بررسی الگوی بهره‌گیری از خدمات بهداشتی و درمانی توسط جامعه روستایی استان گیلان در سال ۱۳۸۲

دکتر زهرا محتشم امیری[۱*]، دکتر پویا نقش‌پور[۲]، دکتر عباس جعفری شکیب [۲]

۱- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۲- مرکز بهداشت شهرستان رشت

دریافت: ۸۵/۴/۳ پذیرش: ۸۶/۲/۱۰

Title: *Utilization pattern of health services in rural areas of Guilan- 2003*

Authors: *Mohtasahm Amiri Z, (MD, MPH); Naghshpoor P, (MD); Jafari Shakib A, (MD).*

Introduction: *Strategic policy making in all health care systems should be based on information relating to health utilization behaviors and the factors determining this behavior such as sociodemographic factors, economic and political systems conditions, disease pattern and the care provided in health services.*

Methods: *In a cross sectional study, using a multistage cluster random sampling, 2968 rural households in Guilan in which the household head or senior person was above 15 years old were interviewed using a structured questionnaire. The questionnaire consisted of demographic variables, disease history, and health utilization during the past month. Data analysis was done with SPSS 10 software and $\chi 2$ test was used.*

Results: *In this study, 12086 people (family size: 4.7) were interviewed. In total, 1670 persons (138/1000, CI 95%: 135-141 /1000) reported of at least one medical problem in the previous month. Thirty (1.8%) had not sought any medical care and 41 (2.5%) had used self-treatments. The main sources of medical care were private clinics (49.3%), government-run outpatient clinics (38.8%), general hospitals (6.4%), and training hospitals (0.3%). Age group, sex and education affected the utilization of health services.*

Conclusion: *It seems that underutilization of health centers, especially government-run centers, is multifactorial and future studies are recommended focusing on factors affecting health care utilization, causes of low frequency of attending public services and unit costs of these centers.*

Keywords: *Health care system, health utilization, rural.*

Hakim Research Journal 2007; 10(2): 50- 55.

* نویسنده مسؤول: رشت، صندوق پستی: ۴۱۶۳۵/۳۳۸۱. تلفن: ۶۶۹۰۰۰۶-۰۱۳۱ نمابر: ۶۶۹۰۰۰۷-۰۱۳۱

پست الکترونیک: mohtashamaz@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-30]

چکیده

مقدمه: *تصمیم‌گیری استراتژیک در تمامی سیستم‌های بهداشتی باید بر اساس اطلاعات حاصل از الگوی بهره‌برداری از خدمات بهداشتی توسط جامعه و عوامل مؤثر بر آن همچون وضعیت اجتماعی و اقتصادی، تصمیم‌گیری‌های سیاسی، الگوی بیماری‌ها در جامعه و خدمات ارایه شده در این سیستم‌ها باشد.*

روش کار: *در یک مطالعه مقطعی در زمستان سال ۱۳۸۲ تعداد ۲۹٦۸ خانوار روستایی به‌روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای خوشه‌ای تصادفی از خانوار، مورد پرسشگری واقع شدند. جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسش‌نامه و از طریق مصاحبه با یکی از افراد خانوار بالای ۱۵ سال توسط تیم پرسشگری و به‌صورت مراجعه به درب منازل صورت گرفت. قسمت اول پرسش‌نامه شامل اطلاعات زمینه‌ای و قسمت دوم شامل ثبت هرگونه مشکل بهداشتی و بهره‌گیری از مراکز بهداشتی و درمانی در طی یک ماه گذشته بوده است. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.*

یافته‌ها: *در این مطالعه ۱۲۰۸٦ نفر با بُعد خانوار ٤/۷۰ بررسی شدند که از کل جمعیت تحت مطالعه ۱٦۷۰ نفر (۱۳۸ در هر ۱۰۰۰ نفر، ۱٤۱- ۱۳۵ در هر هزار نفر با فاصله اطمینان ۹۵٪) در یک‌ماه گذشته، رویداد حداقل یک بیماری را گزارش کرده‌اند. از نظر نحوه درمان، ۳۰ نفر (۱/۸٪) به هیچ مرکز بهداشتی یا درمانی مراجعه‌ای نداشتند و ٤۱ نفر (۲/۵٪) خوددرمانی نمودند. از میان مراجعین، بیشترین مراجعه به مطب‌های خصوصی با ٤۹/۳٪، خانه‌های بهداشت ۲٦/۵٪، مراکز بهداشتی و درمانی۱۲/۳٪، بیمارستان‌های دولتی٦/٤٪ بود و تنها ۰/۳٪ به بیمارستان‌های آموزشی مراجعه کردند. در این مطالعه سن، جنس و سطح تحصیلات با میزان بهره‌گیری از خدمات بهداشتی و درمانی ارتباط داشته است (p< ۰/۰۰۰۱).*

