



Research Paper

The Challenges in the Implementation of the Family Physician Program in Minab City, Hormozgan Province, South of Iran



Samireh Fakhri¹ , *Abbas Yazdan Panah¹ , Parviz Aghaee Borzabad²

1. Department of Health and Medical Services Management, Faculty of Humanities, Marvasht Branch, Islamic Azad University, Marvasht, Iran.
2. Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Science, Yasuj, Iran.



Citation Fakhri S, Yazdan Panah A, Aghaee Borzabad P. [The Challenges in the Implementation of the Family Physician Program in Minab City, Hormozgan Province, South of Iran (Persian)]. *Journal of Preventive Medicine*. 2024; 11(2):152-161. <https://doi.org/10.32598/JPM.11.2.766.1>

doi <https://doi.org/10.32598/JPM.11.2.766.1>

Article Info:

Received: 21 May 2024

Accepted: 02 Jun 2024

Available Online: 01 Jul 2024

Key words:

Challenges, Family physician program, Minab City

ABSTRACT

Objective In Iran, the family physician program has been implemented as a pilot since 2008. There are challenges in the implementation of this plan in Minab City, Hormozgan Province, south of Iran. The present study aims to investigate these challenges.

Methods This qualitative study was conducted during 2022-2023. The participants were 10 experts (the family physician program experts, the head of the health and treatment network, physicians, and health care workers in Minab City). The sampling was done using a purposive sampling method until reaching the saturation stage. Semi-structured interviews and field notes were used to collect information. Data analysis was done using thematic content analysis method.

Results We extracted five main themes and 10 categories including human resources (midwives/health care workers, physicians/specialists, managers), credits (salary payment, amenities), rules (physicians/specialists, patients, midwives/health care workers), system security (staff), and standard policy (health system policy), as well as 20 sub-categories.

Conclusion The family physician program in Minab City has faced challenges due to reasons such as low budget, improper management, and insufficient justification of the staff. It is recommended to solve these challenges so that the residents of this city can benefit from this plan.

* Corresponding Author:

Abbas Yazdan Panah, Assistant Professor.

Address: Department of Health and Medical Services Management, Faculty of Humanities, Marvasht Branch, Islamic Azad University, Marvasht, Iran.

Tel: +98 (939) 6192894

E-mail: abbas_yaz@yahoo.com



Copyright © 2024 The Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Health, as one of the most important categories of social policy, has a special place in the prosperity and development of any country [1]. In recent years, extensive activities have been carried out in the countries to improve the quality of primary health care [2]. To achieve the goal of “health for all”, international organizations such as the [World Health Organization \(WHO\)](#) and the [Organization for Economic Co-operation and Development \(OECD\)](#) have presented strategies to increase the quality of services in primary health care [3]. In Iran, the family physician program in Iran was developed in 2013 for this purpose [4]. The main goal of this plan was to maintain and promote the community health and provide health services for families, regardless of age, sex, or socioeconomic status [5]. In this plan, the family physician and their group are responsible for the health of the individuals and families covered by them [6]. Many studies have been conducted to determine the strengths, weaknesses, and reasons for the failure of the family physician program in Iran. There are limited studies on the challenges of this program in Minab, Hormozgan Province, south of Iran. It is necessary to redesign and provide appropriate and localized solutions to institutionalize it in this city as much as possible. The present study aims to explore the implementation challenges of the family physician program in Minab City.

Methods

This is a qualitative study using the thematic analysis method. The participants included the health network expansion headquarters, family physician program experts, the head of the health and treatment Network, doctors and health care workers in Minab City (n=10) who were selected using a purposive sampling method until reaching data saturation. The entry criteria were willingness to participate in the study and at least five years of experience in the family physician program. Semi-structured interviews and field notes were used to collect information. The recorded interviews were transcribed and then analyzed using MAXQDA software. To determine the reliability of the data, the opinions of an external observer were used. To determine the confirmability of the data, all activities were recorded, and a report on the research process was prepared. To determine transferability, the results were discussed and

cross-validated with two non-research faculty members whose positions and experiences were comparable to those of the participants.

Results

Based on data analysis, five main themes (human resources, credits, rules, system security, standard policy), 10 categories, and 20 subcategories were extracted. [Table 1](#) shows the extracted categories and subcategories within each theme ([Table 1](#)).

Conclusion

The results of this study can lead to the adoption of policies by the [Hormozgan University of Medical Sciences](#) and the Iranian [Ministry of Health and Medical Education](#). Also, considering that this study identified many factors related to the failure of the family physician program in Minab City, the results can be helpful in providing many educational interventions for the trustees of this plan. To solve the challenges related to implementing the family physician plan program in Minab City, it is recommended to define the manpower required for the plan, hire more health workers or reduce the population covered per physician, clarify credits in the implementation of the program, allocate more credits and sufficient funds, explain the rules in the implementation of the program, implement laws, specify disciplines for physician, health workers, and the covered population; pay attention to the security of the program implementation system, integrate the security system, justify the trustees to use the security system, define a standard model for the implementation of the program, and use the rural family physician program as a role model.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Ethical approval for the present research was obtained from the Ethics Committee of [Marvdasht Branch, Islamic Azad University](#), Marvdasht, Iran (Code: IR.SUMS.REC.1402.039).

