

## بهره‌مندی از خدمات سلامت در استان اصفهان

فرید عبادی فرد آذر<sup>۱</sup>، عزیز رضاپور<sup>۲\*</sup>، پروین عباسی بروجنی<sup>۳</sup>، حسین صفری پلنگی<sup>۴</sup>، مهشید معینی نائینی<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت: ۹۰/۳/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۰/۸/۱

## چکیده:

**زمینه و هدف:** نظام پیچیده مراقبت‌های بهداشتی درمانی مستلزم فعالیت‌های پیشگیری و درمانی هماهنگی است که باید یک ساختار سازمانی مدیریت، آن را تحت مقتضیات و شرایط اجتماعی و سیاسی به عهده بگیرد. برنامه‌ها، بدون استثنا با بررسی نیاز مردم و تقاضای مراقبت بهداشتی و درمانی آغاز می‌شود.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش کاربردی در سال ۱۳۸۸ انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل خانوارهای شهر نائین استان اصفهان در سال ۱۳۸۸ بود. در این مطالعه برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی سهمیه‌ای در ۳ بلوک بهداشتی هر کدام به تعداد ۱۳۰ خانوار استفاده شد. توصیف و تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از روش‌های آماری و به کمک نرم‌افزار SPSS12 صورت گرفت.

**نتایج:** نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بین ویژگی‌های جمعیتی جامعه مورد مطالعه (سن پدر خانوار، سن مادر خانوار، شغل پدر و مادر خانوار، میزان تحصیلات پدر و مادر خانوار، تعداد فرزندان، درآمد کل خانوار، نوع بیمه تحت پوشش خانوار و منطقه محل سکونت خانوار) و بهره‌مندی از خدمات درمانی سرپائی رابطه آماری معناداری وجود داشت. همچنین بین ویژگی‌های جمعیتی فوق و تقاضا برای خدمات تشخیصی و بستری و خرید دارو نیز رابطه آماری معناداری مشاهده شد. متوسط بار مراجعه به پزشک عمومی ۱/۰۸، پزشک متخصص ۱/۴۴، دندانپزشکی ۰/۶، خرید دارو ۲/۵۲، خدمات تشخیصی ۱/۳۲، و بستری ۰/۴۴ محاسبه شد. هزینه متوسط برای دریافت خدمات درمانی در شهر نائین ۳۶۶۲۹۶ ریال و برای خدمات درمانی شهرهای دیگر ۴۵۴۵۸۵ ریال محاسبه گردید.

**نتیجه‌گیری:** با عنایت به وجود نارضایتی جامعه مورد مطالعه در ارتباط با خدمات بستری موجود در شهر نائین و متعاقباً تمایل به مراجعه به شهرهای دیگر در راستای دریافت خدمات و اثرگذاری منفی آن بر تقاضا و همچنین شاخص‌های کارائی مراکز درمانی نائین از یک طرف و تحمیل هزینه‌های گزاف و صرف زمان‌های زیاد برای دریافت خدمات در شهرهای دیگر، سیاست‌گذاران بهداشتی درمانی باید توجه بیشتری را به کیفیت خدمات ارائه شده توسط مراکز درمانی موجود در شهر نائین، انجام مطالعات مورد نیاز در زمینه مداخلات پیشگیری در سطح یک و دو و متناسب با شاخص‌ترین بیماری‌ها و نیازهای متفاوت گروه‌های سنی مختلف در جامعه، سازماندهی گروه‌های مختلف بازار هدف، تغییرات محیطی، برنامه‌ریزی نظام مند، نحوه آموزش جامعه و ارائه خدمات مطلوب در گروه‌های بیماری که بیشترین بار بهره‌مندی را ایجاد می‌کنند و کاهش احساس عدم اطمینان موجود نسبت به مراکز درمانی سرپائی، تشخیصی و بستری موجود در شهر نائین مبذول نمایند.

**کلمات کلیدی:** بهره‌مندی، تقاضا، خدمات سلامت

۱. استاد مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲. دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت. دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی تهران (\* نویسنده مسئول)

تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه اقتصاد سلامت Email: rezapoor\_a57@yahoo.com

۳. کارشناس بهداشت عمومی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت بهداشت و درمان. دانشکده بهداشت. دانشگاه علوم پزشکی تهران

۵. کارشناس ارشد مدیریت بهداشت و درمان

**مقدمه:**

امروزه بسیاری از اصول کلیدی اقتصاد خرد بر مبنای بررسی تقاضا شکل گرفته است و تحلیل بهره مندی نقش مهمی در بررسی های اقتصاد جدید ایفا می کند. یکی از اهداف تعیین تقاضا در بخش بهداشت و درمان، تعیین عواملی است که تاثیر عمده ای بر مصرف خدمات بهداشتی درمانی دارند. انتخاب مشتریان بهداشت و درمان، در هر زمان تحت تاثیر عوامل متعددی قرار دارد. در حقیقت برآورد دقیق تقاضا و عوامل موثر بر آن در سطح فردی امکان پذیر نیست، ولی می توان عواملی را یافت که در مورد اکثر افراد صدق می کند. به عبارت دیگر در تحلیل تقاضا، به دنبال یافتن عواملی هستیم که بر میزان مراقبت های بهداشتی درمانی که مردم مایل به خرید آن هستند تاثیر گذار باشند. درک بهتر این عوامل به ما کمک می کند تا متغیرهای موثر بر مصرف خدمات را در جامعه بهتر شناسایی کنیم، میزان مصرف خدمات را در گروه های جمعیتی مختلف دقیق تر پیش بینی کنیم و در صورت لزوم آن را کنترل و تعدیل نماییم. برنامه ریزی بر مبنای تقاضا به معنی نادیده گرفتن نیازهای جامعه به خدمات بهداشتی درمانی نیست، بلکه شیوه ای است که به برآورد دقیق منابع به بخش سلامت کمک می کند. به بیان روشن تر، تحلیل تقاضا و بهره مندی می تواند مبنای سیاست گذاری های کلان بخش بهداشت و درمان باشد.<sup>(۱)</sup> بر اساس تئوری اقتصادی، مصرف کنندگان با توجه به مطلوبیتی که از مصرف کالاها کسب می کنند و با توجه به بودجه خود، مقدار و ترکیب مصرف را تعیین می کنند. در مورد کالاها عادی و معمول، مصرف کنندگان نقش اساسی دارند و خود تصمیم گیرنده هستند و هیچ فردی در بهینه یابی مقدار و ترکیب مصرف آنها تاثیر نمی گذارد. اما در مورد کالاها بهداشتی درمانی وضعیت تا حد زیادی متفاوت است. تقاضا برای خدمات بهداشتی درمانی، معمولا با یک عدم اطمینان همراه می باشد، چرا که نیاز به استفاده از خدمات بهداشتی درمانی همراه با بروز بیماری در فرد بوده و اینکه افراد دچار بیماری می شوند که این خود مساله ای است که با عدم اطمینان همراه است. در تئوری تقاضای مصرف کنندگان، کالا سنگ بنا را تشکیل می دهد، که استفاده آن باعث افزایش مطلوبیت می شود، ولی کالاها بهداشتی درمانی، مفهوم سنتی کالا را ندارند. آن ها مستقیما به مطلوبیت کسی اضافه نمی کنند، بلکه دردآور هستند و باعث ناراحتی می شوند. پس چه چیزی برای مصرف کننده مطلوبیت ایجاد می کند؟ جواب منطقی است: سلامتی باعث رضایت خاطر و خشنودی می شود. مایکل گروسمن در مورد بهداشت به عنوان یک کالای اقتصادی تحقیق کرده و نشان داده است که چگونه تقاضا برای خدمات

بهداشتی درمانی برای یک فرد از تقاضا برای بهداشت و سلامت سرچشمه می گیرد.