نتیجه‌گیری: *به‌نظر می‌رسد استفاده کمتر از خدمات بهداشتی و درمانی به‌خصوص مراکز دولتی چند عاملی است، بررسی عوامل مؤثر بر رفتارهای بهره‌مندی از خدمات، دلایل استقبال کمتر مردم از مراکز دولتی و هزینه واحد این مراکز در مطالعات بعدی توصیه می‌شود.*

گل‌واژگان: *سیستم بهداشتی، بهره‌گیری خدمات بهداشتی، روستا.*

مقدمه

سلامت حق مردم است و این امر به‌عنوان واقعیتی انکارناپذیر در کنفرانس بین‌المللی مراقبت‌های اولیه بهداشتی در آلماتا مورد پذیرش قرار گرفته است و تحقق آن، اقدام بسیاری از دیگر بخش‌های اجتماعی و اقتصادی را علاوه بر بهداشت ایجاب می‌کند (۱). پیشرفت‌های روزافزون دانش و فناوری پزشکی، تغییر در شیوه زندگی و رفتارهای اجتماعی با تأثیر بر الگوی بیماری‌ها و نیازهای پزشکی جوامع در کنار رشد شتابان جمعیت از یک سو و محدودیت منابع انسانی و مالی از سوی دیگر به‌خصوص در کشورهای درحال توسعه، عرضه امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی را با مشکلات جدی مواجه کرده است (۲). علاوه بر اینها متأسفانه در این کشورها، منابع محدود به‌صورت ناکارآمد مصرف می‌گردد. اعتبارات عمومی صرف خدماتی می‌شود که تناسب و هزینه- اثربخشی لازم را ندارند. آنچه صرف حقوق و مزایای کارمندان می‌شود به‌مراتب بیشتر از هزینه‌های عملیات است. اعتبارات به جاهایی نمی‌رود که بدان احتیاج دارند و کنترل این‌که پول چگونه صرف می‌شود، بسیار مشکل است. مردم در بخش دولتی با کارکنانی روبرو می‌شوند که انگیزه کافی ندارند، دارو و لوازم مورد نیاز کافی نبوده و کیفیت ارایه خدمات مطلوب نیست؛ در مجموع بار مراجعه افراد به مراکز دولتی کاهش و بالطبع سهم اقتصادی هر خدمت افزایش می‌یابد (۳).

سازمان‌های اداری به شکل سنتی لزوماً انگیزه آن را ندارند که خدمات هزینه- اثربخش داشته باشند یا مصرف‌کنندگان به سهولت بتوانند از آن استفاده کنند. بازار بی‌حساب و کتاب بخش خصوصی نیز قادر نیست اهداف نظام بهداشتی را تحقق بخشد (۴). با توجه به مشکلات مطرح شده، امروزه همه جا از اصلاح بخش بهداشت سخن می‌رود و این اصلاح نسخه واحدی برای همه جا ندارد. طبیعی است که اصلاح دقیق نظام بهداشتی از

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-30]

طریق بررسی هر چه بهتر سیاست‌ها، کارآیی، دسترسی، محدود کردن هزینه‌ها و پاسخگویی به نیازهای جامعه امکان‌پذیر است. در کشورهای درحال توسعه، استراتژی اصلاح باید گسترش پوشش خدمات اساسی به جمعیت‌های محروم و حاشیه‌نشین و دور از دسترس، هماهنگ با بهبود کیفیت ارایه خدمات باشد. مردم نمی‌توانند خدمات با کیفیت نامطلوب را به صرف ارایه آنها بپذیرند (۵). بخش بهداشت و درمان بخش وابسته‌ای است که به نسبت منابعی که در اختیار دارد باید بهترین عملکرد را داشته باشد. مطالعات انجام گرفته نشان می‌دهد که بیش از نیمی از منابع ملی بهداشتی در کشورهای مختلف به هدر می‌رود. در کشورهای پیشرفته اقتصادی که بیش از ۸٪ تولید ناخالص ملی صرف بهداشت می‌گردد رقم قابل توجهی سالانه تلف می‌شود (۶ و ۷). اگر حتی نیمی از منابع هدر رفته به‌دلیل بهره‌وری کم و استفاده نامناسب نیروی انسانی باشد، معقولانه خواهد بود که انتظار داشته باشیم با مدیریت صحیح، کاهش اساسی در منابع هدر رفته به‌وجود آید (۸). یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر هزینه واحد مراکز بهداشتی و درمانی، بار مراجعه افراد به این مراکز می‌باشد. صرف هزینه در مکان‌هایی که بار مراجعه مردم به آنها ناچیز است، باعث افزایش هزینه خدمات شده و جز اتلاف بودجه محدود بهداشت و درمان، نتیجه دیگری نخواهد داشت. بنابراین از اصولی‌ترین ابزار برنامه‌ریزی خدمات پزشکی، تعیین الگوی تقاضا توسط افراد جامعه است (۹).

