

عوامل موثر بر میزان بهره‌مندی جمعیت تحت پوشش از برنامه پزشک خانواده شهری ایران

محمدجواد کبیر^۱ (Ph.D)، حسن اشرفیان امیری^۲ (M.D)، سیدمظفر ربیعی^۲ (M.D)، کورش فرزین^۳ (M.D)، زهرا حسن‌زاده رستمی^۴ (Ph.D Student)، سیدداود نصرالله پور شیروانی^{۴*} (Ph.D)، بیتا سنگستانی^۳ (M.D)

۱- مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۳- سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران

۴- دانشکده تغذیه و علوم غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۲/۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۵/۲۸

dnshirvani@gmail.com

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۱۲۱۶۵۴۶۸

چکیده

هدف: برنامه پزشک خانواده شهری به منظور افزایش بهره‌مندی از خدمات سلامت از سال ۱۳۹۱ در استان‌های فارس و مازندران اجرا شد. این مطالعه با هدف تعیین عوامل موثر بر میزان بهره‌مندی جمعیت تحت پوشش از برنامه پزشک خانواده شهری انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در زمستان ۱۳۹۵ انجام گرفت. جامعه پژوهش خانوارهای تحت پوشش برنامه پزشک خانواده شهری بودند که به صورت خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه محقق‌ساخته شامل ۲ بخش متغیرهای فردی و میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت با ۳۳ سؤال باز و بسته بوده که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. یافته‌ها: از بین ۱۷۶۸ خانوار مورد بررسی با ۵۶۲۸ نفر جمعیت، ۵۵۲۱ نفر (۹۸/۱ درصد) دارای یکی از انواع بیمه پایه بودند. ۳۱/۰ درصد افراد از بیمه تکمیلی برخوردار بودند. میانگین فاصله زمانی بین منزل و محل کار پزشک با پای پیاده ۱۸/۶±۱۸/۹ دقیقه و با وسیله نقلیه ۵/۷±۵/۱ دقیقه بود. ۷۵/۸ درصد دارنده بیمه پایه، حداقل یک‌بار توسط پزشک خانواده شهری خود ویزیت شدند. میانگین بار مراجعه افراد بالای ۱۵ سال به پزشک خانواده ۵/۱۴ بار در سال بود. عواملی مثل پرونده سلامت، بعد خانوار، بیمه تکمیلی، ابتلا به بیماری‌ها، تحصیلات، شغل، تعویض پزشک، مدت زمان دسترسی، سطح آشنایی با برنامه پزشک خانواده در میزان بهره‌مندی جمعیت تحت پوشش با سطح معنی‌داری $P < 0/05$ موثر بودند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد همه افراد تحت پوشش از برنامه پزشک خانواده شهری بهره‌مند نشدند و تعدادی از عوامل فردی بر میزان بهره‌مندی از برنامه پزشک خانواده شهری تأثیرگذار بود.

واژه‌های کلیدی: بهره‌مندی، بهره‌مندی سلامت، خدمات سلامت، پزشک خانواده، پزشک خانواده شهری

مقدمه

برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی منعکس‌کننده تناسب بین یک سری عوامل چون: قابلیت پرداخت (Affordable) از نظر هزینه، فراهم بودن (Availability)، در دسترس بودن (Availability)، مورد قبول بودن و تطابق خدمات با نیازها می‌باشد [۱]. دریافت و مصرف خدمات مراقبت سلامت را بهره‌مندی از خدمات سلامت می‌نامند. بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی یکی از شاخص‌های مهم عدالت در سلامت است [۲]. همین‌طور باید توجه داشت که دسترسی و برخورداری از خدمات بر رضایت گیرندگان خدمات بهداشتی درمانی

تأثیرگذار می‌باشد [۳]. نتایج تحقیقات در آمریکا نشان می‌دهد کاهش ۲۲/۹ درصد مرگ و میر در جامعه حاکی از فراهم بودن و در دسترس بودن خدمات بهداشتی و درمانی بوده است و با بهبود شرایط درمانی به طور متوسط ۵ سال امید به زندگی افراد افزایش یافته است [۴].

در خصوص بهره‌مندی از خدمات سلامت و عوامل موثر بر آن مطالعات نسبتاً محدودی برای گروه‌های متفاوت انجام گرفت که نتایج مختلفی ارائه شده است. مطالعه‌ای که در خصوص وضعیت بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت در مناطق روستایی شهرستان سمنان انجام گرفت نشان داد که ۵۸ درصد

