

Drivers of Effective Implementation of the Family Physician and Referral System Policy

Elahe Mirinejad¹, Noor Mohammad Yaqoubi^{1*}, Aleme Keikha²

¹ Department of Management, Faculty of Economics and Administrative Affairs, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

² Department of Entrepreneurship, Faculty of Economics and Administrative Affairs, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:
Original Article

Article History:
Received: 15 May 2025
Revised: 3 Jul 2025
Accepted: 14 Sep 2025
ePublished: 17 Sep 2025

Keywords:
Driving Forces,
Family Physician,
Referral System,
Health System

Abstract

Background. One of the significant challenges facing the healthcare system in Iran is enhancing the efficiency of medical services and ensuring equity in access to care. The Family Physician Program and the Referral System are pivotal health policies within this context. This study aims to identify the key factors that drive the successful implementation of the Family Physician Program and the Referral System in Sistan and Baluchestan Province.

Methods. This applied study employed an exploratory mixed-methods design. The qualitative phase included 15 participants, such as university health administrators, family physicians, health policy experts, and faculty members, all with at least five years of managerial experience. In the quantitative phase, the population comprised all individuals who used services through the Family Physician Program and the Referral System. A sample of 384 respondents was determined using Morgan's table. Data collection involved field and documentary methods. Semi-structured interviews were applied in the qualitative phase, while questionnaires were employed in the quantitative phase. Data were analyzed using the Delphi technique for the qualitative section and descriptive and inferential statistics for the quantitative section. The study was carried out in 2024.

Results. The results revealed that several driving forces- including the training and empowerment of family physicians and healthcare teams, public awareness and cultural sensitization, the provision of sustainable financial resources, and the establishment of adequate technical and informational infrastructure- are critical to the effective implementation of the Family Physician Program and the Referral System.

Conclusion. The proposed model demonstrates strong reliability in explaining the interrelationships among variables and highlights the adequacy of policy implementation quality in the Family Physician Program and the Referral System.

Mirinejad E, Yaqoubi NM, Keikha A. Drivers of Effective Implementation of the Family Physician and Referral System Policy. *Depiction of Health*. 2025; 16(3): xxx-xxx. doi: 10.34172/doh.2025.19. (Persian)

* Corresponding author; Noor Mohammad Yaqoubi, E-mail: noormohammad@gmail.com



Extended Abstract

Background

The Family Physician and Referral System policy is a critical component of national healthcare reform, aiming to ensure equitable access, enhance service quality, and rationalize expenditures. Despite its vital objectives, this policy faces significant structural, operational, financial, and cultural challenges across various provinces. Sistan and Baluchestan Province, with its unique geographical, economic, and socio-cultural complexities, presents a particularly challenging context for effective policy implementation. This region consistently lags behind national health indicators, struggling with limited access to health centers, human resource shortages, and underdeveloped infrastructure. This study aims to systematically identify and empirically validate the key drivers for effective policy implementation within this complex provincial context, providing empirically grounded insights to guide strategic interventions and reduce health disparities.

Methods

This study employed a pragmatic mixed-methods exploratory design, integrating qualitative and quantitative methodologies. The research is applied, focusing on practical implications for policy implementation.

Qualitative Phase: Semi-structured interviews were conducted with 15 purposively sampled experts from the provincial health system and medical universities, each with a minimum of five years of relevant managerial or specialized experience. Qualitative data were rigorously analyzed using an iterative Delphi method to achieve robust consensus on critical implementation drivers. Components achieving at least 70% consensus were retained, leading to the conceptualization of five primary dimensions.

Quantitative Phase: Following qualitative insights, the quantitative phase targeted 384 beneficiaries of the Family Physician and Referral System in Sistan and Baluchestan Province. The sample size was determined using the Krejcie and Morgan table (1970). Data were collected via a meticulously designed 32-item Likert-scale questionnaire. Simple random sampling ensured sample representativeness.

Data Collection Tools and Validation: The questionnaire underwent rigorous validation, including face and content validity assessments through expert reviews. Lawshe's Content Validity Ratio (CVR) confirmed content validity. Reliability was established through Cronbach's alpha and Composite Reliability (CR), with all values exceeding 0.7. Construct validity was assessed through confirmatory factor analysis, with

factor loadings, Average Variance Extracted (AVE), and the Fornell-Larcker criterion confirming standard ranges.

Analysis Techniques: Qualitative data were analyzed using thematic content analysis and Delphi rounds. Quantitative data were subjected to descriptive and inferential statistical analysis using Smart PLS 3. Structural Equation Modeling (SEM) based on the Partial Least Squares (PLS) approach was employed to assess hypothesized relationships. Key statistical metrics included t-values, R-squared (R²), and the Stone-Geisser Q² criterion to evaluate model fit and robustness.

Results

The study successfully identified and validated several critical drivers, demonstrating strong expert consensus and significant statistical influence on effective policy implementation:

Training and Empowerment of Healthcare Providers: Continuous and updated training programs for family physicians and healthcare teams are paramount. Such training achieves robust expert consensus (Kendall's coefficient of 0.857), enhances technical competencies and improves interpersonal communication and cultural sensitivity.

Public Awareness and Cultural Adaptation: Initiatives disseminating information about the referral system's benefits significantly impacted community acceptance and utilization. Tailored public campaigns fostered positive engagement, increasing primary healthcare service utilization.

Infrastructure Development: Establishing resilient technical and informational infrastructures, including comprehensive electronic health records (EHR) and integrated communication networks, was a cornerstone for operational efficiency and seamless service delivery. High R² values (0.781) underscored its profound influence.

Financial Sustainability: Consistent availability of stable and adequate financial resources emerged as a pivotal determinant for long-term policy viability and scalability. This was robustly supported by high statistical significance ($P < 0.001$) across multiple indicators.

Inter-Organizational Coordination: Effective and synergistic collaboration among governmental and non-governmental entities was a crucial driver, particularly in resource-constrained environments. Enhanced coordination reduces redundancies, optimizes resource allocation, and ensures coherent service delivery.

Model Validation: The proposed structural model demonstrated exceptional statistical fit and predictive power. The Goodness-of-Fit Index (GOF) was 0.669, indicating strong overall model fit. All individual t-values for latent constructs exceeded 1.96, confirming

robust reliability and validity. The Stone-Geisser Q2 value of 0.504 further corroborated the model's substantial predictive relevance.

Conclusion

This research clearly highlights the need for a comprehensive, multi-faceted, and context-aware approach to implementing the Family Physician and Referral System policy in Sistan and Baluchestan Province. The study offers strong empirical evidence stressing the importance of integrating strategic initiatives across key areas: policy actions (training, public awareness), infrastructure development (EHR, telemedicine, facilities), financial models (sustainable funding), and collaboration frameworks (inter-sectoral partnerships). By effectively addressing these validated critical factors, policymakers and healthcare administrators can greatly improve health outcomes, reduce health disparities, and increase community

satisfaction and trust. Future research should examine the long-term effects, scalability, and cost-effectiveness of these interventions in similar resource-limited settings. This study provides a foundational guide for creating adaptive policies that respond to the unique challenges of regions like Sistan and Baluchestan, supporting sustainable health system improvements and health equity.

