

## بررسی میزان تقاضا برای خدمات پزشکیان و برخی عوامل موثر بر آن در شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۸۰

نویسندگان: دکتر محمد رضا سلیمانی<sup>۱</sup>،  
محمد الله توکلی<sup>۲</sup>

### خلاصه

مبنای اصلی تمام انواع متدولوژی های بر آورد نیروی انسانی و از جمله پزشک، نیاز و تقاضای جامعه است. هدف این مطالعه تعیین میزان تقاضا و عوامل مرتبط به آن برای خدمات قابل ارائه توسط پزشکان در شهرستان رفسنجان بود.

این مطالعه مقطعی در چهار مرحله و در طی یکسال بر روی ۵۰۰ خانوار شهری و روستایی که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، انجام شد. داده ها توسط پرسشنامه به همراه مصاحبه جمع آوری می شد که پس از کدبندی و وارد نرم افزار spss شده و از آمار توصیفی، آزمون آماری کای اسکور و T-تست جهت تجزیه و تحلیل آنها استفاده شد.

۱۸/۵ درصد کل نمونه ها احساس کسالت داشتند و بین میزان کسالت با سن ( $p=0/000$ ) و جنس ( $p=0/000$ ) رابطه معنی داری وجود داشت. میزان کسالت در شهر و روستا تفاوتی نداشت، اما مراجعه به پزشک ساکنان شهر در صورت داشتن کسالت بیشتر بود. ( $p=0/000$ ) ۲۳ درصد بیماران به پزشک مراجعه نکرده بودند که با محل سکونت ارتباط داشت. ( $p=0/000$ ) ۲/۱ درصد نمونه ها در سه ماه گذشته بستری شده بودند که با محل سکونت ( $p=0/014$ ) و جنس بستری شدگان ساکن روستا ( $p=0/049$ ) رابطه معنی داری داشت. همچنین بین جنس پزشک ترجیحی توسط بیماران با جنس ( $p=0/000$ ) و محل سکونت ( $p=0/000$ ) رابطه معنی داری وجود داشت.

نتایج پیشنهاد می کنند با توجه به مراجعه کمتر روستائیان به پزشک در صورت داشتن بیماری و بستری شدن کمتر آنان، باید مسئولین بهداشتی در زمینه ارتقاء آگاهی و عملکرد بهداشتی روستائیان تلاش بیشتری نمایند و خدماتی نظیر بیمه کامل روستائیان در اولویت قرار گیرد. همچنین با توجه به یافته ها پیشنهاد می شود که جنس در پذیرش دانشجوی پزشکی و در توزیع پزشک در مناطق روستایی و شهری مد نظر قرار گیرد.

کلید واژه: خدمات پزشکی، میزان تقاضا، رفسنجان

### مقدمه:

الگوهای تشکیلاتی خدمات بهداشتی تسریع در ایجاد خدمات بهداشتی، تعیین اولویت ها در خدمات بهداشتی و استفاده بهتر و کارآمدتر از نیروی انسانی است. از مهمترین اجزاء سازماندهی و برنامه ریزی حوزه بهداشتی نیروی انسانی است سایر

برنامه ریزی یک روند بسیار سنجیده، منظم و عینی برای سازماندهی و توزیع منابع با استفاده از اطلاعات مستند است و اساساً ابزار مدیریت برای تامین روشی معقول تر در تصمیم گیری است. از اهداف یک برنامه ریزی دقیق بهداشتی اصلاح

## دکتر محمد رضا سلیمانی، محمد الله توکلی

مبنای اصلی تمام انواع متدولوژی برآورد نیروی انسانی و از جمله پزشک توجه به فاکتورهای عرضه، نیاز و تقاضا است. در این میان مدل نیروی انسانی متکی به تقاضا استفاده واقعی از خدمات را در نظر می گیرد و الگوهای استفاده جاری را با متناسب کردن عواملی از قبیل تغییرات جمعیت و اجزای اجتماعی - بوم شناسی آن، تغییرات پوشش بیمه و تغییرات توان و خواست مردم برای هزینه کردن جهت دریافت مراقبتهای بهداشتی برای آینده است (۴). در واقع نیاز بیشتر به احتیاج ذاتی و انسانی فرد تکیه دارد، در حالیکه تقاضا میزان خواستن و بیان توانایی اقتصادی فرد است. در بحث بهداشت، تقاضا را میتوان با چگونگی استفاده مردم از خدمات بهداشتی برآورد نمود که یکی از معیارهای آن میزان مراجعه افراد جامعه به پزشکان است (۳).

هدف این تحقیق که به پیشنهاد مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی انجام شد تعیین میزان تقاضا برای خدمات قابل ارائه توسط پزشکان در مناطق شهری و روستایی شهرستان رفسنجان بود تا بتوانیم عوامل موثر بر میزان تقاضا را شناسایی نموده و راهکار مناسبی ارائه نماییم.

