مسئولیت سلامت افراد جامعه به عهده کیست: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران

فرزانه مفتون: * دانشیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
فرانک فرزدی: دانشیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
افسون آیین پرست: استادیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
سید علی آذین: استادیار پژوهش، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
سپیده امیدواری: استادیار پژوهش، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
کتایون جهانگیری: استادیار پژوهش، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
ژیلا صدیقی: دانشیار پژوهش، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
مهدی عبادی: مربی پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
علی منتظری: استاد پژوهش، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
مریم سادات وحدانی‌نیا: مربی پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش
سال دهم شماره سوم تابستان ۱۳۹۰ صص ۳۵۳-۳۴۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۵/۲۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۲۳ مرداد ۱۳۸۹]

چکیده

ارتقای سطح سلامت آحاد جامعه اهداف مهم نظام سلامت هر کشوری را تشکیل می‌دهد. در این رابطه حقوقی که به مردم تعلق می‌گیرد، بخشی از وظایف و مسئولیت‌های نظام سلامت را مشخص می‌نماید. اما نکته بارزی که می‌تواند موضوع استفاده از خدمات سلامت را دچار چالش نماید مسئولیت افراد جامعه در قبال سلامت خود است. سازمان‌های بیمه گسترده‌ای وجود دارند که برخورداری از منافع آنان و پوشش بیمه‌ای مربوط منوط به این امر است که بیمار مسئولیت‌هایی را به انجام رساند. عدالت اجتماعی و صرف منابع جهت ارائه خدمات بهداشتی از منظر تئوری‌های مختلف منجر به تفاوت هایی در لحاظ مسئولیت سلامت برای افراد جامعه می‌شود، به طوری که بسته خدمات اساسی سلامت برای افراد جامعه و فرآیندهای اولویت‌بندی خدمات را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در مطالعه حاضر مسئولیت سلامت افراد از نظر جامعه مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعه از نوع «مقطعی» بوده و جمعیت هدف افراد ۱۸ تا ۶۵ سال کشور ایران بودند. جمعیت تحت مطالعه به صورت نمونه‌گیری چند مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری مرحله اول به صورت طبقه‌ای بوده و در این مرحله کل جمعیت کشور ایران به تفکیک استان‌ها طبقه‌بندی شدند. نمونه‌گیری مرحله دوم نیز به صورت خوشه‌ای انجام شده است و ۲۷۸۸۳ نفر مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. میانگین سنی آنها ۳۳/۶۷ سال، با انحراف معیار ۱۱/۸ سال و میانگین سال‌های تحصیلات ۱۱ سال با انحراف معیار ۴/۴ بود و ۴۸/۸ درصد مذکر و ۵۰/۴ درصد مؤنث بودند. تقریباً ۵۲ درصد از افراد مورد مطالعه اظهار نموده‌اند مسئولیت سلامت افراد با «خود فرد» بوده یا «تا حد زیادی با خود فرد» است. نتایج نشان دادند که سن، تحصیلات، جنسیت، درآمد، اهمیت به سلامتی، میزان اطلاعات عمومی سلامت و ابتلا به بیماری مزمن با انتساب مسئولیت سلامت افراد به «دولت» رابطه آماری معنی‌داری دارند، ولی وضعیت تأهل و اشتغال دارای رابطه آماری معنی‌دار نبودند. اهمیت ارتقای سطح آگاهی و احساس مسئولیت در رابطه با سلامت در افراد جامعه با توجه به نقش این عوامل در صرف بهینه منابع در بخش سلامت و حتی در جذب منابع برای این بخش بارزتر می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مسئولیت سلامت، جامعه، بیمار، عدالت اجتماعی، شیوه زندگی

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴ نمابر: ۶۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: fmaftoon@ihsr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.5.4]

مقدمه

ارتقای سطح سلامت آحاد جامعه اهداف مهم نظام سلامت هر کشوری را تشکیل می‌دهد. در زمینه مسئولیت سلامت افراد جامعه، آنچه به طور عمده مورد بحث قرار گرفته است، مسئولیت بخش بهداشت و تیم‌های درمانی نسبت به سلامت افراد جامعه است که قوانین و مقررات مربوط بدان تقریباً به طور مداوم مشخص و گسترده می‌شوند [۳-۱].

