

دوره سوم، شماره ۱، زمستان ۱۳۹۴، صفحات ۵۴ تا ۶۵ <a href="http://ch.sbm.ac.ir">http://ch.sbm.ac.ir</a>	سلامت اجتماعی مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت	مقاله اصیل
---	--	---------------

## رابطه تعیین کننده های اجتماعی سلامت با بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی در شهرستان گنبد کاووس

معصومه غلامی<sup>۱</sup>، امیر اشکان نصیری پور<sup>۲\*</sup>، محمد رضا ملکی<sup>۳</sup>

۱. کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

۲. دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

۳. دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: امیر اشکان نصیری پور، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و

تحقیقات، تهران، ایران

[nasiripour@srbiau.ac.ir](mailto:nasiripour@srbiau.ac.ir)

تاریخ پذیرش: بهمن ۱۳۹۴

تاریخ دریافت: دی ۱۳۹۴

نحوه استناد به این مقاله:

Gholami M, Nasiripour A.A, Maleki MR. The Relation Between Social Determinant of Health with Access to Health Services in Gonbad kavoos. Community Health 2016; 3(1): 54-65.

### چکیده

**زمینه و هدف:** امروزه سلامت چشم اندازی وسیع تر پیدا کرده و به عوامل تعیین کننده غیر پزشکی سلامت توجه ویژه ای می شود. تعیین کننده های اجتماعی سلامت بسیار بیشتر از عواملی مانند عوامل بیولوژیکی سبب ابتلا به بیماری ها می شوند و در سلامت انسان نقش بسزایی دارند و اگر نادیده گرفته شوند، رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت مقدور نیست. این مطالعه به منظور تعیین رابطه بین عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت با دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در شهرستان گنبد کاووس انجام شد.

**روش و مواد:** این مطالعه از نوع همبستگی و به صورت مقطعی انجام شد. جامعه آماری این مطالعه ساکنین شهر گنبد کاووس بودند و حجم نمونه ۴۰۰ نفر بود. ابزار گردآوری اطلاعات نیز پرسشنامه بود. جهت تحلیل آماری بین متغیرها از آزمون نمونه های مستقل، همبستگی پیرسون و ANOVA استفاده گردید.

**یافته ها:** از بین تعیین کننده های سلامت مورد بررسی، متغیرهای وضعیت اقتصادی اجتماعی خانوار ( $P < 0/0001$ )، سطح تحصیلات سرپرست خانوار ( $P < 0/0001$ )، بعد خانوار ( $P < 0/018$ )، اشتغال ( $P < 0/003$ )، منطقه سکونت ( $P < 0/001$ ) دسترسی به اینترنت ( $P < 0/0001$ )، انجام ورزش ( $P < 0/0001$ ) و بیمه ( $P < 0/0001$ ) با دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، به ویژه خدمات دندانپزشکی و انجام چکاپ دوره ای ارتباط معنی دار داشتند.

**نتیجه گیری:** تعیین کننده های اجتماعی سلامت ارتباط بسیار قوی با دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی دارند. برای کاهش این نابرابری ها در دسترسی به خدمات بهداشتی، توسعه عدالت اجتماعی و اقتصادی از اهمیت بالایی برخوردار است.

**واژگان کلیدی:** تعیین کننده های اجتماعی سلامت، دسترسی، خدمات بهداشتی و درمانی

### مقدمه

این تعیین کننده ها به خودی خود و یا از طریق تأثیر بر یکدیگر وضعیت سلامتی را به شدت تحت تأثیر قرار می دهند و سبب بروز بی عدالتی هایی در وضعیت سلامت می گردند. این تعیین کننده ها از قبیل وراثت،

در دنیای امروز دیدگاه های سلامت چشم اندازی وسیع پیدا کرده و ضرورتاً به عوامل تعیین کننده غیر طبی سلامت توجه ویژه ای معطوف گشته است. هر یک از

شیوه زندگی، محیط زیست، وضعیت اقتصادی اجتماعی و... بوده که تأثیر چشمگیری بر سلامت و پیامدهای آن از جمله کیفیت زندگی دارند. در واقع صحیح است که مراقبت های پزشکی می توانند باعث طول عمر و یا بهبودی از یک بیماری جدی شوند ولی آن چیزی که برای سلامت جمعیت مهم است، شرایط اجتماعی- اقتصادی است که باعث می شود مردم بیمار شوند و یا نیاز به مراقبت پزشکی داشته باشند. به این معنا که تعیین کننده های اجتماعی سلامت مانند میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، تغذیه و طبقه اجتماعی بسیار بیشتر از عواملی مانند عوامل بیولوژیکی سبب ابتلا به بیماری ها می شوند و در سلامت انسان نقش بسزایی دارند که اگر نادیده گرفته شوند، رسیدن به اهداف سلامت و برقراری عدالت در سلامت را محال می نمایند. این نکته در خور توجه است که اکثر بی عدالتی های سلامت در دنیا ساخته دست بشر است و علل آنها اغلب ریشه در مسائل اجتماعی دارد. از آنجا که مداخله در بسیاری از عواملی که در بالا به آنها اشاره گردید تنها در حیطه اختیارات نظام سلامت قرار ندارند، اقدام در زمینه این عوامل تعیین کننده فقط از طریق همکاری های پایدار و مداوم وزارتخانه ها، سازمان ها، گروه ها، بخش های غیردولتی و خصوصی و آحاد مردم امکان پذیر خواهد بود. در سال های اخیر سازمان جهانی بهداشت نیز تلاش چشمگیری برای مشخص کردن عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت شروع کرده و در این راستا کمیسیونی متشکل از دانشمندان و افراد صاحب نظر را شکل داده است (۱).

سازمان بهداشت جهانی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت را شریطی تعریف کرده که در آن مردم به دنیا می آیند، رشد، زندگی و کار می کنند، و نظام سلامت نیز از جمله مؤلفه های عوامل اجتماعی تأثیر گذار بر سلامت می باشند (۲). قطع نظر از روش ها و نحوه ارائه مراقبت های پزشکی و ویژگی های فرهنگی جوامع، تقریباً در تمامی کشورها بین فقر، نابرابری و محرومیت اجتماعی با سلامت کودکان رابطه معناداری دیده می شود (۳). نابرابری های اجتماعی و اقتصادی حتی در کشورهای پیشرفته اروپایی که نماد پیشرفت و توسعه هستند نیز

باعث نابرابری های سلامت می شوند و تأثیر جنگ و ناآرامی های سیاسی در شاخص های بهداشتی این کشورها به روشنی مشخص شده است (۴). دکتر مطلق در کتاب تعیین کننده های اجتماعی سلامت، هفت تعیین کننده اساسی در زمینه تفاوت های وضعیت سلامتی را مطرح می کند: (۱) تفاوت طبیعی و بیولوژیکی، (۲) اتخاذ آزادانه رفتارهای مخرب سلامت مانند سیگار کشیدن، (۳) مزایای گذرای سلامت یک گروه نسبت به گروه دیگر در زمانی که این گروه اولین گروهی بوده اند که یک رفتار ارتقاء دهنده سلامتی را اتخاذ نموده اند، (۴) رفتارهای مخرب سلامت در جایی که امکان انتخاب شیوه های زندگی شدیداً محدود شده است، (۵) مواجهه با شرایط زندگی و کاری ناسالم و استرس زا، (۶) دسترسی ناکافی به خدمات ضروری سلامت و نیز خدمات عمومی، (۷) انتخاب طبیعی یا فعالیت های اجتماعی مرتبط با سلامت که سبب سوق دادن افراد ضعیف به سمت طبقات پائین تر اجتماعی می گردند.

