

نحوه بهره‌گیری روستاییان از خدمات درمانی

دکتر فریدون عزیزی*، دکتر حمیدرضا فرشچی نصر*، دکتر حسین ملک افزلی*،
جمیله رحیمی نیا*، بیژن مهدوی*

* مرکز تدوین سیاست‌ها و برنامه‌ها وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

خلاصه

با توجه به مشخص نبودن این که آیا خدمات درمانی به اندازه خدمات بهداشتی موفق است یا خیر، تحقیق حاضر به منظور تعیین نحوه بهره‌گیری روستاییان از خدمات درمانی خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی - درمانی روستایی کشور در سال ۱۳۷۵ انجام گرفت.

پژوهش حاضر با روش توصیفی - مقطعی در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی - درمانی ۱۱ استان صورت پذیرفت. روستاها از نظر کیفیت ارائه خدمات بهداشتی - درمانی به سه گروه خوب، متوسط و ضعیف تقسیم گردیدند. پرسش‌گران شامل شش پزشک عمومی بودند که نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌های مختلف و روش‌های بررسی در آن‌ها یکنواخت شده بود. هر پزشک بین ۱ تا ۲ استان را طی ۱ تا ۳ ماه مورد بررسی قرار داد. پرسش‌گران با مراجعه به ۱۹۶ روستای مورد مطالعه با ۱۰۶۴ خانوار، ۶۲ به‌ورز و ۲۷ پزشک مصاحبه نموده و پرسش‌نامه‌های ویژه را تکمیل نمودند.

محل اولین مراجعه روستاییان به هنگام بیماری خانه بهداشت می‌باشد و پس از آن مطب پزشکان خصوصی و مرکز بهداشتی - درمانی روستایی به ترتیب دومین و سومین فراوانی را در محل مراجعه اول روستاییان تشکیل می‌دهد. در مناطق خوب، روستاییان حداقل میزان مراجعه به مرکز بهداشتی - درمانی روستایی (۶ درصد) و بیشترین میزان مراجعه به مطب پزشک عمومی (۳۴ درصد) را داشتند. روستاییانی که به خانه بهداشت مراجعه می‌نمایند، نزدیک بودن خانه بهداشت را بیشترین علت مراجعه خود اظهار می‌دارند. رایگان بودن خدمات، به ویژه دارو، اعتماد به به‌ورز و رعایت سیستم ارجاع از علل دیگر بودند. وجود دارو در خانه‌های بهداشت بر اساس نظر روستاییان در مناطق ضعیف، متوسط و خوب به ترتیب ۴۵/۵، ۷۶/۶ و ۵۷/۲ درصد برآورد شده است. پیشنهادهای به‌ورزان برای بهبود ارائه خدمات درمانی در خانه بهداشت به ترتیب فراوانی عبارتند از: در دسترس بودن داروی کافی طبق دستورالعمل، برگزاری کلاس‌های آموزشی و بازآموزی، احداث مراکز بهداشتی - درمانی روستایی در مسیر خانه بهداشت و حضور پزشک به طور مستمر یا سیاری در روستاها. بر اساس نظر پزشکان، در کمتر از نیمی از موارد دارو به اندازه کافی وجود دارد، وجود تجهیزات درمانی با ۷۴/۱ درصد رضایت پزشکان را جلب نموده است. در هیچ یک از روستاها، ۴۱ قلم داروی مصوب خانه بهداشت به طور کامل وجود ندارد. قرص جلوگیری از بارداری تقریباً به صورت کامل وجود دارد (۹۶/۵ درصد). هم چنین با توجه به فهرست تجهیزات پزشکی خانه‌های بهداشت، وسایل ضروری در خیلی از موارد وجود نداشت.

واژگان کلیدی: خدمات، درمان، بهداشت، به‌ورز، دارو، تجهیزات پزشکی، دسترسی

مقدمه

درمانی به دلیل عوامل متعددی چون پیچیده بودن ارائه خدمات درمانی در سه سطح، گران بودن خدمات درمانی، نبود پوشش مناسب توسط موسسه‌های دولتی و خدمات بیمه‌ای و در اختیار نبودن گزارش‌ها و پژوهش‌های مربوط به آن مشخص نیست که آیا خدمات درمانی به اندازه خدمات بهداشتی موفق باشد. از این رو، مرکز تدوین

پس از پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی جهت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی توجه خاصی به گسترش شبکه‌های بهداشتی - درمانی مبذول شد و این مراکز در ارائه خدمات بهداشتی و بهبود شاخص‌های عمده بهداشتی نقش به‌سزایی داشته‌اند (۱،۲). در مورد ارائه خدمات

پرسش‌گران و با کمک سرپرست خانوار کامل می‌شد. محل اولین مراجعه روستاییان به هنگام بیماری علل مراجعه یا مراجعه به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی - درمانی روستایی و نظر آنان در مورد امکانات درمانی مورد سوال قرار گرفت.

پرسش‌نامه به‌ورز - در روستاهای اصلی مستقل (دارای خانه بهداشت مستقل) تکمیل گردید و شامل ۱۵ سوال (۱۱ سوال بسته و ۴ سوال باز) بود و در آن نظر به‌ورز در مورد خدمات بهداشتی - درمانی و مسایل رفاهی سوال می‌شد.

پرسش‌نامه پزشک - شامل ۱۷ سوال (۱۵ سوال بسته و ۲ سوال باز) که در مراکز اصلی و ضمیمه کامل می‌گردید و از نظر پزشک در مورد خدمات بهداشتی - درمانی، امکانات، حضور کارکنان و مسایل رفاهی سوال می‌شد.