در این رابطه حقوقی که به مردم تعلق می‌گیرد بخشی از وظایف و مسئولیت‌های نظام سلامت را مشخص می‌نماید: دسترسی به خدمات سلامتی مرتبط با نیاز، دسترسی به هنگام به خدمات سلامت، تصمیم‌گیری آگاهانه در زمینه خدمات سلامت و رسیدگی به شکایات از جمله حقوق گیرندگان خدمات است [۴، ۵]. اما نکته بارزی که می‌تواند موضوع استفاده از خدمات سلامت را دچار چالش نماید، مسئولیت افراد جامعه در قبال سلامت خود است. سازمان‌های بیمه گسترده‌ای وجود دارند که برخورداری از منافع آنان و پوشش بیمه‌ای مربوط منوط به این امر است که بیمار مسئولیت‌هایی را به انجام رساند که مصرف دارو، حضور در قرار ملاقات با پزشک و پرهیز از مراجعه غیرضروری به اورژانس برخی از مسئولیت‌های بیمار است که در صورت انجام نشدن باعث کاهش یا حذف منافع بیمه‌ای می‌شود. البته این رویکرد به جهات مختلف مورد نقد قرار گرفته است. حداقل در مواردی که علل نقض تعهدات بیمار از کنترل وی خارج است. از طرف دیگر نحوه گزارش نقض تعهدات بیمار نیز مورد بحث است که در صورتی که پزشک مسئول این گزارش‌دهی باشد، تأثیر بارزی روی ارتباط بیمار با پزشک خواهد گذاشت [۶].

دانایی مردم در رابطه با سلامت و کاربرد آن در راستای تأمین و ارتقای سلامت خویش از آنجا که احساس نیاز و تقاضای آگاهانه این خدمات را ایجاد می‌نماید، عرضه خدمات سلامت را در جامعه می‌طلبد.

البته که در این راستا آموزش بهداشت به عنوان بخشی از خدمات سلامت می‌تواند انگیزه‌های کسب دانش و آگاهی و کاربرد صحیح آن را در سلامت افراد جامعه سبب شود. عدالت اجتماعی و صرف منابع جهت ارائه خدمات بهداشتی از منظر تئوری‌های مختلف منجر به لحاظ نمودن سهم متفاوتی از مسئولیت سلامت برای افراد جامعه می‌شود، به طوری که بسته خدمات اساسی سلامت برای افراد جامعه و فرآیندهای اولویت‌بندی خدمات را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۷].

به طور کلی افراد جامعه دارای مسئولیت‌هایی مرتبط بر سلامت نیز هستند که برخی از آنها عبارتند از: یادگیری و به کارگیری شیوه زندگی سالم، استفاده منطقی از خدمات سلامت، در اختیار قراردادن اطلاعات مربوط به سلامتی خود به ارائه دهندگان خدمات، مشارکت فعال در تصمیم‌گیری استفاده از خدمات، همکاری و استفاده مناسب از سازوکار مربوط به شکایات [۴، ۵].

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع «مقطعی» بوده و جمعیت هدف، افراد ۱۸ تا ۶۵ سال کشور ایران بودند. جمعیت تحت مطالعه به صورت نمونه‌گیری چند مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری مرحله اول به صورت طبقه‌ای بوده و در این مرحله کل جمعیت کشور ایران به تفکیک استان‌ها طبقه‌بندی شدند. نمونه‌گیری مرحله دوم نیز به صورت خوشه‌ای انجام شده است.

حجم نمونه با احتساب α=٪۵، $Z_{1-\alpha/2}$=۱/۹۶، P= ٪۵۰ و d=٪۵ مساوی ۳۸۵ نفر محاسبه شد که جهت جلوگیری از ریزش‌های احتمالی معادل ۴۰۰ نفر تعیین شد. حجم نمونه کلی با احتساب مقدار فوق و Design effect = ۲ و ۳۰ استان مساوی ۲۴۰۰۰ در کل کشور برآورد شد. قابل ذکر است که در کل برای جلوگیری از ریزش نمونه‌ها، تعداد بیشتری از افراد کشور مورد پرسشگری قرار گرفتند.