Funding

This study was taken from the master's thesis of Samireh Fakhri, approved by the Department of Health and Medical Services Management, Faculty of Humanities, [Marvdasht Branch, Islamic Azad University](#), Marvdasht, Iran.

Table 1. The challenges of implementing the family physician program in Minab City

Main theme	Categories	Subcategories
Human resources	Midwives/health care workers	Increased workload
		Improper allocation of welfare facilities
		High number of people covered by the program
	Physicians/Specialists	Labor shortage
		Interference with the working hours of physicians and specialists
		Disciplined selection of family physicians
		Managers' attitudes and beliefs in the program
Managers	Low knowledge and experience of managers	
	Failure to pay the salaries of physicians and health workers on time	
Credits	Salary payment	Inadequate allocation of financial resources
	Amenities	Improper support in allocating welfare facilities
Rules	Physicians/Specialists	Insufficient justification of physicians about the plan
		Insufficient justification of specialists about the plan
	Patients	Insufficient justification of patients about the plan
		High number of people covered by the program, resulting in a heavy workload
System security	Staff (midwives, health care workers, physicians, specialists)	Manual entry and exit system
		Insufficient information of the staff
		Insufficient skills in working with the security system
Standard policy	Health system policy	Uncertain approach by the ministry
		Lack of health information technology strategic planning

Authors' contributions

All authors equally contribute to preparing all parts of the research.

Conflicts of interest

The authors declared conflicts of interest.

Acknowledgements

The authors are grateful to the Vice-Chancellor of Research, [Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.](#)



مقاله پژوهشی

بررسی چالش‌های اجرایی برنامه سلامت خانواده در شهر میناب در سال ۱۴۰۲

سمیره فخری^۱، عباس یزدان‌پناه^۱، پرویز آقایی برزآباد^۲

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم انسانی، واحد مروشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مروشت، ایران.
۲. مرکز عوامل موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Fakhri S, Yazdan Panah A, Aghaee Borzabad P. [The Challenges in the Implementation of the Family Physician Program in Minab City, Hormozgan Province, South of Iran (Persian)]. *Journal of Preventive Medicine*. 2024; 11(2):152-161. <https://doi.org/10.32598/JPM.11.2.766.1>

doi <https://doi.org/10.32598/JPM.11.2.766.1>

چکیده

هدف در ایران طرح سلامت خانواده از سال ۱۳۸۸ به صورت آزمایشی در ۲ استان فارس و مازندران در حال اجراست. در شهر میناب نیز این طرح با عنوان طرح سلامت خانواده اجرا شد، اما در حال حاضر چالش‌هایی دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی راهکارهای اجرایی برنامه سلامت خانواده در شهر میناب طراحی و اجرا شد.

روش‌ها این مطالعه کیفی در شهر میناب استان هرمزگان با بهره‌گیری از کارشناسان خبره و کارشناسان ستادی برنامه سلامت خانواده انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری هدفمند تا رسیدن به مرحله اشباع بود. روش گردآوری اطلاعات انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و یادداشت‌برداری در عرصه بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوای کیفی به روش کدگذاری انجام شد.

یافته‌ها در طی فرایند تحلیل داده‌ها، ۵ درون‌مایه اصلی (تبیین نیروی انسانی، تبیین اعتبارات، تبیین قوانین، تبیین امنیت سیستم، تبیین الگوی استاندارد) و ۱۰ طبقه (مشکلات مرتبط با کارکنان، پزشکان و متخصصان، مدیران طرح، پرداخت حقوق، عوامل مرتبط با امکانات رفاهی، عوامل مرتبط با پزشکان و متخصصان، عوامل مرتبط با بیماران، عوامل مرتبط با ماماها و مراقبین سلامت، امنیت کارکنان، سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت) و ۲۰ زیرطبقه حاصل شد.

نتیجه‌گیری طرح سلامت خانواده به دلایل عدیده‌ای نظیر بودجه ناکافی، کمبود منابع انسانی، مدیریت نامناسب و توجه ناکافی کارکنان در حال حاضر با چالش‌هایی روبه‌رو شده است که با توجه به مزایایی که این طرح دارد می‌توان با حل این چالش‌ها زمینه موفقیت طرح سلامت خانواده را در میناب ایجاد کرد.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۰۱ خرداد ۱۴۰۳
تاریخ پذیرش: ۱۲ تیر ۱۴۰۳
تاریخ انتشار: ۱۱ تیر ۱۴۰۳

کلیدواژه‌ها:

چالش‌ها، طرح سلامت خانواده، شهر میناب

* نویسنده مسئول:

دکتر عباس یزدان‌پناه

نشانی: مروشت، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی، واحد مروشت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی.

