بـــار تقاضـــا و مراجـــعه برای دریافت خدمات درمانی در شهر تهران

دکتر فرزانه مفتون: * استادیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر فرانک فرزدی: استادیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر کاظم محمد: استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر سیروس پیله رودی: کارشناس ارشد، وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی
افسون آیین پرست: دکترای مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

فصلنامه پایش
سال پنجم شماره دوم بهار ۱۳۸۵ صص ۱۴۰-۱۳۱
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۴/۱۲/۸

چکیده

در ارائه خدمات بهداشتی ـ درمانی جامعه گیرنده خدمت و شناخت ابعاد مختلف آن نقش ویژه‌ای دارد. شناخت ابعـاد جمعیـت‌شناسـی جامعه و نیازهای مربوط اساس نحوه ارائه خدمت را شکل می‌دهد. نیازها و تقاضاهای موجود در جامعه تعیین می‌کنند کـه خـدمات بهینـه بهداشتی در سطوح مختلف می‌توانند باشند، به همین دلائل این پژوهش با اهداف ذیل در سطح تهران انجام گرفت.

- تعیین بار تقاضا و بار مراجعه برای دریافت خدمات درمانی در شهر تهران و به تفکیک مناطق
- تعیین بار تقاضا و بار مراجعه در گروه‌های مختلف بیماری
- مقایسه بار تقاضا و مراجعه و میزان دسترسی در مناطق مختلف شهر تهران و در گروه‌های مختلف سنی، جنسی، تحـصیلی و گـروه‌هـای مختلف بیماری

این پژوهش، مطالعه‌ای از نوع مقطعی بود که در شهر تهران انجام گرفت. نمونه گیری به‌صـورت تـصادفی و چنـد مرحلـه‌ای بـه ترتیـب نمونه‌گیری خوشه‌ای و در مناطق پنجگانه شهر تهران (شمال، جنوب، مرکز، غرب و شـرق) صـورت پـذیرفت. داده‌هـای مـورد نظـر شـامل اطلاعات دموگرافیک، شکایات جسمی و روانی افراد و مراجعه و یا عدم مراجعه آنان جهت دریافت خدمات درمانی بود که توسط پرسشنامه جمع‌آوری شد.۵۹۷۳ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که ۱۴۱۶ خانوار را شامل می‌شدند. طبق این یافته‌ها هر ۱۰۰ نفر در شهر تهـران ۱۲۲ مورد تقاضا برای دریافت خدمات درمانی داشته‌اند که ۱۰۲ موردشان جهت دریافت خدمات مراجعه داشته‌انـد و در واقـع ۲۰ مـورد از ایـن ۱۲۲ مورد اقدامی در جهت دریافت خدمات مربوط نکرده‌اند. همچنین یافته‌ها نشان می‌داد که از نظر آماری تفاوت معنـی‌داری در فراوانـی تقاضا در گروه‌های مختلف سنی و جنسی وجود دارد. تفاوت فراوانی تقاضا، میزان مراجعه و میزان دسترسی در مناطق مختلف شهر تهـران نیز از نظر آماری معنی‌دار بود. در بررسی انجام شده، بعد از آنفلوانزا و سرماخوردگی، بیماری‌های قلبی و عروقی، موسکولواسکلتال و اعصاب و روان بیشترین فراوانی تقاضا را داشتند.

* نویسنده پاسخگو: خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان وحید نظری، پلاک ۵۱
تلفن: ۷-۶۶۹۵۱۸۷۶
E-mail: fmaftoon@ihsr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.6.8]

کلیدواژه‌ها: خدمات درمانی، تقاضا، مراجعه، سلامت، دسترسی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.6.8]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.6.8]
[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

مقدمه

در زمینه خدمات بهداشتی - درمانی، تعیین گروه‌های هدف موجود در جامعه و خدمات مورد نیاز در هر یک از گروه‌های هدف از عوامل مهم ارائه خدمات می‌باشد. شناخت تقاضاهای درمانی افراد جامعه، گذرگاهی است که نه تنها خدمات پیشگیری سطح سوم را مشخص می‌کند، بلکه بر اساس آن می‌توان خدمات مورد نیاز در سطوح پیشگیری ثانویه و اولیه را نیز تعیین و برنامه ریزی نمود. به عبارت دیگر سیستم بهداشتی ـ درمانی زمانی می‌تواند خدمات پیشگیری سطح اول و دوم را مشخص نماید که توانسته باشد مشکلات موجود که پیشگیری سطح سوم را می‌طلبند شناسایی کرده باشد. به این دلیل تصمیم گرفته شد، ضمن شناخت ترکیب سنی، جنسی و تحصیلی جمعیت هدف، تقاضاهای مطرح درمانی در میان افراد جامعه شهر تهران مطالعه گردد. اصطلاحاتی که در رابطه با نیاز بهداشتی به کار می‌رود عبارتند از:

