

ارتباط آگاهی روستاییان شهرستان شهرکرد با دلایل انتخاب برنامه پزشک خانواده در سال ۱۳۸۸

نویسندگان:

الهه توسلی^۱، مرزیه رئیسی^۲، معصومه علیدوستی^{۳*}، زهرا مطلق^۴

- ۱- بخش بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۲- بخش مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران
 ۳- کمیته تحقیقات بالینی، معاونت پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران
 ۴- بخش آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

Journal of Jahrom University of Medical Sciences, Volume 10, Number 2, Summer 2012

چکیده:

مقدمه: برنامه پزشک خانواده در سال ۱۳۸۴ در روستاها و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر به اجرا درآمد. یکی از اهداف این برنامه اولویت دادن به بینش سلامت‌نگر به جای درمان‌نگر بودن در ارائه خدمات و جلوگیری از هدر رفتن منابع مالی کشور در حوزه سلامت است. هدف از مطالعه حاضر تعیین ارتباط آگاهی روستاییان شهرستان شهرکرد با دلایل انتخاب برنامه پزشک خانواده بود.

روش کار: در این پژوهش از نوع تحلیلی، تعداد ۱۱۰۰ نفر از افراد تحت پوشش برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد به روش نمونه‌گیری تصادفی از نوع خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات، از پرسش‌نامه استفاده شد. در نهایت داده‌ها توسط آزمون‌های آماری تی مستقل، کای مربع، همبستگی پیرسون و اسپیرمن تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سن افراد مورد بررسی 14.71 ± 34.23 سال بود. بیش‌ترین درصد افراد (۴۳/۸) که آگاهی خیلی ضعیف داشتند دلیل خود از انتخاب برنامه پزشک خانواده را ارزان بودن ویزیت و دارو در این برنامه ذکر کرده بودند و بیش‌ترین درصد افراد (۷۸/۶) که آگاهی عالی داشتند، مزایای زیاد برنامه در حفظ سلامت خانواده را بیان کرده بودند. آزمون کای مربع نشان داد که بین آگاهی روستاییان با دلایل انتخاب برنامه پزشک خانواده ارتباط معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که افراد مورد بررسی از آگاهی مطلوبی نسبت به برنامه پزشک خانواده برخوردار نبودند. همچنین بین آگاهی و دلایل انتخاب ارتباط معناداری وجود دارد. بنابراین توجه بیش‌تر مسئولین به این موضوع و انجام اقدامات لازم در راستای آموزش افراد در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: آگاهی، پزشک خانواده، انتخاب، رفتار

J Jahrom Univ Med Sci 2012; 10(2):43-8

مقدمه:

و تقویت نظام ارجاع مورد تأیید قرار گرفت [۲]. مناسب‌ترین راهبرد اجرای برنامه‌ی بیمه سلامت در قالب نظام ارجاع، طرح پزشک خانواده بود که با مصوبه مجلس شورای اسلامی در زمینه بیمه‌ی روستاییان، امکان پیوند برنامه پزشک خانواده با بدنه‌ی عظیم شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور فراهم شد [۳]. در حال حاضر سالانه حدود ۶۰۰۰ میلیارد ریال صرف این برنامه می‌شود [۴] و وزارت بهداشت متعهد شده است تا پایان برنامه

اجرای طرح نظام شبکه بهداشت و درمان و سطح‌بندی خدمات در سه سطح اول، دوم و سوم در کلیه شهرستان‌ها از سال ۱۳۶۴ با وجود داشتن دستاوردهای چشمگیر، به دلیل عدم تحقق مناسب نظام ارجاع با یک ضعف عمده مواجه شد [۱]. از سال ۱۳۸۴ با اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده و بیمه روستایی در مناطق روستایی و شهرهای کم‌تر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت، اصلاح

* نویسنده مسئول، آدرس: شهرکرد، خیابان کاشانی، رحمتیه، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن تماس: ۰۹۱۳۳۸۰۸۲۶۰ پست الکترونیک: m_alidosti@hlth.mui.ac.ir