در مطالعه انجام شده در سال ۱۹۸۰ در مناطق روستایی کنیا، حدود ۲۵٪ افراد ذکر کردند که از یک مشکل پزشکی در چند هفته قبل شکایت داشته که ۲۱٪ آنان به پزشک مراجعه کردند، ۳۵٪ اقدام به خوددرمانی کرده و ۳۷٪ عدم مراجعه داشته‌اند. در این بررسی هزینه دریافت خدمات، بُعد مسافت و زمان طی شده برای دریافت خدمات از علل مؤثر بر بهره‌گیری از این خدمات نشان داده شد (۱۰). مطالعه انجام شده در سال ۱۹۸۷ در آمریکا نشان داد که به ازای هر هزار نفر از جمعیت تحت بررسی، ۷۵۰ نفر دارای یک مشکل بهداشتی و درمانی در یک‌ماه گذشته بودند. از این میان فقط ۲۵۰ نفر به یکی از مراکز درمانی مراجعه و نهایتاً ۱۰ نفر در بیمارستان بستری شدند که از این تعداد تنها یک نفر در بیمارستان‌های آموزشی بستری شد (۱۱).

در بررسی دیگری در مناطق شهری برزیل در سال ۱۹۹۰، نشان داده شد که ۶۷٪ مراجعین خدمات بهداشتی و درمانی را زنان تشکیل می‌دهند و شایع‌ترین علل مراجعه به مراکز، بیماری‌های فشارخون (۸/۸٪)، عفونت‌های حاد تنفسی (۷/۸٪) و واکسیناسیون (۵/۵٪) بوده است. از کل مراجعین فقط ۷/۳٪ به مراکز بالاتر ارجاع شده‌اند که در نهایت ۰/۶٪ منجر به بستری در بیمارستان گردید (۱۲). شِرِستا[1] طی مطالعه‌ای در سال ۱۹۹۴ در تایلند نشان داد که شغل، وضعیت اقتصادی، سطح آگاهی فرد از خدمات ارایه شده و کیفیت این خدمات از عوامل مؤثر بر استفاده از مراکز بهداشتی و درمانی بوده اما سن، جنس و میزان دسترسی به این خدمات از نظر مسافت تأثیری بر بهره‌گیری از این خدمات نداشته است (۱۳). در تحقیق انجام شده در سال ۲۰۰۰ توسط ناندا‌کومار[2] و همکاران در مصر، جنس، سطح درآمد خانوار، تحصیلات، وضعیت تأهل و محل سکونت از نظر منطقه شهری یا روستایی را بر بهره‌گیری از خدمات سرپایی مؤثر نشان داد (۱۴).

مطالعه تراواسوس[3] و همکاران در برزیل در سال ۲۰۰۲ جهت تعیین عوامل مؤثر بر الگوی بهره‌گیری از خدمات بهداشتی و درمانی در جامعه نشان داد که جنس، سطح اجتماعی و اقتصادی بر بهره‌گیری از این خدمات مؤثر بوده‌اند (۱۵). مطالعات انجام شده در ایران بسیار اندک می‌باشد. بررسی انجام شده در سال ۱۳۷۶ در استان فارس نشان داد که ۳۲٪ افراد تحت بررسی، رویداد یک حادثه یا بیماری را در یک‌ماه گذشته گزارش کردند که از این تعداد ۶۶/۴٪ مراجعه به بخش خصوصی، ۹/۷٪ مراجعه به بخش دولتی و بقیه خوددرمانی انجام داده بودند. تنها ۰/۲٪ بیماران در بیمارستان بستری شده بودند (۱۶). مطالعه انجام شده در سال ۱۳۸۰ در اصفهان نیز نشان داد که به ازای هر هزار نفر از جمعیت تحت بررسی، ۳۳۷ نفر شکایت پزشکی در طی یک‌ماه گذشته داشته‌اند. از این تعداد ۲۹۲ نفر مراجعه به مراکز درمانی داشته و فقط ۶ نفر در بیمارستان بستری گردیدند که بستری شدن ۲ نفر از آنها (۰/۲٪) در بیمارستان‌های آموزشی و دانشگاهی بوده است (۱۱).

