

## تبیین تجارب پزشکان خانواده مراکز روستایی و مدیران پس از طرح تحول سلامت حوزه بهداشت در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان سال ۱۴۰۲

جلال بیگ محمدی<sup>۱\*</sup>، مهدی زنگنه بایگی<sup>۲</sup>

۱- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۲- دانشیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

\*نویسنده رابط: jalal.beig0912@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۱

### چکیده

**زمینه و هدف:** طرح تحول سلامت در روستاها با هدف دسترسی آسان روستائیان به پزشک، بهره مندی عادلانه روستائیان از امکانات عمومی و کمک به ساماندهی خدمات سرپایی بیماران روستا طراحی شده است. مطالعه حاضر به منظور تبیین تجارب پزشکان خانواده مراکز روستایی و مدیران پس از طرح تحول سلامت حوزه بهداشت در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه از نوع کیفی به روش تحلیل محتوا است که در سال ۱۴۰۲ در حوزه بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شد. جامعه مورد مطالعه پزشکان و مدیران و که بین سالهای ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۱ در مناطق روستایی حوزه بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان مشغول بکار بودند. نمونه گیری به صورت هدفمند انجام شد. مصاحبه نیمه ساختاریافته، بر اساس راهنمای مصاحبه بود؛ تحلیل محتوا به صورت تحلیل قراردادی انجام گرفت.

**نتایج:** تعداد ۳۱ نفر شامل ۲۰ مرد و ۱۱ زن، ۱۹ پزشک و ۱۲ نفر مدیر وارد مطالعه شدند. داده های مطالعه حاضر پس از تحلیل در ۶ طبقه اصلی (ارائه خدمات، سامانه یکپارچه بهداشت، منابع، مردم و دریافت کننده گان خدمات، پایش و نظارت، پیشنهادات)، ۱۲ طبقه فرعی استخراج گردید.

**نتیجه گیری:** بر اساس نتایج پژوهش می توان نتیجه گرفت که آموزش مناسب، کیفیت خدمات، حمایت مالی، نیروی انسانی ماندگار و متخصص، به عنوان عواملی راهگشا جهت رفع چالش های موجود در طرح تحول سلامت می باشد. از سوی دیگر با توجه به اینکه یکی از ابزارهای نظام سلامت برای تحقق طرح تحول سلامت نیروی انسانی است، لذا توانایی و انعطاف پذیری پرسنل نقش مهمی را در سرعت ارایه خدمات و کیفیت خدمات ایفا می کنند.

**واژگان کلیدی:** طرح تحول سلامت، حوزه بهداشت، پزشک خانواده

### مقدمه

دریافت نمایند (۱). با توجه به اینکه سلامت از حقوق اولیه افراد جامعه می باشد، دولت ها موظف به تامین آن به طور برابر با رعایت عدالت می باشند (۲). افزایش انتظارات و نیازهای

امروزه موضوع سلامت از اولویت های اصلی زندگی هر فرد است، در هر نظام سلامت مردم به طور طبیعی انتظار دارند خدمات مورد نیاز را با کیفیت و در زمان مناسب

خدمت، شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس، دهگشی و ویزیت بیماران در منازل، مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش، اجرای برنامه های آموزش و ارتقای سلامت، اجرای برنامه ملی خودمراقبتی، هماهنگی های درون بخشی و برون بخشی تعریف شده است (۸). با توجه به نقش طرح پزشک خانواده در سلامتی جامعه، ارزیابی عملکرد پزشک خانواده روستایی دارای اهمیت است. بدون ارزیابی و کسب آگاهی از میزان پیشرفت و بدون شناسایی چالش های پیش رو و کسب بازخورد و اطلاع از میزان اجرای سیاست های تدوین شده و شناسایی مواردی که به بهبود جدی نیاز دارند، بهبود مستمر عملکرد میسر نخواهد شد (۹).

با توجه به این که طرح تحول نظام سلامت در بخش بهداشت بیشتر بر مراکز بهداشتی و خانه های بهداشت متمرکز است. مطالعات زیادی در زمینه بخصوص در مراکز روستایی انجام نشده است، لذا پژوهشی در زمینه ارزیابی عملکرد پزشک در مراکز روستایی در طرح تحول در حوزه بهداشت مورد نیاز می باشد. انجام چنین مطالعاتی که می توان آن را نوعی ارزیابی از طرح تحول نظام سلامت به شمار آورد اطلاعات قابل اندازه گیری در خصوص اثرات اجرای طرح تهیه و در اختیار برنامه ریزان و مسئولان حوزه بهداشت قرار می دهد و با ارایه تصویری از وضعیت موجود بدون آن که منابع افزون تری را اقتضا یا پیشنهاد کند به اثر بخش و بازدهی مناسب و بهره وری مورد نیاز عنایت دارد. با در نظر داشتن نیاز به انجام چنین پژوهش هایی که در نهایت به تولید دانش کمک می کند، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی شاخص های عملکرد پزشکان خانواده مراکز روستایی پس از طرح تحول سلامت در سالهای ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۱ و تبیین تجارب پزشکان و مدیران در این زمینه در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام خواهد گردید. یافته های این پژوهش می تواند ضمن شناسایی نقاط قوت و چالش های موجود، میزان دستیابی به اهداف و نتایج را نیز مشخص کند و همچنین مسئولان و سیاستگذاران را در اجرای موفق طرح تحول نظام سلامت و دستیابی به هدف غایی نظام بهداشت و

جامعه در ارتباط با بخش بهداشت و سلامت و تغییر دیدگاه آنها نسبت به میزان کیفیت و خدمات ارایه شده مسئولان جامعه را ملزم به طراحی نظام سلامت همسو با نیازهای مردم خواهد کرد، اصلاح و تحول نظام سلامت در همه کشور های جهان اجتناب ناپذیر است (۳).

اصلاح نظام سلامت ایران در قالب برنامه طرح تحول نظام سلامت یکی از بزرگترین برنامه ای اصلاحات نظام سلامت از تاریخ ۱۵ اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ اجرا گردیده است. از اولویت های مهم این طرح ارتقای سلامت مردم و شاخص های سلامت جامعه افزایش رضایت مردم و شاخص های سلامت جامعه یکی از مهمترین اهداف طرح تحول نظام سلامت، برقراری عدالت در تامین مالی نظام سلامت و کاهش بار هزینه های پرداختی مستقیم توسط بیمار است (۴). پزشک خانواده یک پزشک جامعه نگر است که وظیفه مراقبت از بیماران غیرمنتخب با مشکلات غیرمتمايز را برعهده دارد (۵). پزشک خانواده فردی است که دارای حداقل مدرک دکترای حرفه ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و عهده دار خدمات پزشکی سطح اول در مناطق روستائی و شهرهای زیر بیست هزار نفر می باشد و از طریق عقد قرارداد خدمت تمام وقت با سیستم بهداشتی درمانی در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشک خانواده با شرح وظایف مشخص براساس بسته خدمات سلامت به ارائه خدمت می پردازد (۶).