نفر از روستاهای هارونی، کتک و اسد آباد، مرکز بهداشتی وردنجان با زیر پوشش داشتن ۵۳۸۶ نفر از روستاهای وردنجان و تومانک، مرکز بهداشتی طاقانک با ۴۷۹۱ نفر از افراد روستاهای بهرام‌آباد، نوآباد و شمس‌آباد بودند که بر اساس حجم نمونه با رعایت تناسب به ترتیب ۴۰۰، ۳۷۰ و ۳۳۰ نفر از این سه مرکز برای بررسی انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه، سکونت در مناطق مورد نظر، تحت پوشش بیمه روستایی بودن، دارای سن بالای ۱۵ سال و داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. معیار خروج از مطالعه نداشتن تمایل به شرکت در پژوهش و تکمیل نکردن همه بندهای پرسش‌نامه بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته شامل سه بخش (۳ سؤال مربوط به مشخصات فردی (سن، جنس، تحصیلات)، ۴ سؤال مربوط به دلایل انتخاب برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی و ۱۱ سؤال برای سنجش آگاهی) بود. پرسش‌نامه در بخش آگاهی دارای مقیاس چند گزینه‌ای از نوع بسته بود که برای هر سؤال فقط یک گزینه صحیح توسط آزمودنی‌ها انتخاب می‌شد. برای هر پاسخ صحیح به سؤالات آگاهی نمره ۱ و در غیر این صورت نمره صفر منظور می‌شد. در نهایت با تبدیل نمرات به درصد، جمع نمرات از صفر تا ۱۰۰ حاصل شد، آگاهی افراد با نمره کم‌تر از ۲۰ معادل خیلی ضعیف، ۲۰-۴۰ ضعیف، ۴۱-۶۰ متوسط، ۶۱-۸۰ خوب و ۸۰ به بالا عالی در نظر گرفته شد. برای بررسی روایی علمی ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه توسط هفت نفر از اساتید متخصص و صاحب‌نظر در زمینه تحقیق، بررسی و نظرات آنان اعمال شد. برای روایی صوری ابزار نیز پرسش‌نامه در اختیار ۱۵ نفر از جامعه مورد پژوهش منفک از نمونه‌های مورد مطالعه، قرار داده شد و از نظر قابل فهم و واضح بودن، مطالب تمامی سؤالات بررسی و اصلاحات لازم انجام شد. برای تعیین پایایی ابزار، پرسش‌نامه توسط ۵۰ نفر از اعضاء جامعه مورد پژوهش که در مطالعه شرکت نداشتند، تکمیل شد که آلفای کرونباخ بدست آمده برابر با ۰/۸۹ شد. برای جمع‌آوری اطلاعات پرسشگران به روستاهای مورد نظر مراجعه و پس از معرفی خود و توجیه کردن افراد در مورد اهداف پژوهش و گرفتن رضایت شفاهی، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند.

داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS 15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تعیین تفاوت در میانگین نمره آگاهی زنان و مردان از آزمون تی مستقل، برای تعیین ارتباط آگاهی و سن از آزمون همبستگی پیرسون و برای تعیین ارتباط آگاهی و سطح تحصیلات از آزمون همبستگی اسپیرمن و برای تعیین ارتباط بین آگاهی و دلایل انتخاب برنامه پزشکی خانواده از آزمون کای مربع استفاده شد.

توسعه چهارم، برنامه‌ی پزشکی خانواده را در کل کشور به اجرا در آورد [۵]. در این برنامه، پزشک عمومی و تیم وی مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را به عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به عهده خواهد داشت. بنابراین، یکی از مهم‌ترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، استفاده از اصطلاح پزشکی خانواده برای ارائه‌ی صرف خدمات درمانی کاری نابجاست. همچنین کلیه خدمات سلامت در برنامه پزشکی خانواده به شکل فعال به جمعیت تحت پوشش ارائه می‌شود [۲]. از اهداف این برنامه می‌توان به اولویت دادن به پیش سلامت‌نگر به جای درمان‌نگر بودن در ارائه خدمت، توجه به کاهش هزینه‌های دریافت خدمات بهداشتی درمانی از سوی مردم و لزوم توجه به سطح‌بندی خدمات در برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی و اهداف دیگری چون کاهش اقامت دارویی مصرفی، جلوگیری از هدر رفتن منابع مالی کشور در حوزه سلامت اشاره کرد [۶]. آگاهی از این اهداف و وظایف سبب می‌شود تا علاوه بر دستیابی به اهداف بیان‌شده، از هدر رفتن منابع و امکانات و دخالت‌های بی‌مورد افراد در روند اجرا پیشگیری شود [۶]. از آن‌جا که بهداشت و سلامت پدیده‌ای خودجوش است باید انگیزه برخورداری از آن در مردم ایجاد شود و علاوه بر بخش بهداشت، جامعه هم درگیر مراقبت از خود شود [۷]. این انگیزه زمانی در مردم ایجاد می‌شود که افراد نسبت به اهداف برنامه آگاهی داشته باشند. با توجه به این‌که برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی نوپا و جدید است و مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد، بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط آگاهی روستاییان با دلایل انتخاب برنامه‌ی پزشکی خانواده و بیمه روستایی از سوی آنان در شهرستان شهرکرد انجام شد.

