

Original Article

Depiction of Health

2019; 10(3): 169-179

<http://dohweb.tbzmed.ac.ir>

Assessing the Performance of Social Emergency Referral System (SERS) in Tabriz

Jafar Sadegh Tabrizi¹, Vahab Asl-Rahimi², Shabnam Iezadi³, Kamal Gholipour^{*3}, Mina Azizzadeh⁴

Article Info:

Article History:

Received: 04/28/2019

Accepted: 07/09/2019

Published: 12/21/2019

Keywords:

Social Emergency Referral System
Social Harms
Tabriz
Performance Assessment

Abstract

Background and Objectives: The aim of this study was to assess the performance of Social Emergency Referral System (SERS) in Tabriz.

Material and Methods: This was a mix-method study (quantitative and qualitative). The opinions of the experts regarding SERS were summarized by interview and semi-structured questionnaire and analyzed by content analysis method. Performance indicators and service provision were extracted based on recorded data in the health center of Shahid Chamran and the health center of East Azerbaijan province and presented in descriptive statistics.

Results: According to the findings of the study, among vulnerable people, 84% were related to addiction and 16% were other problems. Of the 11 detected social harms, after drug addiction, the highest rates refer to divorce, spouse abuse and students who dropped out of schools and was the largest share of referrals to the welfare organization. The most important strengths of the SERS were identifying vulnerable people and guiding them to receive support services and activation of NGOs and the most important weaknesses were the weak cooperation of organizations. Also, for SERS progress, the potential of close cooperation of welfare organization, the Red Crescent and the Relief Committee and the lack of cooperation between provincial government and the municipality should be considered.

Conclusion: According to the study findings, in order to improve the performance and expansion of the SERS in Tabriz, one of the most important issues that should be considered, is to improve the participation and cooperation of all stakeholders and related organizations in order to increase public trust in the program and improving its performance.

Citation: Tabrizi JS, Asl-Rahimi V, Iezadi Sh, Gholipour K, Azizzadeh M. Assessing the Performance of Social Emergency Referral System (SERS) in Tabriz. *Depiction of Health* 2019; 10(3): 169-179.

1. Tabriz Health Services Management Research Center, Health Management and Safety Promotion Research Institute, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
2. East Azerbaijan Provincial Health Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
3. Tabriz Health Services Management Research Center, Iranian Center of Excellence in Health Management, Tabriz Health Services Management Research Center, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Email: kqolipour@gmail.com)
4. Department of Health Services Management, School of Management and Medical Informatics, Student Research Committee, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran



© 2019 The Author(s). This work is published by *Depiction of Health* as an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

ارزیابی عملکرد نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز

جعفر صادق تبریزی^۱، وهاب اصل رحیمی^۲، شبنم ایزدی^۳، کمال قلی پور^{۴*}، مینا عزیز زاده^۴

چکیده

زمینه و اهداف: هدف از این مطالعه ارزیابی عملکرد نظام جامع ارجاع اورژانس های اجتماعی در شهر تبریز است.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی تلفیقی (کمی و کیفی) می‌باشد. نظرات صاحب‌نظران در خصوص وضعیت برنامه با مصاحبه گروهی و مصاحبه فردی و پرسشنامه‌ی نیمه‌ساختاریافته مصاحبه جمع‌بندی و با روش تحلیل محتوایی تحلیل شد. داده‌های مربوط به عملکرد و خدمات ارائه شده بر اساس اطلاعات ثبت شده در مجتمع سلامت شهید چمران و مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی استخراج و در قالب آمار توصیفی (تعداد و درصد) گزارش شد.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های مطالعه از بین افراد آسیب‌پذیر ارجاع داده شده ۸۴ درصد مربوط به اعتیاد و ۱۶ درصد مربوط به سایر آسیب‌ها بود. همچنین از ۱۱ آسیب اجتماعی شناسایی شده بعد از اعتیاد بیشترین آمار مربوط به طلاق، همسرآزاری و بازماندگان از تحصیل می‌باشد و بیشترین ارجاع به سازمان بهزیستی بود. مهم‌ترین نقاط قوت برنامه، شناسایی افراد آسیب‌پذیر و هدایت آنها جهت دریافت خدمات حمایتی و فعال شدن سازمان‌های مردم‌نهاد و مهم‌ترین نقاط ضعف آن همکاری ناقص سازمان‌ها عنوان شد. همچنین در راستای پیشبرد برنامه باید پتانسیل همکاری خوب بهزیستی، هلال احمر و کمیته امداد و از سوی دیگر ضعف همکاری استانداری و شهرداری مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، یکی از مهم‌ترین موضوعاتی که باید در راستای ارتقای عملکرد و گسترش نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در تبریز در نظر گرفته شود، بهبود مشارکت و همکاری تمامی ذینفعان و سازمان‌های مرتبط به منظور افزایش اعتماد عمومی به برنامه و همچنین ارتقای عملکرد آن می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: نظام ارجاع اورژانس اجتماعی، آسیب‌های اجتماعی، تبریز، ارزیابی عملکرد

نحوه استناد به این مقاله: تبریزی ج ص، اصل رحیمی و، ایزدی ش، قلی پور ک، عزیز زاده م. ارزیابی عملکرد نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز. تصویر سلامت ۱۳۹۸؛ ۱۰(۳): ۱۶۹-۱۷۹.

۱. مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳. مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: kqolipour@gmail.com)

۴. گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران



حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کرییتیو کامنز (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

گرفته شده است، توجه به گسترش همکاری‌های بین‌بخشی در این زمینه لازم به نظر می‌رسد (۷).

براساس مطالعه‌ی وارسته‌فر و همکاران، وجود آسیب در ویژگی‌های خانوادگی، شخصی، فرهنگی، اقتصادی و بومی از جمله مهم‌ترین دلایل آسیب‌پذیری در بین زنان در شهرکرد بوده است (۷). همچنین در این راستا، مطالعه‌ی غفاری و همکاران در گرگان نشان داد اختلال سلامت روان در مناطق آسیب خیز اجتماعی در ۳۷ درصد افراد وجود دارد و با متغیرهایی همچون سطح اقتصادی پایین و بعد خانوار در ارتباط است (۸). همچنین در مطالعه‌ی توسلی و همکاران در حاشیه شهر تهران مشخص شد بین میزان درآمد و بیکاری با ارتکاب جرم در بین حاشیه نشینان ارتباط وجود دارد (۹).

