بررسی ارتباط آگاهی و نگرش روستاییان با منابع کسب اطلاعات در زمینه برنامه پزشک خانواده در شهرستان شهرکرد سال ۱۳۸۸

الهه توسلی[۱]، معصومه علیدوستی[۱]، رضا خدیوی[۲]، غلامرضا شریفی‌راد[۳]، اکبر حسن‌زاده[۴]

چکیده

مقدمه: برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع یکی از برنامه‌های مهم در بخش بهداشت و درمان کشور است که از سال ۸۴ به اجرا درآمده است. بهداشت و سلامت پدیده‌ای خودجوش است و باید اطلاعات مربوطه در این زمینه به افراد داده شود. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین آگاهی و نگرش روستاییان با منابع کسب اطلاعات در مورد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۸۸ بود.

روش‌ها: این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی بود که تعداد ۱۱۰۰ نفر (۴۵/۵ ٪ مرد و ۵۴/۵٪ زن) از افراد تحت پوشش برنامه پزشک خانواده درمناطق روستایی شهرستان شهرکرد به روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انتخاب شدند. جهت جمع آوری اطلاعات، پرسش‌نامه استفاده شد. در نهایت داده‌ها بوسیله آزمون‌های آماری t-test و ANOVA آنالیز شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که میانگین سنی افراد مورد بررسی ۳۴/۲۳ سال بود، تنها به ۵۱ ٪ از روستاییان، موضوعات مربوط به برنامه پزشک خانواده آموزش داده شده بود و بین میانگین نمره آگاهی و نگرش روستاییان با آموزش‌های داده شده ارتباط معنی‌داری مشاهده شد۰,۰۰۱ .(P<0.05P<), بیشترین درصد روستاییان اطلاعات خود را از (۳۴ درصد) بهورزان و کارمندان مراکز بهداشتی درمانی دریافت نموده بودند، همچنین بین منابع کسب اطلاعات و آگاهی و نگرش روستاییان تفاوت معنی‌داری مشاهده شد(P<. ۰,۰۰۱).

نتیجه‌گیری: میزان اطلاع رسانی به افراد در مورد برنامه در حد متوسط می‌باشد، با توجه به اینکه روستاییان بیشترین اطلاعات خود را از بهورزان دریافت کرده بودند، بنابراین اجرای برنامه‌های آموزشی برای پزشکان و بهورزان و انتقال به سایر افراد جامعه می‌تواند موجب ارتقای کیفیت و اثربخشی این برنامه گردد.

واژه‌های کلیدی: آگاهی، نگرش، برنامه پزشک خانواده، منابع کسب اطلاعات.

دریافت مقاله: ۸۹/۵/۴ *پذیرش مقاله: ۸۹/۵/۲۳*

۱- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- دانشیار، متخصص پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار، دکترای آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: sharifirad@hlth.mui.ac.ir

۴- مربی، کارشناس ارشد آمار زیستی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-20]