مطالعه با هدف تعیین میزان بهره‌مندی جمعیت تحت پوشش از برنامه پزشک خانواده شهری انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی در زمستان ۱۳۹۵ در ۳۱ شهر بالای ۲۰ هزار نفر جمعیت استان فارس و ۱۶ شهر بالای ۲۰ هزار نفر جمعیت استان مازندران انجام شد. جامعه پژوهش جمعیت شهری دارای یکی از بیمه‌های پایه (تامین اجتماعی، بیمه سلامت و یا کمیته امداد امام خمینی) تحت پوشش برنامه پزشک خانواده شهری بودند. با توجه به فرمول برآورد حجم نمونه و ضریب اطمینان ۹۵ درصد و پوشش ۹۰ درصد جمعیت (۰/۹) و دقت ۰/۰۲، ۸۶۴ خانوار برای هر استان محاسبه شد که این تعداد خانوار بر اساس توصیه سازمان جهانی بهداشت و الگوی اجرایی طرح کشوری DHS به خوشه‌های ۱۰ خانواری تقسیم و با توجه به تعداد خانوارهای شهری هر شهرستان با کمی دست بالا گرفتن توزیع شد. سرخوشه‌های منطقه شهری هر شهرستان با استفاده از اطلاعات آخرین سرشماری خانوار موجود در مرکز بهداشت آن شهرستان به صورت تصادفی انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه محقق ساخته شامل چهار بخش: الف- متغیرهای فردی و اجتماعی شامل استان محل سکونت، شهر محل سکونت (دانشگاهی و غیردانشگاهی)، جمعیت شهری شهر محل سکونت، فاصله با محل کار پزشک خانواده با وسیله نقلیه موتوری و پای پیاده، شغل، برخورداری از بیمه پایه و بیمه تکمیلی، جنس، سن، تحصیلات، شغل، نوع ابتلا به بیماری، آخرین مراجعه به پزشک خانواده، داشتن شماره تماس با پزشک خانواده، پرونده سلامت در نزد پزشک خانواده، اعضای مبتلا به بیماری بسته خدمت (دیابت، پرفشاری خون، قلب و عروق، اعصاب و روان، چربی بالای خون)، سابقه تعویض پزشک خانواده، انتخاب پزشک خانواده، مقبولیت پزشک خانواده، نگرش به داشتن پزشک خانواده، نگرش مراجع به سطح دو با ارجاع، ب- سطح آشنایی با برنامه پزشک خانواده با ۱۴ سؤال، ج- رضایت از پزشک خانواده با ۱۱ سؤال و بهره‌مندی از خدمات برنامه پزشک خانواده شهری با ۴ سؤال بود که روایی آن به شکل صوری و با اعمال نظر تعداد ۸ نفر از صاحب‌نظران و متخصصین حوزه مربوطه شامل ۴ نفر از کارشناسان بیمه، دو نفر از پزشکان خانواده و دو نفر از کارشناسان بهداشت شاغل در شبکه بهداشت و درمان شهرستان و پایایی آن با الفای کرونباخ ۹۱ درصد مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به اخذ کد اخلاق IR.MUBABOL.REC.1397.032 داده‌ها با مراجعه پرسشگران به درب منازل خانوارهای منتخب و با توضیح مختصر در خصوص هدف و چگونگی اجرای مطالعه، در صورت

زنان، ۷۵ درصد افراد بی‌سواد و ۷۶ درصد افراد متاهل در دو هفته گذشته از خدمات سرپایی بهره‌مند شدند. افراد متاهل ۱/۵۸ برابر افراد مجرد، زنان بیش از مردان، و افراد بی‌سواد بیش از افراد باسواد به طور معنی‌داری از خدمات سرپایی استفاده نمودند [۵]. در مطالعه مقطعی که ۱۵۰ مرد با میانگین سنی ۴۶/۲±۹/۶ سال و ۱۵۰ زن با میانگین ۴۶/۸±۱۰/۴ سال به منظور دریافت خدمات پیشگیری از پزشک خانواده در بوسنی و هرزگوین بررسی شدند، در دو سال گذشته ۵۱/۲ درصد مردان معاینه پروستات و ۷۷ درصد زنان معاینه پستان شدند. ۹/۸ درصد مردان و ۱۰/۵ درصد زنان در ۱۲ ماه گذشته واکسن آنفلوآنزا را دریافت کرده بودند. بین تعداد ویزیت بیماران در ۱۲ ماه گذشته و تعداد معاینه پروستات و معاینه پستان و هم‌چنین بین سن و تعداد دریافت واکسن آنفلوآنزا رابطه معنی‌دار وجود داشت [۶]. مطالعه مقطعی که به منظور بررسی عوامل موثر بر استفاده از خدمات بهداشت باروری در میان جوانان ۱۵-۲۴ ساله دبیرستانی در شمال غربی اتیوپی انجام گرفت نشان داد که از بین ۳۴۵ دانش‌آموز مورد بررسی، ۸۵ نفر (۲۴/۶ درصد) در طول یک‌سال گذشته از خدمات بهداشت باروری استفاده کردند. از بین متغیر فردی و اجتماعی فقط بین سن، فاصله بین منزل و محل دریافت خدمات و میزان بهره‌مندی از خدمات بهداشت باروری رابطه معنی‌دار وجود داشت [۷].

در ایران برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی به منظور افزایش دسترسی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم در مناطق روستایی و شهرهای کم‌تر از ۲۰ هزار نفر جمعیت اجرا شد که بیش از ۲۶ میلیون نفر جمعیت را تحت پوشش قرار داده است [۸]. متعاقب بهره‌مندی روستاییان و جمعیت شهرهای کم‌تر از ۲۰ هزار نفر به پزشک خانواده، برنامه پزشک خانواده شهری به منظور افزایش دسترسی مالی و فیزیکی مردم و بهره‌مندی از خدمات سلامت با طی فراز و نشیب‌های فراوان نهایتاً از تیرماه سال ۱۳۹۱ در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر جمعیت دو استان فارس و مازندران اجرا شد. بر اساس دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده شهری (نسخه ۰۲)، هر پزشک خانواده می‌تواند از حداقل ۵۰۰ نفر تا حداکثر ۳۰۰۰ نفر جمعیت را تحت پوشش قرار دهد و کلیه خدماتی که پزشک خانواده و دستیار ایشان (مراقب سلامت) به جمعیت تحت پوشش ارائه می‌دهند باید رایگان باشد. در حال حاضر بیش از ۹۰ درصد پزشکان عمومی شاغل در بخش دولتی و خصوصی به عنوان پزشک خانواده شهری در یکی از شیفت‌های صبح و عصر (۸-۱۲ و ۱۶-۲۰)، شیفت صبح (۸-۱۲) و شیفت عصر (۱۶-۲۰) در اجرای برنامه پزشک خانواده شهری مشارکت دارند [۹]. نظر بر این‌که نزدیک به پنج سال از اجرای برنامه پزشک خانواده شهری می‌گذرد این

پوشش برنامه پزشکی خانواده شهری فاقد بیمه پایه بودند. نوع بیمه ۶۲/۰ درصد جمعیت مورد بررسی تامین اجتماعی، ۳۵/۶ درصد بیمه سلامت و ۲/۴ درصد کمیته امداد بود. ۱۷۱۳ نفر (۳۱/۰ درصد) از ۵۵۲۱ نفر دارای بیمه پایه، بیمه تکمیلی هم داشتند. میزان پوشش بیمه تکمیلی در استان مازندران ۳۳/۲ درصد و در استان فارس ۲۹/۲ درصد بود.