با در نظر گرفتن اهمیت کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی و جرایم و با توجه به وظایف تمامی نهادهای جامعه بخصوص نظام بهداشت و درمان کشور و سازمان بهزیستی کشور در خصوص لزوم حمایت از افراد در معرض آسیب اجتماعی از قبیل: کودک‌آزاری، همسرآزاری، دختران فراری، کودکان خیابانی، خانواده‌های در معرض طلاق و خودکشی و همچنین با توجه به این موضوع که سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی بعنوان اولین واحد ارائه خدمات به مردم می‌باشد و در دسترس مردم می‌باشد، ضرورت راه اندازی مراکز و خدماتی که بتواند بصورت فعال اقدام به شناسایی این آسیب‌ها همچنین مدیریت همه جانبه آنها نماید، آشکار گردید. با در نظر گرفتن این نکته که نظام ارجاع فرآیندی است که طی آن یک سری فعالیت‌های سازمان یافته و به هم مرتبط به منظور انجام مراقبت دائمی یا موقت از گیرندگان خدمات شکل می‌گیرد، در طی فرآیند ارجاع کارکنان سلامت در یک سطح از نظام سلامت، به سبب نداشتن منابع، اطلاعات و مهارت کافی و به منظور مدیریت شرایط گیرندگان خدمات بدنبال انتقال مسئولیت مراقبت به یک مرکز مجهز و با امکانات مناسب در همان سطح و یا یک سطح بالاتر هستند (۱۰). بر این مبنا، نظام جامع ارجاع و مراقبت اورژانس‌های اجتماعی (Social Emergency Referral System-SERS) با همکاری سازمان‌ها و ادارات کل امور اجتماعی استاندارد، کمیته امداد حضرت امام خمینی، اداره تعاون، رفاه، کار و امور اجتماعی، بهزیستی، هلال احمر و شهرداری کلانشهر تبریز و معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز راه اندازی شده است. هدف این نظام ارجاع همانند نظام ارجاع درون بخش سلامت، افزایش دسترسی افراد نیازمند به خدمات و امکانات تخصصی در سریع‌ترین زمان ممکن و پیشگیری از گسترش آسیب می‌باشد. بر اساس این طرح، واحدهای ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی و مراکز سلامت زیر نظر معاونت بهداشتی با توجه به ارتباط بالای خود با مردم در سطح جامعه در فرآیند سرشماری و ارائه خدمت به جمعیت تحت پوشش در صورت

با رشد فزاینده‌ی شهرها و تغییرات فرهنگی و اجتماعی ناشی از آن، چالش‌ها و مشکلات اجتماعی نیز دگرگون شده و شکل‌های جدیدی به خود گرفته است. در سال‌های اخیر نیز با تغییر در هنجارها و رفتارهای اجتماعی بروز آسیب‌های اجتماعی و افزایش رو به رشد بوده است (۲،۱). در مواجهه با این تغییرات، برخوردها و واکنش‌های مختلفی از سوی نهادهای مختلف وجود داشته است که هر کدام بسته به دیدگاه سازمان مورد نظر خود می‌تواند واکنش حقوقی و قضایی و یا درمانی و پیشگیرانه باشد. همچنین در واکنش به افزایش آسیب‌های اجتماعی و تمرکز افراد آسیب‌پذیر در شهرهای بزرگ، سازمان‌ها و نهادهای مختلفی با رویکردهای مختلف در واکنش به این موضوع ایجاد شده اند (۴،۳).

در سال‌های اخیر و با تمرکز بیشتر به مفهوم سلامت و گستره‌ی آن و با توجه به این موضوع که سلامت یک مفهوم گسترده است که علاوه بر بخش سلامت عوامل دیگری همچون شیوه‌ی زندگی و همچنین توسعه سایر بخش‌های اجتماعی بر آن تاثیرگذار هستند، رویکردهای جامعه‌نگر و کل‌نگر به سلامت گسترش یافته است (۵). نتایج پیمایش ملی سلامت روان که توسط وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۹ انجام گرفته است شیوع ۲۳/۶ درصد بیماری‌های روان پزشکی در بین افراد ۱۵ تا ۶۴ جامعه را نشان می‌دهد. افزون بر این نکته قابل توجه اینست که شیوع مشکلات در بین زنان، افراد بیکار، افراد با تحصیلات پایین‌تر و افراد دارای وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین عمیق‌تر و بیشتر است.

بر اساس نتایج تحقیقات بعمل آمده توسط اداره کل ورزش و جوانان استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۲ آسیب‌های خیلی - مهم و مهم از دیدگاه پاسخ دهندگان در این پژوهش عبارتند از: بیکاری (۹/۸۷ درصد)، اعتیاد (۳/۸۱ درصد)، فقر (۷/۲ درصد)، خانواده نابسامان (۷/۳۵ درصد)، سرقت (۷/۳۰ درصد)، رشوه خواری (۷/۲۸ درصد)، فحشا (۰/۲۷ درصد)، دختران فراری (۸/۲۳ درصد)، مهاجرت (۶/۲۷ درصد)، همسر آزاری (۲/۲۶ درصد) و خودکشی (۷/۲۵ درصد). مقایسه یافته‌های پژوهش و مطالعات مشابه حاکی از در اولویت قرار داشتن بیکاری و اعتیاد و خانواده نابسامان نسبت به دیگر مشکلات است.

مراکز اورژانس اجتماعی وابسته به سازمان بهزیستی در سال ۱۳۷۸ با هدف شناسایی و کنترل آسیب‌های اجتماعی تشکیل شد. در این مراکز، تیم‌های متشکل از روانشناس، مددکار اجتماعی، پزشک، مشاور حقوقی، روانپزشک و مسئول مرکز و مسئول پذیرش، خدمات خود را به مددجویان ارائه می‌کنند (۶). با توجه به اینکه این خدمات بصورت تک سازمانی انجام می‌گیرد و مشارکت‌های بین‌بخشی که مولفه‌ی اصلی موفقیت برنامه‌های کاهش آسیب‌های اجتماعی است تا حدودی نادیده

قوت و ضعف نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز نظرخواهی شد.

در بخش کمی مطالعه، داده‌های مربوط به عملکرد و خدمات ارائه شده در نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز بر اساس اطلاعات ثبت شده در مجتمع سلامت شهید چمران و مرکز بهداشت استان آذربایجان- شرقی استخراج شد و در نهایت پس از تحلیل داده‌ها، وضعیت عملکرد نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز در مورد هر کدام از حیطه‌های مورد بررسی مشخص شد. همچنین نتایج حاصل از پرسشنامه‌های تکمیل شده در مورد سیستم اورژانس اجتماعی شهر تبریز، مورد تحلیل قرار گرفته و آمار توصیفی از نظرات مراجعه-کنندگان تهیه گردید.

