

بررسی و مقایسه بهره‌مندی از خدمات سلامت در افراد با و بدون بیماری‌های غیرواگیر شایع در جمعیت مطالعه کوهورت پرشین شهرکرد قبل و حین همه‌گیری کرونا

فریده تاجی^۱، دکتر هادی رئیسی شهرکی^۲، دکتر علی احمدی^۳

گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران، نشانی مکاتبه با نویسنده مسئول: شهرکرد، مجتمع آموزشی رحمتیه، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دانشکده بهداشت، کد پستی ۸۸۱۵۷۱۳۴۷۱، دکتر علی احمدی؛ e-mail: aliahmadi2007@gmail.com

چکیده

مقدمه: بهره‌مندی و دسترسی به خدمات سلامت فرصت و توانایی استفاده از خدمات می‌باشد. از آنجایی که بیماری کرونا می‌تواند بر همه جنبه‌های زندگی، به ویژه الگوی بهره‌مندی از خدمات سلامت و بخصوص برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن غیرواگیر شایع، موثر واقع گردد، این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه بهره‌مندی از خدمات سلامت در افراد با و بدون بیماری‌های غیرواگیر شایع در جمعیت مطالعه کوهورت شهرکرد قبل و حین همه‌گیری کرونا اجرا گردید. مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به صورت مقطعی بر روی ۷۶۰ نفر از جمعیت ۷۰-۳۵ ساله مطالعه کوهورت شهرکرد، در مناطق شهری شهرکرد و روستایی شهرستان اردل در دو مقطع زمانی جداگانه اجرا شده است. برای تمامی افراد پرسش‌نامه بهره‌مندی از خدمات سلامت تکمیل گردید. اطلاعات با استفاده از مصاحبه تلفنی جمع‌آوری شده و با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سن افراد بدون بیماری غیر واگیر ۴۴/۹۵±۸/۶۵ سال و در افراد دارای بیماری‌های غیرواگیر ۵۳/۳۸±۸/۶۰ سال بود ($P < ۰/۰۰۱$). دریافت خدمات درمانی در افراد بدون بیماری غیر واگیر شایع، قبل و حین همه‌گیری کرونا، به ترتیب ۳/۲٪ و ۱۵/۳٪ بود و در افراد دارای بیماری غیرواگیر شایع ۷/۱٪ و ۲۷/۱٪ بود ($P < ۰/۰۰۱$). حین همه‌گیری کرونا میان مدت زمان دریافت خدمت، هزینه‌ها و دفعات خدمت دریافتی در افراد دارای بیماری مزمن غیرواگیر بیشتر بود ($P < ۰/۰۰۱$). نتیجه‌گیری: دریافت خدمات درمانی و خدمات سرپایی در دو گروه افراد با و بدون بیماری غیرواگیر شایع، حین همه‌گیری کرونا نسبت به قبل از همه‌گیری کرونا، افزایش یافته بود. این یافته می‌تواند به عنوان درسی از همه‌گیری کرونا مورد توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام سلامت قرار گیرد تا امکانات لازم برای ارائه خدمات مراقبتی ویژه به مبتلایان به بیماری‌های مزمن را، به هنگام بروز همه‌گیری‌ها، مهیا نمایند.

واژگان کلیدی: بهره‌مندی از خدمات سلامت، خدمات سلامت، بیماری‌های غیر واگیر، همه‌گیری کووید ۱۹

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۶/۲۲ - دریافت اصلاحیه: ۱۴۰۱/۹/۲۳ - پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۹/۲۶

مقدمه

از دانش بهره‌مندی از خدمات سلامت و مطالعات و پژوهش‌های موجود در این زمینه، برای تخصیص منابع و بهره‌مندی از خدمات سلامت و برنامه‌ریزی‌های حوزه سلامت ضروری است.^۱ سلامت و توسعه ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند و دستیابی به توسعه پایدار، منوط به رفع نابرابری‌های موجود در زمینه دسترسی به امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی است.^۲ شاخص‌های بهداشتی درمانی در تأمین سلامت مردم کشور حائز اهمیت می‌باشند

سلامت از شاخص‌های مهم توسعه یافتگی در هر جامعه است و سرمایه‌گذاری در این بخش می‌تواند تأثیر انکارناپذیری بر رفاه مردم و رشد اقتصادی کشور داشته باشد.^{۱-۲} دریافت و مصرف خدمات مراقبت سلامت را بهره‌مندی از خدمات می‌نامند.^۳ مدیریت نظام سلامت به تصمیم‌گیری‌های درست و آگاهانه بستگی دارد و بهره‌گیری

مطالعه کوهورت شهرکرد قبل و حین همه‌گیری کرونا اجرا گردیده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی مبتنی بر جمعیت در بستر مطالعه کوهورت آینده‌نگر سلامت و بیماری‌های غیرواگیر شهرکرد (مطالعه پرشین کوهورت شهرکرد) می‌باشد. این مطالعه بر روی ۷۶۰ نفر، شامل ۴۰۵ زن و ۳۵۵ مرد در دامنه سنی ۷۰-۳۵ سال، که ساکن شهرکرد و روستاهای تحت پوشش مطالعه کوهورت در شهرستان اردل بودند، انجام شد. برنامه و جزئیات اجرای مطالعه کوهورت شهرکرد قبلاً منتشر گردیده است.^{۲۲،۲۳} داده‌های این پژوهش در فاصله سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۷ جمع‌آوری گردید. زمان برای خدمات سرپایی دو هفته قبل و برای خدمات بستری یک سال پیش از انجام مصاحبه بود. روش نمونه‌گیری مورد استفاده جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها؛ نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بوده است. بدین ترتیب ابتدا روش نمونه‌گیری طبقه‌ای در سطح مناطق شهری و روستایی انجام شد و هر منطقه به عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد و در مرحله بعد نمونه‌گیری خوشه‌ای در بین مناطق مورد استفاده قرار گرفت. در مرحله بعد، یعنی نمونه‌گیری در بین خوشه‌ها، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردید.

