

Identifying Challenges and Barriers of Nurses in Kerman in the Light of the Health Transformation Plan: A Welfare-Organizational Approach

Jafar Hezarjaribi 

Professor, Faculty of Social Sciences,
Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Narjes Haj Mohammadi * 

PhD Student in Social Welfare, Allameh
Tabataba'e'i University, Tehran, Iran.

Introduction

The Health Transformation Plan, as one of Iran's most significant health policies, was implemented with the aim of reducing treatment costs and improving access to health services. Despite the plan's considerable achievements in covering patient expenses, post-implementation evaluations have shown that this policy has faced numerous challenges at the level of service providers, particularly nurses. Nurses, as the largest group of healthcare providers and the frontline of the health system, play a vital role in the success or failure of health policies. This study aimed to qualitatively analyze the barriers and challenges experienced by nurses in implementing the Health Transformation Plan from the perspective of social welfare policy and human resource governance.

Literature Review

Health, as one of the most fundamental components of social welfare, plays a central role in the development of societies. From the perspective of social welfare theories, governments have the responsibility to reduce inequalities through targeted intervention in the health system. In this framework, Rawls defines justice not as absolute equality, but as improving the situation of the most disadvantaged groups. Furthermore, social justice and social solidarity have a bidirectional relationship; unequal distribution of resources and structural pressures on professional groups can weaken social cohesion. Previous studies have shown that while the Health Transformation Plan has been successful in some areas such as reducing out-of-pocket payments for patients, it has faced serious challenges in the area of human resources. Research indicates nursing shortages, high workload, job burnout, and feelings of inequality among nurses.

* Corresponding Author: n.hajmohammadi2016@gmail.com

How to Cite: Hezarjaribi, J; Hajmohammadi, N. (2025). Identifying Challenges and Barriers of Nurses in Kerman in the Light of the Health Transformation Plan: A Welfare-Organizational Approach, *Journal of Social Work Research*, 12 (45), 41-76.

Accepted: 25/2/2026

Review: 19/2/2026

Received: 6/2/2026

ISSN: 2476-6399

eISSN: 2476-6380

Methodology

This qualitative study employed thematic analysis. Participants included 15 nurses, head nurses, and nursing supervisors working in public hospitals in Kerman, who were selected using purposive judgmental and snowball sampling with a maximum variation strategy. Data were collected through in-depth semi-structured interviews. Interviews continued until theoretical saturation was achieved, with each interview lasting approximately 30 minutes on average. Data were analyzed using Braun and Clarke's (2006) thematic analysis framework, which involves six phases: familiarization with the data, generating initial codes, searching for themes, reviewing themes, defining and naming themes, and producing the report. To enhance the trustworthiness of the findings, strategies such as peer debriefing (review by two qualitative research specialists) and member checking (comparing findings with participants' lived experiences) were employed.

Results

From the analysis of interviews, 22 initial concepts were extracted, organized into six sub-themes and three main themes. A summary of the extracted concepts and themes is presented in the table below.

Table 1
Extracted Concepts and Themes from Interviews

Extracted Concepts and Themes from Interviews		Sub-themes	Main Themes
No.	Concepts (Initial Codes)		
1	Nursing shortage	Quality and employment conditions	Economic and organizational dimension
2	Unpredictable duties		
3	Lack of leisure time		
4	Inadequate income	Economic security	
5	Inability to save money		
6	Need for public assistance		
7	Renting a home		
8	Job Dissatisfaction	Quality of life and life satisfaction	Personal and psychological dimension
9	Life Dissatisfaction		
10	Feeling of weakness	Psychological burnout	
11	Physical exhaustion and depression		
12	Continuous job stress		
13	Need for periodic psychotherapy counseling		
14	Personal life affected by stress		
15	Feeling worthless	Professional and social activities	Social and institutional dimension
16	Feeling ignored by hospital authorities		
17	Feeling of Disrespect		
18	Feeling insufficient in treatment		
19	Feeling of Inequality and Discrimination	Feeling of inequality	
20	Significant difference in physician-nurse benefits		
21	Lack of attention from authorities to nurses		
22	Unfair Distribution of Social and Healthcare Resources		

Discussion

The findings of this study are consistent with previous research. Ahmadi et al. (2021) showed that while some goals of the transformation plan have been partially achieved, pressure on nurses continues. Khalajinia and Gaeini (2018) explained human resource shortages and economic challenges, which align with the results of the present study. From the perspective of Rawls' social welfare theory, achieving welfare requires equal opportunities, economic security, and fair working conditions. In this framework, workload pressure and human resource limitations indicate the failure of health policies to achieve social justice at the human resource level. Furthermore, the findings of this study are applicable to Durkheim's theory of social solidarity; reduced organizational belonging and professional silence among nurses endanger the social health and human capital of the health system.

Conclusion

The findings of this study demonstrate that the barriers facing nurses in the Health Transformation Plan are complex and multi-layered. These challenges begin at the macro-economic and structural level, penetrate individual mental health, and ultimately become entrenched in social and institutional relations. Without simultaneous reforms in welfare, institutional, and human resource support policies, the Health Transformation Plan will face human capital erosion and declining service quality. Policy revision in the areas of human resource governance, fair compensation systems (especially reforming the bonus payment system and removing discriminatory ceilings), and structured support for organizational mental health are prerequisites for achieving sustainable, high-quality universal health coverage in Iran.

Keywords: Health Governance, Social Welfare Policy, Nurses, Health Equity, Occupational Burnout



شناسایی چالش‌ها و موانع پرستاران کرمان در پرتو طرح تحول نظام سلامت: رویکرد رفاهی - سازمانی

استاد گروه رفاه اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران،
ایران.

جعفر هزارجریبی 

دانشجوی دکتری رفاه اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی،
تهران، ایران.

نرجس حاج محمدی * 

چکیده

اجرای موفق طرح تحول سلامت نیازمند توجه ویژه به وضعیت رفاهی و حرفه‌ای پرستاران است. این پژوهش کیفی با هدف تحلیل چالش‌ها و موانع تجربه‌شده پرستاران در اجرای این طرح از منظر سیاستگذاری رفاه اجتماعی و حکمرانی منابع انسانی انجام شد. ۱۵ نفر از پرستاران و مدیران پرستاری بیمارستان‌های دولتی کرمان با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری شد. تحلیل داده‌ها با الگوی براون و کلارک انجام شد تا اشباع نظری حاصل شود و برای افزایش اعتبار، بازخوانی مکرر داده‌ها و تطبیق مضامین با تجربه مشارکت‌کنندگان صورت گرفت. یافته‌ها سه محور اصلی را نشان داد: ۱- سیاست‌های رفاه اقتصادی و حمایت شغلی شامل کمبود نیرو، بارکاری بالا و نابرابری درآمدی؛ ۲- سیاست‌های حفظ سرمایه انسانی و سلامت روان سازمانی شامل فرسودگی شغلی، مواجهه با تروما و فقدان حمایت روانی ساختاریافته؛ ۳- سیاست‌های نهادی و توزیع عادلانه قدرت شامل تبعیض نمادین و ضعف مشارکت در تصمیم‌گیری. نتیجه‌گیری نشان داد که بدون اصلاح همزمان سیاست‌های رفاهی، نهادی و حمایتی نیروی انسانی، طرح تحول سلامت با فرسایش سرمایه انسانی و کاهش کیفیت خدمات مواجه شد و بازنگری سیاست‌ها در حوزه حکمرانی منابع انسانی و ایجاد حمایت ساختاریافته برای سلامت روان سازمانی پیش‌شرط تحقق پوشش همگانی سلامت با کیفیت بود.

واژه‌های کلیدی: حکمرانی سلامت، سیاستگذاری رفاه اجتماعی، پرستاران، عدالت در سلامت، فرسودگی شغلی.

بیان مسئله

سلامت^۱ یکی از مهم‌ترین جنبه‌های زندگی انسان (یزدی فیض‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۴۵) و از اساسی‌ترین مقوله‌های سیاستگذاری اجتماعی و محور توسعه اجتماعی به شمار می‌آید (شیانی و همکاران، ۱۳۹۵: ۶۱). سلامت نه تنها بر کیفیت زندگی افراد اثرگذار است، بلکه نقش تعیین‌کننده‌ای در پویایی عرصه‌های اقتصادی و سیاسی دارد. مفهوم سلامت در جوامع مختلف متأثر از بسترهای فرهنگی متفاوت است و هر جامعه برداشت خاصی از آن دارد (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰: ۲۳۱). بر همین اساس، انسان سالم محور توسعه پایدار تلقی می‌شود و توجه به حفظ و ارتقای سلامت همواره از اولویت‌های اساسی سیاستگذاری بوده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۰: ۷). سازمان جهانی بهداشت^۲، سلامت را برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری تعریف می‌کند (یزدی فیض‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۴۵).

امروزه سلامت به عنوان یکی از نیازهای اساسی توسعه جوامع شناخته می‌شود و سنجش اثربخشی برنامه‌های سلامت مستلزم برخورداری از معیارهای معتبر تحلیلی است ((Remler, 2016: 27). در این چارچوب، "نظام سلامت"^۳ مفهومی گسترده دارد و شامل مجموعه‌ای از منابع، بازیگران و نهادهایی است که با تأمین مالی، تنظیم مقررات و ارائه خدمات، در جهت حفظ و ارتقای سلامت فعالیت می‌کنند (Koornneef, 2012: 115). یکی از چالش‌های اساسی نظام‌های سلامت، فاصله میان تصمیم‌گیری‌های کلان در حوزه منابع مالی و انسانی با واقعیت‌های اجرایی ارائه خدمات است (Kuziemy, 2016: 4). نظام سلامت ایران نیز به دلیل کاستی‌های ساختاری و عملکردی، همواره با ضرورت اصلاحات اساسی مواجه بوده است (شادپور، ۱۳۸۵: ۷).

1. Health
2. World Health Organization (WHO)
3. Health system

اهداف اصلی نظام‌های سلامت شامل ارتقای سلامت جامعه، عدالت در تأمین منابع و رضایت بیماران است و تحقق این اهداف از طریق بهبود دسترسی، کیفیت و کارایی خدمات دنبال می‌شود (آسترکی و همکاران، ۱۴۰۳: ۲). با این حال، در دو دهه اخیر، بسیاری از نظام‌های سلامت به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه به دلیل ناتوانی در پاسخگویی به نیازها و انتظارات جدید، تحت فشار برای اجرای اصلاحات قرار گرفته‌اند (جهانگیری، ۱۳۹۷: ۲). اصلاح نظام سلامت با هدف افزایش کارایی، عدالت و اثربخشی، به یکی از مهم‌ترین راهبردهای دولت‌ها تبدیل شده و دسترسی عادلانه، کیفیت خدمات و پرداخت‌های منصفانه را دنبال می‌کند (خلجی‌نیا و گائینی، ۱۳۹۷: ۲۱۳).

