مقاله پژوهشی

میزان آگاهی گیرندگان خدمت از قوانین برنامه پزشک خانواده شهری فسا در سال ۱۳۹۳

سعیده جعفرزاده، فرزانه مباشری*، احسان بهرامعلی

مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۱۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۲/۰۹

چکیده

زمینه و هدف: آگاهی بالای گیرندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده، لازمه موفقیت اجرای برنامه و دستیابی به طیف وسیعی از اهداف آن می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین میزان آگاهی گیرندگان خدمت از قوانین برنامه پزشک خانواده شهری فسا انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در زمستان ۱۳۹۳ روی ۴۱۱ بیمار مراجعه کننده به پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی فسا انجام شد. ابزار جمع آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای دو بخشی بود که علاوه بر مشخصات دموگرافیک، میزان آگاهی مردم از برنامه پزشک خانواده را در قالب ۱۰ سؤال مورد سنجش قرار می‌داد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و با آزمون‌های t-test دو نمونه مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و مجذور کای با در نظر گرفتن حداکثر خطای نوع اول معادل ۰/۰۵ تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد ۱۷/۳٪ از افراد آگاهی مطلوب، ۶۱/۵٪ آگاهی متوسط و ۲۱/۲٪ آگاهی ضعیف از قوانین برنامه پزشک خانواده را گزارش کردند و میانگین نمره آگاهی ۱۴/۵±۵۸/۷ (بر مبنای نمره ۱۰۰) بود؛ اما در کل میانگین نمره آگاهی از قوانین خدمات سطح یک و نظام ارجاع نسبت به نمره آگاهی از نحوه دریافت خدمات در ساعات غیرکاری پزشک و خدمات اورژانس، بستری و آزمایشگاه بالاتر بود (۳/۹±۶۷/۱۵ در برابر ۱۶/۹±۵۰/۲).

نتیجه‌گیری: با توجه به این که آگاهی اکثریت افراد شرکت کننده در برنامه پزشک خانواده شهری فسا در حد متوسط بود، ضروری است تا تدابیری در خصوص ارتقای سطح آگاهی افراد از چگونگی استفاده از خدمات این برنامه تبیین گردد.

کلمات کلیدی: آگاهی، گیرندگان خدمت، پزشک خانواده، فسا

مقدمه

سلامتی محور توسعه اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و از اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه برخوردار می‌باشد و با توجه به این که سلامت از حقوق اولیه افراد جامعه است، دولت موظف به تأمین عادلانه آن می‌باشد (۱). هدف نهایی نظام ارایه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری ارتقای سطح سلامت آحاد مردم با دسترسی عادلانه همه افراد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد؛ لذا در دو دهه اخیر نظام‌های سلامت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به سبب عدم پاسخ‌گویی به نیازها و انتظارات سلامتی ملزم به اجرای برنامه‌های اصلاحی بوده‌اند. امروزه پزشک خانواده به عنوان متصدی بهبود کیفیت، هزینه اثربخشی و برابری در سیستم‌های مراقبت سلامت شناخته می‌شود. این برنامه با سابقه هفتاد ساله هم اکنون در بسیاری از کشورها از جمله آمریکای شمالی، اروپای غربی و کانادا محور ارایه خدمات سلامت و مسئول تیم سلامت می‌باشد (۲). در ایران نیز علیرغم دستاوردهای متعدد در چند دهه اخیر؛ به علت شاهد بودن تغییرات اپیدمیولوژیکی (افزایش بیماری‌های غیرواگیر و حوادث)، تغییرات دموگرافیکی، افزایش هزینه‌های سلامت، نابرابری‌ها در دریافت خدمات و پرداخت هزینه‌ها و چالش‌های مدیریت سلامت در سطوح مختلف؛ بدون شک انجام اصلاحات در نظام سلامت کشور همانند همه نظام‌های سلامت در جهان، اجتناب ناپذیر بوده است (۳). بنابراین برنامه پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ به عنوان یک طرح اولیه بهداشتی در ایران با تلاش مسئولان کشور به منظور دسترسی آسان و مناسب به خدمات سلامت در روستاها و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر به اجرا درآمد (۴) و به میزان زیادی بار مراجعات تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان‌ها را کاهش داد. مطالعات انجام شده در کشورهای توسعه یافته نیز نشان داده است که موفقیت برنامه

