجر به بهبود کیفیت مراقبت وایمنی بیمار می‌شود(۳۴-۳۲). بررسی شیوع خطاها و حوادث پزشکی و علل آن‌ها نیز از دیگر موضوعات قابل پژوهش مطرح در زمینه فرآیندهای بالینی بود. شایع‌ترین خطاها در مراقبت اولیه، خطاهای تشخیصی و دارویی گزارش شده که بایستی در تدوین و اجرای استراتژی‌های آموزشی و سیستم‌های مدیریت خطر در نظر گرفته شود(۳۵).

از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم همکاری برخی ازکارکنان اشاره کرد که ممکن است با دعوت ازافراد داوطلب، افرادی که از اطلاعات غنی برخوردار بودند درپژوهش شرکت نکرده باشند. همچنین تبعیت بیماران روانپزشکی از درمان تجویز شده یکی از مشکلاتی است که علیرغم تاکید مطالعات بدان پرداخته نشده است(۳۶).

دراین مطالعه مشکلات بالینی قابل پژوهش از دیدگاه کارکنان بالینی تعیین شد. این مشکلات می‌توانند در پژوهش بالینی پژوهشگران منطقه مورد توجه قرار بگیرند. باتوجه به یافته‌های این مطالعه، پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی به اولویت‌بندی مشکلات پرداخته شود.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب واحد حمایت ازتوسعه تحقیقات بالینی مرکزآموزشی- درمانی شهید صیاد شیرازی دانشگاه علوم پزشکی گلستان (کد اخلاق: ۱۷۲۳۰۵۹۳۰۷۲۰۱۵) می‌باشد. نویسندگان برخود لازم می‌دانند از معاونت تحقیقات وفناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان جهت حمایت مالی و از مشارکت‌کنندگان در این مطالعه تقدیر نمایند.

References

1. De Francisco A, Matlin S, editors. Monitoring Financial Flows for Health Research 2006: The changing landscape of health research for development. Geneva: Global Forum for Health Research; 2006.
2. Moher D, Glasziou P, Chalmers I, Nasser M, Bossuyt PM, Korevaar DA, et al. Increasing value and reducing waste in biomedical research: who's listening? Lancet 2016; 387(10027): 1573-1586.
3. Ioannidis JP. Why most clinical research is not useful. PLoS medicine 2016; 13(6): e1002049.
4. Bahadori MK, MehrabianF. Determining the Research Needs of Social Insurer: Using Analytical Hierarchy Process (AHP). J Holist Nurs Midwifery 2012; 22(2):11-17 (Persian).
5. Kolahi AA, Moatamedi MR, Beyranvand MR, Farsar AR, Gachkar L. Research priority of cardiovascular research center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2009. Pajoohandeh Journal 2011; 16(4): 178-186 (Persian).
6. Mohammadi M, Mesgarpour B. Systemic approach to health research in Iran and the

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

world. Hakim Res J 2002; 5(2): 151-167(Persian).