طرح پزشک خانواده در روستاها با هدف دسترسی آسان روستائیان به پزشک، بهره مندی عادلانه روستائیان از امکانات عمومی و کمک به ساماندهی خدمات سرپایی بیماران روستا طراحی شده است. با این حال در میان روستائیان باید روحیه اطمینان کامل به پزشکان خانواده به وجود آید، تا اصراری بر اعزام پزشک متخصص نداشته باشند و بدانند در صورت نیاز پزشکان خانواده آنها را به متخصصان ارجاع خواهند داد (۷). در مناطق روستایی، وظایف پزشک در تیم سلامت شامل: شناسایی محیط جغرافیایی محل

درمان، که رسیدن به بالاترین سطح سلامتی است، رهنمون سازد.

## روش کار

این مطالعه از نوع پژوهش های ، کیفی به روش تحلیل محتوا است که در سال ۱۴۰۲ در حوزه بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل پزشکان و مدیران (معاونین معاونت بهداشتی، روسای شبکه-های بهداشت شهرستان، معاونین و روسای واحدهای گسترش) که بین سال های ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۱ در مناطق روستایی حوزه بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان مشغول بکار بودند. معیار ورود: حداقل ۲ سال سابقه کار، رضایت در مورد شرکت در مطالعه داشتن زمان مناسب کافی و توانایی صحبت کردن در حد مطلوب بود. معیار خروج عبارت بود از عدم تمایل همکاری، عدم دسترسی به فرد، عدم توانایی فرد برای ارتباط مناسب بود.

این مطالعه در مناطق روستایی شهرستان های بالای ۲۰ هزار نفر (زاهدان، خاش، سراوان) و تمام مراکز شهرستان های زیر ۲۰ هزار نفر تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (میرجاوه و سیب سوران) انجام شد، روش نمونه گیری به روش هدفمند با توجه به پست سازمانی خدمت دهنده (پزشکان و مدیران) شروع مصاحبه با ۳ نفر از هر گروه شروع شد. در این مطالعه سعی شد به نسبت از پزشکانی که در بخش کمی در سه سطح عملکردی نمره بالاتر، متوسط وضعیف کسب کرده باشند. با توجه به هدفمند بودن مصاحبه ها به منظور درج تجارب آنها و کامل تر شدن و جامعیت قسمت کیفی پژوهش به تناسب از آنها بهره گرفته شد.

با توجه به نظرات اساتید و افراد با سابقه و نیز پس از تعدادی مصاحبه به صورت پایلوت، این راهنما به مرور اصلاح شد. مصاحبه ها با سوال "به عنوان پزشک شاغل، نظر

شما در مورد جایگاه پزشک روستایی در طرح تحول سلامت چیست؟" شروع شد و به مرور سوالات بعدی پرسیده می شد. راهنمای مصاحبه به صورت نیمه ساختار یافته با سوالات باز بود بدین صورت که سوال از افراد پرسیده می شود و چنانچه اگر در حین مصاحبه با افراد به عللی غیر از سوالات راهنمای مصاحبه اشاره کردند، آن علل نیز مورد بررسی قرار می گرفت در مصاحبه های بعدی نیز مورد پرسش قرار می گرفت. جهت دستیابی به صحت (Trustworthiness) و استحکام داده ها (Rigor) مقبولیت آنها با استفاده از مطالعه و بررسی مستمر داده ها، پیاده کردن مصاحبه ها و بررسی مرور آنها تا پیدایش درون مایه های اصلی، بازنگری تجزیه و تحلیل انجام شده توسط همکاران طرح (Peer Check) و بازنگری نوشته ها توسط شرکت کننده گان مطالعه (Check Member) انجام گرفت. جهت تحلیل داده های هر مرحله از روش تحلیل محتوا (Content Analysis) استفاده گردید. تحلیل محتوای کیفی شیوه ای تخصصی در پردازش داده های علمی است که به منظور تعیین وجود کلمات و مفاهیم معین در متن مورد استفاده قرار می گیرد تا داده ها خلاصه توصیف و تفسیر شد.

تمایل افراد جهت شرکت را مطالعه را به عنوان رضایت در نظر گرفته می شد. مباحث جلسات با تاکید بر محرمانه بودن مطالب مطرح شده و گمنامی مصاحبه شونده، پس از اخذ رضایت شفاهی، ضبط شد. یادداشت برداری توسط پژوهشگر در حین مصاحبه انجام شد تا در صورت احتمال وقفه در حین مصاحبه، امکان ادامه آن به صورت مطلوب انجام شود. پس از انجام مصاحبه در اولین فرصت نکات کلیدی مصاحبه یادداشت شده، در پایان روز تمام اطلاعات ضبط شده در یک فایل رایانه ای مکتوب می گردید. پس از نوشتن متن مصاحبه از روی صدا، متن به فرد ارسال می شود تا خوانده شود و در صورت نیاز به تغییر توسط فرد تایید و امضا شود. در مواردی که مشارکت کننده اجازه ضبط صدا را ندهد، مصاحبه ها بر روی کاغذ، مکتوب می شدند.

پنداشته و از دیدگاه آنها با توجه به شرایط بومی منطقه این الگو در بیشتر نقاط کشور قابل اجرا نمی باشد " شما ببینید هنوز برخی نقاط کشور مشکل مالاریا دارند از طرفی برخی نقاط هم مشکل غیرواگیر دارند. نمی شه از یک برنامه کلی از یک کشور پیشرفته رو اینجا کپی کرد" (م ۲۵)

مدیریت تیم سلامت در تمامی مراکز روستایی و وجود یک تیم قوی شامل تمام اعضای خدمت رسان نقطه عطف دیگر تیم سلامت می باشد " ما توی روستا پزشک، ماما، بهداشت خانواده، بهداشت محیط و حتی روان شناس و تغذیه داریم که حتی توی شهر هم تیمی به این کاملی نداریم" (م ۱۷)

تغییر در ارائه خدمات از گروه های هدف به رده های سنی موضوع بحث دیگری بود که توسط مشارکت کننده ای بیان شد. از دید آنها قبلا مراجعین به مراکز خدمات جامعه سلامت را فقط زنان باردار تشکیل می دادند، اما امروزه تمام گروه های سنی این خدمات را استفاده می کنند. مشارکت کننده ۲۵ در این باره گفت " الان تمام گروه های سنی خدمت دریافت می کنند هر گروهی با توجه به شرایط جسمی و روانی اش یکی از بسته های خدمتی را دریافت می کند" (م ۲۵)

بالارفتن شاخص های سلامتی در حوزه روستا: اکثر مصاحبه شوندگان همگی تایید کردند که شاخص های حوزه بهداشت و پیشگیری پس از طرح تحول سلامت بهبود پیدا کرده است. در این خصوص به مواردی از قبیل کاهش تعداد مرگ مادران باردار، کاهش موارد مرگ و میر نوزادان، افزایش پوشش خدمات مشاوره هنگام ازدواج و نزدیک شدن این میزان به ۱۰۰٪، اجرای طرح بسیج ملی کنترل فشار خون و غربالگری جمعیت در معرض خطر، کاهش تعداد موارد بروز تالاسمی، کاهش تعداد موارد بروز مالاریا و افزایش درصد مراکز ارائه خدمات سلامت، افزایش تعداد داوطلبان سلامت اشاره کردند. " شاخص ها نسبت به قبل خیلی بهتر شده، قبلا سالی چند تا طغیان بیماری های واگیر داشتیم" (م ۳).