روش کار:

در این مطالعه تحلیلی جمعیت مورد مطالعه روستاییان ساکن در مناطق روستایی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان شهرکرد بودند که ۱۱۰۰ نفر، به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. این افراد تحت پوشش بیمه روستایی قرار داشتند. روش نمونه‌گیری به این ترتیب بود که از مناطق روستایی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان شهرکرد شامل بخش‌های لاران، سامان و مرکزی به صورت تصادفی سه مرکز بهداشتی درمانی که افراد روستایی را تحت پوشش بیمه روستایی قرار می‌داد انتخاب شد. این سه مرکز بهداشتی به ترتیب شامل مرکز بهداشتی هارونی با زیر پوشش داشتن ۵۹۵۹

یافته‌ها:

در این مطالعه در مجموع ۱۱۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که ۴۵/۵ درصد مرد و ۵۴/۵ درصد زن بودند، آزمون تی مستقل نشان داد میانگین نمره آگاهی زنان و مردان تفاوت معناداری ندارد ($p=0/09$). میانگین سن افراد شرکت‌کننده در پژوهش $14/71 \pm 34/23$ سال بود، گروه با بیش‌ترین فراوانی (۵۰/۱ درصد)، گروه سنی کم‌تر از ۳۰ سال و کم‌ترین فراوانی (۱۷/۴ درصد) مربوط به گروه سنی بیش‌تر از ۵۰ سال بود. بیش‌ترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلات متوسطه (۳۱/۵ درصد) و کم‌ترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلات دانشگاهی (۱۰/۳ درصد) بود. میزان آگاهی افراد مورد بررسی نسبت به برنامه پزشکی خانواده به ترتیب، ۳۰/۹ درصد آگاهی خیلی ضعیف، ۳۷/۵ درصد آگاهی ضعیف، ۲۲/۳ درصد آگاهی متوسط، ۷/۹

درصد آگاهی خوب و ۱/۴ درصد آگاهی عالی بود و تنها به ۵۱ درصد افراد مورد پژوهش، موضوعات مربوط به برنامه پزشکی خانواده آموزش داده شده بود. بین نمره آگاهی و سن رابطه معکوس وجود داشت ($r=-0/143$, $P<0/001$). بین نمره آگاهی و سطح تحصیلات رابطه مستقیم وجود داشت ($r=0/215$, $P<0/001$). همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود بیش‌ترین درصد (۴۳/۸ درصد) افراد که آگاهی خیلی ضعیف داشتند، دلیل خود از انتخاب برنامه پزشکی خانواده را ارزان بودن ویزیت و دارو در این برنامه ذکر کرده بودند و بیش‌ترین درصد (۷۸/۶) افراد که آگاهی عالی داشتند، مزایای زیاد برنامه در حفظ سلامت خانواده را بیان کرده بودند. آزمون کای مربع نشان داد که بین آگاهی روستاییان با دلایل انتخاب برنامه پزشکی خانواده از سوی آنان ارتباط معناداری وجود دارد ($P<0/05$).

