میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت توسط جمعیت کارگران ساختمانی و خانواده آن‌ها در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۲

رضا خدیوی[۱]، سهیل وفاپور[۲]، مهسا مللی[۲]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: یکی از معیارهای عدالت در سلامت، بهره‌مندی از خدمات سلامت می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین کارگران ساختمانی و خانواده آن‌ها به عنوان یکی از آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه در مقابل بیماری‌ها و حوادث، انجام شد.

روش‌ها: در تحقیق توصیفی- تحلیلی حاضر، میزان بهره‌مندی کارگران ساختمانی و خانواده آنان از خدمات سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۲، با استفاده از یک پرسش‌نامه استاندارد مورد ارزیابی قرار گرفت. بدین منظور، برای ۴۰۰ کارگر ساختمانی متأهل که منتظر به کارگیری روزانه در خدمات ساختمانی بودند و در پیاده‌روهای میدان‌های اصلی چهار گوشه شهر اصفهان مستقر بودند، پرسش‌نامه به صورت سهمیه‌ای، به روش تصادفی ساده و با انجام مصاحبه حضوری تکمیل گردید.

یافته‌ها: ۳۹/۵ درصد از کارگران ساختمانی تحت پوشش هیچ بیمه درمانی نبودند. ۱۹/۲۵ درصد آنان طی دو هفته اخیر نیاز به خدمات سلامت داشتند که از این خانواده‌ها، تنها ۷۱/۴۳ درصد از این خدمات بهره‌مند شدند. حدود ۱۷/۲۵ درصد از افراد تحت پوشش خانواده کارگران، نیاز به بستری شدن در بیمارستان طی یک سال گذشته را داشتند. متوسط تعداد دفعات بستری در طول سال بین خانواده کارگران، ۱/۵۴ بار در سال بود. ۴/۷۵ درصد خانوارهای کارگران به دلیل بستری شدن در بیمارستان، متحمل هزینه‌های کمرشکن سلامت شده بودند.

نتیجه‌گیری: میزان بهره‌مندی از پوشش بیمه‌های درمانی در بین کارگران، کمتر از میانگین همین نسبت در جامعه ایرانیان می‌باشد. خانواده‌هایی که به علت بستری شدن در بیمارستان متحمل هزینه‌های کمرشکن شدند، ۲/۵ برابر همین نسبت در بین افراد جامعه می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: کارگر ساختمانی، بهره‌مندی از خدمات سلامت، بیمه، ایران

ارجاع: خدیوی رضا، وفاپور سهیل، مللی مهسا. **میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت توسط جمعیت کارگران ساختمانی و خانواده آن‌ها در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۲.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۲ (۲): ۲۴۰-۲۳۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۶ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۲/۶

مقدمه

امروزه نیازهای سلامت افراد جامعه به سرعت در حال تغییر می‌باشد. کشورهای گوناگون با نظام‌های سلامت مختلف، با افزایش قابل توجه هزینه‌های بهداشتی و درمانی روبه‌رو هستند که قدرت آنان را در ارایه خدمات با کیفیت در یک مسیر عادلانه به خصوص به افراد در معرض خطر بیماری‌ها، مورد تهدید قرار می‌دهد (۱). بیمه سلامت، باعث تفاوت چشمگیری در وضعیت سلامتی و دسترسی به خدمات بهداشتی- درمانی می‌شود. فقدان پوشش بیمه، به تنهایی خطر مرگ و میر را تا ۲۵ درصد افزایش می‌دهد (۲).

کارگران نسبت به جمعیت عادی، بیشتر در معرض حوادث محل کار، مرگ و میر و رخدادهایی که باعث عوارض مزمن می‌شود، قرار دارند (۳). طبق گزارش‌ها، ۸۳/۲ درصد از ۴۳/۹ میلیون آمریکایی‌های ساکن در خانواده‌های با سرپرستی یک کارگر، فاقد بیمه بوده‌اند. داده‌ها نشان می‌دهد که احتمال گزارش وضعیت سلامت کارگران غیر بیمه نسبت به کارگران بیمه شده، ضعیف‌تر خواهد بود. کارگران فاقد بیمه سلامت در مقایسه با کارگران تحت پوشش بیمه، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود را به احتمال زیاد در بیمارستان یا اورژانس دریافت می‌کنند تا در مطب پزشکان و به همین سبب، به طور میانگین موقع بستری در بیمارستان، در شرایط وخیم‌تری قرار دارند (۴).

قانون بیمه همگانی بیش از ۱۰ سال قبل به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید (۵). بر اساس برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، لازم است تا پایان سال ۱۳۹۴، درصد خانوارهایی که سالانه متحمل پرداخت هزینه‌های بهداشتی و درمانی می‌شوند، از ۳ درصد به حداکثر ۱ درصد تقلیل یابند (۶). بر این اساس، اصلاح نظام سلامت کشور تحت عنوان «برنامه پزشک خانواده»، از سال ۱۳۸۴ و با اولویت‌گذاری افراد ساکن در مناطق محروم شامل افراد ساکن در مناطق روستایی، عشایری و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر، تحت پوشش بیمه سلامت یکسان قرار گرفتند (۷). در همین راستا، افزایش پوشش بیمه سلامت برای سایر شهروندان آسیب‌پذیر ساکن در مناطق شهری با بیش از ۲۰ هزار نفر جمعیت، به ویژه مناطق حاشیه شهرهای بزرگ، ادامه سیاست بهبود دسترسی و عدالت در سلامت در کشور می‌باشد. با توجه به

۱- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: رضا خدیوی
Email: khadivi@med.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

این که کارگران ساختمانی و خانواده آن‌ها جزء آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه در مقابل بیماری‌ها و هزینه‌های ناشی از آن به شمار می‌روند، تحقیق حاضر (قبل از اجرای برنامه تحول در نظام سلامت در حوزه بهداشت در مناطق حاشیه کلان شهرها)، به منظور بررسی نیازهای سلامت کارگران ساختمانی و میزان بهره‌مندی آنان از خدمات سلامت، در سال ۱۳۹۲ در شهر اصفهان انجام شد. در همین راستا، فراوانی خانواده‌های کارگران ساختمانی مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت نیز مشخص گردید. علاوه بر این، موانع شایع در برخورداری مؤثر از خدمات سلامت در این‌گونه گروه‌های جمعیتی مورد بررسی قرار گرفت. طبق بررسی‌های انجام شده، تاکنون تحقیق مشابهی در کشور ما انجام نشده و یا تاکنون منتشر نشده است.