۱-۲ نقاط ضعف: نبود نوآوری در خدمات ارائه شده و تغییر در نیازها در طول سالیان باعث شده است مردم کمتر جهت

بعد از انجام هر مصاحبه، سریعاً مصاحبه ها شنیده شد و رونویسی و سپس با استفاده از نرم افزار Office 2016 در یک فایل کامپیوتر تایپ و ذخیره می شد. در مرحله بعد متن مصاحبه ها چندین بار خوانده و مرور شد، به طوری که پژوهشگران بر داده ها تسلط کافی پیدا کنند. در مرحله سوم داده ها به واحدهایی معنایی (کد) در قالب جملات و پاراگراف های مرتبط با معنای اصلی شکسته می شد. واحدهای معنایی نیز چندین بار مرور و سپس کدهای مناسب هر واحد معنایی نوشته شد. تمام کدهای مشابه در یک زیر طبقه دسته بندی شده و سپس زیر طبقه های مشابه را در یک طبقه و پس از آن طبقات مشابه به صورت یک زیر مضمون طبقه بندی میشوند و در نهایت مضمون (Theme) شناسایی شد.

## نتایج

تعداد ۳۱ نفر شامل شامل ۲۰ مرد و ۱۱ زن، ۱۹ پزشک شاغل در مراکز روستایی و ۱۲ نفر مدیر در سطح شهرستان و دانشگاه با پژوهش حاضر همکاری نمودند (جدول ۱). داده های مطالعه حاضر پس از تحلیل در ۶ طبقه اصلی (Theme) ارائه خدمات، سامانه یکپارچه بهداشت، منابع، مردم و دریافت کننده گان خدمات، پایش و نظارت، پیشنهادات، ۱۲ طبقه فرعی ۹ و ۱۵۳ کد اولیه دسته بندی گردید که در جدول شماره ۲ بیان شده است.

### ۱- ارائه خدمات

۱-۱ نقاط قوت: الگوبرداری از ساختار مراقبت های اولیه سایر کشورهای پیشرفته برای کشور ایران موضوع بحث بسیاری از مشارکت کننده گان بود از دید برخی این یک موضوع مثبت می باشد و از دید برخی یک دیدگاه منفی مشارکت کننده ای چنین ذکر کرد " الگو برداری از سایر کشورهای پیشرفته یک نقطه عطف می باشد و باید سایر فعالیت ها را نیز بر اساس این الگو انجام داد" (مشارکت کننده شماره ۱۳). از سوی دیگر برخی مشارکت کننده گان این الگو را غلط

همچنین ارائه دهندگان خدمات سلامت می شد: "نظام ارجاع عملاً فقط در سطح یک کار می کند سطح ۲ و ۳ فعال نیست بخصوص سطح ۳ مریض بعد از بهداشت میره توی درمان و یک چرخه ای که عملاً دست ما نیست و این هنوز رفع نشده و این عدم رفع شدن اشکالاتی را به وجود می آورد و باعث می شود مشتریان بهداشت از سطح یک بروند و مستقیم به درمان مراجعه کنند وقتی این خدمات بتوانند راحتتر از یک سطح دیگه دریافت کنند" (م ۱۸)

فرد دیگری نیز در مورد نامطلوب بودن سیستم ارجاع چنین ذکر کرد "فرق کسی که الان مستقیم به قلب تهران می رود با کسی که با سیستم ارجاع سطح یک می رود چیست؟" (م ۲۷) بسیاری از مشارکت کنندگان از تغییرات مکرر دستورالعمل-ها و عدم آموزش به موقع گله مند بودند "تا یک دستورالعمل رو یاد می گیری و می خواهی اجرا کنی دستورالعمل بعدی میاد و باز باید از نوطبق اون دستورالعمل پیش بری" (م ۲۱)

نگاه یک پارچه به کل کشور (عدم تناسب بین نیازهای نقاط مختلف و قوانین مصوب) و تدوین یک دستورالعمل جامع برای کل کشور در کنار مزایای آن دارای معایبی نیز می باشد، "در استانی که هنوز با بیماری های واگیر درگیر می باشد، اما طرح تحول سلامت بر بیماری های غیر واگیر تاکید دارد، از طرفی بسیاری از مردم استان محروم هستند، و نیازمند حمایت های مالی هستند" (م ۱۶)

بحران کرونا و غافل شدن از فعالیت های روتین باعث شد تمام پرسنل فعالیت های روتین را بالا جبار کنار گذاشته و بحران کووید ۱۹ پرداخت اند "از وقتی وارد مرکز می شدم روزی چندین بیمار کرونایی داشتیم و باید به اونا رسیدگی می کردی و اصلاً وقت برای سایر امور نداشتیم" (م ۲۴)

۲- سامانه یکپارچه بهداشت (سیب)  
۱-۲ نقات قوت: ثبت اطلاعات تمامی افراد در سامانه سیب: تامین و تجهیز مراکز بهداشتی به کامپیوتر و اینترنت و به طبع آن ایجاد سامانه سیب و ایجاد پرونده الکترونیک سلامت از مهمترین مزیت های طرح تحول سلامت از دیدگاه مشارکت

دریافت خدمات مراجعه کنند "ما هنوز خدماتی رو ارائه می-دیم که قبل از طرح تحول هم ارائه می دادیم. خدمات به اسم تغییر کرده اند اما در عمل هیچ تغییری انجام نشده است" (م ۷). همچنین بوروکراسی پیچیده و موازی کاری گسترده نیز از نقاط ضعف دیگری بود که مشارکت کننده گان در مورد آن صحبت کردند "بینید بیشتر کارایی که ما انجام میدیم موازی کاریه، یعنی ما همزمان داریم خدمات رو جاهای مختلف ثبت می کنیم (ثبت برگه، ثبت فرم، ثبت سامانه و غیره)" (م ۱۴)

حجم کاری بالا به دلیل جمعیت بالای تحت پوشش چالشی بود که توسط مشارکت کننده گان مطرح شد. به نظر بیشتر آنها جمعیت بالا در بیشتر مناطق و همچنین باعث کاهش کیفیت کاری می شود "من یک پزشکم سه روز توی این مرکز هستم و سه روز یک مرکز دیگه بیتوته هستم، اونقدر مراجعه کننده زیاد دارم که به سایر خدمات بهداشتی نمی-رسم" (م ۱)

ادغام برنامه های طرح تحول و همچنین موجود بودن برنامه های قبلی باعث اضافه شدن حجم کاری بر روی نیروها شد به طوری که مشارکت کننده ای چنین گفت: "یک بار کاری مضاعف وارد سیستم شده است و بر همه ارائه دهنده های خدمات تاثیر گذاشته گستردگی بسته خدمتی زیاده باعث شده فرسودگی در خدمت دهنده ایجاد بشود" (م ۸)