با پرداختن به مطالعه بهره‌مندی جامعه از خدمات سلامتی، می‌توان تصویر روشنی از تقاضای جامعه برای خدمات سلامت، شیوه اقدام مردم برای یافتن پاسخ به این تقاضا و شیوه پاسخگویی نظام ارایه خدمات به‌دست آورد. عوامل مختلفی بر بهره‌گیری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی مؤثر هستند که شامل ویژگی‌های جمعیتی (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح سواد، شغل و طبقه اقتصادی و اجتماعی)، میزان دسترسی به خدمات بدون وجود موانع فیزیکی یا فرهنگی، احساس نیاز یا وجود تقاضا بر اساس سطح سلامت جامعه، سطح درک مردم از کیفیت خدمات ارایه شده و تناسب قیمت خدمات دریافتی می‌باشند. بنابراین با توجه به تفاوت‌های این عوامل در مناطق

[1] Sherestha
[2] Nandakomar
[3] Travassos

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-30]

مختلف جغرافیایی، بررسی میزان بهره‌گیری از خدمات در نقاط مختلف آشکار می‌گردد (۱۷). این مطالعه با هدف بررسی الگوی بهره‌گیری از خدمات بهداشتی و درمانی در مناطق روستایی استان گیلان به اجرا درآمده است.

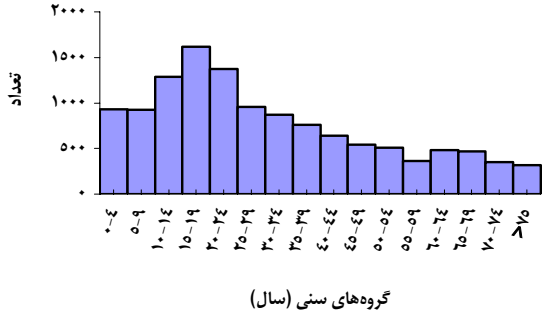
روش کار

در یک مطالعه مقطعی[1] در سه ماهه چهارم سال ۱۳۸۲ تعداد ۱۲۰۸۶ نفر، در قالب ۲۹۶۸ خانوار روستایی به‌صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای[2] مورد پرسشگری واقع شدند. از کل ۱۴ شهرستان استان گیلان، ۷ شهرستان به‌طور تصادفی انتخاب شدندکه ۷۸٪ جمعیت روستایی استان را در خود داشته‌اند. نمونه مذکور حدود ۱٪ جمعیت روستایی استان بوده است. با مراجعه به مرکز بهداشت استان و دریافت آمار جمعیت روستایی استان به تفکیک هر شهرستان، سهمیه آنان در نمونه مشخص گردیده و نمونه‌گیری مذکور از تمامی روستاها انجام شده است. جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسش‌نامه و از طریق مصاحبه با یکی از افراد خانوار بالای ۱۵ سال، ترجیحاً باسواد و مطلع از امور داخل منزل توسط تیم پرسشگری آموزش دیده و به‌صورت مراجعه به درب منازل صورت گرفت. پرسش‌نامه بسیار کوتاه و با هدف تأمین پاسخ سؤالات اساسی طراحی گردید. قسمت اول پرسش‌نامه شامل اطلاعات زمینه‌ای شامل سن، جنس، شغل و سطح سواد افراد خانواده و قسمت دوم شامل ثبت هرگونه مشکل بهداشتی و درمانی اعضای خانواده در طی یک‌ماه گذشته، محل‌های مراجعه و نتیجه نهایی بوده است. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS-Version10 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این مطالعه ۱۲۰۸۶ نفر با بُعد خانوار۴/۷۰ (۱۳ –۱ نفر) بررسی شدند که ۶۱۴۳ نفر (۵۰/۸٪) مرد و ۵۹۴۳ نفر (۴۹/۲٪) زن بودند. دامنه سنی افراد از نوزاد ۵ روزه تا سالمند ۹۹ ساله با میانگین سنی ۲۰/۵ ± ۳۰/۸ سال بوده است. مقایسه درصد گروه‌های سنی نمونه مورد بررسی با زیج حیاتی سال ۱۳۸۲ جمعیت روستایی استان گیلان نشان می‌دهد که ترکیب سنی نمونه مورد مطالعه کاملاً بر جامعه کلی منطبق بوده و از این نظر نمونه گویایی از جمعیت می‌باشد (نمودار ۱).