روش‌ها

در این تحقیق توصیفی- پیمایشی، میزان بهره‌مندی خانواده کارگران ساختمانی از خدمات سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن در سال ۱۳۹۲، در شهر اصفهان از طریق مصاحبه حضوری بررسی شد.

حجم نمونه به علت نبود مطالعه مشابه، در سطح اطمینان ۹۵ درصد، $Z = ۱/۹۶$، ۵ درصد = d و مقدار $P = ۰/۰۵$ و جبران پرسش‌نامه‌های ناقص احتمالی، معادل ۴۰۰ نفر کارگر ساختمانی برآورد گردید.

نمونه‌گیری به صورت سهمیه‌ای از چهار گوشه شهر اصفهان (خیابان‌های سجاد، زینبیه، میدان جمهوری اسلامی و کوی قائمیه) هر میدان ۱۰۰ نفر انجام گرفت. پرسش‌نامه برای این ۱۰۰ نفر به صورت تصادفی ساده از افراد کارگر منتظر برای به کارگیری روزانه در خدمات ساختمانی مستقر در پیاده‌روهای محل‌های ذکر شده تکمیل گردید. مصاحبه با خود شخص کارگر و بررسی نیازهای سلامت خانواده او انجام شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه استاندارد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مورد استفاده در مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۱) مورد استفاده قرار گرفت که دارای اعتبار و روایی مناسب می‌باشد (۸).

پرسشگر بعد از معرفی خود و اهداف طرح، در صورت تمایل داشتن شخص و متأهل بودن او، در یک فضای محرمانه اقدام به پرسشگری و تکمیل پرسش‌نامه‌ها نمود. معیار زمان نیاز به خدمات سلامت سرپایی، دو هفته قبل از تکمیل پرسش‌نامه و ملاک زمان نیاز به خدمات درمانی بستری در بیمارستان‌ها نیز یک سال قبل از پرسشگری در نظر گرفته شد.

داده‌ها به صورت توصیفی (فراوانی و فراوانی نسبی) مورد مقایسه قرار گرفت و جهت تحلیل داده‌های رتبه‌ای از آزمون Spearman و برای داده‌های اسمی از آزمون χ^2 (با حدود اطمینان ۹۵ درصد و $\alpha < ۰/۰۵$) استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه نشان داد که بیشتر خانواده‌ها (۲۹/۷۵ درصد) ۳ نفره و ۲۶/۷۵ درصد از خانواده‌ها ۴ نفره بودند. ۲۲/۲۵ درصد از خانواده‌های کارگران ساختمانی، یک بچه داشتند و ۲۱/۲۵ درصد از خانواده‌ها بیشتر از ۵ نفر بودند. در زمان مطالعه، ۴۹ نفر (۱۲/۳۰ درصد) از همسران کارگران ساختمانی باردار بودند.

از نظر تحصیلات، ۶۴ نفر از کارگران ساختمانی (۱۶/۰۰ درصد) بی‌سواد و ۱۷/۵۰ درصد دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم بودند (جدول ۱). در ۹۳ خانواده کارگر ساختمانی (۲۳/۸۰ درصد)، حداقل یک فرد بی‌سواد وجود داشت. ارتباط آماری معنی‌داری بین سطح سواد و وضعیت بیمه کارگران مشاهده شد ($r = ۱/۹۵$ ،$P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۱. توزیع فراوانی پوشش بیمه بر حسب سطوح مختلف سواد کارگران ساختمانی در شهر اصفهان

وضعیت بیمه / سطح سواد	بیمه‌های درمانی: دارد	بیمه‌های درمانی: ندارد	تعداد (درصد)
بی‌سواد	۵۲	۱۲	۶۴ (۱۶/۰۰)
ابتدایی	۷۵	۳۹	۱۱۴ (۲۸/۵۰)
راهنمایی	۴۷	۳۸	۸۵ (۲۱/۲۵)
دبیرستان	۳۵	۳۲	۶۷ (۱۶/۷۵)
دیپلم	۲۷	۳۳	۶۰ (۱۵/۰۰)
فوق دیپلم	۵	۲	۷ (۱/۷۵)
کارشناسی	۱	۲	۳ (۰/۷۵)
کل [تعداد (درصد)]	۲۴۲ (۶۰/۵۰)	۱۵۸ (۳۹/۵۰)	۴۰۰ (۱۰۰)

۴۸/۸ درصد (۱۹۵ نفر) کارگران ساختمانی در خانه شخصی ساکن بودند و ۵۱/۲ (۲۰۵ نفر) درصد آنان در خانه اجاره‌ای سکونت داشتند. حداقل ۹۹/۴ درصد مشارکت کنندگان دارای امکاناتی از جمله حمام، دستشویی، اجاق گاز، تلفن همراه، یخچال و تلویزیون بودند. در عین حال، حداقل ۵۳/۰ درصد آنان یکی از وسایل موتوری مانند موتورسیکلت و یا اتومبیل شخصی داشتند.

از نظر پوشش بیمه درمانی، ۶۰/۵ درصد از کارگران ساختمانی تحت پوشش یکی از انواع بیمه‌های درمانی بودند (۸۲/۱ درصد بیمه تأمین اجتماعی و ۱۷/۹ درصد بیمه خدمات درمانی)، اما ۳۹/۵ درصد آنان هیچ پوشش بیمه درمانی نداشتند. بین وضعیت محل زندگی از نظر تملک و داشتن بیمه‌های درمانی، ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($r = ۵/۰۹$ ،$P < ۰/۰۲۴$).