جدول ۱: توزیع فراوانی و ارتباط آگاهی روستاییان با دلایل انتخاب برنامه پزشکی خانواده از سوی آنان

دلایل انتخاب برنامه	توصیه دوستان و آشنایان	توصیه کارمندان مراکز بهداشتی	ارزان بودن ویزیت و دارو	مزایای زیاد برنامه در حفظ سلامت خانواده	جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد (تعداد درصد)
۱۷	۵	۹۸	۴۳/۸	۷۶	۳۴۰ (۳۰/۹)
۲۲	۵/۳	۱۱۱	۳۲/۹	۱۴۵	۴۱۴ (۳۷/۵)
۱۲	۴/۹	۷۶	۳۰/۲	۸۳	۲۴۵ (۲۲/۳)
۲	۲/۳	۲۶	۲۱/۸	۴۰	۸۷ (۷/۹)
۰	۰	۱	۱۴/۳	۱۱	۱۴ (۱/۴)
۵۳ (۴/۸٪)	۳۱۲ (۲۸/۴٪)	۳۸۰ (۳۵/۲٪)	۳۵۵ (۳۲/۳٪)	۱۱۰۰ (۱۰۰٪)	
$P < 0/001$					نتیجه آزمون کای مربع

بحث:

با توجه به این که برنامه پزشکی خانواده قدمت چندانی ندارد و در بررسی منابع، مطالعات مشابه یافت نشد و از آن‌جا که پژوهش در زمینه پزشکی خانواده و آگاهی روستاییان محدود می‌باشد، فقط به مطالعاتی که آگاهی افراد نسبت به سایر خدمات بهداشتی-درمانی و دلایل انتخاب یک برنامه یا ارائه خدمت از طرف افراد را سنجیده‌اند، اشاره می‌شود. در مطالعه حاضر درصد کمی از افراد مورد پژوهش آگاهی خوب و عالی داشتند که با مطالعه سیدنوری و جمشیدی و پارسی‌نیا هم‌خوانی دارد [۸ و ۹]. در مطالعه انجام شده توسط شایق و نصر اصفهانی نیز ۸۲/۱ درصد افراد مورد بررسی از آگاهی ضعیف و فقط ۱۷/۹ درصد از آگاهی خوب نسبت به ارائه خدمات بهداشت دندان برخوردار بودند [۱۰]. در مطالعه حاضر هم درصد بیش‌تری از افراد مورد بررسی آگاهی ضعیف داشتند. این نتایج

با بعضی مطالعات هم‌خوانی نداشت از جمله در مطالعه هلاکویی نایینی و همکاران که نتایج نشان داد بیش‌تر افراد مورد بررسی در مورد برنامه ایمن‌سازی تکمیلی سرخک-سرخجه آگاهی مناسبی ندارند [۱۱]. در مطالعه کازانجین هم آگاهی بیش‌تر افراد مورد بررسی در حد متوسط بود [۱۲]. همچنین در مطالعه مناهم بیش‌تر افراد مورد پژوهش آگاهی خوب و در مطالعه انگستروم نیز اکثر افراد آگاهی نسبتاً خوبی از برنامه پزشکی خانواده داشتند [۱۳ و ۱۴]. نتایج مطالعه مودلی نشان داد که آگاهی افراد مورد بررسی در زمینه برنامه‌ی غربالگری سرطان دهانه رحم در حد متوسط بوده و پس از ارائه‌ی آموزش آگاهی افراد افزایش یافته است [۱۵]. در مطالعه چمپیون هم آگاهی زنان در مورد برنامه غربالگری سرطان سینه بعد از آموزش افزایش یافت [۱۶]. این یافته‌ها نشان می‌دهد آگاهی افراد از یک برنامه، به آموزش و اطلاع‌رسانی کامل و صحیح بستگی

کمترین درصد مربوط به توصیه دوستان و آشنایان و سپس توصیه پزشک و ماما به خود اختصاص داده بودند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد [۶]. در مطالعه جعفری درصد بیشتری از افراد مورد بررسی، رایگان بودن خدمات و ارزان بودن آن را دلیل انتخاب خود دانسته بودند [۲۱]. در مطالعه حاضر نیز بیش تر روستاییان، ارزان بودن ویزیت و دارو را علت اصلی خود برای انتخاب بیمه روستایی و برنامه پزشک خانواده بیان کرده بودند و نتایج نشان داد بیشترین درصد افراد با آگاهی خیلی ضعیف و ضعیف، ارزان بودن ویزیت و دارو و بیشترین درصد افراد با آگاهی خوب و عالی، مزایای زیاد برنامه پزشک خانواده در حفظ سلامت خانواده انتخاب نموده‌اند که این اختلاف از نظر آماری معنادار بود. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که به علت پایین بودن آگاهی روستاییان از ابعاد مختلف برنامه، انتظاری که اکثر روستاییان از این برنامه دارند، ویزیت ارزان تر و دریافت دارو با قیمت مناسب و حتی رایگان بوده است، در حالی که برای برنامه مذکور اهداف والاتری در نظر گرفته شده است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به بی‌سواد بودن تعدادی از روستاییان و در نتیجه عدم پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه اشاره کرد. از این رو نتایج قابل تعمیم به همه افراد جامعه نمی‌باشد.