داده‌ها توسط یک پرسشنامه جمع‌آوری شدند. این پرسشنامه توسط پرسشگران تکمیل شده است. سؤالات این پرسشنامه با استفاده از نظرات متخصصان و سؤالات پرسشنامه‌های بین‌المللی تهیه شدند. روایی پرسشنامه توسط روایی محتوی، با استفاده از نظرات حدود ۱۵ نفر از متخصصان بررسی شد. جزئیات بیشتر پیرامون طراحی و روش شناسی این مطالعه در مقاله دیگری گزارش شده است [۸]. این مقاله نتایج حاصل از یک سؤال اصلی این پرسشنامه تحت عنوان «چه کسی مسئول سلامت افراد است»، ویژگی‌های جمعیتی و برخی سؤالات مرتبط را مورد بررسی قرار گرفته است. مسئولیت سلامت افراد به عنوان یک متغیر کیفی مورد بررسی قرار گرفت و برای بررسی ارتباط متغیرهای مستقل بر آن از آزمون کای دو و مدل لجستیک استفاده گردید.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.5.4]

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۷۸۸۳ نفر از افراد جامعه که ۱۸ تا ۶۵ ساله بوده‌اند مورد بررسی قرار گرفتند که ویژگی‌های جمعیتی آنها در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی افراد تحت مطالعه در کشور (n=۲۷۸۸۳)

	تعداد	درصد
سن (سال)		
۱۸-۲۴	۸۸۵۲	۳۱/۷
۲۵-۳۴	۸۵۶۳	۳۰/۷
۳۵-۴۴	۵۱۹۵	۱۸/۶
۴۵-۵۴	۳۵۲۶	۱۲/۶
۵۵-۶۵	۱۷۴۷	۶/۳
بدون پاسخ	۰	۰/۰
جنسیت		
مرد	۱۳۶۱۹	۵۰/۴
زن	۱۴۰۴۵	۴۸/۸
بدون پاسخ	۲۱۹	۰/۸
وضعیت تأهل		
مجرد	۹۹۹۶	۳۵/۸
متأهل	۱۶۸۵۰	۶۰/۴
مطلقه	۲۶۹	۱/۰
بیوه	۵۰۵	۱/۸
بدون پاسخ	۲۶۳	۰/۹
تحصیلات		
۰-۵ سال	۴۴۵۲	۱۶/۰
۶-۹ سال	۳۴۲۷	۱۲/۳
۱۰-۱۲ سال	۹۷۴۰	۳۴/۹
۱۳ سال و بالاتر	۸۹۱۴	۳۲/۰
بدون پاسخ	۱۳۵۰	۴/۸
شغل		
خانه دار	۷۱۷۵	۲۵/۷
محصل/دانشجو	۶۰۷۵	۲۱/۸
شاغل	۱۰۵۶۵	۳۷/۹
بی‌کار	۲۴۵۳	۸/۸
بازنشسته	۱۰۷۹	۳/۹
بدون پاسخ	۵۳۶	۱/۹
درآمد		
خیلی خوب	۹۳۰	۳/۳
خوب	۷۵۸۰	۲۷/۲
متوسط	۱۱۵۹۹	۴۱/۶
بد	۳۹۶۸	۱۴/۲
خیلی بد	۲۷۸۳	۱۰/۰
بدون پاسخ	۱۰۲۳	۳/۷

میانگین سنی آنها ۳۳/۶۷ سال، با انحراف معیار ۱۱/۸ سال و میانگین سال‌های تحصیلات ۱۱ سال با انحراف معیار ۴/۴ بود و ۴۸/۸ درصد مذکر و ۵۰/۴ درصد مؤنث بودند. همانطور که نتایج در جدول شماره ۲ نشان می‌دهند تقریباً ۵۲ درصد افراد مورد مطالعه اظهار نموده‌اند مسئولیت سلامت افراد با «خود فرد» بوده یا «تا حد زیادی با خود فرد» است و حدود ۱۴درصد گفته‌اند که مسئولیت سلامت افراد با «دولت» یا «تا حد زیادی با دولت» است. حدود ۳۳ درصد از افراد مورد مطالعه مسئولیت دولت را ۵۰ درصد و مسئولیت فرد را نیز ۵۰ درصد ذکر نموده‌اند.

