

## سطح آشنایی و نگرش جمعیت تحت پوشش از ضوابط و الزامات برنامه پزشک خانواده شهری ایران

محمدجواد کبیر (PhD)<sup>۱</sup>، حسن اشرفیان امیری (MD)<sup>۲</sup>، سیدمظفر ربیعی (MD)<sup>۳</sup>، زهرا حسن‌زاده رستمی (MSc)<sup>۴</sup>، کورش فرزین (MD)<sup>۵</sup>، سیدداود نصرالله‌پور شیروانی (PhD)<sup>۶</sup>، سهیلا حسینی (MD)<sup>۷</sup>

۱- مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۳- مرکز تحقیقات سرطان، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۴- دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۵- سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران

دریافت: ۹۷/۱/۲۷، اصلاح: ۹۷/۵/۱۶، پذیرش: ۹۷/۷/۲

### خلاصه

**سابقه و هدف:** در نظام ارایه خدمات سلامت چنانچه گیرندگان خدمت با خدمات قابل ارایه و ضوابط تعیین شده آن آشنا و نگرش مثبتی به آن داشته باشند، ضمن برخورداری به موقع از همه مزایای برقرار شده، می‌توانند تیم سلامت را در بهبود و اثربخشی مداخلات سلامت یاری نمایند. این مطالعه با هدف تعیین سطح آشنایی و نگرش جمعیت تحت پوشش از ضوابط و الزامات برنامه پزشک خانواده شهری انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه مقطعی در زمستان ۱۳۹۵ بر روی جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده شهری که به صورت خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند، انجام گرفت. در هر خوشه ۱۰ خانوار و در هر خانوار یک نفر بالای ۲۰ سال در دسترس مورد پرسشگری قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته شامل ۲ بخش متغیرهای فردی و آشنایی از ضوابط و الزامات برنامه با ۳۴ سؤال باز و بسته جمع‌آوری و ارزیابی گردید.

**یافته‌ها:** از بین ۱۷۶۹ نفر مورد بررسی، سطح آشنایی ۵۵۱ نفر (۳۱/۱٪) از برنامه پزشک خانواده شهری کم، ۶۹۵ نفر (۳۹/۳٪) متوسط، ۵۲۳ نفر (۲۹/۶٪) زیاد بود. ۸۴۶ نفر (۵۶/۱٪) نگرش مثبت و ۶۶۳ نفر (۳۷/۹٪) نگرش منفی به ضوابط و الزامات برنامه داشتند. هشت متغیرهای فردی و اجتماعی در سطح آشنایی و شش متغیر در سطح نگرش افراد تاثیرگذار بود ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه نشان داد که بیش از ۵۰٪ از جمعیت تحت پوشش آشنایی و نگرش مثبت از برنامه پزشک خانواده شهری داشتند، اما بعضی از متغیرهای فردی و اجتماعی در آن تاثیرگذار می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** سطح آشنایی، سطح نگرش، پزشک خانواده شهری، استان‌های فارس و مازندران.

### مقدمه

صحيح برنامه‌های سلامت و تداوم و حفظ موفقیت‌های آن (۴-۵)، مطالعات نشان می‌دهند که این موضوع در نزد مدیران و مجریان نظام مراقبت سلامت چندان جدی گرفته نشده است. در مطالعه انجام شده در استان‌های شمالی ایران از بین ۱۰۸۱ نفر بیمه شده بالای ۲۰ سال، سطح آشنایی ۳۳ نفر (۳ درصد) در برنامه پزشک خانواده روستایی خوب، ۴۱۶ نفر (۳۸/۵ درصد) متوسط و ۶۳۲ نفر (۵۸/۵ درصد) ضعیف بود و بین جنس، سن، سطح تحصیلات و سطح آشنایی رابطه معنی‌دار وجود داشت (۶). در مطالعه‌ای که آگاهی ۱۱۰۰ نفر از روستائیان شهرستان شهرکرد نسبت به اجرای برنامه پزشک خانواده مورد بررسی قرار گرفت، سطح آگاهی ۱/۳ درصد در سطح عالی، ۱۴/۵ درصد خوب، ۵۲/۴ درصد متوسط و ۳۰/۹ درصد در سطح ضعیف بوده است (۷). در مطالعه Shams و همکاران میانگین آگاهی کل ۴۰۰ نفر

هر نظام بهداشتی درمانی که با یک ساختار و چارچوبی شکل می‌گیرد، ضوابط اجرایی آن ممکن است تفاوت‌هایی از سطح خیلی محدود تا سطح بسیار گسترده‌ای را ایجاد نماید (۱). برنامه پزشک خانواده شهری که با نسخه ۰۲ در دو استان فارس و مازندران اجرا شد (۲) ضمن شباهت‌های زیاد با مرکز بهداشتی درمانی سابق و پزشک خانواده و بیمه روستایی، تفاوت‌های قابل توجه‌ای با واحدهای مذکور دارد که آشنایی مردم یا جمعیت تحت پوشش با بعضی از ضوابط اجرایی آن ضروری خواهد بود. طبیعی است که اگر گیرندگان خدمت با خدمات قابل ارایه و ضوابط تعیین شده آن آشنا و نسبت به آن نگرش مثبت داشته باشند، ضمن برخورداری به موقع از همه مزایای برقرار شده، می‌توانند تیم سلامت را در بهبود و اثربخشی مداخلات سلامت یاری نمایند (۳). اما علی‌رغم اهمیت آشنایی مردم در اجرای

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۹۶/۲۳۶۴۰۲ سازمان بیمه سلامت ایران می‌باشد.