میانگین فاصله زمانی بین منزل و محل کار پزشک خانواده با پای پیاده $18/9 \pm 18/6$ دقیقه و با وسیله نقلیه $5/1 \pm 5/7$ دقیقه بود. این شاخص در استان فارس به ترتیب $22/4 \pm 20/0$ و $5/3 \pm 5/7$ دقیقه و در استان مازندران به ترتیب $12/7 \pm 16/8$ و $4/7 \pm 5/6$ دقیقه بود ($P=0/000$)، ($P=0/710$).

اعضای خانوار بر حسب نیاز، با فواصل متفاوتی جهت دریافت خدمات سلامت به مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشکی خانواده شهری مراجعه نمودند. در این مطالعه آخرین مراجعه تک تک اعضای خانوار بررسی شد. جدول ۱ فواصل آخرین مراجعه اعضای خانوارهای مورد بررسی به مراکز و پایگاه‌های مجری را به تفکیک استان‌های فارس و مازندران نشان می‌دهد.

جدول ۱ نشان می‌دهد از کل ۵۶۲۵ نفر مورد بررسی، ۱۴۶۹ نفر (۲۶/۱ درصد) در طول اجرای برنامه پزشکی خانواده شهری به پزشک خانواده مراجعه نکردند که اگر ۱۰۷ نفر فاقد بیمه پایه از آن کسر گردد، ۱۳۵۲ نفر (۲۴/۲ درصد) دارنده بیمه پایه، هیچ سابقه مراجعه‌ای به پزشک خانواده شهری خود نداشتند.

جدول ۱. فواصل آخرین مراجعه اعضای خانوارهای مورد بررسی به پزشک خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران

محل سکونت		فارس		مازندران		کل	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۶۲۶	۲۰/۷	۸۴۳	۳۲/۳	۱۴۶۹	۲۶/۱	۱۴۶۹	۲۶/۱
۸۲۹	۲۷/۵	۵۹۹	۲۲/۰	۱۴۲۸	۲۵/۴	۱۴۲۸	۲۵/۴
۵۳۱	۱۷/۶	۴۵۳	۱۷/۴	۹۸۴	۱۷/۵	۹۸۴	۱۷/۵
۴۵۱	۱۴/۹	۳۲۳	۱۲/۴	۷۷۴	۱۳/۸	۷۷۴	۱۳/۸
۲۹۷	۹/۸	۱۶۹	۶/۵	۴۶۶	۸/۳	۴۶۶	۸/۳
۲۴۶	۸/۱	۱۸۶	۷/۱	۴۳۲	۷/۷	۴۳۲	۷/۷
۳۹	۱/۳	۳۳	۱/۳	۷۲	۱/۳	۷۲	۱/۳
۳۰۱۹	۱۰۰	۲۶۰۶	۱۰۰	۵۶۲۵	۱۰۰	۵۶۲۵	۱۰۰

اعضای (بعد) خانوار ($r = -0/089$ & $P = 0/000$) ارتباط معنی‌دار وجود داشت. میانگین سنی ۵۶۲۸ نفر جمعیت از ۱۷۶۸ خانوار مورد بررسی $36/58 \pm 19/77$ سال (در استان فارس $35/19 \pm 39/63$ و در استان مازندران $37/95 \pm 19/85$) بود. بین سن و بار مراجعه ($r = +0/017$ & $P = 0/194$) ارتباط معنی‌دار وجود نداشت.

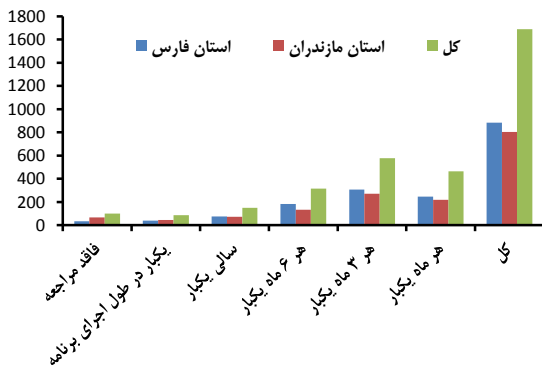
اعلام رضایت شفاهی به روش مصاحبه حضوری با یک یا چند نفر از اعضای مطلع در دسترس (بالای ۱۵ سال، ترجیحاً سرپرست خانوار) جمع‌آوری شد.

برای امتیازدهی به پاسخ سئوالات بسته مربوط به متغیرهای فردی بر اساس تعداد گزینه‌های دوتایی مثل بیمه پایه (۱=دارد، ۲=ندارد) و سه تایی مثل نوع دفترچه (۱=تامین اجتماعی، ۲=بیمه سلامت، ۳=کمیته امداد) و پنج رتبه‌ای لیگرت مثل سطح رضایت‌مندی (۵=خیلی زیاد، ۴=زیاد، ۳=متوسط، ۲=کم و ۱=خیلی کم) کدگذاری شد. سئوالات باز هم مثل سن، تعداد اعضای خانوار و تعداد مراجعه، به همان صورت (کمی گسسته) وارد اکسل گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کای دو برای متغیرهای کیفی اسمی، آزمون‌های پیرسون، کیندالز و اسپیرمن برای تعیین هم‌بستگی بین متغیرهای رتبه‌ای و آزمون Stepwise Backward Logistic Regression Model برای متغیرهای طبقه‌بندی شده دو گروهی در نرم‌افزار SPSS-23 در سطح معناداری $\alpha < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

از بین ۱۷۶۸ خانوار مورد بررسی با ۵۶۲۸ نفر جمعیت، ۵۵۲۱ نفر (۹۸/۱ درصد) دارای یکی از انواع بیمه پایه (تامین اجتماعی، بیمه سلامت یا کمیته امداد امام خمینی) بودند. به عبارتی ۱۰۷ نفر (۱/۹ درصد) از اعضای ۱۷۶۸ خانوار تحت