پرسش‌نامه پرسش‌گر - شامل ۱۲ سوال بسته بود که در روستاهای دارای خانه بهداشت مستقل و ضمیمه بر اساس فهرست‌های ارزیابی تکمیل شد. پرسش‌گران فهرست داروهای خانه بهداشت، فهرست تجهیزات درمانی (پانسمان و تزریقات) خانه بهداشت، فهرست داروها، تجهیزات آزمایشگاهی، تجهیزات خدمات بهداشت دهان و فهرست کارکنان درمانی مرکز بهداشتی - درمانی روستایی را مشاهده و پرسش‌نامه را تکمیل نمودند.

پرسش‌نامه‌ها جهت تعیین نقاط ضعف و میزان روایی به صورت پایلوت در چندین خانه بهداشت و مرکز بهداشتی - درمانی روستایی اطراف تهران بررسی و اصلاح گردید. نتایج سوال‌های باز پرسش‌نامه به صورت دستی استخراج شد ولی سوال‌های بسته بعد از پردازش داده‌ها توسط کامپیوتر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نظرات روستاییان - خانه بهداشت: محل اولین مراجعه روستاییان (۴۷/۸ درصد) به هنگام بیماری خانه بهداشت می‌باشد. مطب پزشکان خصوصی (۲۹/۸ درصد) و مرکز بهداشتی - درمانی روستایی (۱۸/۷ درصد) به ترتیب دومین و سومین فراوانی را در مراجعه اول روستاییان تشکیل می‌دهد. بین مناطق ضعیف، متوسط

سیاست‌ها و برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر آن شد تا نحوه بهره‌گیری روستاییان از خدمات درمانی خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی - درمانی روستایی کشور را در سال ۱۳۷۵ بررسی نماید.

مواد و روشها

نوع مطالعه توصیفی و مقطعی می‌باشد. این پژوهش در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی - درمانی استان‌های آذربایجان غربی، اصفهان، چهارمحال بختیاری، خراسان، سیستان و بلوچستان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، لرستان، مازندران و همدان انجام گرفت. با بهره‌گیری از نظر مشاور آماری طرح که خود مسئول نظام گسترش شبکه‌های بهداشتی بود، روستاها از نظر کیفیت آرایه خدمات بهداشتی درمانی به سه گروه خوب، متوسط و ضعیف تقسیم گردیدند. سپس با استفاده از اطلاعات موجود در مرکز کامپیوتر ستاد گسترش شبکه‌ها، نوع روستاها از نظر داشتن خانه بهداشت مستقل، ضمیمه و یا قمر بودن مشخص شد. روستای مستقل، روستایی است که فقط خانه بهداشت دارد، روستای ضمیمه، روستایی است که فاقد مرکز بهداشتی - درمانی روستایی و خانه بهداشت باشد. سپس حجم نمونه تعیین و واحدهای آرایه خدمات به طور تصادفی انتخاب گردیدند. خانوارهای مورد مطالعه در سه گروه ضعیف، متوسط و خوب به ترتیب ۳۵۹، ۳۶۱ و ۳۴۴ خانوار بودند. پرسش‌گران شامل شش پزشک عمومی بودند که نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌های مختلف با آنها تمرین شده و روش‌های بررسی در آنها یکنواخت گردیده بود. هر پزشک بین ۱ تا ۲ استان را طی ۱ تا ۳ ماه مورد بررسی قرار داد. پرسش‌گران با مراجعه به ۱۹۶ روستای مورد مطالعه با ۱۰۶۴ خانوار، ۶۲ به‌ورز و ۲۷ پزشک مصاحبه نموده و پرسش‌نامه‌های ویژه را کامل کردند.

بر اساس هدف‌های تعیین شده پژوهش، ۴ نوع پرسش‌نامه با عنوان‌های زیر تدوین گردید:

پرسش‌نامه روستاییان - در روستاهای دارای خانه بهداشت ضمیمه، اصلی و قمر تکمیل گردید و مشتمل بر ۲۸ سوال (۸ سوال باز و ۲۰ سوال بسته) بود که توسط

مناطق خوب کمتر از برگه ارجاع استفاده می نمایند (۶۲/۸ درصد). میزان پی گیری بیماران ارجاع شده توسط به ورز در سه منطقه ضعیف، متوسط و خوب به ترتیب ۵۱/۹، ۶۷/۴ و ۶۵/۱ درصد برآورد گردید.

مرکز بهداشتی - درمانی - روستاییانی که به مرکز بهداشتی - درمانی روستایی مراجعه می نمایند. نزدیک بودن، حضور پزشک، امکان های درمانی، ارزان بودن خدمات درمانی و نیز رعایت سیستم ارجاع را بیشترین علت مراجعه خود ذکر می نمایند، در صورتی که کیفیت رسیدگی به بیماران کمترین علت را شامل می شود (نمودار ۲).

روستاییانی که به مرکز بهداشتی - درمانی روستایی مراجعه می نمایند، دسترسی به شهر از لحاظ جغرافیایی (در مناطق خوب ۵۰، متوسط ۳۰ و ضعیف ۲۶ درصد) و نیز عدم وجود دارو (مناطق خوب ۱۹/۲، متوسط ۱۷/۶ و ضعیف ۲۰/۸ درصد) را به عنوان بیشترین علت عدم مراجعه بیان می دارند (جدول ۳).