* **نویسنده مسئول: فرزانه مباشری**، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران
Email: farzane.mobasheri@yahoo.com

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.22285105.2016.6.3.9.5]

پزشک خانواده و نظام ارجاع با شاخص آگاهی بیماران از آن برنامه ارتباط تنگاتنگی دارد (۵). یکی از شاخص‌های مهم موفقیت برنامه پزشک خانواده، رضایتمندی مردم از نحوه اجرای آن می‌باشد و این رضایتمندی به نوبه خود متأثر از سطح آگاهی افراد است (۶). علیرغم اهمیت به سزای میزان آگاهی افراد نسبت به طرح پزشک خانواده، در اندک مطالعاتی به بررسی آن پرداخته شده است. از جمله این مطالعات می‌توان به مطالعه توسلی و همکاران (۱۳۸۷) اشاره نمود که میزان آگاهی افراد مورد بررسی در روستاهای شهرستان شهرکرد نسبت به برنامه پزشک خانواده را به ترتیب ۳۰/۹٪ ضعیف، ۵۳/۴٪ متوسط، ۱۴/۵٪ خوب و ۱/۳٪ عالی گزارش کرد. در مجموع آگاهی بیشتر آن افراد از مزایای برنامه پزشک خانواده ضعیف بوده و نسبت به برنامه بی تفاوت بودند (۷). روستاییان شهر اصفهان نیز میزان آگاهی و نگرش متوسط نسبت به این طرح ابراز داشتند (۸). اما افکار و همکاران در مطالعه خود شاهد آگاهی ۹۵٪ از گیرندگان خدمت نسبت به اجرای طرح پزشک خانواده بودند (۹). قابل ذکر است که مطالعات مذکور سطح آگاهی روستائیان را مورد سنجش قرار داده‌اند. این در حالی است که در ادامه طرح پزشک خانواده، با هدف ایجاد نظام ارجاع در کشور، از تیر ماه سال ۱۳۹۰ طرح پزشک خانواده شهری در چندین شهر کشور از جمله فسا «استان فارس» اجرا شد. تا به امروز با گذشت بیش از ۸ سال از شروع اجرای طرح پزشک خانواده روستایی در کشور، مطالعات مختلفی در ابعاد مختلف این برنامه صورت گرفته است که در بالا به برخی از آن‌ها اشاره گردید، اما با گذشت حدود سه سال از اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در چند شهر کشور اندک مطالعه‌ای به این مهم پرداخته است. بنابراین لزوم مطالعه برنامه پزشک خانواده شهری در مناطق مجری کنونی جهت کمک در اجرای برنامه در سطح وسیع تر به خوبی درک می‌شود. از طرفی با توجه به اهمیت موضوع آگاهی گیرندگان خدمت در نظام ارجاع و پزشک خانواده؛ در پژوهش حاضر سعی بر این است تا میزان آگاهی بیماران از طرح پزشک خانواده شهری در شهرستان فسا مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی به روش مقطعی بر روی ۴۱۱ نفر از افراد تحت پوشش برنامه پزشک خانواده شهری دانشگاه علوم پزشکی فسا (جنوب شرقی استان فارس) در سال ۱۳۹۳انجام گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته دو بخشی و روش جمع آوری داده‌ها، تکمیل پرسشنامه از طریق مصاحبه ساختار یافته بود که توسط رابطین بهداشتی آموزش دیده در یک اتاق خصوصی (بدون حضور افراد تیم سلامت) در پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده شهری انجام گرفت.

بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک گیرندگان خدمت از جمله جنسیت، سن، وضعیت تأهل، بعد خانوار، سطح تحصیلات و شغل بود. سؤالات بخش دوم از نوع سؤالات بسته بود و با مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (۵: خیلی زیاد، ۴: زیاد، ۳: متوسط، ۲: کم و ۱: خیلی کم) پاسخ داده می‌شد. این بخش حاوی ۱۰ سؤال پیرامون سنجش میزان آگاهی افراد از جزئیات چگونگی اجرای برنامه پزشک خانواده و بهره مندی از مزایای آن بود و حداقل امتیاز آگاهی ۱۰ و حداکثر آن ۵۰ در نظر گرفته شد. جهت سنجش روایی پرسشنامه از نظرات و تأییدیه ۱۰ نفر از افراد صاحب نظر و کارشناسان دفتر توسعه شبکه معاونت بهداشتی دانشگاه، متخصصان روانشناسی، آموزش بهداشت و پزشکی اجتماعی استفاده شد. جهت بررسی پایایی نیز در مرحله پیش آزمون، پرسشنامه در میان ۳۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی پایگاه پزشک خانواده توزیع و جمع آوری گردید و با استفاده از روش همسانی درونی، آلفای کرونباخ ۸۵/۷٪ برآورد شد. این افراد از مطالعه اصلی کنار گذاشته شدند. برای انجام مطالعه طبق نظر متخصص آمار حداقل حجم نمونه لازم ۳۸۴ نفر برآورد شد و نمونه گیری به روش چندمرحله ای انجام گرفت. بدین ترتیب که ابتدا از ۴۵ پزشک مستقر در پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده تعداد ۱۹ پزشک به روش تصادفی انتخاب و تعداد نمونه مورد نیاز از جمعیت تحت پوشش هر پزشک به صورت سهمیه‌ای محاسبه و در نهایت ۴۱۱ نفر به روش آسان و در دسترس از میان مراجعین به پایگاه‌های منتخب وارد مطالعه شدند. از هر خانواده تحت پوشش طرح پزشک خانواده فقط یک نفر مرد یا زن وارد مطالعه شدند. پس از جمع آوری داده‌ها با استفاده از تحلیل عاملی سؤالات سنجش آگاهی را به دو بعد آگاهی از نحوه استفاده از خدمات سطح یک و قوانین ارجاع (۵ سؤال) و بعد آگاهی از نحوه استفاده از خدمات در ساعات غیر کاری پزشک و سایر خدمات نظیر اورژانس، بستری، آزمایشگاه (۵ سؤال) تبدیل نمود. در نهایت امتیاز آگاهی کل و همچنین هریک از ابعاد آن‌ها به امتیازی بین ۱۰۰-۰ تبدیل و در تحلیل‌های آماری مورد

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2016.6.3.9.5]

استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و با آزمون‌های آماری t-test دو نمونه مستقل، مجذور کای و آنالیز واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل شدند. در تمام موارد آزمون فرضیه حداکثر خطای نوع اول معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

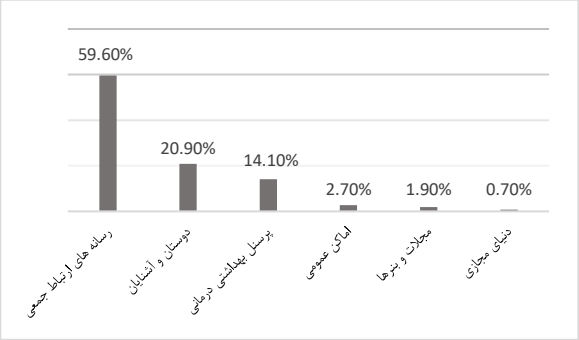
نتایج

در این پژوهش تعداد ۴۱۱ پرسشنامه تکمیل و تحلیل آماری شد. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۱۲/۵ ± ۳۷/۷ سال و در طیف ۸۱-۱۷ سال بود. ۷۰/۳٪ افراد زن و ۷۸/۵٪ متأهل بودند. بیشترین فراوانی سطح تحصیلات ۶۲/۳٪ (دیپلم و پایین‌تر) و فراوان ترین شغل، شغل خانه داری (۴۸/۴٪) بود. اکثر افراد مطالعه، تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی بودند (۵۷/۷٪) و تنها ۲۸/۵٪ از افراد بیمه تکمیلی داشتند. ویژگی‌های زمینه‌ای و

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک افراد مورد مطالعه

ویژگی		تعداد	درصد
جنسیت			
	زن	۲۸۹	۷۰/۳
	مرد	۱۲۲	۲۹/۷
گروه سنی			
	۳۰ سال و کمتر	۱۴۲	۳۴/۵
	۴۰-۳۱ سال	۱۱۹	۲۹/۰
	بالاتر از ۴۰ سال	۱۴۸	۳۶/۰
تحصیلات			
	دیپلم و پایین تر	۲۵۶	۶۲/۳
	فوق دیپلم و بالاتر	۱۳۲	۳۴/۰
شغل			
	خانه دار	۱۹۹	۴۸/۴
	کارمند	۹۱	۲۲/۵
	آزاد	۸۷	۲۱/۲
	محصل	۲۸	۶/۸
تأهل			
	متأهل	۳۲۲	۷۸/۳
	مجرد	۸۸	۲۱/۴
بعد خانوار			
	۳ نفر یا کمتر	۱۹۶	۴۷/۷
	۴ یا ۵ نفر	۱۶۳	۳۹/۷
	۶ نفر یا بیشتر	۴۳	۱۰/۵

