

# آگاهی و نگرش روستاییان شهرستان شهرکرد نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده\*

معصومه علیدوستی<sup>۱</sup>، الهه توسلی<sup>۱</sup>، رضا خدیوی<sup>۲</sup>، غلامرضا شریفی راد<sup>۳</sup>

## چکیده

**مقدمه:** برنامه‌ی پزشک خانواده با تلاش مسئولان کشور در سال ۱۳۸۴ به منظور دسترسی راحت و مناسب به خدمات سلامت در روستاها و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر به اجرا درآمد. این پژوهش با توجه به گذشت حداقل ۲ سال از اجرای برنامه با هدف بررسی آگاهی و نگرش مردم مناطق روستایی شهرستان شهرکرد نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده انجام گردید.

**روش بررسی:** این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. آزمودنی‌های پژوهش ۱۱۰۰ نفر از افراد تحت پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۸۸ بودند که به روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات، از پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته استفاده گردید. روایی پرسش‌نامه از طریق اعتبار صوری و محتوی و تعدادی از متخصصان پزشکی اجتماعی و آموزش بهداشت صورت گرفت. پایایی پرسش‌نامه نیز از طریق محاسبه‌ی Cronbach's alpha به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های آماری همبستگی Pearson، Spearman و آنالیز واریانس استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که میانگین سنی افراد مورد بررسی ۳۴/۲۳ سال می‌باشد. میزان آگاهی افراد مورد بررسی نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده به ترتیب، ۳۰/۹ درصد ضعیف، ۵۳/۴ درصد متوسط، ۱۴/۵ درصد خوب و ۱/۳ درصد عالی بود. همچنین نگرش افراد در ۰/۵ درصد خیلی خوب، ۲۵/۵ درصد خوب، ۶۴/۴ درصد متوسط، ۹/۱ درصد ضعیف، ۰/۵ درصد خیلی ضعیف برآورد گردید. بین نمره‌ی آگاهی و سن رابطه‌ی معکوس و بین نمره‌ی آگاهی و سطح تحصیلات رابطه‌ی مستقیم وجود دارد. همچنین بین نگرش و سن رابطه‌ی مستقیم وجود دارد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که روستاییان از آگاهی مناسبی نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده برخوردار نبودند. همچنین نگرش آن‌ها نیز متوسط بود که مؤید نیاز بیشتر به آموزش در زمینه‌ی بهبود و افزایش نگرش صحیح آنان می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** آگاهی؛ نگرش؛ خدمات بهداشت روستایی؛ پزشکان خانواده.

**نوع مقاله:** تحقیقی

پدیرش مقاله: ۱۹/۴/۱۵

اصلاح نهایی: ۱۹/۲/۲۰

وصول مقاله: ۱۳/۱۱/۸۸

**ارجاع:** علیدوستی معصومه، توسلی الهه، خدیوی رضا، شریفی راد غلامرضا. آگاهی و نگرش روستاییان شهرستان شهرکرد نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۸۹؛ ۷ (ویژه‌نامه): ۶۲۹-۶۳۶

## مقدمه

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۷۴۷ است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد حمایت شده است.  
۱. کارشناسی ارشد، آموزش بهداشت، مرکز بهداشت شهرستان شهرکرد، شهرکرد، ایران.  
۲. دانشجوی دکتری، آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.  
۳. استادیار، پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.  
۴. دانشیار، آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.  
Email: sharifrad@hlth.mui.ac.ir (نویسنده‌ی مسؤول)

سلامت و امنیت جزء حقوق اولیه‌ی هر یک از افراد جامعه است و دولت موظف به تأمین آن به طور برابر برای آحاد جامعه می‌باشد؛ با مصوبه‌ی مجلس محترم شورای اسلامی در

