مقاله پژوهشی

چالش‌های بیمه روستایی طرح پزشک خانواده در استان خراسان رضوی: یک مطالعه کیفی

علی وفایی نجار[۱]، رقیه بایرامی[۲*]

۱-دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران ۲- دکتری تخصصی بهداشت باروری، گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران؛ مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

***نویسنده مسئول:** دکتر رقیه بایرامی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه ، دانشکده پرستاری مامایی، ارومیه، ایران. تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۴، دور نگار: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۲، پست الکترونیک: rozabayrami@yahoo.com

دریافت :۹۶/۴/۲۳ پذیرش: ۹۶/۱۲/۸

چکیده

مقدمه: *در ایران بیمه روستایی به‌منظور توسعه عدالت اجتماعی، طراحی واجرا گردیده است؛ به همین جهت شناسایی چالش‌های آن برای بهبود بخش سلامت ضروری است. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفی چالش‌های بیمه روستایی در استان خراسان رضوی انجام پذیرفت.*

روش کار: *مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و به روش آنالیز محتوای قراردادی در سال ۱۳۹٤ در خراسان رضوی انجام گرفت. هجده نفر از مدیران، سیاستگذاران، پزشکان خانواده و بیمه‌گذاران روستایی این حوزه با نمونه‌گیری هدفمند تا رسیدن به حد اشباع داده‌ها، انتخاب شدند. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، داده‌ها به روش تحلیل محتوی با نرم‌افزار MAXQDA 3 مورد تجزیه‌وتحلیل قرارگرفت.*

یافته‌ها: *از تحلیل داده‌ها، دو درون‌مایه اصلی مشتمل بر چالش‌های مدیریتی نظام بیمه روستایی (ناکارامدی مدیریت مالی اعتبارات، جامع نبودن قوانین، اجرای ناکامل دستورالعمل‌ها و نقص در نظام مدیریت اطلاعات سلامت) و چالشهای فرهنگی(بستر فرهنگی نامناسب و عدم رعایت نظام ارجاع) استخراج شد. هر کدام از طبقات شامل چندین زیرطبقه بود.*

نتیجه‌گیری: *ناکارامدی مدیریت مالی اعتبارات، نبود دستورالعمل‌های جامع، نقص در مدیریت اطلاعات سلامت و بستر فرهنگی نامناسب ارائه‌دهندگان خدمات و بیمه‌گذاران از چالش‌های نظام بیمه روستایی است. از آن‌جا که نظام بیمه روستایی نقش کلیدی در موفقیت سیاست پزشک خانواده و گسترش عدالت اجتماعی دارد، لازم است با بهره‌گیری از نتایج این مطالعه نسبت به رفع مسائل و چالش‌های بیمه روستایی اقدام‌شود.*

کلیدواژه‌ها: *پزشک خانواده، بیمه روستایی، مطالعه کیفی، ایران*

بیان مسئله

ارتقای سطح سلامت آحاد مردم از جمله اهدف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی-درمانی در هر کشوری است تا مردم به مدد برخورداری از سلامت کافی، بتوانند در فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی سهیم شوند. وزارت بهداشت و درمان به‌منظور دسترسی مردم به خدمات بهداشتی-درمانی، مراقبت‌های اولیه بهداشتی را به عنوان درون‌مایه شبکه‌های بهداشت و درمان بنیان نهاده است. سیاست‌های دولت در نظام شبکه بهداشتی-درمانی به‌طور عمده بر سه اصل «اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی، اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری، و برخوردار ی از امکانات و اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری» پایه‌ریزی شده، و بر اساس همین اصول در دهه‌ی ۱۳۶۰ نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در قالب شبکه‌های بهداشتی-درمانی شکل گرفت(۱).

سطح بندی خدمات و سطوح ارجاع، نه تنها از مراجعه مکرر و غیر ضروری به سطوح تخصصی‌تر جلوگیری کرده و از اتلاف منابع مادی و انسانی پیشگیری می‌کند، بلکه ابزار مناسبی جهت کنترل هزینه‌های مراقبت و افزایش همسویی پزشکان عمومی و متخصصین تلقی می‌شود. در ایران اگرچه از سال ۱۳۶۴ اجرا ی طرح نظام شبکه بهداشت و درمان و درجه‌بندی خدمات در سه سطح اول، دوم، و سوم در کلیه شهرستان‌ها دستاوردهای چشمگیری به دنبال داشته، اما در سطوح ارجاع نیز دچار نقص‌هایی وجود داشته‌است(۲).

از سال ۱۳۸۴ با اجرا ی طرح پزشک خانواده و بیمه روستا یی در مناطق روستایی و شهرها ی کمتر از ۲۰,۰۰۰ نفر جمعیت، اصلاح و تقویت نظام ارجاع، که اساس ساماندهی سلامت است؛ مورد تاکید قرار گرفت (۳). اصلاح نظام سلامت ایران به‌واسطه طرح پزشک خانواده و حفظ اثر بخشی و کارایی این طرح به‌همراه محافظت از اقشار آسیب‌پذیر در مقابل هزینه‌های کمرشکن بهداشتی-درمانی، در قالب برنامه جدیدی تحت عنوان بیمه روستایی آغاز به کار کرد. اهداف بیمه روستایی مشتمل بر ایجاد نظام ارجاع در کشور، افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت، و افزایش پوشش‌خدمات می‌باشد(۴). درکل می‌توان گفت

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

مراقبت‌های اولیه با دو هدف بهینه‌سازی سیستم خدمات بهداشتی-درمانی و عدالت در توزیع منابع ارائه می‌گردد(۵). سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در ایران به منظور توسعه عدالت اجتماعی طراحی و اجرا گردیده‌است(۶). در این برنامه، پزشک عمومی و تیم وی مسوولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش را برعهده داشته، پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی نیز مسوولیت پیگیری سرنوشت وی را به‌عهده دارند(۷).