دموگرافیک افراد با جزئیات بیشتری در جدول ۱ ارائه شده است. همان گونه که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود طبق اظهارات افراد



نمودار ۱- فراوانی نسبی منابع آشنایی و کسب آگاهی افراد از برنامه پزشک خانواده شهری

مهم‌ترین منبع آشنایی آنان با برنامه پزشک خانواده شهری رسانه‌های گروهی بوده است (۵۹/۶٪).

یافته‌های جدول ۲ حاکی از آن است که بیشترین فراوانی گزینه «خیلی کم» مربوط به آگاهی از محل مراجعه برای بیان اعتراضات و شکایات نسبت به مشکلات طرح پزشک خانواده (۳۳/۸٪) و در مقابل بیشترین فراوانی گزینه «خیلی زیاد» به آیتم آگاهی از نحوه مراجعه به پزشک خانواده (۱۳/۸٪) بوده است. در این مطالعه همچنین نمره آگاهی افراد به تفکیک ابعاد و به طور کلی (بر حسب مقیاس ۱۰۰ نمره) محاسبه و در جدول ۳ ارائه شد. همان گونه که در جدول مشاهده می‌شود میانگین نمره آگاهی افراد از نحوه استفاده از خدمات در ساعات غیر کاری پزشک و سایر خدمات نظیر اورژانس، بستری، آزمایشگاه در حد متوسط بوده اما از نحوه استفاده از خدمات سطح یک و قوانین ارجاع، آگاهی به نسبت بالاتری را ابراز کرده‌اند.

از دیگر یافته‌های مطالعه این بود که آگاهی افراد از ابعاد مختلف برنامه پزشک خانواده و نمره کلی آگاهی بر مبنای نمره ۰-۱۰۰ به سه سطح مساوی گروه بندی و به عنوان آگاهی کم، متوسط و زیاد تعریف و در قالب نمودار ۲ گزارش شد. طبق نمودار تنها ۹/۵٪ از افراد آگاهی ضعیفی از نحوه استفاده از خدمات سطح یک و قوانین ارجاع داشتند؛ اما در مورد نحوه استفاده از خدمات در ساعات غیر کاری پزشک و سایر خدمات نظیر اورژانس، بستری، آزمایشگاه یافته‌ها عکس این را نشان می‌دهد و تنها سطح آگاهی ۹/۵٪ از افراد بالاتر از حد متوسط گزارش شد.

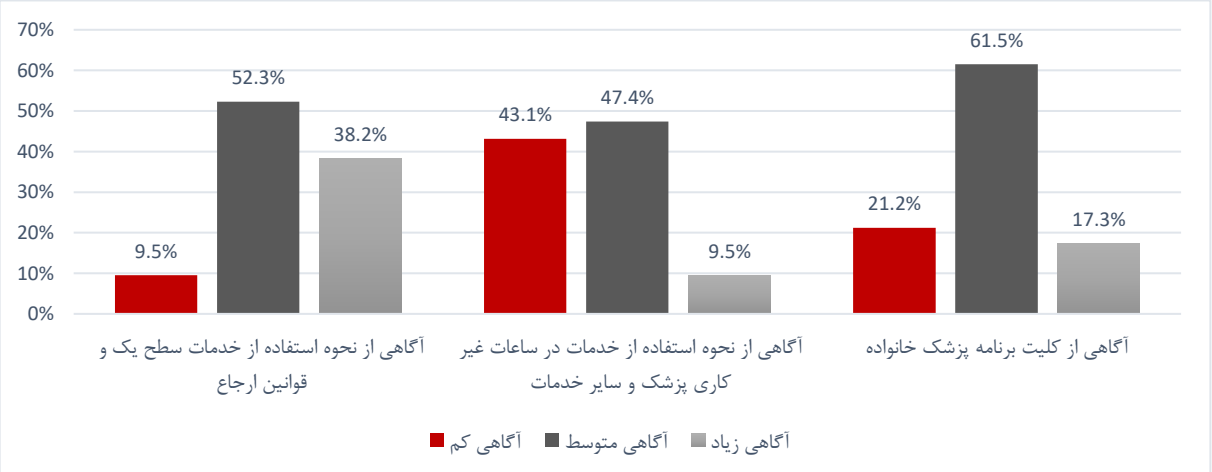
[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2016.6.3.9.5]

