

بررسی رفتار در جستجوی درمان ساکنان شهر تهران و عوامل موثر بر آن

دکتر ابوالقاسم پوررضا: دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

رقیه خبیری: دانشجوی دوره دکترای تخصصی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط: rkhairi@razi.tums.ac.ir

دکتر محمد عرب: دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
دکتر علی اکبری ساری: استادیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

دکتر عباس رحیمی: استادیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
آذر ظل: کارشناس ارشد، بیمارستان دکتر شریعتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۱۰/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۴/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: عوامل موثر بر رفتار افراد در هنگام مواجهه با بیماری بسیار متفاوت است که شامل عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و بویژه هزینه های درمانی می باشد. با توجه به هزینه های روزافزون درمانی، نقش اقدام بیماران در کنترل مالی هزینه های درمان، سیر بهبودی و نیز عدم اطلاع کافی از رفتار افراد در اولین نقطه مواجهه با بیماری و به منظور سنجش تقاضای مردم در یک بستر تحقیقاتی مناسب، این مطالعه با هدف تحلیل رفتار در جستجوی درمان افراد در موارد بروز کسالت یا بیماری در ساکنان شهر تهران متشکل از کلیه اقشار و گروههای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی انجام شده است.

روش کار: در این مطالعه که از نوع توصیفی - تحلیلی می باشد و به روش مقطعی انجام شده است ۱۸۸۲ نفر از افراد ساکن در خانوارهای شهر تهران به روش نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای انتخاب شدند و اطلاعات لازم با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه جمع آوری گردید. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمونهای آماری مجذور کای، تست دقیق فیشر و رگرسیون لجستیک چندمتغیره در نرم افزار SPSS.13 استفاده شده است.

نتایج: ۲۲/۹٪ (۴۳۱ نفر) از افراد شرکت کننده در مطالعه ابتدا به یک یا دو مورد بیماری را در یک ماه گذشته گزارش کردند. آنالیزهای رگرسیون لجستیک چندمتغیره نشان داد که متغیرهای سن، جنس، وخامت بیماری، میزان تحصیلات و تأهل ارتباط آماری معنی داری با احتمال اقدام به درمان اعم از خوددرمانی یا جستجوی درمان از مرکز درمانی داشته اند. همچنین در زمینه احتمال مراجعه به یک مرکز درمانی مشخص شد که متغیرهای سن، جنس، وخامت بیماری، میزان درآمد، میزان تحصیلات، بعد خانوار و شیوه پرداخت از بقیه متغیرها موثرتر بوده و معنی دار در مدل باقی ماندند.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش، بالا بردن سطح آگاهی جامعه در مورد اثرات سوء مصرف دارو و خوددرمانی، آموزش پزشکان و داروسازان، اصلاح نظام بیمه و ترویج بیمه همگانی به عنوان راهکارهایی مناسب جهت بهبود الگوی مصرف خدمات سلامتی توصیه می شود.

واژگان کلیدی: رفتار در جستجوی درمان، خوددرمانی، گزارش بیماری، تهران

مقدمه

این که چه نوع خدمات با چه میزان و توسط چه گروه‌هایی از مردم مصرف می‌شود و چه عواملی در تعیین و شکل‌گیری این پدیده نقش آفرینند مسأله بسیار مهمی در سیاست‌گذاری و عرضه و کنترل احتمالی تقاضا برای خدمات بهداشتی درمانی بشمار می‌رود. برخورداری از تصویر صحیح مصرف خدمات می‌تواند برنامه ریزی برای دسترسی یا ارتقای کیفیت یا هدایت بهتر جریان مصرف را در پی داشته باشد (WHO 2000).

افراد جامعه در مواجهه با احساس کسالت یا بیماری و برای رهایی از این مشکل پیش آمده، راههایی را انتخاب می‌کنند که از آن تحت عنوان رفتار در جستجوی درمان یاد می‌شود. این رفتار، (۱) عدم توجه به بیماری (۲) اقدام به درمان با مراجعه به ارایه‌کنندگان خدمات درمانی و (۳) خوددرمانی را دربرمی‌گیرد (MacKian 2003). این رفتار در سطح جمعی و کلان می‌تواند تقاضا برای مصرف خدمات بهداشتی درمانی را سامان داده و آن را به شدت تحت تأثیر قرار دهد.

برای تعیین نوع و میزان تقاضا برای خدمات بهداشتی و درمانی، جوامع و جمعیت‌های مورد نظر باید تحت بررسی قرار گیرند. بدون تردید گروه‌های مختلف اجتماعی، الگوهای متفاوتی از تقاضا به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دارند. در بین گروه‌های مذکور عوامل مختلف از قبیل جنسیت، قومیت، باورها و توانایی‌های مالی و اقتصادی نگرش‌های اجتماعی رفتار و عادات گروه‌های انسانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مثلاً زنان معمولاً بیش از مردان تقاضای دسترسی به تسهیلات بهداشتی و درمانی از خود نشان می‌دهند. دسترسی اقتصادی بیمه شدگان، مصرف خدمات درمانی را در بین آنان افزایش می‌دهد. گروه‌های فقیر جامعه عموماً بیشتر بیمار و کمتر درمان می‌شوند.

باورهای اجتماعی افراد نیز در مراجعه به تسهیلات نوین درمانی، خوددرمانی یا استفاده از خدمات درمان گران سستی نقش مهمی دارند. پزشکان نیز بر روی عامل تقاضا اثر مهمی می‌گذارند. به این ترتیب که آنان می‌توانند افراد را برای استفاده خاص از مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی ترغیب و تحریک کنند. از سوی دیگر، تردیدی نیست که تمامی تقاضاهای مطرح شده نمی‌تواند برآورده شود. میزان یا حجم تقاضاهای برآورده شده را می‌توان از میزان فهرست‌های انتظار برای تعیین وقت و پذیرش در بیمارستانها استخراج کرد. البته این بررسی‌ها دارای ارزش محدودی است، چرا که منعکس‌کننده تقاضاهای سرکوب شده، از جمله خوددرمانی به علت عدم دسترسی، روی گردان شدن از درمان به علت فقر مادی، و سایر عوامل اقتصادی و فرهنگی و اجتماعی نخواهد بود (Sadaghyani 2005).