در این راستا، به‌دنبال تلاش‌های پیگیرانه مجلس شورای اسلامی و همکاری سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، سازمان بیمه سلامت طی قانون بودجه سال ۱۳۸۴ موظف شد با صدور دفترچه بیمه سلامت، امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب سیاست پزشک خانواده، برای ساکنین مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰,۰۰۰ نفر جمعیت، از طریق نظام ارجاع، فراهم‌آورد (۸). بیمه روستایی با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع، علی‌رغم کارآمدی مسلم، با چالش‌های متعدد ی مواجه است. در مطالعه گل‌علیزاده و همکاران، چالش های مرتبط با واحدها یا پرسنل سطح دوم ارجاع، واحدها یا پرسنل سطح یک ارجاع، به‌همراه مدیریت و مردم، از جمله معضلات طرح پزشک خانواده عنوان شد(۹). در مطالعه مهرالحسنی و همکاران، چالش های سیاست پزشک خانواده به هفت مقوله اصلی مکانیزم‌های انگیزشی نامناسب، ضعف در اثربخشی آموزشی، ضعف در جامعیت دستورالعمل‌های اجرایی، ضعف در کفایت سرانه و تخصیص آن، و کارآمدی پایین نظام مدیریت اطلاعات سلامت تقسیم شد(۱۰).

بررسی‌های اولیه محققین حاکی از آن است که تا کنون مطالعه جامعی پیرامون چالش‌های نظام بیمه روستایی و بررسی نظام‌مند آنها در استان خراسان رضوی صورت نگرفته؛ لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسی مهم‌ترین چالش‌های نظام بیمه روستایی و تعیین راهکارهای رفع آن‌ها به‌انجام رسید.

روش کار

مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و روش آنالیز محتوای قراردادی در سال ۱۳۹۴ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گرفت. در این پژوهش ابتدا مجوز انجام پژوهش از دانشگاه اخذ شد. جامعه مورد پژوهش برای تعیین چالش‌های نظام بیمه روستایی شامل مدیران، سیاستگذاران، پزشکان خانواده، مسئولین نظام بیمه، و مردم بودند. مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. مصاحبه با پزشکان و مردم در مراکز بهداشتی-درمانی، و با سیاستگذاران، مدیران، و مسئولین نظام بیمه سلامت در محل کارشان انجام گرفت. بلافاصله پس از مصاحبه، مطالب روی کاغذ پیاده و نکات مبهم یادداشت شد. در انتهای هر جلسه، پژوهشگران خلاصه مطالب یادداشت‌شده را به کمک مشارکت‌کنندگان مرور کرده، در صورت نیاز، مطالب یادداشت‌شده -به ویژه نکات کلیدی- اصلاح یا تعدیل گردید.

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق با استفاده از پرسش‌های باز و همچنین یادداشت‌های در عرصه[1] بود. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی، در محیطی آرام، و در زمان و مکان مناسب، به‌گونه‌ای که مشارکت کنندگان احساس راحتی کنند، انجام شد. داده‌ها طی مصاحبه با ۱۸ نفر به اشباع رسید و برای اطمینان بیشتر، دو نفر دیگر هم مورد مصاحبه قرار گرفتند. محقق در انتهای مصاحبه با کسب رضایت از مشارکت‌کنندگان، به‌منظور تصدیق اظهارات و یا نیاز به مصاحبه‌های بعدی، نشانی و شماره تلفن آنها را یادداشت‌کرد. پرسش‌های راهنما شامل موارد زیر بود: «در بخش بیمه سلامت با چه چالش‌ها و مشکلاتی مواجه هستید؟ موانع و تسهیل‌کننده‌های اجرای طرح بیمه روستایی چه می‌تواند باشد؟». مدت زمان هر جلسه مصاحبه ۳۰ تا ۸۰ دقیقه بود. محتوای مصاحبه‌ها بلافاصله پس از هر مصاحبه از روی نوار پیاده شده و به عنوان راهنما در مراحل بعدی استفاده گردید. جمع‌آوری اطلاعات تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. برای تامین روایی و پایایی مطالعه، از روش ارزیابی لینکولن و گوبا استفاده شد که معادل روایی و پایایی در تحقیقات کمی است. بدین منظور و بر پایه این روش، چهار معیار (اعتبار یا مقبولیت، قابلیت اعتماد یا همسان بودن انتقال پذیری، و تاییدپذیری) جهت ارزیابی درنظر گرفته‌شد(۱۱). داده‌ها به روش تحلیل محتوای مرسوم گرینهیم و لاندمن (۲۰۰۴) (۱۲)، با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA 3 تجریه‌وتحلیل شد. تحلیل داده‌ها از همان مصاحبه اول و به موازات انجام دیگر مصاحبه‌ها آغاز شد. کلیه مصاحبه‌ها با اجازه مصاحبه‌شوندگان ضبط، نسخه نویسی، و چندین بار مرور شد. در مرحله بعد، ابتدا کدگذاری سطح اول انجام شد؛ بدین معنی که واحدهای تحلیل، یعنی جملاتی که پاسخ پرسش‌ها بودند، مشخص شدند. واحدهای معنایی از مفاهیم اصلی در واحدهای تحلیل استخراج‌شده، به هر واحد معنایی کدی اختصاص یافت. با مقایسه کدها، کدهای مشابه در یک زیرطبقه قرار داده شدند. سپس زیرطبقات مشابه تشکیل طبقه، و در نهایت مجموعه طبقات مشابه، درون‌مایه اصلی را تشکیل دادند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، پیش از جمع‌آوری داده‌ها، اهداف تحقیق برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شده، و پس از کسب رضایت آگاهانه مصاحبه‌ها ضبط گردید. همچنین، آزادی مشارکت‌کنندگان برای شرکت یا خروج از مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات، و حفظ آنها در محل امن رعایت گردید.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۷ نفر از مدیران و برنامه ریزان طرح