را نسبت به اجرای یک برنامه یا ارایه‌ی خدمات، مورد سنجش قرار داده‌اند. نتایج مطالعه‌ی هلاکویی و همکاران نشان می‌دهد که افراد مورد بررسی از آگاهی و نگرش به نسبت خوبی در زمینه‌ی برنامه‌ی ایمن سازی تکمیلی سرخک- سرخجه برخوردار بودند (۱۴)، در حالی که نتایج مطالعه‌ی خجسته نشان می‌دهد که افراد مورد نظر از آگاهی و نگرش کافی نسبت به برنامه برخوردار نمی‌باشند (۱۵). این پژوهش در نظر دارد مشخص نماید که افراد تحت پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده تا چه حد از این برنامه، آگاهی دارند و نگرش آن‌ها چگونه است و این آگاهی و نگرش چقدر توانسته است در اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده مؤثر باشد. بنابراین سنجش آگاهی و نگرش و به دنبال آن ارایه‌ی آموزش‌های مقتضی در موارد نیاز می‌تواند گامی در جهت بهبود اجرای این برنامه و افزایش پوشش بیمه‌ی همگانی خدمات درمانی برای مراقبت‌های پایه بردارد و مبنایی برای مطالعات بعدی قرار گیرد. از این‌رو با توجه به مطالب بیان شده، پژوهشگران بر آن شدند تا پژوهشی با هدف بررسی آگاهی و نگرش مردم مناطق روستایی شهرستان شهرکرد استان چهار محال و بختیاری نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده و بیمه‌ی روستایی انجام دهند تا بر این اساس چالش‌ها و موانع احتمالی موجود بر سر راه برنامه‌ی پزشک خانواده و بیمه‌ی روستایی مشخص و به وسیله‌ی مسؤولان ذیربط تا حد امکان مرتفع شوند.

#### روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی می‌باشد که به منظور بررسی آگاهی و نگرش مردم مناطق روستایی شهرستان شهرکرد استان چهار محال و بختیاری نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده و بیمه‌ی روستایی در سال ۱۳۸۸ انجام گردید. معیار ورود به مطالعه، سکونت افراد در مناطق روستایی هارونی، کتک، اسدآباد، وردنجان، تومانک، شمس آباد، بهرام آباد، نو آباد و سیرک و نیز داشتن سن بیش از ۱۵ سال بود. آزمودنی‌های پژوهش به تعداد ۱۱۰۰ نفر به روش

زمینه‌ی بیمه‌ی روستائیان امکان پیوند طرح پزشک خانواده با بدنه‌ی عظیم شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور فراهم شد (۲-۱). این برنامه با تلاش مسؤولان کشور در سال ۱۳۸۴ به منظور دسترسی راحت و مناسب به خدمات سلامت در روستاها و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر به اجرا درآمد (۵-۲). بر اساس آمار به دست آمده در نیمه‌ی اول سال ۱۳۸۶ نزدیک ۲۵ میلیون (۲۴۹۰۷۰۸۷) نفر تحت پوشش برنامه قرار گرفتند که ۸۷ درصد ساکن مناطق روستایی و حدود ۱۳ درصد در شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر سکونت داشتند (۹-۶).

اجرای هر برنامه و طرح دیگری در کشور زمانی موفق خواهد بود که از اصول حاکم بر مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی پیروی کند (۱۰، ۱)، از این‌رو، همان ۴ اصل بنیادی نظام شبکه‌ی بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، مهم‌ترین اصول در تمامی مراحل اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده قرار گرفتند که به شکلی اجرایی باید به آن‌ها توجه داشت و از آنان فاصله نگرفت (۱۱).

مشارکت مردم و اتکای به خود (Community Participation) که از مهم‌ترین این اصول است، بدین معنی است که بدون همکاری و علاقه‌ی مردم به تأمین و توسعه‌ی خدمات، هیچ‌گونه موفقیتی برای آن پیش‌بینی نمی‌شود (۱۲). بدین ترتیب بهداشت و سلامت پدیده‌ای خودجوش است که باید انگیزه‌ی برخورداری از آن در مردم ایجاد گردد و علاوه بر بخش بهداشت، جامعه باید درگیر مراقبت از خود شود (۱۳)، این انگیزه زمانی در مردم ایجاد می‌شود که افراد نسبت به اهداف برنامه از آگاهی و نگرش مناسبی برخوردار باشند. محقق در بررسی منابع به مطالعه‌ی مشابهی در این زمینه دست نیافت؛ چرا که برنامه‌ی پزشک خانواده قدمت چندانی نداشته است و پژوهش‌ها در زمینه‌ی برنامه‌ی پزشک خانواده و به ویژه در زمینه‌ی آگاهی و نگرش روستائیان نسبت به برنامه، بسیار نوپا و محدود است، بنابراین در این جا به مطالعاتی اشاره می‌شود که آگاهی و نگرش افراد