از دیدگاه مصرف‌کننده، تقاضای افراد و خانواده‌ها برای خدمات درمانی از عوامل بسیاری تأثیر می‌پذیرد. برخی از این عوامل عبارتند از: نیاز عینی آنان در مورد بیماری که از آن رنج می‌برند، یا حساسیت و آسیب‌پذیری نسبت به یک بیماری-درک آنها از آن بیماری، علت آن و این که چه درمانی برای آن مناسب است، دسترسی به خدمات، با توجه به شرایط جغرافیایی (مکان) - توان تأمین خدمات (قدرت پرداخت بابت خدمات) و در نهایت مقبولیت خدمات، و این که روش ارائه خدمات، بیماران بالقوه را جذب یا دفع می‌کند (Pourreza 2004).

از جمله مسائلی که ممکن است کمتر قابل کنترل باشد، موقعیت پائین زنان در برخی مناطق است که می‌تواند مانعی برای درمان باشد، به ویژه اگر بستگان آنها نسبت به تقبل هزینه و صرف زمان مورد نیاز برای تکمیل یک دوره طولانی درمان بی‌میل باشند. در این صورت آنچه مهم است نه دیدگاه بیمار یا مصرف‌کننده بلکه دیدگاه اعضای مسلط خانواده

بر عوامل بیرونی تاثیرگذار نظیر مکان ارائه خدمات بر تصمیم فرد در استفاده از خدمات تاکید می نمایند. پژوهش های انجام شده در این زمینه، تقریباً هر دو گروه عوامل را مد نظر قرار داده اند (Brown 2004).

تعداد کمی از کشورها اطلاعاتی درباره رفتارهای جستجوی سلامت یا مصرف خدمات توسط افراد در قالب یک طرح ملی جامع جمع آوری کرده اند. حتی تعداد کمتری از کشورها این اطلاعات را برحسب سطح درآمد، گروههای جنسی یا آسیب پذیر در سطحی محدودتر از سطح ملی طبقه بندی کرده اند. بدون این اطلاعات، ارزیابی اثربخشی مداخلات بهداشتی درمانی بسیار دشوار می نماید چرا که به کارگیری یک مداخله خاص برای جمعیت های مختلف ممکن است اثرات متفاوتی در پی داشته باشد (WHO 2000).

مطالعه حاضر با هدف تعیین رفتار در جستجوی درمان افراد در موارد بروز کسالت یا بیماری در ساکنان شهر تهران (که بزرگترین کلانشهر کشور و متشکل از گروههای قومی و شغلی و درآمدی متعددی می باشد و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی بویژه به لحاظ فیزیکی در آن فراهم تر است) انجام شده است. امید است یافته های این پژوهش بتواند رهنمودهایی را برای آگاهی سیاست گذاران بخش سلامت در راستای برنامه ریزی برای تأمین مناسب خدمات درمانی فراهم نماید.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی می باشد که به صورت مقطعی انجام شده است. در این بررسی تعداد ۱۸۸۲ نفر از ساکنان شهر تهران در سال ۱۳۸۶ مورد بررسی قرار گرفته است که واحد آماری این مطالعه فرد بالای ۱۸ سال در خانوارهای شهر تهران می باشد.

است (Pourreza 2004). بنا به گفته Donabedian "تحقق دسترسی، در مصرف خدمات است، نه تنها در وجود تسهیلات" این بدین معنا است که بهره مندی از خدمات مظهر دسترسی تحقق پذیر است (Allin 2006).

اینکه چه کسی از خدمات نظام سلامت استفاده می نماید و چه کسی از آن بهره ای نمی برد، سوالی اساسی است که در مباحث سازماندهی خدمات سلامت مطرح می شود. اولویت عموماً پذیرفته شده، ارائه خدمات سلامت کافی برای کسانی است که دارای نیاز بیشتری می باشند (Else-Karin et al. 2003). کاهش نابرابری در سلامت و دسترسی به خدمات سلامت بین گروههای مختلف در جامعه از اهداف اصلی سیاست گذاران سلامت می باشد. اما حتی در کشورهایی با نظام خدمات سلامت ملی که پوشش همگانی فراهم است، تفاوتی در مصرف خدمات وجود دارد. طبق قانون درمان معکوس (Inverse care law) که توسط Hart در اوایل دهه ۱۹۷۰ ارائه شد، سطح مصرف خدمات سلامت برای افراد دارای نیاز بیشتر کمتر است (Cynthia 2005). لذا شناخت عوامل تاثیرگذار بر مصرف خدمات موضوع اقتصادی و بهداشتی بسیار مهم می باشد و درک بهتر اینکه چه عاملی منجر به استفاده افراد از خدمات سلامت می گردد به منظور ارزیابی عملکرد سیاست های مرتبط با دسترسی در نظام سلامت بسیار حائز اهمیت است (Anderson and Newman 2005).

پژوهش ها در زمینه رفتار در جستجوی درمان افراد، بطورکلی در دو شاخه انجام شده است. شاخه اول شامل فرآیند تفکر درونی می باشد که در نهایت منجر به استفاده از خدمات می گردد. بطورمثال فرد باید ابتدا مشکل را درک و سپس احساس نماید که مشکل آنقدر جدی است که نیاز به توجه تخصصی دارد؛ اگر فرد به این مرحله نرسد احتمال استفاده از خدمات وجود ندارد. دومین شاخه پژوهش ها

مرحله از طریق آزمون Wilcoxon بررسی گردید و با توجه به نتایج آزمون، پایایی پرسشنامه تأیید شد. در انجام این پژوهش ملاحظات اخلاقی زیر مورد توجه قرار گرفت: (۱) ارائه توضیحات لازم به خانوارهای مورد بررسی و اینکه در تکمیل یا عدم تکمیل پرسشنامه آزادی کامل دارند. (۲) تعهد به محرمانه ماندن اطلاعات ارائه شده توسط افراد شرکت کننده. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS.13 شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با استفاده از آزمون مجذور کای و آزمون دقیق فیشر، روابط ساده یک طرفه بین متغیرهای زمینه‌ای و متغیر وابسته (رفتار در جستجوی درمان) بررسی گردید. و در نهایت با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک با گروه مرجع (Base-line Logistic Regression)، اثر توأم متغیرهای زمینه‌ای بر احتمال اقدامات مختلف جستجوی درمان بررسی شد. لازم به یادآوری است که در این پژوهش، رفتار در جستجوی درمان صرفاً در قالب استفاده از خدمات درمانی، و نه پیشگیری یا خودپایی، در جمعیت نمونه مورد توجه بوده است.