[1] Field Note

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

پزشک خانواده، ۶ نفر از پزشکان خانواده، و ۵ نفر از بیمه‌گذاران روستایی مورد مصاحبه قرارگرفتند. مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در پژوهش در جدول ۱ آورده شده‌است. به‌دنبال تحلیل محتوای مصاحبه‌ها، ۱۰۳۰ کد، ۵ طبقه، ۱۵ زیرطبقه، و ۲ درون‌مایه اصلی به شرح جدول ۲ استخراج شد.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در پژوهش

کد مشارکت‌کننده	سمت مشارکت‌کننده	سابقه‌کاری	مدرک تحصیلی	سن
۱	کارشناس واحد پزشک خانواده	سابقه طولانی مدیریت در دانشگاه	دکتری عمومی	۴۹
۲	کارشناس واحد پزشک خانواده	سابقه طولانی مدیریت در دانشگاه	دکتری عمومی	۵۵
۳	کارشناس واحد پزشک خانواده	سابقه طولانی مدیریت در دانشگاه	دکتری عمومی	۴۸
۴	کارشناس واحد پزشک خانواده	سابقه طولانی مدیریت در دانشگاه	دکتری عمومی	۵۲
۵	رئیس مرکز بهداشت	سابقه طولانی مدیریت در دانشگاه	دکتری عمومی	۴۶
۶	کارشناس بیمه	سابقه طولانی مدیریت در دانشگاه	کارشناس ارشد	۳۹
۷	کارشناس بیمه	سابقه طولانی مدیریت در دانشگاه	کارشناس ارشد	۴۹
۸	پزشک خانواده	۴ سال	دکتری عمومی	۳۲
۹	پزشک خانواده	۷ سال	دکتری عمومی	۳۵
۱۰	پزشک خانواده	۹ سال	دکتری عمومی	۴۲
۱۱	پزشک خانواده	۵ سال	دکتری عمومی	۳۹
۱۲	پزشک خانواده	۱۰ سال	دکتری عمومی	۴۰
۱۳	بیمه‌گذار	آزاد	سیکل	۴۷
۱۴	بیمه‌گذار	کشاورز	ابتدایی	۳۵
۱۵	بیمه‌گذار	کشاورز	سیکل	۲۸
۱۶	بیمه‌گذار	کارگر	ابتدایی	۲۵
۱۷	بیمه‌گذار	آزاد	دبیرستان	۲۸
۱۸	بیمه‌گذار	آزاد	دبیرستان	۲۵

جدول ۲: تم‌ها و طبقات استخراج‌شده از مصاحبه‌ها

درون‌مایه	طبقه	زیرطبقه
چالش‌های مدیریتی	ناکارامدی مدیریت مالی اعتبارات	پرداخت سرانه مدیریت مالی پیامدهای کسورات پایش تامین و مشمول بیمه نبودن داروها
	نقص در نظام مدیریت اطلاعات سلامت	به‌روز نبودن اطلاعات جمعیتی مناطق روستایی به‌روز نبودن اطلاعات اعضای تیم سلامت و پزشکان سطح دو و سه غیرقابل‌استفاده بودن اطلاعات بهداشتی خانوارها در برنامه‌ریزی‌های مدیریتی
	جامع نبودن قوانین و اجرای ناکامل دستورالعمل‌ها	فقدان مکانیزم‌های انگیزشی فقدان الزامات قانونی در اجرای دستورالعمل‌ها عدم رعایت مفاد دستورالعمل‌ها و قوانین تاخیر در ابلاغ تفاهم‌نامه‌ها
چالش‌های فرهنگی	بستر فرهنگی نامناسب	ناآگاهی روستاییان از چگونگی استفاده از بیمه نبود دیدگاه جامع‌نگر در پزشکان خانواده
	عدم‌رعایت نظام ارجاع	عدم رعایت اصول نظام ارجاع توسط برخی بیماران، پزشکان خانواده، و پزشکان سطح دو و سه یک سویه‌بودن ارجاع و عدم‌بازخورد از پزشکان سطح دو و سه به پزشک خانواده عدم‌آمادگی مراکز سطح دو در پذیرش بیماران ارجاعی

در ادامه درون‌مایه‌ها به تفصیل توضیح داده می‌شود:

درون‌مایه ۱: چالش‌های مدیریتی

این درون‌مایه شامل طبقات چالش‌های مدیریت مالی اعتبارات، جامع نبودن قوانین و اجرای ناکامل دستورالعمل‌ها، و نقص در نظام مدیریت اطلاعات سلامت بود.

ناکارامدی مدیریت مالی اعتبارات

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، مشکلات موجود در حوزه پزشک خانواده روستایی بیشتر متوجه بحث مالی و مسائل حول آن است؛ از جمله مشکلات بیمه می‌توان به رابطه متقابل بیمه و بیمه گذار اشاره‌کرد که پرداخت سرانه را برای ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت با مشکل مواجه می کند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این‌باره گفت: «*بیمه روستایی، بیمه‌ای رایگان برای مردم است؛ و وقتی مردم این دفترچه را به صورت رایگان دریافت می‌کنند، هیچ‌گونه پرداختی در ماه*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

نداشته، تمامی هزینه ها به‌عهده خود بیمه روستایی است که به صورت یک طرفه تامین می‌کند». (مشارکت‌کننده ۷)

از جمله چالش‌های دیگر، کسورات بالایی است که از طرف سازمان بیمه اعمال می‌شود؛ مسئله کسورات شدت و ضعف داشته، نهایتا باید نشست کند. یکی از مشارکت‌کنندگان افزود: «*توجه کنید وقتی کسورات بالا باشد، مسائلی پس از آن پیش می‌آید؛ مشکلاتی ایجاد می‌کند که پیش‌بینی‌های مالی را دچار اشکال می‌کند*».(مشارکت‌کننده ۴)