به منظور شناسایی راهکارهای بهبود عملکرد نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز از دیدگاه مسئولین مربوطه از مصاحبه فردی و پرسشنامه نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. در این راستا، ۳۳ نفر از مسئولین و کارشناسان نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز و همچنین کارشناسان و مسئولین همکار با برنامه در سازمان-های همکار بعنوان مشارکت‌کنندگان در مطالعه راهکارهای بهبود عملکرد نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز را ارائه نمودند.

برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده و مصاحبه‌ها از روش تحلیل محتوایی استفاده شد. تحلیل داده‌ها از جلسه اول به موازات انجام جلسات بعدی شروع شد (تحلیل همزمان)، بدین صورت که یادداشت‌ها چندین بار مطالعه شد تا درک کلی از متن به دست آید و سپس متن، خط به خط خوانده شود. نقاط قوت و ضعف و راهکارهای بهبود عملکرد نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز از نظر مصاحبه‌شوندگان در جلسه استخراج شد. در ادامه مراحل، تحلیل تم‌ها و جوهره‌های شناسایی شده که همانا نقاط قوت و ضعف و راهکارهای بهبود عملکرد نظام ارجاع اورژانس اجتماعی می‌باشد در قالب عبارات علمی بازبایی و بر اساس نزدیکی مفاهیم به هم در قالب تم‌های اصلی و فرعی طبقه‌بندی شد. همچنین به ازاء هر یک از آیتم‌های عملکردی فراوانی و درصد و برای شاخص‌های کمی میانگین و انحراف معیار گزارش شد. برای آنالیز داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-17 استفاده شد.

تمامی شرکت‌کنندگان در طرح پس از تکمیل و امضای فرم اعلام رضایت آگاهانه در طرح مشارکت داده شدند. تمامی مراحل مطالعه شامل جمع‌آوری اطلاعات، ذخیره، آنالیز و گزارش به صورت محرمانه و حفاظت شده بوده و کلیه اطلاعات فقط برای اعضای تیم تحقیق قابل دسترسی بود. تمامی پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام تکمیل گردید.

برخورد با آسیب‌های اجتماعی موارد شناسایی شده را به مراجع ذیصلاح در خصوص رفع آسیب‌ها، همچون شهرداری و اداره بهداشتی معرفی می‌نمایند و سازمان‌های مربوطه نیز بعد از بررسی موارد و انجام اقدامات لازم، پاسخ‌دهنده خود را به مسئولین مراکز سلامت گزارش می‌نمایند. با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای در خصوص پیامدهای این طرح و همچنین راهکارهای بهبود این طرح صورت نگرفته است، هدف از این مطالعه استخراج عملکرد نظام جامع ارجاع و مراقبت اورژانس‌های اجتماعی و همچنین نقاط قوت و ضعف و راهکارهای بهبود آن می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر از دو بخش کمی و کیفی تشکیل شده است. در بخش کیفی مطالعه، نقاط قوت و ضعف و راهکارهای بهبود عملکرد نظام ارجاع اورژانس اجتماعی از دیدگاه صاحب‌نظران و ذینفعان نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز استخراج شد. انتخاب مشارکت‌کنندگان در این بخش به صورت نمونه‌گیری هدفمند بود و افرادی که بیشترین اطلاع را از روند و فعالیت‌های نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز دارند وارد مطالعه شدند. بخش دوم مطالعه با هدف ارزیابی عملکرد نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۴ انجام شد و در این مرحله نیز از داده‌های عملکردی و اسناد مراکز همکار در نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز استفاده شد. در قسمت کمی مطالعه، پرسشنامه‌ای حاوی بخش اطلاعات جمعیتی و ۷ سوال (دو گزینه‌ای؛ بله و خیر) و ۵ سوال باز پاسخ، در اختیار ۲۲ نفر از مراجعه‌کنندگان به مراکز قرار گرفت. با توجه به اینکه پرسشنامه‌ها در قالب سوالات دو گزینه‌ای عینی تدوین شده بودند، روایی محتوای آن بر اساس نظر متخصصین بهداشت روان و مدیریت سیستم بهداشت مورد ارزیابی و تایید قرار گرفت. انتخاب مراجعه‌کنندگان به مراکز بصورت نمونه‌گیری در دسترس انجام شد و افرادی که در طول یک ماه به مراکز مراجعه کرده بودند وارد مطالعه شدند.

در قسمت کیفی مطالعه، پژوهشگران با مصاحبه گروهی و مصاحبه فردی و پرسشنامه‌ی نیمه ساختار یافته اقدام به تعیین نقاط قوت و ضعف نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز از دیدگاه مسئولین و متولیان برنامه در سازمان‌های مشارکت‌کننده و همچنین ارائه‌کنندگان مستقیم خدمات نمودند. منظور از افراد متخصص در این مطالعه مسئولین و کارشناسان نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز می‌باشند که از آنان برای شناسایی نقاط

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه در دو بخش کمی و کیفی به دست آمد. بخش اول یافته‌های کمی، مربوط به پرسشنامه‌ی ثبت نظرات تعداد ۲۲ نفر از مراجعه‌کنندگان به مراکز سلامت و گیرندگان خدمت می‌باشد. مطابق یافته‌ها، ۵۰ درصد پاسخ‌دهندگان را زنان و پنجاه درصد آن را مردان تشکیل می‌دهند. ۵۳/۸ درصد پاسخ‌دهندگان بیسواد، ۳۰/۸ درصد آنها دارای تحصیلات ابتدایی و سیکل و مابقی آنها دارای مدرک دیپلم بودند. ۲۶/۳ درصد پاسخ‌دهندگان زیر ۳۰ سال و ۳۱/۶ درصد ایشان بالای ۵۰ سال سن داشتند. بر اساس یافته‌های مطالعه ۹۵/۲ درصد پاسخ‌دهندگان اذعان داشتند که در اولین مراجعه