مراکز بهداشتی و درمانی و سیستم های سلامت گونه ای از خدمات را ارائه می دهند که باعث مطلوبیت می شوند، ولی برای راحتی کار می گوئیم که خدمات بهداشتی درمانی مطلوبیت ایجاد می کنند. بر اساس این قاعده معمول برای کالاها که می گوید کالای بیشتر بهتر است، لذا سلامت بیشتر مطلوبیت بیشتری ایجاد می کند.<sup>(۲)</sup>

عوامل مختلفی که نیاز و تقاضا را برای خدمات بهداشتی درمانی تحت تاثیر قرار می دهند شامل خصوصیات جمعیتی، توزیع جنسی، هرم سنی، نرخ رشد جمعیت، شیوع بیماری ها، سیاست های بهداشتی درمانی، گسترش بیمه های درمانی، تولید ناخالص ملی و درآمد سرانه، روند توسعه دانش و فن آوری پزشکی و ویژگی های فرهنگی جامعه است

میزان تقاضای خدمات سلامت و مراجعه برای دریافت و مصرف مراقبت سلامت در تعیین حجم خدمات درمانی بر حسب واحد زمان کاربرد دارد. در واقع دو مولفه عمده جمعیت بیماران بر حسب جنس، سن و نژاد و نوع خدمت ارائه شده در تعیین حجم خدمات نقش عمده ای دارند. نکته حائز اهمیت دیگر این است که با استفاده از میزان تقاضا و مراجعه برای خدمات درمانی می توان خدمات پیشگیری سطح اول و سطح دوم مورد نیاز در گروه سنی مربوط را نیز مشخص نمود. به طور مثال زمانی که میزان تقاضا و مراجعه برای بیماری های قلبی در سالمندان بیش از ۳ برابر جمعیت غیر سالمند است، با مطالعات کارشناسی شده می توان خدمات پیشگیری سطح اول و سطح دوم را در سنین غیر سالمندی طوری تنظیم نمود تا نیاز به خدمات درمانی در دوره سالمندی تا حد ممکن کاهش یابد.<sup>(۳)</sup>

نظام پیچیده مراقبت های بهداشتی درمانی مستلزم فعالیت های پیشگیری و درمانی هماهنگی است که باید یک ساختار سازمانی مدیریت، آن را تحت مقتضیات و شرایط اجتماعی و سیاسی به عهده بگیرد. برنامه ها، بدون استثنا با بررسی نیاز مردم و تقاضای مراقبت بهداشتی و درمانی آغاز می شود. این کار مبنای تدوین اهداف برنامه ها را تشکیل می دهد که بر حسب قابل حصول بودن منابع ثابت مانده یا تغییر خواهد کرد. اهداف بطور عام از طریق تحلیل نیازها و تقاضای مردم به مراقبت های بهداشتی و درمانی تعیین می شود، یا به عبارت دیگر می توان با مطالعه جامعه و بررسی نیازهای جامعه برنامه های آتی سیستم سلامت را در آن منعکس نمود.<sup>(۴)</sup>

جمعیت هدف باید امکان دریافت خدمات مورد نیاز خود را بدون تحمل زحمت فراوان داشته باشد و این خدمات از نظر

بلوک بهداشتی صرفنظر از تعداد خانوارهای موجود در هر بلوک، تعداد نمونه یکسان برای مطالعه انتخاب می‌شود و شیوه نمونه‌گیری و انتخاب نمونه‌ها در این روش به صورت تصادفی است. بر طبق این روش در هر بلوک تعداد ۱۳۰ خانوار (حاصل تقسیم ۳۹۰ خانوار بر ۳ بلوک) برای مطالعه انتخاب به صورت تصادفی از روی پلاک خانوار انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز برای پژوهش حاضر از طریق مصاحبه پژوهشگر و ثبت اطلاعات مورد نیاز در پرسش‌نامه صورت گرفت. در این مطالعه سرپرستان خانوارها به عنوان پاسخ‌گو انتخاب شدند و ضمن تشریح ماهیت پژوهش، ابراز گردید شرکت آن‌ها در مطالعه کاملاً اختیاری می‌باشد و نیز به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه و در راستای اجرای مطالعه است. دوره یادآوری برای خدمات سرپایی ۴ هفته و برای خدمات بستری ۱ سال در مطالعه نظر گرفته شد. جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناسی و بهداشتی درمانی مورد نیاز از طریق پرسشنامه صورت گرفت. سوالات مندرج در پرسشنامه سوالات بسته بودند و تنها از یک سوال باز در انتهای پرسشنامه برای دریافت نظرات و پیشنهادات خانوارها برای بهبود عملکرد نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی این شهر استفاده شد.

در این مطالعه تعیین نوع بیماری براساس ICD10 و در موارد غیر قابل تشخیص با بهره‌گیری از همکاری پزشک صورت گرفت. برای تعیین روایی صوری، پرسشنامه در اختیار استاد راهنما، استاد مشاور و چند تن از اساتید علم مدیریت و اقتصاد سلامت قرار گرفت و نظرات اصلاحی آنها جهت پوشش اهداف ویژه اعمال گردید. جهت تعیین روایی محتوایی از متغیرهای مندرج در مطالعات انجام شده استفاده شد<sup>(۳، ۸ و ۹)</sup>. برای تعیین پایایی پرسشنامه، تعداد ۲۰ عدد پرسشنامه در خارج از جامعه آماری تکمیل و با آزمون آلفا کرونباخ، ضریب اعتبار پرسشنامه ۰/۸۰ بدست آمد. توصیف و تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از روش‌های آمار توصیفی - تحلیلی و به کمک نرم افزار SPSS11 صورت گرفت.

#### یافته‌ها:

بیشترین توزیع فراوانی سن پدر خانوار با ۴۶/۶٪ مربوط به دامنه سنی ۶۰-۴۰ سال و بیشترین توزیع سنی مادر خانوار با ۴۹/۴۸٪ مربوط به دامنه سنی ۴۰-۲۰ سال بوده است. بیشترین توزیع فراوانی سن سرپرست خانوار نیز با ۴۶/۶۶٪ در مردان ۶۰-۴۰ سال مشاهده شد. بیشترین میزان تحصیلات در پدران خانوار با ۳۵/۵۴٪ و بیشتر مادران خانوارها با ۲۸/۹۴٪ مدرک تحصیلی دیپلم بود. بیشتر پدران خانوار با ۴۴/۳۰٪ کارمند بودند و بیشتر مادران خانوار با ۴۶/۰۶٪ خانه‌دار بودند.