میانگین بار مراجعه ۵۶۲۸ نفر جمعیت از ۱۷۶۸ خانوار مورد بررسی $2/21 \pm 4/21$ بار (در استان فارس $2/39 \pm 4/4$ و در استان مازندران $1/99 \pm 3/97$) بود. میزان افراد فاقد سابقه مراجعه به پزشک خانواده در استان مازندران بیش از ۱/۵ برابر استان فارس بود. بین سابقه آخرین مراجعه و استان محل سکونت ($P = 0/000$)، جنس (میانگین فواصل آخرین مراجعه در مردان $2/4 \pm 4/5$ ماه و در زنان $2/1 \pm 3/9$ ماه بود) ($P = 0/006$)، تعداد



شکل ۱. فراوانی متوسط بار مراجعه افراد بالای ۱۵ سال به پزشک خانواده در استان‌های فارس و مازندران

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد بین بار مراجعه و عمده متغیرهای فردی و اجتماعی ارتباط معنی‌دار وجود داشت. در ادامه تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت آنالیز دو متغیره دو به دو، کلیه ۲۳ متغیر در آنالیز واریانس چندمتغیره چندمرحله‌ای (Backward LR) به طور هم‌زمان بررسی که ارتباطات معنی‌داری تعدادی از متغیرها مورد تأیید قرار گرفت. جدول ۳ متغیرهای فردی و اجتماعی تأثیرگذار در بار مراجعه جمعیت تحت پوشش به پزشکان خانواده شهری را نشان می‌دهد.

از بین افراد بالای ۱۵ سال مورد بررسی حدود ۶ درصد تا به حال هیچ مراجعه‌ای به پزشک خانواده خود نداشتند، ۵ درصد تنها یک‌بار در طول اجرای برنامه پزشک خانواده خود مراجعه نمودند و حدود ۹۰ درصد دیگر، ساله به طور معمول از حداقل یک‌بار تا هر ماه یک‌بار مراجعه داشتند. شکل ۱ فواصل معمول مراجعه اعضای بالای ۱۵ سال خانوارهای مورد بررسی به مراکز و پایگاه‌های مجری را به تفکیک استان‌های فارس و مازندران نشان می‌دهد.

همان‌طور که شکل ۱ نشان می‌دهد از بین ۱۶۸۸ نفر جمعیت بالای ۱۵ سال مورد بررسی، ۶۴۷ نفر (۳۸/۳ درصد) حداکثر تا ۲ بار و ۱۰۴۱ نفر (۶۱/۷) بیش از ۲ بار در سال مراجعه داشتند. با توجه به نمودار فوق میانگین بار مراجعه سالانه افراد بالای ۱۵ سال به پزشک خانواده شهری $5/14 \pm 4/42$ بار و این شاخص در استان فارس $5/25 \pm 4/38$ بار و در استان مازندران $5/4 \pm 0.3/61$ بار محاسبه شد. جدول ۲ فراوانی بار مراجعه جمعیت تحت پوشش به پزشکان خانواده شهری و ارتباط آن را با متغیرهای فردی و اجتماعی نشان می‌دهد.

جدول ۲. فراوانی بار مراجعه جمعیت تحت پوشش به پزشکان خانواده شهری به تفکیک متغیرهای فردی و اجتماعی

ردیف	متغیرهای فردی و اجتماعی	میزان بار مراجعه				P	
		بیش از ۲ بار در سال		تا ۲ بار در سال			
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	کل	
۱	استان محل سکونت	فارس	۳۳۱	۳۷/۴	۵۵۳	۶۲/۶	۸۸۴
		مازندران	۳۱۶	۳۹/۳	۴۸۸	۶۰/۷	۸۰۴
۲	شهر محل سکونت	دانشگاهی	۳۵۳	۳۸/۵	۵۶۴	۶۱/۵	۹۱۷
		غیردانشگاهی	۲۹۴	۳۸/۱	۴۷۷	۶۱/۹	۷۷۱
۳	جمعیت شهری شهر محل سکونت	کمتر از ۱۰۰ هزار نفر	۱۷۶	۳۶/۲	۳۱۰	۶۳/۸	۴۸۶
		بیش از ۱۰۰ هزار نفر	۴۷۱	۳۹/۲	۷۳۱	۶۰/۸	۱۲۰۲
۴	جنس	مرد	۲۱۸	۴۸/۹	۲۲۸	۵۱/۱	۴۴۶
		زن	۴۲۶	۳۴/۵	۸۰۸	۶۵/۵	۱۲۳۴
۵	سن	۱۵-۵۰ سال	۳۰۶	۴۶/۱	۳۵۸	۵۳/۹	۶۶۴
		بیش از ۵۰ سال	۳۲۵	۳۳/۰	۶۶۰	۶۷/۰	۹۸۵
۶	تاهل	مجرد	۱۱۸	۴۵/۴	۱۴۲	۵۴/۶	۲۶۰
		متاهل	۵۱۲	۳۶/۸	۸۸۰	۶۳/۲	۱۳۹۲
۷	تحصیلات	بی‌سواد تا دبیرستان	۲۵۰	۲۹/۸	۵۸۸	۷۰/۲	۸۳۸
		دیپلم و دانشگاهی	۳۹۱	۴۶/۵	۴۵۰	۵۳/۵	۸۴۱
۸	شغل	شاغل	۳۴۱	۳۱/۹	۷۲۷	۶۸/۱	۱۰۶۸
		خانه‌دار، بازنشسته و بیکار	۲۵۳	۴۷/۴	۲۸۱	۵۲/۶	۵۳۴
۹	بیمه تکمیلی	نداشتند	۴۲۵	۴۱/۰	۶۱۱	۵۹/۰	۱۰۳۶
		داشتند	۲۲۲	۳۴/۰	۴۳۰	۶۶/۰	۶۵۲
۱۰	بعد خانوار	۳-۱ نفر	۳۶۴	۳۶/۱	۶۴۳	۶۳/۹	۱۰۰۷