نبود یا کمبود نیروی انسانی مناسب در برخی مراکز باعث مراجعه مردم به سایر مراکز همجوار می شد که این امر باعث شلوغ تر شدن مراکز خدمات جامع سلامت می شد: "برای هر پزشک توی دستورالعمل ۱۲۰۰۰ هزار نفر است اما الان با توجه به عدم وجود پزشک در مرکز اطراف همه بیماران به این مرکز سرازیر شده اند جمعیت تحت پوشش سه برابر شده است" (م ۱۱)

مشکلات نظام ارجاع به سطوح بالاتر و ارتباط نامناسب و عدم تکامل نظام ارجاع بین سطوح خدمتی نیز از دیگر مشکلات این طرح بود که باعث سردرگمی بین مردم و

داریم اما در زمینه آنالیز ضعف است چه آیتیم هایی داریم که از دل سامانه در نمی آید به همین دلیل خیلی واحد ها هنوز فرم های قبلی را نیز دارند و به عبارتی سیستم دارد کار بیهوده انجام می دهد بدون اینکه از این داده ها استفاده شود (م ۲۳)

عدم ارتباط چشمی مناسب خدمت دهنده و خدمت گیرنده در زمان ثبت خدمات باعث می شود خدمت گیرنده ارتباط مناسبی نگیرد و به نوعی احساس رضایت از این کار نداشته باشد: "ارتباط بین نیرو و فرد که باعث اعتماد می شد با توجه به اینکه زیر ساخت تغییر یافت این ارتباط از بین رفت مثل کسی که دارد از گوشی تلفن استفاده می کند و ما با اون حرف بزنیم حواسش نیست" (م ۲۸) مشارکت کننده ای نیز ذکر کرد: "ثبت در سامانه ارتباط چهره به چهره را از مراقب و خدمت گیرنده قطع کرده است و فقط مراجعه کننده را به چشم یک مشتری می بیند و یا تیک می بیند" (م ۲۰)

### ۳- منابع

کمبود نیروی انسانی بومی بخصوص در روستاهای دور افتاده و عدم تامین پزشک بازاری جمعیت در اکثر مناطق روستایی و تغییر و جابجایی بالا از چالش های عمده این تم بود " توی روستاهای دور دست ما کمبود نیرو داریم. افراد خیلی کمی تمایل دارند به اون روستا ها برن و پس از یک دوره اندک سریع انصراف می دهند" (م ۲۳)

همچنین تغییر و جابجایی بالا به دلیل کوتاه بودن دوره طرح نیز چالش مطرح شده دیگری بود " نیرو روز اول از ترس نمی تونه وارد زایشگاه بشه، به محضی یک خورده خبره می شه طرحش تموم میشه و باز نیروی بعدی میاد و این ماجرا تکرار می شه" (م ۲۲)

نبود بهورز در بسیاری از روستاها هم بحث برخی مشارکت کننده گان بود " توی این روستا بهورز بازنشسته شده، اما طبق دستورالعمل حتی اگر امروز هم فراخوان بهورزی بدیم دو سال آینده بهورز وارد روستا میشه" (م ۶)

۱-۳ منابع مالی: عدم حمایت مالی از طریق وزارت خانه، عدم پرداخت حق الزحمه پرسنل روستا، مشکلات اعتبارات

کننده گان بود. " برای اولین بار بستر دیجیتال آمد با نام سامانه سبب برای تمام مناطق ایجاد شد حتی در دور افتاده ترین خانه های بهداشت (بجز گلستان و استان فارس) بستر دیجیتال هر روز پیشرفت می کند و این سامانه شد مبنای ثبت خدمات یعنی هر فرد خدمتی را ارایه می داد در این سامانه ثبت می کرد و این شد مبنای پرداختی برای هر مراقب سلامت هر چند هنوز نواقصی هم داد اما طرح دارد بر همین سمت جلو می رود" (م ۱)

۲-نقاط ضعف: عدم وجود اینترنت مناسب در روستا و مشکلات نرم افزاری از جمله مشکلات عمده روستاهای تحت پوشش دانشگاه بود " ما اصلا توی روستاها اینترنت نداریم، فقط در برخی ساعت اینترنت است" (م ۱۸)

موجود بودن سامانه سبب و همچنین موجود بودن فرم- های کاغذی که سبب وقت گیر بودن اطلاعات می شد چالش دیگری بود که فردی به آن اشاره داشت: "سامانه سبب بهتر شده چون نکاتی را که مراقب سلامت فراموش کرده است را سیستم خود به خود یاد آوری میکند اما هنوز اون انتظاراتی که از سامانه داریم محقق نشده است بنظرم بهتر است یکم اختصاصی تر به موضوعات بپردازد در مورد آمارگیری ماهیانه آماری که سیستم از ما می خواهد با آماری که سامانه می دهد تفاوت دارد که بازهم نیازمند چوب خط نویسی و دفتر نویسی است" (م ۱۰) اما از طرفی وجود تعداد زیاد خدمات در سامانه سبب باعث می شد مراقب سلامت وقت زیادی را برای درج اطلاعات در سامانه بگذارد: "فقط حواس خدمت دهنده این است که تیک ها بخورد تیک هایی هم که ضروری نبود زده می شد میزان تیک مهم بود" (م ۲۹) و از طرفی این وقت گذاشتن زیاد باعث می شد دیتای زیادی وجود داشته باشد که غیر قابل اعتماد باشد: " کار زیاد آموزش ساختار نیافته و جویده فشار بالا و نارضایتی پرسنل جدید باعث شده که دیتا وجود دارد که قابل اعتماد نیست" (م ۲۲)

مبنای اطلاعات سامانه سبب دیتا آنالیز شود تبدیل به اطلاعات شود و مداخله شود اما ما الان تعداد زیادی دیتا

پراز حشرات و جوندگان است و هیچ مسئولی هم پیگیر نیست آدم اینجا حس تبعیدگاه بهش سر میزنه" (م ۱۵)

۴-مردم و دریافت کننده گان خدمات

۱-۴ آگاهی و شناخت: شناخت نا کافی از طرح تحول باعث این شده است که مردم کمتر از خدمات جدید استقبال کنند: "هنوز در کل خدمات سطح یک برای مردم ملموس نیست نه اهمیت آن را میدانند و چون نیازی را حس نمی کنند به سمت آن نمی روند از آن طرح ما نیز به سمت آن نرفتیم و از آن طرف خدمات آن طور ملموس نیست در صورتی که این خدمات چابک شوند (مانند توزیع قرص خدمات مادر و غیره) مردم راحت تر قبول میکنند" (م ۴)

بسیاری از مردم هنوز نمی دانند خدمات سطح یک رایگان ارایه می شود: "اطلاع رسانی بیشتر چون خیلی از مردم نمی دانند که این خدمات در بهداشت رایگان است" (م ۹)  
عدم مراجعه مردم به مراکز روستایی و مهاجرت آنها به شهر باعث می شود پرونده آنها در روستا باشد و خودشان در شهر و این موضوع باعث پایین آمدن عملکرد پزشک می شود که در پرداخت های هم تاثیر گذار است، مشارکت کننده ای ذکر کرد: "الان افراد خیلی کمی به بهداشت مراجعه می کنند، اکثرشون رفتن شهر و فقط پرونده سلامت شون اینجا فعاله" (م ۲).