مشارکت‌کننده دیگری گفت: «*برنامه‌های مالی و پرداخت‌ها بر اساس پیش‌بینی پرداخت‌ها صورت گرفته، به دنبال آن اسناد مالی تنظیم می‌شود. وقتی پرداخت به‌موقع نباشد، باید از منابع دیگری هزینه‌های پیش‌بینی‌نشده جبران شود؛ اما زمانی که اولویت‌ها عوض شود، برنامه می‌خوابد که باید جلوی آن را گرفت. اگر پرداختی بیمه نیز با تاخیر باشد، باز هم مشکل ایجاد می‌شود که این مشکل همواره وجود داشته‌است*». (مشارکت‌کننده ۲)

تجزیه‌وتحلیل اطلاعات نشان داد که اکثر مشکلات مربوط به حوزه دارو از طریق هماهنگی میان بهداشت و درمان حل شدنی‌است، اما در ارجاع به متخصص یک سری مشکلات خاص ایجاد می‌شود. یکی از مشارکت‌کننده‌ها در این‌باره چنین اظهارنظر کرد: «*یک سری داروهایی که در بخش بهداشت وجود ندارد و تعریف نشده را مجبور هستیم ارجاع دهیم، اما از آن سو بازخوردی برای ما داده نمی‌شود که آیا این دارو تجویز شده‌است یا خیر؟ چگونه با مریض برخوردشده؟ و این مسائل برای ما مشکل ایجاد می‌کند*». (مشارکت‌کننده ۸)

جامع نبودن قوانین و اجرای ناکامل دستورالعمل‌ها

فقدان مکانیزم‌های انگیزشی، فقدان الزامات قانونی در اجرای دستورالعمل‌ها، عدم رعایت مفاد دستورالعمل‌ها و قوانین، و تاخیر در ابلاغ تفاهم‌نامه‌ها دلالت بر جامع نبودن قوانین و اجرای ناکامل دستورالعمل‌ها دارند. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد که در کنار مزایای بسیار زیاد بیمه روستایی برای سیستم بهداشتی و جامعه روستایی، از همان ابتدای شروع طرح مجموعه مشکلاتی با آن همراه بوده‌است؛ مهمترین مشکل عدم هماهنگی میان بخش‌های مختلف بهداشت و درمان است، به‌ویژه در مواردی که رابطه‌ای نیز میان دو قسمت بهداشت و درمان وجود داشته‌باشد. در بحث ارجاعات، آزمایش‌های سطح دو، رادیولوژی سطح دو، و نیز بازخوردهای دریافتی از سطح دو که باید به سطح یک ارسال شوند از جمله این مشکلات است. یکی از مشارکت‌کنندگان در این‌باره افزود: «*هماهنگی میان دو بخش بهداشت و درمان وجود ندارد. بخش درمان هیچ‌گونه احساس مسئولیتی نسبت به طرح ندارد و تمام مسئولیت به عهده بخش بهداشت است و هیچ هماهنگی وجود ندارد*». (مشارکت‌کننده ۱۲)

بیشتر مشارکت‌کننده‌ها چنین اظهار کردند که در ارتباط با وظایف مشخص شده برای تیم پزشک خانواده، هیچ‌گونه الزام قانونی در اجرای دستورالعمل‌های طرح بیمه وجودندارد. یکی از مشارکت‌کننده‌ها گفت: «*هیچ اهرم فشاری نیست. هیچ روشی نیست که متخصص را ملزم به نوشتن بازخورد یا رعایت ارجاع کند*». (مشارکت‌کننده ۱۰)

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد که مشکل دیگر بحث تفاهم‌نامه است؛ هر ساله انتظار می‌رود سیستم همکاری و انتظارات و تفاهم‌نامه در ابتدای سال میان دو وزارت‌خانه به‌طور شفاف و واضح شکل گرفته، مشخص شود چه مبلغی باید به عنوان سرانه پرداخت شود، چند درصد از سرانه باید به چه قسمتی اختصاص داده شود، و این که چه فاکتورهایی باعث کسورات شده، بیمه در این رابطه چه انتظاراتی دارد. یکی از مشارکت‌کنندگان معتقد بود: «*متاسفانه تفاهم‌نامه اکثرا اواسط و اواخر سال مبادله می‌شود و پس از اجرایی شدن، دانشگاه‌ها و مدیران شبکه زمانی خبردار می‌شوند که تعهداتی برایشان ایجاد شده، و این درحالی است که مدتی از سال گذشته است*».(مشارکت‌کننده ۵)

نقص در نظام مدیریت اطلاعات سلامت

به‌روز نبودن اطلاعات علمی و اداری اعضای تیم سلامت، به روز نبودن اطلاعات جمعیتی مناطق و عدم تکمیل فرم‌های ارجاع توسط پزشکان از جمله چالش‌های نظام مدیریت اطلاعات سلامت می‌باشد. ضعف دیگری که در این بخش از سوی شرکت‌کنندگان مطرح گردید، استفاده ناکافی از اطلاعات تولید شده در تصمیم‌گیری‌ها بود. یکی از مشارکت‌کننده‌ها چنین اظهار کرد: «*تا زمانی‌که آمار و اطلاعات دقیقی در دست نداشته باشیم، نمی‌توانیم در مورد اخذ اعتبارات تصمیم‌گیری کنیم*». همین مشارکت کننده در ادامه افزود: «*نه آمار دقیقی از جمعیت تحت پوشش داریم، نه از وضعیت سلامتی آنها. گذشته از این، اطلاعات دقیقی از تیم پزشکان ارجاع دو نیز وجود ندارد. نیروها هر روز تغییر می‌کنند، یکی می‌آید و دیگری می‌رود؛ بالطبع کیفیت کار فرد کم سابقه با پرسابقه تفاوت دارد*». (مشارکت‌کننده ۳)

درون‌مایه ۲: چالش‌های فرهنگی

این درون‌مایه مشتمل بر دو طبقه عدم رعایت نظام ارجاع و بستر فرهنگی نامناسب بود.