نمره از ۱۰۰-۰ در نظر گرفته شد؛ به این صورت که در بخش آگاهی افراد دارای نمره‌ی مساوی یا کمتر از ۲۵ آگاهی ضعیف، ۵۰-۲۵ آگاهی متوسط، ۷۵-۵۰ آگاهی خوب و ۷۵ به بالا آگاهی عالی دارند و در بخش نگرش نیز، افراد دارای نمره‌ی مساوی یا کمتر از ۲۰ دارای نگرش خیلی ضعیف، ۴۰-۲۰ ضعیف، ۶۰-۴۰ متوسط، ۸۰-۶۰ خوب و افراد دارای نمره‌ی ۸۰ به بالا دارای نگرش خیلی خوب بودند.

پس از هماهنگی با مسؤولان مرکز بهداشت استان و شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌های تابعه و هماهنگی با شوراهای روستاهای انتخاب شده در نمونه‌گیری، پرسشگران نسبت به نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه و انجام مصاحبه از جمله رعایت موازین اخلاقی، عدم تحمیل تکمیل پرسش‌نامه به پرسش‌شوندگان و محرمانه بودن اطلاعات ایشان توجیه شدند. سپس پرسشگران به روستاهای مورد نظر مراجعه نمودند و پس از معرفی خود به افراد و توجیه نمودن ایشان در مورد اهداف پژوهش، در صورت تمایل آن‌ها، پرسش‌نامه تکمیل گردید. داده‌های جمع‌آوری شده در این تحقیق با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و بهره‌گیری از آزمون‌های آماری همبستگی Pearson و همبستگی Spearman و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۱۱۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که ۴۵/۵ درصد مرد و ۵۴/۵ درصد زن بودند. بیشترین فراوانی، مربوط به گروه سنی کمتر از ۳۰ سال (۵۰/۱ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی بیشتر از ۵۰ سال بود (۱۷/۴ درصد)؛ میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش ۳۴/۲۳ سال بود. پاسخ‌گویان با سطح تحصیلات متوسطه بیشترین فراوانی را (۳۱/۵ درصد) به خود اختصاص دادند و کمترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلات دانشگاهی (۱۰/۳ درصد) بود. میزان آگاهی افراد مورد بررسی نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده به ترتیب، ۳۰/۹ درصد ضعیف، ۵۳/۴ درصد متوسط، ۱۴/۵ درصد خوب و ۱/۳ درصد عالی بود (جدول ۱)،

نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انتخاب شدند، به این ترتیب که از میان مناطق سه‌گانه‌ی روستایی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان شهرکرد شامل بخش‌های لاران، سامان و مرکزی، به صورت تصادفی ۳ مرکز بهداشتی درمانی که افراد مناطق روستایی را تحت پوشش بیمه‌ی روستایی قرار می‌دهند انتخاب شدند. این مراکز به ترتیب شامل مرکز هارونی با پوشش بیمه‌ی روستایی ۵۹۵۹ نفر از روستاهای هارونی، کتک و اسد آباد، مرکز وردنجان با پوشش بیمه‌ی روستایی برای ۵۳۸۶ نفر از روستاهای وردنجان و تومانک و نیز مرکز طاقانک با پوشش بیمه‌ی روستایی ۴۷۹۱ نفر از افراد روستاهای بهرام آباد، نوآباد و شمس آباد بودند. بر حسب حجم نمونه با رعایت تناسب به ترتیب ۴۰۰، ۳۷۰ و ۳۳۰ نفر از مراکز فوق، جهت بررسی انتخاب شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ی ۲۲ سؤالی مشتمل بر ۳ بخش بود، بخش اول شامل ۳ سؤال مربوط به مشخصات فردی (سن، جنس و میزان تحصیلات) و بخش دوم پرسش‌نامه شامل ۱۱ سؤال آگاهی و بخش سوم پرسش‌نامه شامل ۸ سؤال مربوط به سنجش سطح نگرش بر اساس مقیاس لیکرت بود. پرسش‌نامه دارای مقیاس چند گزینه‌ای (بسته) بود که برای هر سؤال فقط یک گزینه‌ی صحیح توسط آزمودنی‌ها انتخاب می‌گردید. نمره‌گذاری پرسش‌نامه برای سؤالات آگاهی به این صورت انجام گرفت که برای پاسخ صحیح نمره‌ی ۱ و در غیر این صورت نمره‌ی صفر منظور گردید، برای سؤالات نگرش (مقیاس ۵ گزینه‌ای) شامل کاملاً موافقم، موافقم، بی‌نظر، مخالفم و کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری از ۴-۰ در نظر گرفته شد (حداکثر امتیاز ۲۴). به منظور انجام روایی پرسش‌نامه از افراد صاحب‌نظر و متخصصان آموزش بهداشت و پزشکی اجتماعی استفاده و نظر آنان در پرسش‌نامه اعمال گردید، جهت انجام پایایی، پرسش‌نامه در اختیار ۵۰ نفر از روستاییانی که در مراحل بعد از مطالعه‌ی اصلی خارج شدند، قرار گرفت و با استفاده از روش همسانی درونی، Cronbach's alpha محاسبه و برای آگاهی و نگرش به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۷۸ به دست آمد.