در ایران، اگرچه پس از انقلاب اسلامی بهبودهای قابل توجهی در شاخص‌های بهداشتی، به‌ویژه در مناطق محروم، حاصل شد، اما همچنان برخی شاخص‌ها در مقایسه با کشورهای منطقه رضایت‌بخش نبود. سهم بالای پرداخت از جیب مردم، که در مقطعی به حدود ۷۰ درصد هزینه‌های سلامت می‌رسید، موجب شد سالانه درصد قابل توجهی از خانوارها به زیر خط فقر رانده شوند (کلاروزی و همکاران، ۱۳۹۹: ۲). این وضعیت با اهداف برنامه‌های توسعه مغایرت داشت (سیدین و همکاران، ۱۳۹۹: ۲) و تشدید تورم بخش سلامت و پیامدهای تحریم‌ها، نابرابری در دسترسی و هزینه‌های درمانی را افزایش داد (روانی‌پور و همکاران، ۱۳۹۸: ۴۱۶؛ خانکه و همکاران، ۱۴۰۰: ۱۹۹).

در چنین شرایطی، دولت یازدهم با بهره‌گیری از اصلاحات پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت، اجرای طرح تحول نظام سلامت را از اردیبهشت ۱۳۹۳ آغاز کرد. این طرح با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات و ارتقای کیفیت، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین برنامه‌های رفاهی دولت مطرح شد (امامی و همکاران، ۱۳۹۵: ۳۲۹؛ واعظی و همکاران، ۱۳۹۶: ۲۳۹). طرح تحول سلامت به‌طور گسترده در سطح

دولت^۱ و حاکمیت^۲ مورد توجه قرار گرفت و به یکی از محورهای اصلی سیاستگذاری رفاه اجتماعی تبدیل شد.

با این حال، تحقق اهداف رفاهی و عدالت محور طرح‌های سلامت، به‌طور مستقیم به وضعیت نیروی انسانی خط مقدم، به‌ویژه پرستاران، وابسته است. پرستاران به‌عنوان بزرگ‌ترین گروه حرفه‌ای ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی، نقش کلیدی در اجرای عملی سیاست‌های سلامت دارند و هرگونه اختلال در وضعیت رفاهی، شرایط کاری، سلامت روان سازمانی و جایگاه نهادی آنان می‌تواند اثربخشی سیاست‌های سلامت و کیفیت خدمات را تضعیف کند. از این رو، ارزیابی طرح تحول نظام سلامت صرفاً محدود به پیامدهای مالی یا دسترسی بیماران نیست، بلکه مستلزم توجه به ابعاد رفاهی-سازمانی، شرایط کاری، سلامت روان و موقعیت نهادی نیروی انسانی خط مقدم، به‌ویژه پرستاران است. با این حال، توجه به رفاه، شرایط کاری و سلامت روان پرستاران در اجرای طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های کرمان تاکنون کمتر مورد بررسی و سیاستگذاری قرار گرفته است.

مطالعه حاضر با هدف شناسایی چالش‌ها و موانع اجرای طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های دولتی شهر کرمان انجام شده است. پرسش اصلی پژوهش این است: پرستاران، سرپرستاران و سوپروایزرهای شاغل در بیمارستان‌های دولتی کرمان، چه چالش‌ها و موانعی را در اجرای طرح تجربه می‌کنند و این چالش‌ها چه پیامدهای رفاهی و نهادی دارند؟ همچنین، چالش‌های اساسی موجود چگونه توسط این افراد درک و تفسیر

۱. سخنان حسن روحانی رئیس جمهوری صبح دوشنبه و در جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی. شناسه خبر: ۴۹۰۷۷۱ تاریخ ۱۳۹۴/۱۲/۳

۲. یادداشت وزیر بهداشت با اشاره به فرمایشات مقام معظم رهبری و رئیس جمهوری، بر لزوم استمرار طرح تحول سلامت و محقق شدن منابع مورد نیاز آن: "دو هفته قبل که خدمت مقام معظم رهبری بودم، ایشان نیز تاکید کردند لازم است از طرح تحول نظام سلامت صیانت شود. آسیب به این طرح، تنها متوجه دولت نیست؛ آسیب به نظام و کشور است. مردم همه به ادامه این خدمات امیدوارند و این مسیر باید ادامه یابد"، (خبرگزاری ایمن، ۱۳۹۵/۹/۱۴) کد خبر: ۲۵۸۱۹۱

می‌شوند و چه ابعادی دارند؟ تمرکز این پژوهش بر دیدگاه پرستاران، سرپرستاران و سوپروایزرها، امکان شناسایی دقیق‌تر این چالش‌ها را فراهم می‌کند و می‌تواند با ارائه راهکارهای عملی، به بهبود اجرای طرح تحول نظام سلامت کمک کرده و برای سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان حوزه سلامت و عدالت اجتماعی مؤثر واقع شود.

پیشینه پژوهش

آسترکی و همکاران (۱۴۰۳) با هدف بررسی تغییرات میزان زایمان سزارین قبل و بعد از طرح تحول سلامت (مصوب ۱۳۹۳ با هدف کاهش سزارین به ۳۰-۲۵ درصد)، مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۹ در استان لرستان انجام دادند. جامعه آماری شامل زنان زایمان کرده در بیمارستان‌های دولتی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ بود. داده‌ها به صورت سرشماری از آمار معاونت درمان استخراج و با آمار توصیفی تحلیل شدند. نتایج نشان داد برخلاف هدف طرح، میزان سزارین به طور کلی ۳/۴ درصد افزایش یافت؛ به گونه‌ای که در بیمارستان‌های عسلی خرم‌آباد، تأمین اجتماعی خرم‌آباد و کوثر بروجرد به ترتیب ۴/۶، ۵/۶ و ۵/۹ درصد افزایش داشت. پژوهشگران نتیجه گرفتند با توجه به ناکارآمدی طرح در کاهش سزارین، اجرای برنامه‌های گسترده آگاهی‌بخشی ضروری است.

ستوده‌زاده و همکاران (۱۴۰۱) با هدف تعیین میزان پاسخگویی نظام سلامت پس از طرح تحول، مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی بر روی ۳۱۰ خانوار در شهر زاهدان انجام دادند. داده‌ها با پرسشنامه استاندارد سازمان جهانی بهداشت جمع‌آوری و با SPSS تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد در خدمات سرپایی، بیشترین عملکرد خوب مربوط به احترام به شأن افراد (۴۵٪)، عملکرد ضعیف مربوط به حق انتخاب (۴۰٪) و در خدمات بستری، بیشترین عملکرد خوب در بعد احترام به شأن افراد (۳۵٪) بود. به طور کلی، توجه سریع و احترام به شأن افراد بیشترین اهمیت و حق انتخاب کمترین رضایت را داشت. پژوهشگران علت پایین بودن رضایت را کمبود نیروی متخصص دانسته و بر ضرورت تربیت نیروی انسانی توانمند توسط دانشگاه‌ها تأکید کردند.

احمدی و همکاران (۱۴۰۰) با هدف ارزیابی پیامدهای هفت سال اجرای طرح تحول نظام سلامت در ایران، مطالعه‌ای دو فازي انجام دادند. در فاز اول، اصلاحات نظام‌های سلامت کشورهای ترکیه، مالزی، کره جنوبی، مکزیک و برزیل به صورت تطبیقی بررسی شد. در فاز دوم، با روش مرور روایتی، مطالعات مرتبط با تأثیر طرح تحول در ایران شناسایی و تلخیص گردید. نتایج نشان داد تأثیر طرح در دو حوزه اصلی قابل مشاهده است: کارکرد ارائه خدمات (زایمان، رضایت ذی‌نفعان، عملکرد ارائه‌دهندگان) و کارکرد تأمین مالی (کاهش پرداخت از جیب، مشارکت مالی خانوار، پرداخت‌های غیررسمی، مخارج سلامت). یافته‌ها حاکی از آن است که طرح تحول سلامت در حوزه‌هایی مانند کاهش پرداخت از جیب بیماران، کاهش سزارین‌های بدون اندیکاسیون و کاهش پرداخت‌های غیررسمی تا حدودی به اهداف خود دست یافته است.

شاه‌منصوری و چناری (۱۴۰۰) با هدف شناسایی آسیب‌های مؤثر بر اجرای طرح تحول نظام سلامت، مطالعه‌ای کیفی انجام دادند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۵ نفر از کارشناسان، مدیران و پرسنل درمانی گردآوری و با روش تحلیلم تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد آسیب‌های اجرای طرح در قالب مدل سه‌شاخگی و در سه تم اصلی دسته‌بندی می‌شوند: آسیب‌های ساختاری و فرآیندی، آسیب‌های رفتاری و آسیب‌های محیطی. در مجموع، ۳ تم اصلی، ۱۶ تم فرعی و ۵۹ مفهوم شناسایی شد. پژوهشگران بر ضرورت اصلاح عوامل ساختاری، رفتاری و محیطی برای افزایش اثربخشی طرح تحول سلامت و بهبود وضعیت بهداشت و درمان، به‌ویژه برای اقشار آسیب‌پذیر، تأکید کردند.

هلالی ستوده و همکاران (۱۴۰۰) با استفاده از روش تحلیل گفتمان تاریخی، مناسبات سیاسی حاکم بر اجرای طرح تحول نظام سلامت در دولت‌های یازدهم و دوازدهم را بررسی کردند. یافته‌ها نشان داد دولت یازدهم با تأکید بر وضعیت نامطلوب موجود و گفتمان پیشرفت و توسعه، توانست حمایت‌های لازم برای تصویب و اجرای طرح و ایجاد تصویری موفق از آن کسب کند. با این حال، در ادامه از این طرح به‌عنوان ابزاری برای مشروعیت‌بخشی به سیاست

خارجی، نقد ساختارهای سیاسی و فرهنگی، حذف رقبا و منتقدان و برساخت «خودی» مثبت و «دیگری» منفی استفاده شد. این روند به تدریج موجب واگرایی گفتمانی، کاهش حمایت‌ها و ایجاد انسدادهای جدی در حوزه بهداشت و درمان گردید.