ردیف	متغیرهای فردی و اجتماعی	میزان بار مراجعه		تا ۲ بار در سال		بیش از ۲ بار در سال		P
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
		۴-۷ نفر		۲۸۲	۴۱/۵	۳۹۸	۵۸/۵	۶۸۰
۱۱	مدت زمان دسترسی به پزشک خانواده با پای پیاده	تا ۱۰ دقیقه		۲۸۷	۳۵/۳	۵۲۵	۶۴/۷	۸۱۲
		بیش از ۱۰ دقیقه		۳۲۸	۴۱/۱	۴۷۱	۵۸/۹	۷۹۹
۱۲	مدت زمان دسترسی به پزشک خانواده با اتومبیل	تا ۵ دقیقه		۳۵۴	۳۸/۴	۵۶۷	۶۱/۶	۹۲۱
		بیش از ۵ دقیقه		۱۴۶	۳۷/۸	۲۴۰	۶۲/۳	۳۸۶
۱۴	شماره تماس با پزشک خانواده	داشتند		۱۸۰	۳۴/۷	۳۳۹	۶۵/۳	۵۱۹
		نداشتند		۴۵۸	۳۹/۹	۶۹۱	۶۰/۱	۱۱۴۹
۱۵	پرونده سلامت در نزد پزشک خانواده	داشتند		۴۹۴	۳۵/۷	۸۸۸	۶۴/۳	۱۳۸۲
		نداشتند		۱۴۹	۴۹/۷	۱۵۱	۵۰/۳	۳۰۰
۱۶	اعضای مبتلا به بیماری بسته خدمت (دیابت، پرفشاری خون، قاب و عروق، اعصاب و روان، چربی بالای خون)	نداشتند		۴۶۷	۴۶/۶	۵۸۱	۵۵/۴	۱۰۴۸
		داشتند		۱۸۰	۲۸/۱	۴۶۰	۷۱/۹	۶۴۰
۱۷	سابقه تعویض پزشک خانواده	نداشتند		۴۸۱	۴۰/۷	۷۰۲	۵۹/۳	۱۱۸۳
		داشتند		۱۶۲	۳۲/۴	۳۳۸	۶۷/۶	۵۰۰
۱۸	انتخاب پزشک خانواده	با شناخت قبلی		۳۴۲	۳۴/۶	۶۴۷	۶۵/۴	۹۸۹
		بدون شناخت قبلی		۳۰۱	۴۳/۴	۳۹۳	۵۶/۶	۶۹۴
۱۹	مقبولیت پزشک خانواد	کاملاً قبول داشتند		۳۵۷	۳۳/۳	۷۱۷	۶۶/۸	۱۰۷۴
		نسبتاً قبول داشتند		۲۸۵	۴۷/۱	۳۲۰	۵۲/۹	۶۰۵
۲۰	نگرش به داشتن پزشک خانواده	مخالف		۱۶۹	۴۲/۸	۲۲۶	۵۷/۲	۳۹۵
		موافق		۴۰۲	۳۵/۰	۷۴۸	۶۵/۰	۱۱۵۰
۲۱	نگرش مراجعه به سطح دو با ارجاع	مخالف		۲۴۴	۳۹/۷	۳۷۰	۶۰/۳	۶۱۴
		موافق		۲۹۷	۳۳/۹	۵۷۸	۶۶/۱	۸۷۵
۲۲	سطح آشنایی با برنامه پزشک خانواده	ناکافی (تا ۵۰ درصد شناخت)		۴۵۱	۴۵/۱	۵۵۰	۵۴/۹	۱۰۰۱
		کافی (بیش از ۵۰ درصد شناخت)		۱۸۸	۲۷/۷	۴۹۱	۷۲/۳	۶۷۹
۲۳	رضایت از پزشک خانواده	ناراضی		۱۷۱	۳۷/۷	۲۸۳	۶۲/۳	۴۵۴
		راضی		۲۷۹	۲۹/۰	۶۸۳	۷۱/۰	۹۶۲

جدول ۳. ارتباط بین متغیرهای فردی و اجتماعی با بار مراجعه جمعیت تحت پوشش به پزشکان خانواده شهری

ردیف	متغیرهای تاثیرگذار	Exp (B) OR	فاصله اطمینان ۹۵٪	P Value
۱	پرونده سلامت (داشتند/نداشتند)*	۱/۶۱۵	۱/۰۸۴-۲/۴۰۶	۰/۰۱۸
۲	بعد خانوار (۳-۱ نفر/۴-۷ نفر)*	۱/۳۴۷	۰/۹۷۵-۱/۸۶۰	۰/۰۷۱
۳	بیمه تکمیلی (نداشتند/داشتند)*	۰/۵۳۶	۰/۳۷۴-۰/۷۶۷	۰/۰۳۶
۴	اعضای مبتلا به بیماری بسته خدمت (نداشتند/داشتند)*	۰/۶۸۱	۰/۴۷۵-۰/۹۷۶	۰/۰۳۶
۵	تحصیلات (بی سواد تا دبیرستان/ دیپلم و دانشگاهی)*	۲/۱۴۷	۱/۵۳۴-۳/۰۰۴	۰/۰۰۰
۶	شغل (شاغل/ خانه دار، بازنشسته و بیکار)*	۱/۷۷۹	۱/۲۵۸-۲/۵۱۷	۰/۰۰۱
۷	سابقه تعویض پزشک خانواده (نداشتند/داشتند)*	۰/۶۳۷	۰/۴۴۹-۰/۹۰۴	۰/۰۱۲
۸	مدت زمان دسترسی به پزشک خانواده با پای پیاده (تا ۱۰ دقیقه/بیش از ۱۰ دقیقه)*	۱/۴۶۳	۱/۰۵۸-۲/۰۲۴	۰/۰۲۲
۹	سطح آشنایی با برنامه پزشک خانواده (ناکافی/کافی)*	۰/۴۵۷	۰/۳۲۶-۰/۶۴۱	۰/۰۰۰

آنالیز واریانس چندمتغیره چند مرحله‌ای، با ۱۴ مرحله آزمون، نهایتاً نه متغیر به عنوان عوامل تاثیرگذار در بار مراجعه جمعیت

در جدول ۳ کلیه متغیرها به صورت کیفی دو حالت طبقه‌بندی شدند و گروه رفرنس هر کدام با ستاره مشخص شده است. همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، در

تحت پوشش مورد تأیید قرار گرفت و مابقی متغیرها به عنوان عوامل غیرتاثیرگذار حذف شدند.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که تنها کم‌تر از ۲ درصد اعضای خانوارهای تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده شهری فاقد پوشش بیمه پایه بودند. در مطالعه‌ای که با همکاری مرکز آمار ایران و مؤسسه ملی تحقیقات سلامت با بررسی ۲۲۴۷۰ خانوار در کل کشور انجام گرفت حدود ۱۰ درصد افراد مورد بررسی فاقد بیمه بودند [۱۰]. با نتایج این مطالعه هم‌خوانی ندارد. یکی از دلایل عدم هم‌خوانی این است که در مطالعه حاضر فقط خانوارهایی که با بیمه بودن حداقل یکی از اعضای خانوار که تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده شهری بودند مورد بررسی قرار گرفتند. بنابراین خانوارهای فاقد بیمه که تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده شهری نبودند، به عنوان نداشتن معیارهای ورود حذف شدند.