### مواد و روشها:

این پژوهش یک مطالعه مقطعی بود که بر روی خانوارهای ساکن در مناطق شهری و روستایی شهرستان رفسنجان انجام شد. نمونه های مورد بررسی ۵۰۰ خانوار بودند که ۲۵۰ خانوار آن ساکن روستا و ۲۵۰ خانوار ساکن شهر بود. نمونه گیری به صورت چند مرحله ای انجام شد. انتخاب نمونه های شهری و روستایی به صورت تصادفی بود. بدین منظور ۱۰ خوشه از مناطق شهری و ۱۰ خوشه از مناطق روستایی به طور تصادفی ساده انتخاب شدند. حجم هر خوشه شامل ۲۵ خانوار بود و در هر خانوار کلیه اعضای خانوار وارد مطالعه می شدند. روش جمع آوری اطلاعات بوسیله پرسشنامه به همراه مصاحبه بود و زمان تکمیل هر پرسشنامه حدود ۱۵ دقیقه تعیین شده بود. در افراد زیر ۱۲ سال از مادر در (درجه اول) و پدر و یا سایر افراد (در درجه دوم) پرسشگری صورت می گرفت و در بالای ۱۲ سال خود فرد پاسخگو بود. کلیه مصاحبه ها توسط پرسشگرانی صورت می گرفت که آموزش های لازم را در این زمینه دریافت کرده

زیرساخت های حوزه بهداشتی میتواند ساختار و عملکرد نیروی انسانی را متاثر سازد. در واقع برآورد نیروی انسانی بخصوص نیروهای پزشکی از ابزارهای مهم و اساسی در برنامه ریزی بهداشتی و درمان در هر منطقه است (۳). در کشور ما هم شواهد مازاد پزشک و هم شواهد کمبود پزشک وجود دارد. شواهد مازاد پزشک عبارتند از: عدم رضایت شغلی پزشکان، مراجعه تعداد زیادی از پزشکان در پاسخ به آگهی های استخدام، حضور پزشکان در سایر فعالیتهای و مشاغل، افزایش تقاضا جهت ورود به رشته های تخصصی و غیره... شواهد کمبود پزشک عبارتند از: عدم حضور پزشکان در برخی مناطق، عدم تکمیل کادر پزشکی مورد نیاز شبکه های بهداشت و درمان، پرکاری بعضی پزشکان و... این شواهد، موجب نتیجه گیریهای متناقض در خصوص تعداد پزشک در کشور می شود. بنابراین لازم است برآورد صحیحی از نیروی انسانی پزشک داشته باشیم (۴). با توجه به مطالعات انجام شده تقاضای مردم برای مراقبتهای بهداشتی درمانی به عوامل متعددی بستگی دارد و میزان ابتلاء به بیماری، خصوصیات فرهنگی و جمعیت شناسی، عوامل اقتصادی، سن، جنس و خصوصیات خانوادگی (از جمله تاهل، تعداد اعضای خانواده، سطح سواد از جمله این عوامل است (۸،۱)) به نسبت سن افراد احتمال بیمار شدن افزایش یافته و الگوی ابتلاء به بیماری نیز تغییر می کند هزینه های پزشکی و بهداشتی زنان با وجودی که ابتلاء به بیماری و مرگ و میر زنان نسبت به مردان در همه سنین و همه علل مرگ کمتر است، بیشتر می باشد (۸،۱) همچنین بررسیهای اخیر نشان داده اند که میزان تقاضا برای خدمات پزشکی با افزایش سطح آگاهیهای مردم روز به روز فزونی می یابد (۱۴).

از عوامل اقتصادی اثرگذار بر تقاضا برای خدمات پزشکی هزینه خدمات بهداشتی درمانی، (ارقاء فرهنگ مراجعه جهت دریافت خدمات بهداشتی و درمانی) وجود یا عدم وجود بیمه می باشد که منجر به کاهش تقاضا می شوند. همچنین روستا به لحاظ ویژگیهای خاص روستا مانند فقر عمومی حاکم بر اکثر روستائیان، انزوای جغرافیایی و میزان آگاهی آنان از سلامتی و بهداشت، عواملی هستند که میزان درخواست خدمات بهداشتی درمانی را تحت تاثیر قرار می دهد. (۶،۷)

## بررسی میزان تقاضا برای خدمات پزشکان ...

زیر ۲۰ سال و سپس بالای ۵۰ سال بوده است. آزمون آماری تفاوت معنی داری بین سن و احساس بیماری نشان داد. ( $p=0/000$ ) میانگین سن بیماران ۳۴/۸ سال و افراد سالم ۲۴/۶ سال بود. بین ساکنان شهر روستا از نظر سن و ابتلا به بیماری هیچ تفاوت معنی داری مشاهده نشد. نوع کسالت در ۲۶/۲ درصد موارد سرماخوردگی، ۶٪ سردرد، ۴/۸٪ ناراحتی قلبی، ۲/۵٪ در صد ناراحتی معده، ۲/۲٪ ناراحتی کلیه، ۷/۸٪ مشکلات زنان و زایمان ۷/۲٪ شکستگی ها و مابقی راسایر کسالتها هر کدام با درصد اندکی تشکیل میدادند.