همچنین ۰/۵ درصد نگرش خیلی خوب، ۲۵/۵ درصد نگرش خوب، ۶۴/۴ درصد نگرش متوسط، ۹/۱ درصد نگرش ضعیف و ۰/۵ درصد نگرش خیلی ضعیف داشتند (جدول ۲). در این مطالعه بین نمره‌ی آگاهی و سن رابطه‌ی معکوس ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و بین نمره‌ی آگاهی و سطح تحصیلات رابطه‌ی مستقیم وجود داشت ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

همچنین ۰/۵ درصد نگرش خیلی خوب، ۲۵/۵ درصد نگرش خوب، ۶۴/۴ درصد نگرش متوسط، ۹/۱ درصد نگرش ضعیف و ۰/۵ درصد نگرش خیلی ضعیف داشتند (جدول ۲). در این مطالعه بین نمره‌ی آگاهی و سن رابطه‌ی معکوس ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و بین نمره‌ی آگاهی و سطح تحصیلات رابطه‌ی مستقیم وجود داشت ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

جدول ۱: توزیع فراوانی و میانگین نمره‌ی آگاهی مردم مناطق روستایی شهرستان شهرکرد در مورد برنامه‌ی پزشکی خانواده به تفکیک جنس

| نتیجه‌ی آزمون ANOVA |            | کل          |       | زن        |       | مرد         |       | نمره‌ی آگاهی       |
|---------------------|------------|-------------|-------|-----------|-------|-------------|-------|--------------------|
| F                   | P value    | درصد        | تعداد | درصد      | تعداد | درصد        | تعداد |                    |
| ۲/۹۶۹               | $P > ۰/۰۵$ | ۳۰/۹        | ۳۴۰   | ۳۱/۹      | ۱۹۱   | ۲۹/۷        | ۱۴۹   | ضعیف ( $\leq ۲۵$ ) |
|                     |            | ۵۳/۴        | ۵۸۷   | ۵۴/۱      | ۳۲۴   | ۵۲/۵        | ۲۶۳   | متوسط (۲۵-۵۰)      |
|                     |            | ۱۴/۵        | ۱۵۹   | ۱۳/۵      | ۸۱    | ۱۵/۶        | ۷۸    | خوب (۵۰-۷۵)        |
|                     |            | ۱/۳         | ۱۴    | .۵        | ۳     | ۲/۲         | ۱۱    | عالی ( $> ۷۵$ )    |
|                     |            | ۳۳/۲ ± ۱۷/۹ |       | ۳۲/۳ ± ۱۷ |       | ۳۴/۲ ± ۱۹/۱ |       | میانگین            |
|                     |            | ۱۱۰۰        |       | ۵۹۹       |       | ۵۰۱         |       | جمع                |