دریافت کنندگان مورد قبول، منطبق با فرهنگ مردم و قابل تحمل از نظر هزینه‌های اعمالی برای جمعیت باشد.<sup>(۵)</sup> انواع دسترسی به سطوح مختلف مراقبت‌های بهداشتی درمانی بطور کلی در ۴ دسته خلاصه می‌شوند: دسترسی جغرافیایی، دسترسی تکنولوژیکی، دسترسی اقتصادی و دسترسی زمانی.<sup>(۶)</sup>

با توجه به تعدد مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی در این شهرستان و تقاضای بسیاری که در بین مردم این شهرستان برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی در دو استان اصفهان و به ویژه یزد وجود دارد، با تعیین الگوی مراجعه مردم به این مراکز و شناسایی اولویت‌های انتخابی آنها می‌توان به علل مراجعات و دلایل انتخاب آنها پی برد. مسئولان و برنامه‌ریزان امر بهداشت و درمان منطقه از این طریق می‌توانند نیازهای درمانی منطقه را شناسایی کرده و با برنامه‌ریزی و اعمال صحیح هزینه‌ها، نیازهای درمانی جمعیت تحت پوشش خود را رفع نمایند. این مساله که به تصمیمات مصرف‌کنندگان در مورد زمان، مکان، و چگونگی جستجوی درمان می‌باشد، در نهایت عاملی مهم در ارتقای عملکرد نظام سلامت محسوب می‌شود، زیرا شناسایی نیاز و تقاضا در یک منطقه و شیوه تصمیم‌گیری مصرف‌کننده باعث افزایش کارایی نظام ارجاع، کاهش ازدحام بیش از حد در مراکز منطقه‌ای و ارائه مراقبت کمتر در جاهای ممکن را به دنبال خواهد داشت.<sup>(۷)</sup> این مطالعه با هدف مطالعه الگوی بهره‌مندی خدمات سلامت در شهر نائین در سال ۱۳۸۸ انجام شد.

#### مواد و روش‌ها:

این پژوهش کاربردی و از نوع توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۳۸۸ انجام شد. در این مطالعه جامعه پژوهش شامل تمام خانوارهای شهر نائین بود که تا تاریخ جمع‌آوری داده حداقل مدت اقامت یک سال در بلوک داشته‌اند. شهرستان نائین به عنوان بزرگترین شهرستان استان اصفهان دارای ۳۷۱۴۶ نفر جمعیت در نقاط شهری است و متوسط بعد خانوار در شهر نائین ۳/۲۳ نفر می‌باشد. بنابراین با استفاده از فرمول

$$n = \frac{p(1-p)^2 z^2}{d^2}$$

و با توجه به اظهارات مسئولین شبکه بهداشت و درمان شهرستان مبنی بر استفاده حدود ۶۰٪ مردم شهر از خدمات موجود در این شهر و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۰/۰۵، تعداد ۳۶۸ خانوار برای این مطالعه محاسبه شد. با احتساب ۱۰٪ عدم پاسخ، ۳۹۰ نمونه برای این مطالعه انتخاب شدند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی سهمیه‌ای استفاده شده است. در این روش برای هر

بیشترین درآمد خانوارها با ۷۲/۳۰٪ بین ۲۰۰.۰۰۰ تا ۵۰۰.۰۰۰ تومان بوده است. بیشترین تعداد خانوارها با ۲۹/۴۸٪ دارای دو فرزند و بزرگترین بعد خانوار با ۵۷/۱۷٪ خانواده های ۲-۴ نفره بودند. بیشتر خانوارها تحت پوشش دو بیمه تامین اجتماعی و خدمات درمانی قرار داشتند و ۴/۶۱٪ خانوارهای مورد مطالعه نیز فاقد هرگونه پوشش بیمه ای بودند. حدود ۹۴/۸۴٪ افراد مورد مطالعه در طول چهار هفته گذشته بیمار شده اند. موارد بیمار شدن در خانوارهای مورد مطالعه در بلوک ۳ بیشتر از بلوک های دیگر بوده است. حدود ۵۱/۲۹٪ خانوارها در طول چهار هفته قبل از مصاحبه در مواجهه با بیماری به خود درمانی اقدام کرده بودند که بیشترین بیماری منجر به خود درمانی (۲۱/۰۲٪) بیماری سرماخوردگی و پس از آن سردرد و سرگیجه با ۱۱/۷۹٪ بوده است. بیشترین علت اقدام به خود درمانی در ۳۴/۸۷٪ خانوارهای مورد مطالعه پیش

بینی خفیف بودن بیماری و پس از آن در ۱۰/۵۱٪ خانوارها عدم اطمینان نسبت به مراکز درمانی شهر نائین عنوان شده است. از میان تمام خانوارهای مورد مطالعه، بیشترین مکان مراجعه شده با ۲۱/۰۹٪ مطب پزشک متخصص در شهر نائین و کمترین مورد مراجعه با ۱/۰۶٪ مراکز درمانی شهر تهران بوده است. به عبارت دیگر به ازای هر ۱۰۰ خانوار در شهر نائین ۳۰/۵۱ خانوار و به ازای ۱۰۰ نفر ۷/۶۲ نفر در زمان مطالعه به مطب پزشک متخصص مراجعه داشته اند. همچنین میزان مراجعه مراکز درمانی سرپائی شهرهای دیگر در طول چهار هفته قبل از مصاحبه ۲۰٪ بوده است، که از این میان بیشترین درصد مراجعه با ۶/۰۲٪ به مراکز درمانی سرپائی شهر اردکان و کمترین درصد مراجعه با ۱/۰۶٪ به مراکز درمانی سرپائی تهران بوده است. (جدول ۱)

جدول ۱: توزیع فراوانی و تعداد دفعات مراجعه خانوارهای مورد مطالعه به مکان های مختلف برای دریافت خدمات سرپائی

مکان های مراجعه برای دریافت خدمات سرپائی	بلوک بهداشتی (بار مراجعه به مراکز)			جمع	متوسط مراجعه به ازای هر ۱۰۰ خانوار در طول چهار هفته گذشته	متوسط مراجعه به ازای هر ۱۰۰ نفر در طول چهار هفته گذشته	درصد فراوانی مراجعه تمام خانواده ها در طول چهار هفته گذشته
	۱	۲	۳				
مطب پزشک متخصص	۳۷	۳۹	۴۳	۱۱۹	۳۰/۵۱	۷/۶۲	۲۱/۰۹
مطب پزشک عمومی	۳۰	۳۲	۳۴	۹۶	۲۴/۶۱	۶/۱۵	۱۷/۰۲
درمانگاه بیمارستان	۱۷	۱۶	۲۹	۶۲	۱۵/۸۹	۳/۹۷	۱۰/۹۹
مطب دندانپزشک	۱۸	۱۷	۲۱	۵۶	۱۸/۹۷	۳/۵۸	۹/۹۲
درمانگاه تامین اجتماعی	۲۱	۱۱	۹	۴۱	۱۰/۵۱	۱/۳۴	۷/۲۶
پلی کلینیک تخصصی	۱۶	۹	۱۴	۳۹	۱۰	۲/۵	۶/۹۱
اورژانس بیمارستان	۱۰	۱۵	۱۳	۳۸	۹/۷۴	۲/۴۳	۶/۷۳
مراکز درمانی شهر اردکان	۱۱	۱۳	۱۰	۳۴	۸/۷۱	۲/۱۷	۶/۰۲
مراکز درمانی شهر یزد	۱۰	۸	۷	۲۵	۶/۴۱	۱/۶۰	۴/۴۳
مراکز درمانی شهر اصفهان	۱۰	۶	۵	۲۱	۵/۳۸	۱/۳۴	۳/۷۲
مراکز درمانی شهر مراکز درمانی شهر میند	۹	۶	۴	۱۹	۴/۸۷	۱/۲۱	۳/۳۶
مراکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی	۲	۳	۳	۸	۲/۰۵	۰/۵۱	۱/۴۱
مراکز درمانی شهر تهران	۴	۰	۲	۶	۱/۵۳	۰/۳۸	۱/۰۶
جمع	۱۹۵	۱۷۵	۱۹۴	۵۶۴			۱۰۰