۷۷ نفر (۱۹/۲ درصد) از کارگران بیان داشتند که طی دو هفته اخیر نیاز به خدمات بهداشتی- درمانی داشتند. نیاز به این خدمات در بین خانواده‌های کارگران ساختمانی طی دو هفته قبل از مصاحبه، در ۵۶/۹ درصد یک بار، در ۱۶/۴ درصد آنان ۲ بار و در ۲۶/۷ درصد آنان ۳ بار یا بیشتر بود. نیاز به خدمات مراقبت‌ها در ۹۶/۳ درصد آنان به صورت خدمات درمانی و در بقیه به صورت خدمات بهداشتی بود. همچنین، در ۵۷/۰ درصد موارد، به اقدامات مراقبتی سریع و اورژانسی نیاز بوده است. بین احساس نیاز به خدمات بهداشتی- درمانی و داشتن بیمه‌های درمانی، رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

در میان خانواده‌های کارگران ساختمانی که طی دو هفته اخیر نیاز به خدمات سرپایی داشتند، ۴۴ نفر تحت پوشش بیمه و ۱۱ نفر بدون بیمه بودند و تنها ۷۱/۴ درصد برای دریافت خدمات بهداشتی- درمانی اقدام کرده بودند، اما کارگرانی که تحت پوشش یکی از انواع بیمه‌های درمانی قرار داشتند، به طور آشکاری برای دریافت خدمات سرپایی اقدام نمودند. بین برخورداری از خدمات بهداشتی- درمانی سرپایی و وضعیت پوشش بیمه در بین کارگران ساختمانی، ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($P = ۰/۰۰۲$)

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

از لحاظ نیازهای بهداشتی- درمانی اخذ شده، ۱۴ درصد کارگران ساختمانی به خدمات پیشگیری سرپایی (مانند مراقبت‌های دوران بارداری)، ۶۸ درصد به خدمات درمانی سرپایی، ۱۱ درصد به خدمات مربوط به بهداشت دهان و دندان و دندان‌پزشکی، ۱۰ درصد به مشاوره‌های روان‌پزشکی و ۶ درصد به بستری در بیمارستان نیاز داشتند.

با وجود نیاز به خدمات بهداشتی- درمانی طی دو هفته قبل از تکمیل پرسش‌نامه، ۲۶ (۶/۵ درصد) خانواده اظهار نمودند که دسترسی لازم به مراقبت‌های بهداشتی- درمانی نداشتند. در این بین، مشکلات مالی در ۹۵ درصد موارد و بسته بودن یا شلوغ بودن مراکز بهداشتی- درمانی (کمتر از ۵ درصد موارد)، مانع برخورداری افراد خانواده کارگران از خدمات مورد نیاز آن‌ها شده بود.

طی یک سال گذشته، ۶۹ نفر (حدود ۱۷/۲ درصد) از افراد تحت پوشش خانواده کارگران، به بستری شدن در بیمارستان نیاز داشتند. در نهایت، ۸۶/۲ درصد از این خانواده‌ها توانسته بودند در بیمارستان بستری شوند. همچنین، از بین خانواده‌های نیازمند به بستری شدن در بیمارستان طی یک سال گذشته، ۶۵/۰ درصد آنان به حداقل یک بار بستری، ۲۴/۰ درصد به ۲ بار بستری و ۱۱/۰ درصد به بیشتر از ۳ بار بستری در بیمارستان نیاز داشتند. علل شایع بستری افراد خانواده کارگران ساختمانی مواردی از جمله اقدامات جراحی (۴۷/۲ درصد)، انجام زایمان (۲۹/۸ درصد)، درمان طبی (۱۶/۹ درصد) و اقدامات تشخیصی (۴/۲ درصد) بود.

متوسط دفعات بستری در طول سال بین خانواده کارگران ساختمانی، حدود ۱/۵۴ بار برآورد گردید. بین بستری شدن اعضای خانواده کارگران در بیمارستان و داشتن بیمه درمانی، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. بیشترین علت عدم بستری شدن بین ۱۴ خانواده کارگران (۳/۵ درصد)، مربوط به گران بودن خدمات بستری برای کارگران ساختمانی بود (۷۲/۰ درصد). علاوه بر این، در ۸/۰ درصد موارد، ترس از بستری شدن و دوری راه، مانع بستری شدن به موقع بود.

از نظر نتایج بستری در بیمارستان، ۷۰/۵ درصد از آن‌هایی که بستری شده بودند، به طور کامل بهبود پیدا کردند. ۲۵/۵ درصد بهبودی نسبی داشتند و ۱/۴ درصد افراد بستری شده در بیمارستان فوت کرده بودند.

از نظر میزان هزینه‌ای که خانواده کارگران ساختمانی جهت بستری شدن پرداخته کرده بودند؛ ۱۱/۲ درصد هیچ پولی پرداخت نکردند، ۳۷/۷ درصد بیش از ۵۰/۰ درصد از درامد ماهیانه خود را پرداخت کرده بودند، ۲۳/۳ درصد آن‌ها همه درامد ماهیانه و پس‌انداز خانواده را پرداخت کرده بودند، ۲۰/۳ درصد از افراد همه پس‌انداز خانواده را پرداخت کرده بودند و همچنین، مجبور به گرفتن وام (قرض) نیز شده بودند و در نهایت، ۷/۲ درصد نه تنها مجبور به قرض گرفتن پول، بلکه مجبور به فروش دارایی‌هایشان نیز شده بودند.

مجموع خانوارهای کارگران ساختمانی که به علت بستری شدن اعضای خانواده در بیمارستان، مجبور به گرفتن وام (قرض) و یا فروش دارایی‌هایشان شده بودند، ۲۷/۳ درصد بود که اگر در مقدار فراوانی خانواده‌هایی که طی یک سال گذشته عضوی از آن‌ها در بیمارستان بستری شده بود (۱۷/۲ درصد)، ضرب کنیم، مقدار فراوانی خانوارهای کارگرانی که در مطالعه حاضر با هزینه‌های بهداشتی- درمانی مواجه شده بودند، حدود ۴/۷ درصد به دست می‌آید. در تحلیل آماری، بین وجود بیمه به طور عام و یا نوع بیمه درمانی خاصی، با نوع هزینه‌هایی که خانواده‌های کارگران متحمل شده بودند، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث

در این مطالعه که به منظور بررسی میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین کارگران ساختمانی انجام شد، مشخص گردید که ۳۹/۵ درصد آنان فاقد پوشش هرگونه بیمه درمانی بودند. در مطالعه الگوی بهره‌مندی از خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران که توسط جمشیدی و همکاران انجام شد، ۲۶ درصد ایرانیان هیچ گونه بیمه درمانی نداشتند (۸). در یک دوره دو ساله، بالغ بر ۹۰ میلیون نفر (۳۰ درصد از کل جمعیت) در ایالات متحده آمریکا فاقد پوشش بیمه (حتی بیمه پایه) بودند (۲). نتایج مطالعه‌ای بر روی نیازهای سلامت و میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت بین کارگران ساختمانی کشور آمریکا نشان داد که ۶۴ درصد کارگران ساختمانی آمریکایی- اسپانیایی تبار و ۲۳ درصد افراد سفیدپوست غیر اسپانیایی تبار، فاقد پوشش هرگونه بیمه سلامت بودند (۹). در تحقیق دیگری در نیجریه، ۴۴/۳ درصد از جمعیت، بیمه سلامت نداشتند (۱۰). متأسفانه با وجود جستجوهای فراوان در سایت‌های علمی معتبر داخلی و یا خارجی، مطالعات مشابه دیگری در این خصوص یافت نشد. بر اساس نتایج تحقیق جمشیدی و همکاران، پوشش بیمه در کشور ما حتی در یک دهه قبل، بیشتر از بسیاری از کشورهای مشابه بوده، اما به نظر می‌رسد که در سال‌های اخیر، این پوشش در بین کارگران ساختمانی به میزان زیادی بهبود یافته است؛ چرا که با اجرای برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت، بسیاری از کارگران ساختمانی که مهاجرانی از این‌گونه مناطق بودند و به طور فصلی در شهرها کار می‌کردند، تحت پوشش بیمه قرار گرفتند.

۷۷ نفر (۱۹/۲۵ درصد) از کارگران ساختمانی مورد مطالعه در تحقیق حاضر بیان داشتند که خود یا یکی از اعضای خانواده آن‌ها طی دو هفته قبل از انجام مطالعه، به خدمات کلینیکی سرپایی نیاز داشته‌اند. میزان نیاز درک شده به خدمات سلامت سرپایی طی دو هفته قبل از آن، در مطالعه کشوری حدود ۶۹/۵ درصد (۱۱)، در استان مرکزی ۶۶/۴ درصد (۱۲) و در نواحی ۲۲ گانه شهر تهران ۴۲/۱ درصد (۱۳) گزارش شده است. در مقایسه نتایج تحقیق حاضر با مطالعات قبلی انجام گرفته در کشور (۱۴-۱۲)، احساس نیاز به خدمات سلامت در بین کارگران و افراد خانواده آن‌ها، کمتر از میانگین سایر اقشار جامعه بوده است. با توجه به الگوی شغلی و وضعیت اقتصادی کارگران ساختمانی، شاید فقر در ابعاد مختلف آن در بین این قشر از جامعه، به صورت سرپوش گذاشتن بر نیازهای سلامت افراد خانواده، تبلور پیدا کرده است.

بر اساس اظهارات کارگران ساختمانی، ۷۱/۴۳ درصد خانواده‌های نیازمند به دریافت خدمات سرپایی طی دو هفته گذشته، برای دریافت خدمات سلامت اقدام کرده بودند. در مطالعه کشوری انجام شده، ۹۸ درصد افراد متقاضی این‌گونه خدمات، از خدمات سلامت مورد نیازشان برخوردار شده بودند (۱۱). میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در شهرستان سنندج طی ۱۲ ماه گذشته، از بخش دولتی معادل ۸۶ درصد و از بخش خصوصی حدود ۵۳/۸ درصد بوده است (۱۴). این میزان در استان مرکزی حدود ۹۷/۷ درصد (۱۲) و در منطقه ۱۷ شهر تهران، ۸۷/۵ درصد در طی دوره یک‌سال قبل از انجام تحقیق (۱۵) گزارش گردید. در مطالعه دیگری در ایران، میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در افراد بالای ۱۵ سال، به طور کلی ۶۶/۴ درصد بیان گردید (۱۶). ۳۲/۹ درصد شرکت کنندگان پژوهشی در اصفهان، اظهار داشتند که سه ماه قبل از مطالعه، حداقل یک‌بار از ویزیت پزشک عمومی برخوردار شده‌اند (۱۷).

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

در مطالعه‌ای که به منظور بررسی میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین کارگران ساختمانی کشور آمریکا انجام شد، نیمی از کارگران فاقد پوشش بیمه، در بیش از دو سال گذشته، هیچ پزشک و یا کارکنان حوزه سلامت، آن‌ها را ویزیت نکرده بود؛ در صورتی که تنها ۱۳ درصد افراد بیمه شده، از معاینه پزشک و کارکنان بخش سلامت در دو سال گذشته محروم مانده بودند (۹). با وجود بهتر بودن بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین کارگران ساختمانی کشور ما نسبت به کارگران ساختمانی کشور آمریکا، میزان برخورداری از خدمات سرپایی در تحقیقات مختلف صورت گرفته در کشور، بسیار متفاوت می‌باشد. داده‌های تحقیق حاضر بر اساس پرسش‌نامه استانداردی به دست آمد که در تحقیق کشوری استفاده شده است (۸) و مبنای احساس نیاز و برخورداری از خدمات سرپایی طی دو هفته قبل از مصاحبه بوده است، اما در بعضی از تحقیقات انجام شده در سایر استان‌های کشور، میزان برخورداری از خدمات سلامت در سه ماه گذشته و یا سال گذشته بوده است و چنین تلقی می‌گردد که میزان برخورداری از خدمات سلامت سرپایی در آن‌ها، کمتر از میزان برخورداری از خدمات سلامت در خانواده‌های کارگران ساختمانی می‌باشد. با توجه به این که آن تحقیقات در افراد معمول جامعه انجام شده است، شاید بتوان گفت که بهتر بودن وضعیت سلامت در بین جمعیت مورد مصاحبه آن تحقیقات، منجر به کاهش احساس نیاز به خدمات سرپایی شده است، اما نتایج آن تحقیقات در معرض تورش بزرگ به خاطر آوردن اطلاعات قبلی (Recall bias) قرار دارد. با این وجود، در مقایسه با نتایج تحقیقات انجام شده در سطح ملی، میزان برخورداری از خدمات سرپایی بین کارگران ساختمانی، کمتر از همین شاخص میان افراد معمول جامعه ایرانیان می‌باشد.