عدم رعایت نظام ارجاع

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد که عدم رعایت اصول نظام ارجاع توسط برخی بیماران، پزشکان خانواده، و پزشکان سطح دو و سه، یک سویه بودن ارجاع، عدم

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

بازخورد از پزشکان سطح دو و سه به پزشک خانواده و عدم آمادگی مراکز سطح دو در پذیرش بیماران ارجاعی، مصداقی از عدم رعایت نظام ارجاع می‌باشد.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد که مشکلات بیمه در نظام ارجاع از دیدگاه بیمارنمود پیدا می‌کند. بیمارانی که برای ادامه درمان از روستا به شهر مراجعه می‌کنند با نوعی عدم همکاری از سوی برخی پزشکان متخصص مواجه می‌شوند که در این خصوص لازم است دانشگاه‌های علوم پزشکی چندین مرکز سطح دو ایجاد کرده، کل پزشکان طرف قرارداد نیز با سیستم ارجاع همکاری کنند تا بیماری که برای ادامه درمان به آنها مراجعه کرده دچار سردرگمی نشده، مجبور به پرداخت هزینه‌های آزاد نشود.

ضعف در ارائه باز خورد از سطح دو به یک، همکار ی ضعیف پزشکان متخصص طرف قرار داد بیمه روستایی و رفتار نامناسب با افراد ارجاع شده به سطح دو از جمله نکاتی است که متأسفانه در فرا یند نظام ارجاع که در قالب برنامه پزشک خانواده پیش بینی شده، مشاهده می‌شود. برخی مشارکت‌کنندگان چنین اظهار داشتند که: *«متخصصین به برگه ارجاع نگاه نمی کنند واقدامات انجام شده را در برگه ارجاع نمی نویسند». (مشارکت‌کننده ۱۸)*

عدم حضور برخی پزشکان متخصص مطابق برنامه تنظیم شده و ناکافی بودن مدت زمان حضور پزشکان متخصص در درمانگاه تخصصی باعث به‌وجودآمدن مشکلات فعلی در نظام ارجاع شده‌است. یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه چنین بیان داشته است: « *برنامه حضور پزشکان سطح دو ارجاع که با ما قرارداد دارند را ما به مراکز اعلام کردیم و پزشکان خانواده هم بیمارانی که نیاز به ارجاع دارند را طبق همان برنامه ارجاع می‌دهند و بیمار در مراجعه به بیمارستان می‌بینند که پزشک حضور ندارد؛ ا ین بیمار یا باید پیش پزشک دیگری که با ما طرف نیست برود، یا باید دست خالی برگردد که این باعث خراب‌شدن برنامه بیمه می‌شود*». (مشارکت‌کننده ۱۲)

بستر فرهنگی نامناسب

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد که آگاهی ناکافی مردم درباره ضوابط پزشک خانواده و بیمه روستایی، مراجعه مستقیم به مراکز سطح دو، و مراجعه همراهان بیمار به پزشک خانواده صر فا جهت دریافت فرم ارجاع و برخورداری از مزایای آن از مصادیق بستر فرهنگی نامناسب برای طرح بیمه روستایی و نظام ارجاع است.

شرکت کننده‌ای در این‌باره چنین بیان کرد: «*مردم مقررات ما را نمی‌دانند؛ دوست دارند فقط پیش متخصص بروند، حتی برای یک بیماری ساده می‌آیند و تقاضای فرم ارجاع می کنند و می‌گویند که می خواهند پیش متخصص بروند*».(مشارکت‌کننده ۹)

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد که تیم پزشک خانواده، که اکثرا از فارغ‌التحصیلان جدید هستند، فاقد نگرش جامع نسبت به نظام ارجاع می‌باشند. این گروه با وجود چنین ضعف هایی، اعتماد پزشکان متخصص و مقبولیت مردمی را از دست می‌دهند. مصاحبه‌کننده‌ای در این خصوص افزود: «*بعضی مواقع بیماری واقعا نیاز به معاینه توسط متخصص دارد، اما آنها این‌کار را انجام نمی‌دهند؛ گاهی هم بی دلیل بیماری را به متخصص ارجاع می‌دهند*».(مشارکت کننده ۱)

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که مدیریت مالی اعتبارات، عدم رعایت نظام ارجاع، جامع نبودن قوانین و اجرای ناکامل دستورالعمل‌ها، بستر فرهنگی نامناسب و نقص در نظام مدیریت اطلاعات سلامت از جمله چالش‌های مهم بیمه روستایی در استان خراسان رضوی می‌باشند.