از آن جا که پرسش‌نامه مورد استفاده در پژوهش به صورت چک لیست بود، نیازی به تعیین روایی نبود، اما روایی آن توسط متخصصین مورد تایید قرار گرفت. پایایی پرسش‌نامه مورد استفاده در مطالعه کوهورت شهرکرد، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۸۲ درصد گزارش شد. از تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه رضایت‌نامه آگاهانه اخذ شد و هدف از اجرای مطالعه برای افراد شرکت‌کننده شرح داده شد. اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک افراد با استفاده از چک لیست جمع‌آوری گردید. این اطلاعات شامل متغیرهای: سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل، وضعیت اجتماعی اقتصادی، پوشش بیمه‌ای و محل زندگی بود. سایر اطلاعات مربوط به مصرف سیگار، مصرف الکل، فعالیت بدنی، سوابق بیماری‌های مزمن شایع؛ شامل بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، فشار خون، سرطان‌ها و غیره، از قبل در مطالعه کوهورت موجود بود. مبنای اطلاق بیماری‌های مزمن در مطالعه وجود سابقه پزشکی قبلی مبنی بر تایید بیماری فرد توسط پزشک و یا مصرف داروهای مرتبط

چرا که بهبود این شاخص‌های تواند باعث توسعه‌ی انسانی و اجتماعی جامعه و در نهایت توسعه‌یافتگی کشور شود و با شناخت پراکنش شاخص‌ها در کشور می‌توان به وجود نابرابری و توزیع ناعادلانه خدمات بهداشتی درمانی در کشور پی برد.^{۷۸}

در کشور ما ایران، عوامل تأثیرگذار بر مصرف خدمات سلامت در دو مطالعه ملی بهره‌مندی از خدمات سلامت در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۷ بررسی شده است. نتایج مطالعه‌ی سال ۱۳۸۱ اطلاعات مهمی در زمینه محاسبه شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت ارائه نموده است. همچنین مطالعات دیگری در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴، با هدف سنجش تقاضا و بهره‌مندی از خدمات سلامت، نیاز جامعه به دریافت خدمات سلامت، اقدامات مورد نیاز برای دریافت خدمات، بار مراجعه و خدمات ارائه شده، زمان و هزینه‌های صرف شده برای دریافت خدمات و در آخر میزان رضایت‌مندی از خدمات سلامت انجام شده است.^{۱۰،۱۱} عواملی از قبیل سطح سواد، درآمد، آگاهی، زمینه‌های فرهنگی و طبقات مختلف اجتماعی از عوامل مؤثر در استفاده و بهره‌مندی از خدمات سلامت به شمار می‌روند.^{۱۱} همه‌گیری‌ها و بیماری‌های نوپدید یکی از عوامل تأثیرگذار بر سطح سلامت افراد و اقدام برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی می‌باشند. یکی از معضلات سلامت در قرن اخیر بیماری کووید-۱۹ بوده که بر سلامت تمامی افراد جامعه و سیستم‌های بهداشتی تأثیرات نامطلوبی به جای نهاده است.^{۱۲،۱۳} این بیماری منجر به ابتلاء حدود ۲۰۰ میلیون نفر و مرگ و میر بالایی در دنیا و کشور ایران شده است.^{۱۴} گسترش و شیوع بسیار بالای بیماری، مرگ و میر در موارد شدید و نبود درمان تخصصی، این بیماری را تبدیل به تهدید بزرگی برای سلامتی جامعه نموده است.^{۱۵} این در حالی است که شدت بیماری کووید-۱۹ در افراد دارای بیماری‌های غیرواگیر و مزمن؛ همچون دیابت، بیماری قلبی عروقی، سرطان‌ها و غیره بیشتر است و احتمال رخداد مرگ در این افراد بیشتر از سایر مردم می‌باشد.^{۱۶-۱۸} بدین جهت دور از انتظار نیست که شرایط حاد ناشی از بیماری، نبود درمان اختصاصی و روش‌های پیشگیری کاملاً مطمئن و از طرفی ترس از بیماری و مرگ ناشی از آن، بر تمامی جنبه‌های سلامت^{۱۹-۲۱} و حتی مراجعه جهت دریافت خدمات درمانی و بهداشتی تأثیرگذار باشد. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی و مقایسه بهره‌مندی از خدمات سلامت در افراد با و بدون بیماری‌های غیر واگیر شایع در جمعیت

آزمون تی زوجی یا آزمون ویلکاکسون^{iv} استفاده شد. جهت مقایسه نوع خدمات، محل خدمات، فرد ارائه‌دهنده خدمات و سایر متغیرهای کیفی در قبل از همه‌گیری کرونا با حین همه‌گیری کرونا در هر یک از گروه‌های تحت بررسی از آزمون مک نمار^v استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر اطلاعات مربوط به ۷۶۰ نفر از جمعیت کوهورت شامل دو گروه ۲۸۰ نفری از افراد مبتلا به بیماری‌های غیر واگیر شایع و افراد فاقد بیماری غیرواگیر شایع در تجزیه و تحلیل نهایی وارد گردید. میانگین و انحراف معیار سن افراد بدون بیماری غیر واگیر ۴۴/۹۵±۸/۶۵ سال و در افراد دارای بیماری‌های غیر واگیر ۵۲/۳۸±۸/۶۰ سال بود ($P < ۰/۰۰۱$).

در جدول (۱) توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک شرکت‌کنندگان در گروه‌های دارای بیماری غیر واگیر شایع و بدون بیماری غیر واگیر شایع گزارش شده است. از نظر محل سکونت در افراد بدون بیماری غیر واگیر شایع ۴۹/۵ درصد در شهر زندگی می‌کردند و این میزان در ۸۷/۹ درصد افراد دارای بیماری‌های غیر واگیر شایع گزارش شد ($P < ۰/۰۰۱$). از نظر قومیت در افراد بدون بیماری غیر واگیر شایع، بیشترین قومیت ۶۱/۸ درصد لر بختیاری بودند و در افراد دارای بیماری‌های غیر واگیر شایع، قومیت فارس با ۵۵/۸ درصد بیشترین فراوانی را داشتند ($P = ۰/۰۰۱$). از نظر وضعیت تاهل در دو گروه مورد مطالعه متاهلین در افراد بدون بیماری غیر واگیر شایع و دارای بیماری‌های غیر واگیر شایع به ترتیب ۹۲/۶ و ۹۳/۹ درصد بیشترین فراوانی را داشت و تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P = ۰/۳۹۳$).