از بین موارد هفت گانه فوق، موارد یک تا سه به طور طبیعی تحت عنوان بی عدالتی در سلامت طبقه بندی نمی شوند. اما آنچه که از موارد چهار تا شش منتج می شود قابل اجتناب و نامنصفانه بوده و بی عدالتی در سلامت محسوب می شوند (۱). با این تفاسیر حتی موضوعی نظیر سیستم حمل و نقل عمومی نیز می تواند در مقوله سلامت تأثیر گذار باشد (۵). خوشبختانه ایران بعد از انقلاب اسلامی پیشرفت های چشمگیری در ارتقای شاخص های بهداشتی مانند کاهش مرگ و میر کودکان و مادران باردار و افزایش امید به زندگی داشته است، اما هنوز تفاوت های وضعیت سلامت در برخی از مناطق کشور مشهود است. یکی از مهم ترین مطالعاتی که در کشور در این خصوص انجام گرفته است، طرح سنجش عدالت در شهر (Urban HEART) می باشد که در تابستان و پاییز سال ۱۳۸۷ در تهران، و به دنبال معرفی ابزاری به نام "ابزار سنجش عدالت و پاسخگویی" توسط انستیتو کوبه ژاپن، وابسته به سازمان جهانی بهداشت، اجرا شد. در آن زمان، تهران به همراه چهار شهر دیگر از چهار قاره، برای اجرای این طرح انتخاب شدند. این مطالعه در ۲۲ منطقه شهرداری تهران روی ۲۲ هزار

خانوار با جمعیتی معادل ۸۱ هزار نفر و در شش حیطة مختلف انجام شد. یافته‌های طرح سنجش عدالت در شهر، ابزار مناسبی برای سنجش نابرابری‌ها در خدمات اجتماعی ارائه می‌دهد. نتایج اولیه این طرح در حیطة محیط فیزیکی و زیرساخت، بیان‌گر وجود تفاوت‌های بسیار در دارایی‌های خانوار از جمله مسکن، خودرو، تلفن همراه، کامپیوتر، حتی آب لوله‌کشی و دسترسی به سرویس‌های بهداشتی است در این مطالعه مشخص گردید بین مناطق مختلف شهر تهران در میزان توزیع عدالت تفاوت‌های معناداری وجود دارد (۶). پس از عوامل مربوط به دوران کودکی عواملی نظیر مسیر زندگی و شیب زندگی باعث برتری یا عقب ماندگی او در سطح جامعه می‌شود (۳). در سال ۲۰۰۵ پژوهشی با عنوان دسترسی کودکان و بالغین ساکن در خانواده‌های فقیر به مراقبت بهداشتی توسط گوندلمن و همکاران در کالیفرنیا صورت گرفت که یافته‌های این پژوهش نشان دهنده این موضوع بود که کودکانی که در خانواده‌های فقیر زندگی می‌کردند در مقایسه با کودکان دیگر که در خانواده‌های فقیر نبودند شانس بیشتری برای بیمه نشدن داشتند در خصوص خدمات بهداشت دهان و دندان این تبعیض بیشتر بود (۷). رجعتی و همکاران در پژوهشی کیفی که با مضمون تبیین تجربه دسترسی به خدمات بهداشتی انجام دادند عنوان نمودند که دسترسی به خدمات بهداشتی چیزی فراتر از وجود خدمات به تنهایی است. خدمات بهداشتی با آموزش بهداشت و برقراری عدالت روی نقشه چاپ شده شهرستان به بلوک‌های مساوی تقسیم شد و سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی از هر مرکز دو بلوک توسط پژوهشگر و دو پرسشگر آموزش دیده مورد پرسشگری قرار گرفتند. در بلوک‌های انتخاب شده نیز پرسشگری به صورت تصادفی صورت گرفت به گونه‌ای که در هر محله خانوارهای ابتدا، وسط و انتهای آن وارد نمونه‌ها شوند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که سوالات آن مشتمل بر سه گروه سوالات دموگرافیک، تعیین‌کننده‌های اجتماعی و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی بود. با توجه به این که این مطالعه از نوع مقطعی میدانی بوده و سوالات پرسشنامه نیز از نوع چک لیست وجود منابع می‌باشد

اجتماعی تکمیل خواهد شد. آموزش‌های همه‌جانبه و افزایش مشارکت‌های فردی در بهره‌مندی مطلوب از خدمات بهداشتی برای توانمندسازی مردم لازم به نظر می‌رسد (۸).

این مطالعه با هدف تعیین رابطه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت با دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در شهرستان گنبد کاووس انجام شد.

### روش و مواد

این مطالعه از نوع همبستگی بود که به صورت مقطعی به بررسی رابطه موجود بین دو عامل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی پرداخته بود و با توجه به این که نتایج آن می‌تواند کمکی در راه کاهش مشکلات و چالش‌های فرا روی نظام سلامت ارائه دهد جز مطالعه‌های کاربردی نیز طبقه بندی می‌گردد. جامعه مورد پژوهش ساکنین منطقه شهری شهرستان گنبد کاووس بود و محیط پژوهش نیز مناطق ۱۱ گانه تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های بهداشتی بود و ۴۰۰ خانوار شهری شهرستان گنبد کاووس با مراجعه به درب منازل آنها در سال ۱۳۹۲ در این طرح مورد پرسشگری قرار گرفتند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران محاسبه شد. پس از آن نمونه مورد نظر با استفاده از تخصیص متناسب با توجه به نسبت پوشش جمعیتی از زیر جمعیت‌های مورد نظر جمع‌آوری گردید. جهت تکمیل پرسشنامه ابتدا منطقه جغرافیایی تحت پوشش هر مرکز بهداشتی درمانی جهت تعیین روایی سوالات ضمن انجام یک مطالعه پایلوت اولیه (با مصاحبه با مراجعین مراکز بهداشتی درمانی)، سوالات آن در اختیار گروهی از اساتید و صاحب‌نظران حوزه پزشکی اجتماعی و مدیریت خدمات بهداشتی درمانی قرار گرفت و پس از اعمال نقطه نظرات فنی این بزرگواران پرسشنامه نهایی را آماده نمودند و مورد استفاده قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌های به دست آمده در این پژوهش از روش‌های آماری توصیفی (تهیه جدول‌ها و نمودارهای مناسب) و تحلیلی (آزمون  $t$  مقایسه میانگین دو گروه مستقل از هم، آزمون آنالیز واریانس یک طرفه جهت مقایسه گروه‌های مستقل از هم، آزمون Chi-Square جهت بررسی رابطه بین دو

بین جنسیت سرپرست خانوار و مراجعه به پزشک در صورت ابتلا به بیماری رابطه معنادار مشاهده شد ( $P=0/0001$ ). در خانوارهایی که مردان سرپرست خانوار هستند در صورت ابتلا به بیماری احتمال مراجعه به پزشک یا مراکز درمانی بیشتر می باشد.