\*مسئول مقاله: دکتر سید داوود نصرالله‌پور شیروانی

آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی، گروه آموزش عمومی. تلفن: ۰۱۱-۳۲۱۹۰۶۳۱

قرار گرفت. داده‌ها با مراجعه به منازل خانوارهای منتخب تحت پوشش برنامه پزشک خانواده شهری به روش مصاحبه با یک نفر از اعضای خانوار در دسترس که بیشترین اطلاعات را در خصوص وضعیت پوشش خانوار خود در برنامه پزشک خانواده شهری داشتند (بالای ۲۰ سال، ترجیحا سرپرست خانوار)، جمع‌آوری شد. سطح نگرش با مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرت (کاملاً موافق=۵، موافق=۴، بدون نظر=۳، مخالف=۲ و کاملاً مخالف=۱) کدگذاری گردید. با توجه مطالعات انجام شده (۵)، سطح آشنایی کلی افراد هم به سه سطح کم (کمتر از ۴۰ درصد کل شناخت)، متوسط (بین ۴۰ تا ۶۰ درصد کل شناخت) و زیاد (بیش از ۶۰ درصد کل شناخت) طبقه‌بندی شد. سطح نگرش همچنین به دو گروه نگرش مثبت (موافق و خیلی موافق) و نگرش منفی (مخالف و خیلی مخالف) تفکیک شد و آنهایی که نظری نداشتند به عنوان گروه با نگرش خنثی در تحلیل حذف شدند.

داده‌ها با استفاده از آزمون Chi-Square برای متغیرهای کیفی اسمی، آزمون Spearman برای تعیین همبستگی بین متغیرهای رتبه‌ای و آزمون Stepwise Backward Logistic Regression Model برای متغیرهای طبقه‌بندی شده دو گروهی در نرم‌افزار SPSS-23 تجزیه و تحلیل شدند و  $P < 0.05$  معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

از بین ۱۷۶۹ نفر مورد بررسی، ۸۹۷ نفر (۵۰/۷٪) از استان فارس و ۸۷۲ نفر (۴۹/۳٪) از استان مازندران بودند. میانگین سنی افراد ساکن استان فارس  $44/9 \pm 14/5$  سال و ساکن استان مازندران  $47/3 \pm 14/4$  سال بود (جدول ۱). در کل سطح آشنایی ۵۵۱ نفر (۳۱/۱٪) از برنامه پزشک خانواده شهری کم، ۶۹۵ نفر (۳۹/۳٪) متوسط و ۵۲۳ نفر (۲۹/۶٪) زیاد بود. در استان فارس سطح آشنایی ۲۷۸ نفر (۳۱/۰٪) کم، ۳۵۴ نفر (۳۹/۵٪) متوسط و ۲۶۵ نفر (۲۹/۵٪) زیاد بود. در استان مازندران سطح آشنایی ۲۷۳ نفر (۳۱/۳٪) کم، ۳۴۱ نفر (۳۹/۱٪) متوسط و ۲۵۸ نفر (۲۹/۶٪) زیاد بود. بین سطح آشنایی و استان محل سکونت افراد مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار وجود نداشت (جدول ۲).

در تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت آنالیز دو متغیره دو به دو کلیه ۱۷ متغیر در آنالیز واریانس چندمتغیره چند مرحله‌ای (Backward LR) به طور همزمان بررسی گردید و ارتباط معنی‌دار هشت متغیر با سطح آشنایی و شش متغیر با سطح نگرش مورد تأیید قرار گرفت. در آنالیز واریانس چندمتغیره چند مرحله‌ای، با ۱۰ مرحله آزمون، نهایتاً ۸ متغیر به عنوان عوامل تأثیرگذار در سطح آشنایی جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده شهری مورد تأیید قرار گرفت و ۹ متغیر دیگر شامل تعداد اعضای خانوار، برخورداری از بیمه تکمیلی، اعضای مبتلا به بیماری‌های مزمن، شغل، مسافت بین منزل تا محل کار پزشک خانواده با پای پیاده و با وسیله نقلیه، استان محل سکونت، شهر محل سکونت (دانشگاهی/غیردانشگاهی) و سابقه تعویض پزشک خانواده به عنوان عوامل غیرتأثیرگذار در سطح آشنایی حذف شده است (جدول ۳). هم‌میتور در آنالیز واریانس چندمتغیره چند مرحله‌ای، با ۱۲ مرحله آزمون، نهایتاً شش متغیر به عنوان عوامل تأثیرگذار در سطح نگرش جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده شهری مورد تأیید قرار گرفت و ۱۱ متغیر دیگر به عنوان عوامل غیرتأثیرگذار در سطح نگرش حذف شده است.

مورد بررسی در خصوص نظام ارجاع برابر با ۵۹/۲ از ۱۰۰ و سطح آگاهی ۷ درصد افراد خیلی ضعیف، ۳۷ درصد ضعیف، ۳۱ درصد متوسط و ۲۵ درصد خوب بوده است (۸). در مطالعه‌ای که آگاهی و رفتار ۱۲۵۷ نفر ساکن شهر شیراز نسبت به قوانین و مزایای برنامه پزشک خانواده شهری مورد بررسی گرفت، آگاهی مردم از کل ۱۹ نمره،  $5 \pm 2/7$  بود و آگاهی ۱۱۲۱ نفر (۸۹/۲ درصد) در سطح پایینی قرار داشت (۹). در اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران گرچه ممکن است اقداماتی در راستای اطلاع رسانی به منظور افزایش سطح آگاهی مردم از ساز و کارهای اجرایی آن انجام گرفته باشد، ولی بررسی جامعی در خصوص نتایج و اثربخشی آن وجود ندارد. واحد کالسنتر (Call Center) که با شروع اجرای برنامه، در مرکز بهداشت هر شهرستان با شماره ۱۵۹۰ به منظور پاسخ به سئوالات رایج شهروندان در باره ضوابط اجرای برنامه پزشک خانواده شهری و رسیدگی به شکایات آنها فعال گردید، فاقد نظام ثبتی جهت ارزیابی میزان شناخت مردم از برنامه پزشک خانواده شهری می‌باشد (۱۰).