تلفن: ۶۱۹۲۸۹۴ (۹۳۹) +۹۸

پست الکترونیکی: abbas_yaz@yahoo.com



Copyright © 2024 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

روانی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر سلامت باشد [۱۱]. با اینکه طرح پزشک خانواده قریب به ۱۵ سال است که به منظور رسیدن به سلامت بهتر در کشور ایران اجرا می‌شود، تاکنون در زمینه این طرح توفیق چندانی به دست نیامده و آنچه در عمل به وقوع پیوسته محدود شدن آن به روستاها و ۲ استان فارس و مازندران به صورت پایلوت و دور از اهداف تنظیم شده پزشک خانواده در ابتدای طرح است [۱۲].

در سال‌های اخیر سازمان بیمه با رفع برخی از موانع کلیدی اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع، از جمله ایجاد پرونده الکترونیک سلامت برای رسیدن به سلامت بهتر در آینده کشور از طریق پیشگیری و ارتقای سلامت مجدد در سال ۱۳۹۷، مسیر سلامت کشور را هموارتر کرد. با اینکه سازمان‌های خدماتی به خصوص بیمه سلامت به اهمیت پزشک خانواده و نظام ارجاع واقف هستند، برخی از بیمه‌شدگان همچنان تمایلی به استفاده از خدمات آن ندارند و نسبت به آن بی‌اعتماد هستند [۱۲].

در این راستا مطالعات زیادی به منظور تعیین نقاط قوت، چالش‌ها و دلایل عدم موفقیت طرح پزشک خانواده در ایران انجام شده است. در مطالعه‌ای که فرید و همکاران انجام دادند رفع کمبود کارکنان، کاهش مقاومت عمومی و از بین بردن مراجعه‌های غیرضروری را مهم‌ترین نقاط قوت طرح پزشک خانواده در شیراز معرفی کردند [۱۳]. در مطالعه هوشمند و همکاران که در مشهد انجام شد بزرگ‌ترین چالش‌های طرح پزشک خانواده در این شهر جبران خدمات، سیستم بیمه خدمات درمانی، استخدام و نگهداری منابع انسانی و مالی معرفی شد [۱۴].

علاوه بر این مطالعه دیگری توسط کاووسی و همکاران در شیراز انجام شد و مهم‌ترین چالش طرح پزشک خانواده در این استان فرم‌های ناقص ارجاع و مراجعات غیرضروری بیماران معرفی شد [۱۵]. در ادامه نیز در سال ۱۴۰۲ دستورالعمل برنامه پزشک خانواده طبق دستورالعمل جدید به «سلامت خانواده» تغییر کرد. در راستای سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در ارتباط با سلامت و به منظور اجرای بندهای «ج» و «د»، ماده ۹۲ و «الف» ماده ۹۹ قانون برنامه پنجم توسعه طی تصویب‌نامه هیئت وزیران به تصویب هیئت محترم دولت رسید و لازم‌الاجرا شد [۴]. با بررسی‌های صورت گرفته، مطالعات محدودی در زمینه چالش‌های طرح سلامت خانواده در میناب استان هرمزگان انجام گرفته، در حالی که طراحی مجدد و ارائه راهکارهای اجرایی مناسب و بومی برنامه سلامت خانواده به منظور نهادینه‌سازی هرچه بیشتر آن در این شهر ضروری است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تبیین چالش‌های اجرایی برنامه سلامت خانواده در شهر میناب اجرا شد.

سلامت به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مقوله‌های سیاست‌گذاری اجتماعی و متفاوت با سایر کالاهای عمومی، جایگاه ویژه‌ای در رفاه و توسعه هر کشوری دارد [۱]. به‌منظور دستیابی به هدف سلامتی برای همه، سازمان‌های بین‌المللی مانند سازمان بهداشت جهانی و سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی، استراتژی‌هایی را برای افزایش کیفیت خدمات در حوزه مراقبت‌های اولیه ارائه کردند [۲]. در سال‌های اخیر در سطح کشورها فعالیت‌های گسترده‌ای در راستای ارتقای کیفیت مراقبت‌های اولیه بهداشتی انجام شده است [۳]. بریتانیا پرداخت مبتنی بر عملکرد را در سال ۲۰۰۲ ارائه کرد که منجر به اعمال عمومی ۵۲ درصد از تأمین بودجه مراقبت‌های اولیه سلامت براساس نتایج کیفیت شد [۳].

ایالات متحده آمریکا نیز در مورد گزینه‌هایی، از جمله پرداخت براساس اهداف کیفیت خدمات در حوزه پزشک خانواده ساختاری اجرایی را طراحی کرد [۴]. نیوزیلند یک چارچوب ساختاری را در اجرا جهت هدایت کیفیت بالینی در مراقبت‌های اولیه ایجاد کرد [۵].