۲-۴ جلب مشارکت مردم: عدم تمایل به مشارکت مردم و سایر نهادها در برنامه های بهداشتی چالش دیگری بود از دیدگاه آنها الان دیگر هیچ سازمانی با بهداشت کار نمی کند "ما رفتیم بخشداری جلسه گذاشتیم همه گفتند، باشه اما در نهایت هیچ کس پایه کار نبود و باز ما تنها ماندیم" (م ۱۲)  
متناسب نبودن جنسیت خدمت دهنده و خدمت گیرنده موضوعی بود که توسط مشارکت کننده شماره ۱۹ بیان شد "کاش یک پزشک خانم توی این روستا می فرستادن، با توجه به بافت بومی روستا من نمی تونم به برخی خانم ها خدمات ارائه بدم" (م ۱۰)

تخصیصی کاهش پرداختی ها، از عمده چالش های مالی مطرح شده توسط مشارکت کنندگان بود.

"ما باید تمام مراکز مونو تجهیز میکردیم و از نظر استاندارد کمبود داشتیم و به لحاظ اعتبار کمبود داشتیم و به کل همه مشکلات برمیگردد به کمبود اعتبار" (م ۲) فرد دیگری نیز در این باره ذکر کرد: "موضوع مالی خوب ساپورت نشد هم از وزارت و هم دانشگاه مثلاً آگه دانشگاه، ما خیلی کمبود داشتیم اما می گفتند از درآمدهای خودتون پرداخت کنید" (م ۲۶)

فرد دیگری هم گفت کاهش اعتبارت و دریافت به صورت پراکنده و مقطعی نیز حتی بر روی دریافت کننده گان خدمات سلامت نیز تاثیر گذار بود به طوری که یکی از اعضای ستاد بحران اظهار کرد: "توزیع مقطعی و پراکنده برخی اقلام بهداشتی به دلیل عدم تامین بودجه مکمل ها مقطعی بوده است. در مراجعه قبلی مراجعه کننده به اون مکمل می دهیم الان که میاد میگه برای خودتون نگه می دارید!! و توقع برای خدمت گیرنده ایجاد می شود یا ندهید و یا مقطعی ندهید" (م ۳۰)

پرداخت یک هزینه ثابت در طی چند سال اخیر بدون توجه به تورم موضوع بحث دیگری بود: "الان برای خرید برخی وسایل مبلغی رو میدن که پنج سال پیش هم همین مبلغ رو می دادند قیمت ها الان سر به فلک کشیده" (م ۲) مشارکت کننده دیگری هم در مورد پایین بودن ارزش پول ملی افزود "ارزش پولمون خیلی خیلی کم شده، ما الان نمی تونیم خیلی اقلام خارجی و حتی داخل کشور رو خریداری کنیم" (م ۴).  
۲-۳ زیرساخت ها و تجهیزات: تجهیز نبودن پانسیون مراکز روستایی و همچنین مناسب نبودن پانسیون پزشک در روستا یکی دیگر از نارضایتی های پزشکان روستا بود. پزشکی در این باره گفت "من از استان های غربی آمدم، پانسیون هیچی نداره، مجبور شدم کلی وسایل برای پانسیون بخرم" (م ۶) مشارکت کننده ای دیگری نیز در این باب گفت "پانسیون

## ۵-پایش و نظارت

۱-۵ نظارت بر عملکرد: نبود نظارت صحیح و نظارت غیرمؤثر از طریق تعداد ثبیتات سامانه و غیره و راستی آزمایی ناقص باعث می شد بسیاری از پزشکان بجای ارائه خدمات با کیفیت تر، وقت زیادی را صرف ثبیتات در سامانه کنند<sup>۱</sup> من باید تموم بیماران رو در سامانه ویزیت بزنم تا نمره پایشم پایین نیاد خوب این خدمات وقت گیر است و من به بقیه کارها نمی رسم<sup>۱</sup> (م ۱)

اثربخشی نامناسب نظارت ها به دلیل محدودیت های مالی باعث میشد که بسیاری از بازرسی در موعد مقرر مراجعه نکنند<sup>۲</sup> یک روز ماشین نیست بنزین نیست، و غیره ما هم نمی تونیم جهت بازرسی به روستا ها مراجعه کنیم<sup>۳</sup> (م ۲۳)

۶-پیشنهادات

۱-۶ پیشنهادت مالی: ایجاد منابع مالی پایدار و کافی پیشنهاد بسیاری از مشارکت کننده گان بود<sup>۴</sup> مگر نمیگن از یک درصد ارزش افزوده حقوق ما باید تامین بشه، خوب همون رو به موقع پرداخت کنند. تا زمانی مشوق مالی نباشه، این مسیر به جایی نمی رسه<sup>۵</sup> (م ۸)

۲-۶ پیشنهادت ساختاری: نظارت و همکاری بیشتر مردم هم پیشنهاد دیگری بود که توسط مشارکت کننده ای بیان شد<sup>۶</sup> به نظرم وقتی میخوان تصمیمات بزرگ بگیرند، از افرادی که دارند توی محیط کار می کنند هم مشورت بگیرند<sup>۷</sup> (م ۱۸)

## بحث

ماندگاری پزشک در روستا، بالارفتن شاخص های سلامتی در حوزه روستا ارائه خدمات برای تمام گروه های سنی، بهبود دسترسی و ارائه خدمات تخصصی به تمام جمعیت تحت پوشش و اجرای پرونده الکترونیک سلامت و افزوده شدن تجهیزات جدیدن از نقاط مثبت این طرح بود.

اما از آنجایی که حوزه بهداشت حوزه پیشگیری است و خدماتش در مقایسه با حوزه درمان زیاد ملموس نمی باشد به نظر می رسد، مردم نگاه مناسبی نسبت به خدمات، حوزه

بهداشت ندارند، مگر خدماتی که با زندگی مردم بیشتر ملموس شده باشد، مثل چک قند خون، واکسیناسیون، خدمات پیشگیری از بارداری و توزیع اقلام دارویی و مکمل های رایگان و سایر خدمات مانند پرکردن پرسشنامه و آموزش شفاهی زیاد چشمگیر نمی باشد. بنابر این خدمات حوزه بهداشت هر چه ملموس تر باشد و یک طوری باشد که این خدمات برای مردم ایجاد انگیزه کند و این خدمات رو به عنوان یک بسته غربالگری باشد به نظر می رسد مردم بیشتر استقبال کنند.

Chiwire و همکاران در کشور آفریقا به این نتیجه رسیدند که توزیع رایگان اقلام و وسایل و آموزش های رایگان به جمعیت تحت پوشش باعث استقبال مردم از خدمات بهداشتی سطح اول می شود (۱۰).

خمرنیا و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که پذیرش فناوری سامانه سیب در کنار مقاومت نیرو های قدیمی با گذشت زمان بیشتر می شود (۱۱). در تبیین این یافته می توان گفت زیر ساخت فناوری اطلاعات در ایران مبهم و پیچیده است به طوری که متولی سیاست گذاران مجریان و بهره برداران فناوری اطلاعات کشور دقیقاً مشخص نیستند و نهادهای مختلف در کشور ادعای تولید فناوری اطلاعات را دارند و جداگانه به تصویب اسناد مرتبط می پردازند. نقایص موجود در زیرساخت های ارتباطی کشور اعم از عدم پوشش مخابراتی مناسب برخی نقاط استان و عدم دسترسی بسیاری از نقاط کشور به اینترنت با سرعت مناسب از دیگر آسیب های توسعه سلامت الکترونیک کشور است.