نیاز تجویزی Normative need، نیاز احساس شده Felt need، نیاز ابراز شده Expressed need و نیاز تطبیقی Comparative need [۱]. تمام افرادی که نیاز بهداشتی - درمانی را ذکر می‌کنند جهت رفع آن اقدام نمی‌کنند. دلائلی که باعث این اتفاق می‌شود، شامل آگاهی، دسترسی و مقبولیت است.

در واقع بسیاری از نیازمندان هستند که از سیستم ارائه خدمات بهداشتی - درمانی استفاده نمی‌نمایند، در این حالت میزان استفاده کم خدمات نشان‌دهنده کم بودن نیاز جامعه نیست و حجم خدمات محاسبه شده بر اساس میزان «استفاده Utilization» از خدمات بهداشتی - درمانی مساوی با حجم خدمات محاسبه شده بر اساس میزان«نیاز Need» نخواهد شد[۲]. عوامل مختلفی که نیاز و تقاضا را برای خدمات بهداشتی - درمانی تحت تأثیر قرار می‌دهند شامل موارد ذیل است: خصوصیات جمعیتی، توزیع جنسی،هرم سنی، نرخ رشد جمعیت، شیوع بیماری‌ها، سیاست‌های بهداشتی درمانی،گسترش بیمه‌های درمانی، تولید ناخالص ملی و درآمد سرانه، روند توسعه دانش و فن‌آوری پزشکی و ویژگی‌های فرهنگی جامعه[۳]. تنوع اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بخش‌های مختلف تهران ما را بر آن داشت تا مطالعات خود را در ۵ منطقه جغرافیایی شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب تهران انجام دهیم و تفاوت‌های احتمالی موجود را آشکار سازیم. علاوه بر این برای تعیین حجم خدمات درمانی بر حسب واحد زمان می‌توان از میزان تقاضا و مراجعه استفاده نمود. در واقع دو مؤلفه عمده در تعیین حجم خدمات نقش دارند[۳].

- جمعیت بیماران بر حسب جنس، سن و نژاد
- نوع خدمت ارائه شده

بر اساس مؤلفه‌های فوق و با در نظر گرفتن زمانی که برای ارائه هر یک از خدمات مورد نیاز است می‌توان حجم خدمات را بر حسب واحد زمان محاسبه نمود. همانطور که قبلاً نیز ذکر شد نکته حائز اهمیت دیگر این است که با استفاده از میزان تقاضا و مراجعه برای خدمات درمانی می‌توان خدمات پیشگیری سطح اول و سطح دوم مورد نیاز در گروه سنی مربوط را نیز مشخص نمود. به‌طور مثال زمانی که میزان تقاضا و مراجعه برای بیماری‌های قلبی در سالمندان بیش از ۳ برابر جمعیت غیر سالمند است، با مطالعات کارشناسی می‌توان 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.

مواد و روش کار

این بررسی یک مطالعه مقطعی است که در شهر تهران انجام شده است. روش نمونه‌گیری تصادفی و به شکل خوشه‌ای صورت گرفت. نمونه‌ها در شهر تهران به‌طور نسبتی (Proportional) از ۲۲ منطقه شهر تهران انتخاب شدند. داده‌ها بر اساس ۵ منطقه طبقه بندی و مورد بررسی قرار گرفت. این مناطق شامل شمال، مرکز، جنوب، غرب و شرق است. جمعیت مورد بررسی افراد جامعه شهر تهران هستند و ۵۹۷۳ نفر در قالب ۱۴۱۶ خانوار مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های مربوط شامل متغیرهای دموگرافیک، سن، جنس، تحصیلات، شغل، تأهل و مشکلات جسمی - روانی افراد در طی دو ماه اخیر (نسبت به زمان پرسشگری) و مراجعات آنان در زمینه این مشکلات است. پرسشنامه ابتدا مورد پیش آزمون قرار گرفت و پس از اعمال تغییرات مورد نیاز، نحوه تکمیل آن به پرسشگران آموزش داده شد. در این مطالعه، «مراجعه» به مواردی اطلاق می‌شود که افراد برای دریافت خدمات درمانی به مراکز ارائه دهنده خدمات مراجعه نموده‌اند و «تقاضا» مواردی را شامل می‌شود که افراد تحت مطالعه وجود مشکل جسمی و روانی را اظهار نموده و برخی از آنان برای درمان مراجعه نموده و برخی مراجعه ننموده‌اند. لذا شامل تقاضا و مراجعه برای دریافت خدمات پیشگیری سطح اول