از نظر شغلی در افراد بالای ۱۵ سال به‌ترتیب ۱۰/۲٪ محصل یا دانشجو، ۳۲/۳٪ خانه‌دار، ۲۸/۷٪ کشاورز، ۴/۸٪ کارگر، ۸/۴٪ شغل آزاد، ۳/۶٪ کارمند و ۱۱/۸٪ بیکار بودند. از جمعیت مورد بررسی واجد تحصیل (مساوی یا بالاتر از ۷ سال) ۲۳/۹٪ بی‌سواد، ۷/۳٪ کم سواد، ۳۵/۵٪ در حد راهنمایی، ۳۰/۲٪ دیپلمه و ۳/۱٪ تحصیلات عالی داشتند. از کل جمعیت تحت مطالعه ۱۶۷۰ نفر (۱۳۸ در هر ۱۰۰۰ نفر، ۱۴۱– ۱۳۵ در هر هزار نفر با فاصله اطمینان ۹۵٪) در یک‌ماه گذشته رویداد حداقل یک بیماری را گزارش کرده‌اند.



نمودار ۱- توزیع فراوانی گروه‌های سنی مختلف در جمعیت تحت مطالعه

بیشترین فراوانی کسالت و ناراحتی صرف‌نظر از تفاوت‌های سنی و جنسی به‌ترتیب مربوط به سرماخوردگی و ناراحتی‌های سیستم تنفسی در ۵۹۴ نفر (۳۶/۲٪) و سپس شکایات از قبیل درد عضلانی و اسکلتی در ۱۶۱ نفر (۹/۸٪)، پُرفشاری خون در ۱۲۲ مورد (۷/۳٪)، سردرد در ۶۹ مورد (۴/۲٪)، درد ناحیه قفسه صدری در ۵۰ نفر (۳٪)، ۵۰ مورد (۳٪) جهت دریافت مراقبت‌های بهداشتی و ۳۹ مورد (۲/۴٪) به‌دلیل مشکلات اعصاب و روان بوده است. از نظر نحوه درمان، ۳۰ نفر (۱/۸٪) به هیچ مرکز بهداشتی یا درمانی مراجعه‌ای نداشتند و ۴۱ نفر (۲/۵٪) خوددرمانی نمودند. از میان مراجعین بیشترین مراجعه به مطب‌های خصوصی با ۴۹/۳٪، خانه‌های بهداشت ۲۶/۵٪، مراکز بهداشتی و درمانی۱۲/۳٪، بیمارستان‌های دولتی۶/۴٪ اختصاص داشت و تنها ۰/۳٪ به بیمارستان‌های آموزشی مراجعه کردند (جدول ۱).

از کل مراجعین به همه مراکز، فقط ۱۱۲ نفر (۶/۸٪) افراد در بیمارستان بستری شدند که این میزان در کل جامعه تحت بررسی ۰/۹٪ می‌باشد. ۳۸ نفر (۰/۳٪) از جامعه تحت مطالعه دچار بیماری مزمن منجر به بستری در منزل بودند. پس از آزمون کاری دو[3] از نظر میزان گزارش بیماری، همچنین میزان مراجعه برای دریافت خدمت بین سن، جنس و سطح تحصیلات

[1] Cross sectional
[2] Multi- stage cluster random sampling
[3] Chi square

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-30]

اختلاف معناداری وجود داشته است به صورتی که میزان مراجعه در گروه زنان ۱۴/۶٪ و در مردان این میزان ۱۱/۴٪ بوده است (p< ۰/۰۰۰۰۱) حتی پس از همسان‌سازی سن و سطح تحصیلات، این اختلاف دیده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی مراکز مراجعه بیماران تحت بررسی