جدول شماره ۲- فراوانی دیدگاه افراد جامعه نسبت به مسئولیت سلامت افراد

	تعداد	درصد
دولت	۱۳۸۱	۵/۰
خود فرد	۹۴۸۶	۳۴/۰
۵۰٪ دولت ۵۰٪ فرد	۹۳۲۱	۳۳/۴
تاحد زیادی دولت	۲۵۰۵	۹/۰
تا حد زیادی خود فرد	۵۰۲۵	۱۸/۰
بدون پاسخ	۱۶۵	۰/۶
جمع	۲۷۸۸۳	۱۰۰

این دیدگاه به تفکیک سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، تحصیلات و درآمد دارای تفاوت آماری معنی‌دار است که نتایج آن در جدول شماره ۳ مشخص شده است.

این نتایج نشان می‌دهند با افزایش سن، فراوانی افرادی که مسئولیت سلامت را «دولت» ذکر نموده‌اند، بالا می‌رود و در مورد تحصیلات تقریباً با افزایش سواد، فراوانی افرادی که مسئولیت سلامت را «دولت» ذکر نموده‌اند کمتر می‌شود. در زمینه اشتغال افرادی که بازنشسته هستند به میزان بیشتری «دولت» را مسئول سلامت افراد دانسته‌اند، مردان بیش از زنان «دولت» را مسئول سلامت افراد می‌دانند، میزان بیشتری از متأهلان مسئولیت سلامت افراد را «دولت» ذکر نموده‌اند و در بین گروه‌های درآمدی، کسانی که سطح درآمد «بد» را ذکر نموده‌اند با فراوانی بسیار بیشتری مسئول سلامت افراد را «دولت» ذکر نموده‌اند.

دیدگاه افراد مورد مطالعه در رابطه با مسئولیت سلامت افراد با در نظر گرفتن میزان اهمیت دادن به سلامتی و میزان اطلاعات عمومی در زمینه بهداشت و ابتلا به بیماری مزمن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.5.4]

نتایج جدول شماره ۴ نشان می دهند کسانی که کمتر به سلامتی خود اهمیت می‌دهند، میزان اطلاعات کمتری دارند و نیز کسانی که مبتلا به بیماری مزمن هستند، با فراوانی بیشتری مسئولیت سلامت افراد را «دولت» ذکر نموده‌اند. در انتها رگرسیون لجستیک انجام شد و نتایج نشان دادند که سن، تحصیلات، جنسیت، درآمد، اهمیت به سلامتی، میزان اطلاعات عمومی سلامت و ابتلا به بیماری مزمن با انتساب مسئولیت سلامت افراد به «دولت» رابطه آماری معنی‌داری دارند ولی وضعیت تأهل و اشتغال در این روش، دارای رابطه آماری معنی‌دار نبودند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان دادند بیش از ۵۰ درصد از افراد مورد مطالعه اظهار نموده‌اند مسئولیت سلامت افراد با «خود فرد» بوده یا «تا حد زیادی با خود فرد» است و ۱۴ درصد از ایشان مسئولیت سلامت افراد را با «دولت» یا «تاحد زیادی دولت» ذکر نموده‌اند.

احساس مسئولیت افراد جامعه نسبت به سلامتی خود در کنار آگاهی ایشان در رابطه با حقوقی که در این رابطه دارند، می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه ایفا نماید. به طوری که اعتقاد بر این است که رویکردی برای ارتقای سلامت قابل قبول است که در آن افراد جامعه سهمی از مسئولیت انتخاب شیوه‌های سالم زندگی را داشته باشند [۹] و حتی حل بسیاری از معضلات بهداشتی و تعیین اولویت‌های خدمات می‌تواند بر پایه مشارکت مردم و جلب حمایت سازمان‌های مردم نهاد (NGO) صورت گیرد [۱۱، ۱۰]. پیشگیری موفق، نیازمند درجات بالایی از همکاری مردم است که سلامت افراد جامعه و نیز موفقیت سیستم خدمات سلامتی را باعث می‌شود. ضروری است نوعی از مسئولیت‌های مردم در مورد سلامت که منطقی هستند و نوعی از آنها که قابل قبول نیستند به وضوح مشخص شوند [۱۲].