امکانات و خدمات درمانی - دارو بر اساس نظر روستاییانی که به مرکز بهداشتی - درمانی روستایی مراجعه می نمایند، به طور نسبی وجود دارد ولی خدمات تزریقات و پانسمان تقریباً به طور کامل در کلیه مناطق عرضه می گردد (در مناطق خوب ۹۵/۵، متوسط ۹۷/۷ و ضعیف ۹۱/۸ درصد). روستاییان در مناطق متوسط از خدمات آزمایشگاهی در حدود نیمی از موارد رضایت دارند اما در مناطق ضعیف و خوب آرایه خدمات آزمایشگاهی، میزان نامطلوب تری را شامل می گردد (مناطق ضعیف ۲۸/۸ و خوب ۱۴/۳ درصد) هم چنین در مناطق متوسط و خوب آرایه خدمات بهداشت دهان و دندان ۷۹/۸ و ۸۱/۴ درصد را شامل می شود اما در مناطق ضعیف ۵۴/۵ درصد می باشد (جدول ۴).

حضور پزشک (در مناطق خوب ۹۸/۲، متوسط ۹۷/۸ و ضعیف ۸۴/۱ درصد) و نحوه برخورد پزشک با بیماران در مراکز بهداشتی - درمانی روستایی (در مناطق خوب ۹۶/۹، متوسط ۹۲/۵ و ضعیف ۸۶/۳ درصد) مطلوب است. آرایه خدمات اورژانس (در مناطق ضعیف ۷۸/۷، متوسط ۷۳/۵ و خوب ۳۸ درصد) و نیز دسترسی به دارو

و خوب اختلاف با اهمیتی در میزان مراجعه به خانه بهداشت وجود نداشت (از ۴۳ تا ۵۴ درصد) ولی در مناطق خوب، روستاییان حداقل مراجعه به مرکز بهداشتی - درمانی روستایی (۶ درصد) و بیشترین مراجعه به مطب پزشک عمومی (۳۴ درصد) را داشتند (جدول ۱). هم چنین اولین مراجعه روستاییان مناطق ضعیف و خوب به ترتیب در ۳/۶ و ۳/۲ درصد موارد به پزشک متخصص می باشد.

علل مراجعه روستاییان به خانه بهداشت در نمودار (۱) آورده شده است. روستاییانی که به خانه بهداشت مراجعه می نمایند، نزدیک بودن خانه بهداشت را بیشترین علت مراجعه خود اظهار می دارند (مناطق خوب ۷۳/۶، متوسط ۵۵/۷ و ضعیف ۵۰/۵ درصد). رایگان بودن خدمات، به ویژه دارو، اعتماد به به ورز و رعایت سیستم ارجاع از علل دیگر بودند. در صورتی که امکانات درمانی مناسب کمترین علت مراجعه آنان می باشد. روستاییانی که به خانه بهداشت مراجعه نمی نمایند، عدم وجود دارو و امکانات کافی (مناطق خوب ۵۳/۲، متوسط ۴۹/۲ و ضعیف ۵۱/۵ درصد)، عدم حضور پزشک (مناطق خوب ۲۸/۴، متوسط ۳۸/۵ و ضعیف ۲۷/۷ درصد) را بیشترین علت عدم مراجعه خود ذکر می نمایند (جدول ۲). در مناطق خوب، یکسانی هزینه با مطب و غیر فعال بودن سیستم و دلایل عدم مراجعه بیش از یک چهارم روستاییان به شبکه های بهداشتی - درمانی جهت دریافت خدمات درمانی می باشند.

وجود دارو در خانه های بهداشت بر اساس نظر روستاییان در مناطق ضعیف، متوسط و خوب به ترتیب ۴۵/۵، ۷۶/۶ و ۵۷/۲ درصد برآورد شده است. بر اساس نظر روستاییان حضور به ورزان در مناطق خوب ۹۸/۴، متوسط ۱۰۰ و ضعیف ۹۸/۲ درصد می باشد و تزریقات و پانسمان در مناطق خوب ۸۹/۷، متوسط ۹۴ و ضعیف ۹۴/۴ درصد به نحو مطلوب آرایه می گردد. ۷۱ درصد از روستاییان از نحوه آرایه خدمات درمانی به ورزان راضی می باشند. ارجاع بیماران توسط به ورز تقریباً در دو سوم از موارد در کلیه مناطق انجام می گیرد (در مناطق ضعیف ۷۴/۴، متوسط ۷۱/۹ و خوب ۶۲/۹ درصد). بیماران در

جدول ۱ - میزان اولین محل مراجعه روستاییان به هنگام نیاز به خدمات درمانی در مناطق ضعیف، متوسط و خوب

مناطق	محل اولین مراجعه	خانه بهداشت	مرکز ب - د روستایی	مرکز ب - د شهری	مطب پزشک عمومی	مطب پزشک متخصص	بیمارستان دولتی	تامین اجتماعی
ضعیف (n = ۱۶۶)	۴۶/۲	۲۹/۲	۱/۷	۱۸/۷	۱/۱	۲/۸	۰/۳	
متوسط (n = ۱۵۴)	۴۲/۷	۲۰/۸	۱/۹	۲۹/۶	۳/۶	۱/۴	-	
خوب (n = ۱۸۷)	۵۴/۴	۵/۵	۲/۹	۳۳/۷	۳/۲	۰/۳	-	
جمع (n = ۵۰۷)	۴۷/۷	۱۸/۷	۲/۲	۲۷/۳	۲/۶	۱/۵	۰/۱	