محل مراجعه	فراوانی (درصد)
خانه بهداشت	۴۳۴ (۲۶/۵)
مرکز بهداشتی و درمانی	۲۰۲ (۱۲/۳)
مطب خصوصی	۸۰۸ (۴۹/۳)
درمانگاه دولتی	۳۰ (۱/۸)
درمانگاه خصوصی	۱۰ (۰/۶)
بیمارستان دولتی غیرآموزشی	۱۰۵ (۶/۴)
بیمارستان دولتی آموزشی	۵ (۰/۳)
بیمارستان خصوصی	۵ (۰/۳)
داروخانه	۳۷ (۲/۳)
عطاری	۴ (۰/۲)
کل	۱۶۴۰ (۱۰۰)

از نظر تحصیلات نیز ۱۹/۵٪ گروه بی‌سواد و کم سواد، ۱۰/۸٪ گروه با تحصیلات سیکل، ۷/۳٪ افراد دارای دیپلم و ۷/۸٪ افراد دارای تحصیلات عالی به یکی از مراکز بهداشتی یا درمانی مراجعه کرده بودند (p< ۰/۰۰۰۰۱).

از نظر سنی نیز بیشترین مراجعه جهت دریافت خدمات در گروه‌های سنی بالای ۶۰ سال و کمتر از ۵ سال بوده است (جدول ۲) (p< ۰/۰۰۰۰۱).

جدول ۲- توزیع فراوانی مراجعه به مراکز بهداشتی یا درمانی در جمعیت تحت مطالعه بر حسب سن

گروه‌های سنی (سال)	کل جمعیت	تعداد مراجعه کننده (درصد)
۰- ۴	۶۲۹	۱۴۵ (٪۲۳)
۵- ۹	۹۲۲	۱۴۳ (٪۱۵/۵)
۱۰- ۱۴	۱۲۸۴	۹۹ (٪۷/۷)
۱۵- ۱۹	۱۶۱۴	۹۰ (٪۵/۶)
۲۰- ۲۴	۱۳۷۴	۹۲ (٪۶/۷)
۲۵- ۲۹	۹۵۸	۸۴ (٪۸/۷)
۳۰- ۳۴	۸۷۳	۱۰۷ (٪۱۲/۲)
۳۵- ۳۹	۷۵۶	۹۷ (٪۱۲/۸)
۴۰- ۴۴	۶۳۹	۷۸ (٪۱۲/۲)
۴۵- ۴۹	۵۴۳	۸۹ (٪۱۶/۴)
۵۰- ۵۴	۵۰۶	۹۸ (٪۱۹/۳)
۵۵- ۵۹	۳۶۰	۷۸ (٪۲۱/۷)
۶۰- ۶۴	۴۸۵	۱۲۶ (٪۲۵/۹)
۶۵- ۶۹	۴۶۹	۱۱۹ (٪۲۵/۳)
۷۰- ۷۴	۳۵۲	۸۷ (٪۲۴/۷)
≥ ۷۵	۳۱۸	۸۷ (٪۲۷/۳)

بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه مطالعه حاضر با مطالعات گذشته خارجی و داخلی (۱۰ و ۱۱ و ۱۶) حاکی از این است که بروز بیماری یا کسالت طی یک‌ماه در جمعیت تحت مطالعه بسیار کمتر می‌باشد؛ به‌طوری که موارد گزارش شده در مطالعه فوق، کمتر از یک ششم مطالعه مشابه در آمریکا و کمتر از نیمی از موارد گزارش شده درکنیا، فارس و اصفهان است. این‌که واقعاً میزان بروز بیماری یا یک رویداد بهداشتی در این جمعیت کمتر از سایر مناطق می‌باشد یا این‌که نسبت به این‌گونه رویدادها بی‌توجهی وجود دارد و یا تفاوت هرم جمعیتی مناطق مورد مقایسه باعث این امر شده، نیاز به مطالعات بیشتر است. در مطالعه حاضر، میزان عدم مراجعه به یکی از مراکز بهداشتی یا درمانی در مقایسه با مطالعات دیگر بسیار کمتر می‌باشد. همچنین میزان خوددرمانی در این مطالعه بسیار کم گزارش شده است. نکته‌ای که همیشه در بحث بهداشت و درمان با اهمیت است اطلاع مردم از مضرات خوددرمانی می‌باشد که خوشبختانه به‌نظر می‌رسد در جمعیت تحت بررسی کمتر این معضل به چشم می‌خورد. از نظر شکایات شایع منجر به مراجعه، بیشترین میزان مربوط به بیماری‌های سرپایی بوده که با توجه به فصل مورد بررسی بیش از یک سوم شکایات مربوط به سرماخوردگی بوده است. جا دارد که مطالعات مشابه در بقیه فصول سال نیز تکرار شود تا بستر بیماری‌های شایع منطقه مشخص گردد. از طرف دیگر اکثر مراجعین جهت دریافت خدمات در دو طیف سنی کودکان و سالمندان قرار داشتند که با توجه به ساختار جمعیتی منطقه قابل تفسیر می‌باشد و در مطالعات گذشته نیز سن به‌عنوان یک عامل مؤثر بر الگوی بهره‌گیری از خدمات نامبرده شده است (۱۲و ۱۹).