جدول ۲: توزیع فراوانی و میانگین نمره‌ی نگرش مردم مناطق روستایی شهرستان شهرکرد در مورد برنامه‌ی پزشکی خانواده به تفکیک جنس

| نتیجه‌ی آزمون ANOVA |            | کل          |       | زن          |       | مرد         |       | نمره‌ی نگرش       |
|---------------------|------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------------|
| F                   | P value    | درصد        | تعداد | درصد        | تعداد | درصد        | تعداد |                   |
| ۰/۰۱۲               | $P > ۰/۰۵$ | ۰/۵         | ۵     | ۰/۵         | ۳     | ۰/۴         | ۲     | خیلی خوب (۸۰-۱۰۰) |
|                     |            | ۲۵/۵        | ۲۸۱   | ۲۶          | ۱۵۶   | ۲۵          | ۱۲۵   | خوب (۶۰-۸۰)       |
|                     |            | ۶۴/۴        | ۷۰۸   | ۶۳/۸        | ۳۸۲   | ۶۵/۱        | ۳۲۶   | متوسط (۴۰-۶۰)     |
|                     |            | ۹/۱         | ۱۰۰   | ۹/۲         | ۵۵    | ۹           | ۴۵    | ضعیف (۲۰-۴۰)      |
|                     |            | ۰/۵         | ۶     | ۰/۵         | ۳     | ۰/۶         | ۳     | خیلی ضعیف (۰-۲۰)  |
|                     |            | ۵۴/۲ ± ۱۰/۹ |       | ۴۴/۲ ± ۱۰/۹ |       | ۵۴/۱ ± ۱۰/۸ |       | میانگین           |
|                     |            | ۱۱۰۰        |       | ۵۹۹         |       | ۵۰۱         |       | جمع               |

جدول ۳: ضرایب همبستگی بین نمره‌ی آگاهی و نگرش با جنس، سن و سطح تحصیلات

| سطح تحصیلات                |        | سن          |        | جنس                      |       |                        |
|----------------------------|--------|-------------|--------|--------------------------|-------|------------------------|
| P value                    | ** $r$ | P value     | ** $r$ | P value                  | *F    |                        |
| $P < ۰/۰۰۱$                | ۰/۲۱۵  | $P < ۰/۰۰۱$ | -۰/۱۴۳ | $P > ۰/۰۰۵$              | ۲/۹۶۹ | آگاهی                  |
| $P > ۰/۰۵$                 | -۰/۰۲۴ | $P < ۰/۰۰۲$ | ۰/۰۶۸  | $P > ۰/۰۰۵$              | ۰/۰۱۲ | نگرش                   |
| Spearman *** آزمون همبستگی |        |             |        | Pearson ** آزمون همبستگی |       | * آزمون آنالیز واریانس |

## بحث

در این پژوهش علاوه بر تعیین مشخصات دموگرافیک افراد و آگاهی و نگرش آن‌ها، ارتباط بین این دو متغیر با مشخصات دموگرافیک سنجیده شده است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد که ۵۳/۴ درصد روستاییان از آگاهی متوسط نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده برخوردار بودند، که با نتایج مطالعات انجام شده توسط خجسته (۱۵) و نیز شایق و نصر اصفهانی (۱۶) همخوانی دارد، ولی با نتایج مطالعات هلاکویی نایینی و همکاران (۱۴) و نیز طاووسی و همکاران (۱۷) همخوانی ندارد. با توجه به گذشت حداقل ۲ سال از اجرای این برنامه، به نظر می‌رسد که میانگین آگاهی مردم نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده جدا از ارتباط آگاهی با متغیرهای دموگرافیک ناکافی باشد. این موضوع توجه جدی مسؤولان و مجریان برنامه در جهت بهبود آرایه‌ی اطلاعات به روستاییان و آشناسازی آن‌ها با ابعاد مختلف برنامه‌ی مذکور را طلب می‌کند. در این بررسی بین نمره‌ی آگاهی و سن رابطه‌ی معکوس وجود دارد؛ این نتیجه شاید به این علت باشد که جوانان توجه بیشتری به موضوعات آموزشی آرایه شده در زمینه برنامه‌ی پزشک خانواده داشته‌اند و حتی می‌تواند به این دلیل باشد که جوانان توجه و اهمیت بیشتری نسبت به برنامه‌های اجرا شده در مورد ارتقای سلامت خود و بالتبع خانواده‌شان دارند که در نتیجه موجب افزایش آگاهی آن‌ها در مقایسه با سایر گروه‌های سنی می‌گردد؛ این یافته با نتایج مطالعه‌ی انجام شده توسط طاووسی و همکاران همخوانی ندارد (۱۷).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نمره‌ی آگاهی و سطح تحصیلات رابطه‌ی مستقیم وجود دارد؛ این یافته نیز می‌تواند به این علت باشد که افراد تحصیل کرده نسبت به کسب اطلاعات از منابع مختلف به ویژه منابع نوشتاری توانا تر بوده‌اند. البته در این‌جا باید به این نکته توجه نمود که چون درصد قابل توجهی از روستاییان به ویژه سالمندان دارای سطح تحصیلات پایین می‌باشند، بنابراین باید راهکارهایی در جهت آرایه‌ی اطلاعات ساده‌تر به این گروه مانند استفاده از