در جدول (۲) نتایج مربوط به توزیع فراوانی و مقایسه بهره‌مندی از خدمات سلامت در افراد مورد بررسی در جمعیت مطالعه کوهورت شهرکرد قبل و حین همه‌گیری کرونا نمایش داده شده است. دریافت خدمات بهداشتی در دو گروه تحت مطالعه اختلاف معنی‌داری نداشت ($P = ۰/۴$). اما دریافت خدمات درمانی و خدمات سرپایی در دو گروه در حین همه‌گیری کرونا نسبت به قبل از همه‌گیری کرونا افزایش یافت.

با بیماری به طور منظم بود. پرسش‌نامه‌ها دارای بخش‌های: نوع خدمات دریافتی، محل خدمات دریافتی؛ شامل مطب، مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان، تعداد دفعات خدمات دریافتی و نظر افراد در رابطه با ابعاد مختلف خدمتی که در آخرین بار مراجعه دریافت کرده‌اند (شامل مدت انتظار برای دریافت خدمت، نظافت و پاکیزگی محل دریافت خدمت، رفتار پزشک و پرسنل معالج، هزینه‌ها و در مجموع نظر افراد راجع به ابعاد مختلف خدمت) بود. در واقع در این مطالعه یکبار بهره‌مندی از خدمات سلامت در افراد مبتلا و غیر مبتلا به بیماری‌های غیر واگیر، قبل از شروع همه‌گیری کووید جمع‌آوری شده و یکبار دیگر اطلاعات حین برقراری همه‌گیری کووید-۱۹، برای همان افراد، تکمیل شد. اطلاعات با استفاده از روش مصاحبه تلفنی برای شرایط حین همه‌گیری کووید-۱۹ جمع‌آوری گردید و با اطلاعاتی که پیش از همه‌گیری کووید-۱۹ جمع‌آوری شده بود، مقایسه شد. برای حفظ محرمانگی؛ پرسش‌نامه‌ها به صورت کدبندی شده و فاقد نام و نام خانوادگی آماده شد. در واقع تکمیل پرسش‌نامه بهره‌مندی از خدمات سلامت، که دارای ۳۰ سوال به صورت مفصل بود، برای تکمیل پرسش‌نامه برای هر نفر حدود ده دقیقه زمان صرف شد. مطالعه حاضر با کد اخلاق IR.SKUMS.REC.14000103 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد تایید گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. نتایج گزارش متغیرهای کمی به صورت میانگین و انحراف معیار، میانه و دامنه میان چارکی، و برای متغیرهای کیفی به صورت تعداد و درصد گزارش گردید. جهت مقایسه نوع خدمات، محل خدمات، فرد ارائه‌دهنده خدمات و سایر متغیرهای کیفی در بین دو گروه (قبل از همه‌گیری کرونا و یک بار دیگر حین همه‌گیری کرونا) از آزمون‌های مجذور کای یا آزمون دقیق فیشرⁱ استفاده شد. مقایسه بار مراجعه، زمان، هزینه‌ها و سایر متغیرهای کمی در بین دو گروه مذکور با استفاده از آزمون‌های تیⁱⁱ دو نمونه‌ای مستقل یا من-ویتنیⁱⁱⁱ انجام شد. همچنین، برای مقایسه بار مراجعه، زمان و هزینه‌ها و سایر متغیرهای کمی در قبل از همه‌گیری کرونا با حین همه‌گیری کرونا در هر یک از گروه‌های تحت بررسی از

i-Fisher Exact Test

ii-T Tests

iii-Man Whitney

iv-Wilcoxon Test

v-McNemar's Test

جدول ۱- توزیع فراوانی و مقایسه متغیرهای دموگرافیک در افراد با و بدون بیماری‌های غیرواگیر شایع در جمعیت مطالعه کوهورت شهرکرد

متغیر	کل		دارای بیماری‌های غیرواگیر شایع		بدون بیماری غیرواگیر شایع		اندازه عددی
	تعداد		تعداد		تعداد		
	درصد		درصد		درصد		
محل سکونت	شهر	۵۵۲	۸۷/۹	۲۳۴	۴۹/۵	۱۸۸	<۰/۰۰۱
	روستا	۲۳۸	۳۱/۳	۴۶	۵۰/۵	۱۹۲	
قومیت	فارس	۳۲۴	۴۲/۶	۲۱۲	۲۹/۵	۱۱۲	۰/۰۰۱
	ترک	۴۸	۶/۳	۲۵	۶/۱	۲۳	
جنسیت	لر بختیاری	۳۶۲	۴۷/۶	۱۲۷	۶۱/۸	۲۳۵	<۰/۰۰۱
	سایر	۲۶	۳/۴	۱۶	۲/۶	۱۰	
وضعیت تاهل	مرد	۳۵۵	۴۶/۷	۲۰۳	۴۰/۰	۱۵۲	<۰/۰۰۱
	زن	۴۰۵	۵۳/۳	۱۷۷	۶۰/۰	۲۲۸	
تحصیلات	متاهل	۷۰۹	۹۳/۳	۳۵۷	۹۲/۶	۳۵۲	۰/۳۹۳
	بیوه	۲۵	۳/۳	۱۴	۲/۹	۱۱	
وضعیت تاهل	مطلقه	۷	۰/۹	۲	۱/۳	۵	۰/۱۹۶
	ابتدایی	۱۱۷	۱۵/۴	۵۱	۱۷/۴	۶۶	
تحصیلات	راهنمایی	۶۰	۷/۹	۲۹	۸/۲	۳۱	۰/۱۹۶
	دیپلم	۱۱۸	۱۵/۵	۵۸	۱۵/۸	۶۰	
تحصیلات	فوق دیپلم	۵۸	۷/۶	۳۷	۵/۵	۲۱	۰/۱۹۶
	لیسانس	۱۲۱	۱۵/۹	۶۴	۱۵/۰	۵۷	
تحصیلات	فوق لیسانس	۳۵	۴/۶	۱۷	۴/۷	۱۸	۰/۱۹۶
	دکتر	۳	۰/۴	۰	۰/۸	۳	
بی‌سواد	۲۴۸	۳۲/۶	۱۲۴	۳۲/۶	۱۲۴	۳۲/۶	