www.mui.ac.ir

مقدمه

سلامت و امنیت جزء حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه بوده و دولت موظف به تأمین آن بطور برابر برای آحاد جامعه است. با مصوبه مجلس محترم شورای اسلامی در زمینه بیمه روستاییان امکان پیوند طرح پزشک خانواده با بدنه عظیم شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور فراهم شد (۱). این برنامه با تلاش مسئولین کشور در سال ۱۳۸۴ به منظور دسترسی راحت و مناسب به خدمات سلامت در روستاهاشهرهای با جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر به اجرا درآمد (۲). براساس آمار بدست آمده در نیمه اول سال ۱۳۸۶ نزدیک ۲۵ میلیون نفر (۲۴۹۰۷۰۸۷) تحت پوشش برنامه قرار گرفتند که ۸۷ درصد ساکن مناطق روستایی و حدود ۱۳درصد در شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر سکونت داشتند. در استان چهارمحال و بختیاری کل جمعیت تحت پوشش در این زمان ۴۱۸۳۴۷ نفر و افراد دارای دفترچه بیمه ۸۴/۳۳ درصد و تعداد پزشک مورد نیاز ۱۴۶ نفرکه فقط ۸۷ نفر حضور داشتند، تعداد مراکز مجری برنامه در استان ۸۱ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ۲ مرکز شهری می‌باشد (۳). از آنجا که اجرای هر برنامه و طرح دیگری در کشور زمانی موفق خواهد بود که از اصول حاکم بر مراقبت‌های اولیه بهداشتی پیروی کند (۴)، لذا همان ۴ اصل بنیادی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، مهم ترین اصول در تمامی مراحل اجرای برنامه پزشک خانواده قرار گرفتند که به شکلی اجرایی باید به آنها توجه داشت و از آنان فاصله نگرفت (۵). مشارکت مردم و اتکاء به خود (Community Participation) که از مهم‌ترین این اصول است بدین معنی است که بدون همکاری و علاقه مردم به تأمین و توسعه خدمات هیچگونه موفقیتی برای آن پیش‌بینی نمی‌شود (۶). بدین ترتیب بهداشت و سلامت پدیده‌ای خود جوش است که باید انگیزه برخورداری از آن در مردم ایجاد گردد و علاوه بر بخش بهداشت، جامعه باید درگیر مراقبت از خود شود (۷). این انگیزه زمانی در مردم ایجاد می‌شود که افراد نسبت به اهداف برنامه از آگاهی و نگرش مناسبی برخوردار باشند. با توجه به اینکه محقق در بررسی منابع به مطالعه مشابهی در این زمینه دست نیافت و با عنایت به این امر که برنامه پزشک خانواده قدمت چندانی نداشته و با توجه به این نکته که پژوهش‌ها در زمینه برنامه پزشک خانواده و به ویژه در زمینه آگاهی و نگرش روستاییان نسبت به برنامه و ارتباط آن با منابع کسب اطلاعات بسیار نوپا و محدود می‌باشند، بنابراین در این جا به مطالعاتی اشاره می‌شود که آگاهی و نگرش افراد و ارتباط آن را با منابع کسب اطلاعات نسبت به اجرای یک برنامه یا ارائه خدمات، مورد سنجش قرار داده‌اند. همچنین پژوهش حاضر می‌تواند چالش‌ها و موانع موجود بر سر راه اطلاع رسانی در خصوص برنامه پزشک خانواده و در نتیجه افزایش آگاهی و نگرش و به دنبال آن بهبود اجرای این برنامه را موجب شود، لذا با توجه به مطالب بیان شده، پژوهشی با هدف بررسی ارتباط آگاهی و نگرش روستاییان با منابع کسب اطلاعات در زمینه برنامه پزشک خانواده در شهرستان شهرکرد انجام گردید.

روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی – تحلیلی بود که به منظور بررسی منابع در دسترس روستاییان شهرستان شهرکرد استان چهارمحال و بختیاری نسبت به برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی انجام گردید، معیار ورود به مطالعه افراد ساکن در مناطق روستایی هارونی، کتک، اسدآباد، وردنجان، تومانک، شمس آباد، بهرام آباد، نوآباد، سیرک که بالاتر از ۱۵ سال سن داشتند بود. آزمودنی‌های پژوهش به تعداد ۱۱۰۰ نفر با فرمول حجم نمونه $n = \frac{(z_{1-\alpha/2})^2 . p.q}{d^2} = \frac{.9604}{.0009} = 1067$ (Z = ضریب اعتماد برابر ۹۵ %، P = تخمینی از نسبت افراد جامعه که این مقدار در مطالعه حاضر ۵٪ در نظر گرفته شده است d =. مقدار اشتباه قابل قبول در برآورد نسبت جامعه (که در مطالعه حاضر ۰/۰۳ در نظر گرفته شده است). نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام شد. به این ترتیب که: مناطق روستایی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-20]