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.6.8]

و دوم نمی‌باشد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

داده‌های جمع‌آوری شده مربوط به ۵۹۷۳ نفر از مردم شهر تهران است (جدول شماره ۱). از میان جمعیت مورد مطالعه، ۱۱۱۶ نفر وجود مشکلات جسمی و روانی را در طی دو ماه اظهار داشته‌اند که ۱۸/۷ درصد از افراد مورد مطالعه را تشکیل می‌دهند، در مورد افرادی که مشکلات جسمی ـ روانی را طی دو ماه ابراز داشته‌اند با در نظر گفتن تعدد شکایات هر فرد، فراوانی بار تقاضا ۱۲۱۰ بار محاسبه گردید. به این ترتیب میزان تقاضا برای دریافت خدمات درمانی در یک سال در ۱۰۰ نفر از جمعیت شهر تهران ۱۲۲ بار است. شایان ذکر است این میزان تقاضا برای دریافت خدمات درمانی به‌دنبال شکایات جسمی ـ روانی افراد است. در نتیجه شامل تقاضا برای میزان دریافت خدمات مربوط به سطح اول و دوم خدمات نمی‌باشد. توزیع فراوانی بار تقاضا در گروه سنی نشان می‌دهد که درصد فراوانی بار تقاضا در دهه‌های متفاوت زندگی مختلف است که آزمون آماری نیز آن را تأیید نموده است (جدول شماره ۲، نمودار شماره ۱) بررسی افراد مورد مطالعه از نظر گروه بندی جنسی نشان می‌دهد ۳۰۰۰ نفر از آنان مذکر و ۲۹۷۳ نفر مؤنث بوده‌اند که به‌ترتیب ۵۰/۲ و ۴۹/۸ درصد از افراد تحت مطالعه را شامل می‌شوند. همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود رابطه بین جنس و بار تقاضا نیز از نظر آماری معنی‌دار است. به طوری که فراوانی تقاضا و مراجعه ۱۰۰ نفر زن در سال به‌ترتیب، ۱۳۳ و۱۱۳ بار و در ۱۰۰ نفر مرد در سال به‌ترتیب ۱۰۴ و ۹۲ بار است. در بررسی صورت گرفته در گروه‌های مختلف تحصیلی نیز، با آزمون Chi-square تفاوت بار تقاضا در بین آنان معنی‌دار می‌باشد. توزیع فراوانی بار تقاضا برای دریافت خدمات درمانی در مناطق شهر تهران، شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز مورد بررسی قرار گرفت. همانطور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری بین فراوانی بار تقاضا برای دریافت خدمات درمانی از مناطق مختلف وجود دارد. به‌طوری که بیشترین فراوانی در مرکز و شمال شهر تهران وجود دارد. همانطور که قبلاً اشاره شد، «مراجعه» به مواردی اطلاق می‌شود که افراد برای دریافت خدمات درمانی به مراکز ارائه دهنده خدمات مراجعه نموده‌اند و «تقاضا» مواردی را شامل می‌شود که افراد تحت مطالعه وجود مشکل جسمی ــ روانی را اظهار نموده‌اند و برخی از آنان برای درمان مراجعه نموده و برخی مراجعه ننموده‌اند. به‌طور کلی در بین افراد مورد مطالعه، ۱۲۱۰ مورد تقاضا وجود داشته و از میان آنها ۱۰۱۸ مورد مراجعه نموده‌اند و ۱۹۲ مورد عدم مراجعه وجود داشته است. با توجه به این نتایج ۸۴ درصد موارد تقاضای افراد مورد مطالعه به مراجعه منجر شده است. طبق این یافته‌ها هر ۱۰۰ نفر در سال در شهر تهران ۱۲۲ مورد تقاضا برای دریافت خدمات درمانی داشته‌اند که در ۱۰۲ مورد مراجعه جهت دریافت خدمات درمانی انجام شده است. به بیان دیگر برای پاسخ‌گویی به ۲۰ مورد از تقاضاها، اقدامی جهت دریافت خدمات انجام نشده است. موارد عدم مراجعه، مواردی هستند که به دریافت خدمت دسترسی پیدا نکرده‌اند. فراوانی مراجعه و عدم مراجعه (عدم دسترسی) در بین افرادی که برای دریافت خدمات درمانی تقاضا داشته‌اند ارتباطی با جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل و بیمه ندارد. در صورتی که میزان دسترسی برای دریافت خدمات درمانی در مناطق مختلف شهر تهران تفاوت دارد. به‌طوریکه بیشترین دسترسی در شمال و جنوب تهران دیده می‌شود و کمترین آن در مرکز تهران وجود دارد (جدول شماره ۲). جدول شماره ۳ متوسط تعداد تقاضا مراجعه به تفکیک نوع شکایات جسمی ــ روانی را در ۱۰۰۰ نفر جمعیت شهر تهران نشان می‌دهد. نکته حائز اهمیت تفاوت قابل ملاحظه میان تقاضا و مراجعه به‌دنبال شکایات مختلف جسمی و روانی است.