پژوهش حاضر نشان داد که حدود یک چهارم افراد مورد بررسی با توجه به بیش از ۴ سال از اجرای برنامه، به پزشکی خانواده خود مراجعه نکردند که احتمالاً مهم‌ترین دلیل آن می‌تواند به عدم نیاز افراد به خدمات بهداشتی درمانی باشد. چرا که در همین مطالعه نشان داده شد دسترسی فیزیکی یا زمانی افراد مورد بررسی نسبت به توصیه سازمان جهانی بهداشت (حداکثر یک ساعت با پای پیاده و یک ربع ساعت با وسیله نقلیه) خیلی کم‌تر است [۱۱]. بنابراین میانگین زمانی حدود ۲۰ دقیقه با پای پیاده و حدود ۵ دقیقه با وسیله نقلیه نمی‌تواند مانعی برای مراجعه به پزشکی خانواده محسوب گردد. از طرف دیگر پرداخت ۲۵۰۰ تومان فرانشیز ویزیت در استان فارس هم به نظر نمی‌رسد به عنوان موانع مراجعه مطرح باشد چرا که در استان مازندران با توجه به رایگان بودن کلیه خدمات، میزان عدم مراجعه ۱/۵ برابر استان فارس بوده است. عدم مراجعه درصد قابل ملاحظه‌ای از افراد در همه مطالعات گزارش می‌شود. در مطالعه نورایی مطلق و همکاران به‌طور کلی ۵۹/۹ درصد از جمعیت تهران از خدمات بهداشتی و درمانی سرپایی بهره‌مند نشدند که مهم‌ترین دلایل عدم بهره‌مندی از خدمات سرپایی در درجه اول وجود دارو در منزل و خوددرمانی و بعد از آن نداشتن پول و گران بودن خدمات عنوان شد [۱۲]. با توجه به مطالعه مذکور ممکن است وجود دارو در منزل و خوددرمانی به عنوان یکی از دلایل عدم مراجعه در مطالعه حاضر صدق نماید ولی نداشتن پول و گران بودن خدمات نمی‌تواند مانعی در عدم مراجعه افراد محسوب شود. نکته‌ای که باید مورد تأکید قرار گیرد این است که این یک چهارم افراد فاقد سابقه مراجعه به پزشکی

خانواده نباید رها شوند چرا که برای تشکیل پرونده سلامت و انجام معاینات دوره‌ای باید حداقل مراجعه را داشته باشند. بنابراین پیگیری پزشک خانواده و مراقب سلامت برای فراخوان مراجعه افراد مذکور غیرقابل اجتناب خواهد بود.

در مطالعه حاضر افراد بالای ۱۵ سال به طور متوسط سالی ۵/۱۴ بار به پزشکی خانواده شهری مراجعه کردند که این در مقایسه با مطالعه علی‌اکبری صبا و همکار که متوسط مراجعه به پزشکی عمومی را ۲/۵ بار در سال ۱۳۹۳ [۱۰] و مطالعه عبادی‌فرد آذر و همکاران که متوسط بار مراجعه به پزشکی عمومی در استان اصفهان را ۱/۰۸ بار در طول سال گزارش نمودند [۱۳] و همچنین متوسط ۸ بار مراجعه مردم به پزشکی خانواده در کشور ترکیه [۱۴] همسو نمی‌باشد. یکی از دلایل بیش‌تر بودن بار مراجعه افراد در این مطالعه نسبت به سایر مطالعات داخل کشور برخورداری افراد از بیمه پایه با پوشش بیش از ۹۸ درصدی می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط López و همکاران در سال ۲۰۱۰ انجام شد، محققان نشان دادند که پوشش بیمه باعث افزایش چشمگیر در احتمال دریافت خدمات پیشگیری، ویزیت‌های درمانی و مراقبت‌های بیمارستانی می‌شود [۱۵]. یکی از دلایل دیگر می‌توان به همان افزایش دسترسی فیزیکی و مالی برنامه پزشکی خانواده شهری اشاره نمود که برای عمده افراد مانعی محسوب نمی‌شود. در همین مطالعه تأیید شد که افرادی با کم‌تر از ۱۰ دقیقه پیاده‌روی به پزشکی خود دسترسی داشتند شانس مراجعه بیش از دو بار در سال در بین آن‌ها حدود ۱/۵ برابر بود. از دیگر دلایل مهم می‌توان به الزامی بودن مراجعه به سطح ۲ اشاره نمود که منوط به ارجاع پزشک خانواده است. به عبارتی در استان فارس هر فردی که بخواهد به سطح ۲ مراجعه نماید لزوماً باید از پزشکی خانواده عبور کند و در استان مازندران هم اگر کسی بخواهد از مزایای مالی سطح ۲ بهره‌مند شود باید از مسیر پزشکی خانواده بگذرد که هر کدامشان یک مراجعه به پزشکی خانواده را اضافه می‌نمایند. پیگیری برای تشکیل پرونده و انجام معاینات دوره‌ای بیماران مبتلا به بیماری‌های تحت پوشش مثل دیابت و پرفشاری خون می‌تواند شانس مراجعه را افزایش دهد که هر دوی آن در این مطالعه تأیید شدند. اما در مقایسه با کشور ترکیه بالاتر بودن بار مراجعه شاید به این دلیل باشد که در مراکز پزشکی خانواده ترکیه خدمات جامع‌تری حتی خدمات آزمایشگاهی هم ارائه می‌گردد [۱۴].