www.mui.ac.ir

شهرکرد شامل بخش‌های لاران، سامان و مرکزی می‌باشد، از این ۳ بخش، به صورت تصادفی ۳ مرکز بهداشتی درمانی که افراد مناطق روستایی را تحت پوشش بیمه روستایی قرار می دهد انتخاب شد، که به ترتیب شامل مرکز هارونی که ۵۹۵۹ نفر از روستاهای هارونی، کتک و اسدآباد را تحت پوشش بیمه روستایی قرار داده، مرکز وردنجان با پوشش بیمه روستایی برای ۵۳۸۶ نفر از روستاهای وردنجان و تومانک، مرکز طاقانک که ۴۷۹۱ نفر از افراد روستاهای بهرام آباد، نوآباد و شمس آباد را تحت پوشش بیمه روستایی قرار داده و برحسب حجم نمونه با رعایت تناسب به ترتیب: ۴۰۰، ۳۷۰ و۳۳۰ نفر از مراکز فوق، جهت بررسی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه خود ساخته شامل ۴ بخش بود، بخش اول شامل ۳ سؤال مربوط به مشخصات فردی و بخش دوم منابع مورد استفاده در زمینه برنامه پزشک خانواده، بخش سوم شامل ۱۱ سؤال آگاهی و بخش چهارم پرسشنامه شامل ۸ سؤال مربوط به سنجش سطح نگرش بر اساس مقیاس لیکرت بود. نمره‌گذاری پرسشنامه برای سؤالات آگاهی به این صورت انجام گرفت که برای پاسخ صحیح نمره ۱ و در غیر اینصورت نمره صفر منظور گردید، برای سؤالات نگرش (مقیاس ۵ گزینه ای شامل کاملاً موافقم، موافقم، بی نظر، مخالفم و کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری از ۴-۰ در نظر گرفته شد (حداکثر امتیاز ۲۴). به منظور انجام روایی پرسشنامه از افراد صاحب نظر و متخصصان آموزش بهداشت و پزشکی اجتماعی استفاده و نظر آنان در پرسشنامه اعمال گردید، جهت انجام پایایی، پرسشنامه در اختیار ۵۰ نفر از روستائیانی که بعداً از مطالعه اصلی خارج شدند قرار گرفت و با استفاده از روش همسانی درونی، Cronbach Alfa محاسبه و به ترتیب آلفای آگاهی و نگرش ۰/۸۹ و ۰/۷۸ به دست آمد. نمره از ۱۰۰-۰ در نظر گرفته شد، به این صورت که در بخش آگاهی افراد دارای نمره 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 نمره مساوی یا کمتر از ۲۰ دارای نگرش خیلی ضعیف، ۴۰ -۲۰ ضعیف، ۶۰-۴۰ متوسط، ۸۰-۶۰ خوب و نمره ۸۰ به بالا دارای نگرش خیلی خوب بودند. پس از هماهنگی با مسؤلین مرکز بهداشت استان و شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌های تابعه و هماهنگی با شوراهای روستاهای انتخاب شده در نمونه‌گیری، پرسشگران نسبت به نحوه تکمیل پرسشنامه و انجام مصاحبه از جمله رعایت موازین اخلاقی و تحمیلی نبودن تکمیل پرسشنامه به پرسش شوندگان و محرمانه بودن اطلاعات توجیه شده، سپس به روستاهای مورد نظر مراجعه و پس از معرفی خود به افراد و توجیه نمودن ایشان در مورد اهداف پژوهش، در صورت تمایل آنها برای شرکت در بررسی پرسشنامه تکمیل گردید. داده‌های جمع آوری شده در این تحقیق با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و کاربرد آزمون های ANOVA , t-test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۱۱۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که ۴۵/۵ ٪ مرد و ۵۴/۵ ٪ زن بودند، میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش ۳۴/۲۳ سال بود، بیشترین افراد مورد بررسی در گروه سنی کمتر از۳۰ سال (۵۰/۱. ٪) و کمترین افراد مورد بررسی در گروه سنی بیشتر از ۵۰ سال (۱۷/۴٪) قرار داشتند. بیشترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلات متوسطه (۳۱/۵ ٪) و کمترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلات دانشگاهی (۱۰/۳ ٪) بود. از نظر منابع در دسترس برای کسب اطلاعات؛ ۲۵ نفر (۲,۳ درصد) اطلاعات را از اعضای شورای شهر، ۳۷۵ نفر (۳۴ درصد) از بهورزان و کارمندان مراکز بهداشتی درمانی، ۳۰ نفر(۲,۷ درصد) از پزشک خانواده، ۶۱ نفر (۵,۵ درصد) از طریق رسانه های گروهی، ۷۵ نفر (۶,۸ درصد) از بهورزان و پزشک خانواده، ۲ نفر (۰,۲ درصد) از بهورزان و رسانه‌های گروهی و ۳ نفر (۰,۳ درصد) از پزشک خانواده و رسانه‌های گروهی کسب نمودند (جدول ۱). همچنین تنها به ۵۱ ٪ از افراد مورد بررسی، موضوعات مربوط به برنامه پزشک خانواده آموزش

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-20]

www.mui.ac.ir

داده شده بود. میزان آگاهی افراد مورد بررسی نسبت به برنامه پزشک خانواده به ترتیب، ۳۰/۹ درصد ضعیف، ۵۳/۴ درصد متوسط، ۱۴/۵ درصد خوب و ۳/ ۱درصد عالی بود (جدول ۲).