به‌طوری که تقاضا برای دریافت خدمات درمانی در گروه‌های بیماری مربوط به شکایات آنفولانزا و سرماخوردگی، قلب و عروق، عضلانی ـ اسکلتی و اعصاب و روان بیشترین موارد را به خود را اختصاص می‌دهد. میزان تقاضا و مراجعه در گروههای مختلف شکایات جسمی روانی به تفکیک مناطق مختلف شهر تهران نیز تفاوت‌هایی را نشان می‌دهند که در جدول شماره ۴ به نمایش گذاشته شده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.6.8]

جدول شماره ۱- : توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه به تفکیک سن

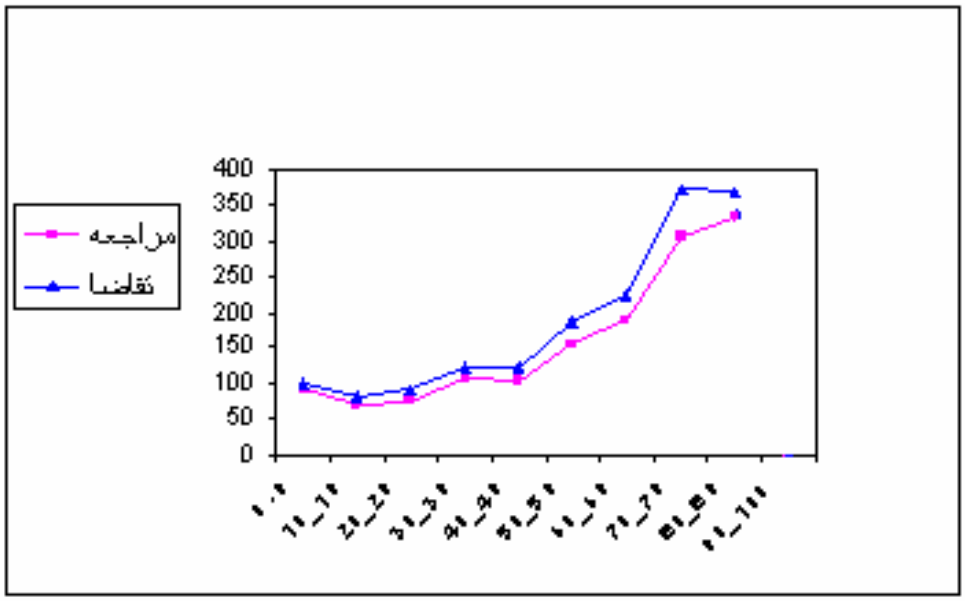
گروه‌های سنی (به سال)	تعداد	درصد	درصد تجمعی
۰-۹	۶۵۴	۱۰/۹	۱۰/۹
۱۰-۱۹	۱۴۸۱	۲۴/۸	۳۵/۷
۲۰-۲۹	۱۲۲۹	۲۰/۶	۵۶/۳
۳۰-۳۹	۹۰۴	۱۵/۱	۷۱/۵
۴۰-۴۹	۷۸۱	۱۳/۱	۸۴/۵
۵۰-۵۹	۴۷۲	۷/۹	۹۲/۴
۶۰-۶۹	۲۷۲	۴/۶	۹۷
۷۰-۷۹	۱۴۳	۲/۴	۹۹/۴
۸۰-۸۹	۳۴	۰/۶	۹۹/۹
۹۰-۹۹	۳	۰/۱	۱۰۰
جمع	۵۹۷۳	۱۰۰	

جدول شماره ۲ - متوسط تعداد تقاضا و مراجعه در سال به ازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت شهر تهران