Practical Implications of Research

The findings provide policymakers with actionable strategies for strengthening the Family Physician and Referral System. Prioritizing capacity building, public engagement, financial stability, and infrastructural development can improve patient satisfaction and system efficiency. Moreover, the validated drivers can be adapted to similar underserved regions, contributing to broader health equity.

پیشران‌های اجرای اثربخش خط مشی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع

الهه میری نژاد^۱ ID، نورمحمد یعقوبی^{۱*} ID، عالمه کیخا^۲ ID

^۱ گروه مدیریت، دانشکده اقتصاد و امور اداری، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

^۲ گروه کارآفرینی، دانشکده اقتصاد و امور اداری، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۲۵

اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۰۴/۱۲

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۲۳

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۶/۲۶

کلیدواژه‌ها:

پیشران،
پزشک خانواده،
نظام ارجاع،
نظام سلامت

زمینه. یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام سلامت در ایران، ارتقای کارآمدی خدمات درمانی و ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات است؛ در این میان، طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع به‌عنوان یکی از سیاست‌های کلیدی نظام سلامت نقش بسزایی ایفا می‌کند. هدف از انجام این پژوهش، شناسایی پیشران‌های اجرای اثربخش خط‌مشی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در استان سیستان و بلوچستان است.

روش کار. این تحقیق از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر اجرا، آمیخته اکتشافی می‌باشد. جامعه آماری در بخش کیفی شامل ۱۵ نفر از مدیران دانشگاه‌های علوم پزشکی، پزشکان خانواده، کارشناسان حوزه سیاست‌گذاری سلامت و اعضای هیئت علمی مرتبط با حداقل ۵ سال سابقه مدیریتی؛ و در بخش کمی، شامل تمام افرادی بود که از خدمات طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع استفاده می‌کردند که نمونه‌ای متشکل از ۳۸۴ نفر بر اساس جدول مورگان تعیین گردید. گردآوری اطلاعات، از طریق مطالعات میدانی و کتابخانه‌ای بود. در بخش کیفی از مصاحبه‌های نیم‌ساختاریافته و در بخش کمی از پرسش‌نامه استفاده شد. داده‌ها در بخش کیفی با روش تحلیل دلفی و در بخش کمی با آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. این مطالعه در سال ۱۴۰۳ اجرا گردید.

یافته‌ها. نتایج نشان می‌دهد که پیشران‌های شناسایی‌شده از جمله آموزش و توانمندسازی پزشکان خانواده و تیم سلامت، فرهنگ‌سازی و آگاهی‌بخشی به مردم، تأمین منابع مالی پایدار برای اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع، و ایجاد زیرساخت‌های فنی و اطلاعاتی مناسب برای پیاده‌سازی نظام ارجاع نقش کلیدی در اجرای اثربخش خط‌مشی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع دارند.

نتیجه‌گیری. مدل ارائه شده قابلیت اطمینان بالایی برای تبیین روابط بین متغیرها دارد و نشان‌دهنده کیفیت مناسب اجرای خط‌مشی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع است.

مقدمه

اجرای این طرح، هنوز چالش‌های ساختاری، اجرایی، مالی و فرهنگی متعددی بر سر راه تحقق کامل اهداف آن در بسیاری از استان‌های کشور وجود دارد.^۲

استان سیستان و بلوچستان به دلیل ویژگی‌های جغرافیایی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی خاص، همواره یکی از چالش‌برانگیزترین مناطق در اجرای طرح‌های کلان سلامت از جمله پزشک خانواده و نظام ارجاع بوده است. این استان با پراکندگی شدید جمعیتی، نرخ بالای فقر، سواد پایین، ناامنی‌های مرزی، و ترکیب متنوع قومی و مذهبی، از شاخص‌های توسعه سلامت عقب‌تر از میانگین

نظام سلامت ایران در دهه‌های اخیر همواره در پی طراحی و اجرای سازوکارهایی بوده که بتواند سطح دسترسی عادلانه، اثربخش و پایدار به خدمات بهداشتی و درمانی را برای تمامی آحاد جامعه تضمین کند. در این میان، طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع، که از اوایل دهه ۱۳۸۰ به‌عنوان راهبرد اصلی در جهت استقرار عدالت در سلامت معرفی شد، با اهدافی چون کاهش هزینه‌های نظام سلامت، هدایت منطقی بیماران در سطوح مختلف خدمات، و تمرکز بر پیشگیری و مراقبت‌های اولیه سلامت تدوین شد.^۱ با وجود گذشت نزدیک به دو دهه از شروع

* پدیدآور رابط: نورمحمد یعقوبی، آدرس ایمیل: noormohammad@gmail.com

کشوری قرار دارد.^۳ دسترسی فیزیکی پایین به مراکز بهداشتی، کمبود شدید نیروی انسانی، و ضعف زیرساخت‌های فنی و ارتباطی، اجرای دقیق این برنامه را با موانع پیچیده مواجه کرده است.^۴

در سطوح مختلف ارائه خدمات سلامت، وجود گسست عملکردی بین ارائه‌دهندگان خدمات اولیه (مراکز سلامت و پزشکان خانواده) و ارائه‌دهندگان خدمات تخصصی، مانعی جدی بر سر راه اثربخشی نظام ارجاع محسوب می‌شود.^۵ در عمل، بسیاری از بیماران بدون رعایت سطوح ارجاع، مستقیماً به پزشکان متخصص مراجعه می‌کنند و نظام ارجاع به‌عنوان یک مسیر منطقی درمان عملاً ناکارآمد جلوه می‌کند.^۶ از سوی دیگر، نبود زیرساخت اطلاعاتی منسجم و پرونده الکترونیک سلامت جامع در مناطق دورافتاده استان، امکان پیگیری فرآیند مراقبت و ارزیابی کیفیت خدمات را به‌شدت محدود کرده است.^۷

یکی از چالش‌های مهم دیگر، ضعف آگاهی و مشارکت مردم در فرآیند اجرای برنامه است. میزان شناخت عمومی از طرح پزشک خانواده، فرآیندهای ارجاع، نقش سطوح مختلف خدمات و اهمیت مراقبت‌های اولیه در بسیاری از مناطق استان پایین گزارش شده است.^۸ در برخی موارد، بی‌اعتمادی عمومی نسبت به عملکرد پزشکان خانواده و مراکز سلامت منجر به مقاومت اجتماعی در برابر استفاده از مسیرهای رسمی نظام سلامت شده است.^۹ این مسئله در کنار نبود برنامه‌های فرهنگی مؤثر برای جلب مشارکت محلی، فاصله میان سیاست‌گذاران و مردم را افزایش داده است.^{۱۰}