با توجه به اهمیت شناخت و نگرش مردم در پذیرش خدمات قابل ارایه در برنامه پزشک خانواده شهری و تأثیر آن در بهبود و اثربخشی مداخلات سلامت، این مطالعه با هدف تعیین سطح آشنایی و نگرش جمعیت تحت پوشش از ضوابط و الزامات برنامه پزشک خانواده شهری انجام گرفت.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی در زمستان ۱۳۹۵ پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل با کد IR.MUBABOL.REC. ۱۳۹۷.۰۳۳ در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر جمعیت دو استان فارس و مازندران انجام شد. با توجه به فرمول برآورد حجم نمونه و ضریب اطمینان ۹۵ درصد و پوشش ۹۰ درصد جمعیت (۰/۹) و دقت ۰/۰۲، ۸۶۴ خانوار برای هر استان محاسبه شد که این تعداد خانوار بر اساس توصیه سازمان جهانی بهداشت و الگوی اجرایی طرح کشوری DHS به خوشه‌های ۱۰ خانواری تقسیم و با توجه به تعداد خانوارهای شهری آنها با کمی دست بالا گرفتن توزیع شد.

سرخوشه‌های منطقه شهری هر شهرستان با استفاده از اطلاعات آخرین سرشماری خانوار موجود در مرکز بهداشت آن شهرستان به صورت تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته شامل سه بخش: الف- ۱۷ متغیر فردی و اجتماعی (استان و شهر محل سکونت (دانشگاهی/غیردانشگاهی)، جمعیت شهری محل سکونت، جنس، سن، تحصیلات، تاهل، شغل، سوابق مراجعه به پزشک خانواده، تعداد اعضای خانوار، برخورداری از بیمه تکمیلی، اعضای مبتلا به بیماری‌های مزمن، مسافت بین منزل تا واحد بهداشتی با پای پیاده و با وسیله نقلیه، سابقه تعویض پزشک، انتخاب پزشک خانواده، مقبولیت پزشک خانواده)، ب- آشنایی با برنامه پزشک خانواده شهری (با ۱۳ سؤال بسته دو تا سه گزینه‌ای حداکثر با ۱۴ نمره) و ج- نگرش به برنامه پزشک خانواده شهری (با دو سؤال بسته با مقیاس لیکرت) جمع‌آوری شد.

روایی آن به شکل صوری و با اعمال نظر تعداد ۸ نفر از صاحب‌نظران و متخصصین حوزه مربوطه شامل ۴ نفر از کارشناسان بیمه، دو نفر از پزشکان خانواده و دو نفر از کارشناسان بهداشت و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۹۱ درصد مورد تأیید

جدول ۱. مشخصات فردی و اجتماعی افراد مورد بررسی در استان‌های فارس و مازندران

متغیرهای فردی و اجتماعی	فراوانی	فارس تعداد(درصد)	مازندران تعداد(درصد)	کل تعداد(درصد)
جنس	مرد	۲۳۸(۲۶/۹)	۲۲۲(۲۵/۸)	۴۶۰(۲۶/۳)
	زن	۶۵۱(۷۳/۱)	۶۳۹(۷۴/۲)	۱۲۹۰(۷۳/۷)
وضعیت تاهل	مجرد	۱۶۰(۱۸/۳)	۱۱۲(۱۳/۳)	۲۷۲(۱۵/۸)
	متاهل	۷۱۶(۸۱/۷)	۷۳۳(۸۶/۷)	۱۴۴۹(۸۴/۲)
سطح تحصیلات	بیسواد	۵۷(۶/۴)	۱۰۴(۱۲/۲)	۱۶۱(۹/۲)
	خواندن و نوشتن تا پنجم ابتدایی	۱۸۸(۲۱/۱)	۱۶۱(۱۸/۹)	۳۴۹(۲۰/۰)
	راهنمایی	۱۵۷(۱۷/۶)	۱۱۶(۱۳/۶)	۲۷۳(۱۵/۶)
	دبیرستان	۵۱(۵/۷)	۳۵(۴/۱)	۸۶(۴/۹)
	دیپلم	۲۴۶(۲۷/۵)	۲۶۹(۳۱/۵)	۵۱۵(۲۹/۵)
	دانشگاهی	۱۹۴(۲۱/۷)	۱۶۹(۱۹/۸)	۳۶۳(۲۰/۳)
شغل	شاغل دستگاه‌های دولتی	۳۰(۵/۷)	۴۸(۵/۷)	۷۸(۴/۵)
	شاغل کارخانجات و کارگاه‌های خصوصی	۲۰(۲/۴)	۲۰(۲/۴)	۴۰(۲/۳)
	شاغل آزاد	۱۳۱(۱۴/۸)	۱۳۰(۱۵/۴)	۲۶۱(۱۵/۱)
	بازنشسته	۸۸(۹/۹)	۸۶(۱۰/۲)	۱۷۴(۱۰/۱)
	خانه‌دار	۵۸۱(۶۵/۶)	۵۳۳(۶۳/۲)	۱۱۱۴(۶۴/۴)
	سایر	۳۶(۴/۱)	۲۷(۳/۲)	۶۳(۳/۶)
جمعیت شهری شهرستان محل سکونت	۲۰ تا ۵۰ هزار نفر	۱۰۳(۱۱/۵)	۱۰۸(۱۲/۴)	۲۱۱(۱۱/۹)
	۵۰ تا ۱۰۰ هزار نفر	۱۱۷(۱۳/۰)	۱۸۶(۲۱/۳)	۳۰۳(۱۷/۱)
	۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار نفر	۱۷۲(۱۹/۲)	-	۱۷۲(۹/۷)
	بالای ۲۰۰ هزار نفر	۵۰۵(۵۶/۳)	۵۷۸(۶۶/۳)	۱۰۸۳(۶۱/۲)
سوابق معمول مراجعه به پزشک خانواده	اصلا	۳۳(۳/۷)	۶۶(۸/۲)	۹۹(۵/۹)
	یکبار تا به حال	۴۰(۴/۵)	۴۵(۵/۶)	۸۵(۵/۰)
	سالی یکبار	۷۵(۸/۵)	۷۳(۹/۱)	۱۴۸(۸/۸)
	هر ۶ ماه یکبار	۱۸۳(۲۰/۷)	۱۳۲(۱۶/۴)	۳۱۵(۱۸/۷)
	هر سه ماه یکبار	۳۰۶(۳۴/۶)	۲۷۰(۳۳/۶)	۵۷۶(۳۴/۱)
	ماهانه	۲۴۷(۲۷/۹)	۲۱۸(۲۷/۱)	۴۶۵(۲۷/۵)
	عدم تعویض	۶۰۱(۶۴/۴)	۶۳۷(۷۳/۴)	۱۲۳۸(۷۰/۳)
دفعات تعویض پزشک خانواده خانوار	یکبار	۲۰۴(۲۲/۹)	۲۰۷(۲۳/۸)	۴۱۱(۲۲/۴)
	دو بار و بیشتر	۸۷(۹/۸)	۲۴(۲/۸)	۱۱۱(۶/۳)
	با شناخت قبلی و تمایلات شخصی انجام گرفت	۵۸۳(۶۵/۴)	۴۵۵(۵۲/۴)	۱۰۳۸(۵۹/۰)
انتخاب پزشک خانواده	بدون شناخت قبلی و تمایلات شخصی انجام گرفت	۳۰۹(۳۴/۶)	۴۱۳(۴۷/۶)	۷۲۲(۴۱/۰)
	کاملا قبول داشتند	۵۷۶(۶۴/۸)	۵۴۴(۶۲/۷)	۱۱۲۰(۶۳/۸)
اعضای خانوار، پزشک خانواده فعلی خود را	تا حدودی قبول داشتند	۳۱۰(۳۴/۹)	۳۲۰(۳۶/۹)	۶۳۰(۳۵/۹)
	قبول نداشتند	۳(۰/۳)	۳(۰/۳)	۶(۰/۳)