از نظر نوع کسالت بین ساکنان شهر و روستا پس از کنار گذاشتن سرماخوردگی (شایعترین کسالت) و کسالت های با درصد اندک، اختلاف معنی داری مشاهده شد به گونه ای که از صد درصد موارد هر کدام از کسالت های زیر در جامعه شهری و روستایی به ترتیب در دست و پا ۲۲/۹٪ و ۵۷/۱٪، فشارخون ۶۷/۴٪ و ۳۲/۶٪، کمردرد ۵۹/۸٪ و ۴۰/۲٪، ناراحتی های قلبی ۵۲/۳٪ و ۴۶/۷٪، اعصاب ۳۸/۴٪ و ۶۷/۶٪، چشم ۳۴/۴٪ و ۶۵/۶٪، کلیوی ۶۴/۷٪ و ۳٪، معده ۲۲/۳٪ و ۶۶/۷٪، پوست ۴۰٪ و ۶۰٪ و تنفسی ۱۶٪ و ۸۴٪ را تشکیل می داد.

از مجموع افرادی که شکایت از کسالت داشتند ۶۷٪ به پزشک مراجعه داشتند که این شاخص در ساکنان شهر ۷۴/۱٪ و در روستا ۵۹/۷٪ بود و میزان مراجعه در ساکنان شهر به طور معنی داری بیشتر از روستائیان بود ( $p=0/000$ ). هر چند شکایت از کسالت در خانمها بیشتر از آقایان بود، اما از نظر مراجعه به پزشک اختلاف معنی داری بین دو جنس وجود نداشت. ۲۳٪ افرادی که شکایت از کسالت داشتند به پزشک مراجعه

بودند. نمونه ها در چهار مرحله و در طی یکسال (۱۳۸۰) در دو هفته اول اولین ماه هر فصل مورد بررسی قرار گرفتند. به منظور اطمینان از حضور همه اعضای خانوارها پرسشگری در عصرها صورت می گرفت. با این وجود، در صورتی که اگر عضوی از خانوارها در هنگام پرسشگری در خانواده حاضر نبود، در هفته سوم تا سه بار مراجعه پرسشگران لکه گیری (پرسشگری مجدد) صورت می گرفت؛ و در غیر اینصورت فرد غایب از نمونه ها حذف می گردید. متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه عبارت بودند از: وجود کسالت در ۲ هفته اخیر، نوع کسالت، مراجعه به پزشک، جنس و تخصص پزشک، علل عدم مراجعه به پزشک، جنس ترجیحی پزشک، بستری در ۳ ماه گذشته، بخش و مدت بستری و جنس پزشک معالج و علل عدم بستری. اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه و مصاحبه وارد نرم افزار spss شده و از روشهای آمار توصیفی جهت تعیین فراوانی نسبی و از آزمون کای اسکوئر جهت تجزیه و تحلیل متغیرهای اسمی و از تست t مستقل جهت مقایسه میانگین ها استفاده شد.

### یافته ها:

جدول ۱ مشخصات افراد شرکت کننده در مطالعه را نشان می دهد. مطابق جدول از نظر حجم نمونه جنس و سن افراد شرکت کننده هیچ اختلافی بین ساکنان شهر و روستا وجود ندارد و دو گروه با هم جور هستند. بر اساس جدول ۱، ۱۷۵٪ کل نمونه ها در دو هفته گذشته از وجود کسالت شکایت داشتند که این شاخص بین ساکنان شهر و روستا اختلاف معنی داری ندارد. از نظر تفاوت جنسی در مجموع ۱۴/۹٪ مردان و ۲۲/۳٪ زنان احساس کسالت داشتند و آزمون آماری کای اسکوئر نیز اختلاف معنی داری بین زنان و مردان از نظر بیماری نشان داد ( $p=0/000$ )، که در شهر ۶۰/۷٪ افراد دچار کسالت رازنان و ۳۹/۳٪ را مردان و در روستا ۵۶/۵٪ رازنان ۴۳/۵٪ را مردان تشکیل میدادند که هم در شهر و هم روستا بیشترین افراد دچار کسالت رازنان تشکیل میدادند و این اختلاف هم در شهر و هم روستا معنی دار است ( $p=0/049$ ).