۱۴ خانوار و همچنین به ازای هر ۱۰۰ نفر در ماه ۳ نفر برای دریافت خدمات بستری به بیمارستان شهرستان مراجعه کرده اند. بیشترین نوع بیمارستان با ۲۸/۲۰٪ مربوط به بیمارستان های دولتی و کمترین مراجعه با ۴/۳۰٪ مربوط به بیمارستان های خیریه بوده است. میانگین وزنی بار مراجعه پدران خانوارها برای دریافت خدمات بستری ۰/۳۳ بار، مادران خانوارها ۰/۳۱ بار و فرزندان خانوارها ۰/۱۸ بار مراجعه در طول دوره مطالعه برآورد شد. بیشترین علل مراجعه برای دریافت خدمات بستری با ۲۵/۲۶٪ مربوط به بیماری های داخلی و عفونی و کمترین علت مراجعه برای دریافت خدمات بستری با ۱/۶۱٪ مربوط به مسمومیت بوده است. بین میزان تحصیلات پدر، میزان تحصیلات مادر، درآمد خانوار، سن پدر، سن مادر، تعداد فرزندان، شغل پدر، شغل مادر، پوشش بیمه خانوار و سکونت در منطقه جغرافیایی با بار تقاضا برای خدمات بستری رابطه معنادار وجود داشت. (p-value  $\leq$  ۰/۰۵).

بیشترین مکان مراجعه شده برای خرید دارو با ۹۰/۹۵٪ داروخانه های شهر نائین و کمترین آن با ۹/۰۵٪ داروخانه های شهرهای دیگر بوده است. بیشترین علت خرید دارو از شهر های دیگر با ۷۳/۵۳٪ موجود نبودن داروهای خاصی در شهر و ۲۶/۴۷٪ به دلیل عدم اطمینان نسبت به داروخانه شهر را عنوان کردند. میانگین وزنی بار مراجعه پدران خانوارها برای خرید دارو ۱/۱۹ بار، مادران خانوار ۰/۸۵ بار و فرزندان خانوارها ۰/۵۲ بار مراجعه در طول دوره مطالعه برآورد شد. بین سن مادر، تحصیلات پدر خانوار، شغل مادر خانوار، سن پدر، تعداد فرزندان، شغل پدر خانواده، درآمد خانوار، بیمه، تحصیلات مادر خانوار و منطقه محل سکونت با خرید دارو به در حدود اطمینان ۹۵٪ روابط آماری معنادار وجود داشت. (p-value  $\leq$  ۰/۰۵). بیشتر خانوارها با ۳۶/۴۱٪ از خدمات سرپائی شهر مطالعه تقریباً راضی، ۲۶/۹۲٪ ناراضی و ۲۵/۹۰٪ کاملاً ناراضی بودند. بیشتر خانوارها با ۳۶/۹۳٪ از خدمات بستری شهروندان ناراضی، ۳۱/۷۹٪ کاملاً ناراضی، و ۲۴/۶۲٪ تقریباً راضی بودند. بیشترین خدمت مورد نیاز از نظر افراد خانوارها با ۱۱/۲۸٪ مربوط به سونوگرافی و کمترین خدمت مورد تقاضا با ۱/۰۲٪ مربوط به اسپیرومتری بوده است. بیشترین مکان مورد تمایل خانوارها برای دریافت خدمات سرپائی با ۳۹/۷۴٪ مراکز درمانی سرپائی شهر نائین، و کمترین مکان مورد تمایل خانوارها برای دریافت خدمات سرپائی با ۵/۳۸٪ مراکز درمانی سرپائی شهر تهران بوده است. بیشترین مکان مورد تمایل خانوارها برای دریافت خدمات بستری با ۳۰/۷۶٪ مراکز درمانی سرپائی شهر یزد، و کمترین مکان مورد تمایل خانوارها برای دریافت خدمات سرپائی با ۱۵/۸۹٪ مراکز درمانی سرپائی شهر تهران بوده است. میزان ترجیح خانوارها برای مراجعه به بیمارستان

بیشترین علت مراجعه برای دریافت خدمات درمانی سرپائی در چهار هفته گذشته در خانوارهای مورد مطالعه بیماری های داخلی و عفونی با ۱۴/۳۶٪ و پس از آن بیماری های کودکان با ۱۲/۷۶٪ و زنان و زایمان با ۱۱/۳۴٪ عنوان شدند. میانگین وزنی بارمراجعه پدران خانوارها برای دریافت خدمات سرپائی ۰/۸۱ بار، مادران خانوارها ۰/۷۸ بار و فرزندان خانوارها ۰/۷۵ بار مراجعه در طول دوره مطالعه برآورد شد. یافته ها نشان داد بین سن پدر، شغل پدر خانوار، شغل مادر خانوار، درآمد، منطقه محل سکونت، سن مادر، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات پدر خانوار، میزان تحصیلات مادر خانوار و نوع پوشش بیمه ای با تقاضا برای دریافت خدمات سرپائی در رابطه معنا دار و مثبت وجود داشت. (p-value  $\leq$  ۰/۰۰۰).

بیشترین مکان مراجعه با ۳۸/۶۵٪ مربوط به آزمایشگاه بیمارستان شهرستان و پس از آن مراکز تشخیصی شهر اصفهان با ۲۶/۱۹٪ و کمترین مکان مراجعه با ۷/۶۶٪ به مراکز تشخیصی شهر میبد در استان یزد بوده است. نکته قابل توجه دیگر این است که در میان بلوک های بهداشتی مورد مطالعه بیشترین بار مراجعه با ۳۳/۳۳٪ متعلق به بلوک ۳ بوده است. بیشترین مکان مراجعه برای دریافت خدمات تشخیصی در خانوارهای بلوک ۳، با ۸۲ بار مراجعه به مراکز تشخیصی شهر اصفهان بوده است. بیشترین خدمت تشخیصی مورد تقاضا از سوی خانوارهای مورد مطالعه با ۴۴/۴۰٪ خدمت آزمایشگاه و کمترین خدمت تشخیصی با ۲/۵۶٪ خدمات تشخیصی نظیر آندوسکوپی و تست ورزش بوده است. بیشترین مراجعه برای دریافت خدمات تشخیصی به ازای هر ۱۰۰ خانواده در ماه ۳۵ بار و به ازای هر ۱۰۰ نفر ۸ بار به آزمایشگاه است. ۵۹/۲۳٪ خانوارهای مورد مطالعه علت عدم مراجعه خود به مراکز تشخیصی داخل شهر را کیفیت خدمات تشخیصی در نائین، و ۱۶/۳۱٪ فقدان برخی آزمایشات در نائین عنوان کردند. میانگین وزنی بار مراجعه پدران خانوارها برای دریافت خدمات تشخیصی ۰/۴۰ بار، مادران خانوارها ۰/۳۵ بار و فرزندان خانوار ۰/۲۰ بار مراجعه در طول دوره مطالعه برآورد شد. در این مطالعه سن پدر، سن مادر، تعداد فرزندان، شغل پدر خانوار، شغل مادر خانوار، منطقه محل سکونت، درآمد خانوار، تحصیلات پدر خانوار، تحصیلات مادر خانوار و پوشش بیمه ای خانوار با تقاضا برای خدمات رابطه معنی دار وجود داشت. (p-value  $\leq$  ۰/۰۵).