جدول ۲- فراوانی نسبی سطح آگاهی افراد مورد مطالعه از آیتم‌های برنامه پزشک خانواده شهری

	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
میزان آگاهی شما از نحوه انتخاب و تغییر پزشک خانواده چقدر است؟	۱۱/۲	۹/۰	۳۹/۳	۳۰/۰	۱۰/۵
میزان آگاهی شما از نحوه مراجعه به پزشک خانواده چقدر است؟	۴/۴	۵/۴	۳۴/۹	۴۱/۵	۱۳/۸
میزان آگاهی شما از نحوه ارجاع به متخصص در طرح پزشک خانواده چقدر است؟	۳/۶	۱۰/۷	۳۱/۴	۴۱/۱	۱۳/۲
میزان آگاهی شما از مدارک مورد نیاز در موارد ارجاع چقدر است؟	۶/۱	۱۰/۹	۳۲/۸	۳۸/۳	۱۱/۹
میزان آگاهی شما از لزوم بازخورد برگ ارجاع از متخصص به پزشک خانواده چقدر است؟	۹/۸	۱۵/۴	۳۰/۵	۳۴/۱	۱۰/۲
میزان آگاهی شما از نحوه مراجعه به اورژانس و بستری در طرح پزشک خانواده چقدر است؟	۲۷/۶	۲۷/۳	۲۶/۳	۱۵/۹	۲/۹
میزان آگاهی شما از نحوه انجام آزمایشات در طرح پزشک خانواده چقدر است؟	۱۷/۵	۲۵/۳	۳۱/۵	۲۲/۱	۳/۶
میزان آگاهی شما از تدابیر در نظر گرفته شده برای زمان‌های خارج از ساعت کاری پزشک خانواده (شب‌ها، روزهای تعطیل و..) چقدر است؟	۱۷/۷	۲۳/۲	۲۸/۳	۲۵/۴	۵/۴
میزان آگاهی شما از محل مراجعه برای بیان اعتراضات و شکایات نسبت به مشکلات طرح پزشک خانواده چقدر است؟	۳۳/۸	۲۵/۸	۲۰/۴	۱۷/۳	۲/۷
میزان آگاهی شما از قوانین و نحوه استفاده از خدمات سلامت پزشک خانواده از جمله ویزیت پزشک، در خارج از شهر فسا چقدر است؟	۲۹/۴	۲۶/۳	۲۲/۴	۱۸/۰	۳/۹

جدول ۳- میانگین آگاهی افراد مورد مطالعه از ابعاد اجرایی و کلیت برنامه پزشک خانواده

	تعداد سؤال	میانگین	انحراف معیار	حداقل امتیاز	حداکثر امتیاز
آگاهی از نحوه استفاده از خدمات سطح یک و قوانین ارجاع	۵	۶۷/۳	۱۵/۹	۲۰	۱۰۰
آگاهی از نحوه استفاده از خدمات در ساعات غیر کاری پزشک و سایر خدمات نظیر اورژانس، بستری، آزمایشگاه	۵	۵۰/۲	۱۶/۹	۲۰	۹۶
آگاهی از کلیت برنامه پزشک خانواده	۱۰	۵۸/۷	۱۴/۵	۲۰	۹۸



نمودار۲- توزیع فراوانی سطوح آگاهی افراد از ابعاد و کلیت پزشک خانواده

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2016.6.3.9.5]

در نهایت میزان آگاهی افراد بین گروه‌های با ویژگی‌های دموگرافیک متفاوت با آزمون تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه مقایسه گردید و تنها اختلاف معنادار مشاهده شده در گروه‌های با سطح تحصیلات مختلف بود. در واقع افراد با تحصیلات دانشگاهی به طور معناداری از آگاهی بالاتری نسبت به افراد با تحصیلات دیپلم و پائین تر برخوردار بودند (P = ۰/۰۴۷).