تقدیر و تشکر: بدین وسیله نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد به خاطر حمایت مالی از این طرح تحقیقاتی و همچنین کلیه روستاییان عزیزی که بدون کمک آنان انجام این تحقیق ممکن نبود، اعلام می‌دارند.

دارد. در این پژوهش آگاهی مردم نسبت به برنامه پزشک خانواده جدای از ارتباط آگاهی با متغیرهای جمعیت شناختی ناکافی می‌باشد. این موضوع لزوم توجه مسئولین و مجریان برنامه، برای ارائه آموزش‌های لازم به روستاییان و آشناسازی آن‌ها با اهداف و ابعاد مختلف برنامه مذکور را می‌رساند.

در مطالعه حاضر، بین نمره آگاهی فرد و سن رابطه معکوس وجود دارد. این مسئله شاید به علت کنجکاوی بیش‌تر از سوی جوانان و تمایل آنان به کسب اطلاعات در مورد موضوعات جدید باشد. اما در مطالعه مناهم [۱۳] بین سن و آگاهی افراد مورد بررسی ارتباط آماری معناداری وجود نداشت. در این مطالعه بین نمره آگاهی و سطح تحصیلات رابطه مستقیم وجود داشت، که می‌تواند به علت توانایی بالاتر افراد تحصیل کرده نسبت به کسب اطلاعات از منابع مختلف به ویژه منابع نوشتاری باشد. در مطالعات کازانجین، مک‌فارلند، خجسته و شاهرخی نیز سطح تحصیلات با آگاهی افراد مورد بررسی ارتباط مستقیمی داشت و با مطالعه حاضر هم‌راستا بود [۱۲ و ۱۷-۱۹]. در مطالعه مناهم نیز همانند مطالعه حاضر بین جنس و نمره آگاهی فرد رابطه معناداری وجود نداشت [۱۳].

نتیجه‌گیری: در مطالعه حاضر، درصد کم‌تری از افراد دلیل خود برای تحت پوشش قرار گرفتن در برنامه پزشک خانواده را توصیه دوستان و آشنایان ذکر کرده بودند که با مطالعه پیری و نوری و جمشیدی همخوانی دارد [۲۰ و ۸]. پس از توصیه دوستان و آشنایان، توصیه کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی کم‌ترین درصد را شامل می‌شد. در مطالعه نوری و جمشیدی نیز

References:

1. Shirvani ND, Ashrafian AH, Motlagh ME, 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. (Persian)
2. Ministry of Health and Medical Education. Family physician instruction. 9th ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2009: 4-102. (Persian)
3. Alidosti M, Tavassoli E, Khadivi R, et al. A survey on knowledge and attitudes of rural population towards the family physician program in Shahrekord City. Health Info Manage 2011; 7(4): 629-36. (Persian)
4. Alipour A, Habibian N, Tabatabai HR. Survey process changes in the pattern of use of contraceptive methods and the impact on the implementation of family doctor in rural population of Sari city. Community J Iran Epidemiol 2009; 5(1): 47-55. (Persian)
5. Farzadi F, Mohamad K, Maftoon F, et al. General practitioner supply: family physician program and medical workforce. J Payesh 2009; 8(4): 415-21. (Persian)
6. Ministry of Health and Medical Education. Executive functioning family doctor program and rural insurance in the year 2006 and first months six 2007. 1st ed. Tehran: Arviji Publ; 2007: 7-11. (Persian)
7. Hasan Abadi A. General public health Persian. Shiraz: Shiraz Univ Med Sci Press; 1990: 170-1. (Persian)
8. Seyed Noori T, Jamshidi Avanaki F. Survey of the relationship between knowledge and attitude of pregnant