	تقاضا	مراجعه	میزان دسترسی
گروه‌های سنی	۱۰۲	۹۲	۹۰
۰-۹	۸۱	۶۹	۸۵
۱۰-۱۹	۹۰	۷۵	۸۳
۲۰-۲۹	۱۲۴	۱۰۶	۸۵/۵
۳۰-۳۹	۱۲۳	۱۰۴	۸۴/۵
۴۰-۴۹	۱۸۶	۱۵۴	۸۳
۵۰-۵۹	۲۲۵	۱۹۰	۸۴/۵
۶۰-۶۹	۳۷۳	۳۰۶	۸۲
۷۰-۷۹	۳۷۰	۳۳۵	۹۰/۵
۸۰-۸۹	۱۰۲	۹۲	۹۰
	P<۰/۰۰۰۰۱		
گروه‌های جنسی			
مرد	۱۰۴	۹۲	۸۳/۶
زن	۱۳۳	۱۱۳	۸۵
	P=۰/۰۰۰۵		
گروه‌های تحصیلی			
بی سواد	۲۳۹	۲۰۷	۸۷
ابتدائی	۱۴۷	۱۲۵	۸۵
راهنمائی	۱۶۸	۱۳۲	۷۸/۶
دبیرستان	۱۰۹	۹۲	۸۴
عالی	۱۰۹	۹۳	۸۵
	P<۰/۰۰۰۱		
مناطق			
شمال	۱۳۸	۱۲۵	۹۰/۶
مرکز	۱۵۰	۱۱۸	۷۸/۶
جنوب	۱۰۶	۹۵	۸۹/۶
شرق	۱۱۲	۹۵	۸۴/۸
غرب	۱۰۶	۹۱	۸۵/۸
	P<۰/۰۰۰۰۱		

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.6.8]

نمودار شماره ۱-متوسط تعداد تقاضا و مراجعه در سال به ازای هر ۱۰۰ نفر به تفکیک گروه‌های سنی



[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.6.8]

جدول شماره ۳- متوسط تعداد تقاضا و مراجعه به تفکیک نوع شکایات جسمی ـ روانی

	میزان تقاضا در ۱۰۰۰ نفر جمعیت شهر تهران	میزان مراجعه در ۱۰۰۰ نفر جمعیت شهر تهران
قلبی ـ عروقی	۱۳۲	۹۷
موسکولواسکلتال	۱۲۴	۱۰۰
تنفسی	۲۹	۲۷
آنفلوانزا و سرماخوردگی	۴۶۳	۳۷۸
بیماری‌های تب دار و عفونی	۱۴	۱۲
گوارش	۷۱	۶۱
ادراری ـ تناسلی	۳۹	۳۱
اعصاب و روان	۹۳	۷٦
آندوکرین و متابولیک	۷۰	۵۹
بیماری‌های زنان	۲٦	۲۱
پوست	۱۹	۱۹
چشم	۲٤	۲۱
گوش و حلق و بینی	۳۰	۲۳
آلرژی	۲۰	۲۰
مسمومیت	۱۰	۱۰
تروما	۳۱	۲۹
معلولیت	٦	٦
چکاب	۳	۳
زیبایی	۲	۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.6.8]

جدول شماره ۴- متوسط تعداد فراوانی تقاضا و مراجعه سالانه به تفکیک نوع شکایات جسمی ـ روانی در ۱۰۰۰ نفر در سال، شهر تهران و مناطق پنجگانه آن