از میان خانوارهایی که از خدمات بستری استفاده کرده اند، بیشترین مکان مراجعه شده با ۳۱/۱۸٪ بیمارستان شهرستان و پس از آن با ۱۹/۸۹٪ بیمارستان های شهر اصفهان و ۱۹/۳۵٪ بیمارستان های شهر یزد بوده است. کمترین مکان مراجعه برای دریافت خدمات بستری نیز بیمارستان های شهر تهران با ۲/۲۲٪ بوده است. به بیان دیگر به ازای هر ۱۰۰ خانوار در ماه

بیشترین بیماری منجر به خود درمانی خانوارها، بیماری سرماخوردگی، بیشترین علت اقدام به خوددرمانی به پیش بینی خفیف بودن بیماری و عدم اطمینان نسبت به درمانی در مراکز بهداشتی درمانی شهر گزارش شد که این امر لزوم تدوین برنامه های کوتاه مدت و بلند مدتی را برای تغییر نگرش منفی و عدم اطمینان موجود از طرف مسئولین و سیاست گذاران بهداشتی درمانی منطقه می طلبد و در این راستا مشارکت مردم و مسئولین الزامی است. نتایج مطالعه آصف زاده در سال ۱۹۹۶ نشان داد که ۶۱٪ خانوارهای مورد مطالعه در طول چهار هفته قبل از مصاحبه برخی بیماری ها را تجربه کرده اند، اما از این میان تنها ۹٪ خانوارها در مواجهه با بیماری اقدام به خود درمانی کرده اند. (۸) همچنین در مطالعه مفتون در سال ۱۳۸۵ این رقم حدود ۸٪ برآورد شد. (۳) نتایج مطالعه سیدنی در سال ۱۹۸۹ نشان داد که دلیل اصلی افراد مورد مطالعه برای اقدام به خود درمانی به جای مشاوره با پزشک درک بیمار نسبت به خفیف بودن بیماری بود. اکثریت بیماران برای دردهای عضلانی، مشکلات گوارشی، مشکلات تنفسی، سردرد و مشکلات پوستی به خوددرمانی مبادرت ورزیده بودند. (۱۱) نتایج مطالعه حاضر و مطالعات فوق از نظر نوع بیماری منجر به خود درمانی تا حدودی متفاوت و از جهت علت اقدام به خوددرمانی تا حدودی مطابقت دارند.

در پژوهش حاضر از بین مراکز مختلف مراجعه شده برای دریافت خدمات سرپائی مطب پزشک متخصص با ۲۱/۰۹٪ در رتبه اول مراجعه قرار داشت. به طور متوسط ۳۰٪ خانوارها و ۷٪ افراد برای دریافت خدمات سرپائی از مطب پزشک متخصص استفاده نموده اند. در مطالعه محمودی فر در سال ۱۳۸۲ حدود ۷۲٪ افراد در جمعیت شهری برای رفع نیازهای درمانی سرپائی و بستری خود از مطب پزشکان استفاده کرده اند، در حالی که ۹۵٪ جمعیت روستائی از بیمارستان شهرستان استفاده کرده بودند. (۱۲) عدم همخوانی می تواند به دلیل زمان مطالعه و مکان مطالعه، ویژگی های جمعیت شناختی جامعه مورد مطالعه، دسترسی جامعه به مکان های مختلف و کیفیت ارائه خدمات باشد.

در این مطالعه متوسط مراجعه هر فرد به پزشک عمومی در ماه ۰/۰۹ و در سال ۱/۰۸، متوسط فراوانی مراجعه هر فرد به پزشک متخصص در ماه ۰/۱۲ و در سال ۱/۴۴، و متوسط مراجعه هر فرد به دندانپزشک در ماه ۰/۰۵ و در سال ۰/۶ به دست آمد. در مطالعه نقوی نشان داده شد متوسط بار مراجعه به پزشک عمومی ۲/۲، پزشک متخصص ۱/۲، دندانپزشک ۰/۰۶ بود (۱۳) مطالعه آصف زاده در سال ۱۹۹۶ نشان داد که متوسط بار مراجعه به پزشک عمومی ۲/۳۳، پزشک متخصص ۱/۳۷ و دندانپزشک ۰/۱۰ می باشد. (۸) جباری در مطالعه خود در سال

شهرستان به عنوان تنها ارائه دهنده خدمات بستری در این شهر تنها ۱۰/۷۶٪ بوده است. بیشترین علت ترجیح خانوارها برای دریافت خدمات بستری از شهرهای دیگر با ۲۸/۷۱٪ کیفیت پائین خدمات در شهر بوده است. بیشترین علت عدم مراجعه خانوارها به بیمارستان شهرستان با ۳۱/۷۹٪ کمبود متخصص در این مرکز، و کمترین علت با ۷/۶۹٪ فضای فیزیکی این مرکز بوده است. ۷۱/۰۲٪ خانوارها به دلیل مشاهده مستقیم عملکرد بیمارستان، دیگر تمایلی به مراجعه و استفاده از خدمات این مرکز ندارند. ۲۸/۹۷٪ خانوارها نیز از اطلاعاتی که از دیگران به دست آورده اند، به این نتیجه رسیدند که بهتر است برای استفاده از خدمات درمانی بستری یا حتی سرپائی از خدمات ارائه شده توسط این مرکز استفاده نمایند. از میان خانوارهای مورد مطالعه ۳۵۰ خانواده نظر و پیشنهاد خود را ارائه دادند که در این میان بیشترین پیشنهادات استفاده دائم از متخصصان در پلی کلینیک تخصصی در طول هفته با ۲۰/۵۱٪، حضور دائمی متخصصین مختلف در بیمارستان و آموزش پرسنل در خصوص وظایف محوله با ۱۵/۸۹٪، افزودن بر تعداد متخصصان (متخصص زنان و زایمان، ارتوپدی، فیزیوتراپی، جراحی و ...) با ۱۱/۵۳٪ و پذیرش بیمار جهت آزمایش در تمام ساعات روز با ۸/۲۰٪ بودند.