- women requesting cesarean section referred to Rasht health centers and their choice reasons. *J Guilan Univ Med Sci* 2006; 15(59): 75-84. (Persian)
9. Parsinia M, Ashkvari P, Babai Gh. The effect of family planning course on knowledge and attitude of students about family planning in Islamic Azad University of Karaj. *J Azad Med Sci Uni Tehran* 2009; 19(1): 69-72. (Persian)
 10. Shayegh SH, Nasr Esfehani 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. *J Daneshvar Med* 2007; 15(71): 53-6. (Persian)
 11. Holakouie Naeini K, Moradi A, Pourmalek F, et al. 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 Epidemiol J* 2005; 1(1): 47-57. (Persian)
 12. Kazanjian A, Morettin D, Cho R. Health care utilization by Canadian women. *BMC Womens Health* 2004; 4(Suppl 1): 33.
 13. Menahem S, Tsalihi D, Tsalihi N, et al. How patients choose their new family physician and what do they know about him. *Harefuah* 2008; 147(12): 956-9, 1031. (Hebrew)
 14. Engstrom S, Madlon-Kay DJ. Choosing a family physician. What do patients want to know? *Minn Med* 2000; 81(12): 22-6.
 15. Champion VL, Springston JK, Zollinger TW. Comparison of three interventions to increase mammography screening in low income African American women. *Cancer Detect Prev* 2006; 30(6): 535-44.
 16. McFarland DM, Willian F. Cervical cancer and papsmear screening in Botswana: knowledge and perceptions. *Int Nurs Rev* 2003; 50(3): 167-75.
 17. Moodley J, Kawonga M, Bradley J, et al. Challenges in implementing a cervical screening program in South Africa. *Cancer Detect Prev* 2006; 30(4): 361-8.
 18. Khojasteh F. The study of knowledge, attitude and practice about cervical cancer and Pap smear of women that visited Zahedan health centers. *Sci Med J* 2004; 41(41): 1-9. (Persian)
 19. Shahrokhi A, Ghorbani A. Knowledge, attitude and women consuming oral contraceptive pills in the contraceptive. *J Qazvin Univ Med Sci* 2000; 4(3): 61-6. (Persian)
 20. Piri Z, Abbas Alizadeh Sh, Somi MH, et al. Reasons for selecting facilities of outpatient services for the natives of northwestern Tabriz. *J Tabriz Univ Med Sci* 2003; 37(37): 42-59. (Persian)
 21. Jafari F, Johari Z, Zayeri F, et al. Survey satisfaction and effective factor at referring health centers. *Res J Shahed Univ* 2006; 14(66): 15-22.

The relationship between villagers' knowledge with the reasons behind family physician program in Shahrekord (2010)

Tavassoli E¹, Reisi M², Alidosti M^{*3}, Motlagh Z⁴

Received: 06/15/2011

Revised: 02/24/2012

Accepted: 04/20/2012

1. Dept. of Health Education, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran
2. Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
3. Clinical Research Committee, Deputy of Research, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
4. Division of Education and Health Promotion, School of Health and Nutrition, Yazd Shahid Sadoghi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Journal of Jahrom University of Medical Sciences, Vol. 10, No. 2, Summer 2012

J Jahrom Univ Med Sci 2012; 10(2):43-8

Abstract

Introduction:

Family physician program initiated in 2005 in villages and cities with residents under 20000. One of the objectives of this program is prioritizing health oriented vision instead of providing services so that wasting resources in the field of health is avoided. The aim of this study was to find the relationship between villagers' knowledge with the reasons behind Family Physician Program in Shahrekord

Materials and Methods:

In this descriptive analytical survey, 1100 individuals under the program of rural family physician in Shahrekord were selected by multi-stage cluster random method. Data were collected using a questionnaire and analyzed by t-test, Chi-square, Pearson and spearman correlation tests.

Results:

Mean age of the studied population was 34.23 ± 14.71 years. The highest percentage (43.8%) of people with very poor knowledge expressed low cost visit and medication as the reason of choosing family doctor program and the highest percentage (%78.6) of those with higher knowledge expressed many benefits of the program in family health. Chi-square test showed that there is a significant relationship between villagers' knowledge and the reasons of choosing family doctor program.

Conclusion:

Results indicated that people had no optimal knowledge toward family physician program. Also, there was a relationship between knowledge and the reasons expressed. Thus, more attention is necessary to be paid by authorities to this specific topic and some measures are essential in training people.

Keywords: Knowledge, Family Physician, Choice, Behavior

* Corresponding author, Email: m_alidosti@hlth.mui.ac.ir