از طرفی، کمبود نیروی انسانی متخصص و عمومی در استان سیستان و بلوچستان، به‌ویژه در مناطق روستایی و صعب‌العبور، باعث شده بار کاری پزشکان موجود بسیار بالا بوده و کیفیت ارائه خدمات تحت تأثیر قرار گیرد.^{۱۱} آمارها نشان می‌دهد که نرخ ماندگاری پزشکان در این استان نسبت به سایر استان‌های کشور پایین‌تر است و این پدیده، پایداری خدمات سلامت را مختل کرده است.^{۱۲} نبود مشوق‌های کافی، شرایط زندگی سخت، و تفاوت فرهنگی میان کارکنان غیربومی و مردم محلی از دلایل اصلی این وضعیت شناخته شده‌اند.^{۱۳} همچنین یکی از خلأهای مهم در اجرای طرح، ضعف در تدوین و به‌کارگیری نظام‌های ارزیابی عملکرد و نظارت اثربخش بر فرآیند ارجاع و خدمات پزشک خانواده در این استان است. نبود

شاخص‌های بومی‌شده برای ارزیابی عملکرد، عدم تحلیل داده‌های سلامت برای تصمیم‌گیری محلی، و بی‌توجهی به سازوکارهای بازخوردگیری منجر به تکرار خطاها و ناکارآمدی برنامه شده است.^{۱۴} این در حالی است که در بسیاری از کشورها، استقرار نظام پایش مستمر یکی از پیش‌نیازهای موفقیت چنین طرح‌هایی تلقی می‌شود.^{۱۵}

در بعد سیاست‌گذاری، نبود انسجام میان نهادهای مرتبط با سلامت از جمله دانشگاه علوم پزشکی، بیمه‌ها، نهادهای محلی، و وزارت بهداشت نیز به عدم هماهنگی در اجرای خط‌مشی پزشک خانواده منجر شده است.^{۱۶} در بسیاری از مناطق استان، تصمیم‌گیری‌های موازی، اجرای غیرمنسجم، و نبود پاسخگویی نهادی موجب شده اجرای برنامه از حالت ملی و منسجم خارج شود و به شیوه‌ای پراکنده، سلیقه‌ای و غیرپایدار پیش رود.^{۱۷}

از سوی دیگر، مطالعات تطبیقی با استان‌های پیشرو مانند فارس و مازندران نشان می‌دهد که موفقیت نسبی اجرای برنامه در آن‌ها ناشی از تلفیق مناسب سیاست‌گذاری، منابع مالی، آموزش کارکنان، و اعتمادسازی عمومی بوده است.^{۱۸} در سیستان و بلوچستان، اغلب این مؤلفه‌ها در سطح مطلوب قرار ندارند و ضعف تعامل افقی میان سطوح خدمات و تعامل عمودی میان مردم و نظام سلامت، شرایط را پیچیده‌تر کرده است.^{۱۹}

با توجه به شرایط خاص استان، بومی‌سازی راهبردها و متناسب‌سازی الگوهای اجرا با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی موجود، امری اجتناب‌ناپذیر تلقی می‌شود. اجرای صرف الگوهای متمرکز کشوری بدون انعطاف‌پذیری لازم در سطوح محلی، موجب عدم تحقق اهداف عدالت سلامت و اتلاف منابع شده است.^{۲۰} این در حالی است که بر اساس اسناد بالادستی، محوریت عدالت، مشارکت اجتماعی، پاسخگویی و پایداری خدمات، از اصول اصلی اجرای برنامه پزشک خانواده عنوان شده‌اند.^۱ اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در این استان می‌تواند نقش مهمی در بهبود دسترسی مردم به خدمات سلامت و ارتقای شاخص‌های بهداشتی ایفا کند. با این حال، موانع متعددی مانند کمبود زیرساخت‌های بهداشتی، پراکندگی جمعیت، محدودیت‌های فرهنگی و اجتماعی، و کمبود نیروی انسانی متخصص، اجرای اثربخش این طرح را با چالش مواجه کرده است. شناسایی و تقویت پیشران‌های اجرای موفق این خط‌مشی می‌تواند راهگشای حل مشکلات موجود و

بهبود وضعیت سلامت در این منطقه باشد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤالات می باشد که پیشران های اجرای اثربخش سیاست پزشک خانواده و نظام ارجاع کدامند؟ و اولویت بندی آنها چگونه است؟

روش کار

این پژوهش با رویکردی آمیخته، ترکیبی از روش های کیفی و کمی از نوع اکتشافی و به منظور شناسایی عوامل مؤثر بر اجرای اثربخش طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در استان سیستان و بلوچستان در سال ۱۴۰۳ انجام گرفت. از نظر هدف، پژوهش کاربردی بوده و از لحاظ روش اجرا، مبتنی بر تلفیق تحلیل محتوای کیفی و مدل سازی کمی است. در گام نخست، با مرور ادبیات نظری و پیشینه پژوهش و همچنین انجام مصاحبه های عمیق نیمه ساختاریافته با خبرگان حوزه سلامت، متغیرهای اولیه و ابعاد مفهومی مرتبط با اجرای موفق این طرح شناسایی شدند.^{۲۱، ۲۲} انتخاب خبرگان بر اساس روش نمونه گیری هدفمند و زنجیره ای صورت گرفت. مشارکت کنندگان شامل ۱۵ نفر از مدیران دانشگاه های علوم پزشکی، پزشکان خانواده، کارشناسان حوزه سیاست گذاری سلامت و اعضای هیئت علمی مرتبط بودند که دارای حداقل ۵ سال تجربه مدیریتی یا تخصصی در حوزه سلامت بودند. برای ایجاد اجماع نظری در مرحله کیفی، از تکنیک دلفی در دو مرحله استفاده شد. در دور نخست، داده های حاصل از مصاحبه ها دسته بندی و مؤلفه های کلیدی استخراج شدند. در دور دوم، این مؤلفه ها در قالب یک پرسش نامه اولیه بین همان خبرگان توزیع شد تا میزان توافق بر هر عامل سنجیده شود. مؤلفه هایی که حداقل ۷۰ درصد اجماع داشتند، به عنوان عوامل نهایی در طراحی ابزار کمی لحاظ شدند.^{۲۳} بر اساس نتایج این بخش، پنج بُعد اصلی به عنوان پیشران های اجرای موفق خط مشی در استان مورد نظر شناسایی شدند که پایه طراحی پرسش نامه ساختاریافته را شکل دادند. این پرسش نامه شامل ۳۲ گویه بود که با طیف لیکرت پنج درجه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم طراحی شد.^{۲۴، ۲۵} روایی صوری و محتوایی پرسش نامه از طریق نظرخواهی از ۸ نفر از استادان دانشگاه و مدیران ارشد تأیید شد. همچنین، شاخص CVR برای هر گویه محاسبه شد و همه گویه ها امتیازی بالاتر از مقدار بحرانی داشتند.^{۲۶} در مرحله