جدول ۱: مشخصات افراد شرکت کننده در مطالعه به تفکیک شهر و روستا

مشخصات	روستا	شهر	کل
نویست	۴۲۱۲	۴۲۳۵	۸۴۶۴
حجم نمونه (%)	۵۰/۳٪	(۴۹/۷٪)	(۱۰۰٪)
جنس (%) مذکر	۵۱/۸٪	۵۰/۶٪	۵۱/۲٪
جنس (%) مؤنث	۴۸/۲٪	۴۹/۴٪	۴۸/۸٪
میانگین سن	۲۶/۸۴	۲۶/۱۴	۲۶/۵
وجود کسالت (%)	۱۸/۴٪	۱۸/۶٪	۱۸/۵٪

نکرده بودند که این شاخص در دو جنس تفاوتی نداشته اما در روستا بیشتر از شهر بود. به گونه ای که ۲۵/۹٪ ساکنان شهر ۴۰/۳۶٪ ساکنان روستا به پزشک مراجعه نکرده بودند ( $p=0/000$ ) علل عدم مراجعه

میزان کسالت در گروه های مختلف سنی در کل نمونه ها در جدول ۲ نمایش داده شده است. بیشترین کسالت در گروه سنی

دکتر محمد رضا سلیمانی، محمد الله توکلی

میانگین مدت زمان بستری بر اساس گزارش بیماران ۵/۲ روز بوده است. ۷۹/۸٪ افراد بستری در بیمارستان توسط پزشک مرد و ۲۰/۲٪ توسط پزشک زن ویزیت شده بودند. از افرادی که توسط پزشک توصیه به بستری شدن شده بودند ۲۲٪ بستری نشده بودند که علت آن در ۴۳/۵٪ نداشتن پول، ۲۶٪ نداشتن دفترچه بیمه، ۱۳٪ عدم اطمینان به بیمارستان، ۸۷٪ نداشتن وقت و ۸۷٪ بهبودی خودبخودی بود.

در مقایسه بین فصول مختلف بیشترین درصد ابتلا هم در شهر و هم روستا در فصل پاییز بوده است. ابتلا به بیماری در فصول بهار، تابستان، پاییز و زمستان در شهر بترتیب ۲۶/۶٪، ۲۴/۶٪، ۲۸/۴٪ و ۲۰/۴٪ و در روستا بترتیب ۲۵/۹٪، ۲۵/۲٪، ۲۹/۹٪ و ۱۹٪ بود که در صدا ابتلا در هر فصل بین شهر و روستا اختلاف معنی دار نداشت.

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که در مجموع ۱۷/۵٪ کل نمونه های این پژوهش در هنگام بررسی احساس کسالت داشته و زنان به

در ۳۵/۴٪ موارد نداشتن پول، ۱۷/۵٪ بهبودی خودبخودی ۱۷/۱٪ نداشتن دفترچه بیمه ۱۲/۲٪ نداشتن وقت کافی، ۶/۸٪ عدم وجود پزشک در محل زندگی، ۵/۶٪ عدم اطمینان به پزشکان موجود و ۴/۶٪ مراجعه به افراد غیر پزشک بود. فراوانی علل عدم مراجعه به پزشک در شهر و روستا باهم اختلاف معنی داری نداشتند. در بررسی که به تفکیک مراجعه به نوع تخصص پزشک صورت گرفت، ۵۰/۴٪ به پزشک عمومی ۲۲/۹٪ به متخصص داخلی، ۶/۱٪ به متخصص اطفال، ۴/۱٪ به متخصص ارتوپدی، ۴٪ به متخصص زنان و زایمان، ۳/۹٪ به متخصص جراحی، ۳/۱٪ به دندانپزشک و مابقی به سایر متخصص ها مراجعه کرده بودند. در میزان مراجعه به هر کدام از تخصص های فوق اختلافی بین ساکنان شهر و روستا وجود نداشت.

از مراجعه کنندگان به پزشک ۷۹٪ به پزشک مرد و ۲۱٪ به پزشک زن مراجعه کرده بودند. در حالیکه ۵۴/۸٪ نمونه ترجیح می دادند که به پزشک مرد ۳۲٪ به پزشک زن مراجعه کنند و ۱۲/۲٪ جنسیت پزشک برایشان مهم نبوده است. در مورد جنس ترجیحی پزشک ۹۰/۹٪ مردان شهری و ۹۵/۳٪ مردان روستایی تمایل به مراجعه به پزشک مرد داشتند که این اختلاف در شهر و روستا معنی دار بود ( $p=0/000$ ). در حالیکه ۵۷/۶۵٪ زنان شهری و ۸۴/۱۸۵٪ زنان روستایی تمایل به مراجعه به پزشک زن داشتند و مابقی تمایل به مراجعه به پزشک مرد داشتند که این اختلاف نیز در شهر و روستا معنی دار است ( $p=0/000$ ).