اداره بیمه در واقع بخشی از اجرای برنامه بیمه روستایی را بر عهده دارد و می‌توان گفت که مشکلات آن از سایر سازمان‌های مرتبط جدا نیست. در ده سال گذشته اداره بیمه همواره کوشیده تا با همکاری بخش‌های دولتی و خصوصی برنامه را به بهترین شکل ممکن اجرا کند. اما در حوزه اختصاصی، یکی از چالش‌های بزرگ، رابطه متقابل بیمه است؛ یعنی بیمه‌گذار سهمی را به بیمه پرداخت کرده، در صندوق بیمه ذخیره می‌کند تا به تدریج برای وی هزینه شود. بیمه روستایی این مشکل را به‌صورت مضاعف دارد، چون بیمه‌ای رایگان برای مردم است. در واقع تمام هزینه‌ها به عهده بیمه روستایی است و به‌صورت یک طرفه تامین می‌شود؛ در واقع، کمک‌های دولتی را در قبال نیازهای روستاییان به مراکز مجری که شبکه‌ها، آزمایشگاه، داروخانه‌ها، و غیره هستند منتشر می‌کند. این چالشی است که همیشه منتظر تامین اعتبار از جانب مقامات بالاتر بوده و درصورت کم یا زیاد بودن نیاز به پیگیری و توزیع دارد. در مطالعه مهرالحسنی در کرمان نیز ضعف در کفایت سرانه و تخصیص آن یکی از چالش‌های بیمه روستایی عنوان شده‌است(۱۰). پولانی نیز معتقد است در نظام سلامت مشکل اصلی حاکم بودن اقتصاد بر وضعیت اجتماعی و سیاسی است؛ در صورتی‌که نظام سیاسی باید بر وضعیت اقتصادی، که همانا قلب تپنده سیستم پزشک خانواده است، حاکم باشد(۱۳). وجود ضعف‌های قانونی از دیگر چالش‌های مطرح شده در نظام بیمه روستایی است. مهم‌ترین این چالش‌ها، نبود الزامات قانونی جهت مکلف نمودن پزشکان متخصص برای همکاری در اجرای این سیاست، تکمیل فرم‌های ارجاع، و ارائه بازخورد به سطح اول می‌باشد. مطالعات انجام‌گرفته در سایر شهرهای کشور نیز چنین چالشی را در طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی مطرح کرده‌اند(۹و ۱۰).

نتایج این مطالعه و مطالعات دیگر نشان می‌دهد که

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

بـه میـزان کافـی فرهنگ‌سـازی در رابطـه بـا طـرح بیمـه روسـتایی میـان مـردم، پزشـکان خانـواده، و سـطوح بالاتـر انجـام نشده‌اسـت(۱۷-۱۴). به‌گونـه‌ای کـه مـردم به‌خوبـی بـا نظـام ارجـاع آشـنا نبـوده و نقـش پزشـک خانـواده را تنهـا در رفـع محدودیـت بوروکراتیـک مهرزنـی به‌منظـور دریافـت خدمـات تخصصـی می‌داننـد. پزشـکان عمومـی نیـز در دوران تحصیـل بـرای ارائـه خدمـات سـلامت در راسـتای بسـته‌های خدماتـی طـرح پزشـک خانـواده آمـوزش ندیده‌انـد و سـطوح بالاتـر نظـام ارجـاع اعـم از پزشـکان متخصـص، بیمارسـتان‌ها، و غیـره بـه سـطوح پاییـن بازخـورد مناسـب نمی‌دهنـد. بایـد توجـه داشـت کـه نظـام ارجـاع در کشـور مـا بـدون فراهم‌کردن زیرسـاخت‌های آن قابـل اجـرا نیسـت. لـذا، ضـروری اسـت کار فرهنگـی انجـام گیـرد؛ به‌خصـوص بهره‌گیـری از ظرفیت‌هـای رسـانه ملـی بـرای اطلاع‌رسـانی، آگاهـی، و توانمندسـازی جمعیـت هـدف در خصـوص اهـداف، مزایـا، نحـوه بهره‌گیـری از بیمـه روسـتایی، خصوصیـات پزشـک خانـواده و سیسـتم ارجـاع، و نیـز آشـنایی بیشـتر پزشـکان عمومـی بـا نقـش پزشـک خانـواده طـی دوران تحصیـل. در تحقیقـی در ا یتالیـا، ۲۴/۲٪ از پزشـکان خانـواده فاقـد اطلاعـات لازم بودنـد؛ در حالـی کـه ایـن گـروه بـه کسـب اطلاعـات جهـت ارائـه مناسـب خدمـات علاقـه نشـان دادنـد(۱۸). نتایـج مطالعـه حاضـر نیـز نشـان داد کـه آگاهـی ضعیـف پزشـکان و مـردم می‌توانـد به‌عنـوان یکـی از عوامـل تاثیرگـذار بـر فـرا ینـد ارجـاع تلقـی شـود؛ بـر همیـن اسـاس، لـزوم برگـزاری کارگاه‌هـا و برنامه‌هـای آموزشـی موثـر به‌منظـور ارتقـای عملکـرد ایشـان در حیطه‌هـای فنـی و بهداشـتی یـا بازنگـر ی در وضعیـت جـاری کارگاه‌هـای آموزشـی بیـش از پیـش احسـاس می‌شـود.

از دیگـر چالش‌هـای بیمـه روسـتایی در مطالعـه حاضـر، عـدم رعایـت نظـام ارجـاع از جانـب پزشـکان خانـواده و پزشـکان متخصـص اسـت کـه در مطالعـه مـروری نصرالـه پورشـیروانی نیـز از جملـه مشـکلات طـرح پزشـک خانـواده ذکـر شده‌اسـت. نتایـج مطالعـه مذکـور نشـان داد کـه پزشـکان خانـواده رضایـت بالایـی از کارکـرد پزشـکان متخصص سـطح دو نداشـته، بیشـتر پزشـکان خانـواده از کمیـت و کیفیـت بازخـورد ایشـان نیـز راضی نبودنـد(۱۹). همچنیـن، در مطالعـه بایرامـی و همکاران در مشـهد، ماماهـای شـاغل در طـرح پزشـک خانـواده نیـز بـه چالش‌هـای نظـام ارجـاع اشـاره کردنـد(۲۰).