نتایج:

جدول شماره ۱، ویژگیهای فردی افراد مورد بررسی را نشان می‌دهد. چنانچه در این جدول مشاهده می‌گردد ۵۸/۷٪ از افراد مورد پژوهش مرد و ۴۱/۳٪ زن می‌باشند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۴۳±۱۷ سال و توزیع جمعیت بالای ۱۸ سال بر حسب گروه سنی با نتایج مطالعه DHS و سرشماری سال ۱۳۸۵ همخوانی دارد (Statistical Centre of Iran and UNFPA 2007). میانگین بعد خانوار ۴±۱/۴۶ می‌باشد. بیشترین افراد مورد بررسی دارای تحصیلات راهنمایی (۲۸/۳٪) و کمترین درصد افراد، دارای تحصیلات بالاتر از لیسانس (۳/۹٪) می‌باشند. بیشترین افراد مورد بررسی را کارمندان و بازنشستگان (۳۰/۷٪) تشکیل می‌دهند. نرخ بیکاری افراد مورد مطالعه ۹/۵٪ گزارش شده بود که قابل

برای انجام این پژوهش بر اساس نقشه موجود در سایت شهرداری تهران که شهر تهران را به ۹۰ بلوک مساوی تقسیم نموده است، ۵۰ بلوک بطور تصادفی انتخاب و در هر بلوک با توجه به جمعیت آن با 38 ± 7 نفر مصاحبه شده است. روش کار به این ترتیب بود که پس از مراجعه به هر بلوک جغرافیایی از یک نقطه که محل مسکونی می‌باشد شروع کرده و از روی پلاکهای خانوارها، از هر ۱۵ خانوار یکی انتخاب شده و از اعضای بالای ۱۸ سال خانوار مصاحبه انجام شد. بنابراین طرح نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای می‌باشد که در مرحله اول واحد نمونه‌گیری، بلوک جغرافیایی، و در مرحله دوم، واحد نمونه‌گیری خانوار دارای اعضای ۱۸ سال به بالا انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه‌ای که توسط پژوهشگر و مرتبط با سلامت طراحی شده است گردآوری شد این پرسشنامه ۳۶ سؤالی شامل دو بخش می‌باشد، بخش اول آن اطلاعات دموگرافیک و سایر اطلاعات زمینه‌ای را که فرض بر این است که می‌توانند از عوامل موثر بر رفتار در جستجوی درمان باشند، مورد بررسی قرار می‌دهد و بخش دوم پرسش‌های مربوط به سوالات اختصاصی است. سوالات اختصاصی، رفتار در جستجوی درمان افراد را از ابعاد مختلف شامل ابتلا به بیماری حاد یا عود بیماری مزمن در یک ماه گذشته، میزان وخامت بیماری، اقدامات درمانی انجام شده، واحدهای مراجعه افراد جهت دریافت خدمات درمانی، خوددرمانی، میزان و دلایل عدم درمان را می‌سنجد.

برای تأیید روایی پرسشنامه‌ها از روش «بررسی متون تخصصی و قضاوت متخصصان» استفاده شد و نظرات اصلاحی آنان در پرسشنامه‌ها اعمال گردید. برای تعیین اعتماد یا پایایی پرسشنامه‌ها از روش آزمون-آزمون مجدد یا Test-retest استفاده شد و تغییرات پاسخهای دو

در حالیکه ۳۴ نفر هیچ گونه اقدامی جهت درمان بیماری خود بعمل نیاورده بودند. ۸۷/۹٪ از افرادی که اقدام به نوعی درمان نمودند به مراکز درمانی (اعم از بیمارستانهای دولتی، خصوصی یا مطب پزشک) مراجعه کردند و ۱۲/۱٪ از آنها خوددرمانی (اکثراً بصورت تهیه آزاد دارو از داروخانه) کردند. تأثیر متغیرهای اقتصادی اجتماعی و وخامت درک شده از بیماری بر اقدام به درمان در مقایسه با بی توجهی به بیماری با استفاده از رگرسیون لجستیک تحلیل شده و در ستون اول جدول شماره ۲ ارائه شده است. اقدام به درمان در اینجا به معنی انجام هرگونه درمان اعم از خوددرمانی، مراجعه به ارائه دهندگان خدمات درمانی و طب سنتی می باشد.

همانطور که مشاهده می شود متغیرهای سن، جنس، وخامت بیماری، میزان تحصیلات و تأهل ارتباط معنی داری با احتمال اقدام به درمان داشته اند. بطوریکه نسبت شانس اقدام به درمان در افراد مسن (بالای ۶۵ سال) به گروه سنی ۱۸ تا ۳۹ سال حدود ۲/۵ برابر با فاصله اطمینان ۹۵٪ می باشد (۲/۴۹، ۵/۱۹-۱/۴۶، CI، $p < 0.01$). و زنان نیز حدود ۱/۷ برابر بیش از مردان اقدام به درمان کرده اند (۱/۶۹، ۲/۳۸-۱/۲۹، CI، $p < 0.05$)

همچنین نسبت شانس اقدام به درمان در بیمارانی که وخامت بیماری درک شده بوسیله آنها متوسط بود حدود ۴ برابر افرادی می باشد که شدت بیماری خود را خفیف تخمین زده بودند (۳/۴۴، ۴/۴۳-۲/۲۶، CI، $p < 0.01$). این نسبت در مورد افرادی که بیماری خود را خیلی وخیم درک کرده بودند حدود ۲ برابر بود (۲/۱۰، ۳/۱۵-۱/۲۴، $p < 0.01$).