این مطالعه نشان داد که تعدادی از متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی افراد بالای ۱۵ سال در بهره‌مندی از خدمات پزشکی خانواده شهری تاثیرگذار بود که با بعضی از مطالعات همسو و با بعضی از مطالعات غیرهمسو می‌باشد. این مطالعه نشان می‌دهد که افراد بی‌سواد و کم‌سواد حدود دو برابر مراجعه بیش‌تری نسبت

حاضر این بود که با مراجعه به درب منازل خانوارها عمدتاً زنان و آن هم خانه‌دار مورد پرسشگری قرار گرفتند و مردان و شاغلین که در ساعات فعال روز در محل اشتغال حضور داشتند کم‌تر پوشش داده شدند.

از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که حدود سه چهارم جمعیت تحت پوشش از خدمات پزشکی خانواده شهری برخوردار شدند. متوسط دفعات مراجعه به پزشک خانواده شهری تقریباً بالاست. بعضی از متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی در میزان بهره‌مندی از خدمات در برنامه پزشک خانواده شهری تاثیرگذار بود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد ضمن طراحی برنامه مداخله‌ای برای ارایه خدمات به یک چهارم جمعیتی که هیچ مراجعه‌ای به پزشک خانواده خود نداشتند، عوامل تاثیرگذار در افزایش بهره‌مندی از برنامه پزشک خانواده شهری را به جد مورد توجه و تاکید قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۹۶/۲۳۶۴۰۲ سازمان بیمه سلامت ایران می‌باشد. بدین وسیله از سازمان بیمه سلامت ایران به جهت حمایت مالی، از مدیران و کارشناسان استانی و شهرستانی بیمه سلامت استان‌های فارس و مازندران به جهت مساعدت‌های مطلوب، از معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی بابل، مازندران، شیراز، جهرم، فسا، لارستان و همچنین شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها به جهت ایجاد هماهنگی‌های لازم، از کلیه پرسشگران و خانوارهای مورد بررسی به جهت همکاری‌های لازم صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع

- [1] Mc Laughlin C, Wyszewianski L. Access to care: remembering old lessons. *Health Serv Res* 2002; 37: 1441-1443.
- [2] Bahri N, Arabnejad BA, Bahri N, Eshaghi F, Fathi Najafi T, Larki M. Objective structured clinical evaluation for assessment of the quality of practice of health practitioners during preconception, prenatal and postnatal cares. *Koomesh* 2015; 17: 45-53. (Persian).
- [3] Wang SY, Chen LK, Hsu S, Wang SC. Health care utilization and health outcomes: a population study of Taiwan. *Health Policy Plan* 2012; 27: 590-599.
- [4] Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J* 2014; 29: 3-7.
- [5] Ghadamgahi HB, Norouzi K, Mohammadi F, Jandaqhi J. Status and determinants of health services utilization among elderly rural habitants in the Iranian population. *Koomesh* 2018; 20: 779-785. (Persian).
- [6] Kurspahić-Mujčić A, Mujčić A. Preventive health services utilization in patients treated by family physicians. *Med Glas (Zenica)* 2019; 16: 10.17392/1027-19.
- [7] Abate AT, Ayisa AA, W/Mariam TG. Reproductive health services utilization and its associated factors among secondary school youths in woret town, south gondar, North west ethiopia: a cross sectional study. *BMC Res Notes* 2019; 12: 10.1186/s13104-019-4129-z.
- [8] Nasrollahpour Shirvani SD, Mikanik E, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Jafari N, Tahmasbi B, et al. Evaluation of the referral

به افراد دارای دیپلم و تحصیلات دانشگاهی داشتند که با مطالعه قدمگاهی و همکاران که افراد بی‌سواد و کم‌سواد نسبت به افراد باسواد بیش‌تر از خدمات بهداشتی درمانی استفاده کردند، همسو می‌باشد [۵]. در مطالعه لطفی و همکاران هم میزان دریافت خدمات بهداشتی درمانی با سطح تحصیلات والدین رابطه معنی‌دار وجود داشت [۱۵]. این اختلاف شاید به این خاطر باشد که افراد بی‌سواد و کم‌سواد به دلیل درآمد کم‌تر در استفاده از خدمات پزشکی خانواده که عمدتاً رایگان می‌باشد، تمایل بیش‌تری دارند. Saxena و همکاران در گجرات هندوستان نشان دادند که زنان متعلق به خانواده‌های مرفه، ساکن شهر و با سواد بیش از پنج کلاس استفاده بیش‌تری از خدمات بهداشتی دوران بارداری داشتند [۱۶] که با مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد. یکی از دلایلی که باعث این تفاوت شده ممکن است دسترسی به خدمات بارداری در گجرات هندوستان وابسته به بضاعت مالی مردم باشد که معمولاً خانواده‌های مرفه، ساکن شهر و با سواد توانایی مالی بیش‌تری دارند.

در این مطالعه خانوارهای کم‌جمعیت‌تر و شاغلین مراجعه بیش‌تری نسبت به خانوارهای با جمعیت بیش‌تر و افراد غیر شاغل داشتند. در مطالعه Agunwa و همکاران که در جنوب شرقی نیجریه انجام شد تأیید نمودند که تعداد فرزندان، شغل زن و شوهر در افزایش بهره‌مندی از خدمات دوران بارداری تاثیر مثبت دارد [۱۷]. در مطالعه Ngendo و همکار هم خانوارهای کم‌جمعیت به طور معنی‌داری بیش‌تر از خدمات سلامت استفاده می‌کردند [۱۸].

این پژوهش نشان داد افرادی که اعضای خانوارشان مبتلا به بیماری بسته خدمت نبودند بیش از ۳۰ درصد شانس کم‌تری برای مراجعه بیش از ۲ بار خدمت در سال داشتند. Saurina و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی جمعیت مهاجر منطقه جیرونا ایسپانیا انجام دادند گزارش گردید که متغیرهایی مثل بیماری‌های مزمن، تجویز دارو و سن بین ۴۵-۵۰ در دریافت خدمات اولیه بهداشتی رابطه معنی‌دار داشت [۱۹].