۲/۱٪ نمونه ها در ۳ ماه گذشته در بیمارستان بستری شده بودند. این میزان در شهر ۲/۵٪ و روستا ۷/۸٪ بوده که این اختلاف معنی دار است ( $p=0/014$ ). در شهر ۵/۷۹٪

بستری شدگان را زنان و در روستا ۶۵/۳٪ بستری شدگان را زنان تشکیل می دهند که این تفاوت جنسی در بستری شدگان فقط در روستا معنی دار است ( $p=0/049$ ). همچنین، بین سن و بستری شدن همان گونه که در جدول ۳ آمده است رابطه معنی داری وجود دارد ۳۶/۲٪ ( $p=0/000$ ). بستری شدگان در بخش جراحی، ۳۲/۲٪ در بخش داخلی، ۱۴/۷٪ در بخش زنان، ۶/۲٪ در اورژانس، و ۱۰/۷٪ در سایر بخش ها بستری شده بودند. فراوانی بخش های بستری شده در شهر و روستا باهم اختلاف معنی داری ندارد.

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه ها بر حسب سن و احساس بیماری در دو هفته گذشته

سن (سال)	احساس بیماری					جمع
	بسیار بیشتر	۴۰-۵۰	۳۰-۴۰	۲۰-۳۰	زیر ۲۰	
بد	۴۲۷ ۲۷/۳٪	۱۷۱ ۱۰/۹٪	۲۱۹ ۱۴٪	۲۰۳ ۱۲٪	۵۴۴ ۳۴/۸٪	۱۵۶۴ ۱۰۰٪
خیر	۵۸۵ ۳۸/۵٪	۵۰۴ ۳۱/۳٪	۹۷۰ ۶۱/۱٪	۱۲۴۰ ۷۸٪	۳۵۹۹ ۲۲/۲٪	۶۸۹۸ ۱۰۰٪

ازمون آماری کای اسکور اختلاف معنی داری بین سن و احساس بیماری نشان می دهد ( $P=0/000$ )

طور معنی داری بیشتر از مردان (بیش از ۷۵ برابر) احساس کسالت می کنند. بیشترین میزان کسالت در گروه های سنی زیر ۲۰ سال و بالای ۵۰ سال بوده و بین سن و احساس کسالت رابطه معنی داری وجود دارد ( $p=0/000$ ). محسنی (۱۳۷۲) گزارش می دهد که وجه نظر یا طرز فکر زن و مرد نسبت به بیماری متفاوت است، به گونه ای که وقتی از افراد در مورد محتوای بیماری سوال می شود حالتی مانند تغییر خلق و خوی، تظاهر خارجی بیماری، تب و خستگی در میان زنان بیشتر مورد تأکید

از یافته‌های دیگر این پژوهش تمایل بیشتر و معنی دار قریب به اتفاق مردان ساکن روستا به پزشک مرد و زنان ساکن روستا به پزشک زن در مقایسه با شهر بود. ( $P=0/000$ ) با این وجود، زنان ساکن هم شهر و هم روستا تمایل بیشتری به پزشک مرد در مقایسه با تمایل مردان ساکن شهر و روستا نسبت به پزشک زن داشتند، و این تمایل بیشتر در زنان شهرنشین درصد بیشتری را تشکیل می‌داد (۴۲/۴٪ در مقایسه با ۱۵/۲٪). این در حالی است که میزان پذیرش دانشجوی در رشته‌های پزشکی روند معکوسی داشته و اکثر پذیرفته شدگان را دانشجویان دختر تشکیل می‌دهند. (۲). به عنوان مثال در پذیرش سال ۸۰ دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان تنها ۱۵٪ دانشجویان را پسر تشکیل می‌داد. در مطالعه‌ای که توسط هاوول و همکاران (۲۰۰۲) بر روی ۶۷ زن بستری پس از زایمان به منظور تعیین جنس ترجیحی پزشک مورد نظر و ارتباط آن با رضایت بیماران انجام شد، نتایج نشان داد که اکثر زنان (۵۸٪)

قرار می‌گیرد و حال آنکه مردان به حالاتی نظیر تغییر روابط با دیگران، عدم فعالیت اقتصادی و درد و ناراحتی بیش از دیگران تکیه می‌کنند. بنابراین آنچه بیماری نامیده می‌شود بر حسب جنس، نوع جامعه و مراحل توسعه آن متفاوت می‌شود (۶). احتمالاً اختلاف میزان کسالت در زنان و مردان ناشی از عامل فوق می‌تواند باشد، چرا که حتی پس از میزان کنترل نقش سن باز هم این اختلاف معنی دار بود.