همچنین افراد با مدرک کارشناسی به بالا حدود ۲ برابر بیش از افراد بی سواد به نوعی درمان اقدام نموده بودند. (۲/۴، ۳/۷۷-۱/۵۳، CI، $p < 0.01$). در بررسی وضعیت تأهل، ملاحظه گردید که افراد متأهل حدود ۲ برابر بیش از افراد مجرد اقدام به نوعی درمان می کنند (۲/۱۳، ۳/۷۸-۱/۱۶، CI،

مقایسه با نتایج مطالعه DHS و سرشماری سال ۱۳۸۵ می باشد (Statistical Centre of Iran and UNFPA 2007). ۷۴/۵٪ افراد متأهل و ۲۰/۵٪ مجرد بودند.

از نظر قومیت، ۶۳/۴٪ از خانوارهای مورد مطالعه فارس، ۲۷/۹٪ آذری، ۴/۳٪ کرد، ۱/۷٪ لر و ۳/۶٪ سایر قومیت ها می باشند.

۷۶/۳٪ افراد مورد مطالعه تحت پوشش بیمه قرار داشتند و ۲۳/۷٪ بیمه نشده بودند که بیشترین درصد بیمه شدگان (۳۹٪) تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی قرار داشتند.

اطلاعات اختصاصی افراد در رابطه با رفتار در جستجوی درمان:

میزان بروز بیماری : در این مطالعه، همانند دیگر مطالعات انجام شده در این زمینه، میزان بروز بیماری بر اساس پاسخ به این سوال برآورد شده است که «آیا طی یک ماه گذشته بیمار شده اید؟» (Gotsadze et al. 2005).

در صورتیکه پاسخگو، پاسخ مثبت اعلام کرده است نوع بیماری (عود بیماری مزمن یا ابتلا به بیماری حاد) از وی سؤال شده است. نمودار ۱ نمای کلی از رفتار در جستجوی درمان خانوارهای مورد بررسی را نشان می دهد. از کل افراد شرکت کننده در مطالعه (۱۸۸۲ نفر)، ۴۳۱ نفر ابتلا به بیماری در یک ماه گذشته را گزارش کرده اند. بنابراین نرخ بروز بیماری ۲۲۹ به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت برآورد می شود.

در این مطالعه، میزان وخامت بیماری براساس گزارش خود فرد به سه بخش تقسیم شده است: خیلی وخیم، وخامت متوسط و غیروخیم. ۵۸/۷٪ افرادی که وقوع یک بیماری را در ماه قبل از مطالعه گزارش کرده بودند (یعنی اکثریت آنها) وخامت بیماری خود را متوسط اعلام کرده اند. از بین افرادی که ابتلا به بیماری را در یکماه گذشته گزارش نمودند، ۳۹۷ نفر اقدام به نوعی درمان کرده بودند

بیش از ۳ برابر فقیرترین خانوارها می باشد (۳/۱۹، ۴/۳۴ - CI ۲/۱۰، $p < ۰/۰۱$).

افراد با سطح تحصیلات راهنمایی کمتر از سایر سطوح تحصیلات به یک مرکز درمانی مراجعه کرده‌اند (۰/۴۱۵، ۰/۶۱۴ - CI ۰/۲۸۰، $p < ۰/۰۱$). در رابطه با بعد خانوار نیز با افزایش یک نفر به اعضای خانوار، احتمال مراجعه به یک مرکز درمانی به اندازه ۰/۱۱ کاهش یافته است (۰/۸۹، ۰/۹۴ - CI ۰/۸۴، $p < ۰/۰۱$). در بررسی شیوه پرداخت بیماران، ملاحظه گردید که افراد بیمه شده حدود ۲ برابر بیش از افراد فاقد بیمه به جستجوی مراقبت‌ها از یک مرکز درمانی پرداخته‌اند (۱/۸۴، ۲/۳۵ - CI ۱/۴۴، $p < ۰/۰۱$). بین ویژگی‌های اجتماعی افراد شامل قومیت، تأهل، شغل و نوع بیمه با مراجعه آنان به یک مرکز درمانی ارتباط آماری معنی داری مشاهده نگردید.

یافته‌ها نشان می‌دهند که ۷/۸٪ از افرادی که مدعی نیاز به دریافت خدمات درمانی در یک ماه گذشته بودند برای دریافت آن تلاشی نکرده‌اند. دلایل عدم اقدام درمانی توسط این افراد در نمودار شماره ۱ آمده است. عدم اقدام درمانی در اینجا به معنای بی‌توجهی به مشکل بوجود آمده است. بیشترین دلیل عدم اقدام به درمان، وخیم نبودن شدت بیماری (۳۹٪ موارد) و پس از آن عدم توانایی اقتصادی برای پرداخت هزینه درمان (۳۲٪ موارد) و کمترین میزان، عدم دسترسی جغرافیایی عنوان شده است.

بحث

نتایج مطالعه حاکی از آن است که نسبت قابل توجهی از افراد مورد مطالعه تحت پوشش بیمه‌های درمانی قرار ندارند. با وجود اینکه قانون بیمه همگانی سالها پیش (۱۳۷۳) به تصویب مجلس شورای اسلامی ایران رسیده ولی در این مطالعه نشان داده شد که نسبت زیادی از افراد بیکار، خویش

($p < ۰/۰۵$) و بین ویژگی‌های اجتماعی افراد شامل قومیت، بعد خانوار، شغل، درآمد، شیوه پرداخت و نوع بیمه با اقدام به درمان آنان ارتباط آماری معنی داری مشاهده نگردید.

۳۴۹ نفر از افرادی که ابتلا به یک یا دو مورد از بیماری را گزارش کرده بودند جهت دریافت مراقبت به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی مراجعه نمودند. جدول شماره ۳ الگوی مصرف خدمات را بر حسب ارائه‌کنندگان این خدمات نشان می‌دهد. اکثریت بیماران به پزشک متخصص (۳۱/۲٪ موارد) مراجعه نموده‌اند و کمترین میزان مراجعه مربوط به ارائه‌کنندگان طب سنتی (۳/۴٪ موارد) می‌باشد.