حسینی و همکاران (۱۴۰۰) سلامت را یکی از اساسی‌ترین نیازهای انسانی و ارائه خدمات درمانی را کارکرد اصلی نظام سلامت می‌دانند. اصلاح نظام سلامت در کشورهای مختلف با وجود تفاوت‌ها، اهداف مشترکی را دنبال می‌کند و در ایران نیز تجربه‌هایی مانند راه‌اندازی شبکه‌های بهداشت و درمان در این مسیر قابل اشاره است. طرح تحول سلامت از اوایل سال ۱۳۹۳ به عنوان یکی از اولویت‌های اصلی وزارت بهداشت اجرا شد. هدف این طرح کاهش هزینه‌های پزشکی، افزایش دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، حذف پرداخت‌های غیررسمی، ارتقای سطح سلامت و افزایش رضایت جامعه بود. یافته‌ها نشان می‌دهد این طرح در عین حال با چالش‌های متعددی در فرآیند اجرا مواجه بوده است.

خلجی‌نیا و گائینی (۱۳۹۷) با هدف تبیین چالش‌های اجرای طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان شهر قم، مطالعه‌ای کیفی انجام دادند. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۳ نفر از ارائه‌دهندگان خدمت و ۵ نفر از گیرندگان خدمت بودند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری و با روش تحلیل محتوای قراردادی تحلیل شدند. یافته‌ها منجر به استخراج پنج درون‌مایه اصلی شد: چالش‌های اقتصادی، تقاضای القایی، منابع انسانی، پیامدهای منفی طرح و نبود زیرساخت‌های مناسب. نتایج نشان داد در صورت فقدان برنامه‌ریزی و توجه کافی به این چالش‌ها، تداوم اجرای طرح با مشکلات جدی مواجه خواهد شد.

چارچوب مفهومی

سلامت به عنوان یکی از بنیادی‌ترین مؤلفه‌های رفاه اجتماعی، نقشی محوری در توسعه اجتماعی، اقتصادی و انسانی جوامع ایفا می‌کند (یزدی فیض‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶):

۱۵۵). در رویکردهای نوین سیاستگذاری اجتماعی، سلامت نه تنها پیامد توسعه، بلکه پیش شرط تحقق آن تلقی می شود؛ به گونه ای که بدون برخورداری از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، مشارکت مؤثر افراد در حیات اجتماعی و اقتصادی امکان پذیر نخواهد بود (هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱: ۴۳). بر همین اساس، سازمان جهانی بهداشت سلامت را حالتی از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی تعریف می کند و آن را فراتر از نبود بیماری یا ناتوانی می داند (علوی و همکاران، ۱۳۹۶: ۹۶).

در چارچوب رفاه اجتماعی، سلامت مفهومی چندبعدی و حق محور است که با مفاهیمی همچون عدالت اجتماعی، حقوق شهروندی، کاهش فقر، برابری فرصت ها و بهبود کیفیت زندگی پیوندی ناگسستنی دارد (صفری شالی، ۱۳۹۵: ۹۱-۹۲). عدالت در سلامت به معنای توزیع منصفانه منابع، خدمات و فرصت هاست؛ به گونه ای که همه افراد، صرف نظر از موقعیت اقتصادی، اجتماعی یا جغرافیایی، امکان دسترسی عادلانه به خدمات سلامت را داشته باشند. تحقق این عدالت، مستلزم توجه همزمان به ساختارهای نهادی، منابع انسانی و سازوکارهای حمایتی در نظام سلامت است.

از منظر نظریه های رفاه اجتماعی، دولت ها مسئولیت دارند با مداخله هدفمند در نظام سلامت، نابرابری ها را کاهش داده و شرایط زیست سالم را برای شهروندان فراهم آورند. در این چارچوب، راولز عدالت را نه برابری مطلق، بلکه بهبود وضعیت محروم ترین گروه ها می داند و بر این باور است که نابرابری ها تنها زمانی قابل پذیرش اند که به ارتقای وضعیت اقشار پایین تر منجر شوند (Rawls, 1980: 525). این نگاه، نظام سلامت را به یکی از مهم ترین عرصه های تحقق عدالت اجتماعی و رفاه انسانی بدل می سازد.

همچنین از منظر جامعه شناسختی، عدالت اجتماعی و همبستگی اجتماعی رابطه ای دوسویه دارند؛ به گونه ای که توزیع ناعادلانه منابع و فشارهای ساختاری بر گروه های حریفه ای، می تواند انسجام اجتماعی و سلامت اجتماعی را تضعیف کند (سام آرام، ۱۳۹۱: ۲۵). در این میان، سیاستگذاری سلامت نه صرفاً یک فرآیند فنی، بلکه پدیده ای سیاسی- اجتماعی است که در بستر مناسبات قدرت، اقتصاد سیاسی و منافع نهادی شکل می گیرد

(اسکمبلر و هیگز^۱، ۱۳۹۸: ۱۲۱-۱۲۳؛ دمایو^۲، ۱۳۹۹: ۱۶۸). این امر سبب می‌شود که برخی پیامدهای سیاست‌های سلامت، به‌ویژه در سطح نیروی انسانی، در حاشیه تصمیم‌گیری‌های کلان قرار گیرند.

طرح تحول نظام سلامت ایران، با هدف گسترش عدالت در دسترسی به خدمات درمانی، کاهش پرداخت از جیب مردم و ارتقای کیفیت خدمات، یکی از مهم‌ترین مداخلات رفاهی دولت در حوزه سلامت محسوب می‌شود. با این حال، تجربه اجرای این طرح نشان داده است که تمرکز صرف بر شاخص‌های مالی و دسترسی بیماران، بدون توجه به پیامدهای رفاهی-سازمانی آن برای نیروی انسانی خط مقدم، می‌تواند به تضعیف پایداری اصلاحات منجر شود.

در این میان، پرستاران به‌عنوان بزرگ‌ترین گروه ارائه‌دهنده خدمات درمانی و یکی از ارکان اصلی نظام سلامت، نقشی تعیین‌کننده در تحقق اهداف طرح تحول سلامت ایفا می‌کنند. شرایط کاری، رفاه سازمانی، سلامت روان شغلی، امنیت معیشتی و جایگاه نهادی پرستاران، به‌طور مستقیم بر کیفیت مراقبت، عدالت در سلامت و اثربخشی سیاست‌های اصلاحی اثرگذار است. از این منظر، چالش‌های تجربه‌شده پرستاران را می‌توان نه صرفاً مشکلات اجرایی، بلکه نشانه‌هایی از کاستی‌های سیاستگذاری رفاه اجتماعی، حکمرانی سلامت و مدیریت سرمایه انسانی در نظام سلامت دانست. بر این اساس، چارچوب مفهومی پژوهش حاضر با تلفیق مفاهیم رفاه اجتماعی، عدالت در سلامت، حکمرانی سلامت و سرمایه انسانی، به تحلیل چالش‌ها و موانع اجرای طرح تحول نظام سلامت از منظر تجربه زیسته پرستاران در بیمارستان‌های دولتی شهر کرمان می‌پردازد.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر رویکرد، کیفی و از نظر هدف، کاربردی-تحلیلی است. جامعه

-
1. Scambler & Higgs
 2. De Maio

پژوهش شامل پرستاران، سرپرستاران و سوپروایزرهای پرستاری شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر کرمان بود که به‌عنوان ذی‌نفعان اصلی طرح تحول نظام سلامت شناخته می‌شوند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند با ترکیب روش‌های قضاوتی و گلوله‌برفی و با راهبرد حداکثر تنوع انجام شد تا دیدگاه‌های چندبعدی گردآوری گردد. بر این اساس، ۱۵ نفر از پرستاران، سرپرستاران و سوپروایزرها با در نظر گرفتن معیارهایی همچون تجربه کاری مرتبط و آگاهی از فرآیندهای اجرایی طرح تحول انتخاب شدند. مشخصات مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- اطلاعات مشارکت‌کنندگان در تحقیق

کد	جنسیت	سن	جامعه آماری
۱	زن	۳۴	پرستار
۲	زن	۳۸	پرستار
۳	زن	۲۸	پرستار
۴	مرد	۲۹	پرستار
۵	مرد	۴۲	سرپرستار
۶	زن	۴۸	سوپروایزر
۷	زن	۳۶	پرستار
۸	مرد	۳۹	پرستار
۹	مرد	۵۳	سرپرستار
۱۰	زن	۵۵	سوپروایزر
۱۱	زن	۴۷	سوپروایزر
۱۲	زن	۳۶	پرستار
۱۳	زن	۳۹	پرستار
۱۴	مرد	۴۰	سرپرستار
۱۵	مرد	۴۷	سرپرستار

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق گردآوری شدند. با توجه به ماهیت اکتشافی پژوهش و نیاز به کسب اطلاعات غنی از تجارب زیسته مشارکت‌کنندگان، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته به عنوان روش اصلی گردآوری داده انتخاب شد. سؤالات مصاحبه بر اساس اهداف پژوهش و با بهره‌گیری از مرور ادبیات مرتبط تنظیم گردید. مصاحبه‌ها در زمستان ۱۴۰۳ انجام و پیش از شروع، رضایت آگاهانه از تمامی مشارکت‌کنندگان کسب و از محرمانگی اطلاعات آنان اطمینان حاصل شد.

در انتخاب شیوه برگزاری مصاحبه، اصل بر انجام مصاحبه‌های حضوری بود و تلاش شد تا حد امکان مصاحبه‌ها به صورت چهره‌به‌چهره انجام شود. با این حال، به دلیل ماهیت شغلی پرستاران که مستلزم شیفت‌های کاری فشرده و ساعات کاری نامنظم است و همچنین محدودیت‌های زمانی ناشی از هماهنگی با برنامه پرسنل درمانی، امکان برگزاری تمام مصاحبه‌ها به صورت حضوری فراهم نبود. از این رو، با توجه به ترجیح و دسترسی مشارکت‌کنندگان، بخشی از مصاحبه‌ها به صورت تلفنی و بخشی دیگر از طریق بسترهای مجازی انجام شد. در صورت رعایت اصول علمی، مصاحبه‌های تلفنی و مجازی نیز می‌توانند داده‌های کیفی قابل اتکا و معتبری فراهم کنند. مصاحبه‌ها تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت؛ بدین معنا که پس از انجام ۱۵ مصاحبه، داده‌های جدیدی حاصل نشد. میانگین مدت زمان هر مصاحبه حدود ۳۰ دقیقه بود. تمامی مصاحبه‌ها ضبط و سپس کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی و چندین بار مورد مطالعه و مرور قرار گرفتند.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون با الگوی براون و کلارک (۲۰۰۶) استفاده شد. تحلیل مضمون روشی نظام‌مند برای شناسایی، تحلیل و گزارش الگوهای معنادار در داده‌های کیفی است که از طریق فرآیند کدگذاری، داده‌های خام را به مضامین غنی و ساختاریافته تبدیل می‌کند (عابدی جعفری و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۵۲). تحلیل در شش مرحله شامل آشنایی با داده‌ها، تولید کدهای اولیه، جستجوی مضامین، بازبینی مضامین، تعریف و نام‌گذاری مضامین و تدوین گزارش انجام شد. برای افزایش قابلیت اعتماد یافته‌ها، از راهبردهای متعددی استفاده شد: بازبینی کدها و مضامین توسط دو متخصص

پژوهش کیفی، تطبیق یافته‌ها با تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان، توصیف غنی داده‌ها با ارائه نقل قول‌های مستقیم، و رعایت اصول اخلاقی شامل حفظ محرمانگی اطلاعات، کسب رضایت آگاهانه و امکان انصراف در هر مرحله از پژوهش.