نتایج این پژوهش نشان از مراجعه بیشتر ساکنان شهر در صورت داشتن احساس کسالت به پزشک و مراکز درمانی در مقایسه با ساکنان روستا داد (۷۴/۱٪ در مقایسه با ۵۹/۷٪) هر چند شکایت زنان از کسالت بیشتر از مردان بود، اما از نظر مراجعه به پزشک با یکدیگر تفاوتی نداشتند. مهمترین علل عدم مراجعه را به ترتیب نداشتن پول، بهبودی خود بخودی و نداشتن دفترچه بیمه تشکیل می‌داد. در بررسی که محسنی (۱۳۶۴) در روستاهای

ایران انجام داده است نشان از دخالت عوامل ساخت ذهنی روستائیان بویژه جبرگرایی آنان در زمینه آگاهی‌های بهداشتی است، به گونه‌ای که ۴۴٪ آنان بر این نظر بودند که جلوگیری از بیماریها غیر ممکن است. ضمناً در مانهای سنتی در اغلب مناطق روستایی بسیار رایج است (۶)، و می‌تواند در کاهش مراجعه روستائیان به پزشک موثر باشد. در مجموع عواملی نظیر کم سوادی و بی سوادی، فقر عمومی حاکم بر روستائیان، انزوای جغرافیایی و محدودیت ارتباطات فرهنگی سبب می‌شود که دانش جامعه روستایی از

بهداشت و سلامتی چهره‌ای خاص داشته و آگاهی‌ها و رفتارهای بهداشتی انطباق لازم را با موازین بهداشتی نداشته باشد (۶). بنابراین میزان مراجعه به پزشک در این پژوهش بعنوان یک رفتار بهداشتی احتمالاً تحت تأثیر عوامل اثرگذار فوق در ساکنان روستا قرار گرفته است. همچنین در بررسی توسط منک و همکاران (۲۰۰۱) در کانادا در خصوص میزان مراجعه رسمی (از طریق سیستم بهداشتی) و غیررسمی بیماران صورت گرفت، نتایج نشان داد که مراجعه غیررسمی به پزشک در روستائیان در مقایسه با ساکنان شهر که ۳۸٪ است، بسیار بیشتر بوده و حدود ۶۰٪ می‌باشد (۱۱).

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی بستری شدگان بر حسب سن

جمع	۱۰ و بیشتر	۵-۱۰	۱-۵	۳۰-۴۰	۲۰-۳۰	زیر ۲۰	جمع
۱۸۰	۳۵	۲۳	۱۴	۳۱	۳۸	۳۹	جمع
۱۰۰٪	۱۹/۴٪	۱۲/۸٪	۷/۸٪	۱۷/۲٪	۲۱/۱٪	۲۱/۷٪	بلی
۸۲۸۱	۵۹۹	۳۵۵	۶۶۱	۱۱۵۷	۱۴۰۵	۴۱۰۴	جمع
۱۰۰٪	۷/۲٪	۴/۳٪	۸٪	۱۴٪	۱۷٪	۴۹/۶٪	خبر

آزمون آماری کای اسکور اختلاف معنی دار بین سن و میزان بستری شدن نشان می‌دهد ( $p=0/000$ )

در مورد جنس پزشک نظری نداشته و پزشک زن را ترجیح نمی‌دهند. شیوه برقراری ارتباط، تعامل بین فردی و حاذق بودن پزشک از معیارهای مهمتر انتخاب پزشک نسبت به جنس او بود (۹). از طرف دیگر، روتر و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای که به منظور بررسی ارتباط جنس پزشک و رضایت بیمار در اولین ویزیت مراقبتهای دوران بارداری انجام دادند، نتیجه گرفتند که جنس پزشک بر رضایت بیمار تأثیر دارد و با وجودی که طول مدت ویزیت پزشکان مرد طولانی تر بود، مراجعین (زن) از پزشکان زن راضی تر بودند (۱۳). بنابراین عواملی نظیر فرهنگ، اعتقادات، تحصیلات و محل سکونت احتمالاً بر انتخاب جنس

الگوی بستری شدن افراد پیر در بیمارستان در ژاپن انجام شد، نتایج نشان داد که هیچ تفاوتی بین زنان و مردان از نظر بستری شدن وجود ندارد، اگرچه زنان کمتر بستری شده بودند و (۱۲). بنابراین احتمالاً فاصله روستا تا شهر (بیمارستان)، کم اهمیت جلوه دادن بیماری توسط ساکنان روستا، مسائل و مشکلات مالی و نداشتن جا و مکان، نداشتن دفترچه بیمه و بیمه روستایی، و تاخیر و یا تعلیق کار و حرفه کشاورزی و دامداری (بخصوص در مورد مردان) ممکن است در بستری شدن کمتر روستائیان و بخصوص مردان در مطالعه مانعش داشته باشد.