کمی، جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افرادی بود که در استان سیستان و بلوچستان از خدمات طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع استفاده کرده بودند. با استفاده از جدول کرجسی و مورگان، حجم نمونه برابر با ۳۸۴ نفر تعیین شد. نمونه گیری در این بخش به صورت تصادفی ساده انجام گرفت. داده ها با استفاده از پرسش نامه مذکور گردآوری شد. برای تحلیل داده های کمی، از نرم افزار SmartPLS 3 و روش مدل سازی معادلات ساختاری SEM بر مبنای حداقل مربعات جزئی PLS استفاده شد.^{۲۷} ابتدا، شاخص های پایایی ابزار نظیر آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی CR بررسی شد که تمامی مقادیر بالاتر از ۰/۷ به دست آمدند.^{۲۸} سپس، تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی روایی سازه انجام شد و مقادیر بار عاملی، AVE، و معیار فورنل-لارکر در محدوده استاندارد تأیید شدند.^{۲۹} ترکیب این دو رویکرد کیفی و کمی، پژوهشگر را قادر ساخت تا هم از عمق نظری تحلیل خبرگان برای شناسایی ابعاد اثرگذار بهره مند شود و هم با ابزار کمی تدوین شده، یافته ها را در سطح وسیع تری مورد سنجش و تعمیم قرار دهد. استفاده از روش آمیخته، به ویژه در حوزه تحلیل سیاست های سلامت که دارای ابعاد فرهنگی، ساختاری، اقتصادی و مدیریتی هستند، موجب افزایش اعتبار و کاربردی بودن نتایج شده است. این طراحی روش شناسی به گونه ای انجام شد که هم متناسب با شرایط بومی استان و هم مبتنی بر الگوهای علمی روز باشد.^{۲۱، ۲۲، ۲۹}

یافته ها

بر اساس منطق نظری و رویه معمول دلفی چون مقادیر کمی آماری و میزان شاخص های اجماع در دورهای چهارگانه دلفی افزایش یافته، نیازی به ادامه فرایند دلفی در دور پنجم نیست و با توجه به توافق حاصله، عملاً پانل های دلفی خاتمه یافته تلقی می گردد. برای درک بهتر نتایج مقایسه ای دورهای چهارگانه دلفی جدول ۱، شامل نتایج کلی شاخص های اجماع، ارائه گردیده که رشد پیوسته مقادیر نشان دهنده افزایش سطح اجماع است. به طور مثال، بر اساس جدول مقادیر ضریب همبستگی کندال در دور سوم برای تمامی عوامل بالاتر از میزان ۰/۷ می باشد که نشان دهنده اجماع قوی در بین خبرگان در خصوص مفاهیم و عوامل ارائه شده است.

جدول ۱. مقایسه نتایج شاخص‌های اجماع دوره‌های چهارگانه دلفی پیشران‌های اجرای اثربخش خط‌مشی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع

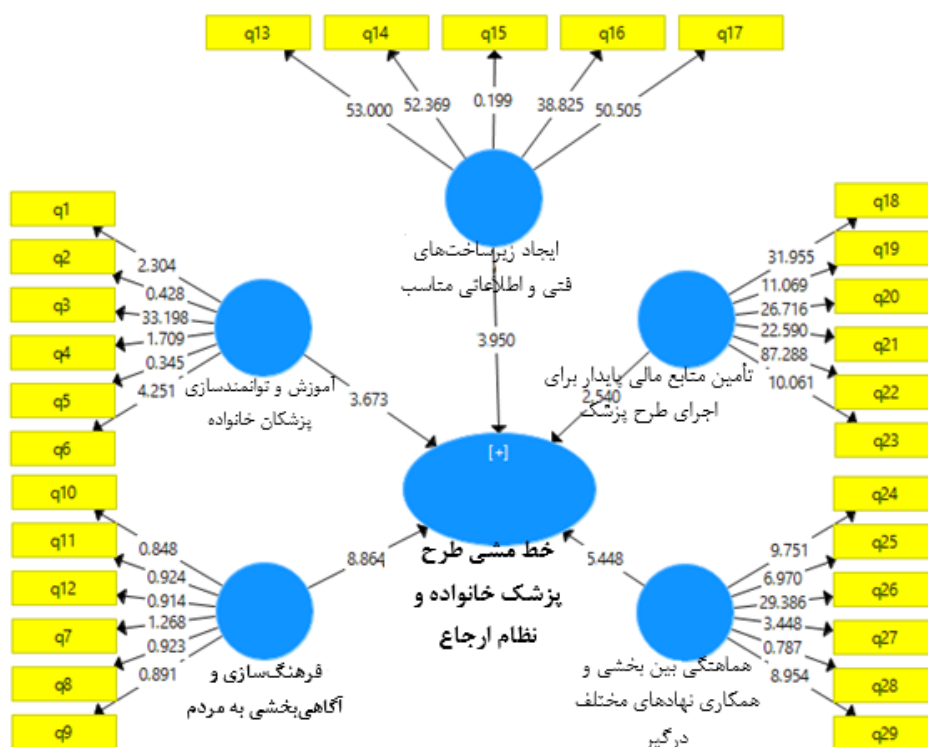
بعد	عامل	میزان ضریب هماهنگی کندال (W)								مقادیر آزمون فرض (سطح معناداری)			
		دور اول	دور دوم	دور سوم	دور چهارم	دور اول	دور دوم	دور سوم	دور چهارم	دور اول	دور دوم	دور سوم	دور چهارم
	آموزش و توانمندسازی پزشکان خانواده و تیم سلامت	۰/۲۵۰	۰/۵۳۶	۰/۸۴۱	۰/۸۵۷	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
اجرای اثربخش خط‌مشی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع	فرهنگ‌سازی و آگاهی‌بخشی به مردم	۰/۲۱۹	۰/۵۰۳	۰/۸۰۶	۰/۸۲۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	ایجاد زیرساخت‌های فنی و اطلاعاتی مناسب برای پیاده‌سازی نظام ارجاع	۰/۳۰۷	۰/۶۱۲	۰/۹۲۲	۰/۹۳۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	تأمین منابع مالی پایدار برای اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع	۰/۲۵۹	۰/۵۶۱	۰/۷۹۹	۰/۸۱۸	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	هماهنگی بین بخشی و همکاری نهادهای مختلف درگیر در نظام سلامت	۰/۱۸۳	۰/۴۷۲	۰/۷۶۵	۰/۷۶۹	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

برآزش مدل ساختاری

مقدار معناداری t: معناداری ارتباط میان سؤالات و

سازه موردنظر براساس مقدار ارزش t بررسی می‌شود که باید قدر مطلق این مقدار بیشتر از مقدار ۱/۹۶ باشد تا رابطه بین هر سؤال و سازه موردنظر معنادار باشد. شکل ۱، مقدار t-values را در حالت معناداری نشان می‌دهد.

برای بررسی برآزش مدل ساختاری با روش PLS از معیارهای t-values، ضریب تعیین (R^2) یا (R -Squared) و معیار استون-گیزر (Stone-Geisser Criterion) (Q^2) استفاده شد.