زبان گویاتر، ساده‌تر نمودن اصطلاحات موجود و استفاده از تصاویر و پوستره‌های ساده و قابل فهم برای افراد در نظر گرفته شود. این یافته با مطالعات انجام شده توسط خجسته (۱۵) و نیز شاه‌رخی و همکار (۱۸) همخوانی دارد، در این مطالعات نیز سطح تحصیلات و میزان آگاهی ارتباط مستقیمی با یکدیگر داشته‌اند، به عبارت دیگر با افزایش سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه، آگاهی افزایش یافته است.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد که نگرش بیشترین درصد (۶۴/۴ درصد) افراد مورد پژوهش نسبت به برنامه متوسط بوده است، در این مورد می‌توان به رابطه‌ی آگاهی و نگرش و تأثیرپذیری آن‌ها نسبت به یکدیگر اشاره نمود. از آن‌جا که آگاهی افراد مورد پژوهش نسبت به برنامه متوسط بوده است، بنابراین دور از انتظار نیست که نگرش آن‌ها نیز متوسط باشد، به عبارت دیگر چون روستاییان از سطح آگاهی خوبی برخوردار نبوده‌اند، نمی‌توانند نسبت به این برنامه دیدگاه و نگرش جهت‌داری چه مثبت و چه منفی داشته باشند. به عبارت دیگر برداشت عموم بر این است که پزشکان خانواده باید خدمات درمانی آرایه کنند، اما آن‌ها مسؤول سلامت هستند و بیش از آن که رسالتی در قبال درمان داشته باشند، مسؤول ارتقای سلامت افراد و پیشگیری از بیماری‌ها و در نهایت درمان بیماران جامعه هستند. بروز این امر همچنین می‌تواند به علت کم بودن احساس نیاز به طرح پزشک خانواده باشد؛ چرا که بیشتر روستاییان نیازهای بهداشتی و درمانی خود را از طریق مراجعه به پزشکان مراکز بهداشتی درمانی شهری، بیمارستان و ... برطرف می‌کنند. این یافته می‌تواند مبنای بازنگری مجدد و اصلاح نقاط ضعف برنامه قرار گیرد. این نتایج با یافته‌های مطالعه‌ی خجسته همخوانی دارد (۱۵)، اما با نتایج مطالعات شاه‌رخی و همکار (۱۸) و همچنین هلاکویی و همکاران (۱۴) و نتایج مطالعه‌ی شایق و نصر اصفهانی (۱۶) همخوانی ندارد.

در این مطالعه، بین نمره‌ی نگرش و سن رابطه‌ی مستقیم وجود داشت، این نتیجه به این دلیل می‌تواند باشد که خدمات پیشگیرانه‌ای مانند اندازه‌گیری قند خون، فشار خون و ...

### نتیجه‌گیری

از آن‌جا که دانش و آگاهی روستاییان در حد مطلوب نبوده است و پیرو آن نگرش آنان نیز نسبت به برنامه در سطح خوب و قابل قبولی نمی‌باشد و نظر به نقش عمده‌ی بررسی آگاهی و نگرش در طرح‌ریزی، سازمان‌بندی و اجرای برنامه‌های آموزشی و همچنین با عنایت به ارتباط مستقیم آگاهی و نگرش، لازم است برنامه‌های آموزشی جدید و متداول همگام با پیشرفت‌های علمی جهان به طور مؤثر و گسترده‌ای در جهت ارتقای سطح آگاهی و به دنبال آن بهبود نگرش آنان انجام گیرد.

### پیشنهادها

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، موارد زیر پیشنهاد می‌گردد:

۱. برگزاری دوره‌های بازآموزی و یا کارگاه‌های آموزشی برای پزشکان خانواده
۲. آرایه‌ی اطلاعات و آگاهی‌های لازم به روستاییان از طریق رسانه‌های جمعی
۳. بهبود ارتباط دو جانبه میان پزشکان و مسؤولان برنامه‌ی پزشک خانواده و تلاش در جهت ایجاد نگرش صحیح نسبت به برنامه.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله، مراتب تشکر و قدردانی را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و تمامی روستاییان عزیز که پژوهشگران را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، اعلام می‌دارد.