جدول ۲ - علل عدم مراجعه روستاییان به خانه بهداشت در مناطق ضعیف، متوسط و خوب

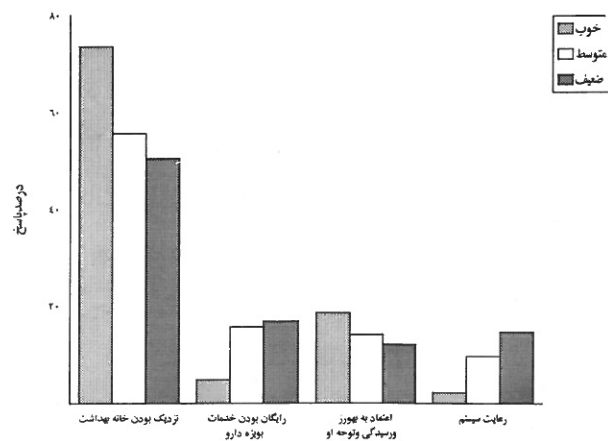
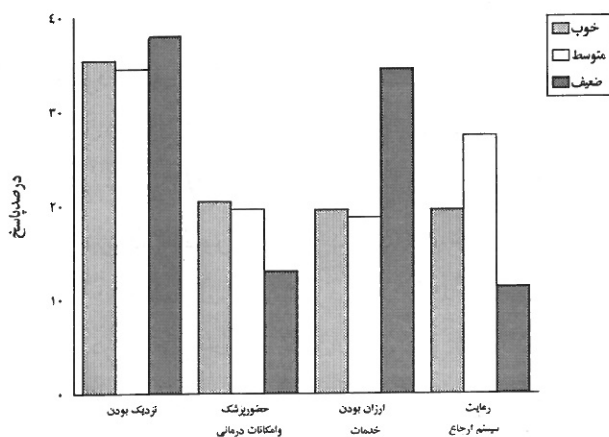
مناطق	خوب (n=۱۵۶)	متوسط (n=۲۰۶)	ضعیف (n=۱۹۵)
عدم وجود دارو و امکانات درمانی کافی	۵۳/۲	۴۹/۲	۵۱/۵
عدم حضور پزشک	۲۸/۴	۳۸/۵	۲۷/۷
یکسان بودن هزینه با مطب	۱۹/۱	-	-
غیر فعال بودن	۷/۵	-	۳/۲
دسترسی بهتر به شهر	۳	۴/۴	۶/۶
عدم اعتماد به بهورز در زمینه درمان	۳/۵	۴	۷/۸
رسیدگی بهتر در مطب	۱	۱/۲	۰/۷
سایر	۱/۵	۱/۸	۲/۵

جدول ۳ - علل عمده مراجعه برخی از روستاییان به مرکز بهداشتی درمانی روستایی در مناطق ضعیف، متوسط و خوب

مناطق	خوب (n=۲۳۶)	متوسط (n=۱۸۵)	ضعیف (n=۱۵۲)
عدم دسترسی به شهر	۵۰/۵	۳۰	۲۵/۶
عدم وجود دارو	۱۹/۲	۱۷/۶	۲۰/۸
عدم امکانات کافی	۱۰/۵	۶/۳	۱۱/۲
عدم حضور پزشک	۶/۴	۲/۸	۱۷/۶
عدم توجه و رسیدگی	۲/۳	۱۳/۲	۸/۸
یکسان بودن هزینه با مطب	۴/۷	۲	۵/۶
غیر فعال بودن مراکز	-	۱۵/۴	۱/۶
سایر دلایل	۶/۴	۱۲/۶	۴/۴

* تعداد پرسش‌نامه‌های تکمیل شده

* تعداد پرسش‌نامه‌های تکمیل شده



نمودار ۱ - علل مراجعه روستاییان به خانه بهداشت در مناطق خوب، متوسط و ضعیف. تعداد پرسش‌نامه تکمیل شده به ترتیب ۱۵۲، ۱۸۷ و ۱۶۳ عدد می‌باشند.

نمودار ۲ - علل عمده مراجعه روستاییان به مراکز بهداشتی درمانی روستایی در مناطق خوب، ضعیف و متوسط. تعداد پرسش‌نامه‌های تکمیل شده به ترتیب ۱۷۷، ۱۹۱ و ۱۸۷ می‌باشند.

جدول ۴ - نظر روستاییان در مورد امکانات، کارکنان و نحوه خدمات درمانی مراکز بهداشتی درمانی روستایی

موضوع	مثبت	منفی	تا حدودی
وجود دارو	۳۹	۱۱	۵۰
ارایه خدمات تزریقات و پانسمان	۹۵	۵	-
ارایه خدمات آزمایشگاهی	۳۲	۵۹	۹
ارایه خدمات بهداشت دهان و دندان	۶۸	۳۲	-
حضور پزشک	۹۲	۸	-
ارایه خدمات اورژانس	۷۰	۳۰	-
دسترسی به دارو پس از ساعات اداری	۶۲	۳۸	-
ارجاع روستاییان توسط پزشک به سطح بالاتر	۶۶	۳۴	-
میزان رضایت از نحوه ارایه خدمات درمانی	۵۹	۱۵	۲۶
میزان رضایت از برخورداری پزشکان	۹۱	۵	۴

پس از ساعت اداری به خصوص در مناطق خوب (۳۵/۹ درصد) میزان کمتری را به خود اختصاص می‌دهد. میزان انجام ارجاع در مراکز بهداشتی - درمانی روستایی بیش از دو سوم موارد می‌باشد (در مناطق خوب ۶۵، متوسط ۶۴/۸ و ضعیف ۶۷/۲ درصد).