علاوه بر این تولیت نظام سلامت کشور و مسئولیت نظام سلامت جهت در دسترس قراردادن خدمات سلامت، امری غیرقابل انکار است. نظارت و کنترل کیفی خدمات ارائه شده از سوی نظام سلامت، در صورت مشارکت افراد جامعه می‌تواند با سهولت و اثربخشی بیشتری انجام پذیرد و در نظر گرفتن نیازهای اقشار مختلف و شرایط اجتماعی و اقتصادی آنان جهت تحقق برابری در امر سلامت و امکان بهره مندی عادلانه از خدمات سلامت امری اساسی است. همانطور که نتایج این طرح نیز نشان می‌دهند از گروه‌هایی که با فراوانی بیشتری مسئولیت افراد جامعه را با «دولت» دانسته‌اند، کسانی که درآمد «پایین» را ذکر نموده‌اند و مبتلایان به «بیماری مزمن» هستند و در واقع نیاز به دریافت خدمات سلامت از ضروریات زندگی چنین افرادی محسوب می‌شود.

در این راستا پژوهش‌های انجام شده در زمینه وضعیت اجتماعی و توزیع درآمد نیز نشان می‌دهند که این عوامل تعیین کننده‌های سلامتی هستند [۱۴، ۱۳]. به نظر می‌رسد نیازمندی گروه‌های ذکر شده به خدمات و توجه به سلامت ایشان به لحاظ وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی بارزتر است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.5.4]

جدول شماره ۳- مسئولیت سلامت از دیدگاه افراد مورد مطالعه به تفکیک سن، تحصیلات، شغل، جنس، تأهل و وضعیت سطح درآمد (n=۲۷۸۸۳)