جدول ۲. سطح آشنایی و نگرش اعضای خانوار از ضوابط و تسهیلات برنامه پزشک خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران

P-value	مازندران		فارس		محل سکونت	موارد آشنایی
	تعداد(درصد)	کل	تعداد(درصد)	کل		
./...	۱۵۶۸(۸۹/۱)	۷۶۳(۸۷/۹)	۸۰۵(۹۰/۲)	۸۰۵(۹۰/۲)	می‌دانستند	دانستن نام یا نام خانوادگی پزشک خانواده شهری خود
	۱۹۲(۱۰/۹)	۱۰۵(۱۲/۱)	۸۷(۹/۸)	۸۷(۹/۸)	نمی‌دانستند	
./۰۱۱	۵۶۲(۳۲/۱)	۲۵۵(۲۹/۴)	۳۰۷(۳۴/۷)	۳۰۷(۳۴/۷)	می‌دانستند	دانستن نام یا نام خانوادگی مراقب سلامت خود
	۱۱۹۱(۶۷/۹)	۶۱۲(۷۰/۵)	۵۷۹(۵۵/۲)	۵۷۹(۵۵/۲)	نمی‌دانستند	
./...	۸۶۷(۴۹/۵)	۳۸۷(۴۴/۷)	۴۸۰(۵۴/۲)	۴۸۰(۵۴/۲)	می‌دانستند	دانستن داشتن حداقل یک پزشک خانواده جانشین
	۸۸۳(۵۰/۵)	۴۷۸(۵۵/۳)	۴۰۵(۴۵/۸)	۴۰۵(۴۵/۸)	نمی‌دانستند	
./۰۰۱	۶۴۵(۳۷/۶)	۲۸۷(۳۳/۹)	۳۵۸(۴۱/۲)	۳۵۸(۴۱/۲)	می‌دانستند	دانستن نام یا نام خانوادگی پزشک خانواده جانشین
	۱۰۶۹(۶۲/۴)	۵۵۹(۶۶/۱)	۵۱۰(۵۸/۸)	۵۱۰(۵۸/۸)	نمی‌دانستند	
./...	۶۸۷(۴۰/۲)	۲۹۵(۳۵/۰)	۳۹۲(۴۵/۴)	۳۹۲(۴۵/۴)	می‌دانستند	دانستن آدرس مطب پزشک خانواده جانشین
	۱۰۲۰(۵۹/۸)	۵۴۹(۶۵/۰)	۴۷۱(۵۴/۶)	۴۷۱(۵۴/۶)	نمی‌دانستند	
./...	۱۴۲۷(۸۱/۷)	۶۷۶(۷۸/۴)	۷۵۱(۸۵/۰)	۷۵۱(۸۵/۰)	می‌دانستند	دانستن شیفت یا ساعات کار پزشک خانواده شهری
	۳۱۹(۱۸/۳)	۱۸۶(۲۱/۶)	۱۳۳(۱۵/۰)	۱۳۳(۱۵/۰)	نمی‌دانستند	
./...	۸۳۴(۹۶/۲)	۸۳۴(۹۶/۲)			می‌دانستند	دانستن رایگان بودن ویزیت پزشک خانواده شهری*
	۳۳(۳/۸)	۳۳(۳/۸)			نمی‌دانستند	
./...	۸۵۳(۴۹/۶)	۴۸۹(۵۶/۴)	۳۶۴(۴۲/۷)	۳۶۴(۴۲/۷)	می‌دانستند	دانستن رایگان بودن تزریقات، پانسمان و وصل سرم
	۸۶۷(۵۰/۴)	۳۷۸(۴۳/۶)	۴۸۹(۵۷/۳)	۴۸۹(۵۷/۳)	نمی‌دانستند	
./...	۱۰۷۴(۶۱/۳)	۴۵۲(۵۲/۰)	۶۲۲(۷۰/۵)	۶۲۲(۷۰/۵)	می‌دانستند	دانستن نرخ ویزیت پزشک متخصص (با فرم ارجاع)
	۶۷۹(۳۸/۷)	۴۱۷(۴۸/۰)	۲۶۲(۲۹/۵)	۲۶۲(۲۹/۵)	نمی‌دانستند	
./۰۰۱	۱۴۳۲(۸۱/۵)	۷۳۲(۸۴/۳)	۷۰۰(۷۸/۷)	۷۰۰(۷۸/۷)	می‌دانستند	دانستن داشتن پرونده سلامت اعضای خانوار در نزد پزشک خانواده
	۳۲۶(۱۸/۵)	۱۳۶(۱۵/۷)	۱۹۰(۲۱/۳)	۱۹۰(۲۱/۳)	نمی‌دانستند	
./۰۳۰	۷۴۰(۴۲/۴)	۳۴۳(۳۹/۸)	۳۹۷(۴۴/۸)	۳۹۷(۴۴/۸)	می‌دانستند	دانستن محل دریافت خدمات اورژانسی بعد از ساعت ۸ شب
	۱۰۰۷(۵۷/۶)	۵۱۸(۶۰/۲)	۴۸۹(۵۵/۲)	۴۸۹(۵۵/۲)	نمی‌دانستند	
./...	۱۴۵(۸/۳)	۵۱(۵/۹)	۹۴(۱۰/۵)	۹۴(۱۰/۵)	می‌دانستند	دانستن شماره تماس Call Center
	۱۶۰۸(۹۱/۷)	۸۱۴(۹۴/۱)	۷۹۴(۸۹/۴)	۷۹۴(۸۹/۴)	نمی‌دانستند	
./...	۳۲(۱/۸)	۵(۰/۶)	۲۷(۳/۱)	۲۷(۳/۱)	کاملاً آشنا	آشنایی با وظایف و مساعدت‌های Call Center
	۳۶(۲/۱)	۱۲(۱/۴)	۲۴(۲/۸)	۲۴(۲/۸)	تا حدودی آشنا	
./...	۱۶۶۲(۹۶/۱)	۸۴۱(۹۸/۰)	۸۲۱(۹۴/۲)	۸۲۱(۹۴/۲)	ناآشنا	
	۶۶۳(۳۷/۵)	۲۴۸(۲۸/۴)	۴۱۵(۴۳/۳)	۴۱۵(۴۳/۳)	مخالف	
./...	۲۶۰(۱۴/۷)	۱۷۶(۲۰/۲)	۸۴(۹/۳)	۸۴(۹/۳)	بی‌نظر	سطح نگرش**
	۸۶۴(۴۷/۸)	۴۴۸(۵۱/۴)	۳۹۸(۴۴/۴)	۳۹۸(۴۴/۴)	موافق	