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، در ۹۵ درصد موارد مشکل مالی و بعد از آن، مسایل دیگری مانند شلوغی و ازدحام در مراکز بهداشتی- درمانی و دوری محل زندگی تا این مراکز، از دلایل عدم برخورداری از خدمات سلامت سرپایی در بین کارگران بوده است؛ در صورتی که در تحقیق جمشیدی و همکاران، بی‌پولی شایع‌ترین مشکل در عدم برخورداری خانواده از خدمات سلامت سرپایی و بستری، با مقادیر به ترتیب ۴۶/۸ و ۲۱/۵ درصد گزارش گردید (۸). فقر اقتصادی، به عنوان مانعی بر سر راه بیماران جهت برخورداری کافی از خدمات سلامت مورد نیازشان به شمار می‌رود که این عامل در تحقیقی، ۳۴/۰ درصد (۱۸) و برای شهروندان ساکن در منطقه ۱۷ شهر تهران، ۶/۹ درصد (۱۵) به دست آمد. در مطالعه انجام شده در مورد عوامل تأثیرگذار بر میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در زمان بروز حوادث در شهر اصفهان، بیان شد که هیچ یک از عوامل اقتصادی و درامد خانواده، سواد مادر و شغل پدر، در برخورداری از خدمات سلامت سرپایی و بستری تأثیر معنی‌داری نداشته است و مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر بهره‌مندی از خدمات سرپایی بعد از بروز حوادث، سطح سواد فرد حادثه دیده و یا خانواده وی بوده است (۱۹). طبیعی است که متعاقب بروز حوادث برای افراد خانواده، واکنش خانواده‌ها برای گرفتن خدمات سلامت در این برهه، خرید یک کالای کشش‌ناپذیر می‌باشد و خرید خدمات سلامت اولویت بسیار مهمی تلقی می‌شود و به هر قیمتی اقدام به خرید این‌گونه خدمات اورژانسی خواهند کرد.

در بین خانواده کارگران ساختمانی نیازمند به خدمات بهداشتی- درمانی سرپایی که تلاشی برای گرفتن خدمات نداشته‌اند، ۵۹ درصد آنان فاقد پوشش بیمه بودند. شواهد متعددی حاکی از آن است که افزایش پوشش بیمه، موجب افزایش دسترسی به خدمات سرپایی، به خصوص در خانواده‌های فقیر شده است. نتایج دو تحقیق انجام شده در ویتنام (۲۰) و نیجریه (۱۰) نشان می‌دهد که افزایش پوشش بیمه در جوامع فقیر، موجب افزایش استفاده از خدمات سلامت به ویژه خدمات سرپایی می‌شود. در مطالعه انجام شده در استان مرکزی، دریافت خدمات سلامت سرپایی، به طور معنی‌داری در افراد دارای سطوح اقتصادی- اجتماعی پایین‌تر، کمتر بود. در تحقیق مذکور، وجود پوشش بیمه‌ای در برخورداری از خدمات سلامت تأثیر معنی‌داری نداشت، اما نیاز به خدمات بستری باعث بروز تأثیر معنی‌داری در برخورداری از خدمات سلامت سرپایی شده بود (۱۲). میانگین بهره‌مندی از خدمات سرپایی در مطالعه شیراز، ۳/۰۷ ± ۲/۶۶ بار طی یک ماه گذشته (۳۱/۹۲ بار در سال) به دست آمد. همچنین، رابطه آماری معنی‌داری بین میزان بهره‌مندی از خدمات سرپایی و پوشش بیمه گزارش نشد و در بیشتر موارد این امر ناشی از بروز بیماری‌های حاد و یا واگیردار در بین افراد فقیر جامعه (ناشی از پایین بودن سطح سلامت آن‌ها) می‌باشد (۲۱).

در تحقیقی که بر روی نیازهای سلامت و میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین کارگران ساختمانی کشور آمریکا صورت گرفت، ۶۳ درصد کارگران فاقد بیمه، هیچ گونه خدمات پیشگیری از جمله معاینات دوره‌ای را دریافت نکرده بودند؛ در حالی که تنها ۱۵ درصد افراد دارای بیمه، از دریافت خدمات پیشگیرانه و یا معاینات دوره‌ای محروم مانده بودند (۹). نتایج مطالعه انجام شده در مورد عوامل تأثیرگذار بر میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در زمان بروز حوادث در شهر اصفهان، نشان داد که بیمه تأثیر معنی‌داری در برخورداری از خدمات سلامت سرپایی و بستری ندارد (۱۹). از طرف دیگر، در مطالعه کشوری جمهوری اسلامی ایران، میزان بهره‌مندی در افراد بیمه شده، افراد ثروتمندتر و ساکن در مناطق شهری و یا روستاهای اصلی بیشتر بوده است. همچنین، میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت سرپایی در مطالعه مذکور، ارتباط معنی‌داری را با سن، سطح سواد و جنس نشان نداد (۱۱). در تحقیق دیگری که میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت را مورد سنجش قرار داد، تفاوت آماری معنی‌داری بین گروه‌های جنسی مختلف، محل زندگی و یا وجود بیمه مشاهده نشد (۱۶). بیشتر تحقیقات انجام شده در حجم بزرگ، مؤید بالا رفتن میزان برخورداری از خدمات سلامت سرپایی در بین افراد بیمه شده می‌باشد که با نتایج تحقیق حاضر مطابقت دارد.

۶۹ نفر (۱۷/۲۵ درصد) از افراد تحت پوشش خانواده کارگران ساختمانی، به بستری شدن در بیمارستان طی یک سال گذشته نیاز داشتند که بیشترین علت بستری شدن (۴۷/۲ درصد)، نیاز به خدمات جراحی و بعد از آن، زایمان همسر کارگران بود. در مطالعه جمشیدی و همکاران، ۶/۶ درصد افراد جامعه طی یک سال گذشته، احساس نیاز به خدمات بستری در بیمارستان داشتند که بیشترین علت بستری شدن، خدمات طبی در بخش‌های داخلی (۳۶/۰ درصد) برآورد گردید (۸).