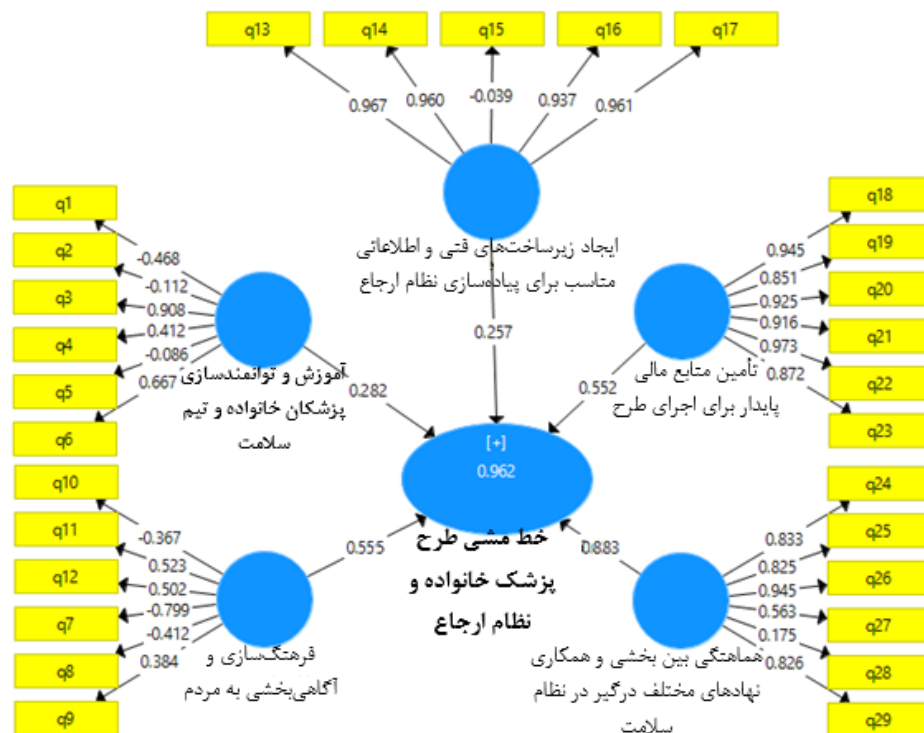


شکل ۱. ضرایب t-values در حالت معناداری

با توجه به شکل ۱، قدر مطلق ارزش t برای تمامی سؤالات بیشتر از مقدار ۱/۹۶ است؛ بنابراین می‌توان گفت، رابطه بین هر سؤال و سازه موردنظر معنادار است.

معیار ضریب تعیین (R-Squared) یا (R^2): این معیار برای متصل کردن بخش اندازه‌گیری و بخش ساختاری مدل‌سازی معادلات ساختاری به‌کار می‌رود و بیانگر تأثیر

یک متغیر برون‌زا بر یک متغیر درون‌زا است،^{۳۰،۴} که سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به‌عنوان ملاکی برای ضعیف، متوسط و قوی بودن مقدار R^2 می‌باشد که زیاد بودن مقدار آن نشان از برازش مناسب مدل دارد. در شکل ۲، ضرایب بار عاملی هر یک از سازه‌های مدل و مقدار ضریب تعیین نشان داده شده است.



شکل ۲. مقدار ضرایب بار عاملی و ضریب تعیین در حالت تخمین استاندارد

معیار استون-گیزر (Q^2): این معیار قدرت پیش‌بینی مدل را مشخص می‌سازد و مدل‌هایی که برازش بخش ساختاری قابل قبولی دارند، باید قابلیت پیش‌بینی شاخص‌های مربوط به سازه‌های درون‌زای مدل را داشته

باشند که سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ به ترتیب قدرت پیش‌بینی ضعیف، متوسط و قوی را مشخص می‌کنند. مقادیر R^2 و Q^2 در جدول ۲، نشان داده شده است.

جدول ۲. مقدار R^2 و Q^2 سازه‌های مدل

سازه	ضریب تعیین (R^2)	معیار استون-گیزر (Q^2)
اجرای اثربخش خط مشی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع	۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ $\geq$	۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ $\geq$
	۰/۷۸۱	۰/۵۷۴

با توجه به جدول ۲، مقدار R^2 برای سازه اجرای اثربخش خط‌مشی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع بیشتر از مقدار ۰/۶۷ است. همچنین، مقدار Q^2 نیز برای این

سازه بیشتر از مقدار ۰/۳۵ به‌دست آمد که نشان از قدرت پیش‌بینی قوی مدل در خصوص این سازه‌ها داشته و برازش مناسب مدل ساختاری را تأیید می‌کنند.

برازش کلی مدل

پس از بررسی بخش اندازه‌گیری و بخش ساختاری مدل، برازش کلی مدل از طریق معیار GOF انجام گرفت. این معیار از طریق فرمول ۱، محاسبه گردید. فرمول ۱.

$$GOF = \sqrt{(\text{communality}) \times (R^2)}$$

به‌طوری که (communality) نشان‌دهنده میانگین مقادیر اشتراکی هر سازه است و (R^2) نیز مقدار میانگین مقادیر R^2 سازه‌های درون‌زای مدل است. مقدار GOF مدل عبارت است از:

$$GOF = \sqrt{(\text{communality}) \times (R^2)} \\ = \sqrt{0.781 \times 0.574} = 0.669$$

مقدار معیار GOF برای مدل پژوهش برابر با ۰/۶۶۹ به‌دست آمد که این عدد با توجه به سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ به‌عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF، نشان از برازش کلی قوی مدل پژوهش دارد.

بحث

مدل پژوهش با مقادیر t-values بالاتر از ۱/۹۶، ضریب تعیین (R^2) برابر با ۰/۷۸۱ و شاخص نیکویی برازش (GOF) برابر با ۰/۶۶۹ از کیفیت و اعتبار بالایی برخوردار است. نتایج نشان می‌دهد که پیشران‌های شناسایی‌شده از جمله آموزش و توانمندسازی پزشکان خانواده و تیم سلامت، فرهنگ‌سازی و آگاهی‌بخشی به مردم، تأمین منابع مالی پایدار برای اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع، و ایجاد زیرساخت‌های فنی و اطلاعاتی مناسب برای پیاده‌سازی نظام ارجاع نقش کلیدی در اجرای اثربخش خط‌مشی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع دارند. این یافته‌ها با پژوهش‌های قبلی که بر اهمیت عوامل مختلف در موفقیت برنامه‌های سلامت تأکید کرده‌اند، همسو است. به‌عنوان مثال، غریبی و همکاران نیز به چالش‌های پیاده‌سازی مؤثر برنامه‌های مراقبت‌های اولیه سلامت در ایران اشاره کرده‌اند.^۱ همچنین، چالش‌های ساختاری، اجرایی، مالی و فرهنگی متعددی که از اوایل دهه ۱۳۸۰ بر سر راه تحقق کامل اهداف طرح در بسیاری از استان‌ها از جمله سیستان و بلوچستان وجود دارد، با این تحقیق گامی در جهت شناسایی پیشران‌های رفع آنها برداشته شده است.