		قلبی - عروقی	موسکولواسکتال	اعصاب و روان	اندوکرین و متابولیک	گوارش	ادراری و تناسلی	تنفسی	آنفلوآنزا و سرماخوردگی	زنان
شمال	فراوانی تقاضا	۲۲۸	۱۲۶	۱۰۸	۸۴	۶۶	۸۴	۷۸	۲۵۲	۷۸
	فراوانی مراجعه	۲۰۴	۹۰	۹۰	۷۸	۶۶	۶۰	۷۸	۲۲۲	۶۶
	میزان دسترسی	٪۸۹	٪۷۱	٪۸۳	٪۹۳	٪۱۰۰	٪۷۱	٪۱۰۰	٪۸۰	٪۸۵
غرب	فراوانی تقاضا	۱۴۴	۱۱۴	۹۰	۷۲	۷۲	۳۰	۴۲	۳۴۲	۶
	فراوانی مراجعه	۱۱۵	۱۰۲	۳۰	۴۸	۵۴	۲۴	۳۰	۲۸۸	۶
	میزان دسترسی	٪۷۹	٪۸۹	٪۳۳	٪۶۷	٪۷۵	٪۸۰	٪۷۱	٪۶۳	٪۱۰۰
جنوب	فراوانی تقاضا	۹۰	۱۵۶	۱۱۴	۹۰	۷۸	۳۶	۱۸	۳۰۰	۱۸
	فراوانی مراجعه	۸۴	۱۳۸	۸۴	۷۸	۷۲	۳۰	۱۸	۲۶۴	۱۸
	میزان دسترسی	٪۹۳	٪۸۸	٪۷۴	٪۸۷	٪۹۲	٪۸۳	٪۱۰۰	٪۸۸	٪۱۰۰
شرق	فراوانی تقاضا	۱۱۴	۱۰۸	۶۰	۶۶	۶۰	۵۴	۲۴	۵۷۶	۱۲
	فراوانی مراجعه	۹۰	۷۲	۴۸	۶۰	۴۸	۴۲	۲۴	۴۸۰	۶
	میزان دسترسی	٪۷۹	٪۶۷	٪۸۰	٪۹۱	٪۸۰	٪۷۸	٪۱۰۰	٪۸۳	٪۵۰
مرکز	فراوانی تقاضا	۱۰۲	۹۰	۹۶	۴۸	۷۲	۱۲	۱۸	۸۸۲	۳۶
	فراوانی مراجعه	۷۸	۷۲	۷۸	۳۶	۵۴	۶	۱۸	۶۵۴	۲۴
	میزان دسترسی	٪۷۶	٪۸۰	٪۸۱	٪۷۵	٪۷۵	٪۵۰	٪۱۰۰	٪۷۴	٪۶۷
تهران	فراوانی تقاضا	۱۳۲	۱۲۴	۹۳	۷۰	۷۱	۳۹	۲۹	۴۶۳	۲۶
	فراوانی مراجعه	۹۷	۱۰۰	۷۶	۵۹	۶۱	۳۱	۲۷	۳۷۸	۲۱
	میزان دسترسی	٪۷۳/۵	٪۸۱	٪۸۲	٪۸۴	٪۸۶	٪۷۹/۵	٪۹۳	٪۸۲	٪۸۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.6.8]