ایران به‌منظور دستیابی به سلامت همگانی بزرگ‌ترین تحول ساختاری خود را از آغاز سال ۱۳۶۴ آغاز کرد و در این تحول ابتدا شبکه بهداشت و درمان شهرستان مبتنی بر الگوی مراقبت‌های اولیه سلامت طراحی شد و سپس در کلیه استان‌های کشور استقرار یافت و جمعیت فراوانی از کشور به‌ویژه در مناطق روستایی را تحت پوشش قرار داد [۶]. سپس به دلیل وجود مشکلات عدیده بهداشتی و شیوع بیماری‌های عفونی، قلبی‌عروقی، تغذیه ناسالم، بی‌حرکی، هزینه بالای رفت‌وآمد از روستاها به شهر و در راستای این موضوع که وظیفه نظام سلامت بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی، محافظت مردم در برابر مخاطرات مالی ناشی از بیماری‌ها، تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداخت‌هاست، طرح پزشک خانواده در سال ۱۳۸۴ در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت اجرا شد [۷] و سپس با دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سال ۱۳۹۱ در مناطق شهری و نهایتاً کل کشور گسترش یافت [۸].

در این طرح سلامت‌نگری محور فعالیت‌های پزشک در نظر گرفته شد و هدف کلی این طرح حفظ و ارتقای سلامت جامعه و ارائه خدمات سلامتی در قالب بسته سلامتی خانواده صرف‌نظر از تفاوت‌های سنی، جنسی و ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی بود [۹]. علاوه بر این در این طرح پزشک خانواده و گروه او مسئولیت سلامتی افراد و خانواده‌های تحت پوشش خود را برعهده دارند [۱۰]. پزشک خانواده به‌عنوان مسئول اولین سطح تماس با مردم و بیمار باید دارای مهارت‌های لازم در زمینه غربالگری تشخیص و درمان بیماران، مهارت‌های ارتباطی و توان تجزیه و تحلیل ابعاد

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل موضوعی محتوای کیفی با روش کدگذاری است. محیط پژوهش در این مطالعه شهرستان میناب (استان هرمزگان) بود.

جامعه آماری این مطالعه، مسئول ستاد گسترش شبکه بهداشت، کارشناسان برنامه سلامت خانواده، رئیس شبکه بهداشت و درمان، پزشکان و مراقبین سلامت بودند و نمونه پژوهش مسئول ستاد گسترش شبکه بهداشت، کارشناسان برنامه سلامت خانواده، رئیس شبکه بهداشت و درمان، پزشکان و مراقبین سلامت در شهر میناب بودند و تجربه غنی از طرح سلامت خانواده و شرایط ورود به مطالعه را داشتند. معیار ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در مطالعه و داشتن حداقل ۵ سال تجربه در زمینه پدیده مورد نظر و معیار عدم ورود به مطالعه شامل عدم علاقه برای شرکت در مطالعه و عدم رضایت به انجام مصاحبه بود.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در این روش، پژوهشگر از شرکت‌کنندگانی در پژوهش استفاده کرد که دارای تجربه غنی درباره موضوع مورد پژوهش بودند و تمایل به مشارکت در پژوهش داشتند. تعداد مشارکت‌کنندگان براساس اشباع داده‌ها تعیین شد. به طوری که پس از ۱۰ مصاحبه، طبقه جدیدی شکل نگرفت و تعداد نهایی مشارکت‌کنندگان ۱۰ نفر شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات و روش جمع‌آوری اطلاعات

ابزار گردآوری در این مطالعه، برگه راهنمای مصاحبه نیمه‌ساختار یافته و یادداشت‌برداری در عرصه بود. روش گردآوری اطلاعات انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته با پزشکان، کارمندان و شاغلین در مرکز بهداشت در شهر میناب، یادداشت‌برداری در عرصه و ثبت یادآورها با توجه به اصل اشباع‌شدگی بود (تا زمانی که داده‌ها تکرار شوند و مورد جدید و یا به اصطلاح اطلاع جدیدی معرفی نشود).

روش اجرای مصاحبه و جمع‌آوری اطلاعات

پژوهشگر از طریق پیامک بعد از معرفی خود به مشارکت‌کنندگان، اجازه تماس تلفنی را کسب می‌کرد و طی تماس تلفنی، اهداف پژوهش، شرایط مصاحبه (مدت‌زمان مصاحبه، هدف از انجام مصاحبه، اطمینان بخشی در خصوص حفظ رازداری در نگهداری اطلاعات) را به طور کامل شرح می‌داد.

در صورت تمایل و رضایت مشارکت‌کنندگان، فرم رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان تکمیل می‌شد. سپس زمان مصاحبه‌ها

با توافق شرکت‌کنندگان به صورت تلفنی تعیین می‌شد. ۲ ساعت قبل از زمان تعیین شده برای مصاحبه، ۱ پیام یادآور ارسال می‌شد و از مشارکت‌کننده درخواست می‌شد در ساعت مشخص شده تلفن خود را پاسخ دهد.

در عین حال فرد مصاحبه‌شونده مختار بود در هر مرحله از مصاحبه که خود صلاح می‌دانست و به هر دلیلی تلفن را قطع کند و در صورت تمایل زمان دیگری برای ادامه مصاحبه تعیین کند.