### بحث و نتیجه گیری:

نتایج مطالعه نشان داد طیف چشم گیری از سرپرستان خانوارها را افراد مسن تشکیل می دادند، لذا برنامه ریزی و ارائه مراقبت های اولیه جهت پیشگیری از بیماری های رایج در دوران کهنسالی، افزایش هزینه های سلامت خانوار و هزینه سازمان های بهداشتی درمانی ضرورت دارد. در این مطالعه بیشتر همسران خانوارها جوان بودند، از آنجا که جوانی برای خانم ها دوران بسیار حساسی به لحاظ باروری محسوب می شود و باید مراقبت های اولیه لازم برای آنها به عمل آید، از طرف دیگر این دامنه سنی نیازهای درمانی ویژه ای می طلبد که بالتبع خدمات خاصی را هم برای آنها و هم برای فرزندان آنها به دنبال خواهد داشت و همچنین وجود مدرک تحصیلی پائین در اکثر والدین خانوارها و به تبع آن پائین بودن اطلاعات دقیق بهداشتی و درمانی به نظر می رسد اطلاع رسانی دقیق و استفاده از فنون آموزش بهداشت، جامعه مورد مطالعه را در راستای ارتقاء سلامتی حمایت نماید و همچنین اطلاعاتی در مورد سیستم های ارائه خدمات بهداشتی درمانی در اختیار شهروندان مورد مطالعه قرار دهد. در مطالعه حاضر در بین خانوارهای مورد مطالعه ۴۸/۷۱٪ خانوارها در مواجهه با بیماری اقدام به خود درمانی ننموده و ۴۶/۱۶٪ خانوارها در برابر بیماری ترجیح داده بودند تا خود درمانی انجام دهند. در پژوهش حاضر

بین رابطه آماری برخی متغیرها را می‌توان به حجم نمونه، زمان مطالعه و مکان مطالعه، جامعه مورد مطالعه، دسترسی به مکان‌های مختلف و کیفیت خدمات ارائه شده نسبت داد. با توجه به آنچه اشاره شد به نظر می‌رسد تلاش سیاست‌گذاری باید بر آگاه‌سازی مردم، تشویق مردم به کسب اطلاعات بهداشتی درمانی، تلاش برای تحت پوشش بیمه قرار دادن آن دسته از افراد فاقد پوشش بیمه‌ای، جلب اطمینان مردم و تغییر نگرش آنها نسبت به مراکز درمانی سرپائی شهر نائین و بهبود عملکرد این مراکز متمرکز شود.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین مکان مراجعه برای دریافت خدمات تشخیصی با ۳۸/۶۵٪ مربوط به بیمارستان شهرستان بوده است. بیشترین خدمت مورد تقاضا برای خدمات تشخیصی، آزمایشگاه با ۴۴/۴۰٪ و رادیولوژی با ۲۴/۹۲٪ بوده است. همچنین متوسط فراوانی مراجعه به مراکز تشخیص طبی در هر فرد در ماه ۰/۱۱ و در سال ۱/۳۲ به دست آمد. البته متوسط فراوانی مراجعه به مراکز تشخیصی شهرهای دیگر در سال ۱/۰۸ به دست آمد. در مطالعه نقوی و همکاران متوسط مراجعه برای دریافت خدمت تشخیصی ۰/۷ (۱۳) و در مطالعه آصف زاده ۱/۲۲ به دست آمد. (۸) از نتایج مطالعات چنین برمی‌آید که هر فرد در سال تقریباً یک بار از خدمات تشخیصی استفاده می‌کند. نتایج حاکی از آن بود که تقاضا برای خدمات تشخیصی با افزایش سن پدر و مادر، افزایش تعداد فرزندان، در پدران و مادران شاغل در ادارات دولتی و سکونت در بلوک بهداشتی ۳ کاهش، و با افزایش درآمد کل خانوار، افزایش میزان تحصیلات پدر و مادر خانوار و استفاده از پوشش بیمه‌ای افزایش می‌یابد.

نتایج پژوهش نشان داد که بیشترین مکان مورد استفاده برای دریافت خدمات بستری با ۳۱/۱۸٪ بیمارستان شهرستان مورد مطالعه بوده است. متوسط فراوانی بستری شدن در شهر نائین به ازای هرنفر در ماه ۰/۳۷ و در سال ۰/۴۴، و در شهرهای دیگر در ماه ۰/۸۳ و در سال ۰/۹۹ به دست آمد. مطالعه آصف زاده در سال ۱۹۹۶ متوسط فراوانی بستری شدن به ازای هر فرد در سال را ۰/۰۵ نشان داد. (۸) نتایج مطالعات مذکور نشان می‌دهد که میزان استفاده افراد از خدمات بستری در طول سال بسیار اندک بوده است. علت این امر را می‌توان به عوامل متعددی نسبت داد. برای مثال هزینه سنگین مراقبت‌های بیمارستانی یکی از عمده‌ترین دلایلی می‌تواند باشد که افراد را نسبت به دریافت خدمات بستری بی‌میل ساخته است. به همین ترتیب است که بسیاری از افراد تنها در صورت بروز واقعه شدید و بحرانی و اورژانسی حاضر به استفاده از خدمات درمانی بستری آن - هم‌علیرغم میل باطنی - می‌شوند. در این بین تقاضا برای دریافت خدمات درمانی بستری با افزایش سطح

متوسط مراجعه به پزشک در جامعه شهری ۱۳۸۰/۱۲/۴۲٪ و در جامعه روستائی ۸/۹۸٪ و به طور کلی متوسط مراجعه به پزشک در استان اردبیل ۱۰/۷٪ محاسبه کرد. (۱۴) نتایج مطالعه حاضر با مطالعات فوق از حیث میانگین بار مراجعات به مراکز مختلف همخوانی ندارد که علت آن را می‌توان در زمان مطالعه، مکان مطالعه، جامعه مورد مطالعه، بزرگی حجم نمونه و تفاوت در هدف‌گذاری پژوهش (برای مثال از تقاضا تعابیر مختلفی شده است) و تفاوت در ویژگی‌های جمعیت شناختی جامعه مورد مطالعه دانست.

مطالعه حاضر نشان داد که بین ویژگی‌های جمعیت شناختی خانوارهای مورد مطالعه و بار تقاضا برای دریافت خدمات سرپائی به طور کلی و همچنین به طور ویژه تقاضا برای دریافت خدمات سرپائی رابطه آماری معناداری وجود داشت. البته ذکر این نکته مهم است که بین برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه و تقاضا برای خدمات سرپائی به طور کلی و تقاضا برای خدمات سرپائی به طور خاص در شهر نائین تفاوت وجود دارد، به گونه‌ای که تقاضای خدمات سرپائی کل در خانوارهای با پدران کارمند کمتر بود اما در مقابل تقاضای خانوارهای با پدران کارمند برای خدمات سرپائی موجود در شهر نائین بیشتر بود. همچنین با افزایش سن مادر تقاضا برای خدمات سرپائی کاهش می‌یابد، اما بر تقاضا برای خدمات سرپائی موجود در شهر نائین افزوده می‌شود. با افزایش تحصیلات پدر و مادر تقاضا برای خدمات سرپائی بیشتر می‌شود، اما به همان اندازه از تقاضا برای خدمات سرپائی موجود در شهر کاسته می‌شود. با افزایش تعداد فرزندان تقاضا برای خدمات سرپائی افزایش می‌یابد، اما تقاضا برای خدمات سرپائی شهر نائین کاسته می‌شود. به نظر می‌رسد با افزایش تحصیلات سرپرستان خانوارها و افزایش بعد خانوار تقاضا برای خدمات سرپائی از شهر نائین به سمت شهرستا‌های استان یزد گرایش پیدا کرده است. مفتون در مطالعه خود در سال ۱۳۸۵ نشان داد که بین جنس و بار تقاضا از نظر آماری رابطه معنی‌دار وجود دارد. همچنین تفاوت معنی‌داری بین فراوانی بار تقاضا برای دریافت خدمات درمانی در مناطق مختلف شهر تهران وجود دارد، به طوری که بیشترین فراوانی در مرکز و شمال شهر تهران مشاهده شد. فراوانی مراجعه و عدم مراجعه (عدم دسترسی) در بین افرادی که برای دریافت خدمات درمانی تقاضا داشته‌اند ارتباطی با جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل و بیمه ندارد. در صورتی که میزان دسترسی در شمال و جنوب تهران تفاوت دارد. (۳) نتایج مطالعه گردهام و جوهانسون در سال ۱۹۹۶ نشان می‌دهد که تقاضا برای سلامت با افزایش درآمد و تحصیلات افزایش و با افزایش سن، در میان مردان و با توجه به شرایط زندگی کاهش می‌یابد. (۹) علت عدم همخوانی