	دولت	خود فرد	۵۰ درصد فرد/۵۰ درصد دولت	جمع	P
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
سن (سال)					<۰/۰۰۱
۱۸-۲۴	۹۷۶ (۱۱/۱)	۴۹۷۰ (۵۶/۵)	۲۸۵۷ (۳۲/۵)	۸۸۰۳ (۱۰۰)	
۲۵-۳۴	۱۱۵۶ (۱۳/۶)	۴۴۸۶ (۵۲/۸)	۲۸۵۷ (۳۳/۶)	۸۴۹۹ (۱۰۰)	
۳۵-۴۴	۸۲۸ (۱۶/۰)	۲۵۲۵ (۴۸/۸)	۱۸۱۹ (۳۵/۲)	۵۱۷۲ (۱۰۰)	
۴۵-۵۴	۶۰۷ (۱۷/۳)	۱۶۹۹ (۴۸/۴)	۱۲۰۳ (۳۴/۳)	۳۵۰۹ (۱۰۰)	
۵۵-۶۵	۳۱۹ (۱۸/۴)	۸۳۱ (۴۷/۹)	۵۸۵ (۳۳/۷)	۱۷۳۵ (۱۰۰)	
بدون پاسخ	-	-	-	-	
تحصیلات					<۰/۰۰۱
۰-۵ سال	۷۴۷ (۱۶/۸)	۲۳۶۷ (۵۳/۴)	۱۳۲۱ (۲۹/۸)	۴۴۳۵ (۱۰۰)	
۶-۹ سال	۴۶۲ (۱۳/۶)	۱۸۵۳ (۵۴/۴)	۱۰۹۴ (۳۲/۱)	۱۰۹۴ (۱۰۰)	
۱۰-۱۲ سال	۱۲۵۴ (۱۳/۰)	۵۱۷۴ (۵۳/۴)	۳۲۵۵ (۳۳/۶)	۹۶۸۳ (۱۰۰)	
۱۳ سال و بالاتر	۱۲۳۷ (۱۴/۰)	۴۳۹۸ (۴۹/۶)	۳۲۲۶ (۳۶/۴)	۸۸۶۱ (۱۰۰)	
شغل					<۰/۰۰۱
خانه‌دار	۹۴۸ (۱۳/۳)	۳۸۵۶ (۵۴/۱)	۲۳۳۰ (۳۲/۷)	۷۱۳۴ (۱۰۰)	
دانشجو	۷۱۲ (۱۱/۸)	۳۳۰۸ (۵۴/۸)	۲۰۱۹ (۳۳/۴)	۶۰۳۹ (۱۰۰)	
شاغل	۱۵۵۶ (۱۴/۸)	۵۳۲۶ (۵۰/۷)	۳۶۳۱ (۳۴/۵)	۱۰۵۱۳ (۱۰۰)	
بی‌کار	۳۹۸ (۱۶/۳)	۱۲۵۱ (۵۱/۳)	۷۸۸ (۳۲/۳)	۲۴۳۷ (۱۰۰)	
بازنشسته	۱۹۷ (۱۸/۳)	۵۱۰ (۴۷/۵)	۳۶۷ (۳۴/۲)	۱۰۷۴ (۱۰۰)	
جنسیت					<۰/۰۰۱
زن	۱۶۹۹ (۱۲/۲)	۷۴۵۴ (۵۳/۴)	۴۸۱۸ (۳۴/۵)	۱۳۹۷۱ (۱۰۰)	
مرد	۲۱۵۷ (۱۵/۹)	۶۹۴۷ (۵۱/۳)	۴۴۳۲ (۳۲/۷)	۱۳۵۳۶ (۱۰۰)	
تأهل					<۰/۰۰۴
مجرد	۱۴۴۷ (۱۳/۵)	۵۷۳۵ (۵۳/۶)	۳۵۲۴ (۳۲/۹)	۱۰۷۰۶ (۱۰۰)	
متأهل	۲۴۰۳ (۱۴/۳)	۸۶۳۹ (۵۱/۶)	۵۷۱۳ (۳۴/۱)	۱۶۷۵۵ (۱۰۰)	
وضعیت سطح درآمد (خود گزارشی)					<۰/۰۰۱
خوب	۱۱۷۶ (۱۳/۹)	۴۸۱۱ (۵۶/۸)	۲۴۸۱ (۲۹/۳)	۸۴۶۸ (۱۰۰)	
متوسط	۱۴۶۵ (۱۲/۷)	۶۰۰۱ (۵۲/۱)	۴۰۶۱ (۳۵/۲)	۱۱۵۲۷ (۱۰۰)	
بد	۱۱۳۳ (۱۶/۹)	۳۱۸۹ (۴۷/۵)	۲۳۹۳ (۳۵/۶)	۶۷۱۵ (۱۰۰)	

جدول شماره ۴- مسئولیت سلامت از دیدگاه افراد مورد مطالعه به تفکیک اهمیت دادن به سلامتی، میزان اطلاعات عمومی در زمینه بهداشت و ابتلا به بیماری مزمن (n=۲۷۸۸۳)

	دولت	خود فرد	۵۰ درصد فرد/۵۰ درصد دولت	جمع	P
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
اهمیت به سلامت خود					<۰/۰۰۱
زیاد	۲۳۱۸ (۱۲/۰)	۱۰۵۷۶ (۵۴/۷)	۶۴۴۹ (۳۳/۳)	۱۹۳۴۳ (۱۰۰)	
متوسط	۱۱۶۱ (۱۷/۴)	۳۱۶۰ (۴۷/۴)	۲۳۵۰ (۳۵/۲)	۶۶۷۱ (۱۰۰)	
کم	۳۸۹ (۲۴/۲)	۷۱۹ (۴۴/۷)	۵۰۱ (۳۱/۱)	۱۶۰۹ (۱۰۰)	
میزان اطلاعات عمومی در زمینه بهداشت و سلامت					<۰/۰۰۱
زیاد	۱۵۳۸ (۱۵/۲)	۵۳۹۷ (۵۳/۳)	۳۱۹۰ (۳۱/۵)	۱۰۱۲۵ (۱۰۰)	
متوسط	۱۶۰۶ (۱۲/۰)	۷۰۰۸ (۵۲/۲)	۴۸۰۸ (۳۵/۸)	۱۳۴۲۲ (۱۰۰)	
کم	۷۱۹ (۱۷/۸)	۲۰۴۷ (۵۰/۶)	۱۲۸۲ (۳۱/۷)	۴۰۴۸ (۱۰۰)	
ابتلا به بیماری مزمن					<۰/۰۰۱
عدم ابتلا (-)	۲۶۱۸ (۱۲/۴)	۱۱۳۹۸ (۵۳/۹)	۷۱۱۱ (۳۳/۷)	۲۱۱۲۷ (۱۰۰)	
ابتلا (+)	۱۱۱۴ (۲۰/۳)	۲۶۱۵ (۴۷/۶)	۱۷۶۸ (۳۲/۲)	۵۴۹۷ (۱۰۰)	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.5.4]