در پایان، نتایج این پژوهش پیشنهاد می کنند با توجه به مشکل مراجعه کمتر روستائیان به پزشک در صورت داشتن بیماری و بستری شدن کمتر آنان، باید مسئولین و کارکنان بهداشتی در زمینه ارتقاء آگاهی، دانش و عملکرد بهداشتی روستائیان تلاش بیشتری نموده و برنامه ریزان بهداشتی خدماتی نظیر بیمه کامل روستائیان را در اولویت قرار دهند. همچنین با توجه به یافته های مربوط به مراجعه کنندگان به پزشک همجنس، بخصوص در ساکنان روستا، و در مجموع تمایل بیشتر به پزشک که مرد (بخصوص در شهر) پیشنهاد می شود که جنس در پذیرش دانشجوی پزشکی و در توزیع پزشک در مناطق روستایی و شهری مدنظر قرار گیرد.

#### تشکر و قدردانی:

نویسندگان از مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بخاطر پیشنهاد انجام طرح، تقبل هزینه و راهنمایی های ارزنده ای که در انجام این مطالعه داشته اند تشکر و قدردانی می نمایند. همچنین از معاونان محترم آموزشی، بهداشتی، و واحد بهداشت خانواده دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان بخاطر همکاری در اجرای طرح تقدیر و تشکر می نمایم.

از جناب آقای دکتر احمدی که در ویراستاری مقاله مساعدت فرمودند و سرکار خانم خیرالنساء ملاحسینی که زحمت تایپ مقاله را کشیدند تشکر و قدردانی می شود.

پزشک مورد نظر در این مطالعه ممکن است تاثیر گذاشته باشند. ۲/۱٪ نمونه های پژوهش در سه ماه گذشته (در هنگام بررسی) بستری شده بودند و یکی از یافته های مهم بستری شدن بیشتر ساکنان شهر (۷۴ برابر) در مقایسه با ساکنان روستا بود. (p=۰/۰۱۴) میزان بستری شدن در زنان و مردان ساکن شهر تفاوتی نداشت، ولیکن در ساکنان روستا در زنان بیشتر از مردان بود (۶۵/۳٪ در مقایسه با ۲۴/۷٪، p=۰/۰۴۹) به عبارتی مردان روستایی کمتر بستری شده بودند. لوگان (۱۹۸۸) گزارش می دهد که میزان استفاده ساکنان روستا از خدمات بهداشتی درمانی تحت تاثیر تعریف بیماری و توان مالی آنان قرار می گیرد به عبارتی از دیدگاه ساکنان روستا بیمار کسی است که فعالیت و کار او مختل شده است (بخصوص مردان) و به عنوان مثال، فرد با فشار خون بالا بیمار محسوب نمی شود مگر اینکه با سگته مغزی یا قلبی مواجه شده و مراجعه کند. از طرفی روستائیان مشکلات خود را به دو دلیل کم اهمیت جلوه می دهند، که ممکن است در کاهش بستری شدن آنان تاثیر بگذارد: اول اینکه، فکر می کنند کسالت آنان آنقدر مهم نیست که با پزشک در میان گذاشته شود و دوم اینکه، به منظور کاهش هزینه ها و بار مالی ناشی از درمان بیماری، مشکلات خود را بیان نمی کنند و یا کم اهمیت جلوه می دهند (۵). در مطالعه ای که توسط هیلستد و همکاران (۱۹۹۵) به منظور مقایسه میزان بستری شدن و پذیرش اورژانس در بیمارستانهای شهر و روستا (ناحیه) انجام شد، نتایج نشان داد که میزان بستری شدن به دلایل اجتماعی در بیمارستانهای شهری ۱۳٪ و در بیمارستانهای روستایی (ناحیه ای) ۳٪ کل مراجعین را تشکیل می داد (۱۰). همچنین در مطالعه دیگری که توسط استریپ و همکاران (۱۹۹۱) به منظور مقایسه استفاده از خدمات اورژانسی پزشکی در شهر و روستا در طی یکسال انجام شده، نتایج نشان داد که در روستا اکثر (۷۰٪) مراجعان را افراد پیر و در شهر ۳۸٪ را افراد پیر تشکیل می دادند. به عبارتی در سن زیر ۶۰ سال میزان مراجعه ساکنان روستا به مراتب کمتر از ساکنان شهر بود. همچنین در روستا (ونه در شهر) نوع بیماری و محل ارائه خدمات اورژانسی در میزان استفاده از خدمات تاثیر داشته اند (۱۴). در مطالعه دیگری که توسط میاماتا و همکاران (۱۹۹۷) به منظور تعیین

منابع:

9- Howell E A, Gardiner, B. concato j., "Do women prefer female obstetricians? ", *obestet Gynecol*, 2002, 99(6), pp: 1031-5.