میزان بهره‌مندی سالانه از خدمات بستری برای ساکنان مناطق روستایی تحت پوشش برنامه پزشک خانواده استان لرستان، ۶۲/۵ درصد در هزار نفر جمعیت بوده است (۲۲). در مطالعه صورت گرفته در اصفهان، ۳/۴ درصد افراد مورد مطالعه به علت بروز جراحات ناشی از حوادث، حداقل یک‌بار بستری در بیمارستان را طی یک سال قبل از آن تجربه کرده بودند (۱۷). در پژوهش انجام شده در کشور آمریکا، ۸ درصد کارگران ساختمانی اسپانیایی تبار و ۵ درصد کارگران سفید پوست غیر اسپانیایی تبار که فاقد بیمه سلامت بودند، در طی یک

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

سال برای دریافت خدمات سلامت مورد نیازشان به مراکز اورژانس مراجعه داشتند؛ در حالی که این میزان در بین کارگران ساختمانی اسپانیایی تبار و سفید پوستان غیر اسپانیایی تبار، کمتر از ۱ درصد بود (۹).

تفاوت آشکار در بالاتر بودن احساس نیاز به خدمات بستری آن هم خدمات جراحی در بین کارگران ساختمانی (۲/۶ برابری) در مقایسه با افراد جامعه، تأیید کننده شواهد قبلی مبنی بر بیشتر بودن آسیب‌پذیری کارگران ساختمانی در برابر حوادث ناشی از شغل و محیط کار می‌باشد که نیاز به بستری شدن را ضروری می‌سازد (۲۳، ۲). متوسط دفعات بستری در طول سال بین خانواده کارگران ساختمانی، حدود ۱/۵۴ بار برآورد گردید، اما این شاخص در بین افراد جامعه ایرانی در پژوهش جمشیدی و همکاران، ۳/۱ بار بوده است (۸). در تحقیق حاضر، از بین کسانی که طی یک سال گذشته به خدمات بستری در بیمارستان نیاز داشتند، در نهایت ۸۶/۲۵ درصد آن‌ها توانسته بودند در بیمارستان بستری شوند. در تحقیق جمشیدی و همکاران نیز ۸۶ درصد نیازمندان، اقداماتی را برای دریافت خدمات سلامت در بخش‌های بستری دریافت نموده بودند (۸) که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی داشت.

کارگران ساختمانی که طی دو هفته اخیر به خدمات سلامت نیاز داشتند و تحت پوشش یکی از انواع بیمه‌های درمانی بودند، به طور بارزی ترجیح می‌دادند که از خدمات سرپایی استفاده کنند. از طرف دیگر، بستری شدن اعضای خانواده کارگران در بیمارستان، بدون ارتباط با وجود یا عدم وجود بیمه صورت گرفته است و رابطه آماری معنی‌داری بین بستری شدن در بیمارستان و داشتن بیمه مشاهده نشد. بر طبق نتایج پژوهش انجام شده در ویتنام، بین پوشش بیمه و بستری در بیمارستان در خانواده‌های فقیر، رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت (۲۰). اجرای اصلاح نظام سلامت و گسترش پوشش بیمه در ایالت ماساچوست آمریکا، موجب افزایش مراجعه مردم به اورژانس شد که این میزان افزایش بین ۰/۲-۱/۲ درصد بود (۲۴). به نظر می‌رسد که نیاز به خدمات سلامت سرپایی برای کارگران ساختمانی، جزء خدمات کشش‌پذیر می‌باشد، اما خدمات سلامت بستری، جزء خدمات کشش ناپذیر تلقی می‌شود که به علت نیاز، حتی بدون حمایت بیمه‌ای و در هر شرایط اقتصادی مجبور به انجام آن هستند (۲۵).

از بین خانواده کارگران ساختمانی که نیازمند به بستری شدن در بیمارستان بودند، ۱۴ خانواده (۵/۳ درصد) به علت مشکلات مالی، برای بستری مراجعه نکرده بودند. در مطالعه جمشیدی و همکاران، ۱۴ درصد افراد نیازمند به خدمات بستری، از گرفتن این‌گونه خدمات منصرف شده بودند. در تحلیل آماری، رابطه آماری معنی‌داری بین وجود بیمه با نوع هزینه‌هایی که خانواده‌های کارگران ساختمانی در اثر بستری شدن متحمل شده بودند، مشاهده نشد. هرچند کارگران ساختمانی به طور متوسط از درامد کمتری نسبت به میانگین درامد افراد جامعه برخوردار هستند، اما کمتر بودن نسبت انصراف از دریافت خدمات بستری در بین کارگران ساختمانی نسبت به افراد معمول جامعه، بیشتر ناشی از شدت مشکل سلامتی کارگران در مقابل نیازهای افراد جامعه به بستری شدن می‌باشد که در هر صورت حتی با پوشش بیمه‌ای کمتر، مجبور به استفاده از آن خدمات بستری بودند (۳).

نتایج تحقیق حاضر حاکی از آن بود که ۴/۷۵ درصد کارگران ساختمانی به علت بستری شدن اعضای خانواده‌شان در بیمارستان طی سال گذشته، مجبور به گرفتن وام (قرض) و یا فروش دارایی‌هایشان شده بودند (دچار هزینه‌های مصیبت‌بار و یا کمرشکن سلامت شده بودند). در تحقیق جمشیدی و همکاران، ۱/۹ درصد خانواده‌های معمول جامعه به علت بستری شدن در بیمارستان طی یک سال قبل از آن، متحمل هزینه‌های کمرشکن سلامت شدند و به زیر خط فقر سقوط کردند (۸). بدین صورت می‌توان استنباط نمود که میزان فراوانی خانوارهای کارگران ساختمانی که سالانه با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه می‌شوند، ۲/۵ برابر خانواده‌های معمول جامعه می‌باشد.