جدول شماره ۵- برآورد نقطه‌ای و فاصله‌ای اظهار «مسئولیت سلامت با دولت» در افراد مورد مطالعه با عوامل سن، تحصیلات، جنسیت، تأهل، شغل، درآمد، ابتلا به بیماری مزمن، میزان اهمیت به سلامتی و میزان اطلاعات عمومی در زمینه بهداشت با استفاده از رگرسیون لجستیک

	میزان بخت (فاصله اطمینان ۹۵٪)	P
سن (سال)	۱/۰۲ (۱/۰۱-۱/۰۲)	**<۰/۰۱**
تحصیلات (سال)	۱/۰۳ (۱/۰۲-۱/۰۴)	**<۰/۰۱**
جنسیت		
زن	۱ (ref.)	
مرد	۱/۴۰ (۱/۲۵-۱/۵۴)	**<۰/۰۱**
تأهل		
مجرد	۱ (ref.)	
متأهل	۱/۱ (۰/۹۹-۱/۲۲)	**<۰/۰۶۷**
شغل		**۰/۳۵**
خانه‌دار	۱ (ref.)	
محصل/دانشجو	۰/۹۲ (۰/۷-۰/۹۹)	۰/۳۰
شاغل	۰/۹۶ (۰/۸۴-۱/۱۰)	۰/۶۰
بی‌کار	۱/۰۱ (۰/۸۴-۱/۲۱)	۰/۸۸
بازنشسته	۰/۸۳ (۰/۶۶-۱/۰۴)	۰/۱۱
درآمد		**<۰/۰۱**
خوب	۱ (ref.)	
متوسط	۱/۰۱ (۰/۹۲-۱/۱۱)	۰/۸۱
بد	۱/۴۳ (۱/۲۹-۱/۵۹)	<۰/۰۱
ابتلا به بیماری مزمن		**<۰/۰۱**
عدم ابتلا (-)	۱ (ref.)	
ابتلا (+)	۱/۵۲ (۱/۴۰-۱/۷۰)	<۰/۰۱
اهمیت به سلامت خود		**<۰/۰۱**
زیاد	۱ (ref.)	
متوسط	۱/۵۵ (۱/۴۲-۱/۷۰)	<۰/۰۱
کم	۲/۰۸ (۱/۷۹-۲/۴۱)	<۰/۰۱
میزان اطلاعات عمومی سلامت		**<۰/۰۱**
زیاد	۱ (ref.)	
متوسط	۱/۰۴ (۰/۸۴-۱/۱۷)	۰/۴۰
کم	۰/۷۷ (۰/۷۱-۰/۸۹)	<۰/۰۱

افرادی که اطلاعات عمومی سلامت کمتری دارند و افرادی که اهمیت کمتری به سلامت می‌دهند گروه‌هایی هستند که به میزان بیشتری «دولت» را مسئول سلامت دانسته‌اند. اگرچه در مورد مبتلایان به بیماری مزمن و افرادی که سطح درآمدی پایینی دارند، نیاز ایشان می‌تواند علتی برای این امر باشد که بیشتر «دولت» را مسئول سلامت می‌دانند، ولی در مورد افرادی که اطلاعات عمومی سلامت کمتری دارند و افردی که اهمیت کمتری به سلامتی می‌دهند به نظر می‌رسد آگاهی پایین‌تر و دانش ناکافی در مورد امر سلامت و مسئولیت خویش، عاملی بر این اظهار نظر است [۱۵، ۴]. در انتها لازم به ذکر است ارتقای آگاهی و احساس مسئولیت در رابطه با سلامت در افراد جامعه می‌توانند به عنوان عواملی تأثیرگذار در صرف بهینه منابع بخش سلامت و حتی در جذب منابع برای این بخش باشند.