بحث

پژوهش حاضر با هدف سنجش سطح آگاهی افراد از برنامه پزشک خانواده شهری در شهرستان فسا در سال ۱۳۹۳ انجام شد که نتایج به دست آمده نشان داد، میانگین سنی افراد شرکت کننده در مطالعه ۳۷/۷ سال بود و این میانگین بین دو جنس زن و مرد اختلاف معناداری داشت. عزیزی و همکاران (۱۳۹۱) سن افراد شرکت کننده را بین ۳۹-۳۰ سال بیان نمودند (۱۰). خدیوی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود با هدف بررسی میزان آگاهی و رضایت مندی مردم شهرستان اصفهان نیز میانگین سنی زنان و مردان را به ترتیب ۳۴/۲ و ۲۸/۶ اعلام کردند که میانگین سن میان زن و مرد از لحاظ آماری اختلاف معناداری را نشان داد (۱۱) که با نتایج مطالعه ما همخوانی داشت. نتایج همچنین نشان داد که ۷۰/۳٪ از افراد شرکت کننده در پژوهش حاضر را زنان تشکیل داده بودند که با نتایج مطالعه خدیوی، عزیزی، قربانی و افکار که بیشترین افراد شرکت کننده را زنان تشکیل داده بودند همخوانی داشت (۱۰-۱۳). بیشتر بودن تعداد زنان شرکت کننده در مقایسه با مردان را می‌توان به این دلیل دانست که زنان همواره بیشتر از مردان برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به مراکز ارائه دهنده خدمات مراجعه می‌نمایند. همچنین نشان داده شد که ۷۸/۵٪ نمونه‌های پژوهش متأهل بودند که با نتایج مطالعه قربانی و عزیزی مطابقت داشت (۱۰، ۱۳). ۶۲/۳٪ از نمونه‌های پژوهش تحصیلات دیپلم و پایین تر را گزارش کردند. افکار و همکاران (۱۳۹۱) تحصیلات ۷۷٪ از افراد مورد پژوهش را پائین تر از دیپلم عنوان کردند (۱۲). در مطالعه قربانی ۶۴/۶٪ از افراد بیسواد یا دارای تحصیلات ابتدایی بودند (۱۳). عزیزی نیز تحصیلات حدود نیمی از نمونه‌های پژوهش خود را دبیرستان و پائین تر گزارش نمود (۱۰) که با نتایج مطالعه ما که اکثریت نمونه‌های پژوهش میزان تحصیلات دیپلم و پایین تر بود همخوانی دارد. ۴۸/۴٪ از افراد شغل خانه داری را ذکر نمودند که با نتایج مطالعه قربانی مطابقت داشت (۱۳).

طبق نتایج به دست آمده از مطالعه ۶۱/۵٪ از افراد آگاهی متوسط و ۲۱/۲٪ آگاهی ضعیف را گزارش نمودند. این ارقام در جمعیت روستایی شهرستان شهرکرد ۴۸/۱٪ و ۳۷/۶٪ بود (۱۴). جباری و همکاران (۱۳۹۱) میزان آگاهی مردم در آذربایجان شرقی را نسبت به برنامه پزشک خانواده به ترتیب ۳۰/۹٪ ضعیف، ۵۳/۴٪ متوسط، ۱۴/۵٪ خوب و ۱/۳٪ عالی گزارش نمودند (۱۵). میزان آگاهی افراد شرکت کننده در مطالعه خدیوی، خداویسی و نجیمی از برنامه پزشک خانواده متوسط بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۹، ۱۱ و ۱۶). اما افکار و همکاران بیان کردند که ۹۵٪ از جمعیت مورد مطالعه از قوانین دریافت خدمات پزشک خانواده آگاهی خوبی داشتند (۱۲). علت اصلی اختلاف یافته‌های مطالعه افکار با مطالعه ما و سایر مطالعات قبلی می‌تواند این باشد که افکار علاوه بر گیرندگان خدمت، اعضای تیم سلامت را هم مورد مطالعه قرار داده بود اما در سایر مطالعات سنجش آگاهی فقط در مورد گیرندگان خدمت صورت گرفته است.