نظرات به‌ورزان - ۷۵ درصد از به‌ورزان متاهل

هستند و ۶۳ درصد از آنان بومی می‌باشند. ۴۸ درصد به‌ورزان اظهار می‌دارند که محل زیست برای آنان موجود است و بقیه محلی برای زندگی در روستا ندارند و برای رفت و آمد خود دچار مشکل می‌باشند. ۶۴/۵ درصد از به‌ورزان آموزش ارایه شده را کافی می‌دانند و ۳۵/۵ درصد از آنان آموزش بیشتر در مورد بیماری‌های واگیردار، بهداشت خانواده و شناخت داروها را لازم می‌شمارند. ۷۵/۸ درصد از به‌ورزان بیماران را ارجاع می‌دهند و بقیه بعد مسافت، عدم استقبال و پذیرش مردم را به عنوان علل عمده ارجاع ذکر می‌کنند. دارو در خانه‌های بهداشت بر اساس نظر به‌ورزان در ۱۴/۵ درصد موارد به میزان کافی و در ۶۶/۱ درصد تا حدودی می‌باشد. پیشنهادهای به‌ورزان برای بهبود ارایه خدمات درمانی در خانه بهداشت به ترتیب وفور عبارتند از: دسترسی به داروی کافی طبق دستورالعمل (۲۷ درصد)، برگزاری کلاس‌های آموزشی و بازآموزی (۲۱ درصد)، احداث مراکز بهداشتی - درمانی روستایی در مسیر خانه بهداشت (۱۲ درصد) و حضور پزشک به طور مستمر یا سیاری در روستاها (۱۱ درصد).
نظرات پزشکان - اگرچه بر اساس نظر پزشکان کمتر

جدول ۵ - نتایج بررسی در مورد وفور داروهای مجاز در خانه بهداشت

وجود دارو در خانه بهداشت			
بیش از ۸۰٪	۷۹ - ۵۰٪	۴۹ - ۲۰٪	کمتر از ۲۰٪
استامینوفن	آسپیرین	شربت پی پرازین	پودر برون
LD	آلومینیوم ام - جی	پماد چشمی تتراسیکلین	روغن پارافین نرم
محلول الکل	آموکسی سیلین	تری فازیک	پودر پسیلیوم
O.R.S	پنی سیلین V	دیفن هیدرامین	منیزیم هیدروکسید
محلول بتادین	پماد سوختگی	کرم کروتامیتون	محلول کالامین
محلول ساولن	پماد تتراسیکلین جلدی	کلروکین	نیکلوزاماید
سولفات آهن	نیستاتین	گایافنیزین	شربت سالبوتامول
	قطره چشمی سولفاستامید	لیندان	
	کوتریموکسازول	گریژوفولون	
	پماد ماتیتول سالیلات	میتل ارگونوبین مالئات	
	مبندازول	پماد هیدروکورتیزون	
	مولتی ویتامین		
	مینی پیل (OCP)		
	کرم نیتروفورازون		

جدول ۶ - فهرست اسامی داروهای که در ۱ تا ۱۹ درصد مراکز بهداشتی درمانی روستایی (بر اساس بررسی پرسش‌گر) وجود دارند

آنتی هموروئید	پیرازینامید ۵۰۰ میلی گرمی	کینین هیدروکلراید	دکستروز ۵۰ درصد
اتامبول ۴۰۰ میلی گرم	دایسون	کلسیم پنتوتینات	دوپامین هیدروکلراید
قرص اتوموکسیمید ۲۵۰ میلی گرم قرص	دیفن هیدرامین	کلوتریمازول ۱۰۰ میلی گرمی	سرم ضد زهرمار پلی والان
شربت اتوسوکسیمید	رانیتیدین	کلوفازیمین ۵۰ میلی گرمی	سرم ضد عقرب
الکل یده	ریفامپین ۱۵۰ میلی گرمی	کلوفازیمین ۱۰۰ میلی گرمی	سرم ضد هاری
انسولین (ایزوفان)	سولفادیازین	گریزئوفلوین ۵۰ میلی گرمی	سولفات منیزیم ۲۰ درصد
ایزونیازید ۱۰۰ میلی گرمی	فلوفنازین	گلیسرین فنیکه	فیتونادیون (K) ۱۰ میلی گرمی
ایزوتیازید ۲۰۰ میلی گرمی	فنوباریتال	متیل ارگونوین مالئات	فیتونادیون (K) ۱ میلی گرمی
ایندومتاسین ۱۰۰ میلی گرمی	فنی توین	محلول تزریقی توبرکولین	کلرامفنیکل (سوسپانسیون)
بنزیل بنزوات	فنی توین ۵۰ میلی گرمی	نیکلوزاماید	کلرامفنیکل (تزریقی)
پرفنازین ۸ میلی گرمی	کالامین	هیدرالاین ۲۵ میلی گرمی	کلروپرومازین
پریماکین ۷/۵ و ۱۵ میلی گرمی	کلروپرومازین ۲۵ میلی گرمی	سیتانست	مانتیول ۲۰ درصد
پرازیکوانتیل	کلروپرومازین ۱۰۰ میلی گرمی	انسولین معمولی	متیل دوپا
پنی سیلین ال - ۶۰۰	کلروکین فسفات	استرپتومایسین	هیدرالازین
پنی سیلین G پتاسیم ۱ میلیون	کینین سولفات ۲۰۰ میلی گرمی	ایزوسورباید ۵ میلی زیر زبانی	
پویدون آیداید ۱۰ درصد	کینین سولفات ۳۰۰ میلی گرمی	پتاسیم کلراید	

جدول ۷ - فهرست اسامی [۲۰ قلم (۷ درصد)] داروهای که در هیچ یک از مراکز بهداشتی - درمانی روستایی (بر اساس بررسی پرسش‌گر) مشاهده نشده است.