در مورد استان سیستان و بلوچستان، که به دلیل ویژگی‌های جغرافیایی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی خاص، همواره یکی از چالش‌برانگیزترین مناطق در اجرای طرح‌های کلان سلامت بوده است، یافته‌های ما بر اهمیت بومی‌سازی راهبردها و متناسب‌سازی الگوهای اجرا با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی موجود تأکید دارد. این امر با نتایج مطالعه دیگری که بر بومی‌سازی استراتژی‌های ملی سلامت در مناطق محروم تأکید دارند، سازگار است.^{۲۲} دسترسی فیزیکی پایین به مراکز بهداشتی، کمبود شدید نیروی انسانی، و ضعف زیرساخت‌های فنی و ارتباطی، اجرای دقیق این برنامه را با موانع پیچیده مواجه کرده است. بنابراین، ایجاد زیرساخت‌های فنی و اطلاعاتی مناسب برای پیاده‌سازی نظام ارجاع از جمله راه‌اندازی سیستم پرونده الکترونیک سلامت و تجهیز مراکز به نرم‌افزارهای تخصصی، از جمله پیشران‌های حیاتی برای رفع این موانع است. این موضوع با یافته‌های مطالعه تسای (Tsai) و همکاران در مورد موانع استفاده از پرونده‌های الکترونیک سلامت همخوانی دارد.^۹

از سوی دیگر، وجود گسست عملکردی بین ارائه‌دهندگان خدمات اولیه (مراکز سلامت و پزشکان خانواده) و ارائه‌دهندگان خدمات تخصصی، مانعی جدی بر سر راه اثربخشی نظام ارجاع محسوب می‌شود. در عمل، بسیاری از بیماران بدون رعایت سطوح ارجاع، مستقیماً به پزشکان متخصص مراجعه می‌کنند و نظام ارجاع به‌عنوان یک مسیر منطقی درمان عملاً ناکارآمد جلوه می‌کند. این نتایج با یافته‌های مطالعه اسکندری و همکاران در خصوص موانع پیاده‌سازی سیستم ارجاع در جوامع روستایی ایران مطابقت دارد.^۶ پیشران هماهنگی بین‌بخشی و همکاری نهادهای مختلف درگیر در نظام سلامت، می‌تواند این گسست را کاهش دهد و به ایجاد یک شبکه ارتباطی یکپارچه بین سطوح مختلف ارائه خدمات کمک کند. این نتایج نشان می‌دهد که ناسازگاری نهادی و ضعف ساختاری در حکمرانی، از مهم‌ترین موانع اجرای موفق برنامه‌های ملی سلامت در ایران است. پژوهش خدایاری زرنق و همکاران نشان می‌دهد که کمبود آگاهی و مشارکت فعال مردم در فرآیندهای برنامه‌ریزی و اجرا، نیز کارآمدی سیاست‌ها را کاهش می‌دهد و ضرورت توجه به پیشران‌های فرهنگ‌سازی، آموزش و آگاهی‌بخشی عمومی را برجسته می‌سازد. این یافته‌ها تأکید می‌کند که بدون تقویت

ظرفیت‌های حکمرانی و ارتقای مشارکت اجتماعی، برنامه‌های سلامت ملی نمی‌توانند اهداف پیش‌بینی شده خود را به‌طور کامل محقق کنند.^۸ میزان شناخت عمومی از طرح پزشک خانواده و فرآیندهای ارجاع در بسیاری از مناطق استان پایین گزارش شده است. این امر ضرورت طراحی و اجرای کمپین‌های اطلاع‌رسانی و رسانه‌ای گسترده برای معرفی مزایای طرح و ارتقای آگاهی جامعه را تأیید می‌کند. پژوهش دهنوپه و همکاران نشان می‌دهد که چالش‌های اجرایی برنامه پزشک خانواده در شهرها، به‌ویژه در استان کرمان، عمدتاً ناشی از کمبود آگاهی و آمادگی عمومی است.^{۱۰} همچنین، یافته‌های لی و خان (Li & Khan) درباره اعتماد بیماران به پزشکان در چین تأکید می‌کند که سطح اعتماد عمومی به پزشکان نقش تعیین‌کننده‌ای در پذیرش و اثربخشی خدمات سلامت دارد.^{۱۱} این نتایج نشان می‌دهد که بی‌اعتمادی یا عدم آگاهی عمومی می‌تواند اجرای طرح پزشک خانواده را با مشکلات جدی مواجه کند و ضرورت اقدامات هدفمند برای افزایش مشارکت و اعتماد مردم را برجسته می‌سازد.

همچنین، کمبود نیروی انسانی متخصص و عمومی در استان سیستان و بلوچستان، به‌ویژه در مناطق روستایی و صعب‌العبور، باعث شده بار کاری پزشکان موجود بسیار بالا بوده و کیفیت ارائه خدمات تحت تأثیر قرار گیرد. این امر نقش پیشران آموزش و توانمندسازی پزشکان خانواده و تیم سلامت را دوچندان می‌کند. آمارها نشان می‌دهد که نرخ ماندگاری پزشکان در این استان نسبت به سایر استان‌های کشور پایین‌تر است و این پدیده، پایداری خدمات سلامت را مختل کرده است. نبود مشوق‌های کافی، شرایط زندگی سخت، و تفاوت فرهنگی میان کارکنان غیربومی و مردم محلی از دلایل اصلی این وضعیت شناخته شده‌اند. لذا، دوره‌های آموزشی مداوم و به‌روز می‌تواند به افزایش مهارت‌ها و انگیزه نیروی انسانی موجود کمک کند.

این یافته با یافته‌های مطالعه مالکی و همکاران در مورد چالش‌های تأمین و نگهداری منابع انسانی در برنامه پزشک خانواده همخوانی دارد.^{۱۳} علاوه بر این، نبود زیرساخت اطلاعاتی منسجم و پرونده الکترونیک سلامت جامع در مناطق دورافتاده استان و ضعف در تدوین و به‌کارگیری نظام‌های ارزیابی عملکرد و نظارت اثربخش بر فرآیند ارجاع و خدمات پزشک خانواده، اهمیت پیشران

«ایجاد زیرساخت‌های فنی و اطلاعاتی مناسب» را برجسته می‌کند. نبود شاخص‌های بومی‌شده برای ارزیابی عملکرد، عدم تحلیل داده‌های سلامت برای تصمیم‌گیری محلی، و بی‌توجهی به سازوکارهای بازخوردگیری منجر به تکرار خطاها و ناکارآمدی برنامه شده است، که این با مطالعات بردبار و همکاران در کشورهای مشابه همسو است.^{۱۹} به‌طور مشابه، در بسیاری از کشورها استقرار نظام پایش مستمر به عنوان پیش‌نیاز موفقیت چنین طرح‌هایی تلقی می‌شود، و نشان‌دهنده نیاز به سرمایه‌گذاری در فناوری اطلاعات و سیستم‌های نظارتی دقیق است.

در بعد سیاست‌گذاری، نبود انسجام میان نهادهای مرتبط با سلامت از جمله دانشگاه‌های علوم پزشکی، بیمه‌ها، نهادهای محلی، و وزارت بهداشت به عدم هماهنگی در اجرای خطمشی پزشک خانواده منجر شده است. تصمیم‌گیری‌های موازی، اجرای غیرمنسجم، و نبود پاسخگویی نهادی، اجرای برنامه را از حالت ملی و منسجم خارج کرده و به شیوه‌ای پراکنده، سلیقه‌ای و غیرپایدار پیش برده است. این یافته‌ها با مطالعات افکار و همکاران^۲ و محمدی‌بخش و همکاران^۴ همسو هستند که بر اهمیت انسجام نهادی و هماهنگی بین‌بخشی در موفقیت برنامه‌های سلامت تأکید دارند.