بین وضعیت تأهل سرپرست خانوار و تعداد افراد خانوار که در سال گذشته بیمار شده اند رابطه معنادار مشاهده شد ( $P=0/0001$ ). همچنین بین وضعیت تأهل سرپرست خانوار و مراجعه به پزشک در صورت ابتلا به بیماری رابطه معنادار مشاهده شد ( $P=0/0001$ ). افراد مطلقه نسبت به متأهل ها و مجردها کمترین مراجعه به پزشک را داشتند و مجردها نیز بیشترین مراجعه به پزشک را داشتند. بین وضعیت تأهل سرپرست خانوار و دفعات مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی به بیماری رابطه معنادار مشاهده شد ( $P=0/0001$ ). با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، بین بعد خانوار و دفعات مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی به بیماری رابطه معنادار وجود دارد ( $P=0/018$ ). بین بعد خانوار و تعداد افراد خانوار که در سال گذشته بیمار شده اند رابطه معنادار وجود دارد ( $P=0/0001$ ). با افزایش بعد خانوار تعداد اعضا خانوار که بیمار می شوند و به پزشک مراجعه می کنند افزایش می یابد.

با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، بین سطح تحصیلات سرپرست خانوار و مراجعه به دندانپزشکی رابطه معنادار وجود دارد ( $P=0/001$ ). با افزایش سطح تحصیلات سرپرست خانوار احتمال استفاده از خدمات دندانپزشکی افزایش می یافت. همچنین بین سطح تحصیلات سرپرست خانوار و مراجعه به پزشک در صورت ابتلا به بیماری رابطه معنادار مشاهده شد ( $P=0/0001$ ). با افزایش سطح تحصیلات سرپرست خانوار احتمال مراجعه به پزشک در صورت ابتلا به بیماری رابطه معنادار مشاهده شد.

بین میانگین سطح تحصیلات اعضا خانوار و مراجعه به دندانپزشکی رابطه معنادار  $2/24\%$  مشاهده شد ( $P=0/0001$ ). بین میانگین سطح تحصیلات اعضا خانوار و تعداد دفعات ابتلا به بیماری ( $P=0/004$ ) و مراجعه به پزشک در صورت ابتلا به بیماری رابطه معنادار ( $P=0/0001$ ) مشاهده شد. با افزایش میانگین سطح

متغیر کیفی و آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه بین دو متغیر کمی) استفاده گردید. جهت پردازش اطلاعات از نرم افزار آماری SPSS-20 استفاده شد.

### یافته ها

شهرستان گنبد کاووس یک شهر جدید با پیشینه ۸۵ ساله و دارای بافت جمعیتی چند قومیتی می باشد. تقریباً اکثریت قریب به اتفاق تخصص های پزشکی در این شهر وجود دارند و با توجه به ساختار کلی شهر دسترسی جغرافیایی اکثریت سکنه شهر و حومه آن به واحدهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی و بیمارستان های موجود در شهرستان مطلوب می باشد. این مطالعه با پرسشگری از ۴۰۰ خانوار شهری ساکن در مناطق مختلف ۱۱ گانه تحت پوشش پایگاه های بهداشتی شهرستان گنبد کاووس انجام گرفت. مصاحبه ها عمدتاً با سرپرست خانوار یا همسر وی صورت گرفت و با توجه به این که پرسشگران دارای معرفی نامه معتبر بودند، به جز دو مورد عدم همکاری تقریباً کلیه خانوارها در پرسشگری مشارکت نمودند.

جدول شماره ۱- وضعیت تحصیلات سرپرستان خانوار در

شهرستان گنبد کاووس		
سطح تحصیلات سرپرست خانوار	تعداد	درصد
بی سواد	۵۰	۱۲/۵
ابتدایی	۵۰	۱۲/۵
راهنمایی	۴۸	۱۲/۰
دبیرستان	۱۶۴	۴۱/۰
فوق دیپلم	۲۹	۷/۳
لیسانس	۴۷	۱۱/۸
کارشناس ارشد و دکتری	۱۲	۳/۰
جمع	۴۰۰	۱۰۰

با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، بین سن سرپرست خانوار و تعداد دفعات مراجعه به دندانپزشکی، تعداد مراجعه برای خدمات بهداشتی و درمانی و تعداد دفعات بیمار شدن رابطه معنادار مشاهده نشد. و فقط بین سن سرپرست خانوار و انجام چکاپ رابطه معنادار مشاهده شد ( $P=0/001$ ). بدین صورت که با افزایش سن احتمال انجام چکاپ افزایش می یافت. بین جنسیت سرپرست خانوار و دفعات مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی به بیماری رابطه معنادار وجود دارد ( $P=0/030$ ).

تحصیلات خانوار احتمال مراجعه به پزشک در صورت ابتلا به بیماری افزایش می یابد.

با استفاده از آزمون ANOVA، اگر چه بین نوع شغل سرپرست خانوار و مراجعه به دندانپزشکی رابطه آماری وجود نداشت ( $P=0/054$ )، ولی بین نوع شغل سرپرست خانوار و مراجعه به پزشک در صورت ابتلا به بیماری رابطه معنادار وجود دارد ( $P=0/034$ )، بین نوع شغل سرپرست خانوار و دفعات مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی رابطه معنادار وجود دارد ( $P=0/001$ )، بین نوع شغل سرپرست خانوار و انجام چکاپ رابطه معنادار مشاهده شد ( $P=0/0001$ )، با استفاده از آزمون نمونه های مستقل، بین بیکاری و تعداد افراد خانوار که در سال گذشته بیمار شده اند ( $P=0/02$ )، و مراجعه به پزشک در صورت ابتلا به بیماری رابطه معنادار مشاهده شد ( $P=0/003$ )، احتمال مراجعه به پزشک در بین افراد دارای شغل، بیشتر از بیکاران است. بین رابطه استخدامی سرپرست خانوار و مراجعه به دندانپزشکی رابطه معنادار مشاهده شد ( $P=0/018$ )، شاغلین رسمی، بازنشسته و مستقل بیشترین مراجعه را برای دریافت خدمات دندانپزشکی داشتند و در مقابل بیکاران و شرکتی ها کمترین مراجعه برای خدمات دندانپزشکی را داشتند.