بروز بیماری‌های مزمنی همچون پُرفشاری خون و ناراحتی‌های قلب و عروق در سنین بالاتر در کنار این ساختار جمعیتی در آموزش کلیه رده‌های پرسنلی بهداشتی به‌خصوص دانشجویان پزشکی باید مورد توجه قرار گیرد. نکته بسیار قابل توجه در این مطالعه، مراکز مراجعه مردم جهت دریافت خدمات بهداشتی و درمانی است. بیش از نیمی از مراجعین به بخش خصوصی مراجعه نموده بودند؛ با وجود این که بیشترین شکایات مراجعین بیماری‌های سرپایی و شکایات عمومی همانند تب و سرفه و سردرد و دردهای عضلانی و اسکلتی بوده است. مراجعین بخش‌های دولتی اکثراً جهت دریافت خدمات بهداشتی رایگان مراجعه کرده بودند که این مسأله در مطالعات قبلی نیز دیده شده است (۱۱). یک علت، شاید گستردگی بخش خصوصی در ایران باشد اما در هر صورت علت علاقمندی مردم به بخش خصوصی در مقابل عدم رغبت آنها به بخش دولتی بسیار قابل تأمل است و با توجه به این‌که سالانه هزینه زیادی صرف مراکز بهداشتی و بیمارستانی دولتی با وجود بودجه بسیار ناچیز بخش بهداشت و درمان می‌گردد، لازم است هر چه سریع‌تر در مورد راهکارهای عملی رفع این معضل چاره‌ای اندیشید و در مورد واگذاری بخش‌های ناکارآمد نظام بهداشت و درمان به بخش خصوصی با نظارت دولت و همچنین اصلاح ساختار این نظام، گام‌های عملی برداشته شود؛ چرا که صرف هزینه در مکان‌هایی که مراجعه

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-30]

مردم به آنها ناچیز است، جز اتلاف بودجه محدود بهداشت نتیجه دیگری نخواهد داشت.

از عوامل مؤثر بر بهره‌گیری از خدمات در مطالعه حاضر جنسیت و سطح تحصیلات دیده شده که در پاره‌ای از مطالعات گذشته نیز به این عوامل اشاره شده است. زنان در مطالعات مختلف از خدمات بهداشتی و درمانی بیشتر استفاده می‌کنند (۱۲ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۸ و ۲۰) شاید علت این امر، پایین بودن سطح سلامتی در زنان نسبت به مردان و از طرف دیگر مراجعه بیشتر زنان به دلایل مسایل بارداری و مراقبت‌های مربوطه باشد. سطح تحصیلات با مراجعه برای دریافت خدمات نسبت معکوس داشته است. از طرفی در مطالعه حاضر فقط ۱٪ مراجعه افراد دارای سطح تحصیلات پایین برای دریافت خدمات پیشگیری و بهداشتی بوده و بقیه موارد برای دریافت خدمات درمانی بوده است. احتمالاً سطح تحصیلات پایین‌تر با ابتلای بیشتر به بیماری‌ها، سلامت فیزیکی و روانی کمتر و در نهایت مراجعه بیشتر همراه است که در مطالعات مناطق دیگر دنیا نیز دیده شده است (۱۴ و ۱۵ و ۲۱).

در این مطالعه، برخی از عوامل فردی مؤثر بر بهره‌گیری از خدمات مورد بررسی قرار گرفته که جا دارد در مطالعات بعدی سایر عوامل مؤثر همچون وضعیت بیمه، شرایط اقتصادی، وضعیت دسترسی به خدمات، هزینه خدمات و موانع موجود برای بهره‌گیری از خدمات مورد ارزیابی قرار گیرد.