مطالعات تطبیقی با استان‌های پیشرو مانند فارس و مازندران نشان می‌دهد که موفقیت نسبی اجرای برنامه در آن‌ها ناشی از تلفیق مناسب سیاست‌گذاری، منابع مالی، آموزش کارکنان، و اعتمادسازی عمومی بوده است.^{۲۰} در سیستان و بلوچستان، اغلب این مؤلفه‌ها در سطح مطلوب قرار ندارند و ضعف تعامل افقی میان سطوح خدمات و تعامل عمودی میان مردم و نظام سلامت، شرایط را پیچیده‌تر کرده است. این یافته‌ها نشان‌دهنده عدم همسویی شرایط استان سیستان و بلوچستان با استان‌های موفق‌تر است. بنابراین، یافته‌های این پژوهش که بر اهمیت تأمین منابع مالی پایدار، آموزش و توانمندسازی فرهنگ‌سازی و ایجاد زیرساخت‌ها تأکید دارد، با تجارب موفق همسو است و پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران و مجریان طرح، این یافته‌ها را در برنامه‌ریزی‌های آتی مد نظر قرار دهند. این رویکرد جامع و چندبعدی، که به‌طور همزمان ابعاد زیرساخت‌ها، نیروی انسانی، فرهنگ‌سازی و سیستم‌های مدیریتی را پوشش می‌دهد، می‌تواند به بهبود

کیفیت و دسترسی به خدمات سلامت در این منطقه محروم کشور کمک کند.

نتیجه گیری

به طور خلاصه، این پژوهش به وضوح نشان می دهد که پیشران های شناسایی شده از جمله آموزش و توانمندسازی پزشکان خانواده، فرهنگ سازی، تأمین منابع مالی پایدار، و ایجاد زیرساخت های مناسب، نقش کلیدی در اجرای اثربخش خط مشی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع دارند. با توجه به اهمیت این پیشران ها، لازم است که مدیران و تصمیم گیران نظام سلامت برنامه ریزی های لازم را برای تقویت این عوامل در دستور کار خود قرار دهند تا به نتایج مطلوبی در ارتقای سلامت جامعه دست یابند. علاوه بر این، مقایسه نتایج این پژوهش با تحقیقات پیشین نشان می دهد که برای اجرای اثربخش این طرح در استان سیستان و بلوچستان، توجه به عوامل شناسایی شده و تطبیق آنها با شرایط محلی و نیازهای جامعه ضروری است. این همسویی با تحقیقات پیشین، ضرورت یکپارچگی و هماهنگی در اقدامات سیاست گذاری و اجرایی را بیش از پیش نمایان می سازد.

در نهایت، این پژوهش نشان می دهد که موفقیت طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در استان سیستان و بلوچستان مستلزم یک رویکرد جامع و چند بعدی است. توجه همزمان به ابعاد مختلف از جمله زیرساخت ها، نیروی انسانی، فرهنگ سازی، و سیستم های مدیریتی ضروری است. همچنین، یافته های ما بر اهمیت انعطاف پذیری در اجرای طرح و تطبیق آن با شرایط خاص هر منطقه تأکید دارد. با توجه به نقش کلیدی این طرح در ارتقای سطح سلامت و کاهش نابرابری های بهداشتی در استان، پیشنهاد می شود که سیاست گذاران و مجریان طرح، یافته های این پژوهش را در برنامه ریزی های آتی مد نظر قرار دهند. این امر می تواند منجر به بهبود قابل توجه در کیفیت و دسترسی به خدمات سلامت در این منطقه محروم کشور شود. بنابراین جهت دستیابی به نتایج مطلوب تر، انجام اقدامات ذیل پیشنهاد می گردد:

- طراحی و اجرای دوره های آموزشی مداوم و به روز برای پزشکان خانواده و تیم سلامت.
- طراحی و اجرای کمپین های رسانه ای گسترده برای معرفی مزایای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع.

- راه اندازی سیستم پرونده الکترونیک سلامت با قابلیت دسترسی در تمام سطوح ارائه خدمات.
- تجهیز مراکز به نرم افزارهای تخصصی و ایجاد شبکه ارتباطی یکپارچه بین سطوح مختلف ارائه خدمات.
- ایجاد صندوق ویژه طرح با مشارکت دولت، بیمه ها و سایر ذینفعان.

پیامدهای عملی پژوهش

نتایج این پژوهش می تواند راهنمای تصمیم گیران نظام سلامت برای تقویت اجرای اثربخش طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع باشد. تمرکز بر آموزش، فرهنگ سازی، تأمین منابع مالی و زیرساخت ها موجب افزایش پذیرش و موفقیت طرح خواهد شد. به کارگیری این پیشران ها می تواند رضایت بیماران و کارایی خدمات بهداشتی را ارتقا دهد. همچنین، این نتایج قابلیت تعمیم به سایر مناطق مشابه را نیز دارد.

قدرتانی ها

بدین وسیله از همکاری و راهنمایی های ارزشمند استاد راهنما جناب آقای دکتر نورمحمد یعقوبی و استاد مشاور سرکار خانم دکتر عالمه کیخا که با حمایت های علمی و تخصصی خود نقش مؤثری در انجام این پژوهش داشتند، صمیمانه قدردانی می شود. همچنین از کلیه شرکت کنندگان در مطالعه و مسئولان حوزه سلامت استان سیستان و بلوچستان که در جمع آوری داده ها همکاری نمودند، سپاسگزاری می شود.

مشارکت پدیدآوران

الله میری نژاد در طراحی مطالعه، اجرای پژوهش، تحلیل داده ها، نگارش مقاله و تهیه نسخه اولیه دست نوشته؛ نورمحمد یعقوبی در هدایت علمی پژوهش، تأیید طرح پژوهش، تحلیل نتایج و ویرایش محتوایی مقاله؛ و عالمه کیخا در بهبود روش شناسی، تحلیل داده ها و بازنگری علمی مقاله همکاری داشته اند و تمامی مؤلفان نسخه نهایی مقاله را خوانده و تأیید کرده اند.

منابع مالی

این مقاله حمایت مالی ندارد.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش تمامی اصول اخلاق در پژوهش‌های علمی رعایت شده است. شرکت‌کنندگان با رضایت کامل و آگاهانه در مطالعه مشارکت نمودند و پیش از گردآوری داده‌ها، اهداف تحقیق، نحوه استفاده از اطلاعات و حق خروج در هر مرحله برای آن‌ها تشریح شد. محرمانگی اطلاعات شخصی و هویتی افراد شرکت‌کننده به‌صورت کامل تضمین شده و داده‌ها صرفاً برای اهداف پژوهشی

مورد استفاده قرار گرفته‌اند. این مطالعه دارای تأییدیه کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه سیستان و بلوچستان به شماره IR.USB.REC.1404.029 می‌باشد.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافی در انتشار این مقاله ندارند.