منبع کسب اطلاعات درباره برنامه پزشک خانواده و اهداف آن در آگاهی گیرندگان خدمت از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد. در پژوهش حاضر بیشترین منبع کسب اطلاعات نمونه‌های پژوهش، رسانه‌ها بود (۵۹/۶٪). با توجه به دسترسی آسان اکثریت مردم به رسانه‌های ارتباط جمعی این یافته بدیهی و قابل توجیه می‌باشد. قبلاً نیز ۱۰۰٪ پزشکان شیراز به نقش رسانه‌های گروهی در تامین بستر مناسب در راستای افزایش سطح آگاهی مردم از برنامه پزشک خانواده و میزان رضایت مندی افراد تاکید نموده‌اند (۱۷). اما جباری و همکاران بیشترین منبع در دسترس برای کسب اطلاعات را بهورزان و کارشناسان مراکز بهداشتی درمانی ذکر نمودند (۱۵). در مطالعه توسلی و همکاران (۲۰۱۰) سهم هر یک از منابع کسب اطلاعات از برنامه پزشک خانواده در شهرکرد را به این صورت گزارش گردید: ۲/۳٪ اعضای شورای شهر، ۳۴٪ کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، ۲/۷٪ پزشک خانواده، ۵/۵٪ رسانه‌های گروهی (۸). بایستی به این نکته توجه داشت که مطالعه حاضر در شهر، اما مطالعات فوق در مناطق روستایی انجام گرفته است و همین امر می‌تواند مهم ترین علت تفاوت سهم هر یک از منابع در کسب آگاهی و دریافت اطلاعات مردم از برنامه پزشک خانواده باشد.

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2016.6.3.9.5]

همچنین در سنجش ارتباط سطح آگاهی افراد با ویژگی‌های دموگرافیک، افراد با تحصیلات دانشگاهی به طور معناداری از آگاهی بالاتری نسبت به افراد با تحصیلات دیپلم و کمتر برخوردار بودند. در مورد سایر متغیرها اختلاف قابل توجهی بین گروه‌ها مشاهده نگردید. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که تاکنون تعداد محدودی مطالعه در این زمینه انجام شده و در این تعداد محدود هم ارتباط سطح آگاهی با ویژگی‌های دموگرافیک بررسی نشده است و امکان مقایسه این بخش از یافته‌های مطالعه با مطالعات دیگر میسر نشد. از نقاط ضعف مطالعه ما نیز عدم بررسی تأثیر میزان آگاهی گیرندگان خدمت بر متغیرهایی همچون عملکرد بخش سلامت از نظر دسترسی به خدمات، شاخص‌های کیفی سلامت، میزان‌های ابتلا و میرایی و هزینه‌های سلامت بود؛ که پیشنهاد می‌گردد حتماً مطالعاتی در این زمینه انجام گیرد.

نتیجه‌گیری

از نتایج مطالعه می‌توان چنین استنباط کرد که آگاهی متوسط گیرندگان خدمت، بیانگر لزوم اجرای برنامه‌هایی در راستای اطلاع رسانی و افزایش سطح آگاهی مردم از اهداف و قوانین برنامه پزشک خانواده شهری می‌باشد. چرا که اجرای چنین برنامه‌های آموزشی می‌تواند گامی مؤثر در جهت دستیابی به موفقیت برنامه و نقطه عطفی برای اقدام در جهت اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در سایر شهرهای کشور باشد. همچنین با توجه به اختصاص بیشترین سهم منبع اطلاع رسانی به رسانه‌های جمعی پیشنهاد می‌گردد چنین برنامه‌های آموزشی جز اولویت‌های برنامه‌های رسانه‌های جمعی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل اجرای طرح پژوهشی شماره ۹۳۱۱۲ مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی فسا می‌باشد. نویسندگان بدین وسیله از حمایت‌های مالی و معنوی حوزه معاونت تحقیقات و فناوری و واحد توسعه تحقیقات بالینی دانشگاه علوم پزشکی فسا و تمامی مسئولان و کارشناسان پزشک خانواده معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی فسا و افراد شرکت کننده در مطالعه که در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند؛ تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافعی را اعلام نکرده اند.

References

1. Janati A, Maleki M, Gholizadeh M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. Knowledge & Health Journal. 2010;4(4):39-44.
2. Boelen C, Haq C. Improving health systems: the contribution of family medicine, A guidebook. World Organization of Family Doctors (WONCA).vol33. Singapore: Best print Printing company; 2002, p:711-712.
3. Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring Performance of Family Physicians in Yazd. Tolooe Behdasht. 2009;8(1-2):16-25.
4. Shahdpour K, Pileroudi S. Health for all and primary health cares in 20th and 21st centuries. Tehran: Nashreh Tandis Pub; 1999, 192-213. [In Persian].
5. Rao K, Meiberger M, Kruvank K. Visit- Specific expectation and patient-centered outcome. Journal of family medicine.2000; 9(10) :1148-56.
6. Raeissi P, Ghorbani A, Tabarraie Y. Factors Determining Satisfaction with Family Practitioner Program from the Perspective of Rural Insurance Card holders affiliated with Sabzevar University of Medical of Sciences 2011. Health Managemant. 2011;49(15):69-76.