مصاحبه‌ها با طرح چند سؤال کلی (نمونه سؤال مصاحبه: در مورد طرح سلامت خانواده توضیح دهید، در مورد تبیین نیروی انسانی توضیح دهید، در مورد تبیین اعتبارات توضیح دهید، در مورد تبیین قوانین و تبیین امنیت توضیح دهید، در مورد تبیین الگوی استاندارد توضیح دهید) آغاز شد و براساس پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان، سؤالات پیگیرانه بیشتر در این زمینه (کمی بیشتر توضیح دهید، لطفاً در این مورد مثالی بزنید) پرسیده شد. مدت‌زمان مصاحبه‌ها ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود. زمان و محل انجام مصاحبه توسط شرکت‌کنندگان تعیین شد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده

مصاحبه‌های ضبط‌شده، تایپ شد و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا متن مصاحبه چندبار خوانده شد. واحدهای معنا و کدهای ابتدایی مشخص شد. کدهای مشابه طبقه‌بندی و در طبقات کلی‌تر قرار گرفت و محتوای نهفته در داده‌ها تبیین شد [۱۶].

برای اطمینان از صحت و دقت علمی مطالب ارائه شده از معیارهای چهارگانه لینکن و گوپا که شامل قابلیت اعتماد، معتبر بودن، قابلیت انتقال و قابلیت تأیید است، استفاده شد [۱۷]. برای بررسی یافته‌ها از یک تیم آموزشی تخصصی (شامل کارشناس، یک پزشک، یکی از اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و استاد راهنما) استفاده شد. علاوه بر مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته، یادداشت‌برداری در طول مصاحبه نیز برای اعتبارسنجی داده‌ها استفاده شد. یافته‌های اولیه این مطالعه به همراه کدها و دسته‌بندی‌های اولیه، برای استخراج نظرات و بازخورد آن‌ها (بررسی اعضا) به نمونه‌های فرعی از شرکت‌کنندگان ارائه شد. برخی از بخش‌های داده‌ها توسط همکارانی که در این مطالعه شرکت نداشتند، بررسی شدند. برای تعیین پایایی یافته‌ها، از نظرات یک ناظر خارجی استفاده شد. این ناظر محقق بود که با روش‌های تحقیق کیفی آشنا بود، اما عضوی از تیم تحقیق نبود. برای تعیین قابلیت تأیید یافته‌ها، تمامی فعالیت‌ها ثبت و گزارشی از روند تحقیق تهیه شد و به منظور تعیین قابلیت انتقال، نتایج با ۲ نفر از اعضای هیئت علمی غیرپژوهشی که موقعیت‌ها و تجربیات آن‌ها قابل مقایسه با شرکت‌کنندگان بود، مورد بحث قرار گرفت و نتایج مجدداً تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد برخی از چالش‌های مرتبط با طرح سلامت خانواده عبارت بود از افزایش حجم کار ماماها و کارکنان مراقب سلامت، حمایت نامناسب از نظر تخصیص امکانات رفاه، بالا بودن جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده، کمبود نیروی کار، ایجاد تداخل با برنامه سلامت و ساعات کاری زیاد پزشکان و متخصصان، ضابطه‌مند بودن انتخاب پزشکان خانواده، نگرش و اعتقاد مدیران به برنامه و آگاهی و تجربه کم مدیران. این یافته با نتایج مطالعه تبریزی و همکاران [۱۸] همخوان بود. در تبیین این یافته باید عنوان کرد عدم بازپرداخت به موقع و عدم حقوق کافی می‌تواند از مهم‌ترین چالش‌های هر طرحی به‌ویژه طرح سلامت خانواده باشد و طبیعی است. در طرح سلامت خانواده هر پزشک موظف است تا جمعیت تحت پوشش خود را تا

هنگامی که شرکت‌کنندگان در مورد اهداف تحقیق مطلع شدند و از آن‌ها خواسته شد رضایت خود را برای مصاحبه‌ها اعلام کنند، به آن‌ها اطمینان داده شد اطلاعات جمع‌آوری شده محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین به آن‌ها اطلاع داده شد می‌توانند در هر زمان مطالعه را ترک کنند. از کلیه شرکت‌کنندگان فرم‌های رضایت آگاهانه اخذ شد و به آن‌ها اطمینان داده شد ترک مطالعه هیچ پیامد منفی‌ای برای آن‌ها نخواهد داشت.

یافته‌ها

در طی فرایند تحلیل داده‌ها، ۵ درون‌مایه اصلی (نیروی انسانی، اعتبارات، قوانین، امنیت سیستم، الگوی استاندارد) و ۱۰ طبقه و ۲۰ زیرطبقه حاصل شد. درون‌مایه اصلی، طبقات و زیرطبقات استخراج‌شده در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. در ادامه به شرح زیرطبقات پرداخته می‌شود.