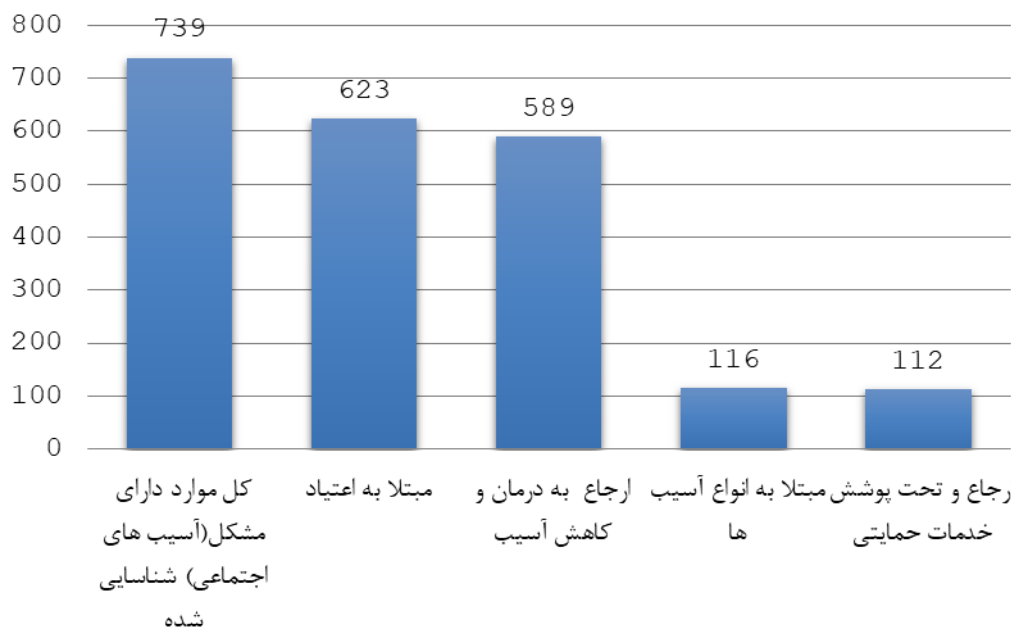
به مرکز بهداشت، غربالگری گردیده‌اند. همچنین ۹۰/۹ درصد پاسخ‌دهندگان اذعان داشتند که آسیب یا بیماری آنها در حین ویزیت مشخص گردیده است. ۵۴/۵ درصد پاسخ‌دهندگان عنوان کرده‌اند که آگاهی کامل به آنها در مورد درمان ارایه شده است. در مورد آشنایی کامل با ادارات ارجاع شده در روند رسیدگی و حمایت ۶۸/۴ درصد پاسخ منفی دادند. همچنین ۷۷/۸ درصد پاسخ‌دهندگان اظهار داشتند که جهت ارجاع به مددکار ساکن مرکز مراجعه کردند. دریافت آگاهی لازم توسط مددکار در جهت ارجاع را ۹۰ درصد پاسخ‌دهندگان تایید کردند. همچنین ۹۰ درصد پاسخ‌دهندگان موافق برنامه‌ی اجرایی بودند (جدول ۱).

جدول ۱. دیدگاه مشارکت‌کنندگان در مطالعه در خصوص ویژگی‌های نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز

خیر		بلی		گویه
تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۴/۸	۱	۹۵/۲	۲۰	غربالگری در اولین مراجعه به مرکز بهداشت
۹/۱	۲	۹۰/۹	۲۰	تخصیص آسیب یا بیماری در حین اولین ویزیت
۴۵/۵	۱۰	۵۴/۵	۱۲	ارائه اطلاعات کامل در زمینه درمان
۶۸/۴	۱۳	۳۱/۶	۶	آشنایی کامل با ادارات ارجاع شده
۲۲/۲	۴	۷۷/۸	۱۴	مراجعه به مددکار ساکن مرکز جهت ارجاع
۱۰	۲	۹۰	۱۸	ارائه آگاهی لازم توسط مددکار در جهت ارجاع
۵	۱	۹۵	۱۹	موافقت با برنامه‌ی اجرایی

قرار گرفته‌است که از این تعداد ۶۲۳ مورد (۸۴ درصد) مربوط به مشکل اعتیاد و ۱۱۶ مورد باقی مانده (۱۶ درصد) مربوط به سایر آسیب‌ها بود. از بین افراد مبتلا به اعتیاد ۵۸۹ نفر جهت درمان و بازتوانی ارجاع داده شده‌اند. همچنین ۱۱۲ نفر از افراد آسیب‌دیده از سایر آسیب‌ها جهت پوشش خدمات حمایتی ارجاع داده شده‌اند (نمودار ۱).

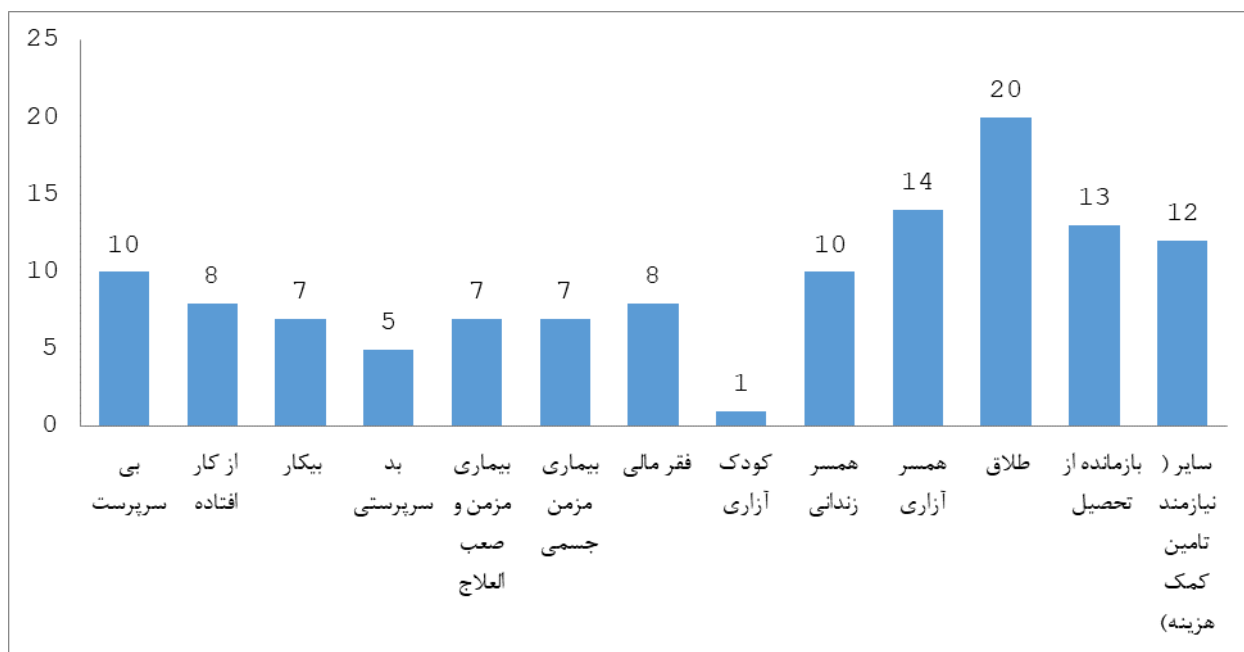
یافته‌های مربوط به وضعیت عملکرد نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز در بازه زمانی شهریور ۱۳۹۴ تا اسفند ۱۳۹۵ بر اساس داده‌های ثبت شده در مجتمع سلامت شهید چمران و مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی در مورد هر کدام از حیطه‌های مورد بررسی نشان می‌دهد در طول این دوره زمانی ۷۳۹ فرد آسیب‌پذیر مورد شناسایی



نمودار ۱. وضعیت آسیب‌های اجتماعی شناسایی شده و تحت پوشش خدمات حمایتی

مربوط به طلاق و پس از آن مربوط به همسرآزاری و بازماندگان از تحصیل می‌باشد (نمودار ۲).