همچنین ۰/۵ درصد نگرش خیلی خوب، ۲۵/۵ درصد خوب، ۶۴/۴ درصد نگرش متوسط، ۹/۱ درصد نگرش ضعیف، ۰/۵ همچنین ۰/۵ درصد نگرش خیلی خوب، ۲۵/۵ درصد خوب، ۶۴/۴ درصد نگرش متوسط، ۹/۱ درصد نگرش ضعیف، ۰/۵ بهورزان و کارمندان مراکز بهداشتی درمانی و پس از آن از

جدول۱: توزیع فراوانی منابع در دسترس برای کسب اطلاعات از برنامه پزشک خانواده

منابع در دسترس	تعداد	درصد
اعضای شورای شهر	۲۵	۲/۳
بهروزران و کارمندان مرکز بهداشتی – درمانی روستا	۳۷۴	۳۴
پزشک خانواده	۳۰	۲/۷
رسانه های گروهی	۶۱	۵/۵
بهروزران و پزشک خانواده	۷۵	۶/۸

جدول ۲: توزیع فراوانی و میانگین نمره آگاهی مردم مناطق روستایی شهرستان شهرکرد در مورد برنامه پزشک خانواده به تفکیک جنس

نمره آگاهی	مرد		زن		کل		نتیجه آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	P-Value	F
ضعیف(۲۵=>)	۱۴۹	۲۹/۷	۱۹۱	۳۱/۹	۳۴۰	۳۰/۹		
متوسط (۲۵/۵۰)	۲۶۳	۵۲/۵	۳۲۴	۵۴/۱	۵۸۷	۵۳/۴		
خوب (۷۵-۵۰)	۷۸	۱۵/۶	۸۱	۱۳/۵	۱۵۹	۱۴/۵	P>0.50	۲/۹۶۹
عالی (۷۵>)	۱۱	۲/۲	۳	۰/۵	۱۴	۱/۳		
میانگین	۲۴/۲ ±۱۹/۱		۳۲/۳±۱۷		۳۳/۲±۱۷/۹			
جمع	۵۰۱		۵۹۹		۱۱۰۰			

جدول ۳: توزیع فراوانی و میانگین نمره نگرش مردم مناطق روستایی شهرستان شهرکرد در مورد برنامه پزشک خانواده به تفکیک جنس

نمره نگرش	مرد		زن		کل		نتیجه آزمون ANOVA	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	P-Value	F
خیلی خوب (۱۰۰-۸۰)	۲	۰/۴	۳	۰/۵	۵	۰/۵		
خوب (۸۰-۶۰)	۱۲۵	۲۵	۱۵۶	۲۶	۲۸۱	۲۵/۵		
متوسط (۶۰-۴۰)	۳۲۶	۶۵/۱	۳۸۲	۶۳/۸	۷۰۸	۶۴/۴	P>0.50	۰/۰۱۲
ضعیف (۴۰-۲۰)	۴۵	۹	۵۵	۹/۲	۱۰۰	۹/۱		
خیلی ضعیف (۲۰-۰)	۲	۰/۶	۳	۰/۵	۶	۰/۵		
میانگین	۵۴/۱±۱۰/۸		۴۴/۲ ±۱۰/۹		۵۴/۲ ±۱۰/۹			
جمع	۵۰۱		۵۹۹		۱۱۰۰			

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-20]

www.mui.ac.ir

طریق رسانه‌های گروهی (۴۰,۴٪)، بهورزان به تنهایی (۳۴٪) و پزشکان خانواده به تنهایی (۲۹,۷٪) کسب اطلاعات کرده بودند. همچنین بین آگاهی و نگرش با منابع کسب اطلاعات ارتباط معناداری مشاهده شد.