جدول ۱. چالش‌های اجرایی برنامه سلامت خانواده در شهر میناب

درون‌مایه اصلی	طبقات	زیرطبقات
نیروی انسانی	مرتبط با کارکنان مانند ماماها، کارشناسان مراقب سلامت	افزایش حجم کار برای ماماها و کارکنان مراقب سلامت حمایت نامناسب از نظر تخصیص امکانات رفاه بالا بودن جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده کمبود نیروی کار
	مرتبط با پزشکان و متخصصان	ایجاد تداخل با برنامه سلامت و ساعات کاری زیاد پزشکان و متخصصان ضابطه‌مند بودن انتخاب پزشکان خانواده نگرش و اعتقاد مدیران به برنامه‌ها آگاهی و تجربه کم مدیران
اعتبارات	مرتبط با پرداخت حقوق	پرداخت نشدن به‌موقع حقوق پزشکان و کارکنان طرح تخصیص ناکافی منابع مالی
	عوامل مرتبط با امکانات رفاهی	حمایت نامناسب از نظر تخصیص امکانات رفاهی
	عوامل مرتبط با پزشکان و متخصصان	توجیه ناکافی پزشکان در مورد این طرح توجیه ناکافی متخصصان در مورد این طرح
قوانین	عوامل مرتبط بیماران	عدم توجیه کارکنان از طرح پزشک خانواده
	عوامل مرتبط با ماماها و مراقبین سلامت	حجم زیاد تحت پوشش که منجر به ایجاد کار زیاد می‌شد سیستم ورود و خروج دستی
امنیت سیستم توسط پزشکان	درمورد کارکنان (پزشک، ماما، متخصص و مراقب سلامت)	اطلاعات ناکافی مهارت ناکافی در مورد کار با سیستم امنیتی
الگوی استاندارد	سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت	رویکرد نامشخص از وزارتخانه هنوز برنامه‌ریزی استراتژیک برای فناوری اطلاعات سلامت نشده است

در مطالعه دیگری که توسط حیدریان نائینی و همکاران با عنوان «ساختار اجرایی طرح پزشک خانواده با هدف دستیابی به ابعاد کیفیت خدمات در حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت» انجام شد نتایج نشان داد فقدان برنامه مشخص می‌تواند از دلایل چالش طرح سلامت خانواده باشد [۲۴]. در مطالعه دیگری که توسط کاترین رولو و همکاران با عنوان «تقویت مراقبت‌های اولیه از طریق پزشک خانواده در سراسر جهان با هدف گردآوری و تحلیل مقایسه‌ای از توسعه برنامه‌های آموزشی پزشکی خانواده در ۷ کشور برزیل، کانادا، ایتالیایی، اندونزی، کنیا و مالی» انجام شد، نتایج نشان داد کمبود منابع و قابلیت‌ها، از مهم‌ترین عوامل مؤثر در عدم موفقیت طرح سلامت خانواده است که هم‌راستا با نتایج پژوهش حاضر بود [۱۴].

محدودیت‌های پژوهش

در حالی که نمونه‌ها برای اشباع داده‌ها کافی بود، رویکرد کیفی این مطالعه ممکن است توانایی به دست آوردن اطلاعات از افراد متفاوت را محدود کند؛ در نتیجه قابلیت انتقال یافته‌ها را محدود می‌کند.

مطالعه حاضر بر روی یک دیتای بومی انجام شده است و در کنار سایر مطالعات، می‌تواند منجر به اتخاذ سیاست‌هایی توسط دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و وزارت بهداشت شود که طرح سلامت خانواده را به‌عنوان طرحی به‌منظور ایجاد عدالت در سلامت پایه‌گذاری کرده است. همین‌طور این مطالعه باتوجه‌به اینکه بسیاری از عوامل مرتبط با عدم موفقیت طرح سلامت خانواده را سنجیده است، می‌تواند در ارائه بسیاری از مداخلات آموزشی برای متولیان این طرح مؤثر باشد. پیشنهاد می‌شود به‌منظور رفع چالش‌های مرتبط با طرح سلامت خانواده تبیین نیروی انسانی در اجرای برنامه سلامت خانواده، استخدام نیروهای بیشتر، کاهش جمعیت تحت پوشش به‌زای هر پزشک و یا افزایش مراقبین سلامت، تبیین اعتبارات در اجرای برنامه سلامت خانواده، تخصیص اعتبارات بیشتر و تخصیص بودجه کافی، تبیین قوانین در اجرای برنامه سلامت خانواده، اجرای قوانین، اختصاصی‌سازی قوانین برای نمونه قوانین و ضابطه‌های مرتبط با پزشک طرح، ضابطه‌های مرتبط با مراقبین سلامت، ضابطه‌های مرتبط با جمعیت تحت پوشش، تبیین امنیت سیستم اجرای برنامه سلامت خانواده، یکپارچه‌سازی سیستم امنیت، توجه متولیان به‌منظور استفاده از سیستم امنیت، تبیین الگوی استاندارد برای اجرای برنامه سلامت خانواده و الگوبرداری از طرح پزشک خانواده روستایی به‌منظور رفع چالش‌ها صورت بگیرد.