کارامـدی پاییـن نظـام مدیریـت اطلاعـات سـلامت همراسـتا بـا بـه‌روز نبـودن اطلاعـات علمـی و اداری اعضـای تیم سـلامت، به‌خصـوص پزشـکان نظـام ارجـاع سـطح دو، بـه‌روز نبـودن اطلاعـات جمعیتـی مناطـق، و عـدم تکمیـل فرم‌هـای ارجـاع توسـط پزشـکان از جملـه چالـش هـای نظـام مدیریـت اطلاعـات سـلامت مـی باشـد کـه در نهایـت منجـر بـه عـدم تصمیـم گیـری در سـطوح محلـی و اسـتانی و نهایتـا عـدم تخصیـص سـرانه بـه روسـتاییان و کارکنـان طـرح پزشـک خانـواده می‌شـود. یافته‌هـای مطالعـه حاضـر در ایـن زمینـه همسـو بـا یافته‌هـای گل‌علیـزاده فرحبخـش و مهرالحسـنی بـود(۲۱و۱۰و ۹). در مطالعـه حاضـر، عـدم دسـتیابی بـه اطلاعـات افـراد تحـت پوشـش و نیـروی انسـانی شـاغل در طـرح پزشـک خانـواده یکـی از چالش‌هـای عمـده بـود. بـه نظـر می‌رسـد کاربـرد سیسـتم‌های الکترونیکـی بـرای ثبـت اطلاعـات به‌منظـور دسترسـی به‌موقـع بـه اطلاعـات بیمـاران و نیـروی انسـانی شـاغل در طـرح پزشـک خانـواده در بخـش بهداشـت و درمـان مناطـق مختلـف تـا حـدود زیـادی باعـث کاهـش ایـن مشـکل می‌شـود کـه نتایـج حاضـر بـا مطالعـه فخـرزاد و همـکاران همسـو اسـت (۲۲).

مطالعـه کیفـی حاضـر، تنهـا یـک ارزیابـی مقدماتـی و مقطعی از چالش‌هـای اجـرای سیاسـت بیمـه روسـتایی در محـدوده خراسـان رضـوی اسـت و نتایـج آن قابـل تعمیـم بـه سـایر نقاط کشـور نمی‌باشـد. انجـام مطالعـات مشـابه در سـایر نقـاط کشـور پیشـنهاد می‌گـردد.

نتیجه‌گیری

از آن‌جـا کـه سیاسـت پزشـک خانـواده بعـد از نظـام دومیـن اصـلاح مراقبـت بهداشـتی اولیـه[2] بـزرگ محـوری در نظـام سـلامت کشـور اسـت، و نظـام بیمـه روسـتایی نقـش کلیـدی در موفقیـت ایـن سیاسـت دارد لازم اسـت بـا بهره‌گیـری از نتایـج ایـن مطالعـه بـه رفـع مسـایل و چالش‌هـای بیمـه روسـتایی پرداخـت.

کاربرد یافته ها

تجدیـد نظـر و تقویـت مدیریـت مالـی اعتبـارات ، شـفافیت و جامعیـت بیشـتر در دسـتورالعمل‌ها و بکارگیـری بـه موقـع تفاهـم نامه‌هـای اجرایـی بیمـه، بازنگـری و بهبـود روش‌هـای جمع‌آوری اطلاعـات محیطـی و تصمیم‌گیـری مبتنـی بـر شـواهد در رفـع مسـایل مربـوط بـه نواقـص اطلاعاتـی و بـه روز نمـودن آن‌هـا در رفـع چالش‌هـای بیمـه روسـتایی کمـک خواهـد کـرد. از آنجـا کـه مطالعـه حاضـر یـک پژوهـش کیفـی می‌باشـد و نتایـج آن قابـل تعمیـم بـه سـایر دانشـگاه‌های علـوم پزشـکی نمی‌باشـد و بـا عنایـت بـه اینکـه بخشـی از مشـکلات عملـی شـدن بیمـه روسـتاییان مربـوط بـه عـدم رعایـت برخـی اصـول توسـط مـردم و پزشـکان اسـت؛ لازم اسـت برنامه‌ریـزی آموزشـی مسـتمر در تمـام سـطوح جهـت ارتقـای آگاهـی، نگـرش و فرهنـگ صحیـح بهره‌منـدی از خدمـات پزشـک خانـواده در دانشـگاه علـوم پزشـکی مشـهد انجام‌گیـرد.

کاربرد در تصمیم های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

۱- قبـل از انجـام ایـن تحقیـق، در مـورد موضـوع مطالعـه شـده چـه می‌دانسـتید؟ اطلاعـات و دسـتورالعمل‌های کلـی در خصـوص بیمـه روسـتایی طـرح پزشـک خانـواده وجـود دارد امـا در خصوص چالش‌هـای بیمـه روسـتایی نیـاز بـه اطلاعـات وجـود دارد.

[2]Primary health care

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

۲-مطالعه حاضر چه اطلاعاتی را به دانش موجود اضافه می‌کند؟ چالش‌هایی در مدیریت مالی اعتبارات و تفاهم‌نامه‌های اجرایی بیمه در بیمه روستایی طرح پزشک خانواده استان خراسان رضوی و رعایت نظام ارجاع وجود دارد .

۳-نتایج مطالعه حاضر، چگونه می‌تواند بر تصمیم‌سازی‌های مرتبط با سیاست‌گذاری و مدیریت نظام سامت کشور اثر بگذارد؟ سیاست‌گذاران می‌توانند با بهبود روش‌های جمع‌آوری اطلاعات محیطی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در رفع مسایل مربوط به نواقص اطلاعاتی و به روز نمودن آن‌ها و فرهنگ‌سازی مناسب در رفع چالش‌های بیمه روستایی کمک نمایند. نتایج این مطالعه قابل استفاده برای سیاست‌گذاران حوزه سلامت، معاونت بهداشت و درمان، سازمان بیمهٔ خدمات درمانی و غیره است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد ۹۴۰۴۱۹ و کد اخلاق IR.MUMS.REC.1395.310 می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که حمایت مالی طرح را بر عهده داشتند و تمام شرکت کنندگان در مطالعه، تشکر و قدردانی می شود.