یافته‌های پژوهش

تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با پرستاران ذی‌نفع در طرح تحول نظام سلامت، به شناسایی الگوهای معناداری منجر شد که در قالب مضامین اصلی و فرعی سازمان‌دهی گردید. فرآیند تحلیل از کدگذاری اولیه آغاز و با خوشه‌بندی کدها در مضامین فراگیر به پایان رسید. در مجموع، از تحلیل مصاحبه‌ها ۲۲ مفهوم اولیه استخراج شد که در قالب ۶ مضمون فرعی و ۳ مضمون اصلی دسته‌بندی گردیدند. خلاصه مفاهیم و مضامین استخراج‌شده در جدول ۲ ارائه شده است. یافته‌ها در مجموع در قالب سه مضمون اصلی شامل «بعد اقتصادی و سازمانی»، «بعد شخصی و روانی» و «بعد اجتماعی و نهادی» استخراج شدند که هر یک بیانگر سطحی از چالش‌های سیاستی، رفاهی و نهادی در اجرای طرح تحول سلامت هستند. در قسمت یافته‌ها، نقل قول‌ها با شماره فرد مصاحبه‌شونده مشخص شده است.

جدول ۲- مفاهیم و مضامین استخراج‌شده از مصاحبه‌ها

ردیف	مفاهیم (کدهای اولیه)	مضامین فرعی	مضامین اصلی
۱	کمبود نیروی پرستاری	کیفیت و شرایط اشتغال	بعد اقتصادی و سازمانی
۲	وظایف پیش‌بینی نشده		
۳	کمبود اوقات فراغت		
۴	درآمد ناکافی	امنیت اقتصادی	
۵	ناتوانی در پس‌انداز		
۶	نیاز به مساعدت‌های عمومی		
۷	استجاری بودن منزل مسکونی		

بعد شخصی و روانی	کیفیت و رضایت از زندگی	۸ احساس یا عدم احساس رضایت شغلی
		۹ احساس یا عدم احساس رضایت از زندگی
	فرسودگی روانی	۱۰ احساس ضعف روحی
		۱۱ فرسایش جسمی و افسردگی
		۱۲ وجود استرس شغلی مداوم
		۱۳ نیاز به مشاوره‌های روان درمانی دوره‌ای
		۱۴ تحت تأثیر قرارگرفتن زندگی شخصی
بعد اجتماعی و نهادی	فعالیت‌های شغلی و اجتماعی	۱۵ احساس کم‌ارزشی
		۱۶ احساس کم‌توجهی از سوی مسئولین بیمارستان
		۱۷ احساس بی‌احترامی
		۱۸ احساس ناکافی بودن در درمان
	احساس نابرابری	۱۹ احساس نابرابری و تبعیض
		۲۰ اختلاف فاحش مزایای پزشک و پرستار
		۲۱ عدم توجه مسئولان به قشر پرستاران
		۲۲ توزیع ناعادلانه منابع اجتماعی و خدماتی

براساس نتایج به دست آمده از تحلیل مضمون، مضامین کلیدی یا فراگیری شناسایی شده عبارت‌اند از:

بعد اقتصادی و سازمانی، بعد شخصی و روانی، بعد اجتماعی و نهادی. مضامین سازمان دهنده عبارتند از: کیفیت و شرایط اشتغال، امنیت اقتصادی، فرسودگی روانی، کیفیت و رضایت از زندگی، فعالیت‌های شغلی و اجتماعی، احساس نابرابری.

مضمون ۱: بعد اقتصادی و سازمانی

این مضمون به چالش‌های ساختاری و سیاستی مرتبط با شرایط اشتغال، توزیع منابع و امنیت اقتصادی پرستاران اشاره دارد که مستقیماً از نحوه طراحی و اجرای سیاست‌های کلان نظام سلامت ناشی می‌شود. مضامین سازمان‌دهنده این حوزه شامل کیفیت و شرایط اشتغال و امنیت اقتصادی است (جدول ۳).

جدول ۳- مضمون یک: بعد اقتصادی و سازمانی

مفاهیم (کدهای اولیه)	مضامین فرعی	مضامین اصلی
بعد اقتصادی و سازمانی	کیفیت و شرایط اشتغال	کمبود نیروی پرستاری وظایف پیش بینی نشده کمبود اوقات فراغت.
	امنیت اقتصادی	درآمد ناکافی ناتوانی در پس انداز نیاز بیشتر به مساعدت‌های عمومی استجاری بودن منزل مسکونی

۱.۱ مضمون فرعی: کیفیت و شرایط اشتغال

یافته‌ها نشان می‌دهد کمبود نیروی انسانی، افزایش بار کاری فراتر از استاندارد و تحمیل وظایف پیش‌بینی نشده، از مهم‌ترین موانع اجرای مؤثر طرح تحول سلامت از دیدگاه پرستاران است. مشارکت‌کنندگان گزارش کردند که فشار کاری مزمن، امکان ارائه مراقبت کیفی و انسانی را محدود کرده و آنان را در معرض فرسودگی شغلی قرار داده است. این وضعیت، پرستاران را در تعارضی پایدار میان تعهدات حرفه‌ای و محدودیت‌های ساختاری قرار می‌دهد؛ تعارضی که در ادبیات رفاه اجتماعی می‌توان آن را مصداق آسیب اخلاقی ناشی از ناکارآمدی سیاست‌های حمایتی نیروی انسانی دانست. یکی از پرستاران اورژانس می‌گوید:

«دیشب را شیفت بودم. یک لحظه نشستم. همزمان یک بیمار ایست قلبی داشت، یکی دیگر خونریزی مغزی. سراغ کدام بروم؟ با خودم گفتم، 'خدایا خودت انتخاب کن'. این دیگر کار پرستاری نیست؛ این مدیریت فاجعه است با کمترین نیرو. صبح که بیرون آمدم، پاهایم را حس نمی‌کردم، اما بیشتر از بدنم، دلم خسته بود. احساس می‌کردم به هیچ کدام از آن دو بیمار نتوانستم به اندازه کافی برسم» (مشارکت‌کننده شماره ۲).

یکی از سرپرستار با سابقه عنوان کرد:

«من ۲۰ سال است پرستارم. قدیم، پرستاری یعنی رسیدگی به بیمار، حرف زدن با او، حتی دستش را گرفتن. امروز یعنی دویدن بین تخت‌ها فقط برای اینکه داروها سر وقت داده شود و نکند خطایی رخ دهد. وقت 'پرستاری کردن' نداریم. داریم 'کارخانه سلامت' راه انداخته‌ایم. نیرو کم است، اما انتظارات و فرم‌ها روز به روز بیشتر می‌شود. پرستارهای جوان را می‌بینم که آمده‌اند با عشق، اما بعد از دو سال چشمانشان نوری ندارد.» (مشارکت کننده شماره ۱۴).

این شرایط تنها یک نارضایتی شغلی نیست؛ یک آسیب اخلاقی است. پرستاران مجبورند بین استانداردهای حرفه‌ای که به آن باور دارند و محدودیت‌های غیرممکنی که با آن مواجهند، یکی را انتخاب کنند. این تنش دائمی، بنیان‌های معنایی کار آنها را از درون می‌خورد.

۱,۲ مضمون فرعی: امنیت اقتصادی

مضمون امنیت اقتصادی به نارضایتی گسترده از وضعیت معیشتی، نابرابری درآمدی و نااطمینانی اقتصادی اشاره دارد. پرستاران حقوق ناکافی را نه صرفاً یک مسئله مالی، بلکه نشانه‌ای از بی‌ارزش‌انگاری نهادی تلقی می‌کنند. ناامنی اقتصادی، به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی فشار روانی، تمرکز حرفه‌ای و ظرفیت عاطفی پرستاران را کاهش داده و به شکل‌گیری چرخه‌ای از استرس، احساس گناه حرفه‌ای و فرسودگی منجر شده است. از منظر سیاستگذاری رفاه اجتماعی، این یافته‌ها نشان‌دهنده ضعف نظام جبران خدمت و فقدان حمایت‌های رفاهی متناسب با ماهیت پرخطر و فرساینده شغل پرستاری است. یکی از پرستاران عنوان کرد:

«همسرم معلم است. حقوقش از من بیشتر است، در حالی که ساعت کاری مشخص و بدون خطر دارد. من که شب‌ها، تعطیلات و در معرض بیماری‌های مختلفم، پس چرا؟ گاهی خانواده بیمار با تشکر یک جعبه شیرینی می‌آورد که برایم از هزاران حقوق ارزشمندتر است. حداقل می‌فهمد که من هستم. سیستم‌ها ما را نمی‌بیند.» (مشارکت کننده شماره ۷).

نکته حائز اهمیت در این روایت، نه مقایسه عددی و آماری سطح دستمزدها، بلکه ادراک فردی از نابرابری و بی‌عدالتی است. در پژوهش‌های کیفی، آنچه تحلیل می‌شود تجربه زیسته و معنایی است که مشارکت‌کنندگان به موقعیت خود می‌دهند، نه لزوماً برابری یا نابرابری عینی ارقام. آنچه این پرستار بیان می‌کند، اعتراض به ناهماهنگی میان سطح ریسک و فشار شغلی با میزان قدردانی نهادی است. این احساس نادیده گرفته شدن، چه در بعد مالی و چه در بعد نمادین، هسته اصلی «بی‌ارزش‌انگاری نهادی» را شکل می‌دهد. یکی دیگر از پرستاران می‌گوید:

«قبض اجاره خانه را که می‌بینم، دلم می‌گیرد. با همسرم حساب می‌کنیم و می‌بینم اگر بخواهیم بچه‌دار شویم، عملاً غیرممکن است. استرس مالی هر ماه همراهمان است. تو بخش، باید با لبخند به بیمارت آرامش بدهی، اما درونت از این نگرانی می‌لرزد. می‌ترسم روزی این استرس روی کارم تأثیر بگذارد.» (مشارکت‌کننده شماره ۱).