هژیر و همکاران مطرح می کند که یکی از اصلی ترین مباحث در روند نظام سلامت در منطقه، ضعف در برنامه ریزی و توسعه منابع انسانی می باشد. هیچ گونه سازوکار مشخصی برای تامین منابع مالی نظام سلامت الکترونیک در حال حاضر وجود ندارد و باید استاندارد های فنی در خدمات سلامت تدوین گردد (۱۲).

می توان چنین ذکر کرد که امروزه فناوری اطلاعات و ارتباطات تأثیر عمیقی بر حوزه های مختلف خصوصاً حوزه

بسیاری از کشورهای درگیر این همه‌گیر جهانی شده و در نتیجه از پیامدهای اقتصادی ناشی از آن رنج می‌برد (۱۳). مشکلات اقتصادی ناشی از تحریم‌ها مانند تورم و بی‌ارزش شدن پول ملی موضوع مهمی بود که باعث نارضایتی اکثر افراد شده بود. همچنین در پی تحریم‌ها عملکرد نظام‌های رفاهی، آموزشی و بهداشتی در زمینه‌هایی از قبیل حق کار، غذا، استانداردهای مناسب زندگی و غیره به شدت تحت شعاع قرار گرفته و مختل گردیده و دشوار شدن نقل و انتقالات مالی به کاهش واردات دارو در ایران انجامیده است.

مشکلات نیروی انسانی یکی از مهمترین موضوعاتی بود که توسط اکثر مشارکت‌کننده‌گان مطرح شد. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان چالش‌های مطرح در این بعد شامل تبعیض در پرداختی‌ها، تهدید بخش خصوصی، نیروی‌ها با قراردادهای متفاوت بود. که باعث بی‌انگیزگی نیروها شده است. Gile و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که علت اصلی شکست‌های بسیاری از طرح‌های توسعه و کم‌توجهی به توانایی نیروهای انسانی و سازمانی در کشورهای توسعه‌یافته ارزیابی شده است (۱۴).

یافته‌های این بررسی نشان داد که علی‌رغم وجود نقاط قوت، هنوز مشکلات جدی بر راه نیروی انسانی وجود دارد. از مهمترین نقاط ضعف برنامه چالش مدیریت منابع انسانی است که اشکال در ساختار، تغییر نادرست و غیرشفاف وظیفه، و ماموریت مشاغل جذب و استخدام نیروهای موقت و ناکارآمد و همچنین انگیزه کم نیروی انسانی در ارائه خدمات، بی‌توجهی به جایگاه شغلی و نیازهای فردی و افزایش ضربتی حجم کاری پرسنل رده محیطی می‌باشد.

یافته‌های این بررسی نشان داد که علی‌رغم وجود نقاط قوت هنوز مشکلات جدی بر سر راه طرح تحول وجود دارد از مهمترین نقاط ضعف برنامه چالش مدیریت منابع انسانی است، که اشکال در ساختار، تغییر نادرست و غیرشفاف وظیفه، و ماموریت مشاغل جذب و استخدام نیروهای موقت و ناکارآمد و همچنین انگیزه کم نیروی انسانی در ارائه خدمات بی‌توجهی

بهداشت و درمان گذاشته است. فناوری‌های بهداشتی اطلاعات مفیدی را برای بهبود برنامه ریزی، اجرا، نظارت، سیاست‌گذاری، مبتنی بر شواهد فراهم می‌کنند که پس از تحلیل این اطلاعات پیچیده، داده‌های مورد استفاده جهت انجام این سیاست‌ها مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد، که استفاده از این فناوری‌ها را بسیار حاضر اهمیت قرار می‌دهد. در حقیقت پرونده الکترونیک سلامت جمع‌آوری الکترونیکی اطلاعات سلامت در تمام طول حیات یک فرد می‌باشد که توسط ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی ثبت یا تایید شده و در مکان‌های مختلفی به اشتراک و مورد استفاده قرار می‌گیرد. از دیدگاه مشارکت‌کننده‌گان طرح تحول سلامت، این طرح در حوزه بهداشت یک طرح کمیت‌گرا و گزارش‌محور محسوب می‌شود، چرا که ثبت در سامانه ملاک ارزیابی بوده و به میزان پوشش اولویت داده می‌شود و تمرکز بر افزایش تعداد خدمات است

کمیت‌مداری و گزارش‌محوری باعث می‌شود ارائه‌دهندگان خدمات جهت دریافت حقوق و کارانه تعیین شده خود ملزم به تمرکز و توجه بر کمیت خدمات بدانند، چرا که تاکید سیستم بر تعداد افراد تحت پوشش و تعداد خدمات ارائه شده است و در نتیجه کیفیت فدای کمیت می‌شود. شاخص مهم دیگری که باید بدان بیشتر توجه شود مشکلات مالی بحران بود که سبب افزایش هزینه‌ها شده بود و این موضوع پیامد مطلوب و خوبی از جنبه اقتصادی برای حوزه بهداشت نداشته است و سبب نارضایتی بسیاری از پرسنل شده بود.

ظاهرینا و همکاران در مطالعه خود با عنوان (پیامدهای اقتصادی ناشی از بیماری کووید-۱۹ بر اقتصاد ایران؛ با تأکید بر اشتغال) تأکید کردند که ویروس کووید-۱۹ با تبدیل شدن به یک ویروس همه‌گیر جهانی، پیامدهای اقتصادی بسیاری را در پی داشته و تقریباً همه کشورهای دنیا از آن متأثر شده و بنابراین انتظار می‌رود تا اقتصاد جهانی سال ۲۰۲۰ را با یک رکود قابل توجه سپری کند. در این میان، ایران نیز مانند

می شود و پایش مستمر طرح و باز طراحی برای پوشاندن نقاط ضعف و تحلیل مستمر دستاورد ها می تواند تداوم طرح را تضمین کند.

پژوهش حاضر نیز همچون سایر پژوهش ها تحت تاثیر محدودیت هایی قرار داشت که از جمله آنها می توان به عدم وجود مطالعات منسجم درباره پزشک خانواده روستایی، و عدم امکان دسترسی به برخی از خبرگان و افراد کلیدی، صعب العبور منطق جهت مصاحبه اشاره کرد.

براساس نتایج پژوهش می توان نتیجه گرفت که آموزش مناسب، کیفیت خدمات، حمایت مالی، نیروی انسانی ماندگار و متخصص، به عنوان عواملی راهگشا جهت رفع چالش های موجود در طرح تحول سلامت می باشد. از سوی دیگر با توجه به اینکه یکی از ابزارهای نظام سلامت برای تحقق طرح تحول سلامت نیروی انسانی است، لذا توانایی و انعطاف پذیری پرسنل نقش مهمی را در سرعت ارائه خدمات و کیفیت خدمات ایفا می کنند، همچنین به کار گیری نیرو های متخصص و آموزش آنها وجود عدالت در پرداختی آنها و توجه به متخصصین مدیریت در تصمیم سازی و سیاستگذاری باعث بهبود عملکرد نظام سلامت می شود.