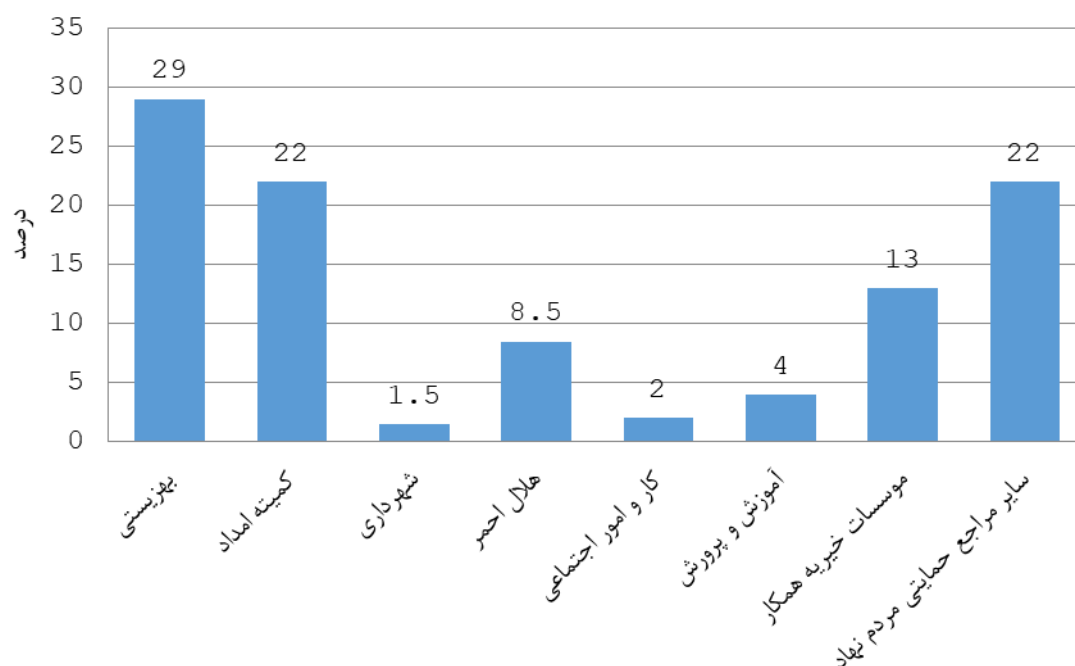
بر اساس داده‌های ثبت شده در مجتمع سلامت شهید چمران و مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی از ۱۱ آسیب اجتماعی شناسایی شده به جز اعتیاد، بیشترین آمار آسیب



نمودار ۲. وضعیت پراکندگی آسیب‌های اجتماعی شناسایی شده به جز اعتیاد

ارجاعی به شهرداری و سازمان کار و امور اجتماعی بوده- است. (نمودار ۳)

بر اساس داده‌های عملکردی نظام ارجاع اورژانس اجتماعی، از بین سازمان‌های موجود بیشترین پوشش مربوط به سازمان بهزیستی کشور می‌باشد. همچنین کم‌ترین موارد



نمودار ۳. میزان پوشش موارد ارجاعی توسط مراکز سلامت به تفکیک سازمان‌های همکار

ارایه شده برای بهبود عملکرد نظام ارجاع اورژانس اجتماعی تقسیم می‌گردد. یافته‌های هرکدام از پنج قسمت به تفصیل در جدول ۳ تشریح گردیده‌اند.

بخش کیفی مطالعه با همکاری ۳۳ نفر از افراد صاحب- نظر در زمینه نظام ارجاع اورژانس اجتماعی انجام گرفت (جدول ۲). یافته‌های بخش کیفی پژوهش به پنج قسمت؛ نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌ها، تهدیدها و راهکارهای

جدول ۲. ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان در مطالعه شناسایی موانع و چالش‌های نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت		
مرد	۱۱	۳۳
زن	۲۲	۶۷
پست سازمانی		
مراقب سلامت / مددکار	۱۵	۴۶
کارشناس سازمان‌های همکار	۸	۲۴
پزشک و مسئول مرکز سلامت	۴	۱۲
ستاد بهداشت استان و شهرستان	۶	۱۸
سابقه در پست فعلی		
کمتر از ۵ سال	۱۱	۳۳
۵-۱۵ سال	۱۵	۴۶
بیشتر از ۱۵ سال	۷	۲۱

تبریز مورد تاکید قرار گرفت. همچنین مشارکت‌کنندگان در مطالعه توجه به عواملی همچون: کم رنگ بودن همکاری استانداری و شهرداری با وجود داشتن پتانسیل خوب، عدم همکاری اداره کار و تعاون جهت بهره برداری مددجویان شناسایی شده و عدم وجود هماهنگی‌های بین‌بخشی سطوح بالاتر و برنامه عملیاتی به عنوان تهدیدهای در روند اجرایی طرح عنوان کرده‌اند.

و در نهایت در قسمت آخر، به عنوان راهکارها، پیشنهادهایی از قبیل توجیه و توانمندسازی مراقبین سلامت در بهبود ارتباط با مراجعین، افزایش مهارت‌های تیم سلامت و ادغام فرآیند ارزیابی اکتشافی قربانیان آسیب‌های اجتماعی در سامانه سلامت (سیب) و جذب مددکار تمام وقت در مراکز جامع سلامت مطرح گردید (جدول ۳).