ناامنی اقتصادی، آرامش روانی را می‌دزد. وقتی ذهن پرستار درگیر پرداخت اجاره، قسط وام و مخارج روزمره باشد، ظرفیت عاطفی او برای همدلی عمیق با بیمار کاهش می‌یابد. این یک چرخه معیوب ایجاد می‌کند: فشار مالی ← استرس و کاهش تمرکز ← احساس گناه برای ارائه خدمات کمتر از حد مطلوب ← فرسودگی بیشتر.

مضمون ۲: بعد شخصی و روانی

این مضمون به پیامدهای روان‌شناختی اجرای طرح تحول سلامت بر پرستاران می‌پردازد و شامل دو مضمون سازمان‌دهنده فرسودگی روانی و کیفیت و رضایت از زندگی است (جدول ۴).

جدول ۴- مضمون دو: بعد شخصی و روانی

مفاهیم (کدهای اولیه)	مضامین فرعی	مضامین اصلی
بعد شخصی و روانی	فرسودگی روانی	احساس ضعف روحی فرسایش جسمی و افسردگی وجود استرس شغلی مداوم نیاز به مشاوره‌های روان درمانی دوره‌ای تحت تأثیر قرارگرفتن زندگی شخصی
	کیفیت و رضایت از زندگی	احساس یا عدم احساس رضایت شغلی احساس یا عدم احساس رضایت از زندگی

۲،۱ مضمون فرعی: فرسودگی روانی

یافته‌ها حاکی از آن است که مواجهه مداوم با رنج، مرگ و فشار کاری بالا، پرستاران را در معرض فرسودگی روانی شدید و تروماهای تجمعی قرار داده است. بسیاری از مشارکت‌کنندگان از علائمی نظیر افسردگی، خستگی عاطفی و ناتوانی در تفکیک زندگی کاری و شخصی سخن گفتند. فقدان برنامه‌های ساختاریافته حمایت روانی در محیط‌های درمانی، این آسیب‌ها را تشدید کرده است. این وضعیت را می‌توان به‌عنوان شکست سیاست‌های حفظ سرمایه انسانی و سلامت روان سازمانی تحلیل کرد.

یکی از پرستاران می‌گوید:

« یک ماه پیش، جوانی را که تصادف کرده بود، دو هفته پرستاری کردم. همه تلاشمان را کردیم، اما از دست رفت. هنوز چهره مادرش را وقتی خبر را به او دادم، می‌بینم. بعضی شب‌ها بیدار می‌شوم و همان صحنه تکرار می‌شود. به همسرم می‌گویم، می‌گوید 'تو که همه کاری کردی، ولش کن'. اما ول کردن که ممکن نیست. ما ماشین نیستیم که دکمه حافظه را پاک کنیم.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۱).

یکی دیگر از پرستاران عنوان می‌کند:

«به مشاوره نیاز داریم، نه سالی یک بار، بلکه منظم. گاهی آنقدر غم بیماران را می‌خوریم که دیگر برای خانواده خودمان چیزی باقی نمی‌ماند. پسر کوچکم

می‌گوید 'مامان همیشه خسته‌ای'. حق با اوست. جسمم آنجاست، اما فکرم هنوز توی بخش است، سراغ این که داروی فلان بیمار را دادم یا نه.» (مشارکت کننده شماره ۱۰).

این تروما (ضربه روانی) تجمعی است. پرستاران در معرض اندوه ثانویه قرار دارند. سیستم از آنها می‌خواهد انسان‌هایی فوق‌بشر باشند: همدرد، اما بی‌آسیب؛ فنی، اما عاطفی؛ قوی، اما همیشه در دسترس. فقدان حمایت روانی سازمانیافته، آن‌ها را تنها رها کرده است.

۲.۲ مضمون فرعی: کیفیت و رضایت از زندگی

بر اساس یافته‌ها، فشار شغلی مزمن موجب تضعیف تعادل کار و زندگی و کاهش رضایت از زندگی شده است. ناتوانی در برنامه‌ریزی برای زندگی شخصی، محدود شدن روابط خانوادگی و اجتماعی و حذف فعالیت‌های اوقات فراغت، از پیامدهای برجسته گزارش شده بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که سیاست‌های موجود، مرز مشخصی میان کار حرفه‌ای و زندگی شخصی پرستاران ترسیم نکرده‌اند و این امر، کیفیت زندگی آنان را به‌طور جدی تحت تأثیر قرار داده است.

یکی دیگر از پرستاران عنوان می‌کند:

«دخترم هفته پیش در مدرسه برنامه داشت. قول دادم حتماً می‌آیم. اما همان روز، یک همکار مریض شد و من مجبور شدم شیفت او را هم بکشم. وقتی با تلفن از دخترم عذرخواهی کردم، سکوت کرد و بعد گفت 'اشکال ندارد مامان'. اشکال دارد! چرا باید بچه‌ام در ۹ سالگی یاد بگیرد که قول مادرش همیشه شکسته می‌شود؟» (مشارکت کننده شماره ۳).

یکی از پرستاران عنوان می‌کند:

«گاهی از خودم می‌پرسم: من که برای دیگران زندگی می‌کنم، زندگی خودم کو؟ سالگرد ازدواجمان را فراموش کردم. دوستانم را ماه‌هاست ندیده‌ام. یک سرگرمی، یک خوشحالی که حال‌م را خوب کند، ندارم. همه چیزم شده بیمارستان. این که دیگر زندگی نیست؛ این زنده بودن است، آن هم به زور.» (مشارکت کننده شماره ۸).

رضایت از زندگی وقتی از بین می‌رود که تعادل نباشد. شغل پرستاری ذاتاً طاقت‌فرساست، اما سیستم باید مرزهایی ایجاد کند تا این طاقت‌فرسایی به حریم خصوصی و هویت فردی تجاوز نکند. انعطاف‌پذیری در شیفت‌بندی، احترام به زمان استراحت و مرخصی، و تشویق به فعالیت‌های خارج از بیمارستان، می‌تواند جرقه‌ای از رضایت را بازگرداند.

مضمون ۳: بعد اجتماعی و نهادی

این مضمون به جایگاه اجتماعی، روابط نهادی و تجربه نابرابری پرستاران در نظام سلامت می‌پردازد و شامل دو مضمون سازمان‌دهنده فعالیت‌های شغلی و اجتماعی و احساس نابرابری است (جدول ۵).

جدول ۵- مضمون سه: بعد اجتماعی و نهادی

مفاهیم (کدهای اولیه)	مضمین فرعی	مضمین اصلی
بعد اجتماعی و نهادی	فعالیت‌های شغلی و اجتماعی	احساس کم ارزشی احساس کم توجهی از سوی مسئولین بیمارستان احساس بی احترامی احساس ناکافی بودن در درمان
	احساس نابرابری	احساس نابرابری و تبعیض اختلاف فاحش مزایای پزشک و پرستار عدم توجه کافی مسئولان به قشر پرستار توزیع ناعادلانه منابع اجتماعی و خدماتی

۳.۱ مضمون فرعی: فعالیت‌های شغلی و اجتماعی

یافته‌ها نشان می‌دهد پرستاران احساس می‌کنند نقش حرفه‌ای آنان در ساختار رسمی و روایت نهادی نظام سلامت به‌طور نظام‌مند نادیده گرفته می‌شود. فقدان دیده شدن، احترام حرفه‌ای ناکافی و حذف پرستاران از فرایندهای تصمیم‌گیری، منجر به تضعیف

هویت شغلی و احساس کم‌ارزشی شده است. این وضعیت را می‌توان مصداق تبعیض نمادین نهادی دانست که پیامدهای روانی و سازمانی قابل توجهی به همراه دارد. یکی از پرستاران بیان می‌کند:

«بیماری را که یک ماه با خون دل پرستاری کرده بودیم، روز ترخیص آقای دکتر وارد شد و خانواده با گل از او تشکر کردند. پرستاران ایستاده بودند و تماشا. کسی نگفت که این داروها را چه کسی هر شب سر وقت داد، چه کسی بی‌خوابی کشید، چه کسی دست بیمار را گرفت. ما دیوار نامرئی بخش هستیم؛ وجود داریم اما دیده نمی‌شویم.» (مشارکت کننده شماره ۸).

در همین زمینه یکی از سوپروایزرها می‌گوید:

«حتی در جلسات داخلی بیمارستان، وقتی از 'تیم درمان' صحبت می‌کنند، تصویر همه پزشکان است. برنامه‌های تشویقی، تقدیرنامه‌ها، عکس‌ها... همه برای پزشکان. انگار پرستاران نیروی خدماتی هستند، نه بخشی از تیم تشخیص و درمان. این پیام را دائماً به ما می‌فرستند که 'شما مهم نیستید'. این را باور کنی، دیگر چه انگیزه‌ای می‌ماند؟» (مشارکت کننده شماره ۶).

این یک تبعیض نمادین است که روح جمعی پرستاران را فرسوده می‌کند. وقتی نقش شما در روایت رسمی سلامت حذف می‌شود، حس تهی‌شدگی و بی‌تعلقی ایجاد می‌کند.

۳.۲ مضمون فرعی: احساس نابرابری

احساس نابرابری در توزیع منابع، مزایا و قدرت تصمیم‌گیری، یکی از فراگیرترین مضامین استخراج شده بود. مشارکت‌کنندگان به اختلاف قابل توجه میان مزایای پزشکان و پرستاران و توزیع ناعادلانه امکانات اشاره کردند. این نابرابری‌های ادراک شده، اعتماد سازمانی و مشارکت فعال پرستاران را تضعیف کرده و از منظر رفاه اجتماعی، نشان‌دهنده شکست سیاست‌های عدالت نهادی در نظام سلامت است.

یکی از پرستاران می‌گوید:

«همین هفته گذشته، دستگاه جدید و پیشرفته‌ای برای بخش پزشکان خریدند.