7. Crowe S, Fenton M, Hall M, Cowan K, Chalmers I. Patients', clinicians' and the research communities' priorities for treatment research: there is an important mismatch .Res Involv Engagem 2015; 1(1): 2.
8. Shahidi S, Changiz T, Salmanzadeh H, Yousefi A. Factors Affecting the Needs Assessment in Continuing Medical Education: Presenting a Practical Guideline for Selecting Models and Techniques. Iranian Journal of Medical Education 2009; 9(4): 321-329 (Persian).
9. Sohrabi MR, Roodsari MR, Souri H, Mortazavi M, Ghanbari S, NazarAli S, et al. Research Priorities of Health System Research (HSR) in Vice-Chancellors of the Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Journal of Isfahan Medical School 2011; 28(119): 1324-1336 (Persian).
10. Karimi G, Damari B, Gharehbaghian A, Rahbari M, Vafaiyan V, Minab Salemi. Need-assessment and research priorities-setting in IBTO research center. Sci J Iran Blood Transfus Organ 2005, 2(4): 123-134 (Persian).
11. Baer AR, Zon R, Devine S, Lyss AP. The Clinical Research Team. J Oncol Pract 2011; 7(3): 188-192.
12. Salazar CR, Celedon JC. The Importance of Biomedical Research In: The value, importance, and oversight of health research. Nass SJ, Levit LA, Gostin LO. Colombiana; SCO. 2009.
13. Jiménez JP. Can research influence clinical practice? Int J Psychoanal 2007; 88(3): 661-679.
14. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2011.
15. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia Lippincott; 2011.
16. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs 2008; 62(1): 107-115.
17. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004; 24(2): 105-112.
18. Zanganeh Baygi M, Seyadin SH, Rajabi Fard Mazrae No F, Kouhsari Khameneh A. Adaptation of Goals and Organizational Structure in Iran's Primary Healthcare System, A Systematic Review. Payavard Salamat 2016; 9(5): 446-458 (Persian).
19. Farajzadegan Z, Javadi A, ASGARI GR, Manzouri L. Indicators of utilization as a means for assessment of health information Management systems. Health Information Management 2007; 4(1): 23-31 (Persian).
20. Ghavami Ghanbarabadi V, Jamali J. Correlation between Performance Indicators and Evaluating Degree of the Hospitals of Mashhad University of Medical Sciences (MUMS). Health Inf Manage 2014; 11(3): 344-352 (Persian).
21. Keshavarzian M, Mofidian S. An Overview on Iran Health Care Financing System: Challenges and Solutions. Journal of Health Policy & Sustainable 2015; 1(4): 131-136.
22. Mehrdad R. Health system in Iran. JMAJ 2009; 52(1): 69-73.
23. Ibrahimipour H, Maleki M-R, Brown R, Gohari M, Karimi I, Dehnavieh R. A qualitative study of the difficulties in reaching sustainable universal health insurance coverage in Iran. Health Policy Plan 2011; 26(6): 485-495.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

24. Davari M, Haycox A, Walley T. The Iranian health insurance system; past experiences, present challenges and future strategies. Iran J Public Health 2012; 41(9): 1-9.
25. Asadi F, Moghaddasi H, Rabiei R, Rahimi F, Mirshekarlou SJ. The Evaluation of SEPAS National Project Based on Electronic Health Record System (EHRS) Coordinates in Iran. Acta Inform Med 2015; 23(6): 369-373.
26. Pourhosseini SS, Dehnavieh R, Mehrolhassani MH. Research Priorities of Kerman Medical Sciences University: A Documentary Study. Journal of Health and Development 2015; 3(4): 293-303.
27. Setareh Forouzan A, Ghazinour M, Dejman M, Rafeiey H, Baradaran Eftekhari M ,San Sebastian M. Service Users and Providers Expectations of Mental Health Care in Iran: A Qualitative Study. Iran J Public Health 2013; 42(10): 1106-1116.
28. Bahadori M, Ravangard R, Farzaneh A, Hakimzadeh SM. Research needs assessment in the health insurance organization: Level of health care provider. Electronic Physician 2009; 3(2): 436-441.
29. Baradaran-Seyed Z, Majdzadeh R. Evidence-based health care, past deeds at a glance, Challenges and the future prospects in Iran. Iran J Public Health 2012; 41(12): 1-7 (Persian).
30. Baradaran-Seyed Z, Nedjat S, Yazdizadeh B, Nedjat S, Majdzadeh R. Barriers of clinical practice guidelines development and implementation in developing countries: a case study in iran. IJPM 2013; 4(3): 340-348.
31. Majdzadeh R. Family physician implementation and preventive medicine; opportunities and challenges. Int J Prev Med 2012; 3(10): 665-669.
32. Grimshaw J, Thomas R, MacLennan G, Fraser C, Ramsay C, Vale Le, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess 2004; 8(6): iii-iv, 1-72.
33. Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. Implement Sci 2009; 4: 54.
34. Wyatt KD, Stuart LM, Brito JP, Leon BC , Domecq JP, Prutsky GJ, et al. Out of context: clinical practice guidelines and patients with multiple chronic conditions: a systematic review. Med Care 2014; 52: S92-S100.
35. Wallace E, Lowry J, Smith SM, Fahey T. The epidemiology of malpractice claims in primary care: a systematic review. BMJ Open 2013; 3(7): e002929.
36. Modanloo M. The challenge of increasing adherence in schizophrenia: Focusing future research on changing attitudes of patients. Asian J Psychiatr 2018; 36: 28.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]