### تشکر و قدردانی

پایان نامه در مقطع کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در سال ۱۴۰۲ با کد ۱۰۸۶۷ و کد اخلاق (IR.ZAUMS.REC. 1402. 029) می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی زاهدان اجرا شده است. نویسندگان این پژوهش، از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به دلیل حمایت های مالی و معنوی این طرح و از تمامی افرادی که در پژوهش حاضر با پژوهشگران همکاری داشته اند کمال تشکر و قدردانی را به عمل می آورند.

تعارض در منافع: نویسندگان این مطالعه تصریح میکنند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

به جایگاه شغلی و نیاز های فردی و افزایش ضربتی حجم کاری پرسنل رده محیطی می باشد. علت اصلی شکست های بسیاری از طرح های توسعه و کم توجهی به توانایی نیروهای انسانی و سازمانی در کشور های توسعه یافته ارزیابی شده است. زیرساخت ها در کنار نیرو یک رکن بزرگ است، زیرساخت ها باید مهیا شود که نیروها خوب بتوانند کارکنند، زیرساخت های فیزیکی، وسایل، ساختمان، تجهیزات اداری، استیجاری فضای استاندارد، تجهیزات اداری با طرح تحول نظام سلامت افزایش یافت اما در مراکز حاشیه شهر نسبت به مرکز شهر کمتر می باشد.

پیکان پور و همکاران تکمیل و تجهیز مراکز بهداشتی و درمانی با افزایش کیفیت ارائه خدمات رابط مستقیم داشته، همچنین بیان شد که ارزیابی تکنولوژی به درستی مدیریت گردد تا فرصت های متصور از این فناوری ها محقق شده و هزینه های زاید بر سیستم تحمیل نگردد (۱۵).

### نتیجه گیری

در تبیین این یافته می توان گفت یکی از مهمترین نقاط طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت که رضایت خدمات دهنده و هم رضایت خدمت گیرنده را در مراکز خدمات جامع سلامت را به همراه دارد تکمیل و تجهیز و توسعه شبکه بهداشت درمان بود که طبق برنامه تعیین شده اقداماتی جهت بازسازی و نوسازی مراکز صورت گیرد و توسعه مراکز ارائه دهنده در مناطق کم برخوردار انجام شد.

سامانه سیب، یک زیر ساخت مهم است اما خیلی مراکز هنوز اینترنت ندارند علیرغم اینکه خیلی مهم است که باشد؛ این که وقت گیر است، روز به روز دارد بروز می شود وقت گیر است، ارتباط چشمی با مردم کم می باشد.

تقویت زیرساخت ها از طریق آموزش نیروی انسانی کارآمد و بکارگیری منابع غیر دولتی برای توسعه بستر ارائه خدمات و سپردن کار مردم به خود مردم و مشارکت آنها در امور پیشگیری و درمان که منجر به کاهش هزینه های دولت

جدول ۱- اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان در مطالعه تبیین تجارب پزشکان خانواده مراکز روستایی و مدیران پس از طرح تحول سلامت حوزه بهداشت در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان سال ۱۴۰۲

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۶۴/۵
	زن	۳۵/۵
سن	۲۵ تا ۳۴ سال	۳۲/۲
	۳۵ تا ۴۴ سال	۳۸/۷
	۴۵ سال و	۲۹/۱
پست سازمانی	مدیر	۳۸/۷
	پزشک	۶۱/۳
تحصیلات	کارشناسی	۹/۶
	کارشناسی	۳۸/۷
	دکتر	۵۱/۷

جدول ۲- عوامل تاثیرگذار بر نقش پزشکان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت روستایی پس از اجرای طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان سال ۱۴۰۲

طبقه اصلی	طبقه فرعی	کداصلی (مضمون)
ارائه خدمات	نقاط قوت	الگوپردازی از ساختار مراقبت های اولیه سایر کشورها مدیریت تیم سلامت در تمامی مراکز روستایی تغییر در ارائه خدمات از گروه های هدف به رده های سنی بالارفتن شاخص های سلامتی در حوزه روستا
	نقاط ضعف	نبود نوآوری در خدمات ارائه شده و تغییر در نیازها در طول سالیان بوروکراسی پیچیده و موازی کاری گسترده حجم کاری بالا به دلیل جمعیت بالای تحت پوشش مشکلات نظام ارجاع به سطوح بالاتر تغییرات مکرر دستورالعمل ها و عدم آموزش به موقع نگاه یک پارچه به کل کشور (عدم تناسب بین نیاز های نقاط مختلف و قوانین مصوب) ادغام برنامه های جدید و وجود برنامه های قدیمی بحران کرونا و غافل شدن از فعالیت های روتین
سامانه یکپارچه بهداشت (سیب)	نقاط قوت	تشکیل پرونده سلامت خانوار به صورت الکترونیک یکپارچگی سامانه سیب در کل کشور
	نقاط ضعف	عدم وجود اینترنت مناسب در روستا و مشکلات نرم افزاری عدم اتصال به سامانه های سطوح بالاتر کاهش ارتباط با مردم به دلیل تمرکز بر ثبت سامانه ثبت زیاد و وقت گیر بودن ثبت خدمات عدم امکان دریافت خروجی مناسب از سامانه وجود همزمان فرم های کاغذی و سامانه و اتلاف وقت
منابع	منابع انسانی	کمبود نیروی انسانی بومی بخصوص در روستا های دور افتاده تامین پزشک بازای جمعیت در اکثر مناطق روستایی تغییر و جابجایی بالا تغییر و جابجایی بالا به دلیل کوتاه بودن دوره طرح عدم ماندگاری نیروی انسانی نبود بهورز در بسیاری از روستاها
	منابع مالی	تورم زیاد و بی ارزش شدن پول ملی تاخیر در پرداخت حقوق، کارانه و حق بیتوته کاهش قابل ملاحظه اعتبارات مالی
	زیرساخت ها و تجهیزات	تجهیز نبودن پانسیون مراکز روستایی مناسب نبودن پانسیون پزشک در روستا

<p>شناخت ناکافی مردم از خدمات طرح تحول در حوزه بهداشت عدم مراجعه مردم جهت دریافت خدمات سلامت تعارف پایین ویزیت و کم اهمیت دیده شدن خدمات پزشک خانواده عدم اعتماد به خدمات سلامت شرایط اقلیمی و اجتماعی، فرهنگی محدودیت خدمات در مرکز و پاسخگو نبودن به نیاز مراجعین</p>	<p>آگاهی و شناخت</p>	<p>مردم و دریافت کننده گان خدمات</p>
<p>عدم تمایل به مشارکت مردم و سایر نهاد ها در برنامه های بهداشتی ترس از مراجعه به دلیل بیماری کرونا متناسب نبودن جنسیت خدمت دهنده و خدمت گیرنده ارائه خدمات بدون توجه به نیاز های جامعه</p>	<p>جلب مشارکت مردم</p>	
<p>نیبود نظارت صحیح نظارت غیرمؤثر از طریق تعداد ثبتیات سامانه و.. و راستی آزمایی ناقص اثربخشی نامناسب نظارت ها به دلیل محدودیت های مالی</p>	<p>نظارت بر عملکرد</p>	<p>پایش و نظارت</p>
<p>ایجاد منابع مالی پایدار و کافی اصلاح ساختار ستاد مبنی بر شرایط ساختاری جدید در محیط</p>	<p>پیشنهادات مالی  پیشنهادات ساختاری</p>	<p>پیشنهادات</p>
<p>ارائه خدمات مناسب و با کیفیت تر بجای پر کردن فرم های مختلف مناسب سازی خدمات براساس نیاز های مناطق جغرافیایی</p>		