\* در استان فارس ویزیت پزشک خانواده شهری رایگان نبود. \*\* ۲۳/۳ درصد افراد مخالف الزام‌آور بودن برخورداری هر شهروند به یک پزشک خانواده و ۳۶/۵ درصد مخالف الزام‌آور بودن مراجعه به سطح ۲ منوط به ارجاع پزشک خانواده بودند. بین میزان عمده موارد آشنایی و همچنین سطح نگرش افراد مورد بررسی و استان محل سکونت رابطه معنی‌داری وجود داشت. بین سطح آشنایی و سطح نگرش هم یک ارتباط مستقیم معنی‌دار وجود داشت ( $P=۰/۰۰۵$  &  $r=+۰/۰۷۲$ ).

جدول ۳. ارتباط بین متغیرهای فردی، خانوادگی و اجتماعی با سطح آشنایی و سطح نگرش مردم از برنامه پزشک خانواده شهری

سطح نگرش (مخالف/ موافق)			سطح آشنایی (ناکافی/ نسبتا کافی)			متغیر مورد بررسی
P-value	CI-95%	OR (B)Exp	P-value	CI-95%	OR (B) Exp	
			۰/۰۱۶	۰/۵۱۹-۰/۹۳۶	۰/۶۹۷	جنس (مرد/ زن)*
			۰/۰۰۱	۱/۲۱۵-۲/۰۸۰	۱/۵۹۰	سن (۱۵-۴۵ سال / ۴۶-۹۰ سال)*
			۰/۰۰۰	۰/۳۳۸-۰/۷۱۱	۰/۴۹۰	وضعیت تاهل (مجرد/ متاهل)*
۰/۰۰۴	۱/۱۳۳-۱/۹۱۴	۱/۴۷۳	۰/۰۰۰	۰/۴۶۸-۰/۸۰۱	۰/۶۱۲	تحصیلات (بی سواد تا دبیرستان/ دیپلم و دانشگاهی)*
			۰/۰۰۰	۰/۳۲۴-۰/۵۵۷	۰/۴۲۴	سوابق مراجعه (عدم مراجعه تا هر ششماه یکبار/ مراجعه فصلی و ماهانه)*
			۰/۰۰۰	۲/۲۵۱-۳/۸۸۱	۲/۹۵۶	انتخاب پزشک خانواده (با شناخت قبلی / بدون شناخت قبلی)*
۰/۰۰۰	۱/۹۶۷-۳/۴۰۳	۲/۵۸۷	۰/۰۰۰	۱/۵۶۲-۲/۷۴۲	۲/۰۶۹	مقبولیت پزشک خانواده (کاملا قبول داشتند/ نسبتا قبول داشتند)*
۰/۰۰۰	۱/۹۳۱-۳/۵۷۳	۲/۶۲۷	۰/۰۰۹	۰/۵۲۲-۰/۹۱۰	۰/۶۸۹	جمعیت شهری شهر محل سکونت (زیر ۱۰۰ هزار نفر / بالای ۱۰۰ هزار نفر)*
۰/۰۰۰	۰/۴۴۲-۰/۷۵۸	۰/۵۷۹				استان محل سکونت (فارس / مازندران)*
۰/۰۰۰	۱/۱۶۹-۲/۰۵۴	۱/۵۴۹				سابقه تعویض پزشک خانواده (نداشتند/ داشتند)*
۰/۰۰۰	۱/۷۲۰-۳/۰۶۱	۲/۲۹۵				فاصله منزل تا محل دریافت خدمات با وسیله نقلیه (تا ۵ دقیقه / بیش از ۵ دقیقه)*

### بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه سطح آشنایی جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده شهری عمدتاً در سطح متوسط (بین ۴۰ تا ۶۰ درصد کل شناخت لازم) بود که در مقایسه با مطالعه Motlagh و همکاران، شناخت بالاتری را نشان می‌دهد (۶). اختلاف نتایج مذکور می‌تواند در خصوصیات جمعیت باشد که در مطالعه حاضر ممکن است جمعیت ساکن شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر از نظر سطح اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با جمعیت روستایی متفاوت باشند. علاوه بر این جمعیت مطالعه حاضر احتمالاً به خاطر داشتن بیمه پایه، با بعضی از ضوابط بیمه‌ای آشنایی داشتند. مطالعه ای که توسط Jafarzadeh و همکاران نشان داد که ۱۷/۳ درصد افراد از قوانین برنامه پزشک خانواده شهری آگاهی مطلوب، ۶۱/۵ درصد آگاهی متوسط و ۲۱/۲ درصد آگاهی ضعیف داشتند (۱۱) که تقریباً با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه Torabi Ardakani و همکاران گزارش گردید که مردم از برنامه پزشک خانواده آگاهی مناسبی نداشتند (۱۲).

آشنایی ناکافی از برنامه پزشک خانواده شهری یا سایر برنامه‌های نظام سلامت که نیازمند به همکاری و همیاری مردم می‌باشد به هر میزانی که باشد باید به عنوان یک چالش اجرایی برنامه مورد توجه مدیران و مجریان قرار گیرد. چرا که آشنایی ناکافی ممکن است بهره‌مندی از بعضی از خدمات ضروری را کاهش داده و یا برای دریافت بعضی از خدمات غیرضروری و خارج از ضوابط اصرار و پافشاری گردد. تجربه در تایلند نشان داد اجرای برنامه‌های آموزشی پزشکان خانواده نقش بارزی در افزایش سطح آگاهی مردم دارد و حتی می‌تواند بر کیفیت ارجاع تأثیر مثبت ایجاد نماید (۱۳). البته قابل ذکر است که افزایش سطح آگاهی نباید فقط به جمعیت تحت

پوشش صرفاً به عنوان گیرندگان خدمت متمرکز گردد. مسئولین، نمایندگان سازمان‌های دولتی و غیردولتی از جمله سازمان‌های خیریه و مردم نهاد هم باید از قواعد برنامه پزشک خانواده شهری و ضوابط اجرایی آن مطلع باشند. چرا که بارها اتفاق می‌افتد افراد مذکور به دلیل عدم آشنایی اعتراضات بی‌موردی را مطرح و حتی آن را رسانه‌ای می‌کنند که خود می‌تواند چالشی را در سر راه اجرای درست برنامه ایجاد کند.

در مطالعه Asharfian Amiri و همکاران نشان داد که هرچه شناخت افراد از برنامه پزشک خانواده روستایی بیشتر باشد، رضایتمندی در سطح بالاتری قرار می‌گیرد و میزان مشارکت در اجرای برنامه هم افزایش می‌یابد (۱۴). یافته‌های مطالعه حاضر در خصوص نگرش مردم به قواعد برنامه پزشک خانواده شهری نشان می‌دهد که کمتر از نیمی از افراد مورد مطالعه موافق اجرای پزشک خانواده شهری بودند که تا حدودی با مطالعه Jabari و همکاران همسو می‌باشد (۱۵). در مطالعه حاضر بین آگاهی و نگرش هم یک ارتباط مستقیم معنی‌دار وجود داشت که این می‌تواند فرضیه یادگیری و تغییر رفتار که افراد بعد از آگاه شدن در خصوص موضوعی به تدریج نگرش مثبت پیدا می‌کنند و بعد از بوجود آمدن نگرش مثبت، تغییر رفتار شکل می‌گیرد را تقویت نماید. متعاقب همین فرضیه اکثر مطالعات نشان دادند که هرچه آگاهی افراد بالاتر و نگرش مثبت‌تر باشد تقاضا برای دریافت خدمات پیشگیرانه سلامت بیشتر خواهد شد (۱۶-۱۷).

نکته فوق باید برای مدیران و مجریان شهرستانی قابل توجه باشد که اگر می‌خواهند رفتار مردم در راستای اثربخشی برنامه پزشک خانواده تغییر کند، باید قبل از آن نسبت به افزایش سطح آگاهی مردم اقدام نمایند. ایجاد نگرش مثبت

نیمه اول میان سالی از سطح تحصیلات بالاتری برخوردارند. موضوع فوق باید مورد توجه مدیران و مجریان شهرستانی قرار گیرد که در افزایش سطح آگاهی مردم برای گروه‌های بی‌سواد و یا کم‌سواد و سنین بالاتر زمان بیشتری صرف نمایند. این مطالعه نشان داد که سطح آشنایی زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان بود. یافته مذکور احتمالاً به خاطر بالاتر بودن تعداد مراجعه زنان به واحدهای بهداشتی درمانی و متعاقب آن کسب اطلاعات تدریجی از مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت می‌باشد. بیشتر بودن مراجعه زنان نسبت به مردان جهت دریافت خدمات سلامت اکثر مطالعات گزارش گردید (۱۸).