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2016.6.3.9.5]

7. Shakeri I. Contact doctor- patient and its role in patient satisfaction of treatment process. J Med Ethics History. 2009;2(3):9-16.
8. Tavasoli A, Alidoosti M, Khadivari R, Sharifirad G. Factors influencing family physician coverage and its relationship with knowledge and attitude of the rural population of shahr e kord city. Proceedings of the 6th Congress of Epidemiology of Iran; 2010 Jul 13-15; Shahroud, Iran. p. 209. [In Persian].
9. Najimi A, Alidoosti M, Sharifirad G. Study of Knowledge, Attitude, and Satisfaction toward the Family Physician Program in Rural Regions of Isfahan, Iran. J Health Syst Res. 2012;7(6):883-90.
10. Azizi J, Karimyar Jahromi M, Hojat M. Assessment of Darab County Villagers' Satisfaction with Family Doctor Functions from Different Aspects. Journal of Fasa University of Medical Sciences. 2012;2(3):193-8.
11. Khadivi R, Golshiri P, Farasat E, Khaledi G. caregiver satisfaction in rural areas in isfahan district, Iran, after implementation of the family physician project. Journal of Isfahan Medical School.2013;31(244):1048-58.
12. Afkar A, Pourrza A, Khodabakhshi njad V, Mehrabian F. Family physician performance from the perspective of Gilani customers. . Hospital Quartirly. 2012;12(1):39-47.
13. Ghorbani A, Shegarf nakhaie M, Dovlat abadi A, Alemi H, Tabarraie Y. study of satisfaction rate of family medicine plan in insurd population of Sabzevar University Medical of sciences. Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2013;19(4):364-70.
14. 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(Special):629-36.
15. Jabari A, Sharifirad G, Shokri A, Bahmanziari N, Kordi A. Overview of the Performance of Rural Family Physician in Iran. Health Information Management.2013;9(7):1145.
16. Khodavysy M, Allahverdi-Pur H. Survey know-ledge and satisfaction of the families living in Hamadan city services in health centers in 1376. Med Purific Spring. 2002;1(44):64-9.
17. Kavari S, Keshtkaran A. Evaluation of physicians and paramedical doctor's viewpoints on the family physician as a lost link in the medical system of Iran. Middle East Journal of Family Medicine. 2004;4(4):15-33.

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2016.6.3.9.5]

Original Article

Caregivers Awareness about the Rules of Family Physician Program in Fasa in the Year 2014

Jafarzadeh S, Mobasheri F*, Bahramali E

Noncommunicable Diseases Research Center, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran

Received: 03 Jan 2016 Accepted: 28 Apr 2016

Abstract

Background & Objective: Caregivers awareness about family physician program is necessary to achieve its success and goals. This study was conducted to determine the caregivers' awareness about family physician in urban areas of Fasa.

Materials & Methods: This cross-sectional study was carried out on 411 patients referring to family physician clinics affiliated to Fasa University of Medical Sciences in winter 2014. The data were collected by a valid and reliable two-part questionnaire including demographic characteristics and 10 questions on people's awareness about family physician program. The data were analyzed by using SPSS software version 19 by independent t-test, one-way ANOVA test, and chi square test. P-value less than 0.05 was considered significant.

Results: 17.3%, 61.5%, and 21.2% of people reported appropriate intermediate, and poor awareness about the program, respectively. The mean awareness score was 58/7 ± 14.5 (based on the score 100). But the mean score of the awareness about the rules and the referral system were higher compared to the awareness of how to get services in non-working hours from doctor, emergency services, hospitalization, and laboratory (9/15 ± 3/67 against 9/16 ± 2/50).

Conclusion: The majority of participants in Fasa family physician program reported average knowledge about this program; therefore, it is essential to improve people knowledge in order to succeed in this program.

Keywords: Awareness, Caregivers, Family Physician, Fasa

***Corresponding author: Farzaneh Mobasheri,** Noncommunicable Diseases Research Center, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran
Email: farzane.mobasheri@yahoo.com

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-25]

Journal of Fasa University of Medical Sciences (2016) 6: 326-333

[DOR: 20.1001.1.22285105.2016.6.3.9.5]