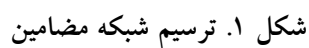
درحالی که در بخش ما، دستگاه کنترل علائم حیاتی نصفه کاره است و مرتب قلق می‌دهد. یا بیمه تکمیلی خودشان... یعنی جان ما ارزان‌تر است؟ یعنی سلامت ما کمتر اهمیت دارد؟ این‌ها سؤال نیست، جواب است. جوابش این است که بله، برای این سیستم، تو کمتر مهمی». (مشارکت کننده شماره ۱۳).

یکی از پرستاران قدیمی می‌گوید:

«تمام شد. آن عشق و از خودگذشتگی نسل قدیم در حال نابودی است. جوان‌ها دیگر مثل ما فداکار نیستند. تقصیر آنها نیست. تقصیر سیستمی است که فداکاری را با بی‌تفاوتی و نابرابری جبران می‌کند. چرا باید فداکار بود؟ برای چه؟ برای اینکه بعد از ۳۰ سال بینی جایگاهت در چشم سیستم، همان روز اول است؟» (مشارکت کننده ۱۵).

آنچه این پرستار باسابقه بیان می‌کند، صرفاً یک گلایه شخصی نیست، بلکه تحلیلی از نابرابری ساختاری در نظام انگیزشی سلامت است. هسته اصلی این نارضایتی، ناعدالتی در نظام پرداخت کارانه است. تجربه زیسته پرستاران نشان می‌دهد که سازوکار توزیع کارانه به گونه‌ای طراحی شده که سهم آنان نسبت به پزشکان، به‌ویژه در بخش‌های درآمدزا مانند اتاق عمل و ICU، بسیار محدود است؛ در حالی که نقش پرستاران در مراقبت مستمر و پایش بیمار، حیاتی و شبانه‌روزی است. علاوه بر این، دوگانگی آشکار در سیاست‌های پرداخت وجود دارد: کارانه پزشکان فاقد سقف مشخص و از انعطاف‌پذیری بالایی برخوردار است، در حالی که پرداخت به پرستاران مشمول محدودیت‌هایی مانند سقف ۲٫۵ برابر حقوق پایه می‌شود. این تفاوت ساختاری، از منظر مشارکت‌کنندگان، مصداقی از تبعیض نهادی است و پیام ضمنی آن، کم‌اهمیت تلقی شدن نقش پرستاران در نظام سلامت است.

تداوم این وضعیت، به کاهش انگیزه، فرسودگی عاطفی و بی‌اعتمادی سازمانی منجر شده و همان «عشق و از خودگذشتگی نسل قدیم» را به تدریج فرسوده است. از این رو، احساس نابرابری در پرداخت، به یکی از کانون‌های اصلی نارضایتی حرفه‌ای تبدیل شده است.



بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اجرای طرح تحول نظام سلامت، اگرچه در سطح سیاستی با هدف ارتقای عدالت در دسترسی و کاهش پرداخت از جیب بیماران طراحی شده است، در سطح نیروی انسانی و رفاه پرستاران با چالش‌های عمیق و چندبعدی مواجه است. تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر کرمان نشان داد که این چالش‌ها در بعد سطح اقتصادی-سازمانی، شخصی-روانی و اجتماعی-نهادی قابل تفکیک و تحلیل هستند.

در بعد اقتصادی-سازمانی، یافته‌ها حاکی از فشار شدید کاری، کمبود نیروی انسانی، وظایف پیش‌بینی نشده، تأخیر در پرداخت مطالبات و امنیت اقتصادی ناکافی است. این وضعیت، امنیت شغلی و رفاه اقتصادی پرستاران را تضعیف کرده و منجر به فرسودگی شغلی و کاهش کیفیت مراقبت شده است. یافته‌های پژوهش با نتایج آسترکی و همکاران (۱۴۰۳) همخوانی دارد؛ آن‌ها افزایش غیرمنتظره سزارین و فشار بر نیروی انسانی را نشان داده‌اند که بیانگر عدم تطابق ظرفیت نیروی انسانی با سیاست‌ها و افزایش بار کاری و فشار بر پرستاران است. همچنین، نتایج احمدی و همکاران (۱۴۰۰) نشان می‌دهد برخی اهداف طرح تحول، مانند کاهش پرداخت از جیب و ارائه خدمات، تا حدی محقق شده است، اما به دلیل ناکافی بودن سازوکارهای انسانی و منابع، فشار بر پرستاران و کاهش کیفیت خدمات همچنان مشاهده می‌شود.

این پژوهش همچنین بر اهمیت امنیت اقتصادی و شرایط شغلی برای سلامت و بهره‌وری پرستاران تأکید کرده است. علاوه بر این، یافته‌های خلجی‌نیا و گائینی (۱۳۹۷) کمبود منابع انسانی و زیرساخت مناسب، فشار کاری و چالش‌های اقتصادی را تبیین کرده‌اند که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. از منظر نظریه رفاه اجتماعی (Rawls, 1980)، تحقق رفاه مستلزم برابری فرصت‌ها، امنیت اقتصادی و شرایط شغلی عادلانه است. در این چارچوب، فشار کاری و محدودیت منابع انسانی نه تنها کیفیت خدمات را کاهش می‌دهد، بلکه تجربه زیسته و ظرفیت عاطفی پرستاران را نیز تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد و نشان‌دهنده ناکامی سیاست‌های سلامت در تحقق عدالت اجتماعی در سطح نیروی انسانی است.

در بعد شخصی-روانی، یافته‌ها نشان می‌دهد که فرسودگی روانی، فشار روانی مزمن و کاهش رضایت و سلامت روان، ناشی از مواجهه مستمر با مرگ، بیماری و فشار کاری بالا، پرستاران را در معرض فرسودگی روانی، تروماهای تجمعی و کاهش رضایت از زندگی قرار داده است. بسیاری از مشارکت‌کنندگان از افسردگی، خستگی عاطفی و تداخل کار-زندگی سخن گفته‌اند و کمبود برنامه‌های حمایتی روانی سازمانی، این آسیب‌ها را تشدید کرده است.

این نتایج با پژوهش‌های خلجی‌نیا و گائینی (۱۳۹۷) همخوانی دارد که فرسودگی روانی پرستاران در محیط‌های تحت فشار و مواجهه مستمر با مرگ و بیماری و بار کاری بالا را گزارش کرده‌اند. همچنین، با یافته‌های ستوده‌زاده و همکاران (۱۴۰۱) که استرس شغلی و فقدان حمایت روانی را عامل کاهش رضایت شغلی و تهدید سلامت روان پرستاران می‌دانند نیز همسو است؛ کمبود نیروی متخصص و حمایت روانی، رضایت و تجربه روانی پرستاران را تحت تأثیر قرار داده است. از منظر چارچوب رفاه اجتماعی، رفاه نیروی انسانی تنها به بعد مالی محدود نمی‌شود؛ سلامت روان، کیفیت زندگی و تعادل کار- زندگی مؤلفه‌های کلیدی رفاه هستند. فشارهای روانی و تروماهای تجمعی نشان‌دهنده ناکامی سیاست‌ها در حفظ سرمایه انسانی و توانایی عاطفی پرستاران است و می‌توان آن را مصداق آسیب فردی- اجتماعی در اجرای سیاست‌های رفاهی دانست.

در بعد اجتماعی- نهادی، یافته‌ها حاکی از آن است که پرستاران احساس می‌کنند نقش حرفه‌ای آنان در ساختار رسمی نظام سلامت نادیده گرفته شده و با تبعیض نهادی مواجه‌اند. حذف از تصمیم‌گیری، نادیده گرفته شدن دستاوردهای حرفه‌ای و نابرابری در مزایا و منابع، اعتماد سازمانی را کاهش داده و انگیزه و تعهد حرفه‌ای پرستاران را تضعیف کرده است. این نتایج با پژوهش‌های شاه منصوری و چناری (۱۴۰۰) و هلالی ستوده و همکاران (۱۴۰۰) همخوانی دارد که فقدان دیده‌شدن و تبعیض نمادین پرستاران را به‌عنوان پیامدهای روانی و سازمانی قابل توجه گزارش کرده‌اند و تمرکز بر جنبه‌های نهادی و سیاسی طرح نشان می‌دهد که مناسبات قدرت و سیاستگذاری، نقش حرفه‌ای پرستاران را محدود و مشارکت آنان را کاهش داده است.

همچنین، یافته‌های حسینی و همکاران (۱۴۰۰) حاکی است که چالش‌های ناشی از نابرابری در دسترسی به منابع و ضعف مدیریت، اثر منفی بر مشارکت حرفه‌ای و اعتماد سازمانی گذاشته است و با نتایج پژوهش حاضر همسو است. از منظر نظریه رفاه اجتماعی و عدالت اجتماعی، این وضعیت نشان‌دهنده شکست عدالت نهادی و ناکامی در تحقق برابری فرصت‌ها در محیط حرفه‌ای است. بر اساس دیدگاه راولز، سیاست‌های رفاهی

زمانی مشروعیت دارند که وضعیت محروم‌ترین گروه‌ها بهبود یابد؛ تجربه پرستاران در این پژوهش نشان می‌دهد که فشار کاری، حذف از تصمیم‌گیری و تبعیض نمادین با اصول عدالت توزیعی و انصاف رویه‌ای در تعارض است. همچنین، دیدگاه دورکیم درباره همبستگی اجتماعی قابل اعمال است؛ کاهش تعلق سازمانی و بی‌صدایی حرفه‌ای پرستاران سلامت اجتماعی و سرمایه انسانی نظام سلامت را به مخاطره می‌اندازد.

تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که چالش‌های اجرای طرح تحول سلامت را نمی‌توان صرفاً در سطح مدیریت یا سیاست‌گذاری مالی تبیین کرد. این چالش‌ها در هم‌تنیدگی میان منابع انسانی، شرایط کاری، سلامت روان و جایگاه حرفه‌ای پرستاران ریشه دارند. بعد اقتصادی-سازمانی، شخصی-روانی و اجتماعی-نهادی، یکدیگر را تقویت می‌کنند؛ فشار اقتصادی و کمبود نیرو، فرسودگی روانی را افزایش می‌دهد و فرسودگی روانی، احساس نابرابری و کم‌ارزشی نهادی را تشدید می‌کند. این وضعیت، حکایت از ناکامی سیاست‌های سلامت در تأمین رفاه سازمانی و عدالت اجتماعی دارد و نشان می‌دهد که دستیابی به اهداف عدالت در سلامت بدون توجه به نیروی انسانی خط مقدم، امکان‌پذیر نیست.