پسیلیوم	سرم ضد دیفتری
پروتیونامید ۱۵۲ یا ۲۵۰ میلی گرمی	آنتی سرم بوتولیسم A+B+E
ریفامپین	آنتی سرم بوتولیسم A+B
سبوس	آنتی سرم بوتولیسم
زغال فعال ۲۵۰ میلی گرمی	آلبندازول
فانسیدار	مبندازول
کلروکین هیدروکلراید یا سولفات	اپیکا
گلیسرین یده	سرم ضد کزاز (تتابولین)
مگلو مین آنتی مونات	کلرامفنیکل
مایکونازول	نالوکسان

از نیمی از موارد (۴۴/۴ درصد) دارو به اندازه کافی وجود دارد، وجود تجهیزات درمانی با ۷۴/۱ درصد، رضایت پزشکان را جلب نموده است. طبق اظهارات

جدول ۸ - فهرست اسامی تجهیزات فنی که در ۴۹ - ۲۰٪ و کمتر از ۲۰ درصد مراکز بهداشتی درمانی روستایی (بر اساس بررسی پرسش‌گر) وجود دارند

کمتر از ۲۰ درصد	۴۹ - ۲۰٪
ملحفه سفید	استریلیزاتور برقی و نفتی متوسط
آتل چوبی در اندازه‌های مختلف هر کدام	سیلندر اکسیژن با مانومتر و چرخ زیر آن
کوت لعابی دردار متوسط ۱۲ یا ۱۴	لگن استیل
جای پنبه	ظرف محلول‌های ید و الکل
پنس آگراف و دگراف	پنس کوخر
دسته بیستوری ۳ و ۴ از هر کدام	پنس هموستاز
تیغه بیستوری ۱۱ و ۱۲ از هر کدام	تیچی کج
کاتکوت کرمه و غیر کرمه از هر نمره	تیچی راست
ایروی در اندازه‌های مختلف	پنس بلند برای برداشتن وسایل
سوزن بخیه راست و کج گوش	پنس سوزن گیر
آگراف نمره ۲ از هر کدام	گاروبا گیره مصنوعی
ست تزریق سرم	سوند معده بزرگسالان یک بار مصرف
سوند معده بزرگسالان یک بار مصرف	سوند معده کودکان یک بار مصرف

اکثر تجهیزات آزمایشگاهی مصوب رقم بسیار پایینی رداشته به طوری که بیشتر لوازم آزمایشگاهی مصوب کمتر از ۵۰ درصد وجود دارد. جدول (۸) تجهیزات پزشکی موجود را در کمتر از نیمی از موارد در مراکز بهداشتی - درمانی روستایی نشان می‌دهد.

بحث

در این پژوهش نیروی انسانی، امکانات و نحوه بهره‌گیری روستاییان از خدمات درمانی در شبکه بهداشتی - درمانی روستایی مورد تحقیق قرار گرفته است. این طرح بر اساس نظرهای روستاییان، به‌ورزان، پزشکان و مشاهده پرسش‌گران انجام گردید. نتایج بیانگر آن هستند که بعد از خدمات درمانی نارسایی‌هایی در شبکه بهداشتی - درمانی مشهود می‌باشد. گرچه بررسی در ۱۱ استان کشور انجام گرفت، استان‌ها و روستاهایی که در طرح بررسی شدند از جامعیت کاملی برخوردار هستند و می‌توان یافته‌ها را برای کلیه استان‌های کشور تعمیم داد. در طرح بررسی سلامت و بیماری در ایران در سال ۱۳۶۹ (۳) از روستاییان سوال شده بود که به هنگام بیماری ابتدا به کجا مراجعه می‌کنند. جمع‌آوری اطلاعات از ۱۰ استانی که در دو بررسی سلامت و بیماری (۳) و طرح کنونی شرکت داشته‌اند، نشان می‌دهد که در سال ۱۳۶۹، ۳۲/۸ درصد روستاییان به خانه بهداشت، ۳۳/۲ درصد به مطب خصوصی (اعم از پزشک عمومی یا متخصص) و ۳۵ درصد به سایر مراکز (بیمارستان‌های دولتی، درمانگاه، مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و شهری) مراجعه می‌کرده‌اند. این اعداد در بررسی کنونی به ترتیب ۲۹/۸، ۴۷/۸ و ۲۲/۴ درصد می‌باشد. از این‌رو، مراجعه به مطب خصوصی تفاوت چندانی نکرده است.

حدود نیمی از روستاییان مورد مطالعه جهت حل مشکلات درمانی خود ابتدا به خانه‌های بهداشت مراجعه می‌نمایند که نسبت به طرح مشابه در سال ۱۳۶۹، این میزان افزایش یافته است و شاید بتوان افزایش تعداد خانه‌های بهداشت را یکی از دلایل آن دانست. با توجه به

پزشکان، تکنسین دارویی، به‌یار، بهداشتکار دهان و دندان، تکنسین آزمایشگاه به ترتیب در ۶۷، ۷۸، ۶۳ و ۵۲ درصد موارد در مراکز بهداشتی - درمانی روستایی وجود دارند. ارجاع توسط پزشک در حدود ۹۰ درصد موارد انجام می‌گیرد اما پی‌گیری بیماران ارجاعی به میزان مطلوب نیست. وسیله حمل و نقل برای بازدید روستاهای قمر در ۷۸ درصد موارد وجود دارد. برای ۸۵/۲ درصد پزشکان محل سکونت در نظر گرفته شده و ۵۹/۱ درصد از پزشکان از محل سکونت خود در روستا رضایت دارند. ۷۴/۱ درصد پزشکان اظهار می‌دارند که از مزایایی غیر از حقوق برخوردار هستند اما اکثر قریب به اتفاق (۹۵ درصد) آنان از میزان مزایای خود راضی نمی‌باشند.