با استفاده از آزمون ANOVA، بین نوع مالکیت منزل مسکونی و انجام چکاپ رابطه معنادار مشاهده شد ( $P=0/023$ )، خانوارهایی که در منازل ملکی زندگی می کردند نسبت به استیجاری ها و سایر موارد چکاپ بیشتری انجام داده بودند. با استفاده از آزمون ANOVA، بین منطقه سکونت خانوار و مراجعه به دندانپزشکی رابطه معنادار وجود دارد ( $P=0/001$ )

خانوارهایی که در مناطق مرفه نشین و متوسط به بالا زندگی می کنند از خدمات دندانپزشکی بیشتر استفاده می نمایند. بین منطقه سکونت خانوار و تعداد افراد خانوار که در سال گذشته بیمار شده و به پزشک در صورت ابتلا به بیماری مراجعه کرده اند رابطه معنادار مشاهده نشد. بین منطقه سکونت خانوار و انجام چکاپ رابطه معنادار مشاهده شد ( $P=0/028$ )، خانوارهایی که در مناطق مرفه نشین و متوسط به بالا زندگی می کنند نسبت به مناطق متوسط و پایین تر چکاپ بیشتری را انجام می دهند. بین منطقه سکونت خانوار و میزان هزینه پرداختی برای خدمات بهداشتی و درمانی رابطه معنادار مشاهده نشد.

با استفاده از آزمون ANOVA، بین وضعیت اقتصادی خانوار و مراجعه به دندانپزشکی رابطه معنادار مشاهده شد ( $P=0/0001$ )، خانوارهایی که از وضعیت اقتصادی بهتری برخوردار بودند نسبت به خانواده های با وضعیت اقتصادی متوسط و ضعیف مراجعه بیشتری برای خدمات دندانپزشکی داشتند. بین وضعیت اقتصادی خانوار و مراجعه به پزشک در صورت ابتلا به بیماری رابطه معنادار وجود دارد ( $P=0/017$ )، خانوارهایی که از وضعیت اقتصادی بهتری برخوردار بودند در صورت ابتلا به بیماری نسبت به خانواده های با وضعیت اقتصادی متوسط و ضعیف احتمال بیشتری برای مراجعه به پزشک داشتند.

با استفاده از آزمون ANOVA، بین استفاده از اینترنت و مراجعه به دندانپزشکی رابطه معنادار وجود دارد ( $P=0/0001$ )، خانوارهایی که دسترسی به اینترنت و به ویژه اینترنت پر سرعت دارند مراجعه بیشتری برای خدمات دندانپزشکی دارند. پزشک در صورت ابتلاء به بیماری رابطه معنادار بود ( $P=0/0001$ )

جدول شماره ۲- وضعیت مطالعه (غیر درسی) و دسترسی به اینترنت در خانوارهای شهری مورد بررسی

درصد	تعداد		
۴۵/۳	۱۸۱	اصلاً مطالعه نمی کنند	
۴۵/۳	۲۱۲	مطالعه نامنظم دارند	وضعیت مطالعه
۱/۸	۷	مطالعه منظم دارند	
۱۸/۵	۷۴	اینترنت پر سرعت	
۱۵/۰	۶۰	اینترنت کم سرعت (Dial Up)	وضعیت دسترسی
۶۶/۵	۲۶۶	عدم دسترسی به اینترنت	

اقتصادی خانوار دانست. این عامل به طور مستقیم و غیر مستقیم روی بسیاری از ابعاد سلامتی اثر گذاشته و می گذارد. Flórez و همکاران در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۵ منتشر کردند نشان دادند که میزان های مرگ و میر مادران در کشورهای آفریقایی به مراتب بیشتر از سایر مناطق جهان می باشد که ارتباط تنگاتنگی با توسعه نیافتگی این مناطق، خشونت و فقر گسترده در این کشورها می باشد (۹). Saxena و همکارانش در مطالعه ای که در گجرات هندوستان انجام دادند نیز نشان دادند که زنان متعلق به خانواده های مرفه، ساکن شهر و با سواد بیش از پنج کلاس استفاده بیشتری از خدمات بهداشتی دوران بارداری داشتند. در این مطالعه زنان فقیرتر احتمال کمتری ( $OR=2/14$ ) برای دریافت مراقبت های دوران بارداری داشتند (۱۰). وضعیت اقتصادی نامطلوب باعث کاهش ذخیره سلامتی افراد و سوق دادن آنها به سمت بیماری می شود. در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۴ توسط Walker منتشر شد مشخص گردید که افراد دارای وضعیت اقتصادی و اجتماعی بالاتر اختلال دیابت کمتر ( $r=-0.21, P < 0.001$ ) و دسترسی بهتری به مراقبت بهداشتی ( $r=0.08, P = 0.03$ ) و حمایت اجتماعی ( $r=0.08, P = 0.03$ ) داشتند (۱۱).

Vonneilich و همکارانش در سال ۲۰۱۰ مطالعه ای را در خصوص رابطه بین وضعیت اقتصادی اجتماعی با ارتباطات اجتماعی و سلامت انجام دادند. در این مطالعه افرادی که وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین تری داشتند شانس بیشتری برای ابتلا به افسردگی داشتند ( $OR=2/85$ ). در مقابل افرادی که درآمد پایین داشتند شانس ابتلا به افسردگی در آنها  $1/44$  بود (۱۲).

در مطالعه حاضر بین وضعیت اقتصادی خانوار و انجام چکاپ، مراجعه به دندانپزشکی و مراجعه به پزشک در صورت ابتلا به بیماری رابطه معنادار وجود دارد. خانوارهایی که از وضعیت اقتصادی بهتری برخوردار بودند در صورت ابتلا به بیماری نسبت به خانواده های با وضعیت اقتصادی متوسط و ضعیف احتمال بیشتری برای مراجعه به پزشک، دندانپزشک و چکاپ داشتند. Sangare و همکارانش در مطالعه ای به بررسی تأثیر تعیین کننده های اجتماعی سلامت بر دسترسی به خدمات بهداشت

با استفاده از آزمون ANOVA، بین انجام مطالعه منظم و مراجعه به دندانپزشکی رابطه معنادار وجود دارد ( $P=0/001$ ). در خانوارهایی که مطالعه مرتب وجود دارد بیشترین مراجعه به دندانپزشکی وجود دارد و در خانوارهایی که هیچ کس مطالعه نمی کند کمترین مراجعه به دندانپزشکی وجود دارد (منظور مطالعه غیردرسی). بین انجام مطالعه منظم و تعداد افراد خانوار که در سال گذشته بیمار شده اند رابطه معنادار وجود دارد ( $P=0/0001$ ). خانوارهایی که در آنها مطالعه کم است و یا اصلاً وجود ندارد احتمال بیمار شدن اعضا آن افزایش می یابد. بین انجام مطالعه منظم و مراجعه به پزشک در صورت ابتلا به بیماری رابطه معنادار وجود دارد ( $P=0/001$ ).