در مجموع، یافته‌ها تأیید می‌کنند که ارزیابی طرح تحول سلامت صرفاً بر اساس شاخص‌های مالی و دسترسی بیماران، تصویری ناقص از کارآمدی آن ارائه می‌دهد و توجه به پیامدهای رفاهی-سازمانی برای نیروی انسانی، شرط ضروری تحقق حکمرانی مطلوب سلامت است.

در پایان، یافته‌ها تأکید دارند که تحقق اهداف عدالت اجتماعی و رفاه سازمانی، تنها با سیاست‌گذاری یکپارچه و توجه همزمان به ابعاد اقتصادی، روانی و نهادی نیروی انسانی امکان‌پذیر است. غفلت از این ابعاد، نه تنها سلامت و رضایت پرستاران را تهدید می‌کند، بلکه کیفیت خدمات، کارایی سازمان و اعتماد اجتماعی به نظام سلامت را نیز کاهش می‌دهد. به این ترتیب، پایداری اصلاحات نظام سلامت بدون در نظر گرفتن رفاه پرستاران، با محدودیت‌های جدی مواجه خواهد بود.

پیشنهادهای کاربردی و پژوهشی

با توجه به یافته‌های این مطالعه، تحقق موفق طرح تحول نظام سلامت مستلزم توجه ویژه به وضعیت رفاهی و حرفه‌ای نیروی انسانی خط مقدم، به ویژه پرستاران، است. از این رو پیشنهاد می‌شود:

پیشنهادهای کاربردی / سیاستی:

- بازنگری نظام جبران خدمات و رفاه پرستاران برای کاهش فرسودگی شغلی و افزایش انگیزه، شامل تعدیل نسبت پرستار به بیمار و ارتقای مزایا و فرصت‌های شغلی.
- ایجاد برنامه‌های حمایتی ساختاریافته برای سلامت روان سازمانی پرستاران، شامل مشاوره، روان‌درمانی و کاهش فشار تروما.
- تقویت مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌های بیمارستانی از طریق کمیته‌ها و شوراهای تخصصی.
- توسعه نظام پایدار منابع انسانی با جذب هدفمند، آموزش مداوم و توزیع عادلانه نیروی انسانی در بیمارستان‌ها و مناطق مختلف.
- اصلاح سیاست‌های نهادی برای تضمین عدالت و شفافیت در سازمان، کاهش تبعیض نمادین و ارتقای شفافیت در فرآیندهای مدیریتی.

پیشنهادهای پژوهشی / علمی:

- بررسی اثر مستقیم و غیرمستقیم سیاست‌های رفاهی و حمایتی بر کیفیت خدمات و رضایت شغلی پرستاران در مناطق مختلف کشور.
- انجام مطالعات مقایسه‌ای بین بیمارستان‌های دولتی و خصوصی در زمینه فرسودگی شغلی و کارکرد سرمایه انسانی.
- توسعه چارچوب‌های نظری و مدل‌های تحلیلی بومی برای ارتباط میان رفاه اجتماعی، حکمرانی سلامت و سرمایه انسانی در نظام سلامت ایران.

- انجام پژوهش‌های طولی برای رصد تغییرات بلندمدت فرسودگی شغلی و سلامت روان سازمانی پس از اجرای اصلاحات و مداخلات پیشنهادی.
- بررسی تجارب بین‌المللی موفق در زمینه رفاه و مشارکت نیروی انسانی سلامت به منظور اقتباس سیاست‌های بومی.

محدودیت‌های پژوهش

یکی از محدودیت‌های این پژوهش به ماهیت نمونه‌ای و محدود جامعه آماری برمی‌گردد. پژوهش حاضر صرفاً بر دیدگاه ۱۵ نفر از پرستاران، سرپرستاران و سوپروایزهای شاغل در بیمارستان‌های دولتی کرمان تمرکز داشت و سایر گروه‌های نیروی انسانی حوزه سلامت، مانند پزشکان، ماماها یا کارکنان پشتیبانی، در آن مشارکت نداشتند. بنابراین یافته‌ها عمدتاً بازتاب تجربه زیسته و چالش‌های پرستاران در شرایط ویژه بیمارستان‌های کرمان است و تعمیم مستقیم آن به سایر گروه‌ها یا استان‌ها با احتیاط انجام می‌شود. همچنین، ماهیت کیفی و نمونه هدفمند پژوهش، اگرچه امکان تحلیل عمیق و دقیق چالش‌ها را فراهم کرد، محدودیت‌هایی برای گسترده‌گی دیدگاه‌ها و تنوع تجارب در سطح ملی ایجاد کرده است.

سپاسگزاری

از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند سپاسگزاریم.

تعارض منافع

تعارض منافع نداریم.

Orcid

Jafar Hezarjaribi



<https://orcid.org/0000-0002-7347-5133>

Narjes Haj Mohammadi



<https://orcid.org/0000-0002-0456-1265>

منابع

- احمدی، مجید؛ جلالی، رضا و رییس زاده، محمد. (۱۴۰۰)، «هفت سال تجربه طرح تحول نظام سلامت در ایران: یک مطالعه تطبیقی و مرور روایتی»، *فصلنامه مدیریت پرستاری*، دوره ۱۰، شماره یک: ۱۲۹-۱۲۰.
- اسکملر، گرهام و پل هیگز. (۱۳۹۸)، *مدیریت، پزشکی و سلامت*، ترجمه: مهسا علاء، تهران: انتشارات فرهامه.
- امامی رضوی، سید حسن. (۱۳۹۴)، «طرح تحول نظام سلامت: آغاز راهی بسوی نظام سلامت مطلوب»، *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*، دوره ۱۸، شماره چهار: ۳۳۵-۳۲۹.
- آسترکی، پیمان؛ احدی، مریم؛ خادمی؛ زهرا و چنگایی، فرحناز. (۱۴۰۳)، «طرح تحول نظام سلامت و نوع زایمان در استان لرستان»، *فصلنامه علمی - پژوهشی دانشکده علوم پزشکی لرستان*، دوره ۲۶، شماره دو: ۹-۱.
- جهانگیری، رحمن. (۱۳۹۷)، «تأثیر اجرای طرح تحول سلامت بر نظام ارجاع و پس‌خوراند پزشکان بعد از طرح تحول در شهرستان بوکان»، *فصلنامه جهان نوین*، دوره یک، شماره سه: ۱۳-۱.
- حسینی، سیدرضا؛ عباسی، بیژن و آقامحمدآقایی، احسان. (۱۴۰۰)، «تحلیل طرح تحول سلامت و پیامدهای آن به عنوان نظام کارآمد درمان»، *فصلنامه علمی - پژوهشی سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، دوره پنج، شماره دو: ۲۴۲-۲۳۱.
- خانکه، حمیدرضا؛ باقری لنکرانی، کامران؛ زارعی، نوشین و ژولایی، حسن. (۱۴۰۰)، «سه دهه اصلاح نظام سلامت در ایران از منظر پوشش همگانی سلامت: یک مطالعه کلان کیفی»، *مجله علوم پزشکی ایران*، دوره ۴۶، شماره سه: ۲۰۶-۱۹۸.
- خلجی نیا، زهره و گائینی، مینا. (۱۳۹۷)، «تبیین چالش‌های اجرای طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان در شهر قم»، *فصلنامه راهبردهای مدیریت در نظام سلامت*، دوره سه، شماره سه: ۲۲۴-۲۱۲.
- دمایو، فرنادو. (۱۳۹۹)، *سلامت و نظریه اجتماعی*، ترجمه: داود احمدی قیداری، علی اصغری سبیدی، تهران: انتشارات تیسرا.

- روانی پور، مریم؛ استوار، افشین؛ دارابی، حسین و پولادی، شهناز. (۱۳۹۸)، «چالش‌های اجرای بسته‌های طرح تحول نظام سلامت در بوشهر: یک مطالعه کیفی»، *دو ماهنامه طب جنوب*، دوره ۲۲، شماره شش: ۴۳۱-۴۱۵.
- سام آرام، عزت الله. (۱۳۹۱)، *نظریه‌های مددکاری اجتماعی*، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی.
- سایت وزارت بهداشت ایران، گزارش وزارت بهداشت در دولت یازدهم (۱۳۹۴)، قابل دسترسی در: <http://ird.behdasht.gov.ir>
- ستوده زاده، فاطمه؛ نساجی، میلاد؛ عزیزی، نجمه و پیوند، مصطفی. (۱۴۰۱)، «ارزشیابی پاسخگویی نظام سلامت به مراجعه کنندگان بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت در شهر زاهدان»، *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*، دوره هشت، شماره چهار: ۵۰-۳۹.
- سیدین، حسام؛ افشاری، مهناز؛ اصفهانی، پروانه؛ شریف کاظمی، کبری؛ مرشدی، ملیحه و اکبری، امین. (۱۳۹۹)، «پرداخت از جیب بیماران بستری پس از طرح تحول نظام سلامت و عوامل مؤثر بر آن: گزارشی از ایران»، *مجله الکترونیک پزشکی شیراز*، دوره ۲۱، شماره هشت.
- شادپور، کامل. (۱۳۸۵)، «اصلاح نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، دوره ۱۰، شماره سه.
- شاه منصوری، کبری و چناری، وحید. (۱۴۰۰)، «آسیب شناسی اجرای طرح تحول نظام سلامت با استفاده از تحلیل‌م»، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، دوره ۶۴، شماره پنج: ۴۲۱۲-۴۱۹۷.
- شیان، ملیحه؛ رشیدیان، آرش و محمدی، آذر. (۱۳۹۵)، «جایگاه و وانه اجرای طرح پزشک خانواده در نظام سلامت ایران»، *فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی*، دوره ۱۶، شماره ۶۲: ۱۰۲-۵۹.
- صفری شالی، رضا. (۱۳۹۵)، «گفتمان عدالت دولت‌های پس از انقلاب در حوزه سلامت»، *فصلنامه مطالعات راهبردی*، دوره ۱۹، شماره چهار.
- عابدی جعفری؛ حسن، تسلیمی، محمدسعید؛ فقیهی، ابوالحسن و شیخ زاده، محمد. (۱۳۹۰)، «تحلیل مضمون و شبکه مضامین: روش ساده و کارآمد برای تبیین الگوهای موجود در

داده‌های کیفی»، فصلنامه علمی- پژوهشی اندیشه مدیریت راهبردی، سال پنج، شماره دو: ۱۹۸-۱۵۱.