References

1- Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and health care team members(in Persian). Razi Journal of Medical Sciences 2012;18(92):23-30.
2- Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani M, VAKILI S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program (in Persian). Knowledge and Health . 2010;4(4): 38-43.
3- Education MoHaM. Family physician Instruction. 2009. p. 4-102.
4- Raeissi P, Ebadi Fard Azar F, Roudbari M. The Impact of Family Physician Program on Mother and Child Health Indices in Rural Population Auspices of Mashhad University of Medical Sciences and Health Care Services, Iran (in Persian). Journal of Health Administration. 2011;14(43):27-36.
5- Wang H, Gusmano MK, Cao Q. An evaluation of the policy on community health organizations in China: will the priority of new healthcare reform in China be a success? Health Policy. 2011;99(1):37-43.
6- Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. Health policy and planning. 2011;26(2):163-73.
7- The Ministry of Health and Medical Education (MOHME) . Family doctor program and referral system guidelines In urban areas Education available at: http://health.mubabol.ac.ir/PDF/dasturolamale_pezeshke_khanavadeh2.pdf.[access date:16/7/2015].
8- Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring performance of family physicians in Yazd(in Persian) . Toloo – e- Behdasht. 2009; 8(26): 16-25.
9- Golaizadeh E, Moosazadeh M, Amiresmaili M, Ahangar N. Challenges in second level of referral system in family physician plan: A qualitative research (in Persian). Journal of medical council of I.R.I. 2012; 29(4): 309-321.
10- Mehrolhassani MH, Sirizi MJ, Poorhoseini SS, Feyzabadi VY. The Challenges of Implementing Family Physician and Rural Insurance Policies in Kerman Province, Iran: A Qualitative Study(in Persian). Journal of Health and Development. 2012;1(3):193-206.
11- Elo S. and Kyngas H., The Qualitative Content Analysis process. Journal of Advanced Nursing, 2008. 62(1): p. 107-115.
12- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today. 2004;24(2):105-12.
13- Svedberg R. Self-interest and social structure.(Translation). Saeidi A. 1st ed. Tehran: Lohe fekr; 2012: 32.(In Persian)
14- Arab M, Shafiee M, Iree M, Safari H, Habibi F, Akbari Sari A, et al. Surveying the Attitude of Family Physicians working in Health Centers of Tehran University of Medical Sciences towards their Profession using a qualitative approach(in Persian). Hospital. 2013;12(3):19-28.
15- Lankarani KB, Alavian SM, Haghdoost AA. Family physicians in Iran: success despite challenges. The Lancet. 2010; 376(9752): 1540-1.
16- Majdzadeh R. Family physician implementation and preventive medicine; opportunities and challenges. International journal of preventive medicine. 2012;3(10).
17- Omid A, Yammani N, Heidari K, Mousavi T, Mousavi A. Educational Needs of General Practitioners Who Enrolled as Family Physicians in National Family Medicine Program and Referral System(in Persian). Iranian Journal of Medical Education. 2013;13(6):470-9.
18- Girotto S, DelZotti F, Baruchello M, Gottardi G, Valente M, Battaggia A, et al. The behavior of Italian family physicians regarding the health problems of women and, in particular, family planning (both contraception and NFP). Advances in Contraception. 1997;13(2-3):283-93.
19- Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh M, Kabir M, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008(in Persian). Journal of Babol University of Medical Sciences. 2010;11(6):46-52.
20- Bayrami R, Ebrahimipour H, Vafaee Najar A.Voices of Midwives working in Family Physician Program Regarding Their Challenges and Blessings: A Qualitative Study. J Midwifery Reprod Health. 2018; 6(1): 1170-1178
21- Farahbakhsh M, Zakeri A. Health information system in the district health center, Tabriz. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research(in Persian). 2009;6(3):1-10.
22- Fakhrzad M, Fakhrzad N, Dehghani M. The role of electronic health records in presenting health information(in Persian). Interdisciplinary Journal of Virtual Learning in Medical Sciences (IJVLMS). 2012;2(4):31-40.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

Challenges of the Rural Insurance of Family Physician Program in Khorasan Razavi Province: A Qualitative Study

Ali Vafaee Najar [1], Roghieh Bayrami [2*]

[1] *Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran*
[2] *Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences,Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran*

Abstract

Background: Rural insurance has been designed and implemented in our country to develop social justice. In the health system, identifying its challenges to improve and implement reforms is essential. The present study aimed to assess the quality of rural insurance challenges in Khorasan Razavi Province.

Methods: This study was conducted with a qualitative approach and a content analysis method in 2015 in Mashhad. Eighteen managers, policy makers, family physicians, and insurers who were selected by targeted sampling until data saturation were reached. After conducting the interviews, data were analyzed through conventional content analysis approach using the MAXQDA software version 10.

Results: Data analysis consists of two main themes including: Management challenges of the rural insurance system (Inefficient financial management of credits, non-comprehensive rules, inadequate implementation of guidelines, and deficiencies in the health information management system), and cultural challenges (lack of referral system observance and inappropriate cultural context). Each category contained several subcategories.

Conclusions: Inefficient financial management of credits, lack of comprehensive guidelines, lack of information management and inappropriate cultural context of providers are essential challenges of rural insurance challenges in Mashhad. Since the rural insurance system plays a key role in the success of family physician policy and the development of social justice, it is necessary to use the results of this study to solve the problems and challenges of rural insurance.

Keywords: Family Physician; Rural Insurance; Qualitative Study; Iran

Please cite this article as follows:

Vafaee Najar A, Bayrami R. Challenges of the Rural Insurance of Family Physician Program in Khorasan Razavi Province: A Qualitative Study. Hakim Health Sys Res 2018; 21(2): 122-129.

***Corresponding Author:** Ph.D., Department of Midwifery, Reproductive Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. Tel: +98-4432754964, Fax: +98-4432754962, Email: rozabayrami@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]