مشاهده پرسش‌گران - در هیچ یک از روستاها، ۴۱ قلم داروی مصوب خانه بهداشت به طور کامل وجود ندارد (جدول ۵). قرص جلوگیری از بارداری تقریباً به صورت کامل وجود دارد (۹۶/۵ درصد) اما آنتی‌بیوتیک‌ها فقط در نیمی از موارد موجود می‌باشند و داروهای ضد قارچ و ضد انگل نیز به میزان کمتری در دسترس هستند. هم‌چنین با توجه به فهرست تجهیزات پزشکی خانه‌های بهداشت، وسایل ضروری در خیلی از موارد وجود نداشته و وسایلی از قبیل پنس، نخ، سوند معده، ست تزریق سرم و سوندلاتون در موارد بسیار استثنایی وجود دارد. از ۲۷۹ قلم داروی مصوب که باید در مراکز بهداشتی - درمانی روستایی وجود داشته باشد، بیشتر داروها به طور کامل وجود ندارند. ۱۵۱ قلم دارو (۵۴ درصد) در کمتر از ۵۰ درصد موارد در مراکز دیده شد. ۶۹ قلم دارو (۲۵ درصد) بین ۲۰ تا ۴۹ درصد موارد در مراکز وجود دارند و ۶۲ قلم (۲۲ درصد) بین ۱ تا ۱۹ درصد موارد در مراکز ملاحظه گردیدند (جدول ۶). ۲۰ قلم از داروها (۷ درصد) در هیچ یک از مراکز مشاهده نشد که نام آنها در جدول (۷) ذکر شده است.

تجهیزات پزشکی مراکز بهداشتی - درمانی روستایی نیز به خصوص در زمینه وسایل استریل‌کننده نامطلوب بوده است. (۸/۷ درصد) تجهیزات دندان پزشکی گ

می‌باشد که باعث می‌گردد تا از حضور ثابت این نیروها در محل خدمت و نیز ارایه خدمت کاسته شود. هم چنین باید توجه داشت که عدم در نظر گرفتن محل زیست برای به‌ورزان در بیش از نیمی از موارد، در ارایه خدمات به‌ورزان خلل به وجود می‌آورد. اگر این موضوع همراه با اعمال محدودیت در هنگام ازدواج به‌ورزان گردد، از انگیزه سایر روستاییان برای حضور در شغل به‌ورزی می‌کاهد. از نکات قابل ذکر دیگر در نظرات به‌ورزان، اعلام نیاز به دوره‌های بازآموزی، حصول دارو به میزان کافی، رعایت تقسیم جغرافیایی صحیح در محدوده مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و نیز انجام سیاری منظم پزشکان را باید اعلام نمود، که اگر سیاست‌گذاران بهداشت و درمان خواهان انجام صحیح خدمات درمانی در روستا و خانه بهداشت می‌باشند، توجه به این نکات ضروری است.

بر اساس نظرات پزشکان، مراکز بهداشتی - درمانی روستایی عدم وجود دارو به میزان مطلوب، عدم حضور کارکنان مصوب بر اساس ساختار مرکز بهداشتی - درمانی روستایی موجب خواهد شد که زنجیره درمان در این مراکز مختل گردیده و عدم کارآیی درمانی در این مراکز را باعث می‌شود. از نکات قابل ذکر باید به امکانات زندگی و نیز ایجاد انگیزه‌های لازم برای ارایه خدمات مطلوب پزشکان در روستاها را نام برد، زیرا عدم رضایت پزشکان از مزایای مادی در ۹۵ درصد موارد جای تامل دارد.

مشاهده پرسش‌گران بر اساس فهرست‌های ارزیابی در خانه‌های بهداشت نشان می‌دهد که در هیچ کدام از روستاهای مورد مطالعه، تمام اقلام دارویی مصوب به طور کامل وجود ندارد، هم چنین وجود بسیار نامطلوب داروهای آنتی بیوتیکی و ضد قارچ و ضد انگل از مواردی است که با توجه به نیاز در روستاها از کیفیت خدمات کاسته است. علاوه بر دارو، عدم وجود تجهیزات بر اساس فهرست مصوب در خانه‌های بهداشت بر صحت گفتار روستاییان و به‌ورزان در نقاط ضعف خانه‌های بهداشت تاکید می‌نماید.

مشاهده پرسش‌گران در مراکز بهداشتی - درمانی روستایی بر اساس فهرست ارزیابی دارو نشان می‌دهد که

خصوصی وجود دارد. البته باید این که آیا انگیزه لازم برای حضور پزشکان با توجه به امکانات زیست محیطی در مناطق روستایی وجود دارد را نیز مد نظر قرار داد. در مقابل، میزان مراجعه روستاییان به مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و شهری تعداد اندکی را شامل می‌شود و از این رو، جهت برنامه ریزی درمان در این مراکز توجه بیشتری لازم است.