با استفاده از آزمون ANOVA، بین انجام ورزش منظم و مراجعه به دندانپزشکی رابطه معنادار وجود دارد ( $P=0/0001$ ). افرادی که غالباً به طور منظم ورزش می نمودند مراجعه بیشتری نیز برای دندانپزشکی داشتند. بین انجام ورزش منظم و تعداد افراد خانوار که در سال گذشته بیمار شده اند رابطه معنادار وجود دارد ( $P=0/0001$ ). بین انجام ورزش منظم و مراجعه به در خانوارهایی که بطور مرتب ورزش می کنند احتمال بیمار شدن و مراجعه به پزشک کمتر از خانوارهایی است که ورزش نمی کنند و یا ورزش نامنظم دارند. بین انجام ورزش منظم و انجام چکاپ رابطه معنادار مشاهده شد ( $P=0/001$ ). افرادی که غالباً به طور منظم ورزش می نمودند چکاپ بیشتری نیز داشتند.

## بحث

یکی از نقاط قوت این مطالعه بررسی همه قسمت های شهر بود و تقریباً ۲۴ بلوک شهری در این مطالعه وارد شدند. پاسخگویی خانوارها به پرسش های مربوط به وضعیت اقتصادی یکی از چالش برانگیزترین قسمت های مطالعه بود که سعی شد در انتهای پرسشگری و پس از جلب اعتماد خانوارها صورت گیرد. این احتمال وجود دارد که افراد به دلیل فراموشی، برخی از بیماری ها و هزینه ها را درست اعلام نکرده باشند. بر اساس یافته های این مطالعه، شاید بتوان مؤثرترین مؤلفه تأثیرگذار بر دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی را وضعیت

بهداشتی و درمانی نشان می دهد که بین این دو متغیر رابطه معنادار آماری وجود دارد در خانوارهایی که مردان سرپرست خانوار هستند در صورت ابتلا به بیماری احتمال مراجعه به پزشک یا مراکز درمانی بیشتر می باشد. و نیز در خانوارهایی که مردان سرپرست خانوار هستند دفعات مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی بیشتر می باشد. بخش زیادی از این تفاوت در جنسیت مربوط به شرایط زنان سرپرست خانوار می باشد. اکثریت زنان سرپرست خانوار مورد بررسی فاقد شغل و درآمد خاصی بوده و یا در سنین بازنشستگی و کهولت قرار داشتند که این دو عامل باعث می گردید زنان سرپرست خانوار به طور مستقل مراجعه کمتری برای دریافت خدمات درمانی داشته باشند. بنا به دلایلی که گفته شد حتی در صورت اشتغال زنان شانس کمتری برای بیمه شدن و بهره مندی از خدمات بیمه سلامت دارند و این وضع باعث بغرنج تر شدن شرایط آنها می شود. Kimani و Chen نیز در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که زنان با درآمد پایین شانس کمتری برای بیمه شدن داشتند (۱۵) و (۱۶). در واقع سرپرست خانوار مرد عموماً مترادف با ثبات شغلی و درآمدی بیشتر است و این موضع باعث می شود که مردان سرپرست خانوار از توان مالی بیشتر و قوی تری برای حمایت خانواده برخوردار باشند.

با توجه به این که در این مطالعه مشخص گردید که قومیت با دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی ارتباطی ندارد، به نظر می رسد تفاوت های قومیتی که در شهرستان گنبد کاووس وجود دارد بیشتر منعکس کننده تفاوت های فرهنگی می باشند تا تفاوت های اقتصادی. در حالی که در منطقه گنبد قومیت تأثیر چندانی در دریافت خدمات بهداشتی و درمانی نداشت ولی این متغیر در بسیاری از مناطق جهان مشخصاً به عنوان عاملی تأثیرگذار در وضعیت اقتصادی-اجتماعی و بالطبع دریافت خدمات بهداشتی و درمانی مطرح می گردد. از Donnelly و Treanor در مطالعه خود عنوان کردند که مبتلایان سفید پوست احتمال بیشتری برای دریافت مراقبت های پیگیری و پیشگیرانه، ویزیت پزشک، بستری در بیمارستان، و مراقبت های روانی دارند و گروه های قومی نژادی سوای نوع بیمه خود تفاوت هایی در دریافت

دهان و دندان پرداختند. آنها دریافتند که مسائل مالی از جمله دلایل مهم برای دریافت نکردن خدمات دندانپزشکی می باشد و ۳۳٪ مردم به دنبال دریافت خدمات آن بوده اند. در بحث انتخاب خدمات دندانپزشکی دو عامل سطح تحصیلات و بیمه بهداشتی نقش مهمی داشتند ( $P=0/05$ ) در انتخاب دندان سازان سنتی نیز دو عامل سطح تحصیلات پایین و منطقه سکونت نقش داشتند ( $P<0/05$ ). در مراجعه به دندانپزشکی عامل سن و منطقه سکونت ( $P<0/05$ ) اهمیت داشتند (۱۳). Baldani و همکارانش در مطالعه ای در برزیل رابطه درآمد با بهره مندی از خدمات دندانپزشکی در کودکان را مورد بررسی قرار دادند. مطالعه آن ها مشخص نمود که ۳۱٪ از کودکان خانواده های کم درآمد هرگز ویزیت دندانپزشکی نشده بودند. در خانوارهایی که منزل مسکونی آنها ملکی نبود مشکلات دندانپزشکی بیشتری داشتند (۱۴).

در بررسی رابطه بین سن سرپرست خانواده با دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی رابطه معنادار مشاهده شد. بدین صورت که با افزایش سن احتمال انجام چکاپ افزایش می یافت که تا حدود زیادی از این منطبق پیروی می کند که با افزایش سن و افزایش بیماری های مزمن، افراد مراقبت بیشتری از خود می نمایند و به ویژه افراد دارای بیماری های مزمن نظیر فشار خون، دیابت و... چکاپ های دوره ای را در برنامه مراقبت پزشکی خود وارد می نمایند. اگرچه انتظار می رفت با افزایش سن سرپرست خانوار دفعات بیمار شدن و مراجعه به مراکز درمانی نیز افزایش یابد ولی در این مطالعه این فرضیه تأیید نشد. شاید یکی از دلایل مربوط به این باشد که در قومیت ترکمن که بخش قابل ملاحظه ای از جمعیت شهر گنبد کاووس را تشکیل می دهند به دلیل پاییندگی به سنت ها هنوز بخش قابل توجهی از جوانان متأهل با والدین خود زندگی می کنند و دور یک سفره می نشینند. این مطلب باعث می شود که حجم بالای ابتلا والدین به بیماری های مزمن و مراجعه به پزشک با حجم پایین این موارد در فرزندان آنها ترکیب شده و میانگین به سمت پایین سوق پیدا کند.