بیماری های زنان و زایمان و موارد جراحی به عنوان شایع ترین علل منجر به بستری شدن در جامعه مورد مطالعه اشاره گردید. (۸) در مطالعه مفتون و همکاران در سال ۱۳۸۱ بیماری های قلبی عروقی بیشترین علت مراجعات بستری عنوان شد. (۳)

بیشترین میزان تقاضا برای خدمات درمانی سرپائی و بستری از مراکز موجود در شهر نائین در میان ساکنین بلوک بهداشتی ۳ مشاهده شد، این در حالی است که همین خانوارها در مواجهه با بیماری مراجعه به مراکز درمانی شهرهای دیگر را ترجیح می دهند. علت این امر را می توان در نگرش منفی که نسبت به مراکز درمانی شهر نائین در جامعه وجود دارد دانست. بنابراین می توان چنین اظهار داشت که تلاش های سیاست گذاری مسئولان باید بر تغییر نگرش جامعه نسبت به مراکز موجود در شهر نائین متمرکز باشد. برای این کار می توان از برنامه های آموزشی مختلف و استفاده از فنون تبلیغاتی سالم که بهترین آن ها " ارائه خدمات با کیفیت بالا " است استفاده نمود. با رعایت این اصل و همچنین ارائه خدمات با کیفیت و کمیت مناسب می توان در بلند مدت شاهد تغییر نگرش موجود و برقراری احساس اطمینان نسبی نسبت به مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی سرپائی و بستری موجود در شهر نائین بود. در پژوهش حاضر بیشترین علت تمایل و ترجیح خانوارها به دریافت خدمات سرپائی و بستری از مراکز درمانی خارج از شهر نائین، به ترتیب به نارضایتی از خدمات ارائه شده و ناکافی بودن خدمات در شهر نائین مرتبط می شد. که کیفیت پائین خدمات، کمبود نیروی متخصص، عدم اطمینان نسبت به خدمات ارائه شده در شهر، برخورد نامناسب کارکنان از جمله موارد مهم نارضایتی خانوارها محسوب می شد. همچنین بیشترین علت تمایل و ترجیح خانوارها به دریافت خدمات تشخیصی از شهرهای دیگر به کیفیت بالای خدمات آن مراکز و فقدان برخی آزمایشات در شهر نائین مربوط بود. همچنین بیشترین علت تمایل و ترجیح خانوارها به دریافت خدمات داروئی از شهرهای دیگر را موجود نبودن داروی خاص و عدم اطمینان نسبت به داروخانه های شهر در راستای تهیه و تدارک دارو تشکیل می دادند. خالصی در سال ۱۳۸۰ در مطالعه خودنشان داد بیشترین علل ترجیح خانوارهای مورد مطالعه به مراجعه برای شهر یزد جهت دریافت خدمات به کمبود پزشک متخصص مجرب در اکثر تخصصها (خصوصاً " زنان و زایمان، ارتوپدی، داخلی، اعصاب و روان و چشم)، عدم رسیدگی مناسب، عدم احترام به شخصیت و حقوق بیمار، آموزشی بودن بیمارستانها، فقدان بیمارستان خصوصی، نارضایتی از نحوه پذیرش، ناآگاهی در زمینه وجود پزشک متخصص مناسب مربوط به بیماریشان در رفسنجان و .... مرتبط بود. (۱۵)

تحصیلات پدر و مادر خانوار و افزایش درآمد کل خانوار کاهش و با افزایش سن پدر و مادر، افزایش تعداد فرزندان، در میان پدران و مادران کارمند، استفاده از پوشش بیمه ای افزایش می یابد.

در مطالعه حاضر ۸۸/۶۱٪ خانوارها از داروخانه های شهر نائین داروهای مورد نیاز خود را تهیه کرده اند. میانگین مراجعه برای خرید دارو ۱/۱۹ بار برای پدر خانوار، ۰/۸۵ بار برای مادر خانوار و ۰/۵۲ بار برای فرزندان خانوار محاسبه شد. متوسط فراوانی خرید دارو به ازای هر نفر در ماه ۰/۲۱ و در سال ۲/۵۲ به دست آمد. در مطالعه نقوی متوسط بار مراجعه برای دریافت دارو ۲/۹ (۱۳) و در مطالعه آصف زاده ۳/۲۰ به دست آمد. (۸) علت عدم همخوانی را می توان به انواع دسترسی، تفاوت در حجم نمونه، تفاوت در ویژگی های جمعیتی، تفاوت در زمان و مکان مطالعه، مخاطرات اخلاقی مصرف کنندگان و تفاوت در نگرش و نسخه نویسی پزشکان به عنوان رابطان کارگزاری سلامت به خاطر موفقیت در بازار رقابت کامل برای جامعه مورد پژوهش و ... عنوان کرد. از نتایج مطالعات بر می آید که تاثیر هر یک از عوامل دموگرافیک بر تقاضا برای خدمات سرپائی، تشخیصی، و بستری متفاوت می باشد. بهتر است که مسئولان ستادی و اجرایی حوزه بهداشت و درمان شهرستان با توجه به تاثیر که هر یک از عوامل جمعیت شناختی بر تقاضا برای خدمات درمانی موجود در شهر دارند، به ویژه عواملی که بر تقاضا تاثیر منفی می گذارند و به دنبال آن سلامتی جامعه را با تهدید مواجه می کنند برنامه ریزی کرده و برای کاهش این تاثیر منفی اقدامات لازم را به عمل آورند. همچنین مسئولان باید تدابیری بیاندیشند تا کمیت و کیفیت خدمات را تا آن جا افزایش دهند تا از سرازیر شدن تقاضا از نائین به شهرهای دیگر جلوگیری کنند. در پژوهش حاضر بیماری های داخلی و عفونی از سوی خانوارهای مورد مطالعه به عنوان شایع ترین مشکلات و بیماری های مطرح شده برای مراجعه به مراکز سرپائی عنوان شدند. در مطالعه آصف زاده در سال ۱۹۹۶ علت عمده مراجعات سرپائی جامعه مورد مطالعه بیماری های داخلی و عفونی عنوان شد. (۸) در مطالعه مفتون در سال ۱۳۸۵ بیماری های آنفولانزا و سرماخوردگی، بیماری های قلبی عروقی و ... بیشترین علل تقاضا و مراجعه افراد برای دریافت خدمات درمانی سرپائی عنوان شده است. (۳) در مورد علل مراجعه به مراکز درمانی جهت دریافت خدمات بستری، بیماری های داخلی و عفونی و بیماری های استخوان و مفاصل و بیماری های زنان و زایمان به ترتیب شایع ترین علل را تشکیل می دادند که این امر ضعف در برنامه ریزی در ارائه مراقبت های پیشگیرانه در سطح اول، دوم ارائه خدمات را می رساند. در مطالعه آصف زاده در سال ۱۹۹۹ بیماری های داخلی و عفونی،



خدمات مطلوب و به تبع آن تغییر در طرز تلقی خانوارها از ارائه خدمات و افزایش میزان رضایتمندی آنها از خدمات موجود در شهر نائین متمرکز نمایند.