در این مطالعه که درصد زیادی از جمعیت بالای ۲۰ سال، نگرش مثبت و آشنایی از برنامه پزشک خانواده داشتند اما علی‌رغم ایجاد تسهیلات جدید و ارائه خدمات رایگان در سطح اول نظام شبکه و ایجاد تسهیلات برای برخورداری از خدمات سطح ۲، درصدی از مردم نیز نگرش مثبت به برنامه پزشک خانواده نداشتند. لذا پیشنهاد می‌گردد برای افزایش سطح آشنایی و تغییر نگرش مردم از ضوابط و الزامات برنامه پزشک خانواده شهری اقدامات مداخله‌ای طراحی و اجرا گردد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که با مراجعه به درب منازل خانوارها عمدتاً زنان و آن هم خانه‌دار مورد پرسشگری قرار گرفتند و مردان و شاغلین که در ساعات فعال روز در محل اشتغال خود حضور داشتند کمتر پوشش داده شدند.

### تقدیر و تشکر

بدینوسیله از حمایت سازمان بیمه سلامت ایران و دانشگاه علوم پزشکی بابل، اداره کل بیمه سلامت استان‌های فارس و مازندران و همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل، مازندران، شیراز، جهرم، فسا، لارستان و از همه مدیران و کارشناسان کشوری، استانی و شهرستانی، پرسشگران و همچنین از کلیه خانوارهای مورد بررسی تقدیر و تشکر می‌گردد.

می‌تواند در ثبات به داشتن یک پزشک خانواده (عدم تعویض) موثر باشد. چرا که در مطالعه حاضر نشان داده شد نگرش مثبت در عدم تعویض پزشک خانواده نقش موثر دارد. این مطالعه همچنین نشان داد که نگرش مثبت مردم به قواعد برنامه پزشک خانواده شهری در شهرهای کوچک بیش از ۲/۵ برابر بیشتر از شهرهای بزرگ می‌باشد. براین اساس شایسته است سیاست‌گذاران در گسترش اجرای برنامه پزشک خانواده در سایر استان‌های کشور ابتدا از شهرهای کوچکتر و کم‌جمعیت‌تر شروع کنند و در صورت اثبات حداقل دستاوردهای حاصله، در یک بازه زمانی ۲۰-۱۰ ساله در کلان شهرها اجرا نمایند.

در مطالعه حاضر نگرش مثبت مردمی که پزشک خانواده خود را کاملاً قبول داشتند، حدود ۲/۵ برابر بیشتر از دیگران بوده و فاصله نزدیک با محل خدمت پزشک خانواده نقش زیادی در نگرش مردم داشته است. یافته فوق اهمیت انتخاب آگاهانه و دسترسی نزدیک‌تر مردم به خدمات را نشان می‌دهد و مجبور نمودن مردم به داشتن پزشکی که علاقه چندانی به آن ندارند و استقرار پزشکان در محل دور از سکونت مردم و احیاناً در مناطق پرتراپیک می‌تواند عاملی برای کاهش مقبولیت مردم شود. در این مطالعه نشان داده شد بین نگرش و استان محل سکونت با مثبت‌تر بودن نگرش جمعیت تحت پوشش استان مازندران تفاوت معنی‌دار وجود داشت که الزامی شدن مراجعه به سطح ۲ فقط با ارجاع پزشک خانواده در استان فارس می‌تواند یکی از دلایل آن باشد. چراکه مردم در قواعد اجرایی فوق فکر می‌کنند حق اختیار و آزادی عمل ندارند و در محدودیت قرار گرفتند.

در این مطالعه ارتباط معنی‌دار بین تحصیلات، سن و سطح آشنایی با برنامه پزشک خانواده مورد تأیید قرار گرفت که با خیلی از مطالعات از جمله مطالعه Alidosti و همکاران همسو می‌باشد (۷). یافته فوق می‌تواند به این علت باشد که افراد با تحصیلات بالاتر می‌توانند اطلاعات مورد نیاز و ضروری را از راه‌های مختلف، مخصوصاً از طریق منابع نوشتاری بدست آورند و یا دیرتر فراموش نمایند. رابطه معکوس بین سن و میزان آشنایی هم به این خاطر است که افراد جوان‌تر و

## Level of Familiarity and Attitude of the Covered Population Regarding the Criteria and Requirements of Iran's Urban Family Physician Program

M.J. Kabir (PhD)<sup>1</sup>, H. Ashrafian Amiri (MD)<sup>2</sup>, S.M. Rabiee (MD)<sup>3</sup>, Z. Hassanzadeh-Rostami (MSc)<sup>4</sup>,  
K. Farzin (MD)<sup>5</sup>, S.D. Nasrollahpour Shirvani (PhD)<sup>\*2</sup>, S. Hoseini (MD)<sup>5</sup>

1. Health Management & Social Determinants Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, I.R.Iran
2. Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, I.R.Iran
3. Cancer Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
4. Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, I.R.Iran
5. Health Insurance Organization of Iran, Tehran, I.R.Iran

---

J Babol Univ Med Sci; 20(11); Nov 2018; PP: 40-8

Received: Apr 16<sup>th</sup> 2018, Revised: Aug 7<sup>th</sup> 2018, Accepted: Sep 24<sup>th</sup> 2018.

### ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVE:** In the health care system, if the service recipients are familiar with the provided services and the defined criteria and gain a positive attitude, they can help the health team to improve the effectiveness of health interventions while having all the provided benefits in the shortest time possible. The present study was conducted to determine the level of familiarity and attitude of the covered population regarding the criteria and requirements of urban family physician program.