رابطه جنسیت سرپرست خانوار با دسترسی به خدمات

اجتماعی همراه نیست ولی در این مطالعه مشخص گردید که معمولاً افراد با تحصیلات بالاتر از وضعیت اقتصادی اجتماعی بالاتری نیز برخوردار بودند. Rybnik و Kolasa در لهستان نیز به نتیجه مشابهی رسیدند و در مطالعه ای عنوان نمودند که وضعیت درآمدی، سطح تحصیلات و منطقه سکونت با دسترسی به خدمات بهداشتی در ارتباط بود (۲۱). همان اندازه که تحصیلات سرپرست خانوار در بهبود دسترسی ها به خدمات بهداشتی و درمانی اثر گذارند میانگین تحصیلات اعضا خانوار نیز در این موضوع نقش دارد. Kimbro و همکارانش در مطالعه ای به بررسی نقش نژاد، قومیت و تحصیلات بر سلامت پرداختند. در مطالعه آنها مشخص گردید که سطح تحصیلات تعیین کننده مهمی برای رفتار بهداشتی و پیامدهای آن در گروه های مورد مطالعه بود. در مطالعه Kimbro هر چند بین گروه های نژادی تفاوت هایی وجود داشت ولی در مجموع افراد با تحصیلات بالاتر سلامتی بیشتری داشتند (۲۲).

در این مطالعه مشخص گردید شغل یکی از مهم ترین تعیین کننده های تأثیر گذار بر سلامت می باشد. شغل در شبکه ای پیچیده با سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و اجتماعی در ارتباط نزدیک بوده و به نوعی در ارتباط متقابل با دو عامل پیشگفت می باشد. این بررسی نشان داد در افراد شاغل هم احتمال بیماری بیشتر است و هم مراجعه به پزشک در صورت ابتلا به بیماری. که ممکن است به دلیل مراجعه بیشتر افراد شاغل برای خدمات لوکس و گزارش دهی بهتر بیماری ها در افراد شاغل نسبت به بیکاران باشد. از طرف دیگر اشتغال افراد شانس آنها را برای بیمه شدن و بهره مندی از خدمات بیمه سلامت افزایش می دهد. در این مطالعه شاغلین رسمی، بازنشسته و مستقل بیشترین مراجعه را برای دریافت خدمات دندانپزشکی داشتند و در مقابل بیکاران و شرکتی ها کمترین مراجعه برای خدمات دندانپزشکی را داشتند که این امر ممکن است به دلیل پوشش بیمه بودن این گروه ها باشد. Wabiri و همکاران نیز نشان دادند که دوسوم زنان مربوط به چارک ثروتمندترین، به طور رسمی شاغل بوده و در هنگام زایمان پزشک داشته اند که این میزان ۱۱ برابر بیشتر از

خدمات دارند (۱۷)، Maxwell و همکاران نیز در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۵ انجام شد نشان دادند که فقط ۵۷٪ اقلیت های مکزیک اسپانیایی مورد بررسی دسترسی کافی به خدمات بهداشتی درمانی داشتند که این میزان برای کودکان حدود ۹۰٪ بود (۱۸) که حاکی از در اولویت قرار داشتن سلامت کودکان در این جوامع است. در این مطالعه مشخص گردید که با افزایش بعد خانوار، تعداد اعضا خانوار که بیمار می شوند افزایش می یابد، مراجعه به پزشک نیز افزایش یافته و به طور کلی دفعات مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی افزایش معناداری پیدا می کند. پیاب و همکاران در خصوص رابطه ناامنی غذایی با برخی عوامل اجتماعی، اقتصادی و تغذیه ای در مادران دارای کودک دبستانی شهرستان ری در سال ۱۳۸۹ پژوهشی را انجام دادند و مشخص نمودند که میزان تحصیلات بالاتر مادر و هم چنین سرپرست خانواده، جایگاه شغلی بالاتر سرپرست خانواده، مالکیت واحد مسکونی و امتیاز بالاتر امکانات و تسهیلات زندگی با ناامنی غذایی ارتباط معکوس داشت. با افزایش بعد خانوار، ناامنی غذایی در افراد مورد مطالعه بیشتر شد (۱۹).

در این مطالعه مشخص گردید که بین سطح تحصیلات سرپرست خانوار و مراجعه به دندانپزشکی رابطه معنادار ( $P=0/0001$ ) وجود دارد. با افزایش سطح تحصیلات سرپرست خانوار احتمال استفاده از خدمات دندانپزشکی افزایش می یافت و در صورت ابتلا به بیماری احتمال مراجعه به پزشک افزایش می یافت. Treanor و Donnelly نیز معتقد بودند که سطح تحصیلات و درآمد خانوار از عوامل مرتبط با دریافت خدمات روانشناختی می باشد. افراد با تحصیلات بالا در مقایسه با افراد با تحصیلات پایین احتمال بیشتری برای دریافت خدمات روانشناسی دارند (۱۷). در مطالعه Kimani و همکاران نیز نشان داده شد که میزان تحصیلات عامل تعیین کننده ای در دسترسی به پوشش بیمه ای زنان می باشد، در این بررسی زنان دارای تحصیلات ابتدایی و متوسطه احتمال بیشتری برای بهره مندی از خدمات بیمه ای در مقایسه با زنان بی سواد داشتند ( $P=0/0001$ ). (۲۰)

اگر چه تحصیلات عالی الزاماً با بهبود وضعیت اقتصادی



زنان چارک فقیرترین بود (۲۳).

در این مطالعه خانوارهایی که در منازل ملکی زندگی می کردند نسبت به استیجاری ها و سایر موارد چکاپ بیشتری انجام داده بودند. در مطالعه سنجش عدالت در شهر تهران نیز مشخص گردیده بود سالمندانی که دارای منزل مسکونی می باشند سلامت روان بهتری دارند (۲۴). Urbanos در مطالعه ای که در کشور اسپانیا انجام داد به این نتیجه رسید که فقدان مسکن بین ۷/۲ تا ۱۳/۹٪ عامل نابرابری هایی است که روی سلامت تأثیر می گذارد (۲۵). در واقع داشتن یا نداشتن منزل مسکونی بازتابی از وضعیت اقتصادی خانوار است.