در کل می‌توان اظهار داشت شناسایی فاکتورهای مستعد کننده و توانمند کننده و تعیین عوامل اجتماعی-اقتصادی تاثیرگذار بر احتمال دسترسی و دریافت خدمات مراقبت سلامت برای سیاست‌گذاران سلامت شهر در راستای فراهم آوری خدمات سلامت، تخصیص منابع و تسهیل دسترسی و بهره‌مندی حایز اهمیت است.

گراسمن در سال ۱۹۹۹ در مطالعه خود عوامل موثر بر تقاضا برای خدمات بهداشتی درمانی را بیان می‌کند. به عقیده وی باید برای ترسیم مدل صحیحی از تقاضا برای سلامت به متغیرهایی مانند ادراکات و نگرش‌های افراد و ویژگی‌های جمعیت شناختی آنها توجه ویژه‌ای مبذول گردد. (۱۶) با عنایت به نتایج مطالعات فوق و نتیجه مطالعه حاضر چنین بر می‌آید که توجه به ویژگی‌های جمعیت شناختی و نگرش افراد نسبت به خدمات موجود نقش موثری بر تمایل آنها به استفاده مجدد از آن خدمات در مراکز مذکور دارد. به طور کلی می‌توان چنین گفت که مسئولان باید تلاش‌های خود را در راستای تدارک

## References:

- 9-Gerdtham, Magnus Johansson. (1999). New estimates of the demand for health: results based on a categorical health measure and Swedish micro data. Department of Economics, Stockholm School of Economics, Box 6501, S-11383 Stockholm, Sweden.
- 10-Kersnik, Janko. (2008) Self-medication in student.
- 11-Cindy, Lam. (1989). A Study on the Practice of Self-Medication in Hong Kong. *Journal of Social med.* 11 (6) 272-286.
- 12-Mahmoudi-Far Yosef (2006). The role of Shahid Dr. Gholipour hospital in meeting medical needs of people living in Boukan. *Journal of Homay-e Salamat.* Third year, No.16, P.11- 14.
- 13-Taghavi ,M; Jamshidi H: utilizing health care services. *Secretary of Health deputy.* 1383, 204-220.
- 14-Jabbari H; Nashyan F (2007): determining demand for services delivered by physicians in Ardabil province in 2001. *Medical journal of Tabriz University of medical sciences*, volume 29; No1; P.7-11.
- 15-Khalesi, Nader. Reasons cause Rafsanjani's people refer to medical centers in Yazd in 2001. *Quarterly journal of Payesh*; second year; No6; P.21-25.
- 16-Grossman, Michel. (1999). *The Demand For Health: A Theoretical And Empirical Investigation.* National Bureau of Economic Research. Columbia University Press. New York.
- 1-Aeenparast, Afsoon (1999). Articles resented at the conference on health economics, p; 57.
- 2-Grossman Michel. (2004). the demand for health, 30 years later: a very personal retrospective and prospective reflection. *Journal of Health Economics* 23: 629-636.
- 3- Maftoon, Farzaneh; Mohammad, Kazem (2006). Demand load and referring to receive medical services in Tehran city. *Quarterly journal of Payesh*, the fifth year, the second number. P. 140-131.
- 4-Sadaghiani ,Ebrahim (1997). Assessing health care services and hospital standards. Tehran. Moeen publication, P.36.
- 5-Sophie,Witter, health economics for developing countries. Translated by Pourreza (2001). Tehran, planning and management institute, P.55.
- 6-Asefzadeh,Saeed; Rezapour Aziz (2006). *Health care management.* Published by Qazvin University of medical sciences and Hadiseh Emrouz.
- 7-Akbari,Mohammad Esmael et al (2005). *Health system reforms: guidance for equity and efficiency.* First Printing. Tehran. Published by Ibn Sina cultural Institute.
- 8-Asefzadeh,Saeed. (1999). rethinking the health services insurance system: a new model for Iranian railroad households. *Eastern Mediterranean health journal*, 5 (3).27-32.

## Utilization of health care services in the state of Isfahan

Farbod EbadiFardAzar<sup>1</sup>, Aziz Rezapour\*<sup>2</sup>, Parvin Abbasi Broujeni<sup>3</sup> Hosein safari<sup>4</sup>, Mahshid Moeeni Naeeni<sup>5</sup>

Submitted: 8.6.2011

Accepted: 23.10.2011

### Abstract

**Background:** Health care system is a complicated system that needs to harmonized prevention and medical activities. It should be authorized by a management-based organizational structure in social and political conditions. Health programs absolutely should be started by need assessment of people and their demand on the health care services.

**Materials and Methods:** This is an applied study which was conducted in 2009 year. Study samples included community household dwellers that have been lived in the state of Isfahan- Naeen province. Random quota sampling method was used for selecting samples throughout of 3 blocks in health centers which included 130 household dwellers in each block. Statistical methods and SPSS software version (12) were used to this data analyses.

**Results:** According to the results, there was significant correlation between socioeconomic components (age of father and mother in a household, job status, education level of household dwellers, number of children, income amount, and types of insurance and living place) with the outpatient services benefit. There was significant correlation between demographic status with demand in diagnostic, inpatient services, and medicine purchased. Furthermore, the average of referral to GPs, specialist, dentist, pharmacists, and outpatient diagnostic services were 1.08, 1.44, 0.6, 2.52, 1.32 and 0.44, respectively. The average costs for receiving medical services were 366296 RLs in the Naeen city; although, but it was calculated 454585 RLs for receiving medical services in other cities.

**Conclusion:** Regarding dissatisfaction among participated people in this study, availability of inpatient services, interesting to refer to clinics into other cities in order to receive health services and also the negative effect on demand, in other hands, considering efficiency indexes in Naeen's health centers and imposing huge costs and spending long times to receive those services in other cities, it makes health-policy makers give more attention to quality of deliver services through health centers. It is recommended to do more studies in assessing the preventative interventions in level 1 and 2 in the health systems as consider as to common diseases, need assessments of different age groups in society, organizing different target groups in marketing, environmental changes, systematic planning, society training, delivering desirable services to target groups, reducing uncertainty feeling of outpatient, diagnostic and inpatient medical centers in Naeen city.

**Keywords:** Utilization, Demand, Health services

1- Professor Hospital management research center, Tehran university of medical science

2- Ph.D. student in Health Economics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (\*corresponding author)

E-mail: rezapoor\_a57@yahoo.com

3- Public Health Tehran University of Medical Sciences, and Tehran, Iran

4- M.Sc. student in health care management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- M.Sc. student in health care management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.