جهت سالمندان بیشتر انجام می‌شود و این افراد از برنامه و خدمات آرایه شده توسط آن رضایت بیشتری دارند. در این مورد در مطالعات موجود، مورد مشابهی یافت نشد. همچنین در مطالعه‌ی حاضر بین جنس و نمره‌ی آگاهی و نگرش رابطه‌ی معنی‌دار وجود نداشت. این یافته با نتایج پژوهش خجسته هم‌خوانی دارد (۱۵). نتایج بررسی نشان داد که بین نمره‌ی نگرش و سطح تحصیلات رابطه‌ی معنی‌دار وجود ندارد، که با نتایج مطالعه‌ی خجسته هم‌خوانی ندارد (۱۵). بین نمره‌ی آگاهی و نگرش رابطه‌ی مستقیم وجود دارد، از این یافته می‌توان این گونه نتیجه‌گیری نمود که با افزایش آگاهی، نگرش نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد. پزشک خانواده مسؤول آرایه‌ی خدمات جامع سلامت و پاسخ‌گویی مستمر به افراد تحت پوشش اعم از سالم و بیمار و بدون توجه به اختلاف سنی، جنسی، اقتصادی و ... و نیز نوع بیماری از تولد تا لحظه‌ی مرگ می‌باشد. در خصوص اهمیت برنامه‌ی پزشک خانواده می‌توان به نقش آن در سلامت خانواده و جمعیت تحت پوشش، کنترل بیماری‌های واگیردار و غیر واگیردار، ایمن سازی (واکسیناسیون)، غربالگری (دیابت، فشار خون و ...)، بهبود تغذیه‌ی جامعه‌ی تحت پوشش، سلامت محیط و کار، دهان، دندان و روان، سلامت و ترویج آن و شیوه‌ی زندگی سالم، افزایش سیاست‌های حامی سلامت، افزایش محیط‌های حامی سلامت و افزایش اقدام افراد تحت پوشش به سمت سلامت اشاره نمود. بنابراین انتظار می‌رود که فعالیت‌های آموزشی بیشتری در جهت آرایه‌ی اطلاعات به روستاییان نسبت به ابعاد مختلف برنامه داده شود و گامی در جهت ارتقای آگاهی و به دنبال آن بهبود نگرش افراد برداشته شود.

### References

1. Ministry of health and medical education. Illustration of health team and family physician services. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Arvij Publication; 2007.
2. Sharghi Azerbaijan Health Center Health Network. Family physician definition [Online]. 2007 [cited 2009 Des 04]; Available from: URL: [http://www.eazphc.ir/Shabakeh/menu\\_files/Pezeshk\\_Khanevadeh/Tarif.htm/](http://www.eazphc.ir/Shabakeh/menu_files/Pezeshk_Khanevadeh/Tarif.htm/)
3. Report of salamat news, Dr Baghbanian (Assistant manager of health committee of Iran assembly) [Online]. [cited 2008 Jun 24]; Available from: URL: <http://journals.tums.ac.ir/>
4. Report of WHO Expert committee on data and statistics. NHA ratios and per capita level, 2000-2005 [Online]. [sited 2009 Des 1]; Available from: URL: <http://www.who.int/nha/country/en/index.html/>