در این مطالعه بین منطقه سکونت خانوار و مراجعه به دندانپزشکی و انجام چکاپ رابطه معنادار مشاهده شد خانوارهایی که در مناطق مرفه نشین و متوسط به بالا زندگی می کردند از خدمات دندانپزشکی بیشتر استفاده می کردند و نسبت به مناطق متوسط و پایین تر چکاپ بیشتری را انجام می دادند. در مطالعه فرشته نژاد و همکاران نیز به این موضوع اشاره شد که بالاترین مقدار امید زندگی در مناطق شرقی ۸۱/۷ سال و در مناطق شمالی ۷۹/۴ محاسبه گردید، مناطق جنوب شهر ۷۴/۴ سال از کم ترین امید زندگی برخوردار بودند (۲۶). Lahana و همکارانش در سال ۲۰۱۰ مطالعه ای را در خصوص تأثیر محل سکونت و قومیت بر بهره مندی از خدمات بهداشتی و درمانی انجام دادند. در این مطالعه مشخص گردید که سلامت جسمی و روانی ضعیف با احتمال استفاده بیشتر از خدمات در ارتباط است. سالمندان و میانسالان احتمال بیشتری برای دریافت مراقبت های بهداشتی اولیه داشتند و تحصیلات ابتدایی با خدمات اورژانس بیشتر در ارتباط بود. احتمال بستری شدن افراد ثروتمند در بیمارستان دو برابر بیشتر از سایرین بود. افراد روستایی که تحصیلات دانشگاهی داشتند عمدتاً از خدمات بخش دولتی استفاده کرده بودند در حالی که افراد ثروتمند بیشتر به پزشکان خصوصی مراجعه داشتند. مهاجرین هم احتمال بیشتری داشت که از خدمات اورژانس استفاده کنند (۲۷) در همین رابطه Chandola در مقاله ای مطرح کرد که تبعیض های اقتصادی اجتماعی و زندگی در مناطق

فقیر نشین با سلامتی کمتر در ارتباط است (۲۸). Treanor و Donnelly در بررسی نقش تعیین کننده های سلامت بر دریافت خدمات در بیماران مبتلا به سرطان، تأثیر ناحیه سکونت را با دریافت خدمات روانشناختی مرتبط دانستند (۱۷). Milloy و همکارانش نیز در پژوهشی که بر روی وضعیت سکونت و ایدز انجام دادند به این نتیجه رسیدند که افراد بی خانمان یا کسانی که در حاشیه شهر زندگی می کردند احتمال بیشتری برای آلودگی به HIV داشتند. این افراد همچنین شانس کمتری برای خدمات درمانی و بیمه سلامت نیز داشتند (۲۹).

در این بررسی مشاهده گردید که خانوارهایی که در منزل دسترسی به اینترنت و به ویژه اینترنت پر سرعت دارند مراجعه بیشتری برای خدمات دندانپزشکی دارند. افرادی که در منزل به اینترنت دسترسی دارند عموماً از تحصیلات و موقعیت اقتصادی-اجتماعی بهتری برخوردارند بنابراین امکان بهره مندی از خدمات درمانی در آنها بیشتر است. Baum و همکارانش نیز در استرالیا نشان دادند که مردمی با شرایط اقتصادی اجتماعی پایین دسترسی کمتری به امکانات و تکنولوژی های ارتباطی و اطلاعاتی دارند دسترسی آنها به سایر تعیین کننده های اجتماعی سلامت و به ویژه ارتقا سلامت محدود می شود. افراد کم درآمدتر در استرالیا دسترسی کمتری به اینترنت دارند (۳۰). در این بررسی در خانوارهایی که مطالعه مرتب (منظور مطالعه غیردرسی) وجود داشت بیشترین مراجعه به دندانپزشکی نیز وجود داشت و در خانوارهایی که هیچ کس مطالعه نمی کرد کمترین مراجعه به دندانپزشکی وجود دارد ( $P < 0.0001$ ) و در صورت ابتلا به بیماری شانس بیشتری برای مراجعه به پزشک داشتند ( $P < 0.0001$ )

در این بررسی مشخص گردید در حدود ۱/۸٪ از خانوارهای مورد بررسی مطالعه منظمی وجود دارد و در حدود ۴۵٪ از خانوارها هیچ یک از اعضا خانوار مطالعه نمی کند. این اطلاعات ضمن این که نگران کننده هستند، متأسفانه منعکس کننده ضعف در بخشی از برنامه های فرهنگی و توسعه اجتماعی جامعه ما نیز می باشند.

تحصیلات ارتباط متقابل داشته باشد. به نظر می رسد که تداوم این روند در نهایت به ضرر خانواده های کم درآمد جامعه باشد. لذا پیشنهاد می گردد برای بهبود وضعیت دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی مداخلات پیشگیرانه مناسب و با استفاده از توان کلیه دستگاه ها و ارگان های تأثیر گذار بر سلامت انجام گیرند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه تحت عنوان رابطه تعیین کننده های اجتماعی سلامت با دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در شهرستان گنبد کاووس در مقطع کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در سال ۱۳۹۲ می باشد که با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران اجرا شده است

### REFERENCES

1. Motlagh.ME, Olyae Manesh A, Beheshtain M. Health and Social Determinants: Movaffagh; 2009 Winter 2009. (Full text in Persian)
2. WHO. Social Determinants of Health. 2011; Available from: [http://www.who.int/Social\\_Determinants/en/](http://www.who.int/Social_Determinants/en/).
3. Marmot M, Wilkinson R. Social Determinants of Health: OUP Oxford; 2005.
4. Seniori Costantini A, Gallo F, Pega F, Saracci R, Veerus P, West R. Population Health and Status of Epidemiology in Western European, Balkan and Baltic Countries. 2015: 1464-3685.
5. Eibich P, Krekel C Fau-Demuth I, Demuth I Fau-Wagner GG, Wagner GG. Associations between Neighborhood Characteristics, Well-Being and Health Vary Over the Life Course. 2016: 1423-0003.
6. Asadi-Lari M, Vaez-Mahdavi M. An overview on Urban-HEART Tehran Experience. World Health Organization. 2008.
7. Guendelman S, Angulo V, Oman D. Access to Health Care for Children and Adolescents in Working Poor Families: Recent Findings From California Medical Care. 2005;43 (1): 68-78.
8. Rajati F, Kamali K, Parvizy S. Public Health Customers' Experiences of Health Accessibility: A Phenomenological Study. Iranian Journal of Epidemiology. 2011;7 (2): 17-24. (Full text in Persian)
9. Pinzón-Flórez CE, Fernández-Niño JA, Ruiz-Rodríguez M, Idrovo AJ, López AAA. Determinants of Performance of Health Systems Concerning Maternal and Child health: A Global Approach. PLoS ONE. 2015;10 (3)
10. Saxena D, Vangani R, Mavalankar DV, Thomsen S. Inequity in Maternal Health Care Service Utilization in Gujarat: Analyses of District-level Health Survey Data. Glob Health Action. 2013; 6: 1654-9880.
11. Walker RJ, Gebregziabher M, Martin-Harris B, Egede LE. Relationship between Social Determinants of Health and Processes and Outcomes in Adults with Type 2 Diabetes: Validation of A Conceptual Framework. BMC endocrine disorders. 2014;14:82.
12. Vonneilich N, Jöckel K-H, Erbel R, Klein J, Dragano N, Weyers S, et al. Does Socioeconomic Status Affect the Association of Social Relationships and Health? A Moderator Analysis. International Journal for Equity in Health. 2011;10 (43).
13. Sangare A, Samba M, Bourgeois D. Illness-Related Behaviour and Sociodemographic Determinants of Oral Health Care use in Dabou, Cote d'Ivoire. Community Dental Health. 2012;29: 78-84.
14. Baldani MH, Mendes YBE, Lawder JAdC, De Lara API, Rodrigues MMAdS, Antunes JLF. Inequalities in Dental Services Utilization among Brazilian low-Income Children: the Role of Individual Determinants. Journal of Public Health Dentistry. 2011;71

در این مطالعه بین انجام ورزش منظم و مراجعه به دندانپزشکی رابطه معنادار مشاهده شد. افرادی که غالباً به طور منظم ورزش (حداقل دو الی سه بار در هفته) می نمودند مراجعه بیشتری نیز برای خدمات دندانپزشکی داشتند.