جدول ۲- توزیع فراوانی و مقایسه بهره‌مندی از خدمات سلامت در افراد مورد بررسی در جمعیت مطالعه کوهورت شهرکرد قبل و حین همه‌گیری کرونا

متغیرها	قبل از کرونا		حین کرونا		مقایسه قبل و بعد در گروه غیر بیمار		مقایسه قبل و بعد در گروه بیمار	
	گروه بدون بیماری		گروه دارای بیماری		پی مقدار		پی مقدار	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	پی مقدار	پی مقدار	پی مقدار	پی مقدار
دریافت خدمات بهداشتی	۳۷۵	۹۸/۷	۲۳۳	۶۱/۳	۰/۷۵۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	۵	۱/۳	۱۴۷	۳۸/۷	۴۰/۳	۱۵۳	۰/۷۵۶	<۰/۰۰۱
دریافت خدمات درمانی	۳۶۸	۹۶/۸	۳۵۲	۹۲/۹	<۰/۰۰۱	۰/۰۱۷	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	۱۲	۳/۲	۲۷	۷/۱	۲۷/۱	۱۰۳	۰/۰۱۷	<۰/۰۰۱
دریافت خدمات سرپایی	۳۳۵	۸۸/۲	۳۲۴	۸۵/۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۷۸	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	۴۵	۱۱/۸	۵۶	۱۴/۷	۴۱/۸	۱۵۹	۰/۲۷۸	<۰/۰۰۱
بی‌سواد	۰	۰	۳	۰/۸	۱/۴	۸	۰/۲۷۸	<۰/۰۰۱

* بررسی و مقایسه بهره‌مندی از خدمات سلامت طی دو هفته قبل از تکمیل پرسش‌نامه در دو مرحله قبل از همه‌گیری کرونا و حین کرونا در دو گروه دارای بیماری‌های غیرواگیر شایع و بدون بیماری غیرواگیر شایع با استفاده از آزمون‌های کای اسکویر و مک نمار انجام گرفت.

میزان افزایش در افراد دارای بیماری غیرواگیر شایع بیشتر بود، به طوری که دریافت خدمات درمانی در افراد بدون بیماری غیرواگیر شایع، قبل و حین همه‌گیری کرونا، به ترتیب ۳/۲٪ و ۱۵/۳٪ و در افراد دارای بیماری غیرواگیر شایع ۷/۱٪ و ۲۷/۱٪ بود ($P < 0/001$). به طور کلی تمامی خدمات و مراجعات جهت دریافت خدمات در دو گروه، حین همه‌گیری کرونا افزایش یافته است. متغیرهای دریافت خدمات بهداشتی موفق در افراد با و بدون بیماری غیرواگیر اختلاف معنی‌داری نداشت،

جدول ۳- توزیع فراوانی و مقایسه نظر افراد در مورد علت عدم مراجعه برای حل مشکل اخیر، در دو گروه تحت مطالعه

متغیرها	قبل از همه‌گیری کرونا		حین همه‌گیری کرونا		مقایسه قبل و بعد در گروه غیر بیمار		مقایسه قبل و بعد در گروه بیمار	
	گروه بدون بیماری	گروه دارای بیماری	گروه بدون بیماری	گروه دارای بیماری	پی مقدار	پی مقدار	پی مقدار	پی مقدار
	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد				
مشکل برطرف شد	۵	۱۱	۲۹	۱۱	۰/۱۳۰	۲/۹	۱۱	۲/۹
راه دور بود	۱۱	۹	۲/۴	۹	۰/۶۵۰	۲/۴	۹	۲/۴
تخصص مورد نیاز من در این محل وجود نداشت	۰	۱	۰/۳	۱	۰/۳۱۷	۰/۳	۱	۰/۳
پزشک همجنس در محل ارائه خدمت وجود نداشت	۱	۲	۰/۵	۲	۰/۵۶۳	۰/۵	۲	۰/۵
خیلی دیر وقت میدهند	۰	۸	۲/۱	۸	۰/۰۰۴	۲/۱	۸	۲/۱
اعتبار دفترچه بیمه خاتمه یافته	۰	۲	۰/۵	۲	۰/۱۵۷	۰/۵	۲	۰/۵
بیمه پوشش مناسبی از هزینه‌ها نمی‌داد	۴	۱۲	۳/۲	۱۲	۰/۰۴۳	۳/۲	۱۲	۳/۲
در منزل دارو بود مصرف کردم	۱	۱	۰/۳	۱	۱/۰۰۰	۰/۳	۱	۰/۳
خدمتی که ارائه می‌کنند کیفیت لازم را ندارد	۳	۴	۱/۱	۴	۰/۷۰۴	۱/۱	۴	۱/۱
وقت نداشتن/تصمیم دارم مراجعه کنم	۰	۲	۰/۵	۲	۰/۱۵۷	۰/۵	۲	۰/۵
از بستری شدن می‌ترسم	۰	۰	۰	۰	---	۰	۰	---
از نظر مالی هزینه‌های آن برایم قابل پرداخت نبود	۰	۱	۰/۳	۱	۰/۳۱۷	۰/۳	۱	۰/۳
سایر موارد	۱۰	۹	۲/۴	۹	۰/۸۱۶	۲/۴	۹	۲/۴

** بررسی علل عدم مراجعه افراد جهت دریافت خدمات در هر گروه از افراد طی دو هفته قبل از تکمیل پرسش‌نامه قبل و حین همه‌گیری کرونا با استفاده از آزمون‌های کای اسکویئر و مک نمار انجام گرفت.