ستون دوم جدول شماره ۲ تأثیر متغیرهای مختلف را بر جستجوی درمان از یک ارائه‌دهنده خدمات در مقابل خوددرمانی نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود متغیرهای سن، جنس، وخامت بیماری، درآمد، میزان تحصیلات، بعد خانوار و شیوه پرداخت ارتباط معنی‌داری با احتمال مراجعه به یک مرکز درمانی داشته‌اند. بطوری‌که نسبت شانس مراجعه به یک مرکز درمانی در افراد مسن (بالای ۶۵ سال) به گروه سنی ۱۸ تا ۳۹ سال حدود ۲ برابر با فاصله اطمینان ۹۵٪ می‌باشد (۱/۹۶، ۲/۶۷ - CI ۱/۴۴، $p < ۰/۰۱$). و زنان نیز حدود ۲ برابر بیش از مردان به یک مرکز درمانی مراجعه کرده‌اند (۱/۸۰، ۲/۴۵ - CI ۱/۳۲، $p < ۰/۰۱$).

همچنین نسبت شانس جستجوی درمان در بیمارانی که وخامت بیماری درک شده بوسیله آنها زیاد بود حدود ۶ برابر افرادی می‌باشد که شدت بیماری خودراخفیف تخمین زده بودند (۶/۰۲، ۱۲/۵۳ - CI ۲/۸۹، $p < ۰/۰۱$).

نسبت شانس مراجعه به یک مرکز درمانی در بین گروه‌های درآمدی از پنجک (۲۰٪) سوم به بالا سیر صعودی داشته است به طوریکه این نسبت در ثروتمندترین خانوارها

دارد. در این رابطه می توان به مطالعات انجام شده در سایر کشورها اشاره نمود که نشان می دهند که ویژگیهای فردی نظیر سن، جنس و عوامل نیاز مانند بیماری حاد یا مزمن و وخامت درک شده از بیماری می تواند بر رفتار در جستجوی درمان بیماران تأثیر داشته باشد که موید یافته های مطالعه حاضر می باشد (Timothy 2001; Adamson et al. 2005; Ahmed et al. 2000; Gotsadze et al. 2005).

نتایج این مطالعه نشان داد که فقط ۱۳/۵٪ از بیماران در اولین نقطه تماس به پزشک عمومی مراجعه نمودند. مطالعه ای که توسط رسولی نژاد و همکاران در ارتباط با رفتار بیماران در هنگام احساس نیاز به خدمات درمانی در شهرکاشان انجام گرفت، نشان داد مراجعه به پزشک عمومی یا درمانگاه به عنوان رفتار مناسب در هنگام مواجهه با بیماری، ۱۶/۳۵٪ بوده است که تا حدودی موید یافته های مطالعه حاضر است (Rasoulinegad et al. 2005). بدون شک یکی از دلایل افزایش هزینه های بهداشت و درمان، مراجعه مستقیم بیماران به سطوح بالاتر عرضه خدمات، درخواست برای خدمات پیچیده-تر و در نتیجه استفاده غیرضروری از تسهیلات سطوح بالاتر می باشد (Forrest 2003). همانگونه که مشاهده شد اکثریت بیماران (۳۱/۲٪) به عنوان اولین نقطه تماس به پزشک متخصص مراجعه نمودند در حالیکه مطالعات نشان می دهد ۷۵-۸۵ درصد بیماران در طول یک سال نیاز به مراقبتهای اولیه، و نه تخصصی، دارند. به عبارت دیگر ارجاع و مشاوره با متخصص تنها ۱۰-۱۲ درصد و ارجاع به سطوح بالاتر مراقبت فقط برای حدود ۵ درصد موارد ضروری می باشد (Starfield 1998). علیرغم مکانیزمهای مختلف برای تقویت اولین سطح تماس و نقطه آغازین خدمات درمانی، رفتار جستجو گرانه بیماران تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می گیرد. به نظر می رسد یکی از عوامل مراجعه مستقیم به سطوح تخصصی تر دسترسی آزاد بیماران به پزشکان متخصص است. و به رغم اینکه هزینه

فرما، شاغلان در بخش خصوصی، دانش آموزان، دانشجویان و خانه دارها تحت پوشش بیمه نیستند. این مسأله می تواند برای دولت و سازمانهای بیمه گر تأمل برانگیز باشد.

در تحلیل رفتار در جستجوی درمان افراد و الگوهای مصرف و بهره مندی از خدمات سلامت در سطح جامعه، مدل Anderson و همکاران به کرات در مطالعه متعدد بکار گرفته شده است مطابق این مدل، سه دسته عوامل اجتماعی؛ عوامل نظام خدمات سلامت؛ و عوامل فردی در استفاده از خدمات سلامت نقش تعیین کننده ای دارند (Anderson and Newman 2005). عوامل اجتماعی عمدتاً شامل فن آوری (ابزارها و اصول ایجاد کننده تغییر در جامعه) و هنجارها می باشد. عوامل نظام سلامت، کالاهای و خدمات مرتبط چون مراقبت پزشکان، مراقبت بیمارستانی و مراقبت دندانپزشکان را در بر می گیرد. سومین گروه از تعیین کننده های این الگو که بیشترین توجه را در پژوهش ها بخود جلب نموده است عوامل فردی می باشد که خود از سه گروه تشکیل شده است: عوامل پیش زمینه، عوامل توانمندساز، و عوامل مرتبط با نیاز.

عوامل مرتبط با نیاز نظیر وضعیت سلامت درک شده یا سطح بیماری که طبق پژوهش های پیشین به عنوان مهمترین عامل در بهره مندی از خدمات سلامت عنوان شده است، عوامل توانمند ساز، نظیر برخورداری از بیمه درمانی که استفاده از خدمات را برای فرد آسان یا سخت می نماید، عوامل پیش زمینه ای، نظیر متغیرهای دموگرافیک چون سن، جنس و وضعیت اجتماعی می باشند که به نظر می رسد قبل از بوجود آمدن نیاز و در شکل گیری نیاز به استفاده فرد از خدمات نقش موثری می توانند ایفا کنند.