بر اساس یافته‌های مطالعه، نقاط ضعفی از قبیل همکاری ناقص سازمان‌ها، مهارت ناکافی مراقبین سلامت و عدم ادغام خدمات حمایتی در نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی مشاهده می‌شود. همچنین شناسایی افراد غربالگری شده و آگاه نمودن آنها نسبت به دریافت خدمات حمایتی و فعال شدن NGO ها از مهم‌ترین نقاط قوت نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز مطرح گردیده‌است. از دیدگاه شرکت‌کنندگان در مطالعه، وجود پتانسیل همکاری خوب بهزیستی، هلال احمر و کمیته امداد، پتانسیل و امکانات موجود در دانشکده توانبخشی و بیمارستان فجر و پتانسیل موجود در طرح‌های کرامت در سپاه پاسداران انقلاب اسلامی و همای رحمت در هلال احمر بعنوان فرصت‌هایی برای ارتقای عملکرد نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان

جدول ۳. نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز و راهکارهای بهبود از دیدگاه ذینفعان مشارکت‌کننده در مطالعه

حیطه	درون مایه ها
نقاط ضعف	- همکاری پایین برخی از دستگاه‌ها و سازمان‌ها به دلیل نبود توافقنامه‌های کشوری
	- ابهام در نقش و وظایف حمایتی و مددکاری اجتماعی سازمان‌ها، نهادها و ارگان‌های ذیربط در نظام جامع و یکپارچه سلامت
	- نبود فرصت و مهارت کافی در مراقبین سلامت برای کار با مراجعین با نیازهای خاص، شناسایی و ارجاع آنها به مددکار و روانشناس
نقاط قوت	- زمان بر بودن فرآیند ارجاع و پیگیری نیازهای موارد ارجاعی در سازمان‌ها و ادارات مختلف
	- هزینه بالای برخی از مداخلات حمایتی
	- مهارت ناکافی همکاران ذیربط در سازمان‌ها در کارجمعی
فرصت	- عدم ادغام خدمات حمایتی در نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه و نگرانی از عدم استمرار آن
	- شناسایی افراد غربالگری شده‌ی نیازمند خدمات حمایتی و ارجاع آنها به ادارات مرتبط
	- آگاهی دادن به افراد غربالگری شده نسبت به دریافت خدمات حمایتی مربوط به آسیب خود از دستگاه‌های ذیربط
تهدید	- درمان و پیشگیری به موقع افراد غربالگری شده و جلوگیری از تحمیل بار آسیب بر جامعه
	- پررنگ شدن هماهنگی بین بخشی و آگاهی ادارات از برنامه‌های پیشگیری و درمان یکدیگر
	- فعال نمودن NGOها و خیریه‌ها با استفاده از برنامه
فرصت	- وجود NGOها و خیرین همراه
	- پتانسیل همکاری خوب بهزیستی، هلال احمر و کمیته امداد در صورت وجود هماهنگی سطوح بالای وزارتی
	- استفاده از پتانسیل موجود در طرح‌های کرامت در سپاه و همای رحمت در هلال احمر
تهدید	- وجود خدمات حمایتی تعریف شده در بهزیستی و همکاری آنان با معاونت بهداشتی
	- استفاده از پتانسیل و امکانات موجود در دانشکده توانبخشی و بیمارستان فجر
	- کم رنگ بودن همکاری استانداری جهت اجرای برنامه
تهدید	- عدم همکاری شهرداری با وجود داشتن پتانسیل خوب از نظر اعتبار و نیرو و خانه های سلامت
	- عدم همکاری اداره کار و تعاون جهت بهره‌برداری مددجویان شناسایی شده
	- عدم وجود هماهنگی‌های بین بخشی سطوح بالاتر و برنامه عملیاتی جهت تضمین استمرار و اجرای برنامه

ادامه جدول ۳. نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز و راهکارهای بهبود از دیدگاه ذینفعان مشارکت‌کننده در مطالعه

راهکار

- توجیه و توانمندسازی مراقبین سلامت در بهبود ارتباط با مراجعین
- افزایش مهارت‌های تیم سلامت (مراقبین، پزشکان و روانشناسان) در ارزیابی تکمیلی و ارجاع به موقع موارد دارای مشکل به مددکار
- ادغام فرآیند ارزیابی اکتشافی قربانیان آسیب‌های اجتماعی در سامانه سلامت (سیب)
- جذب مددکار تمام وقت در مراکز جامع سلامت

بحث

مورد نحوه‌ی آگاهی دادن کارکنان در این پژوهش به مددجویان در تبریز می‌باشد، که حاکی از آگاهی خوب مددجویان است.

بر اساس نتایج مطالعه، اکثر مراجعه‌کنندگان خواستار ادامه برنامه‌ی ارجاع اورژانس اجتماعی بودند. هر چند مراجعه‌کنندگان برنامه را دارای ضعف‌هایی دانسته‌اند که نیاز به بهبود دارد.

از یافته‌های کیفی مطالعه، نقاط قوت و ضعف و تهدید و فرصت و راهکارهای ارتقای برنامه به دست آمد. در مورد مهمترین نقاط ضعف برنامه می‌توان به؛ همکاری پایین برخی از دستگاه‌ها، نبود فرصت و مهارت کافی در مراقبین سلامت، ابهام در نقش و وظایف حمایتی و مددکاری اجتماعی، زمان‌بر بودن فرآیند ارجاع و پیگیری، هزینه بالا، مهارت ناکافی همکاران ذیربط و عدم ادغام خدمات حمایتی در نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه اشاره نمود.

در مطالعه‌ای کیفی در آنتاریو و تورنتو کانادا با عنوان "مراقبت از جامعه برای افراد با نیازهای پیچیده مراقبت: برطرف کردن شکاف میان بهداشت و مراقبت‌های اجتماعی" محققان سه طبقه‌بندی اصلی موثر برای ایجاد مراقبت و حمایت اجتماعی مطلوب برای افراد با نیازهای مختلف اجتماعی و سلامتی شناسایی کردند. این سه طبقه‌بندی مهم عبارت بودند از: لزوم توجه به ایجاد رابطه‌ی قوی بین ارایه-دهنده و گیرنده خدمت (شامل توسعه اعتماد میان آنها، انتظارات و هنجارهای فرهنگی برای درک رفتار گیرندگان خدمت، توجه به تداوم مراقبت و ..)، ساختارها و فرآیندهای مطلوب مراقبت (از جمله: ارزیابی جامع از نیازها و ظرفیت تصمیم‌گیری بیماران، بهینه‌سازی ساختار، اعضا و نقش تیم مراقبت، حمایت از مراقبین رسمی و غیررسمی، و پیوستگی مناسب خدمات ارائه شده به طور فعال) و در طبقه‌بندی سوم، موانع و راه حل‌ها برای مراقبت مطلوب قرار دارد (این طبقه؛ شیوه‌های غلط، سیاست‌ها و قوانین را توصیف می‌کند که محدودیت‌هایی را برای توسعه روابط درمانی، دسترسی به خدمات و یکپارچه‌سازی و نیازهای مشتریان فراهم می‌آورند). (۱۴).