در نهایت توجه به این نکته مهم است که فقط ۶/۸٪ مراجعین در بیمارستان بستری شدند که از این میان فقط ۰/۳٪ در بیمارستان‌های آموزشی با تعداد بسیار زیاد دانشجویان بوده است. بنابراین تکیه صرف بر آموزش‌های بر بالین بیمار به معنای از دست دادن تعداد زیادی از بیماران واقعی جامعه می‌باشد؛ به‌خصوص زمانی که تأکید زیادی بر آموزش جامعه‌نگر وجود دارد، یافتن محل مناسب آموزشی برای دانشجویان بسیار باارزش است.

تشکر و قدردانی

این تحقیق با حمایت مالی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کل کشور به اجرا در آمده است که از مسؤولین مربوطه، آقای دکتر محمد علی جوافشانی معاونت بهداشتی وقت، همچنین رؤسای مراکز بهداشت شهرستان‌ها، مسؤولین پزشکی اجتماعی شهرستان‌ها، کارشناسان ستادی و بهورزان استان گیلان به پاس همکاری بی‌دریغ، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1- World Health Organization. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: WHO; 1981: No3.

۲- غریبی ف، زارعی م. تحلیل هزینه در مراکز بهداشتی و درمانی شهر سنندج در سال ۱۳۸۱. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان ۷:۱۳۸۱ (۲۶): ۵۰ -۴۳.

3- Standing H. An overview of changing agendas in health sector reforms. Reproductive Health Matters 2002; 10(2): 19-28.

4- Broomberg J. Managing the health care market in developing countries: prospects and problems. Health Policy Plan 1994; 9(3): 237- 251.

5- OECD. The reform of health care system: A review of seventeen OECD countries. Health Policy Studies, No 5. Paris: OECD; 1994: 37-41.

6- Hall J. Incremental change in the Australian health care system. Health Aff 1999; 18(3): 95- 110.

7- Burchardi H, Schuster HP, Zielmann S. Cost containment: Europe, Germany. New Horiz 1994; 2(3): 364- 374.

۸- نعمت ر، نقوی م. تعیین هزینه خدمات و واحد های بهداشتی و درمانی در سال ۱۳۷۴ در سطح ۱۱ شهرستان کشور. پایان‌نامه کارشناسی ارشد بهداشت عمومی (MPH). تهران: دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۷۴.

۹- شادپور ک، جمشیدبیگی ع. تحلیل هزینه در مراقبت‌های اولیه بهداشتی. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. تهران: انتشارات عقیق؛ ۱۳۷۶: ۱۲۶ -۱۲۵.

10- Schulpen TW, Swinkels WJ. Agents affecting health of mother and child in a rural area of Kenya. Tropi Geogr Med 1980; 32(4): 340-349.

11- Akbari ME. Selecting an appropriate site for medical education. J Med Educ 2001; 1(1): 20- 22.

12- Radeelli SM. Demand of community health services in the periphery of a metropolitan area. Rev Saude Publica 1990; 24(3): 232- 240.

13- Sherestha DR, Ittiravivongs A. Factors affecting utilization of health centers in rural area, Chon Buri province, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1994; 25(2): 361- 367.

14- Nandakumar AK, Chawla M, Khan M. Utilization of outpatients care in Egypt and its implications for the role of government in health care provision. World Development 2000; 28(1): 187- 196.

15- Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, et al. Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics and social status. Rev Panam Salud Publica 2002; 11(5, 6): 365- 373.

۱۶- قره‌چاهی ع‌م، صادقی‌حسن‌آبادی ع، ضیغمی ش. الگوی بهره‌گیری از خدمات بهداشتی و درمانی در مناطق روستایی فسا و مرودشت- ۱۳۷۶. خلاصه مقالات اولین کنگره ملی بهداشت عمومی و طب پیشگیری. کرمانشاه- ایران؛ آذر ۱۳۷۹: ۹.

17- Shaikh BT, Hatcher J. Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers. J Public Health 2004; 27(1): 49- 54.

18- Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, et al. Gender differences in the utilization of health care services. J Fam Pract 2000; 49(2): 147-52.

19- Grimsmo A, Siem H. Factors affecting primary health care utilization. Fam Pract 1984; 1(3): 155- 161.

20- Fernandez E, Schiaffino A, Rajmil L, et al. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). J Epidemiol Community Health 1999; 53(4): 218 - 222.

21- Fernandez Dela H, Leon DA. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. Int J Epidemiol 1996; 25(3): 593- 603.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-30]