حدود زیادی افزایش دهد و هرچه جمعیت تحت پوشش بیشتر باشد اعتبار بودجه تخصیص داده‌شده به آن پزشک بیشتر است. از طرفی وقتی بازپرداخت‌ها و تخصیص بودجه برای پزشک کم باشد آن پزشک با عدم رضایت روبه‌رو شده و نسبت به افزایش جمعیت تحت پوشش خود بی‌میل می‌شود و این امر می‌تواند از چالش‌های شناسایی شده طرح باشد.

در مطالعه دیگری که شفیع و همکاران با عنوان «بررسی میزان رضایت‌مندی مردم مناطق شهری و روستایی از اجرای طرح پزشک خانواده در شهرستان لارستان» انجام دادند، تخصیص منابع، برنامه‌ریزی‌های آموزشی برای افزایش مهارت پزشکان، برگزاری دوره‌های آموزشی در روستاها جهت آشنایی با اهداف برنامه پزشک خانواده و نظارت دقیق بر کیفیت خدمات، مهم‌ترین عوامل مؤثر بر موفقیت طرح سلامت خانواده معرفی شدند [۱۹].

از طرف دیگر افزایش جمعیت تحت پوشش هم‌راستا با افزایش حجم کار مراقبین سلامت و ماماها است، بنابراین طبیعی است که هرچه جمعیت تحت پوشش زیاد باشد، امکان رسیدگی کمتر می‌شود و از طرفی چنانچه بار پرداخت کم باشد منجر به عدم تمایل به همکاری و عدم انجام وظایف به نحو احسن می‌شود و همین امر نیز می‌تواند منجر به ایجاد چالش در طرح سلامت خانواده شود. این یافته با نتایج مطالعه کاس کلدیره و همکاران با عنوان «شناسایی عوامل مؤثر بر استقرار پرونده الکترونیک سلامت در برنامه پزشک خانواده دانشگاه علوم پزشکی گیلان» همخوان بود. این محققین در مطالعه خود بیان کردند که عواملی مانند عامل‌های نگرشی و رفتاری، مدیریتی و نظارتی، فاکتورهای فردی کاربران، تعاملات و کار تیمی، سازمانی، فنی، سیستمی و ثبات جایگاه شغلی مهم‌ترین عوامل استقرار پرونده سلامت در پزشک خانواده هستند [۲۰].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد باتوجه‌به رویکرد نامشخص وزارتخانه، هنوز برنامه‌ریزی استراتژیک برای فناوری اطلاعات سلامت نشده است. تخصیص بودجه ناکافی و بازدهی کند سیستم پرونده الکترونیک سلامت نیز از چالش‌های معرفی شده در مورد عدم موفقیت طرح سلامت خانواده بود که این یافته با نتایج مطالعات باقری‌ریزی و همکاران [۲۱]، بهادر و همکاران [۲۲] و فرهاد توکلی و همکاران [۲۳] همخوان بود. در تبیین این یافته باید بیان کرد طرح سلامت خانواده با اینکه طرحی نوین نیست و نزدیک به ۱۵ سال است که در حال اجراست، هنوز موفقیت‌چندانی کسب نکرده است که از مهم‌ترین دلایل عدم موفقیت آن فقدان رویکرد مشخص از وزارتخانه است. بنابراین لازم است تا متولیان این طرح جلساتی برگزار کنند و باید‌ها و نیاید‌های این طرح را بیان کنند، چالش‌های عدم موفقیت این طرح را شناسایی و سپس چالش‌ها را رتبه‌بندی کرده و براساس اولویت و میزان اهمیت نسبت به رفع این چالش‌ها اقدام کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

تأیید اخلاقی مجوز انجام پژوهش حاضر از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد مرودشت با کد (IR.IAU.M.REC.1403.116) اخذ شد.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد سمیره فخری در رشته مدیریت خدمات بهداشتی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت است و از طرف هیچ گونه نهاد یا مؤسسه‌ای حمایت مالی نشده و تمام منابع مالی آن از طرف نویسنده اول تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد واحد مرودشت تشکر می‌کنند.