در خانوارهایی که به طور مرتب ورزش می کنند احتمال بیمار شدن و مراجعه به پزشک کمتر از خانوارهایی است که ورزش نمی کنند و یا ورزش نامنظم دارند. افرادی که به طور منظم ورزش می نمودند چکاپ بیشتری نیز داشتند.

### نتیجه گیری

سطح اقتصادی اجتماعی خانوار مهمترین عامل اثر گذار بر دسترسی و بهره مندی از خدمات بهداشتی و درمانی می باشد. این عامل خود می تواند با عواملی نظیر سطح

15. Kimani JK, Ettarh R, Kyobutungi C, Mberu B, Muindi K. Determinants for Participation in a Public Health Insurance Program among Residents of Urban Slums in Nairobi, Kenya: Results from a Cross-Sectional Survey. *BMC Health Services Research* 2012;12: 1472-6963.
16. Zhuo Chen, Crawford CAG. The Role of Geographic Scale in Testing the Income Inequality Hypothesis as an Explanation of Health Disparities. *Social Science & Medicine*. 2012;75: 1873-5347.
17. Treanor C, Donnelly M. An International Review of the Patterns and Determinants of Health Service Utilisation by Adult Cancer Survivors. *BMC Health Services* 2012;12: 1472-6963.
18. Maxwell AE, Young S, Crespi CM, Vega RR, Cayetano RT, Bastani R. Social Determinants of Health in the Mixtec and Zapotec Community in Ventura County, California. 2015: 1475-9276.
19. Payab M, Dorosty Motlagh A, Eshraghian M, Siassi F. The Association Between Food Insecurity, Socio-economic Factors and Dietary Intake in Mothers Having Primary School Children Living in Ray 2010. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*. 2012;7 (1). (Full text in Persian)
20. Kimani JK, Ettarh R, Warren C, Bellows B. Determinants of Health Insurance Ownership among Women in Kenya: Evidence from the 2008-09 Kenya Demographic and Health Survey. *Int J Equity Health*. 2014;13:27. Epub 2014/04/01.
21. Kolasa K, Rybnik T. [Socio-Demographic Determinants of Inequity of Access to Health Care in Poland in 2011- Based on Social Diagnosis]. *Przegląd Epidemiologiczny*. 2012;66.
22. Kimbro RT, Bzostek S, Goldman N, Rodríguez G. Race, Ethnicity, and The Education Gradient In Health. *Health Affairs*. 2013;27 (2).
23. Wabiri N, Chersich M, Zuma K, Blaauw D, Goudge J, Dwane N. Equity in Maternal Health in South Africa: Analysis of Health Service Access and Health Status in a National Household Survey. *PLoS One*. 2013;8 (9): e73864. Epub 2013/09/17.
24. Mohsen Shoja, Shahnaz Rimaz , Mohsen Asadi-Lari , Seyed Abbas Bagheri Yazdi, Govhari Mr. Mental Health of Older People and Social Capital. *Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2013;12 (4):345-53. (Full text in Persian)
25. Urbanos-Garrido RM. Social Inequalities in Health: Measuring the Contribution of Housing Deprivation and Social Interactions for Spain. *International Journal for Equity in Health*. 2012;11 (77).
26. Fereshtehnejad S-M, Asadi-Lari M, Moradi Lakeh M, Vaez-Mahdavi MR, Motevalian SA, Afkari ME. Estimation of Life Expectancy and its Association with Social Determinants of Health (SDH) in Urban Population of Different Districts of Tehran in 2008. *Teb va Tazkieh*. 2010;19 (2):25-40. (Full text in Persian)
27. Lahana E, Pappa E, Niakas D. Do Place of Residence and Ethnicity Affect Health Services Utilization? Evidence from Greece. *International Journal for Equity in Health*. 2011;10 (16).
28. Chandola T. Spatial and Social Determinants of Urban Health in Low-, Middle- and High-Income Countries. *Public Health Reports*. 2010;126 (3): 1476-5616.
29. Milloy M-J, Marshall BDL, Montaner J, Wood E. Housing Status and the Health of People living with HIV/AIDS. *Current HIV/AIDS Report*. 2012;9: 1548-3576.
30. Baum F, Newman L, Biedrzycki K. Vicious Cycles: Digital Technologies and Determinants of Health in Australia. *Health Promotion International*. 2012;9: 1460-2245.

## Original Article

## The Relation Between Social Determinant of Health with Access to Health Services in Gonbad kavoods

Masooome Gholami<sup>1</sup>, Amir Ashkan Nasiripoor<sup>2\*</sup>, Mohammad Reza Maleki<sup>3</sup>

1. Master of Health Services Management, Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Associate Professor of Health Services Management, Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3. Associate Professor of Health Services Management, Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

\* **Corresponding Author:** Amir Ashkan Nasiripoor, Department of Health Services Management, School of Management and Economics, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: [nasiripoor@srbiau.ac.ir](mailto:nasiripoor@srbiau.ac.ir)

### How to cite this article:

Gholami M, Nasiripoor A.A, Maleki MR. The Relation Between Social Determinant of Health with Access to Health Services in Gonbad kavoods. Community Health 2016; 3(1): 54-65.

### Abstract

**Background and Objective:** Today health perspectives has been changing widely. Now social determinants of health are more influence in disease rather than biological causes. If these determinants being ignored, achievement to health Golas would be impossible. This study was conducted to determine the relationship between Social determinants of health and access to health care in GonbadKavoods.

**Materials and Methods:** This study was a correlation and cross-sectional. The populations were urban residents of GonbadKavoods, and the sample size was four hundred households, and the data collection tool was a questionnaire. For statistical analyze between variables these tests were used: independent sample test, Pearson correlation and ANOVA.

**Results:** Among determinants of health, the variables like: socio-economic status of household ( $P<0.0001$ ), educational level of household breadwinner ( $P<0.0001$ ), family dimension ( $P<0.018$ ), employment ( $P<0.003$ ), residential area ( $P<0.001$ ), access to internet ( $P<0.0001$ ), doing exercise ( $P<0.0001$ ), and having insurance ( $P<0.0001$ ), had significant relationship with access to health care, spatially dental services and periodical checkup.

**Conclusion:** Social determinants of health have very important relationship with access to health care. Then to decline these inequities in access to health care, development of social and economic equality for all people is so crucial.

**Keywords:** Social determinants of health, Access, Health Care