## References

1. Janamian T, Dawda P, Jammal W. Achieving person-centred primary health care through value co-creation. *Med J Aust*. 2022 Jun 6; 216(10):518-519. doi: 10.5694/mja2.51538. PMID: 35665511.
2. Hatami A, Khammarnia M, Zanganeh Baygi M, Peyvand M. Explaining Experiences of Managers, Employees, and Contractor Companies about the Challenges of Health Services Outsourcing at Zahedan University of Medical Sciences. *J Health Res Commun* 2023; 9(1):62-74. URL: <http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-805-fa.html>
3. Pourfarid Y, Hojat M. A survey of nurses, midwives, and physicians attitudes in regard to health reform plan at Jahrom University of Medical Sciences in 2020. *J Educ Health Promot*. 2022 Feb 26;11:63. doi: 10.4103/jehp.jehp\_967\_20. PMID: 35372604; PMCID: PMC8974998.
4. Assari Arani A, Atashbar T, Antoun J, Bossert T. Iran's Health Reform Plan: Measuring Changes in Equity Indices. *Iran J Public Health*. 2018 Mar;47(3):390-396. PMID: 29845027; PMCID: PMC5971176.
5. Rebicki CVM, Ryan BL, Ratzki-Leewing A, Tremblay PF, Harris SB. Family Physician Clinical Inertia in Managing Hypoglycemia. *Prim Care Diabetes*. 2022 Jun;16(3):417-421. doi: 10.1016/j.pcd.2022.02.005. Epub 2022 Feb 24. PMID: 35221245.
6. Heidarian Naeini A, Mahmoudi G, Yazdani Charati J. Health care quality model of family physician program in Iran (mixed method). *Caspian J Intern Med*. 2022 Fall;13(4):666-674. doi: 10.22088/cjim.13.4.666. PMID: 36420344; PMCID: PMC9659823.
7. Ghram A, Ayadi H, Knechtel B, Ben Saad H. What should a family physician know about nutrition and physical exercise rehabilitation' advices to communicate to 'long-term COVID-19' patients? *Postgrad Med*. 2022 Mar; 134(2):143-147. doi: 10.1080/00325481.2022.2035589. Epub 2022 Feb 9. PMID: 35083948.
8. Setoodehzadeh F, Nasaji M, Azizi N, Peyvand M. Evaluating the Health System Responsiveness after the Implementation of the Health System Transformation Plan in Zahedan. *J Health Res Commun* 2023; 8(4):39-50. URL: <http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-734-fa.html>
9. Bayati M, Rashidian A, Yazdi-Feyzabadi V, Delavari S. Influencing factors on the tendency of general practitioners to join in urban family physician program: a cross-sectional survey on Iranian physicians. *Cost Eff Resour Alloc*. 2022 Aug 17;20(1):41. doi: 10.1186/s12962-022-00373-0. PMID: 35978402; PMCID: PMC9386937.
10. Chiwire P, Evers SM, Mahomed H, Hiligsmann M. Willingness to pay for primary health care at public facilities in the Western Cape Province, Cape Town, South Africa. *Journal of Medical Economics*. 2021 Jan 22:1.
11. Khammarnia M, Setoodehzadeh F, Peyvand M, Setayesh A H, Rezaei K, KordTamini A, et al . Evaluation of Integrated Health System Technology Acceptance among the users of Health Centers of Zahedan University of Medical Sciences; Iran. *EBHPME*. 2019; 3(3):154-161.
12. Hazhir F, Jahanbakhsh M, Peikari H, Saghaeiannejad-Isfahani S. Investigating the Realization of the Consequences of Using the Integrated Health System (SIB) from Users' Point of View in Primary Healthcare Centers in Isfahan, Iran. 2020; 16(2):136-142.
13. Taherinia M, hasanvand A. Economic consequences of Covid-19 disease on the Iranian economy; With an emphasis on employment. 2020; 9(3):43-58.

URL: <http://ijnv.ir/article-1-737-fa.html>  
[Persian]

14. Gile PP, van de Klundert J, Buljac-Samardzic M. Human resource management in Ethiopian public hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2022 Jun 10;22(1):763. doi: 10.1186/s12913-022-

08046-7. PMID: 35689209; PMCID: PMC9188153.

15. Peikanpour M, Esmali S, Yousefi N, Aryaeinezhad A, Rasekh H. A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan. *Payesh (Health Monitor).* 2018 Oct 15;17(5):481-94.

## Explaining the Experiences of Family Physicians of Rural Centers and Managers after Implementation of the Health Transformation Plan of the Public Health Section in Zahedan University of Medical Sciences in 2023

Jalal Big Mohammadi<sup>1</sup>, Mehdi Zanganeh Baygi<sup>2</sup>

1- MSc. Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

2- Ph.D. Associate Professor, Department of Public Health, School of Health, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

\*Corresponding Author: Dr.mzanganeh@hotmail.com

Received: Jan 1, 2024

Accepted: Mar 3, 2024

### ABSTRACT

**Background and Aim:** The Health Transformation Plan (HTP) has been developed to be implemented in the rural areas with the goal of easy access of the villagers to the physician, their equitable benefit of the public facilities and improving the outpatient services. The present study was conducted to find and explain the experiences of family physicians of the rural centers and managers after the execution of HTP of the public health sector in Zahedan University of Medical Sciences (ZAUMS), Zahedan, Iran.

**Materials and Methods:** This was a qualitative study using the content analysis method conducted in 1402 in the public health section in ZAUMS. The research population was the physicians and managers working in the rural areas of ZAUMS between 2015 and 2022; a sample was selected using the purposeful sampling method. Data were collected using the semi-structured interview based on the interview guide; content analysis was done using contract analytics.

**Results:** A group of 31 individuals including 20 men and 11 women and 19 physicians and 12 managers entered the study. Data were collected, analyzed and grouped in 6 main classes, namely, service delivery, integrated health system, resources, people and service recipients, monitoring and supervision, and suggestions; 12 sub-classes were extracted.

**Conclusion:** Based on the results of this study it can be concluded that appropriate training, service quality, financial support, and sustainable skilled manpower are the factors that will help solve the challenges in the Health Transformation Plan. On the other hand, considering that one of the components of the health system for successful implementation of the Health Transformation Plan is human resources, the ability and flexibility of the personnel play an important role in the speed of service delivery and service quality.

**Keywords:** Health Transformation Plan, Public Health Section, Family Physician

Copyright © 2024 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.