این مطالعه به طور کلی به ارزیابی نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز پرداخته است. در قسمت یافته-های کمی مطالعه، نظرات تعدادی از مراجعه‌کنندگان در حیطه‌های مختلف در مورد نظام ارجاع اورژانس اجتماعی جمع‌آوری شد که بنابر یافته‌های پژوهش، آسیب یا بیماری اکثر مراجعه‌کنندگان به موقع در مرحله اول مراجعه به مراکز بهداشت تشخیص داده شده است.

در راستای اهمیت غربالگری، سایر مطالعات نیز موید اهمیت غربالگری و تشخیص زود هنگام آسیب‌های اجتماعی می‌باشند. در مطالعه‌ای که افورتیت (Affourtit) و همکاران در هلند انجام دادند مشخص شد که وجود غربالگری برای تشخیص سوء استفاده جنسی در کودکان در بخش اورژانس الزامی است (۱۱). همچنین، در یک مطالعه-ی سیستماتیک که توسط بیلهاچ (Bailhache) و همکاران در زمینه‌ی امکان شناسایی و غربالگری هرچه سریعتر سوء استفاده‌ی جنسی در کودکان انجام گردید، یافته‌ها بر لزوم نیاز بر شناسایی زود هنگام کودکان مورد سوء استفاده در زمان غربالگری تاکید و بر لزوم توسعه‌ی ابزارهای درست غربالگری تاکید داشتند (۱۲).

همچنین، یافته‌ها نشان داد که بیش از نیمی از مراجعه‌کنندگان از مراحل مراقبت و دریافت خدمت آگاه شده‌اند ولی بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان عنوان نموده‌اند با سازمان‌هایی که به آنجا ارجاع شده‌بودند و روند رسیدگی و حمایت این سازمان‌ها آشنا نبوده‌اند. از طرفی این مطالعه نشان داد که اکثر مراجعه‌کنندگان آگاهی لازم توسط مددکار در جهت ارجاع را دریافت نموده‌اند.

نتایج مطالعه‌ای که کیانیان و همکاران در بررسی توانمندی آموزشی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی در آموزش مددجویان و مراجعین در مراکز بهداشتی مشهد انجام داده‌اند، نشان داد که اگرچه توانمندی آموزشی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی در حد خوب و عالی می‌باشد اما وضعیت توانمندی در حیطه‌های مهارت‌های حین آموزش و توسعه و نحوه عملکرد و مسئولیت حرفه‌ای رضایت‌بخش نیست (۱۳)، که این نتیجه برخلاف نتایج به دست آمده در

کمی رضایت از تعامل فعلی با دولت را نشان داد (۱۶) که این مطالعه نیز تاییدی بر یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر است که بر لزوم همکاری بین‌بخشی در جهت اهداف حمایت اجتماعی می‌باشد.

نهایتاً بر اساس نتایج مطالعه حاضر، راهکارهای ارتقای برنامه پیشنهادی عبارتند از؛ توجه و توانمندسازی مراقبین سلامت در بهبود ارتباط با مراجعین افزایش مهارت‌های تیم سلامت (مراقبین، پزشکان و روانشناسان) در ارزیابی تکمیلی و ارجاع به موقع موارد دارای مشکل به مددکار، ادغام فرآیند ارزیابی اکتشافی قربانیان آسیب‌های اجتماعی در سامانه سلامت (سیب)، جذب مددکار تمام وقت در مراکز جامع سلامت، ایجاد هماهنگی کشوری بین سازمان‌های مرتبط (بهبودی، کمیته امداد و...) و تبیین وظایف هریک در فرآیند شناسایی، ارجاع و پیگیری تامین نیازهای قربانیان و مددجویان آسیب اجتماعی و حمایت مدیران ارشد (وزارتی و دانشگاهی).

در مطالعه‌ای که توسط وو (Woo) و همکاران در چین برای شناسایی نیازهای خدمات سالخورده‌گان در هنگ کنگ از دیدگاه کاربران و ارائه‌دهندگان خدمات انجام شده، چندین زمینه برای بهبود خدمات در افراد سالخورده شامل؛ نیاز به کفایت پوشش، دسترسی به خدمات پزشکی، هماهنگی مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، کیفیت مراقبت‌های طولانی‌مدت و نیازهای آموزشی کارکنان از مهمترین آنها تشریح گردید (۱۷).

مارتافو (Maruthappu) و همکاران در مطالعه‌ی خود ابزارهایی را برای ایجاد مراقبت یکپارچه از جمله؛ زیرساخت برای فناوری اطلاعات، رهبری بالینی، مشارکت مراقبت‌های اولیه، تغییر فرهنگ، پاسخگویی و حکومت - داری سودمند می‌دانند (۱۸).

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این مطالعه، به طور کلی برنامه نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در تبریز، عملکرد مطلوب داشته است. با توجه به یافته‌ها، این برنامه از نظر مددجویان و مراجعین‌کنندگان به مراکز بایستی ادامه داده شود. این برنامه باعث شناسایی و غربالگری افراد در مراحل اولیه مراجعه و شناخت و آگاهی افراد در مورد وضعیت و آسیب‌های اجتماعی خود گردیده است. با این وجود، می‌توان مهم‌ترین نقاط ضعف این برنامه را همکاری ناقص سازمان‌ها و مهارت ناکافی مراقبین سلامت عنوان کرد. یکی از مهم‌ترین موضوعاتی که باید در راستای ارتقای عملکرد و گسترش این برنامه در نظر گرفته شود بهبود مشارکت و همکاری تمامی ذینفعان و سازمان‌های مرتبط به منظور افزایش اعتماد عمومی به برنامه و همچنین ارتقای عملکرد آن می‌باشد.

در زمینه‌ی نقاط قوت برنامه می‌توان به؛ شناسایی افراد غربالگری شده‌ی نیازمند خدمات حمایتی، آگاهی دادن به افراد غربالگری شده نسبت به دریافت خدمات حمایتی مربوط به آسیب خود، درمان و پیشگیری به موقع افراد غربالگری شده و جلوگیری از تحمیل بار آسیب بر جامعه، پررنگ شدن هماهنگی بین‌بخشی و آگاهی ادارات اشاره نمود.

برنامه دارای فرصت‌هایی از جمله؛ فعال نمودن NGO ها و خیریه‌ها، پتانسیل همکاری خوب بهزیستی، هلال احمر و کمیته امداد، پتانسیل موجود در طرح‌های کرامت در سپاه، خدمات حمایتی تعریف شده در بهزیستی و امکانات موجود در دانشکده توانبخشی و بیمارستان فجر شناخته شد.