بحث

همانگونه که قبلاً اشاره شد، با توجه به اینکه محقق در بررسی منابع به مطالعه مشابهی در این زمینه دست نیافت و با توجه به این امر که برنامه پزشک خانواده قدمت چندانی نداشته و پژوهش‌ها در زمینه برنامه پزشک خانواده، به ویژه در زمینه آگاهی و نگرش روستاییان نسبت به برنامه و ارتباط آن با منابع کسب اطلاعات بسیار نوپا و محدود می‌باشند، در مطالعه حاضر مشخص گردید که بهورزان و کارمندان درگروهی نقشی اساسی و کلیدی در اطلاع رسانی به روستاییان در خصوص برنامه پزشک خانواده دارند، در مطالعه شاهرخی و قربانی نیز که در مورد آگاهی، نگرش و عملکرد زنان در زمینه مصرف قرص های خوراکی پیشگیری از بارداری بود رایج‌ترین منبع کسب اطلاعات، کارمندان مراکز بهداشتی درمانی بوده اند (۸). همچنین در پژوهشی که توسط باوریان در زمینه بررسی میزان آگاهی مادران از برنامه واکسیناسیون کشوری انجام شد، بیشترین منبع دریافت اطلاعات مراکز بهداشتی درمانی و کارکنان این مراکز بودند (۹). در مطالعه باقیانی مقدم نیز کارکنان بهداشتی و پزشکان مسئول، بیشترین سهم را در کسب اطلاعات بیماران داشتند (۱۰). در مطالعه میری و همکاران نیز، بهورزان بیشترین سهم را در دادن اطلاعات به مردم داشتند (۱۱). بنابراین با یافته-های پژوهش حاضر همخوانی دارند، ولی در مطالعه لاگارد و همکاران مهم ترین منابع کسب آگاهی از ایدز در مردان و زنان به ترتیب رادیو ۶۱ درصد و کارکنان مراکز خدمات بهداشتی ۵۲ درصد را تشکیل می‌دادند (۱۲). در مطالعه نوحی و همکاران رایج‌ترین منبع دریافت اطلاعات دوستان و آشنایان بودند (۱۳). در مطالعه مجیدپور و همکاران تلویزیون نقش اساسی را در کسب اطلاعات داشته است (۱۴). در مطالعه هزاوه‌ای و همکاران نیز خانواده و سپس پزشکان در دادن اطلاعات مؤثر بوده‌اند (۱۵). در مطالعه توکل و همکاران نیز همسران بیشترین فراوانی و کارمندان بهداشتی درمانی کمترین فراوانی را داشتند (۱۶). مطالعه شریفی راد و همکاران نیز، همسر، مادر و دوستان را به عنوان منابع اطلاعات معرفی نموده‌اند (۱۷). بنابراین با نتایج پژوهش حاضر همخوانی ندارند. با عنایت به اهمیت مشارکت افراد در برنامه پزشک خانواده و ضعیف بودن سطح آگاهی و نگرش بی تفاوت آنها و اینکه تنها ۵۱ درصد از افراد مورد بررسی، آموزش‌های مرتبط با آشنایی با برنامه پزشک خانواده را دریافت کرده بودند و بیشترین میانگین نمره آگاهی (۴۶,۵٪) متعلق به افرادی بوده که منابع کسب اطلاعاتشان به طور همزمان پزشک خانواده و بهورزان بوده‌اند و پس از آن رسانه‌های گروهی، بهورزان و کارمندان مراکز بهداشتی درمانی به تنهایی و سپس پزشکان خانواده به تنهایی قرار داشتند و از آنجا که درصد آگاهی افرادی که همزمان از طریق دو کانال پزشک خانواده و بهورزان اطلاعات دریافت کرده‌اند بالا می‌باشد، لزوم همکاری پزشکان خانواده با بهورزان بیشتر احساس می‌شود، همانگونه که مشخص گردید آگاه‌ترین افراد نسبت به برنامه پزشک خانواده، روستاییانی هستند که اطلاعات مورد نیاز خود را از پزشکان خانواده و بهورزان دریافت نموده‌اند، در این خصوص (اطلاع رسانی صحیح) باید برنامه‌ریزی و سرمایه-گذاری بیشتری صورت گیرد تا تمامی روستاییان مشمول طرح پزشک خانواده بتوانند به طور مستقیم و صحیح از کلیات اجرای برنامه، روند آن و نقاط قوت و ضعف اجرای برنامه آگاهی یابند و در راستای آن ارزشیابی منطقی از برنامه فوق نموده و به نگرش مناسب در این زمینه دست یابند. با توجه به یافته‌های پژوهش مشاهده می‌شود که سهم پزشکان خانواده در اطلاع رسانی به روستاییان فقط ۲,۷ درصد بوده، در صورتیکه پزشکان خانواده به دلیل سابقه خود در ارتباط با خانوارها، مناسبترین افراد برای حل مسایل مربوط به سلامتی