همانطور که مشاهده می شود بین اقدام به جستجوی درمان و ویژگیهای فردی نظیر سن، جنس، میزان تحصیلات، تأهل، درآمد و وخامت بیماری ارتباط معنی داری وجود

تأمین هزینه های مستقیم سلامت ۶۴٪ در سال ۸۶ بوده است. روشن است در نظام سلامتی که افراد مجبورند در هنگام جستجو یا دریافت درمان، میزان قابل توجهی از هزینه خدمات سلامت را مستقیماً از جیب خود بردارند دسترسی به خدمات صرفاً برای کسانی میسر می شود که توان پرداخت آن را داشته باشند و این احتمال بوجود می آید که فقیرترین اعضای جامعه از دسترسی به آن محروم بمانند. در این مطالعه نیز یکی از اصلی ترین دلایل عدم اقدام به درمان از سوی بیماران، فقدان توان مالی ذکر شده است.

یک راهکار احتمالی برای رفع این نقیصه، پرداخت یارانه خدمات سلامتی به دهک های پائین درآمدی توسط دولت می باشد. البته خدمات حتی رایگان نیز در واقع بدون هزینه نمی باشند (به ویژه برای فقرا). علت این امر وجود سایر هزینه های مرتبط با جستجوی درمان نظیر هزینه دارو (در صورتی که رایگان نباشد)، پرداخت های زیر میزی، حمل و نقل و زمان از دست رفته کاری به دلیل بیماری است (WHO 2000).

جی آدامسون و همکارانش در مطالعه خود نشان دادند که عوامل اقتصادی اجتماعی، نژاد و جنسیت، اثر تعیین کننده ای برای رفتار درمانی بیماران مبتلا بیماری تنفسی و Lump هستند. بطوری که سیاهپوستان کمتر از سفیدپوستان و افراد کم درآمد کمتر از ثروتمندان و زنان کمتر از مردان به هنگام بیماری به جستجوی درمان می پردازند (Adamson 2005). این نتایج با یافته های مطالعه حاضر (به جز در مورد متغیر قومیت و جنسیت) همسو می باشند. به دلیل انجام این مطالعه در محیط شهری (تهران) دسترسی جغرافیایی از دلایل اصلی برای عدم اقدام به درمان گزارش نشده است.

محدودیت های پژوهش: با توجه به اینکه در این تحقیق، بر خود ارزیابی پاسخ دهندگان از ابتلا به بیماری تکیه می شود، امکان مواجهه با کم یا زیاد گزارش دهی افراد از وقوع بیماری

مشاوره با پزشکان متخصص به میزان قابل توجهی بیش از هزینه مشاوره با پزشکان عمومی است، بیماران ترجیح می دهند به این پزشکان مراجعه نمایند زیرا به مهارت آنها اعتماد بیشتری دارند. در این رابطه می توان به یکی از مطالعات کیفی انجام شده در گرجستان (Belli et al. 2004) اشاره کرد که در آن ملاحظات مالی، مهارت پزشک و دسترسی جغرافیایی به ارائه دهنده خدمت، به عنوان سه معیار اصلی موثر بر انتخاب بیماران گزارش شده اند. در خصوص ارتباط بین مهارت حرفه ای و ملاحظات مالی در این مطالعه آمده است: « شما باید یک پزشک را بر اساس مهارت وی انتخاب کنید در غیر این صورت [اگر ارزانترین پزشک را انتخاب کنید] درمان انجام شده نتایج مورد انتظارتان را نخواهد داشت و شما باید یکبار دیگر همان هزینه ها را متحمل شوید (Belli et al. 2004).

جورج گوتزدز و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه مقطعی خود بر رفتار در جستجوی درمان افراد روی ۲۵۰۰ خانوار در Georgia دریافتند که خانوارهای با درآمد پایین بیش از خانوارهای ثروتمند از خدمات آمبولانس استفاده می کنند (علیرغم اینکه این خدمات گرانتر از سایر خدمات هستند). در این مطالعه چنین به نظر می رسد که خانواده های فقیر به دلیل مشکلات مالی، به هنگام بیماری جهت درمان به موقع اقدام نمی کنند تا زمانی که بیماریشان به وخیم ترین وضعیت خود برسد و در نتیجه مجبور به استفاده از خدمات آمبولانس می شوند (Gotsadze et al. 2005).

ساختار نظام سلامت و نوع پرداخت هزینه تأثیر بسیاری بر چگونگی مراجعه بیماران دارد. پرداختهای نقدی (Out of Pocket) و محدودیت منابع، مطالعه برای ارتقای کارآمدی بخشهای درمانی را ضروری می سازد. براساس برآوردهای وزارت بهداشت، سهم خانوارها در

برخی موارد منجر به رویگردان شدن قشر محروم از اقدامات درمانی می شود.

باتوجه به یافته‌های پژوهش، بالا بردن سطح آگاهی جامعه در مورد اثرات سوء مصرف دارو، آموزش پزشکان و داروسازان، تقویت سیستم ارجاع، اصلاح نظام بیمه (بویژه گسترش خدمات تحت پوشش بیمه‌ها) و ترویج بیمه همگانی به عنوان راهکارهایی مناسب جهت بهبود الگوی مصرف خدمات سلامتی توصیه می شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و طی طرح پژوهشی به شماره ۶۶۱۲-۲۷-۴-۸۶ انجام شده است. از تمامی افراد و سازمانهایی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند تشکر و قدردانی می نمایم.

وجود دارد بنابراین پیشنهاد می شود نتایج پژوهش با احتیاط بیشتری مورد استفاده قرار گیرد. نیز استفاده از داده‌های مبتنی بر گزارش خود فرد ممکن است سوگرایی یادآوری را به همراه داشته باشد که به منظور رفع آن سعی شد مدت زمانی (یک ماه) در نظر گرفته شود که این سوگرایی را کاهش دهد.

نتیجه گیری

از مهمترین یافته‌های این پژوهش در زمینه رفتار غالب بیماران در هنگام جستجوی مراقبتهای درمانی می توان به سه مورد زیر اشاره کرد:

۱- دور زدن سیستم مراقبتهای اولیه و مراجعه مستقیم به سطوح بالاتر عرضه خدمات که منجر به کاهش کارایی و اثربخشی خدمات درمانی می شود. بدون شک یکی از عوامل مراجعه مستقیم به سطوح تخصصی تر ضعف سیستم ارجاع و هر نوع نظارت و کنترل در پذیرش بیماران می باشد.

۲- خوددرمانی که شامل خود تجویزی (Self-Prescription) حتی در مورد داروهایی که فقط توسط پزشک قابل تجویز می باشد (دلیل این امر امکان تهیه آزادانه دارو از داروخانه می باشد).