**METHODS:** This cross-sectional study was conducted in winter 2016 among the population covered by the urban family physician program who were randomly selected through cluster sampling. There were 10 households in each cluster, and in each household one person over 20 years of age was questioned. The data were collected and evaluated using a researcher-made questionnaire including two parts of individual variables, and familiarity with the program's criteria and requirements using 34 open-ended and closed-ended questions.

**FINDINGS:** Of 1769 surveyed people, the level of familiarity with the urban family physician program in 551 people (31.1%) was low, in 695 people (39.3%) was moderate, and in 523 people (29.6%) was high. 846 people (56.1%) had a positive attitude and 663 people (43.9%) had a negative attitude toward the criteria and requirements of the program. Eight personal and social variables were effective in the level of familiarity and six variables were effective in the attitude level of individuals ( $p < 0.05$ ).

**CONCLUSION:** The results of the study showed that more than 50% of the covered population had familiarity and positive attitude toward the family physician program, while some of the individual and social variables were also effective.

**KEY WORDS:** *Level of familiarity, Attitude level, Urban Family physician, Fars and Mazandaran provinces.*

---

### Please cite this article as follows:

Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Hassanzadeh-Rostami Z, Farzin K, Nasrollahpour Shirvani SD, Hoseini S. Level of Familiarity and Attitude of the Covered Population Regarding the Criteria and Requirements of Iran's Urban Family Physician Program. J Babol Univ Med Sci. 2018;20(11):40-8.

---

\*Corresponding Author: S.D. Nasrollahpour Shirvani (PhD)

Address: Department of General Education, School of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran

Tel: +98 11 32190631

E-mail: dnshirvani@gmail.com



## References

1. Hougaard JL, Osterdal LP, Yu Y. The Chinese healthcare system: structure, problems and challenges. *Appl Health Econ Health Policy*. 2011; 9(1):1-13.
2. Family physician and referral system Instruction in urban. Ministry of Health and Medical Education, Version 02, 2012; 22. (Persian).
3. Bronstein JM, Felix HC, Bursac Z, Stewart MK, Foushee HR, Klapow J. Providing general and preconception health care to low income women in family planning settings: perception of providers and clients. *Maternal and child health journal*. 2012;16(2):346-54.
4. Hallingberg BE, Van Goozen SHM, Moore SC. Characteristics associated with risk taking behaviours predict young people's participation in organised activities. *J Adolesc* 2016; 53:189-194.
5. Kime N, McKenna J, Webster L. Young people's participation in the development of a self-care intervention--a multi-site formative research study. *Health Educ Res* 2013; 28(3):552-62.
6. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Nahvijoy A, et al. Familiarity of rural people engaged in rural assurance towards principles, facilities, and conditions of rural assurance in family physician (FP) program in northern provinces of Iran - 2008. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2010; 2(2,3): 33-8. [In Persian]
7. Alidosti M, Tavassoli E, Khadivi R, Sharifirad G. A survey on knowledge and attitudes of rural population towards the family physician program in Shahrekord city. *Health Inf Manage*. 2011;7:629-36. [In Persian]
8. Shams A, Mofid M, Rejlilian F. Survey of referral system influenced factors from the perspective of referrals of isfahan educational hospitals. *Health Inf Manage*. 2011; 7(Special Issue): 669-78.
9. Honarvar B, Bagheri Lankarani K, Rostami S, Honarvar F, Akbarzadeh A, Odoomi N, et al. Knowledge and Practice of People toward their Rights in Urban Family Physician Program: A Population-Based Study in Shiraz, Southern Iran. *Int J Prev Med*. 2015;6:46.
10. Keshavarzi A, Kabir MJ, Ashrafian H, Rabiee SM, Hoseini S, Nasrollahpour Shirvani SD. An Assessment of the Urban Family Physician Program in Iran from the Viewpoint of Managers and Administrators. *J Babol Univ Med Sci*. 2017; 19(11):67-75.
11. Jafarzadeh S, Mobasheri F, Bahramali E. Caregivers Awareness about the rules of Family Physician Program in Fasa in the Year 2014. *J Fasa Univ Med Sci*. 2016; 6(3):326-33. [In Persian].
12. Torabi Ardakani A, Hoseini S, Uromiehei N, Mirzaee S. Study perception, knowledge and expectations from population and physicians points of view about implementation of family physician program: a case study in Shiraz. *J Medical Council Iran*. 2015, 33(2): 147-55. [In Persian]
13. Jaturapatporn D, Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC family practice*. 2007;8(1):14.
14. Mikaniki E, Ashrafian Amiri H, Nasrollahpour Shirvani S, Kabir M, Jafari N, Nahimi Tabiei M et al . Satisfaction of Family Physicians (FPs) about the Effective Factors on Activation of FP Program and Rural Insurance in the Northern Provinces of Iran. *JBUMS*. 2014; 16 (1) :7-15. [In Persian]
15. Jabari A, Sharifirad G, Shokri A, Bahmanziari N, Kordi A. Overview of the Performance of Rural Family Physician in Iran. *Health Inf Manage*. 2013;9(7):1132-45. [In Persian]
16. Tahani B, Yadegarfar G, Ahmadi A. Knowledge, attitude, and practice of parents of 7-12-year-old children regarding fissure sealant therapy and professional fluoride therapy. *J Educ Health Promot*. 2017;6:106. [In Persian]



17. Rajan P, Krishnan R, Kumar S, Nair S. Knowledge and Attitude about Early Childhood Caries among Pregnant Mothers from Low Socioeconomic Status: A Questionnaire Study. *J Pharm Bioallied Sci.* 2017;9(Suppl 1):S85-7.
18. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the Function of Referral System in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2008. *J Babol Univ Med Sci.* 2010; 11(6): 46-52. [In Persian]