5. Report of Fars news. Minister of health and medical education [Online]. [cited 2008 Aug 9]; Available from: URL: <http://www.fars news.net/>
6. Report of Hamshahri newspaper. Assistant manager of Iranian general physicians committee [Online]. [cited 2008 Jul 28]; Available from: URL: <http://www.hamshahrionline.ir/>
7. Managheb SE, Firouzi H, Jaafarian J. The effect of communication skills training based on Calgary-Cambridge guideline on knowledge, attitude and practice of family physician of Jahrom University of medical sciences 2007. Journal of Jahrom Medical School 2008; 6(2): 74-84.
8. Family physician Instruction. Ministry of Health and Medical Education [Online]. [cited 2009 Sep]; Available from: URL: <http://www.behdasht.gov.ir/>
9. 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. Journal of Babol University of Medical Sciences 2009; 11(6): 46-52.
10. Report of salamat news, Dr Shahriaree (the member of health Committee of Iran assembly) [Online]. [cited 2008 Jul 2]; Available from: URL: <http://www.salamatnews.com/>
11. Hatami H, Seyed Nozadi M, Majlesi F, Eftekhar Ardabili H, Razavi SM, Parizadiah MJ. Comprehensive public health books. Tehran: Arjmand Publication; 2006. p. 80.
12. Baghiani Moghadam MH, Ebrahimposh MH, Deghani Tafti MH. Principles and general health services 2. Tehran: Shabnam Danesh Publication; 2004. p. 47.
13. Sadeghi Hasan Abadi A. General public health. Shiraz: Department of Medical Sciences University of Far; 1985. p. 170-1.
14. Holakouie Naeini K, Moradi A, Pourmalek F, Majdzadeh SR. Knowledge, Attitude and Practice Regarding the mass Anti-Measles and Rubella Immunization Campaign (2004) in the Population Covered by Tehran University of Medical Sciences. Iran Epidemiology Journal 2005; 1(1): 47-57.
15. Khojasteh F. The study of knowledge, attitude and practice about cervical cancer and pap smear of women that visited zahedan health center clinics. Scientific Medical Journal 2004; (41): 1-9.
16. Shayegh SH, Nasr Esehani M. The Study of Knowledge and Attitude Level of Dental Students in Faculties of Dentistry in Iran Regarding Dental Health Services in Therapeutic and Health Networks. Daneshvar Medicine 2007; 71(15): 53-6.
17. Tavoosi A, Zaferani A, Enzevaei A, Tajik P, Ahmadinezhad Z. Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students. BMC Public Health 2004; 4: 17.
18. Shahrokhi A, Ghorbani A. Knowledge Attitude and women consuming oral contraceptive pills in the contraceptive. Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2000; 4(3): 61-6.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

## A Survey on Knowledge and Attitudes of Rural Population towards the Family Physician Program in Shahr-e-kord City\*

Masoomeh Alidosti<sup>1</sup>; Elahe Tavassoli<sup>2</sup>; Reza Khadivi, PhD<sup>3</sup>;  
Gholam Reza Sharifirad, PhD<sup>4</sup>

### Abstract

**Introduction:** The family physician program has been implemented with the effort of the country's officials since 2005 in the villages and towns with populations under 20,000 people to perform comfortable and convenient access to health services. The aim of this research was to study knowledge and attitude of rural population toward the family physician program in rural regions of Shahr-e-Kord.

**Methods:** In this descriptive analytic survey, 1100 individuals under the program of rural family physician in Chaharmahal va Bakhtiari Province were selected by multistage sampling method. Data collected using a self-administrated questionnaire which validity and reliability was confirmed by health education and social medicine experts and calculating Cronbach's alpha, respectively. Obtained data analyzed by SPSS software in two categories of descriptive and inferential statistics

**Results:** Mean age of studied population was 34.23 years. Knowledge of participants regarding family physician program was poor, moderate, good and excellent in 30.9%, 53.5%, 14.5% and 3.1% of cases, respectively. Their attitude was very good, good, moderate and poor in 0.5%, 25.5%, 64.4% and 9.1% of cases, respectively. There was a negative significant relation between knowledge and age and positive relation between knowledge score and education. There was a positive significant relation between attitude score and age.

**Conclusion:** Results indicated that rural population did not have the appropriate knowledge to the family physician, as well as their attitude was also moderate. These results confirm the need for more education in improving and increasing their appropriate attitude.

**Keywords:** Awareness; Attitude; Rural Health Services; Family Physicians.

**Type of article:** Original Article

*Received: 2 Feb, 2010*

*Accepted: 6 Jul, 2010*

**Citation:** Alidosti M, Tavassoli E, Khadivi R, Sharifirad Gh. A Survey on Knowledge and Attitudes of Rural Population towards the Family Physician Program in Shahrekord City. Health Information Management 2011; 7 (Special Issue): 636.

\*This article resulted from research project No 747, funded by deputy of research, Shahr-e-kord University of Medical Sciences, Iran.

1. MSc, Health Education, Shahrekord Health Center, Shahr-e-kord, Iran.

2. PhD Student, Health Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Assistant Professor, Social Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4. Associate Professor, Health Education, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

Email: sharifirad@hlth.mui.ac.ir