نتایج جدول (۴) مربوط به توزیع فراوانی و مقایسه علت عدم دریافت خدمات، علی‌رغم مراجعه برای حل مشکل اخیر، در دو گروه تحت مطالعه می‌باشد. بر این اساس قبل از همه‌گیری کرونا عدم توانایی مالی هزینه‌های خدمات و نوبت‌دهی با تاخیر، که منجر به انصراف فرد شده، بیشترین فراوانی را داشتند ($P = 0/003$). حین همه‌گیری کرونا عواملی

همان‌طور که در نمودار (۱) ملاحظه می‌گردد فراوانی موارد بستری در حین همه‌گیری کرونا در تمامی بخش‌ها، به جز بخش CCU و بخش جراحی، بالاتر است. هم‌چنین قبل از

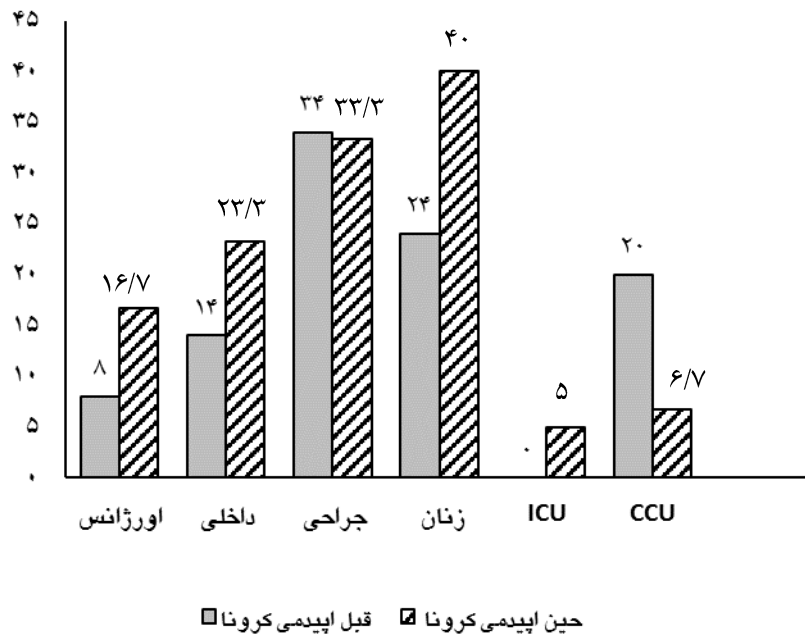
نتایج جدول (۳) مربوط به توزیع فراوانی و مقایسه علت عدم مراجعه برای حل مشکل اخیر، در دو گروه تحت مطالعه می‌باشد. قبل از همه‌گیری کرونا موضوعاتی هم‌چون: زمان نوبت‌دهی و پوشش بیمه برای تامین هزینه‌ها، به عنوان بیشترین علت عدم مراجعه برای حل مشکل اخیر ذکر شده بود ($P = 0/004$). در حین همه‌گیری کرونا، عواملی هم‌چون برطرف شدن مشکل فرد، پوشش بیمه از نظر تامین هزینه‌ها و مصرف خودسرانه دارو در منزل، به عنوان بیشترین علت عدم مراجعه برای حل مشکل اخیر ذکر شده بود ($P < 0/001$).

طور که ملاحظه می‌گردد خدمات سرپایی قبل و حین همه‌گیری کرونا فراوانی بیشتری دارد و حین همه‌گیری کرونا افزایش یافته است و این افزایش در افراد دارای بیماری غیر واگیر شایع بیشتر بوده است ($P < 0.001$).

همه‌گیری کرونا، فراوانی بستری در بخش‌های جراحی، زنان و CCU بیشتر بود ($P < 0.001$). نتایج جدول (۵) مربوط به توزیع فراوانی نوع و محل خدمات دریافتی، در دو گروه تحت مطالعه می‌باشد. همان-

جدول ۴ - توزیع فراوانی و مقایسه نظر افراد در مورد علت عدم دریافت خدمات علی‌رغم مراجعه در دو گروه تحت مطالعه قبل و حین همه‌گیری کرونا

متغیرها	قبل همه‌گیری کرونا				حین همه‌گیری کرونا				مقایسه قبل و بعد در گروه غیر بیمار		مقایسه قبل و بعد در گروه بیمار	
	گروه بدون بیماری		گروه دارای بیماری		گروه بدون بیماری		گروه دارای بیماری		پی مقدار	پی مقدار	پی مقدار	پی مقدار
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد				
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد				
هنوز نوبتم نرسیده است	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
از نظر مالی هزینه‌های آن برایم قابل پرداخت نبود	۶	۱/۶	۱۶	۴/۲	۸	۰/۳۰	۴۴	۱۱/۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	
آنجا خیلی شلوغ بود و نمی‌توانستم منتظر بمانم	۳	۰/۸	۴	۱/۱	۸	۰/۷۰۴	۲۱	۵/۵	۰/۱۸۰	۰/۱۰۴	<۰/۰۰۱	
بیمه پوشش مناسبی از هزینه‌ها نمی‌داد	۱	۰/۳	۳	۰/۸	۶	۰/۳۱۶	۱/۶	۰/۵	۰/۱۶۳	۰/۱۰۰	۱/۰۰۰	



نمودار ۱- توزیع فراوانی نسبی و مقایسه بستری در بیمارستان به تفکیک بخش بستری قبل از همه‌گیری کرونا و حین همه‌گیری کرونا

فراوانی بخصوص در بیماران دارای بیماری غیرواگیر شایع بیشتر بود ($P = < 0.05$).

از نظر محل خدمات دریافتی، مطب پزشک متخصص، بیمارستان دولتی و مطب پزشک عمومی دارای بیشترین فراوانی مراجعه بودند، که حین همه‌گیری کرونا نیز این

جدول ۵ - توزیع فراوانی و مقایسه نوع و محل خدمات دریافتی، در دو گروه تحت مطالعه قبل و حین همه‌گیری کرونا