سهم نویسندگان

فرزانه مفتون: نویسنده اصلی این مقاله و مسئول تجزیه و تحلیل داده‌های این بخش از مطالعه بوده‌اند. سایر نویسندگان در طراحی مطالعه، طراحی ابزار، اجرای طرح، تفسیر و تحلیل یافته‌ها و مرور پیش نویس مقاله مشارکت داشته‌اند. یادآوری می‌نماید این مقاله بخشی از یافته‌های مطالعه «سلامت از دیدگاه مردم ایران» است که توسط علی منتظری به عنوان طراح و مجری انجام شده است.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله تمایل دارد از کلیه افرادی که در جمع آوری داده‌های این مطالعه همکاری کرده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی نمائیم.
جمع‌آوری داده‌های این مطالعه مرهون همکاری بی شائبه رؤسای واحدهای استانی جهاد دانشگاهی، معاونان فرهنگی جهاد دانشگاهی و همکاران سخت کوش ما در مرکز افکار سنجی دانشجویان ایران (ایسپا) و شعب آن در سراسر کشور است. از معاونت محترم پژوهش و فناوری جهاد دانشگاهی در تأمین بخشی از هزینه‌های این مطالعه سپاسگزاری می‌شود. در پایان لازم است از خانم‌ها راحله رستمی، آرزو اسدی، طاهره رستمی، فریبا رسولی، فاطمه ریاضی، سمیه فتحیان و سمیه مددی که در ورود اطلاعات این مطالعه همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی نماید.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.5.4]

منابع

1. Abbasi M. Medical Team responsibilities in surgical procedures. Iranian Journal of Surgery 2006; 14: 25-35 [Persian]
2. Eyni M. Psychotropic substances, social reaction and penal responsibility. Nameh-Ye-Mofid 2008; 13: 185-206 [Persian]
3. Ismail Abadi AR. A study of physician's responsibility and non responsibility. Journal of Islamic Studies 2004; 64: 9-28 [Persian]
4. Legislate Assembly of new Brunswick. Status. Status of legislation. Health charter of Rights and Responsibilities Act, http://www.gnb.ca/legis.4.19.2010
5. Patient rights & responsibilities http://www.portsmouthhospital.com.5.20.2010
6. Gene Bishop, Hmy G. Brodkey. Personal responsibility and physician responsibility-west Virginia's Medicaid plan. The New England Journal of Medicine 2006; 355: 756-58
7. AM BuyX. Personal responsibility for health as a rationing criterion: why we don't like it and why may be we should. Journal of Medical Ethics 2009; 34: 871-74
8. Montazeri A, Omidvari S, Azin A, Aeenparast A, Jahangiri K, Sadighi J, et al. Iranian health perception survey: the study protocol. Payesh 2011; 10: 315-322 [Persian]
9. Daniels N. Just health: replies and for there thoughts. Journal of Medical Ethics 2009: 85: 36-41
10. Tehran university of medical sciences & health services vice chancellor foe research technological a review of the literature of population research base, strengthening the society to know & solve the health problems, Tehran University of Medical Sciences & Health Services Publisher, 2004 [Persian]
11. Abassi R, Aflatoonian MR, Aflatoonian B, Ranjbar L. To assess the priority of health issues from the Point of view of experts and lay people in Kerman in 2007. IranianJournal of Epidemiology 2010; 5: 21-25 [Persian]
12, Schmid E.H. Just health responsibility. Journal of Medical Ethics 2009: 35: 21-26
13. A hernativexinsight. Health is a socioeconomic problem. http:// www. Atternativeinsight. Com/ health – problem.html.5.20.2010
14. Paul contoyannis, Andrew M.Jones, Socio-economic status, health and lifestyle. Journal of Health Economics 2004; 23: 965-95
15. American Academy of Family physicians patient responsibility for follow up of diagnosis and treatment. http://www/aafp.org.online.home/ policies/patientresponsi.bility.html.5.20.2010

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.5.4]