وجود پوشش بیمه برای خانواده‌ها، یکی از معیارهای محافظت افراد در مقابل هزینه‌های کمرشکن سلامت می‌باشد (۲۶، ۲۰). در تحقیقات انجام شده در شهر تهران، وجود پوشش بیمه‌ای، تأثیر بسزایی در حفاظت بیماران در مقابل رخداد هزینه‌های کمرشکن سلامت در بیماران بستری در بیمارستان‌های شهر تهران نداشت (۲۹-۲۷). نکته قابل تأمل این که، درصد خانواده‌های تهرانی مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت از ۱۱/۸ درصد در سال ۱۳۸۷ (۲۸) تا ۴/۸۳ درصد در سال ۱۳۹۱ (۲۹) متغیر بوده است که در هر صورت، بیشتر از فراوانی خانوارهای کارگران در مطالعه حاضر می‌باشد.

۲۶ نفر (۶/۵ درصد) از خانواده‌های کارگران ساختمانی دسترسی لازم به مراقبت‌های بهداشتی نداشتند. در تحقیق انجام شده در نیجریه، ۱۸/۸ درصد از جمعیت به خدمات بهداشتی دسترسی نداشتند (۱۰). هرچند فراوانی کارگران ساختمانی نسبت به جمعیت کلی کشور کم می‌باشد، اما این میزان در مقایسه با نتایج سایر تحقیقات کشوری، نشان دهنده بیشتر شدن میزان دسترسی به خدمات بهداشتی- درمانی در ۱۵ سال اخیر است (۵).

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، ۱۶ درصد کارگران ساختمانی بی‌سواد بودند و ۱۷/۵ درصد آنان تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. ۲۱/۴ درصد شرکت کنندگان مطالعه جمشیدی و همکاران، بی‌سواد بودند (۸)؛ در حالی که بین کارگران ساختمانی کشور هندوستان، ۷۳ درصد زنان آن‌ها بی‌سواد بودند و سطح سواد بقیه آن‌ها نیز حداکثر تا پایان مقطع ابتدایی بود (۳۰). این امر نشان دهنده افزایش سطح تحصیلات در کشور، طی سال‌های اخیر و همچنین، بالاتر بودن سطح تحصیلات میان کارگران ایرانی در مقایسه با گروه‌های جمعیتی مشابه در سایر کشورهای در حال توسعه می‌باشد، اما بالاتر بودن سطح سواد بین کارگران ساختمانی نسبت به مطالعات مشابه قبلی (۸)، می‌تواند گویای افزایش بیکاری در بین افراد تحصیل کرده باشد که در زمان‌های فراغت (تابستان)، به شغل‌های دیگری روی می‌آورند.

نتیجه‌گیری

میزان بهره‌مندی از پوشش بیمه‌های سلامت بین کارگران ساختمانی، کمتر از میانگین همین نسبت در جامعه ایرانیان می‌باشد. پایین بودن پوشش بیمه در میان کارگران ساختمانی، باعث شده است که با استفاده کمتر از خدمات بهداشتی- درمانی سرپایی به موقع، بیماری زمینه‌ای در عده قابل توجهی از این افراد نیازمند تشدید شود و در نهایت، منجر به افزایش بار مراجعه به اورژانس‌ها می‌گردد. از طرف دیگر، فراوانی خانوارهای کارگران ساختمانی که به دنبال بستری شدن در بیمارستان‌ها، متحمل هزینه‌های کمرشکن سلامت شده بودند، ۲/۵ برابر مقدار این نسبت در بین افراد معمول جامعه ایرانیان می‌باشد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع پزشکی عمومی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با شماره طرح ۳۹۲۳۳۶ می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

مطالعه از معاونت پژوهش و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصـفهان بـه جهـت حمایت مالی این طرح، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