متغیرها	قبل از همه‌گیری کرونا				حین همه‌گیری کرونا				مقایسه قبل و بعد در گروه بیمار	مقایسه قبل و بعد پی مقدار
	گروه بدون بیماری		گروه دارای بیماری		گروه بدون بیماری		گروه دارای بیماری			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
	پی مقدار	پی مقدار	پی مقدار	پی مقدار	پی مقدار	پی مقدار	پی مقدار	پی مقدار		
نوع خدمات	۴۷	۱۲/۴	۱۰۸	۲۸/۴	<۰/۰۰۱	۱۹۳	۵۰/۸	<۰/۰۰۱	۰/۰۱۸	
دریافتی	۱۴	۳/۷	۴۳	۱۱/۳	<۰/۰۰۱	۶۳	۱۶/۶	۰/۰۰۱	۰/۰۴۵	
بهداشتی	۵	۱/۳	۱۶	۴/۲	۰/۰۱۵	۱۲۵	۳۲/۹	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	
محل خدمات	۹	۲/۴	۳۰	۷/۹	۰/۰۰۱	۱۱۸	۳۱/۱	۰/۵۲۴	<۰/۰۰۱	
دریافتی	۱	۰/۳	۴	۱/۱	۰/۱۷۸	۸	۲/۱	۰/۰۰۴	۰/۲۱۹	
مراکز بهداشتی										
درمانی دولتی										
مراکز بهداشتی خصوصی										
بیمارستان دولتی	۱۳	۳/۴	۳۱	۸/۲	۰/۰۰۵	۵۸	۱۵/۳	<۰/۰۰۱	۱/۰۰۰	
بیمارستان خصوصی	۲	۰/۵	۲	۰/۵	۱/۰۰۰	۱۳	۳/۴	۰/۰۱۲	۰/۰۰۷	
مطب پزشک عمومی	۱۲	۳/۲	۲۹	۷/۶	۰/۰۰۶	۴۳	۱۱/۳	۰/۰۲۲	۰/۰۸۱	
مطب پزشک متخصص	۲۹	۷/۶	۳۱	۸/۲	۰/۷۸۸	۸۰	۲۱/۱	۰/۰۰۱	—	

** نوع خدمات و محل خدمات دریافتی از قبیل سرپایی و بستری در دو گروه از افراد دارای بیماری غیر واگیرشایع و بدون بیماری قبل و حین همه‌گیری کرونا برای خدمات سرپایی طی دو هفته گذشته و برای خدمات بستری طی یک سال گذشته بررسی گردید.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی و مقایسه بهره‌مندی از خدمات سلامت در افراد با و بدون بیماری‌های غیرواگیر شایع در جمعیت مطالعه کوه‌سور شهرکرد در قبل و حین همه‌گیری بیماری کرونا انجام گرفت. نتایج مطالعه نشان داد اگرچه دریافت خدمات بهداشتی در دو گروه قبل و حین همه‌گیری کرونا اختلاف معنی‌داری نداشت اما دریافت خدمات درمانی و خدمات سرپایی در دو گروه حین همه‌گیری کرونا افزایش یافت و میزان افزایش در افراد دارای بیماری غیرواگیر شایع بیشتر بود. هم‌چنین به طور کلی تمامی مراجعات جهت دریافت خدمات در دو گروه، حین همه‌گیری کرونا افزایش یافت. مراجعه جهت دریافت خدمات سرپایی حین همه‌گیری کرونا افزایش یافته بود و این افزایش در افراد دارای بیماری غیر واگیر شایع بیشتر بود. بیماری کرونا با توجه به خصوصیت بیماری‌زایی و ویروس عامل بیماری، سرعت انتشار و هم‌چنین درصد مرگ و میر ناشی از آن، وضعیت بهداشت و سلامت افراد در سطوح مختلف جامعه، از جمله بیماران مبتلا به بیماری‌های غیر واگیر، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، خانواده‌ها، کودکان، دانشجویان، بیماران روان‌شناختی و حتی پرسنل مشاغل مختلف را به نوعی متفاوت تحت تاثیر قرار داده است.^{۲۴} این میزان بالای تلفات ناشی از بیماری کرونا، سیستم‌های بهداشت و درمان را تحت فشار مضاعف قرار داده است. از طرفی، از آنجایی که طبق مطالعات افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن؛ هم‌چون بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، بیماری‌های

تنفسی، سرطان‌ها و غیره در معرض خطر بالاتری برای بیماری شدید و عوارض وخیم‌تر هستند، ممکن است میزان مراجعه این گروه برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی افزایش یافته باشد.

نتایج مطالعه نشان داد میزان مراجعه به پزشک عمومی، پزشک خانواده و پزشک متخصص حین کرونا افزایش یافت. قبل از رخداد همه‌گیری کرونا مراجعه به مطب و مراکز بهداشتی درمانی برای دریافت خدمات بهداشتی بیشترین فراوانی را داشت. حین همه‌گیری کرونا، میزان مراجعه به این دو محل نسبت به قبل برای دریافت خدمات درمانی افزایش یافت. از نظر محل خدمات دریافتی، مطب پزشک متخصص، بیمارستان دولتی و مطب پزشک عمومی دارای بیشترین فراوانی مراجعه بودند که حین همه‌گیری کرونا نیز این فراوانی بخصوص در بیماران دارای بیماری غیرواگیر شایع افزایش یافت. فراوانی تعداد بستری در بیمارستان در افراد دارای بیماری شایع غیرواگیر بیشتر بود. نتایج مطالعه اکبری و همکاران نشان داد در دوران قرنطینه و همه‌گیری کرونا، تغییر ساختار و کاهش دسترسی به خدمات درمانی رخ داد که موجب بدتر شدن علایم بیماران گردید. محدودیت دسترسی به خدمات بیمارستانی و بروز وقفه در دریافت درمان‌های غیرپزشکی، مثل توانبخشی حرکتی و شناختی و حمایت‌های روان‌شناسی، بطور چشمگیری توسط بیماران پارکینسون تجربه شد.^{۲۲} چالش‌های عدم دسترسی به خدمات درمانی حتی در زمان قرمز بودن وضعیت مناطق از نظر شیوع بیماری کرونا، با وجود درک خطرات همه‌گیری، به وضوح توسط بیماران تجربه شد.^{۲۵}

از نقاط قوت مطالعه انجام آن در بستر مطالعه کوهورت پرشین شهرکرد می‌باشد و از این رو امکان جمع‌آوری داده‌های اولیه بسیار با کیفیت؛ و در اغلب موارد فاقد گم‌شدگی و نقص اطلاعات، وجود داشت. مطالعه به صورت مقطعی در دو زمان قبل و حین اپیدمی کرونا، با ابزارهای یکسان انجام شد، که قابلیت بررسی تاثیر بیماری بر دریافت خدمات بهداشتی درمانی را امکان‌پذیر نمود.