در مطالعه‌ی نکویی مقدم و همکاران که در استان کرمان با هدف شناخت موسسات خیریه فعال در بخش سلامت استان کرمان، نحوه مدیریت و تعامل آنها با سایر اجزای نظام سلامت و شناخت مشکلات و چالش‌های پیش روی این موسسات انجام گرفت، مشخص گردید که موضوعات بهداشتی در اولویت این موسسات خیریه نبودند و این امر مهم در فعالیت‌های موسسه‌ها نادیده گرفته شده است. همچنین کمک‌ها در جهت اهداف موسسات باید به کار گرفته شود و نتیجه گرفته شد که صرف منابع در اهداف و سرمایه‌گذاری نیازمند توجه بیشتری است. همچنین موانع قانونی و مدیریتی نیز جزو چالش‌ها در عملکرد این موسسات شناخته شد (۱۵) که نتایج این مطالعه موید پژوهش ما می‌باشد که وجود موسسات خیریه، پتانسیل کمک به هموار شدن مسیر آسیب‌های اجتماعی و سلامتی را دارند ولی بایستی به شکل درست جهت‌گیری و قانون- گذاری صورت بگیرد.

همچنین تهدیدهایی شامل؛ کم‌رنگ بودن همکاری استانداری، عدم همکاری شهرداری با وجود داشتن پتانسیل خوب از نظر اعتبار و نیرو و خانه‌های سلامت، عدم همکاری اداره کار و تعاون جهت بهره‌برداری مددجویان و عدم وجود هماهنگی‌های بین‌بخشی سطوح بالاتر و برنامه عملیاتی جهت تضمین استمرار و اجرای برنامه در کنار برنامه دیده شد.

در مطالعه‌ای که دماری و همکاران به منظور تعیین نقش و عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد در حفظ و ارتقای سلامت جامعه در کشور انجام دادند، مشخص گردید که منابع مالی محدود، ارتباط ناکافی سازمان‌های غیردولتی با دولت و باور ضعیف دولت از نقش سازمان‌های مردم‌نهاد، سه مانع اصلی اعلام شده برای سازمان‌های مردم‌نهاد در راستای هدف آنها در مسیر تامین نیازهای مردم جامعه در کشور می‌باشد. نتایج این مطالعه همچنین بر نیاز به بازنگری در اعتماد بین دولت و سازمان‌های مردم‌نهاد و ضروری بودن ارتباط با دولت و

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه کلیه ملاحظات اخلاقی مرسوم در مطالعات رعایت شده است و مطالعه حاضر با اخذ موافقت از مسئولین نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز انجام شده است. پژوهش حاضر با کد اخلاقی IR.TBZMED.REC.1396.451 در دانشگاه علوم پزشکی تبریز به ثبت رسیده است.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی بین نویسندگان و سازمان‌ها و اشخاص ثالث وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تقدیر و تشکر خود را از تمامی کارکنان و مسئولین دخیل در نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز بابت مشارکت در این پژوهش اعلام نمایند. همچنین از مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به دلیل تامین مالی این پروژه تقدیر و تشکر می‌نماییم.

References

1. Hsieh C-C, Pugh MD. Poverty, income inequality, and violent crime: a meta-analysis of recent aggregate data studies. *Criminal Justice Review*. 1993;18(2):182-202. doi:10.1177/073401689301800203
2. Obi NIE. Crime and delinquency in metropolitan Lagos: a study of "crime and delinquency area" theory. *Soc Forces*. 1989;67(3):751-65. doi:10.2307/2579541
3. Pratt TC, Lowenkamp CT. Conflict theory, economic conditions, and homicide: a time-series analysis. *Homicide Studies*. 2002;6(1):61-83. doi:10.1177/1088767902006001004
4. Aghaei A, Taimurtash H. The survey of relationship and process between social deviance and community security. *Daneshnameh*. 2010;3(4):3-22. (Persian)
5. Ollila E, Ståhl T, Wismar M, Lahtinen E, Melkas T, Leppo K. Health in all policies in the european union and its member states. Ministry of Social Affairs and Health in Finland, Helsinki. 2006.
6. Sotoudeh H. *Social Pathology*. 27th ed. Tehran, Iran: avayenoor; 2018. (Persian)
7. Varastefa A, Hashemidaran H, Rafiee N. A survey on reasons social crimes caused in women and girls who were visiting the social emergency centers in Shahr-Kord. *Social Research*. 2011;4(10):35-62. (Persian)
8. Ghaffari E, Shahi AS, Ozouni Davaji RB, Rostami R. Psychological disorders among inhabitant residing in poor social district of Gorgan, Iran. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2011;13(3):87-93.
9. Kalantari A, Bashiri Givi H, Gholami Shahsavarlou S. The sociological evaluation of effective cultural and social factors on social alienation in Givi City. *Journal of Iranian Social Development Studies*. 2012;4(3):53-63.
10. Loudon I. The principle of referral: the gatekeeping role of the GP. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2008;58(547):128-30. doi:10.3399/bjgp08X277113
11. Affourtit MJ, Korfage IJ, Louwers EC. [Screening for child abuse at emergency rooms is useful]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2016;160:D790.
12. Bailhache M, Leroy V, Pillet P, Salmi LR. Is early detection of abused children possible?: a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatr*. 2013;13:202. doi:10.1186/1471-2431-13-202
13. Kianian T, Zare M, Ildarabadi E, Karimi Moonaghi H, Saber S. Evaluation of training competency of health care workers in training clients and patients. *JNE*. 2014;3(1):51-60
14. Kuluski K, Ho JW, Hans PK, Nelson MLA. Community care for people with complex care needs: bridging the gap between health and social care. *International journal of integrated care*. 2017;17(4):2-. doi:10.5334/ijic.2944
15. Nekoeimoghdam M, Amiryousefi S, Ghorbani Bahabadi Z, Amiresmaili M. Role of charities in the health system: a qualitative study. *J Qual Res Health Sci*. 2013; 2 (1) :1-10 16.
16. Damari B, Heydariya M, Rahbari bonab M. The role and function of NGOs in maintaining and improving the health of the community. *Payesh*. 2014;13(5):541-50. (Persian)
17. Woo J, Mak B, Cheng JO, Choy E. Identifying service needs from the users and service providers' perspective: a focus group study of Chinese elders, health and social care professionals. *J Clin Nurs*. 2011;20(23-24):3463-71. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03702.x
18. Maruthappu M, Hasan A, Zeltner T. Enablers and barriers in implementing integrated care. *Health Systems & Reform*. 2015;1(4):250-6. doi:10.1080/23288604.2015.1077301