References

1. Moghadam MN, Banshi M, Javar MA, Amiresmaili M, Ganjavi S. Iranian Household Financial Protection against Catastrophic Health Care Expenditures. Iran J Public Health 2012; 41(9): 62-70.
2. Fronstin P. The working uninsured: who they are, how they have changed, and the consequences of being uninsured--with presidential candidate proposals outlined. EBRI Issue Brief 2000; (224): 1-23.
3. Bodenheimer T, Grumbach K. Understanding Health Policy. 5th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2008. p. 17-30.
4. Bodhare T, Valsangkar S, Bele S. An epidemiological study of work-related musculoskeletal disorders among construction workers in karimnagar, andhra pradesh. Indian J Community Med 2011; 36(4): 304-7.
5. Gressani D, Saba J, Fetini H, Rutkowski M, Maeda A, Langenbrunner J. Islamic Republic of Iran - Health sector review (Vol. 2) : Background sections (English) [Online]. [cited 2008]; Available from: http://documents.worldbank.org/curated/en/2008/06/16262708/islamic-republic-iran-health-sector-review-vol-2-3-background-sections.
6. Law of the Fifth Economic. Social and cultural development plan of Islamic Republic of Iran, 2011-2015. Tehran, Iran: Management and planning Organization; 2004. p. 16-17. [In Persian].
7. Ministry of Health and Medical Education. Operational guide for family physician & rural insurance project implementation. Version 10 (Revised). Tehran, Iran: Center for Network Development & Health Promotion; 2009. p. 5-31. [In Persian].
8. Jamshidi HR, Naghavi M, Jafari N, Farzadfar F, Khosravi A, Rahbar MR, et al. Utilization of Healthcare Services in Iran in Year 2002. Tehran, Iran: Tandis Publications; 2005.
9. Sue Dong X, Fujimoto A. Health Insurance Coverage and Health Care Utilization Among Hispanic Construction Workers. Data Brief 2010; 2(1). [Online]. Available from: URL: http://www.cpwr.com/sites/default/files/CPWR%20Data%20Brief_Hispanics%20and%20Healthcare.pdf. CPWR
10. Ujunwa FA, Onwujekwe O, Chinawa JM. Health services utilization and costs of the insured and uninsured under the formal sector social health insurance scheme in Enugu metropolis South East Nigeria. Niger J Clin Pract 2014; 17(3): 331-5.
11. Hosseinpoor AR, Naghavi M, Alavian SM, Speybroeck N, Jamshidi H, Vega J. Determinants of seeking needed outpatient care in Iran: results from a national health services utilization survey. Arch Iran Med 2007; 10(4): 439-45.
12. Hassanzadeh J, Mohammadbeigi A, Eshrati B, Rezaianzadeh A, Rajaeefard A. Determinants of inequity in health care services utilization in markazi province of iran. Iran Red Crescent Med J 2013; 15(5): 363-70.
13. Ahmadzad-Asl M, Davoudi F, Mohammad Sadegh H, Khademolreza N, Zarei N, Naserbakht M, et al. Correlates of mental health service utilization in married women in tehran 2011. Iran J Psychiatry Behav Sci 2013; 7(1): 51-60.
14. Esmailnasab N, Hassanzadeh J, Rezaeian S, Barkhordari M. Use of Health Care Services and Associated Factors among Women. Iran J Public Health 2014; 43(1): 70-8.
15. Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, Pourreza A, Pourmalek F, Arab M, et al. Assessing health system responsiveness: a household survey in 17th district of tehran. Iran Red Crescent Med J 2011; 13(5): 302-8.
16. Mohammadbeigi A, Hassanzadeh J, Eshrati B, Rezaianzadeh A. Socioeconomic inequity in health care utilization, Iran. J Epidemiol Glob Health 2013; 3(3): 139-46.
17. Karimi S, Keyvanara M, Hosseini M, Jazi MJ, Khorasani E. The relationship between health literacy with health status and healthcare utilization in 18-64 years old people in Isfahan. J Educ Health Promot 2014; 3: 75.
18. Ghanizadeh A, Arkan N, Mohammadi MR, Ghanizadeh-Zarchi MA, Ahmadi J. Frequency of and barriers to utilization of mental health services in an Iranian population. East Mediterr Health J 2008; 14(2): 438-46.
19. Ezat-Abadi MR, Rejalian F, Yarmohammadian MH, Ismail K, Mofid M, Atashbahar O. Differentiation socioeconomic factors affecting utilization of health services during accidents in Isfahan in 2012. Int J Health Syst Disaster Manage 2013; 1(3): 163-6.
20. Guindon GE. The impact of health insurance on health services utilization and health outcomes in Vietnam. Health Econ Policy Law 2014; 9(4): 359-82.
21. Doroh Ramezani V, Hatam N, Jafari A, Kafashi S, Kavosi Z. Determinants of Outpatient Services Utilization in Shiraz 2012. J Community Med Health Educ 2013; 3: 216.
22. Rashidian A, Joudaki H, Khodayari-Moez E, Omranikhoo H, Geraili B, Arab M. The impact of rural health system reform on hospitalization rates in the Islamic Republic of Iran: an interrupted time series. Bull World Health Organ 2013; 91(12): 942-9.
23. Schneider SP. Musculoskeletal injuries in construction: a review of the literature. Appl Occup Environ Hyg 2001; 16(11): 1056-64.
24. Smulowitz PB, O'Malley J, Yang X, Landon BE. Increased use of the emergency department after health care reform in Massachusetts. Ann Emerg Med 2014; 64(2): 107-15, 115.
25. Wonderling D, Gruen R, Black N. Introduction to health economics. Trans. Tofighi S, Ahmad Kiai Daliri AA, Haghparast H.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

Tehran, Iran: Ayandeh Publications p. 94-110; 2009.
26. Nguyen CV. The Impact of Voluntary Health Insurance on Health Care Utilization and Out-Of-Pocket Payments: New Evidence for Vietnam. Health Economics 2012; 21(8): 949-66.
27. Ghiasvand H, Sha'baninejad H, Arab M, Rashidian A. Hospitalization and catastrophic medical payment: evidence from hospitals located in Tehran. Arch Iran Med 2014; 17(7): 507-13.
28. Rezapour A, Ghaderi H, EbadiFard Azar F, Larijani B, Gohari MR. Effects of Health Out-of-Pocket Payment on HouseHolds in Iran; Catastrophic and Impoverishment: Population Based Study in Tehran (2012). Life Sci J 2013; 10(3): 1457-69.
29. Kavosi Z, Rashidian A, Pourreza A, Majdzadeh R, Pourmalek F, Hosseinpour AR, et al. Inequality in household catastrophic health care expenditure in a low-income society of Iran. Health Policy Plan 2012; 27(7): 613-23.
30. Pandit N, Trivedi A, Bidisha D. A study of maternal and child health issues among migratory construction workers. Indian J Prev Soc Med 2011; 2(2): 16-8.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

Journal of Health System Research
Received: 27.12.2014
Vol. 12, No. 2, Summer 2016
Accepted: 25.04.2016

Determination of Health Services Utilization Rate among Construction Workers and Their Families in Isfahan, Iran, in 2013

Reza Khadivi[1], Soheil Vafapour[2], Mahsa Melali[2]

Original Article

Abstract

Background: One of the criteria of health equity is having health insurance coverage. Construction workers and their families are one of the most vulnerable populations regarding diseases and accidents. Thus, this study was conducted with the aim to determine the utilization rate of health services among construction workers and their families.

Methods: In this descriptive-analytical study, the rate of health services utilization by the families of construction workers and factors associated with them were evaluated in the city of Isfahan, Iran, in 2013 using a standard questionnaire. Therefore, 400 married construction workers who were waiting for daily work on the walkways of the main squares of Isfahan were selected randomly. Data were gathered through interviews.

Findings: The findings showed that 39.5% of construction workers were not covered by any health insurance. Moreover, 19.25% of the construction workers' families had required outpatient health services within the past 2 weeks, but only 71.43% of them had used these services. Approximately 17.25% of the construction workers' families had required hospitalization within the past year. The average number of hospitalizations among the construction workers's families was 1.54 times per year. In addition, 4.75% of the families had suffered from catastrophic health expenditures due to hospitalization.

Conclusion: The rate of health insurance coverage among construction workers is lower than the average of the Iranian population. Construction workers' families who suffered from catastrophic health expenditures due to hospitalization were 2.5 times more than the average of the general population.

Keywords: Construction workers, Utilization, Health insurance, Development country, Isfahan, Iran

Citation: Khadivi R, Vafapour S, Melali M. **Determination of Health Services Utilization Rate among Construction Workers and Their Families in Isfahan, Iran, in 2013.** J Health Syst Res 2016; 12(2): 233-40.

1- Associate Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Medical Student, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Reza Khadivi, Email: khadivi@med.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]