پیشنهاد می‌شود، با توجه به این‌که بیماری کرونا یک بیماری نوپدید است، جنبه‌های مختلف تاثیرگذاری آن بر سلامت و دریافت خدمات سلامت در مطالعات آتی به صورت دقیق‌تر بررسی گردد. علاوه بر این، با توجه به این‌که عواملی مانند پوشش نامناسب بیمه، مصرف خودسرانه دارو، عدم توانایی مالی برای پرداخت هزینه‌های خدمات، نوبت‌دهی با تاخیر و شلوغی محل ارائه خدمات، از مهم‌ترین دلایل انصراف یا عدم مراجعه برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی ذکر شده‌اند، لازم است راهکارهایی جهت برطرف نمودن این موانع در مطالعات آتی مطرح و بررسی گردد. همچنین افزایش میزان ارجاع بیماران حین همه‌گیری کرونا می‌تواند خطرات بالقوه‌ای برای افراد، و به خصوص بیماران دارای بیماری مزمن غیرواگیر به همراه داشته باشد، از این رو لازم است راهکارهایی برای کنترل چنین ساماندهی مراجعان و مقابله با تجمع بررسی گردد.

نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان داد که دریافت خدمات درمانی و خدمات سرپایی در دوگروه افراد با و بدون بیماری غیرواگیرشایع، حین همه‌گیری کرونا نسبت به قبل از همه‌گیری کرونا، افزایش یافته بود. این یافته می‌تواند به عنوان درسی از همه‌گیری کرونا مورد توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام سلامت قرار گیرد تا امکانات لازم برای ارائه خدمات مراقبتی ویژه به مبتلایان به بیماری‌های مزمن را، به هنگام بروز همه‌گیری‌ها، مهیا نمایند.

سپاس‌گزاری: این طرح به عنوان پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد تصویب و مورد حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه قرار گرفت که سپاس‌گزاری می‌گردد.

تعارض منافع: نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منفعی در پژوهش حاضر وجود ندارد. دسترسی به داده‌های مطالعه کوهورت پرشین شهرکرد برای همه پژوهش‌گران مشروط به رعایت مقررات پژوهشی دانشگاه و دریافت کد اخلاق در پژوهش آزاد است.

نتایج مطالعه ویسمن^۱ و همکاران نیز نشان داد که به علت گسترش ویروس کووید-۱۹ بسیاری از بیماران مجبور شدند زودتر از موعد مقرر از بیمارستان‌ها مرخص شوند یا معالجه خود را عقب بیندازند.^{۲۱} همان‌طوری که نتایج نشان می‌دهد، اگرچه مراجعه برای دریافت خدمات در دوران همه‌گیری کرونا افزایش یافته است، اما از طرفی میزان بستری روند کاهشی داشته است. این یافته به نوعی افزایش تقاضا و حتی احتمالاً تغییر تقاضا؛ از نیازهای بستری به سمت دریافت خدمات سرپایی را، خاطر نشان می‌نماید. این مطالعه گزارش نمود ترس و اضطراب ناشی از کرونا باعث گردید بیماران مراجعات مورد نیاز خود به مراکز بیمارستانی و بستری را به تعویق بیندازند.^{۲۷} نتایج مطالعه ما در زمینه علل عدم مراجعه برای حل مشکلات بهداشتی درمانی، در هر دو گروه افراد با و بدون بیماری غیر واگیر، در زمان همه‌گیری کرونا در مقایسه با پیش از همه‌گیری کرونا؛ نشان داد زمان نوبت‌دهی و پوشش بیمه برای تامین هزینه‌ها از جمله عوامل موثر در عدم مراجعه بیماران به مراکز خدمات سلامت بودند. همچنین قبل از همه‌گیری کرونا، عدم توانایی مالی برای پرداخت هزینه‌های خدمات و نوبت‌دهی با تاخیر در بیماران مزمن دیگر در مطالعه دیگری نیز گزارش شده است که با این نتایج همخوانی دارد.^{۲۸} در حین همه‌گیری کرونا عواملی هم‌چون نرسیدن موعد نوبت فرد، عدم توانایی مالی تامین هزینه‌های خدمات و شلوغ بودن محل ارائه خدمات، از علل عمده انصراف فرد از دریافت خدمات بهداشتی درمانی ذکر شده بود. آرایه خدمات سلامت اساسی‌ترین کارکرد نظام سلامت است و بهره‌مندی از خدمات سلامت، دریافت و استفاده از خدمات سلامت می‌باشد. در محیطی از منابع محدود، سیاست‌گذاران باید راه‌حلهایی را برای تامین مالی و ارائه خدمات بهداشتی پایدار، شناسایی کنند. با وجود چنین راهکارهایی لازم است سیاست‌گذاران تعامل پیچیده بین الگوهای استفاده از خدمات، عوامل موثر در تصمیم‌گیری‌های پزشکی و عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات را درک کنند. این موضوع که چه عواملی در درون نظام سلامت (عرضه خدمات) و در بیرون از آن (تقاضای خدمات) بر دریافت و هزینه‌های سلامت تأثیرگذار می‌باشند، بسیار با اهمیت است.^{۲۹،۳۰}