References

- [1] Phillips CB, Pearce CM, Hall S, Travaglia J, De Lusignan S, Love T, et al. Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence. *Med J Aust.* 2010; 193(10):602-7. [DOI:10.5694/j.1326-5377.2010.tb04071.x] [PMID]
- [2] Baltussen R, Ye Y, Haddad S, Sauerborn RS. Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso. *Health Policy Plann.* 2002; 17(1): 42-8. [DOI:10.1093/heapol/17.1.42]
- [3] Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care-a major experiment in the United Kingdom. *New Engl J Med.* 2004; 351(14):1448-54. [DOI:10.1056/NEJMr041294]
- [4] Berenson RA, Rich EC. US approaches to physician payment: The deconstruction of primary care. *J Gen Intern Med.* 2010; 25(6):613-8. [DOI:10.1007/s11606-010-1295-z]
- [5] Perera GR, Dowell AC, Morris CJ. Constructing a framework for quality activity in primary care. *Aust Health Rev.* 2013; 37(1):98-103. [DOI:10.1071/AH11097]
- [6] Abedi G, Charati JY, Marvi A. [Satisfaction of service recipients and providers in health centers with urban family physician services and other health centers in Sari and Gorgan, North of Iran (Persian)]. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2019; 29(172):80-9. [Link]
- [7] Kabir MJ, Jafari N, Nahimi Tabihi M, Mikaniki E, Ashrafian Amir H, Nasrollahpour Shirvani SD, et al. [Health record and provided services recording among centers implementing rural family physician and insurance program in Northern provinces of Iran (Persian)]. *J Hosp.* 2015; 14(2):61-9. [Link]
- [8] Omid A, Yammani N, Heidari K, Mousavi T, Mousavi A. [Educational Needs of General Practitioners Who Enrolled as Family Physicians in National Family Medicine Program and Referral System (Persian)]. *Iran J Med Educ.* 2013; 13(6):470-9. [Link]
- [9] Shiani M, Rashidian A, Mohammadi A. [Status and barriers to implementation of family physician program in Iran health system (Persian)]. *Soc Welfare Q.* 2016; 16(62):59-102. [Link]
- [10] Dehnavieh R, Movahed E, Rahimi H, Zareipour MA, Jadgal KM, Alizadeh S, et al. Evaluation of the referral system in Iran's rural family physician program; A study of Jiroft University of Medical Sciences. *Electronic Physician.* 2017; 9(4):4225. [DOI:10.19082/4225]
- [11] Kolesnyk P, Frese T, Vinker S, Shushman I, Zharkova A, Messaadi N, et al. Steps towards implementing evidence-based screening in family medicine in Ukraine: SWOT-analysis of an approach of multidimensional empowerment. *BMC Fam Pract.* 2021; 22(20):1-11. [DOI:10.1186/s12875-021-01367-2]
- [12] Sepehri B, Ghaffari R, Jeddian A, Salek F, Emrouzi R, Ghaffarifar S, Rezvan FB. A descriptive-comparative study of implementation and performance of family physician program in Iran and selected countries. *Iran J Public Health.* 2020; 49(3):539-48. [DOI:10.18502/ijph.v49i3.3151]
- [13] Fardid M, Jafari M, Moghaddam AV, Ravaghi H. Challenges and strengths of implementing urban family physician program in Fars Province, Iran. *J Educ Health Promot.* 2019; 8(1):36. [DOI:10.4103/jehp.jehp_211_18]
- [14] Hooshmand E, Nejatadegan Z, Ebrahimipour H, Bakhshi M, Esmaili H, Vafaenajar A. Rural family physician system in Iran: Key challenges from the perspective of managers and physicians, 2016. *Int J Healthc Manag.* 2019; 12(2):123-30. [DOI:10.1080/20479700.2017.1402422]
- [15] Kavosi Z, Siavashi E. A study of the performance of referral system in urban family physician program in Fars Province, Iran. *J Health Manag Info.* 2018; 5(3):88-95. [Link]
- [16] Leonardi F. The definition of health: Towards new perspectives. *Int J Health Serv.* 2018; 48(4):735-48. [PMID]
- [17] World Health Organization. Scaling up family practice: Progressing towards universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2016. [Link]
- [18] Shadmi E, Wong WC, Kinder K, Heath I, Kidd M. Primary care priorities in addressing health equity: Summary of the WONCA 2013 health equity workshop. *Int J Equity Health.* 2014; 13:104. [DOI:10.1186/s12939-014-0104-4] [PMID]
- [19] European Union of General Practitioners / Family Physicians. An opportunity to achieve sustainable healthcare through primary care. Brussels: European Union of General Practitioners / Family Physicians; 2022. [Link]
- [20] Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir MJ. Evaluation of the urban family physician and referral system program in Fars and Mazandran provinces: History, achievements, challenges and solutions. *J Sch Public Health Inst Public Health Res.* 2016; 14(2):17-38. [Link]
- [21] Naderimagham S, Jamshidi H, Khajavi A, Pishgar F, Ardami A, Larjani B, et al. Impact of rural family physician program on child mortality rates in Iran: A time-series study. *Popul Health Metrics.* 2017; 15(21):1-8. [Link]
- [22] Mehroolhassani MH, Jahromi VK, Dehnavieh R, Iranmanesh M. Underlying factors and challenges of implementing the urban family physician program in Iran. *BMC Health Serv Res.* 2021; 21(1336). [Link]
- [23] Mohammadibakhsh R, Aryankhesal A, Jafari M, Damari B. Family physician model in the health system of selected countries: A comparative study summary. *J Educ Health Promot.* 2020; 9(1):160. [Link]
- [24] Shirjang A, Mahfoozpour S, Masoudi Asl I, Doshmangir L. [Challenges and strategies of implementation rural family physician in Iran: A qualitative study (Persian)]. *Depiction Health.* 2020; 11(1):62-73. [DOI:10.34172/doh.2020.07]