References

1. Gharibi F, Moshiri E, Tavani ME, Dalal K. Challenges of Implementing an Effective Primary Health Care Accreditation Program: a qualitative study in Iran. *BMC Prim Care*. 2023; 24(1): 1-13. doi:10.1186/s12875-023-02232-0
2. Afkar M, Rezanejad Asl P, Mahdavi Hezaveh A, Akrami F, Riazi-Isfahani S, Peykari N, et al. The Effect of the COVID-19 Pandemic on Non-Communicable Disease Prevention and Management Services in the Primary Health Care System of Iran. *Med J Islam Repub Iran*. 2022; 36: 1-9. doi:10.47176/mjiri.36.174
3. Ministry of Health and Medical Education. Guideline for the Family Physician Program and Referral System. Tehran: Primary Health Care Office, Deputy of Health; 2023. <https://health.sbmu.ac.ir/uploads/22/2024/Apr/07/Family%20Medicine%20-%20Book%20.pdf>
4. Mohammadibakhsh R, Aryankhesal A, Sohrabi R, Alihosseini S, Behzadifar M. Implementation challenges of family physician program: A systematic review on global evidence. *Med J Islam Repub Iran*. 2023; 37: 1-13. doi: 10.47176/mjiri.37.21
5. Karimzadeh M, Karimzadeh B. Evaluating Development level of Sistan and Baluchistan Province in Terms of Accessibility to Health Care Services. *Zanko Journal of Medical Sciences*. 2018; 19(62): 18-30. (Persian)
6. Eskandari M, Abbaszadeh A, Borhani F. Barriers of referral system to health care provision in rural societies in Iran. *J Caring Sci*. 2013; 2(3): 229-236. doi: 10.5681/jcs.2013.028
7. Bordbar N, Shojaei P, Kavosi Z, Joulaei H, Ravangard R, Bastani P. Comparison of Health Status Indicators in Iran with the Eastern Mediterranean Countries using Multiple Attribute Decision-Making Methods. *Iran J Med Sci*. 2022; 47(6): 566-576. doi: 10.30476/IJMS.2021.91454.2261
8. Heidarzadeh A, Hedayati B, Alvandi M, Rezaei M, Farrokhi B, Dadgaran I, et al. Referral System Challenges of the Family Physician Program in Iran: A Systematic Review. *Med J Islam Repub Iran*. 2023; 37: 1-11. doi: 10.47176/mjiri.37.49
9. Tsai CH, Eghdam A, Davoody N, Wright G, Flowerday S, Koch S. Effects of Electronic Health Record Implementation and Barriers to Adoption and Use: A Scoping Review and Qualitative Analysis of the Content. *Life (Basel)*. 2020; 10(12): 1-27. doi: 10.3390/life10120327
10. Dehnavieh R, Kalantari AR, Jafari Sirizi M. Urban family physician plan in Iran: challenges of implementation in Kerman. *Med J Islam Repub Iran*. 2015; 29: 1-9.
11. Li C, Khan MM. Public trust in physicians: empirical analysis of patient-related factors affecting trust in physicians in China. *BMC Prim Care*. 2022; 23(1): 1-13. doi: 10.1186/s12875-022-01832-6
12. Saei MH, Valadi S, Karimi K, Khammarnia M. The role of mass media communication in public health: The impact of Islamic Republic of Iran broadcasting health channel on health literacy and health behaviors. *Med J Islam Repub Iran*. 2021; 35: 1-5. doi: 10.47176/mjiri.35.54
13. Maleki M, Dastranj E, Shokri F. G-backward stochastic differential equations with random terminal times. *International Conference on Research in Engineering, Science and Technology*. 2015; 1-5.
14. Shi L. The impact of primary care: a focused review. *Scientifica (Cairo)*. 2012; 2012: 432892. doi: 10.6064/2012/432892
15. Kalroozi F, Mohammadi N, Farahani MA, Aski BH, Anari AM. A critical analysis of Iran health system reform plan. *J Educ Health Promot*. 2020; 9: 1-6. doi: 10.4103/jehp.jehp_493_20
16. Khan SJ, Asif M, Aslam S, Khan WJ, Hamza SA. Pakistan's Healthcare System: A Review of Major Challenges and the First Comprehensive Universal Health Coverage Initiative. *Cureus*. 2023; 15(9): 1-4. doi: 10.7759/cureus.44641

17. Pasarín MI, Rodríguez-Sanz M, Berra S, Borrell C, Rocha KB. A Decade of Monitoring Primary Healthcare Experiences through the Lens of Inequality. *Healthcare (Basel)*. 2024; 12(18): 1-12. doi: 10.3390/healthcare12181833
18. Khodayari-Zarnaq R, Mobasser K, Ghasemyani S, Sadeghi-Ghyassi F, Naghshi M, Kabiri N. Challenges and Weaknesses of Leadership and Governance-related Health Policies in Iran: A Systematic Review. *Arch Iran Med*. 2024; 27(9): 508-521. doi: 10.34172/aim.28907
19. Bordbar N, Shojaei P, Ravangard R, Bastani P, Joulaei H, Kavosi Z. Evaluation of the World Countries Health Referral System Performance Based on World Health Organization Indicators Using Hybrid Multi-Criteria Decision-Making Model. *Value Health Reg Issues*. 2022; 28: 19-28. doi: 10.1016/j.vhri.2021.06.006
20. Kabir MJ, Hassanzadeh-Rostami Z, Ashrafi Amiri H, Nasrollapour Shirvani SD, Keshavarzi A, Hosseini S. Family Physicians' satisfaction with factors affecting the dynamism of the urban family physician program in the Fars and Mazandaran provinces of Iran. *Malays Fam Physician*. 2019; 14(3): 28-36.
21. Haghdoust A, Dehnavieh R, Poursheikhali A, Hosseini Golkar M, Masoud A. Pathology of the Research Sector in Iran's Health System with a Focus on Future. *Management Strategies in Health System*. 2024; 8(4): 397-410. doi: 10.18502/mshsj.v8i4.15168. (Persian)
22. Dalglish SL, Poulsen MN, Winch PJ. Localization of health systems in low- and middle-income countries in response to long-term increases in energy prices. *Global Health*. 2013; 9: 1-10. doi: 10.1186/1744-8603-9-56
23. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. SAGE; 2018.
24. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Ment Health*. 2015; 42(5): 533-544. doi: 10.1007/s10488-013-0528-y
25. Hsu CC, Sandford BA. The Delphi technique: Making sense of consensus. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*. 2007; 12(10): 1-8. doi: 10.7275/pdz9-th90
26. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970; 30(3): 607-610. doi: 10.1177/001316447003000308
27. Fink A. How to conduct surveys: A step-by-step guide. 6th ed. SAGE Publications; 2016.
28. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Pers Psychol*. 1975; 28(4): 563-575. doi: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x
29. Zarif Sanaiey N, Karamnejad S, Rezaee R. Educational needs of family physicians in the domains of health and conformity with continuing education in Fasa University of Medical Sciences. *J Adv Med Educ Prof*. 2015; 3(2): 84-89.
30. Hair JF, Hult GTM, Ringle CM, Sarstedt M. A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). SAGE; 2024.