References

- Aliakbari Saba R. Survey on the benefits of health services Tehran University of Medical Sciences National Institute for Health Research. Islamic Republic of IRAN; 2020. [Farsi] Available from: URL://www.google.scolar
- Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paape P, Da Silva MRF, Unger JP, et al. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *International Journal for Equity in Health* 2014; 13: 10.
- Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS. Utilization of medical services in the public health system in the Southern Brazil. *Rev Saude Publica* 2011; 45: 475-84.
- Rad AMM. A survey of total quality management in Iran: Barriers to successful implementation in health care organizations. *Leadership in Health Services* 2005; 18: 12-34.
- Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. *Health Serv Res* 1974; 9: 86-87.
- Rafieian M, Tajdar V. Health status assessment in Mashhad conurbation: A regional approach. *Journal of Geography and Regional Development* 2008; 1: 163-84. [Farsi]
- Hamouzadeh P, Moradi Hovasin N, Sadeghifar J, Tofighi S. Ranking West Azerbaijan districts regarding utilization of structural indices of health care. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2013; 17: 41-9. [Farsi]
- Keshavarz A, Kalhor R, Javadi A, Asefzadeh S. Estimating out of Pocket payments (oop) for medical cares in Qazvin province in 2009. *Hospital* 2012; 10: 71-7. [Farsi] Available from: URL: <https://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12962-022-00350-7>
- Khammarnia M, Peyvand M, Setoodezadeh F. Intensifying health challenges in low-income provinces: The impact of the Corona pandemic. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences* 2021; 8: 543-4. [Farsi]
- Zarrabi A, Shaykh Baygloo R. Classification of provinces of Iran by health indicators. *Social Welfare Quarterly* 2011; 11: 107-28. [Farsi]
- Mehrdad R. Health system in Iran. *JMAJ* 2009; 52: 69-73. [Farsi] Available from: URL: <https://www.researchgate.net/publication/232426386>
- Khammarnia M, Peyvand M, Setoodezadeh F. Intensifying health challenges in low-income provinces: The impact of the Corona pandemic. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences* 2021; 8: 543-4. [Farsi]
- World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: interim guidance, 28 January 2020. World Health Organization; 2020. Available from: URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330893>
- Worldometer. COVID-19 Coronavirus Pandemic: Worldometer; 2020 [Available from: URL: https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdvegas1].
- Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental Health Problems and Social Media Exposure During COVID-19 Outbreak. *PLoS One* 2020; 15: e0231924.
- Rashidi MA, Pournajaf A, Kazemy M, Kaikhavani S. Evaluating General Health Status using Goldberg's General Health Questionnaire among the Staff of Ilam University of Medical Sciences in 2015. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2018; 26: 16-26. [Farsi]
- Alami A. Equity in health from social determinants of healths point of view. *J Res Health* 2011; 1: 7-9. [Farsi]
- Bauer UE, Briss PA, Goodman RA, Bowman BA. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *Lancet* 2014; 384: 45-52.
- Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental Health Problems and Social Media Exposure During COVID-19 Outbreak. *PLoS ONE* 15: e0231924.
- Momenabadi V, Mohseni M, Khanjani N, Alizadeh S. The relation between social security and general health among students of kerman medical university, health school. *Journal of Health and Development* 2014; 3: 245-55.
- Ware Jr JE, Gandek B, Allison J. The validity of disease-specific quality of life attributions among adults with multiple chronic conditions. *Int J Stat Med Res* 2016; 5- 17.
- Ahmadi A, Shirani M, Khaledifar A, Hashemzadeh M, Solati K, Kheiri S, et al. Non-communicable diseases in the southwest of Iran: profile and baseline data from the Shahrekord PERSIAN Cohort Study. *BMC Public Health* 2021; 21: 2275.
- Khaledifar A, Hashemzadeh M, Solati K, Poustchi H, Bollati V, Ahmadi A, et al. The protocol of a population-based prospective cohort study in southwest of Iran to analyze common non-communicable diseases: Shahrekord cohort study. *BMC Public Health* 2018; 18: 660.
- Shahyad S, Mohammadi MT. Psychological Impacts of Covid-19 Outbreak on Mental Health Status of Society Individuals: A Narrative Review. *Journal of Military Medicine* 2020; 22: 184-92. [Farsi]
- Blecker S, Jones SA, Petrilli CM, Admon AJ, Weerahandi H, Francois F, et al. Hospitalizations for chronic disease and acute conditions in the time of COVID-19. *JAMA Intern Med* 2021; 181: 269-71.
- Akbari M, Tahvilian M. A review of the challenges of receiving treatment in Parkinson's patients during the Covid Pandemic Quarantine. *National Conference on Elderly Health; Jiroft University of Medical Sciences* 2021; p. 1. [Farsi]
- Weissman RS, Bauer S, Thomas JJ. Access to evidence-based care for eating disorders during the COVID-19 crisis. *Int J Eat Disord* 2020; 53: 639-46.
- Ahmadi A, Hasanazadeh J, Rajaeifard A. Metabolic Control And Care Assessment in Patients with Type 2 Diabetes In Chaharmahal & Bakhtiyari Province 2008. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2009; 11: 33-9.
- Zarei Z, Hessam S, Vahdat S, Oliaei Manesh A. Analysis of the Situation and Challenges of Strategic Purchasing in order to Achieve Universal Health Coverage in Iran %J Qom Univ Med Sci J 2020; 14: 19-30. [Farsi]
- Kukla M, McKay N, Rheingans R, Harman J, Schumacher J, Kotloff KL, et al. The effect of costs on Kenyan households' demand for medical care: why time and distance matter. *Health Policy Plan* 2017; 32: 1397-406.

Original Article

Comparing Health Service Reception in Individuals with and Without Non-communicable Diseases Before and During the COVID-19 Pandemic: Shahrekord Cohort Study

Taji F , Raeisi shahraki H , Ahmadi A 

Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran

e-mail: aliahmadi2007@gmail.com

Received: 13/09/2022 Accepted: 17/12/2022

Abstract

Introduction: The utilization of health services is an opportunity for using health services by the needy. Since COVID-19 can have significant effects on all life dimensions, including the utilization patterns, especially in patients with non-communicable diseases (NCDs), this study aimed to determine and compare the extent of utilizing health services by individuals with and without NCDs in the Shahrekord cohort study before and during the COVID-19 pandemic. **Materials and Methods:** The present cross-sectional study was conducted on 760 patients of the age group of 35-70 years in the Shahrekord cohort study, which addressed the urban areas of Shahrekord and the rural regions of Ardel city during two separate periods. For all patients, the questionnaire on benefiting from health services was completed. The data was collected using the telephone interview method and then analyzed using SPSS software. **Results:** The mean and standard deviation of the age was 44.95 ± 8.65 years in the patients without NCDs and 53.38 ± 8.60 years in those with NCDs ($p < 0.001$). The rates of medical service reception in those without common NCDs before and during the corona epidemic were 3.2% and 15.3%, respectively. In those with common NCDs, the rates were 7.1% and 27.1%, respectively ($p < 0.001$). During the coronavirus epidemic, the average duration of receiving service, duration of service, paid fee, and the frequency of receiving service were longer in the participants with chronic NCDs ($P < 0.001$). **Conclusion:** The reception of medical services and outpatient services in the two groups of patients with and without NCDs during the coronavirus pandemic increased compared to the pre-pandemic period. This point should be considered as a lesson learned from the epidemic by the health system policymakers and planners to lay the grounds for providing care services, especially for chronic patients during epidemics.

Keywords: Health care utilization, Health services, Non-communicable diseases, COVID-19 pandemic