- علوی، سلمان؛ احمدی، محمدامین و زر، عبدالصالح. (۱۳۹۶)، «رابطه فعالیت ورزشی با سلامت اجتماعی و هوش معنوی پرستاران»، سلامت/اجتماعی. دوره پنج، شماره دو: ۱۰۲-۹۴.

- کلاروزی، فاطمه؛ محمدی، نورالدین؛ عشقعلی فراهانی، منصوره؛ حقیقی اسکی، بهزاد و منافی اناری، علی. (۱۳۹۹)، «تحلیل انتقادی طرح تحول نظام سلامت ایران»، مجله آموزش و ارتقای سلامت، شماره نه: ۶-۱.

- واعظی، حسن؛ آقاجانی، محمد؛ رستگاری، میترا؛ شهرامی، علی؛ لطفی، فریبا؛ اولیایمنش، علیرضا؛ معنوی، سعید؛ پورآقاسی، لیلا؛ ماهر، علی؛ طباطبایی، موسی؛ بابایی، فرح؛ کرمانچی، جمشید؛ کولیوند، پیرحسین؛ زنگنه، مرضیه؛ دهقانی، آرزو، و حسینی، سیده سنا. (۱۳۹۶)، «اجرای طرح تحول نظام سلامت با تأکید بر حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی: نتایج و چالش‌ها»، مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم، دوره ۱۹، شماره چهار: ۲۳۸-۲۴۷.

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۹۰)، نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران: مبتنی بر الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت، تهران: شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۷۴-۱.

- هزار جریبی، جعفر و مهری، اسدالله. (۱۳۹۱)، «تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی»، فصلنامه علوم اجتماعی (دانشگاه علامه طباطبایی)، دوره ۱۹، شماره ۵۹: ۹۰-۴۲.

- هلالی ستوده، مینا؛ هاشمیان فر، سیدعلی و جواهری، فاطمه. (۱۴۰۰)، «چگونگی رویداد سیاستگذاری سلامت در بستر نظام قدرت: تحلیل گفتمانی طرح تحول نظام سلامت در دولت یازدهم و دوازدهم»، مطالعه جامعه شناختی، انتشار آنلاین: ۲۵-۱.

- یزدی فیض آبادی، وحید؛ سیف الدینی، رستم؛ قندی، مرجان و مهرالحسنی، محمدحسین. (۱۳۹۶)، «تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت: مرور کوتاهی بر نقدها و ضرورت یک تغییر پارادایم، مجله علمی - پژوهشی اپیدمیولوژی ایران»، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۱۳، شماره پنج، ۱۶۵-۱۵۵.

- Abedi Jafari, Hasan., Taslimi, Mohammad.Saeed., Faghihi, Abolhasan., & Sheikhzadeh, Mohammad. (2011). "Thematic analysis and thematic networks: A simple and effective method for explaining patterns in qualitative data". *Strategic Management Thought Journal*, 5(2), 151-198. [In Persian]
- Ahmadi, Majid., Jalali, Reza., & Reiszadeh, Mohamad. (2021). "Seven years of experience with Iran's Health System Transformation Plan: A comparative study and narrative review". *Nursing Management Quarterly*, 10(1), 120-129. [In Persian]
- Alavi, Salman., Ahmadi, Mohammad. Amin., & Zarr, Abdolsaleh. (2017). "The relationship between physical activity, social health, and spiritual intelligence among nurses". *Social Health Journal*, 5(2), 94-102. [In Persian]
- Asteraki, Peyman., Ahadi, Maryam., Khademi, Zahra., & Changhaei, Farahnaz. (2024). "Health System Transformation Plan and mode of delivery in Lorestan Province". *Scientific-Research Quarterly of Lorestan University of Medical Sciences*, 26(2), 1-9. [In Persian]
- De Maio, Farnado. (2020). *Health and social theory (D. Ahmadi Gheidari & A. Asghari Sabadi, Trans.)*. Tehran: Tisa Publications. [In Persian]
- Emami Razavi, Seyed. Hasan. (2015). "Health System Transformation Plan: The beginning of a path toward an optimal health system". *Hakim Health Systems Research Journal*, 18(4), 325-329. [In Persian]
- Helali Sotoudeh, Mina., Hashemianfar, Seyed. Ali., & Javaheri, Fatemeh. (2021). "Health policymaking events in the context of power systems: A discourse analysis of the Health Transformation Plan in the 11th and 12th governments". *Sociological Study*, Online publication, 1-25. [In Persian]
- Hezarjaribi, Jafar., & Mehri, Asadollah. (2012). "Analyzing the relationship between social capital and mental and social health". *Social Sciences (Allameh Tabataba'i University)*, 19(59), 42-90. [In Persian]
- Hosseini, Seyed. Reza., Abbasi, Bizhan., & Aghamohammadaghahi, Ehsan. (2021). "Analysis of the Health Transformation Plan and its consequences as an efficient treatment system". *Islamic Lifestyle Journal with a Focus on Health*, 5(2), 231-242. [In Persian]
- Jahangiri, Rahman. (2018). "The impact of the Health Transformation Plan on the referral system and physician feedback in Bukan County". *New World Quarterly*, 1(3), 1-13. [In Persian]
- Kalroozi, Fatemeh., Mohammadi, Noraldin., Eshghali Farahani, Mansoreh., Haghighi Aski, Behzad., & Manafi Anari, Ali. (2020). "Critical analysis of Iran's Health System Transformation Plan". *Journal of Health Education and Health Promotion*, 9, 1-6. [In Persian]
- Khalajinia, Zohreh., & Ghaeini, Mina. (2018). "Explaining the challenges of implementing the Health System Transformation Plan in the treatment sector

- of Qom city". *Journal of Health System Management Strategies*, 3(3), 212–224. [In Persian]
- Khankeh, Hamid. Reza., Bagheri Lankarani, Kamran., Zarei, Noshin., & Joolaei, Hasan. (2021). "Three decades of health system reform in Iran from the perspective of universal health coverage: A macro qualitative study". *Iranian Journal of Medical Sciences*, 46(3), 198–206. [In Persian]
 - Koornneef, Erik J., Robben, Paul B.M., Al Seiri, Mohammed B., & Al Siksek, Zaid. (2012). Health system reform in the emirate of Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Health policy*, 108(2-3), 115-121.
 - Kuziemy, Craig E. (2016), Decision-making in healthcare as a complex adaptive system, *Healthcare Management Forum*, 29(1), 4-7.
 - Ministry of Health and Medical Education. (2011). *Health System Transformation Map of the Islamic Republic of Iran: Based on the Islamic–Iranian model of progress*. Tehran: Policy Council of the Ministry of Health and Medical Education. [In Persian]
 - Ministry of Health and Medical Education. (2015). *Report of the Ministry of Health in the 11th government*. Retrieved from <http://ird.behdasht.gov.ir> [In Persian]
 - Ravani Pour, Maryam., Estavar, Afshin., Darabi, Hosein., & Pouladi, Shahnaz. (2019). "Challenges of implementing Health Transformation Plan packages in Bushehr: A qualitative study". *South Medicine Bi-monthly*, 22(6), 415–431. [In Persian]
 - Rawls, John, (1980), *A Theory of Justice*, Oxford University Press.
 - Remler, Dahlia K. Korenman, Sanders D. (2016), Including health insurance in poverty measurement: The impact of Massachusetts health reform on poverty. *Journal of Health Economics*, 50, 25-37.
 - Safari Shali, Reza. (2016). "The discourse of justice in post-revolution governments in the field of health". *Strategic Studies Quarterly*, 19(4). [In Persian]
 - Sam Aram, Ezzatollah. (2012). *Social work theories*. Tehran: Allameh Tabataba'i University Press. [In Persian]
 - Seyedin, Hesam., Afshari, Mahnaz., Isfahani, Parvaneh., Sharifkazemi, Kobra., Morshedi, Maliheh., & Akbari, Amin. (2020). "Out-of-pocket payment by inpatients after health sector evolution plan and its affecting factors: A report of Iran". *Shiraz E-Medical Journal*, 21(8), e97127 [In Persian]
 - Scambler, Garham., & Higgs, Pel. (2019). *Modernity, medicine, and health*. Tehran: Farhameh. [In Persian]
 - Shadpour, Kamel. (2006). "Health system reform in the Islamic Republic of Iran". *Scientific Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 10(3). [In Persian]

- Shahmansouri, Kobra., & Chenari, Vahid. (2021). "Pathology of the implementation of the Health Transformation Plan using thematic analysis". *Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*, 64(5), 4197-4212. [In Persian]
- Shiani, Maliheh., Rashidian, Arash., & Mohammadi, Azar. (2016). "The status and barriers of implementing the family physician program in Iran's health system". *Social Welfare Quarterly*, 16(62), 59-102. [In Persian]
- Sotoudehzadeh, Fatemeh., Nasaji, Milad., Azizi, Najmeh., & Peyvand, Mostafa. (2022). "Evaluation of health system responsiveness to clients after implementation of the Health Transformation Plan in Zahedan". *Journal of Community Health Research*, 8(4), 39-50. [In Persian]
- World Health organization (WHO) website, Out -of-pocket as percent of current health expenditure (CHE), 2014. Available at: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
- Yazdi Feyzabadi, Vahid., Seifaddini, Rostam., Ghandi, Marjan., & Mehrhosseini, Mohammad. Hosein. (2017). "Defining health from the perspective of the World Health Organization: A brief review of critiques and the need for a paradigm shift". *Iranian Journal of Epidemiology*, 13(5), 155-165. [In Persian]
- Vaezi, Hasan., Aghajani, Mohammad., Rastegar, Mitra., Shahrami, Ali., Lotfi, Fariba., Olyaeemanesh, Alireza., Manavi, Saeed., Poraghasi, Leila., Maher, Ali., Tabatabaei, Mosa., Babaei, Farah., Kermanchi, Jamshid., Kolivand, Pirhosein., Zangeneh, Marziyeh., Dehghani, Arezo., & Hosseini, Seyedeh. Sana. (2017). "Implementing the Health Transformation Plan with emphasis on the presence of specialist physicians residing in public hospitals covered by medical universities: Results and challenges". *Hakim Health Systems Research Journal*, 19(4), 238-247. [In Persian]

استناد به این مقاله: حاج محمدی، نرگس و هزارجریبی، جعفر. (۱۴۰۴). شناسایی چالش‌ها و موانع پرستاران کرمان در پرتو طرح تحول نظام سلامت: رویکرد رفاهی - سازمانی، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۱۲(۴۵)، ۷۶-۴۱.



Social Work Research Journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.