نزدیک بودن به خانه بهداشت بیشترین دلیل مراجعه روستاییان به این خانه‌ها را تشکیل داده، در حالی که کمبود امکانات درمانی مناسب بیشترین نقطه ضعف ارایه خدمات درمانی در خانه‌های بهداشت بیان شده است. دارو در خانه‌های بهداشت بر اساس نظر روستاییان بیش از نیمی از موارد وجود داشته، در حالی که در مناطق ضعیف وضعیت دارو نامطلوب تر می‌باشد. در نتیجه، برای جلب رضایت بیماران و جلوگیری از مراجعه بی‌دلیل به شهر و نیز هدر رفتن نیروی انسانی و امکانات در روستا، باید در حل نقاط ضعف به خصوص در زمینه دارو در خانه بهداشت توجه بیشتری مبذول گردد. گرچه ارجاع در بیش از نیمی از موارد توسط به‌ورز انجام می‌گیرد، در مناطق خوب کمتر از برگه ارجاع استفاده می‌شود و در مناطق ضعیف پی‌گیری موارد ارجاع کمتر از سایر مناطق می‌باشد. در روستاییانی که به مرکز بهداشتی - درمانی روستایی مراجعه می‌کنند، نزدیک بودن و ارزانی خدمات بیشترین علت مراجعه آنان را شامل می‌شود، در صورتی که کمبود دارو و امکانات از نقاط ضعف این مراکز می‌باشد. کمبود امکانات دارویی از مواردی خواهد بود که زنجیره درمان در مراکز بهداشتی - درمان روستایی را مختل نموده و در نتیجه، عدم توجه به حل این مشکل، وجود خدمات درمانی اعم از کارکنان و امکانات را بی حاصل خواهد گذاشت.

در مراکز بهداشتی - درمانی روستایی تزریقات، پانسمان و نیز ارایه خدمات بهداشت دهان و دندان تقریباً رقم مطلوبی را شامل می‌شود اما ارایه خدمات آزمایشگاهی نامطلوب است. جمع بندی نظرات به‌ورزان نشان می‌دهد که نزدیک به یک سوم آنان افراد غیر بومی هستند. مهاجرت پس از تاهل به‌ورزان نیز از نکاتی

دارو در مراکز بهداشتی - درمانی روستایی دلیل واضحی بر مراجعه روستاییان به مطب پزشکان در شهرها است. گرچه تجهیزات دندان پزشکی وضعیت مطلوب تری نسبت به سایر تجهیزات درمانی و آزمایشگاهی دارند، وجود وسایل استریل کننده و نیز بهبود تجهیزات آزمایشگاهی کاملاً ضروری است.

بیش از نیمی از اقلام دارویی در کمتر از نصف مراکز وجود دارند. هم چنین ۲۰ قلم دارو از ۲۷۹ گونه دارویی مصوب در هیچ مرکزی موجود نبوده است. با توجه به وجود تعداد انواع یک داروی آنتی بیوتیکی و نیز وجود داروهایی از قبیل داروهای ضد صرع و انسولین که معمولاً تحت نظارت متخصصین تجویز می شود، بازنگری در فهرست داروهای مصوب ضروری می باشد، زیرا این نحوه رایج

References:

۱. شادپور ک. شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی در ایران. تهران: ستاد گسترش شبکه های درمانی کشور (معاونت امور بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد؛ ۱۳۷۲.
۲. عزیزی ف. سیری در وضعیت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران: مرکز تدوین سیاست ها و برنامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۵.
۳. کارشناسان معاونت پژوهشی وزارت بهداشت. طرح بررسی سلامت و بیماری در ایران. تهران: معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۱.

Employment of health care services by rural inhabitants

Azizi, F., Farshchi Nasr, H.R., Malek Afzali, H., Rahiminia, J., Mahdavi, B.

Ministry of Health, Treatment and Medical Education

Considering conflicting reports on the success efficacy of health services, this study was carried out to determine the style of utilization of health and treatment services in health centers of rural areas in 1996.

The descriptive and cross-sectional strategy of this research study was performed in health centers of 11 provinces and their villages were classified into high, intermediate, and low groups according to the quality of presented services. For this purpose, six physicians were involved with the project using similar questionnaires and methods of evaluation. In this regard, every one of them studied one or two provinces for a period of 1-3 months. They referred to 196 villages and had interview with 1064 families, 62 health assistants, and 27 physicians and completed the questionnaires.

It was found out that the first place of refer for the villagers was rural health centers and then in order of importance were doctor's office and health and treatment centers. In well-conditioned regions, the villagers rarely referred to rural health and treatment centers (6%) and the greatest reference was the office of physicians (34%). In this regard, most of them expressed the closeness of health center as the major cause of refer. The existence of free services especially drug, having trust to health assistants, and observance of referral system were the other causes of refer. On the basis of their views, the availability of the necessary drugs was 45.5%, 76.6% and 57.2% in poor, moderate and well-conditioned regions respectively. The suggestions of health assistants for the improvement of health service presentation in order of frequency were the availability of the approved drugs, holding courses of training and re-education, establishing the rural health and treatment centers in line with the existing health centers and continuous or intermittent presence of physicians in rural areas. According to the views of physicians in less than half of the cases, there is enough supply of the necessary drugs and in 74.1% of cases, the existence of the necessary equipments has satisfied the physicians. Meanwhile, in none of the studied villages, there did not exist all of the 41 approved drugs completely, but the contraceptive pill existed in 96.5% of cases. Furthermore, considering the list of necessary equipments, the necessary items did not exist in many of the cases.

Keywords: Services, Treatment, Health, Health Assistant, Medical Equipments, Reachable