مطالعه حاضر نشان داد افرادی که از برنامه پزشک خانواده شناخت کافی نداشتند بیش از ۵۰ درصد شانس کم‌تری برای مراجعه بیش از ۲ بار خدمت در سال را داشتند. یافته فوق این نظریه را تقویت می‌کند که افرادی که از یک برنامه شناخت لازم را داشته باشند، ضمن استفاده کافی از خدمات آن برنامه، انگیزه لازم را برای پیشنهاد به دیگر بیماران، بستگان و آشنایان خواهند داشت [۲۰، ۲۱].

از مهم‌ترین محدودیت‌های مطالعه حاضر، جمع‌آوری داده‌ها به صورت خود گزارش‌دهی بود که احتمالاً ممکن است سوگیری ناشی از یادآوری را باعث شود. از محدودیت‌های دیگر مطالعه

outpatient health services and importance of health insurance. Shiraz Med J August 2017; 18: e57570 (Persian).

[16] Saxena D, Vangani R, Mavalankar DV, Thomsen S. Inequity in maternal health care service utilization in gujarat: analyses of district-level health survey data. Glob Health Action 2013; 6: 1654-9880.

[17] Agunwa CC, Obi IE, Ndu AC, Omotowo IB, Idoko CA, Umeobieri AK, et al. Determinants of patterns of maternal and child health service utilization in a rural community in south eastern Nigeria. BMC Health Serv Res 2017; 17: 715.

[18] Ngendo Mwami M, Odhiambo Oleche M. Determinants of utilization of health care services in Kenya. Int J Acad Res Busines Soc Sci 2017; 7: 132-156.

[19] Saurina C, Vall-Llosera L, Saez M. Factors determining access to and use of primary health care services in the Girona HealthRegion (Spain). Eur J Health Econ 2012; 13: 419-427.

[20] Liang W, Burner CB, Rowland JH, Mcropot NJ, Eggert H, Hwang YT, et al. Communication between physicians and older women with localized breast cancer: implications for treatment and patient satisfaction. J Clin Oncol 2002; 20: 1008-1016.

[21] Butow PN, Dowestt S, Hagerty R, Tattersall MH. Communicating prognosis to patients with metastatic disease: what do they really want to know? Support Care Cancer 2002; 10: 161-168.

system situation in family physician program in northern provinces of Iran: 2012-2013. J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 23: 27-35. (Persian).

[9] Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir MJ. Evaluation of the urban family physician and referral system program in Fars and Mazandran provinces: history, achievements, challenges and solutions. J School Public Health Institut Public Health Res 2016; 14: 17-38. (Persian).

[10] Ali Akbari Saba R, Safakish M. Utilization of health services in the Iran. J Statistics 2015; 16: 9-14. (Persian).

[11] Motlagh ME, Torkestani F, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Radpooyan L, Assessment of prenatal and postnatalcare in the first level of network system of Iran: 2015. Esfahan Padideh Gooya 2016. (Persian).

[12] Nooraiee Motlagh S, Saber Mahani A, Barooni M, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR, Hadian M. Determining Factors related to health services utilization. RJMS 2015; 21: 61-72. (Persian).

[13] Ebadi Fard Azar F, Rezapour A, Abbasi Broujeni P, safari H, Moeeni Naeeni M. Utilization of health care services in the state of Isfahan. Jhosp 2011; 10: 23-32. (Persian).

[14] Nasrollahpour Shirvani SD, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, keshavarzi A, Kouros F. Experience of implementation of urban family physician program in Iran. 1st ed. Tehran Health Insurance Organiz Iran 2017. (Persian).

[15] Lotfi F, Nouraei Motlagh S, Mahdavi G, Keshavarz K, Hadian M, Abolghasem Gorji H. Factors affecting the utilization of

Effective factors on the utilization of health population covered by the urban family physician program in Iran

Mohammad Javad Kabir (Ph.D)¹, Hasan Ashrafian Amiri (M.D)², Seyed Mozafar Rabiee (M.D)², Kourosh Farzin (M.D)³, Zahra Hassanzadeh-Rostami (Ph.D Student)⁴, Seiyed Davoud Nasrollahpour Shirvani (Ph.D)^{*2}, Bita Sanghestani (M.D)³

1 - Health Management & Social Determinants Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, I.R. Iran.

2 - Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, I.R. Iran

3- Health Insurance Organization of Iran, Tehran, I.R. Iran

4- Dept. of Community Nutrition, School of Nutrition and Food Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, I.R. Iran

* Corresponding author. +98 9112165468 dnshirvani@gmail.com

Received: 21 May 2018; Accepted: 19 Aug 2019

Introduction: The urban family physician program for increase the utilization of health services has been implemented in Fars and Mazandaran provinces since 2012. In this way, this study aimed to determine the benefit level for population covered by the urban family physician program in Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted in 2017. Participants on the households covered by the urban family physician program; were selected by random cluster sampling. The data collection tool was a researcher-made questionnaire consisting of 2 parts: individual variables and benefit level of health services with 33 open and closed questions; its validity and reliability were confirmed.

Results: Among 1768 households with a population of 5628 people, 5521(98.1%) had one type of basic insurance. 0.31% of the people who had supplementary insurance. The average time between the home and the work place for the family physician was 18.6 ± 18.9 minutes on foot and 5.7 ± 5.1 by car. Correspondingly, 75.8% of those who had basic insurance were visited at least once by their family physician. The average family physician visits for participants over 15 years old was 5.14 times per year. Factors such as health records, household size, supplementary insurance, illness, education, occupation, physician replacement, availability time, and familiarity with the Family Physician Program were effective in terms of coverage of the affected population with a meaningful level ($P < 0.05$).

Conclusion: This study showed that all covered individuals did not benefit from the urban family physician program, and a number of individual factors influenced the benefit of the urban family physician program.

Keywords: Utilization, Utilization of Health, Health Services, Family Physician, Urban Family Physician.