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-20]

www.mui.ac.ir

آنها میباشند، بنابراین باید به دنبال دلایل احتمالی باشیم، که می‌توان به علل زیر اشاره نمود:

۱. عدم توجیه کافی پزشکان خانواده به وظایف خود و در
۲. نتیجه نداشتن اطلاعات کافی.
۳. عدم تمایل پزشکان در بیان و انتقال اطلاعات به افراد تحت پوشش.
۴. مشکلات مربوط به ازدحام جمعیت در خانه‌های بهداشت و دسترسی کمتر به پزشک خانواده.
۵. عدم تفهیم مطالب به افراد تحت پوشش از سوی پزشکان، به علت تفاوت‌های فرهنگی، زبانی و زمان ماند کوتاه در روستاها.

برای حل مسایل فوق می‌توان راهکارهایی ارائه نمود تا بتوان به نحو شایسته از منابع موجود استفاده نمود: در زمینه عدم توجیه کافی پزشکان خانواده در خصوص وظایف خود در این طرح، می‌توان از کارشناسان مجرب برای آموزش و آگاه نمودن این گروه استفاده نمود که به تبع آن، پزشکان نسبت به وظایف خود و نحوه انجام آن‌ها آگاه شده و تمایل و انگیزه بیشتری برای انتقال اطلاعات به روستاییان تحت پوشش خود خواهند داشت، از طرف دیگر برای بالا بردن انگیزه و اشتیاق پزشکان طرح پزشک خانواده می‌توان افراد بومی همان منطقه که آشنا به فرهنگ و رفتار آن روستا می‌باشند استفاده نمود، همچنین پرداخت به موقع حقوق و مزایای پزشکان و کادر بهداشتی درمانی نیز تأثیر مهمی در اجرای هر چه بهتر برنامه خواهد داشت. محقق در مواجهه و برخورد با روستاییان گروه هدف، به این امر پی برد که تعداد قابل توجهی از روستاییان نسبت به برنامه پزشک خانواده و نحوه اجرای آن و ضوابط حاکم بر طرح بی اطلاع بوده و تنها شنیده های خود راجع به طرح مذکور را عنوان می‌نمودند که حاکی از ضعف در اطلاع رسانی به آنان بوده است که توجه و پیگیری مجدانه مسئولین ذیربط را تأیید می نماید.

نتیجه‌گیری

با توجه به ضعف آگاهی و نگرش روستاییان و ارتباط این امر با منابع کسب اطلاعات به نظر می‌رسد که مسئولین و مجریان برنامه پزشک خانواده بایستی سرمایه‌گذاری بیشتری در زمینه آموزش پزشکان خانواده و پرسنل بهداشتی درمانی مراکز درگیر در اجرای برنامه و ایجاد انگیزه دوچندان برای افزایش اطلاع رسانی صحیح و به موقع به روستاییان تحت پوشش خود و همچنین بکارگیری پزشکان و بهورزان بومی برای افزایش زمان ماند آنان در روستاها و ایجاد ارتباط صمیمانه و منطقی میان پزشک و بیمار داشته باشند تا گامی در جهت ارتقای سطح آگاهی و نگرش روستاییان در زمینه برنامه پزشک خانواده و در نتیجه ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی آنان برداشته شود.

تشکر و قدردانی

انجام این پژوهش با حمایت و همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد میسر گردید، نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خاص خود را از کلیه پرسنل معاونت پژوهشی و بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و روستاییان عزیزی که ما را در انجام این مهم یاری دادند، اعلام می‌دارند.

References

1. Hosseini Faraji H. Performance evaluation of family physician program in Imam Khomeini's Relief Committee, Yazd province 2005 [dissertation]. [In Persian].
2. Kolyate barname pezeshke khanevadeh va bime roostaei. [Cited 2011 Mar 2]; Available from: http://www.eazphc.tbzmed.ac.ir/Shabakeh/menu_files/Pezeshk_Khanevadeh/Koliyat.htm. [In Persian].
3. Ministry of health and medical education.Illustration of health team and family physician services. Tehran: Arvij; 2007. [In Persian].
4. Ministry of Health and Medical Education. Family physician Instruction; 2009. [In Persian].