10- Histeld jc, Evald T., Elbrond R., et al, "Acutr admissions to medical departments. a comprehension between an urban and rural district", *Dan. med. bull.*, 1995, 42(4): PP: 371-3.

11- Menc V., Black C., Roos N., et al, "what is the potential for formal patient registration in canadian primary care? " *j. Health serv. Res. Policy*, 2001, 6(4), PP: 202-6.

12- Miyamata T., Mikuni K., Kuso y., et al. "Patterns of hospitalization and non hospitalization of elderly on individual data of total number of day hospitalized", 1997, 44(6), 481-7.

13- Roter DL., Geller G., Bernhardt B.A., et al, "Effects of obstetyican gender on communication and patient satisfation", *obestet. Gune col.*, 1999, 93(5), pp: 635-41.

14- Stripe S.C, Susman j., "A rural - Urban comparison of prehospital emergency medical serrices in Nebraska., *j. Am. Board. farm. pract.*, 1991, 4(5), PP: 313-318.

15- Vip P.s, Law C.L. "Assessment of the future resources and needs for hospitalization in Hong Kong special Administrative District" *International j. Health plann manage*, 17(2), 2002, pp: 113-122.

۱- آصف زاده-س، اقتصاد و بهداشت، تهران، انتشارات دانش امروز، ۱۳۷۱، ص: ۹۸-۹۶

۲- بیک آموزش، خیرنامه معاونت آموزشی و امور دانشگاهی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شماره ۸، ۱۳۸۱، ص: ۹.

۳- صادقی حسن آبادی، ع: کلیات بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی فارس، چاپ ششم ۱۳۷۳. ۸۷-۸۵، ۷۶-۷۳.

۴- علاءالدینی ف و همکاران، مروری بر برنامه ریزی نیروی انسانی پزشکی و روشهای برآورد تعداد پزشک مورد نیاز، دبیر خانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، ۱۳۷۹، ص: ۹۵-۸۲.

۵- لوگان، ب، پرستاری بهداشت جامعه "خانواده محور". ترجمه شفیقه هروآبادی و همکاران، تهران، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۲، ص: ۳۹۵.

۶- محسنی، م، جامعه شناسی پزشکی و بهداشت، چاپ چهارم، تهران: انتشارات طهوری، ۱۳۷۲، ص: ۶۷-۶۰.

7- Birdwell, S.W, et al, "identifying care needs of rural ohio citizens: and evaluation of a two-stage methododology", *j. Rural Health*, 12(2), 1996, pp: 130-136.

8- Gaon c.j, Napolitano L.M, Pasquale M., "A state-wide population- based study of intitution study", *j. Am coll. Surg.*, 195(1), 2002, pp: 11-18.

## Abstract

### A survey on the demand rate for medical services and related factors in Rafsanjan in 2001

**Authors:** Soleimani, M.R. <sup>1</sup> . Tavakoli, M <sup>2</sup> .

**Introduction and Goal:** the main goal of all methodologies in evaluating human services such as physicians is based on necessity, supply and demand. The goal of this study was to determine of the rate of demand and related factors for medical services in Rafsanjan.

**Materials and Methods:** This cross sectional study was completed in four steps in one year and on five hundred rural & urban families which were selected randomly. Data was collected by questionnaire and interview ;and they were entered to the spss. For data analysing descriptive statistics , Qui-square test and T-test were used.

**Results:** 18.5% of all samples felt ill and there was a significant relationship between the rate of illness with age ( $p=0.000$ ) and gender ( $P=0.000$ ). there was no difference between the rate of illness in urban and rural areas but people in urban areas visited the physician more than rural area ( $p=0.000$ ). 23% of the patients didn't refer to the physicians that had relationship with their place of living ( $p=0.000$ ). 2.1% of samples had been hospitalized in the last three months and there was a significant relationship between the residential location and gender of the people in rural areas ( $p=0.049$ ). there was a significant relationship between the preferred gender of the physician with gender ( $p=0.000$ ) and residential location ( $p=0.000$ ) of the patients.

**Conclusion:** the results suggest that regarding the problem of rural people referring to physicians and their hospitalization rate, health care workers should try harder for promoting the rural people's knowledge and practice. Furthermore, services such as full insurance should be top priority in rural areas. Based on the findings it was also suggested that the gender of medical students should be taken into the consideration when they are admitted to the universities and when physician are chosen for their practice distributed to are selected to the rural and urban areas.

**Key words:** Medical services, Human services evaluation

1) Ophthalmologist & Assistant professor in Rafsanjan University of medical Sciences.  
2) Academic member in Rafsanjan University of medical Sciences