۳- فقدان پوشش کامل بیماران توسط مکانیسم‌های بیمه‌ای و عدم پوشش هزینه برخی از خدمات (برخی از خدمات گرانبها) توسط سازمانهای بیمه‌گر و لزوم پرداخت هزینه های آن توسط مصرف کننده (بیماران)، همچنین نبود ارزیابی هزینه - اثربخشی در انتخاب عناصر بسته خدمت که در

جدول ۱- توزیع افراد مورد پژوهش بر حسب ویژگیهای دموگرافیک و اجتماعی آنها

ویژگیهای دموگرافیک	تعداد (درصد)
جنس	
زن	۷۷۷ (۴۱/۳)
مرد	۱۱۰۵ (۵۸/۷)
جمع	۱۸۸۲ (۱۰۰)
سن	
۱۸ تا ۳۹ سال	۸۶۰ (۴۵/۷)
۴۰ تا ۶۴ سال	۷۶۲ (۴۰/۵)
۶۵ سال و بالاتر	۲۶۰ (۱۳/۸)
جمع	۱۸۸۲ (۱۰۰)
تحصیلات	
بی سواد و ابتدایی	۳۲۴ (۱۷/۲)
راهنمایی	۵۳۳ (۲۸/۳)
دیپلم	۴۹۳ (۲۶/۲)
فوق دیپلم و لیسانس	۴۵۹ (۲۴/۴)
بالاتر از لیسانس	۷۳ (۳/۹)
جمع	۱۸۸۲ (۱۰۰)
شغل	
بیکار	۱۷۹ (۹/۵)
خانه دار	۳۹۹ (۲۱/۲)
کارمند و بازنشسته	۵۷۸ (۳۰/۷)
کارگر	۱۸۱ (۹/۶)
آزاد	۴۶۸ (۲۴/۹)
سایر	۷۷ (۴/۱)
جمع	۱۸۸۲ (۱۰۰)
تأهل	
مجرد	۳۸۴ (۲۰/۴)
متأهل	۱۴۰۲ (۷۴/۵)
سایر	۹۶ (۵/۱)
جمع	۱۸۸۲ (۱۰۰)
گروههای درآمدی	
فقیرترین	۱۹۴ (۱۰/۳)
فقیر	۴۷۴ (۲۵/۲)
متوسط	۵۵۳ (۲۹/۴)
غنی	۳۵۴ (۱۸/۸)
غنی ترین	۳۰۷ (۱۶/۳)
جمع	۱۸۸۲ (۱۰۰)

جدول ۲- عوامل موثر بر رفتار در جستجوی درمان افراد مورد بررسی بر اساس آنالیز رگرسیون لجستیک

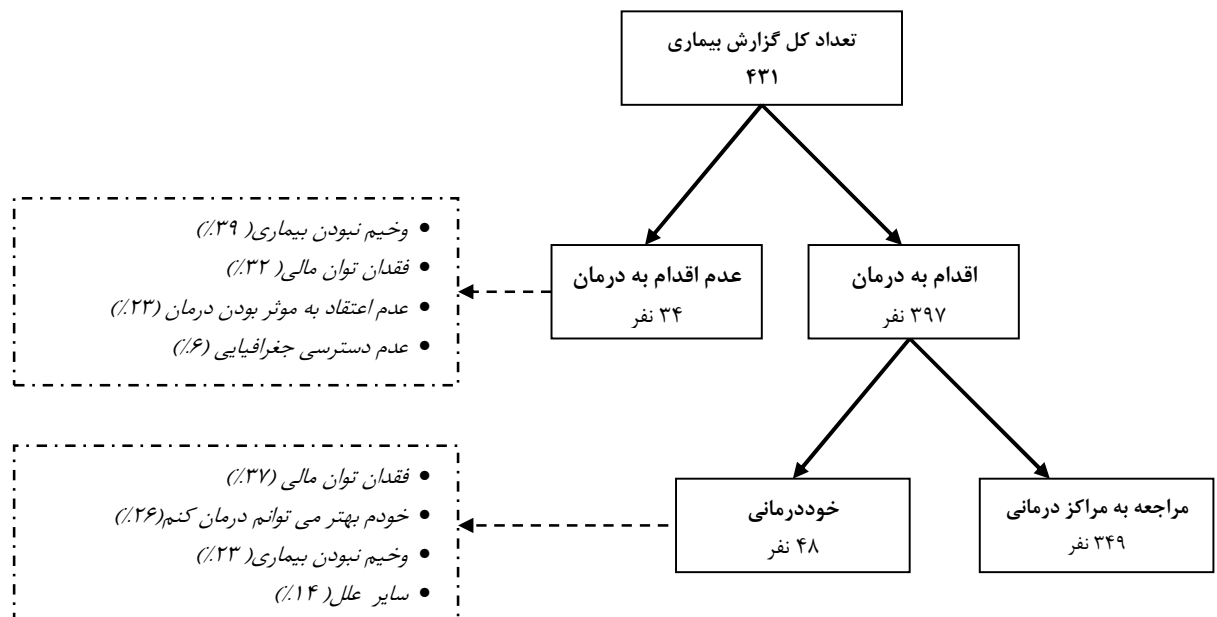
نام متغیر	اقدام به درمان در مقابل بی توجهی به	مراجعه به ارائه دهندگان خدمات درمانی در مقابل خوددرمانی
	نسبت شانس OR (فاصله اطمینان ۰/۹۵)	نسبت شانس OR (فاصله اطمینان ۰/۹۵)
بعد خانوار (continuous)	۰/۹۶ (۰/۸۹ - ۱/۰۶)	۰/۸۹ ^{**} (۰/۸۴ - ۰/۹۴)
وخت بیماری		
بسیار خفیف	۱/۰۰	۱/۰۰
وخت متوسط	۳/۴۴ ^{**} (۲/۲۶ - ۴/۴۳)	۲/۳۶ [*] (۱/۲۶ - ۴/۹۵)
خیلی وخیم	۲/۱۰ ^{**} (۱/۲۴ - ۳/۱۵)	۶/۰۲ ^{**} (۲/۸۹ - ۱۲/۵۳)
جنس (زن به مرد)	۱/۶۹ [*] (۱/۲۹ - ۲/۳۸)	۱/۸۰ ^{**} (۱/۳۲ - ۲/۴۵)
سن		
۱۸ تا ۳۹ سال ^۱	۱/۰۰	۱/۰۰
۴۰ تا ۶۴ سال	۱/۰۵ (۰/۶۸ - ۱/۸۱)	۱/۷۱ ^{**} (۱/۲۵ - ۲/۳۵)
۶۵ سال و بالاتر	۲/۴۹ ^{**} (۱/۴۶ - ۵/۱۹)	۱/۹۶ ^{**} (۱/۴۴ - ۲/۶۷)
تحصیلات		
بی سواد و ابتدائی ^۱	۱/۰۰	۱/۰۰
راهنمایی	۱/۳۳ (۰/۹۳ - ۱/۹۲)	۰/۴۱ ^{**} (۰/۲۸ - ۰/۶۱)
دیپلم	۱/۲۹ (۰/۹۵ - ۱/۷۵)	۰/۷۵ (۰/۵۴ - ۱/۰۴)
فوق دیپلم و لیسانس	۱/۵۶ ^{**} (۱/۱۲ - ۲/۱۷)	۰/۷۶ (۰/۵۶ - ۱/۰۳)
لیسانس به بالا	۲/۴۰ ^{**} (۱/۵۳ - ۳/۷۷)	۰/۷۶ (۰/۴۰ - ۱/۴۴)
تأهل (متأهل به مجرد)	۲/۱۳ [*] (۱/۱۶ - ۳/۸۷)	۰/۸۴ (۰/۴۵ - ۱/۵۶)
گروههای درآمدی		
فقیرترین ^۱	۱/۰۰	۱/۰۰
فقیر	۰/۷۵ (۰/۵۰ - ۱/۱۲)	۱/۲۱ (۰/۸۴ - ۱/۷۶)
متوسط	۰/۸۶ (۰/۵۸ - ۱/۲۷)	۲/۴۱ ^{**} (۱/۶۸ - ۳/۵۶)
غنی	۰/۹۶ (۰/۶۷ - ۱/۳۸)	۲/۵۲ ^{**} (۱/۸۰ - ۳/۵۵)
غنی ترین	۱/۲۶ (۰/۸۷ - ۱/۸۱)	۳/۱۹ ^{**} (۲/۱۰ - ۴/۳۴)
بیمه (دارای بیمه به فاقد بیمه)	۱/۱۱ (۰/۸۹ - ۱/۴۰)	۱/۸۴ ^x (۱/۴۴ - ۲/۳۵)