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به فراوانی تقاضا در این مطالعه، یعنی ۱۲۲ مورد تقاضا در هر ۱۰۰ نفر در سال در شهر تهران و با در نظر گرفتن جمعیت شهر تهران، حدود ۲۴۰۰۰ مورد تقاضا برای دریافت خدمات درمانی به‌دنبال شکایات جسمی ـ روانی در یک روز در شهر تهران وجود دارد و تفکیک آن در گروه‌های سنی مختلف به شرح ذیل است: ۲۶۸۰ مورد تقاضا در کودکان (۱۰ -۰ ساله)، ۳۶۵۰ مورد تقاضا در نوجوانان (۱۹-۱۱ ساله)، ۱۷۳۰ مورد تقاضا در جوانان (۲۴-۲۰)، ۵۵۸۰ مورد تقاضا در بزرگسالان (۳۹-۲۵)، ۶۱۰۰ مورد تقاضا در میانسالان (۵۹-۴۰) و بالأخره ۴۲۶۰ مورد تقاضا در سالمندان (۶۰ ≤ سال). تفاوت بار تقاضا در گروه‌های سنی متفاوت از جهت ذیل قابل بررسی است، در جامعه شهر تهران کمترین بار تقاضا در سنین جوانی است و با افزایش سن به دوران بزرگسالی و میانسالی، بار تقاضا نیز افزایش می‌یابد. این که عوامل دخیل در افزایش بار تقاضا را در سنین بالاتر بشناسیم، نکته بسیار مهمی است که در ارائه خدمات پیشگیری سطح اول و دوم و نحوه تنظیم و آموزش سبک زندگی (Life style) نقش مهمی را بازی می‌کند. از طرف دیگر بالا بودن بار تقاضا در دوران سالمندی بسیار برجسته است. معمولاً سالمندان از خدمات بهداشتی ــ درمانی معمول استفاده می‌کنند. در حالی که با در نظر گرفتن شرایط فیزیولوژیک آنان، به نظر می‌رسد طراحی خدمات ویژه سبب تأثیر بیشتر خدمات درمانی مربوط و متعاقبا کاهش نیاز می‌شود. تفاوت فراوانی بار تقاضا در گروه‌های جنسی، می‌تواند حاصل تفاوت در رفتارهای بهداشتی (تغذیه، تحرک جسمانی و ...)، توجه به سلامت خویش و یا آسیب پذیری زنان باشد. ریشه یابی این مسأله و ارائه راهکار مناسب آن بررسی و پژوهش مربوط را می‌طلبد. در اینجا قابل ذکر است که زنان سالمند هم به لحاظ سن و هم به لحاظ جنس نسبت به سایر گروه‌های اجتماع دارای فراوانی بسیار بالایی در بار تقاضا برای دریافت خدمات درمانی هستند. سیاست‌گزاری‌های بخش بهداشت و درمان در زمینه برنامه ریزی مداخلات پیشگیری سطح اول و دوم می‌تواند با اعمال پیشگیری در سنین کودکی و جوانی از بروز شکایات روانی و جسمانی در دوران میانسالی و سالمندی تا حد زیادی بکاهد. با توجه به این که یافته‌ها نشان می‌دهند فراوانی بار تقاضا، مراجعه و میزان دسترسی برای دریافت خدمات درمانی در مناطق مختلف شهر تهران، تفاوت دارد لازم به ذکر است که عواملی نظیر کفایت مالی، کیفیت خدمات و دسترسی جغرافیایی می‌توانند در این امر دخیل باشند. دکتر کاظم محمد در گزارش نیازهای بهداشتی - درمانی کارکنان شهرداری تهران و خانواده آنها در سال ۱۳۷۲ میانگین تعداد مراجعات سالانه کارگران به پزشک اعم از عمومی یا متخصص را ۲/۹۸ و همین شاخص را برای کارکنان ۳/۷۵ اعلام می‌نماید. اختلاف قابل ملاحظه بین مراجعات جامعه کارمندی و کارگری در مراجعه به پزشک نمایانگر دسترسی نامناسب‌تر قشر کارگری به این خدمات می‌باشد. با بررسی علل تفاوت در فراوانی بار تقاضا و دسترسی در مناطق مختلف شهر تهران در پژوهش‌های دیگر می‌توان با برنامه ریزی‌های متناسب جهت ارائه خدمات درمانی مناسب با نیاز افراد جامعه جهت کاهش عدم دسترسی و تحقق برابری بهداشتی در جامعه گام برداشت. با استفاده از فراوانی بار تقاضا و مراجعه و در شرایطی که زمان مورد نیاز برای ارائه هر خدمت مشخص باشد می‌توان حجم خدمات درمانی را بر حسب زمان محاسبه نمود. در برآورد نیروی انسانی مورد نیاز (براساس حجم کار) برای ارائه خدمات بهداشتی ـ درمانی، حجم خدمات بهداشتی - درمانی بر حسب زمان مهم‌ترین عامل است [۴، ۵]. بر این مبنا طرح بررسی میزان مراجعه افراد متخصصین کشور در سال ۱۳۷۷ انجام شده است که در برآورد تعداد متخصصین مورد نیاز کشور برای سال ۱۳۸۲ مورد استفاده قرار گرفت [۶].طبق نتایج طرح دکتر کاظم محمد میانگین سالانه مراجعه کارکنان شهرداری و خانواده آنان به پزشک عمومی و متخصص در سال ۱۳۷۲ برابر ۳/۱۱ است. نتایج طرح دکتر فرشید علاءالدینی این شاخص را برای جامعه کشوری در سال ۱۳۷۷، ۴/۶۹ نشان می‌دهد. در هر دوی این طرح‌ها تعداد مراجعات در طی ۲ هفته گذشته از افراد مورد پرسش قرار گرفته است. این در حالی است که در مطالعه حاضر شکایات جسمی - روانی افراد در ۲ ماه قبل مورد پرسش قرار گرفته و تقاضای افراد برای دریافت خدمات درمانی به منظور پاسخ گویی به این شکایات مد نظر قرار گرفته است. به نظر می‌رسد تفاوت نتایج طرح حاضر با طرح‌های مشابه دیگر مربوط به حجم مراجعاتی است که برای دریافت خدمات پیشگیری سطح اول و دوم انجام می‌شود که در طرح‌های ذکر شده لحاظ شده، ولی در این مطالعه مد نظر نبوده است. برخی مطالعات مشابه در سایر کشورها نیز انجام شده است. در مطالعه‌ای که از داده‌های بررسی توسعه نیروی انسانی تانزانیا که به وسیله بانک جهانی و با همکاری دانشگاه دارالسلام و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.6.8]

بخش برنامه‌ریزی دولت تانزانیا در فاصله بین اگوست ۱۹۹۳ تا ژانویه ۱۹۹۴ انجام شده و ۵۱۸۷ را خانه تحت پوشش قرار می‌داد، از نمونه روستایی که شامل ۲۲۰۰ خانه که کمی بیشتر از ۱۴۰۰۰ نفر می‌شد استفاده شد. از کل این تعداد حدود ۱۵ درصد در طول ۴ هفته گذشته بیمار یا مصدوم بودند که تخمین‌های انجام شده برروی این تعداد صورت گرفته است[۷]. در مطالعه دیگری بانک جهانی، وزارت برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری ویتنام و اداره آمار عمومی، دوره دوم بررسی استانداردهای زندگی در ویتنام را بین دسامبر ۱۹۹۷ و دسامبر ۱۹۹۸ انجام داده‌اند که در مناطق روستایی و نواحی شهری کوچک می‌باشد. کل نمونه ۲۳۰۵۱۵ نفر است که ۹۰۹۱۵ نفر آنها در طول چهار هفته گذشته وجود بیماری یا جراحت را گزارش نموده بودند[۸].

از طرف دیگر همانطور که نتایج نشان می‌دهد فراوانی بار تقاضا به تفکیک گروه‌های بیماری نشان‌دهنده این موضوع است که بعد از سرماخوردگی و آنفلوانزا، بیماری‌های قلبی و عروقی، موسکولواسکلتال و اعصاب و روان، بیشترین فراوانی تقاضا را دارند که نکات ذیل در این راستا حائز اهمیت فراوان است:

- بررسی نحوه آموزش جامعه و ارائه خدمات مطلوب در گروه‌های بیماری که بیشترین بار تقاضا را ایجاد می‌کنند.
- انجام مطالعات مورد نیاز در زمینه مداخلات پیشگیری سطح یک و دو متناسب با این گروه‌های بیماری .
- در راستای نهادینه سازی پزشکی خانواده، بیماری‌هایی که بیشترین فراوانی تقاضا را به خود اختصاص می‌دهند در آموزش پزشکی و آموزش تخصصی پزشک خانواده مورد توجه بیشتری قرار بگیرند. به‌طور مثال مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی در ایالات متحده و اروپای شمالی۷۰ در ۱۰۰۰۰ و در ژاپن و جنوب اروپا حدود ۲۰ در ۱۰۰۰۰ است و رابطه مستقیم بین فشار خون و مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی و عروقی وجود دارد و مطالعات نشان داده است که با هر افزایش در فشار خون افزایش متناسبی از مرگ و میر وجود دارد و این در میان جمعیت‌های مختلف، قابل تعمیم است [۹].طبق مطالعات انجام شده حدود یک پنجم افراد بالغ در جامعه دارای فشار خون بالا هستند. بیماری که اعضای حیاتی بدن را درگیر نموده و باعث ایجاد ناتوانی‌ها و مرگ زودرس افراد مبتلا می‌گردد. پس از برنامه آموزشی گسترده در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ که توسط مراکز خصوصی و دولتی انجام شد، تعداد موارد تشخیص داده نشده و درمان نشده تا حد زیادی کاهش یافت و این عامل عمده کاهش مرگ و میر بیماری‌های قلبی و عروقی است که در ۲۰ سال گذشته اتفاق افتاده است[۱۰].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.6.8]

منابع

1- Judy Payne. Researching Health Needs: a Community-Based Approach. 1st Edition, Sage Publications: UK, 1999

۲- الگوی برآورد نیروی انسانی دندانپزشکی، شریعتی بتول، فرزدی فرانک، حسینی تودشکی حسن، چاپ اول، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۷۹

۳- مروری بر برنامه ریزی نیروی انسانی پزشکی و روشهای برآورد تعداد پزشک مورد نیاز، چاپ اول، دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، تهران، ۱۳۷۹

۴- خدمات ادغام یافته و روشی برای برآورد نیروی انسانی، پیله رودی سیروس، چاپ اول، انتشارات عقیق، تهران، ۱۳۷۶

5- Anderson GF. Health spending in the United States and the rest of the industrialized world. Health Affairs 2005; 24: 903-14

۶- گزارشی در خصوص تعداد متخصصین مورد نیاز کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، تهران، ۱۳۷۷

7- Sahn David E, Younger Stephen D, Genicot G. The Demand for health care services in rural Tanzania. Oxford Bulletin of Economics and Statistics 2003; 65: 241-60

8- Meyerhoefer C, Sahn Devid E, Younger Stephen D. The joint demand for health care, leisure and commodities: implications for health care finance and access in Vietnam. Journal of Economic Inequality 2005; 3: 125-43

9- Peggy CW, Van Den H. The Relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in different parts of the world. The New England Jornal of Medicine 2000; 342: 1-8

10- Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Longo D. Harrison's Principles of Internal Medicine, MC Graw Hill: USA, 2001

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.6.8]