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-20]
www.mui.ac.ir

5. Hatami H, Razavi M, Eftekhar Ardebili H, Majlesi F, Seyed Noozadi M, Parizadeh MJ. Textbook of public health: vol 1. Tehran: Arjmand; 2004. [In Persian].
6. Baghiani Moghadam MH. Principles of health service. Tehran: Cheraghe-Danesh; 2003. [In Persian].
7. Sadegi Hassanabadi A. Introduction to public health. Shiraz: Shiraz University of medical sciences; 1990. [In Persian].
8. Shahrokhi A, Ghorbani A. A KAP study on OCP users in Qazvin. JQUMS. 2000; 4(3): 61-6. [In Persian].
9. Bavarian B, Ashrafi MR, Eshraghi M. Mothers' awareness of civil vaccination program. Iranian Journal of Pediatrics. 2003; 13(2): 115-9. [In Persian].
10. Baghianimoghadam MH. The study of BASNEF Model effectiveness in controlling Yazd diabetic patients [Dissertation]. Tehran: Tarbiatmodares University; 2001. [In Persian].
11. Miri MR, Shafiee F, Haydarnia AR, Kazemnejad A. Study on behavioral intention model (BIM) to the attitude of tribermen towards family planning. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2003; 12(37): 67-73. [In Persian].
12. Lagarde E, Pison G, Enel C. Risk behaviours and AIDS knowledge in a rural community of Senegal: relationship with sources of AIDS information. Int J Epidemiol. 1998; 27(5): 890-6.
13. Noohi S, Azar M, Shafiee Kandjani AR, Tajik A. Knowledge and Beliefs of Couples attending Marriage Counseling Centers toward correct sexual relationships. HAYAT. 2006; 13(3): 77-83. [In Persian].
14. Majidpour A, Habibzadeh S, Amani F, Hemmati F. The Role of Media in Knowledge and Attitude of Students about AIDS. Journal of Ardabil University of medical sciences. 2006; 6(1): 67-72. [In Persian].
15. Hazavehei MM, Khani Jyhouni A, Hasanzade A, Rashidi M. The effect of educational program based on BASNEF model on diabetic (Type II) eyes care in Kazemi's clinic, (Shiraz). Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2008; 10(2): 145-54. [In Persian].
16. Tavakol KH, Azimi SH, Sharifirad GH. Hoseini SA. Attitude change toward child abuse after educating behavioral intention model to mothers referred to Falavarjan health homes in 2007-2008. Journal of Research in Behavioural Sciences 2008; 6(1): 37-44. [In Persian].
17. Sharifirad GR, Golshiri P, Shahnazi H, Barati M, Hasanzadeh A, Charkazi AR,et al. The impact of educational program based on BASNEF model on breastfeeding Behavior of pregnant mothers in Arak. Arak Medical University Journal. 2010; 13(1): 63-70. [In Persian].

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-20]
www.mui.ac.ir

Relationship between Knowledge and Attitudes of Rural People with Information Resources about Family Physicion Program in Shahrekord (2010)

Elaheh Tavasoli[1], Masoomeh Alidousti[1], Reza Khadivi[2], Gholam Reza Sharifirad[3], Akbar Hasanzadeh[4]

Abstract

Background: The family physician program and referral system considered as one of the important programs of country's health that has been implemented since 2005.Considerng that health is a spontaneous phenomenon and information in this regard should be given to individuals, the present study was conducted to determine the relationship between knowledge and attitudes of rural people with information resources about family physician program in Shahrekord.

Methods: In this descriptive analytic survey, 1100 individuals under the program of rural family physician in Shahrekord were selected by multistage sampling method. Data collected using a questionnaire and analyzed by t-test and ANOVA tests.

Findings: Mean age of studied population was 34.23.5% of rural population have been trained regarding family physician program. There was significant relationship between the mean scores of knowledge and attitude of rural people with the training giving ($p<0.05$). Most of the rural population had received their information in this regard from health workers and health centers employee (34%).There was significant relationship between information resources and knowledge and attitudes of villagers ($P<0.001$).

Conclusion: The findings of current study indicated that people's information about the program was moderate. Considering that most of the rural population had received their information from health workers, so, implementation of educational programs for doctors and health workers and transfer to other members of society can improve the quality and effectiveness of this program.

Key words: Knowledge, Attitude, Family Physician Program, Information Resources.

1- MSc of Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2- Associate Professor, PhD of Community Medicine, Department of Social Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3- Associate Professor, PhD of Health Education, Department of Health Education and Promotion, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)
Email: sharifirad@hlth.mui.ac.ir
4- Instructor, MSc of Biostatistics, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-20]

www.mui.ac.ir