^{*} p < ۰/۰۵ ؛ ^{**} p < ۰/۰۱ ^۱ گروه مرجع (Reference Category)

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی مصرف خدمات سلامت بر حسب اولین محل مراجعه بیماران در صورت استفاده از

خدمات درمانی ارائه دهندگان

اولین مرکز ارائه کننده	تعداد	درصد
بیمارستان دولتی	۱۱۰	۳۱/۵
بیمارستان خصوصی	۳۶	۱۰/۳
مطب پزشک متخصص	۱۰۸	۳۱/۲
مطب پزشک عمومی	۴۷	۱۳/۵
اورژانس	۳۵	۱۰
مرکز درمانی طب سنتی	۱۲	۳/۴
جمع	۳۴۹	۱۰۰



نمودار ۱- نمای کلی از رفتار در جستجوی درمان خانوارهای مورد بررسی

References

- Adamson, J., Ben-Shlomo Y., Chaturvedi N. and Donovan J., 2005. Ethnicity, socio-economic Position and gender--do they affect reported health-care seeking behaviour? *Social Science & Medicine*, **57**(6), pp.895-904.
- Ahmed, S.M., Adams, M., Chowdhury, M. and Bhuiya, A., 2000. Gender, socioeconomic development and health-seeking behaviour in Bangladesh, *Social Science & Medicine*, **51**(3), pp.361- 371.
- Allin, S., 2006. Equity in the use of health services in Canada and its Provinces. *Working Paper Number 3*.
- Anderson, R. and Newman, J., 2005. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, **83**(4), pp. 1-28.
- Belli, P., Gotsadze, G. and Shahriari H., 2004. Out-of-Pocket and informal Payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy* **70**, pp.109–23.
- Brown, A.D., 2004. Factors that influence health services utilization for emotional or mental health reasons among university student. Thesis in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of MSc in the Department of Community Health and Epidemiology. *University of Saskatchewan Saskatoon*.
- Cynthia, J.B., 2005. The decision-making Process of health care utilization in Mexico. *Health Policy*, **72**(3), pp. 81–91.
- Else-Karin., 2003. Health service utilization in the Nordic countries in 1996. *European Journal of Public Health*, **13**(1), pp.30–37.
- Forrest, CB., 2003 . Primary care in the United States: Primary care gate keeping and referrals: effective filter or failed experiment? *BMJ*, **326** (7391), pp.692-695.
- Gotsadze, G., Bennett, S., Ranson, K. and Gzirishvili D., 2005. Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia, *Health Policy and Planning*, **20** (4), pp. 232-242.
- MacKian, S., 2003. A review of health seeking behaviour: problems and prospects. Health Systems Development Programme, *University of Manchester*.
- Pourreza, A., 2004. Health economics in developing countries, high institute of research and education, *management and planning*, pp.243-248 [In Persian].
- Rasoulinegad, A., Shaeri M, davodabadi, A. and Radoulinegad, M., 2005. Health care seeking behaviors and factors affected them in Kashan's Sity, *Journal of Feiz*, pp.38-42 [In Persian].
- Sadaghiani, E., 2005. Assessment of health care and hospital standards, *Jafari publication*, pp. 28-29 [In Persian].
- Selected ICPD and MDG indicators in Iran (between two Censuses 1996-2006)., 2007. Statistical Centre of Iran and UNFPA.
- Starfield, B., 1998. Primary care: concept, evaluation and Policy. New York: Oxford University Press, pp. 213-241.
- Timothy, G., 2001. Leaving gate keeping behind effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organization. *JAMA* , **345**(18), pp1312-1317
- WHO., 2000. World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO.