

بررسی سرانه و نابرابری در وضعیت اقتصادی و دریافت خدمات بهداشتی درمانی مردم: پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تهران (منطقه ۱۷ شهرداری)

دکتر صدف قاجاریه سپانلو^{۱*}، دکتر سیدرضا مجدزاده^۲، دکتر سید حمید کمالی^۳، دکتر فرشاد پورملک^۴، انسیه جمشیدی^۵، خندان شاهنده^۶

چکیده

مقدمه: موفقیت نظام سلامت به پوشش و کیفیت خدمات ارایه شده بستگی دارد. پوشش خدمات با میزان بهره‌مندی مردم از خدمات سنجیده می‌شود و یکی از مهمترین شاخص‌های اندازه‌گیری کیفیت خدمات، میزان رضایت مردم از خدمات ارایه شده است. در مقاله حاضر میزان بهره‌مندی و رضایت ساکنین منطقه ۱۷ شهرداری تهران مورد بررسی قرار گرفته است. پایگاه تحقیقات جمعیت اقدام به برگزاری یک نظرسنجی در منطقه ۱۷ تهران کرده که به منظور اندازه‌گیری میزان بهره‌مندی از خدمات و هزینه‌های بهداشتی-درمانی انجام شده است.

روشها: نظرسنجی با استفاده از پرسشنامه جهانی سلامت از طریق مراجعه مستقیم به منازل ۱۱۲۱ خانوار ساکن در منطقه مذکور انجام شده است. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای صورت گرفته و روایی و پایایی پرسشنامه در مطالعات قبلی تایید شده است. **یافته‌ها:** منطقه ۱۷ تهران دارای متوسط بعد خانوار ۴/۲۳، و نسبت بعد خانوار به تعداد اتاق‌های خانه معادل ۱/۹۸ بود. سرانه مخارج خانوار و پوشش و کیفیت بیمه در خانوارهای بزرگ و کوچک تفاوت معنی‌دار نداشت. سهم مخارج بهداشت و درمان در خانوارهای تحت سرپرستی زنان به طور معنی‌داری کمتر از خانوارهای تحت حمایت مردان بود. میزان رضایت کلی مردم از خدمات بهداشتی درمانی در ۶۲٪ از موارد در حد متوسط، کم و خیلی کم بود. **نتیجه‌گیری:** گرچه نابرابری در پوشش و کیفیت خدمات ارایه شده در سطح منطقه ناچیز است، کیفیت خدمات در حدی نیست که رضایت مراجعین را جلب کند. اقدامات در جهت ارتقای کیفیت خدمات ضروری به نظر می‌رسند.

کلیدواژه‌ها: بهره‌مندی، هزینه‌های بهداشت و درمان، رضایت مشتری، نابرابری در سلامت، نظرسنجی

- ۱- محقق مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۲- دانشیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۳- محقق مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۴- دستیار اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۵- محقق پایگاه تحقیقات جمعیت، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۶- محقق پایگاه تحقیقات جمعیت، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان فلسطین، خیابان دمشق، شماره ۲۳، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ طبقه دوم، مدیریت امور پژوهشی، تلفن: ۸۸۹۶۶۹۵؛ نمابر: ۸۸۹۲۴۰۵؛ پست الکترونیک: s_sepanlou@razi.tums.ac.ir

مقدمه

هدف اصلی نظام سلامت، ارایه خدمات بهداشتی درمانی به گروه‌های مختلف اقتصادی اجتماعی جامعه است. موفقیت این نظام به دو عامل بستگی خواهد داشت: کیفیت خدمات و بهره‌مندی مردم از خدمات ارائه شده. هرچه کیفیت خدمات بهداشت و درمان بهتر باشد و گروه‌های اقتصادی اجتماعی گسترده‌تری از آن بهره‌مند شوند (به عبارت دیگر از اقشار آسیب پذیر بیشتر حمایت کند) آن نظام موفق‌تر تلقی می‌شود [۱].

تعریف کیفیت از دیدگاه‌های مختلف، از جمله مسئولین ارایه خدمات بهداشتی- درمانی و مراجعه‌کنندگان متفاوت است و هر کدام می‌تواند به عملکردی متفاوت منجر شود [۲]، به نحوی که از دیدگاه ارایه‌دهندگان خدمت، سطح فنی خدمات اولویت دارد و از نظر مراجعه‌کنندگان، رضایت از مراقبت و توانایی برنامه‌ها در پاسخگویی به نیازهای آنها مهم می‌باشد. بر همین اساس از اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی مفهوم نظری و عملی کیفیت در ارایه خدمات بهداشتی- درمانی تحولی اساسی یافته و بیش از گذشته بر نگرش گیرنده خدمت استوار شده است. در مدل بروس- جین [۲] نگرش به کیفیت از دیدگاه گیرندگان خدمت ترسیم شده که مبنای تعریف استانداردهای خدمات به ویژه در برنامه‌های بهداشت خانواده را تشکیل می‌دهد [۳]. برای بهبود کیفیت خدمات، پایش مستمر رضایت یا نارضایتی مراجعین برای اعمال تغییرات مقتضی در فرآیند ارایه خدمات بهداشتی- درمانی، از ضروریات است. ارایه خدمات با کیفیت بالا مراجعین را به همکاری با پرسنل بهداشتی تشویق می‌کند و در نتیجه سطح سلامت را در جامعه ارتقا می‌بخشد.

میزان بهره‌مندی مردم از خدمات بهداشتی- درمانی نیز از جمله شاخص‌هایی است که با سطح سلامت جامعه ارتباط مستقیم دارد. هرچه نظام سلامت بتواند از اقشار آسیب پذیر جامعه بهتر مراقبت کند، موفق‌تر تلقی می‌شود. به عبارت بهتر، هرچه میزان بهره‌مندی گروه‌های مختلف اجتماعی- اقتصادی از خدمات بهداشتی- درمانی بیشتر و عادلانه‌تر

باشد، نظام سلامت بهتر می‌تواند به اهداف خود برای ارتقای همه جانبه سلامت در سطح جامعه دست یابد. در عین حال، میزان بهره‌مندی از خدمات نه تنها به در دسترس بودن خدمات، بلکه به نحوه توزیع شاخص‌های اقتصادی در جامعه و نسبت هزینه‌های بهداشتی و درمانی به کل مخارج خانوارها نیز بستگی پیدا می‌کند [۴]. موضوع نابرابری در توزیع شاخص‌های اقتصادی و تاثیر آن بر سلامت و بهره‌مندی گروه‌های مختلف اقتصادی- اجتماعی از خدمات بهداشتی- درمانی در طول سالیان مطرح بوده و در دهه اخیر مجدداً مورد توجه قرار گرفته است [۵]. به طور خلاصه، در اندازه‌گیری بهره‌مندی اقشار مختلف جامعه از خدمات بهداشتی و درمانی، عوامل اقتصادی و اجتماعی خارج از حیطه بهداشت نیز باید در نظر گرفته شوند، هرچند که امروزه تأثیر روزافزون این نوع عوامل بر سلامت جامعه بر کسی پوشیده نیست.

در مقاله‌ای که پیش رو دارید، موفقیت نظام سلامت با اندازه‌گیری دو شاخص رضایت و بهره‌مندی عادلانه مردم از خدمات بهداشتی- درمانی در منطقه ۱۷ شهرداری تهران مورد بررسی قرار گرفته است. در این مطالعه نتایج قسمتی از نظرسنجی انجام شده توسط پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی تهران در منطقه تحت پوشش خود ارائه شده است. این نظرسنجی با استفاده از پرسشنامه مطالعه جهانی سلامت^۱ [۶] در مهرماه سال ۱۳۸۲ در منطقه ۱۷ تهران انجام شده است. این پرسشنامه به گونه‌ای طراحی شده است که در اکثر کشورها با فرهنگ‌ها و زبان‌های مختلف قابل استفاده باشد. براین مبنای نظرسنجی در حیطه‌های زیر صورت گرفته است:

- (۱) بررسی وضعیت سلامت مردم منطقه
- (۲) اندازه‌گیری عوامل خطر و ارتباط آنها با وضعیت سلامت افراد
- (۳) اندازه‌گیری پاسخگویی سیستم بهداشتی- درمانی

^۱ World Health Survey (WHS)

خانوار که قادر و مایل به پاسخگویی به پرسش‌ها بود پاسخ داده می‌شد. برای تکمیل پرسشنامه فردی، پاسخگوی منتخب با استفاده از جداول Kish [۸] تعیین می‌گردید که توزیع جنسی و سنی پاسخگویان منتخب را با لحاظ کردن بعد خانوار متعادل می‌نمود تا نتایج نمونه، قابلیت تعمیم به کلیه زنان و مردان بالای ۱۸ سال سالم و بیمار ساکن در منطقه (چارچوب نمونه‌گیری) را داشته باشد.

فرآیند تضمین و کنترل کیفیت جمع‌آوری داده‌ها در سه سطح شامل اقدامات ذیل بود:

(۱) آموزش: آموزش مصاحبه‌کنندگان، ناظرین و وارد کنندگان داده‌ها با استفاده از متون و روش سازمان جهانی بهداشت صورت گرفت.

(۲) نظارت و کنترل انسانی: نظارت در عرصه و در ستاد توسط ناظرین آموزش دیده انجام شد. کنترل حضوری ۱۰٪ از مصاحبه‌ها توسط ناظرین در حین تکمیل پرسشنامه در منازل خانوارها صورت گرفت. کنترل ۱۰٪ از پرسشنامه‌ها عبارت بود از: کنترل پرسشنامه‌ها با پرسش‌ها دارای پایایی در بازآزمایی^۲ و بازبینی همه پرسشنامه‌ها با چک لیست در ستاد عملیات میدانی مطالعه^۳. عملکرد ناظرین نیز در این مرحله مورد بازبینی قرار گرفت.

(۳) کنترل ورود داده‌ها به نرم افزار: فرم رضایتنامه کتبی در ابتدای هر یک از پرسشنامه‌های خانوار و پرسشنامه فردی وجود داشت که توسط خود پاسخگو یا پرسشگر قرائت شده و پاسخ دهنده مختار به رد یا قبول و امضا یا عدم امضای آن بود و نیز در هر زمانی می‌توانست از ادامه مصاحبه خودداری نماید.

اعتبار ساختاری^۴، پایایی سازگاری درونی^۵ و پایایی در بازآزمایی^۶ پرسش‌ها پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت بررسی شده [۹] و در مورد ساخت‌های پرسش‌ها در داده‌های

(۴) میزان بهره‌مندی و رضایت از خدمات عمده بهداشتی-درمانی

(۵) هزینه‌های بهداشتی-درمانی

برای ارزیابی هریک از میزان‌های بهره‌مندی و رضایت از خدمات، از معیارهای عینی^۱ که در پرسشنامه جهانی سلامت آمده، استفاده شده است. با اندازه‌گیری هزینه‌های بهداشتی و درمانی و سهم این هزینه‌ها در مخارج کلی خانوار، تأثیر عوامل اقتصادی در بهره‌مندی از خدمات مورد بررسی قرار گرفته است. علاوه براین، نابرابری‌های موجود در بهره‌مندی از خدمات بین گروه‌های اقتصادی-اجتماعی مختلف در منطقه ۱۷ شهرداری تهران، بین زنان و مردان، خانوارهای پرجمعیت و کم جمعیت، و خانوارهای فقیر و غنی، محاسبه شده است.

روش‌ها

مطالعه جامع سلامت در مهرماه سال ۱۳۸۲ در منطقه تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیت، منطقه ۱۷ شهرداری تهران، با جمعیتی معادل ۲۵۵۳۳۷ نفر انجام شده است. این منطقه کوچکترین محدوده در شهر تهران و پرتراکم‌ترین منطقه در تهران (ایران) است. مطالعه به صورت مقطعی توصیفی با نمونه‌گیری خوشه‌ای دارای ۶۴ خوشه در بردارنده ۱۸-۲۵ خانوار [۷]، یعنی بر روی ۱۱۲۱ خانوار ساکن در حوزه پایگاه تحقیقات جمعیت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران انجام شد. پرسشنامه مطالعه جهانی سلامت پس از ترجمه و شش نوبت ویرایش، پیش‌آزمون شده و مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه از چند بخش تشکیل شده که مجزا از یکدیگر نیز قابل استفاده می‌باشد. از این بین بخش هفتم آن، به اندازه‌گیری متغیرهای مربوط به پاسخگویی نظام تندرستی و رضایت و بهره‌مندی از خدمات اختصاص یافته است.

در مراجعه به در منازل، اطلاعات لازم جهت شناسایی خانوار و پرسشنامه مربوط به آن توسط اولین فرد بالای ۱۸ سال

² Test – Retest Reliability

^۳ مجتمع فرهنگی- ورزشی مروارید وابسته به شهرداری منطقه ۱۷ واقع در حد فاصل دوراهی قبان و قلعه مرغی

⁴ Construct Validity

⁵ Internal Consistency Reliability

⁶ Test-Retest Reliability

¹ Objective

کمتر از ۶۰٪ از خانوارها دارای ویدیو یا DVD، موتورسیکلت، تلفن همراه، دسترسی به اینترنت، کامپیوتر، ماکروویو، اشتراک مجله و خانه دوم بودند. بین خانوارهای با نسبت خانوار به اتاق بالاتر یا مساوی میانه (معادل ۱/۷۵) و کمتر از آن از نظر دارا بودن یخچال تفاوت معنی‌داری وجود داشت (درصد کمتری از خانوارهای پرتراکم دارای یخچال بودند). در مورد دارا بودن سایر وسایل تفاوت معنی‌داری بین خانوارهای پرتراکم و کم تراکم وجود نداشت.

خانوارهای ساکن منطقه ۱۷ از گروه‌های قومی مختلفی تشکیل شده اند شامل: آذری ۵۷/۸٪، فارس ۲۴/۸٪، و سایر قومیت‌ها ۱۵/۲٪ از جمله کرد، لر، گیلکی و غیره. تفاوت معنی‌داری در هیچ یک از شاخص‌های دارایی بین گروه‌های قومی مختلف موجود در منطقه مشاهده نشد.

مخارج خانوار و هزینه‌های بهداشتی - درمانی

بر اساس گفته پاسخ دهندگان به مطالعه، مخارج ماهیانه خانوار به طور متوسط ۲۱۷۴۳۵۲ ریال ($SD=3712176$) می‌باشد. بین خانوارهای با سرپرست زن و مرد، و خانوارهای پرتراکم و کم‌تراکم تفاوت معنی‌داری از نظر متوسط مخارج ماهیانه مشاهده نشد.

مخارج ماهیانه هر فرد به طور متوسط ۵۸۱۲۳۱/۸ ریال ($SD=1044168.6$) به دست آمد که بین خانوارهای با سرپرست زن و مرد تفاوت معنی‌داری نداشت، ولی اختلاف معنی‌داری ($P\text{-value}=0.002$) بین خانوارهای بزرگ و کوچک (بزرگتر از ۴ و کوچکتر یا مساوی ۴) و خانوارهای پرتراکم و کم‌تراکم (نسبت خانوار به اتاق کمتر از ۱/۷۵ و بزرگتر یا مساوی ۱/۷۵) ($P\text{-value}<0.001$) وجود داشت به این صورت که متوسط مخارج ماهیانه هر فرد (به ریال) در خانوارهای بزرگ (۴۳۴۱۷۷/۱) و پرتراکم (۴۵۵۳۲۹/۲) به ترتیب کمتر از خانوارهای کوچک (۶۶۶۰۳۸/۱) و کم‌تراکم (۷۱۳۰۴۷/۴) بود.

هزینه‌های بهداشتی- درمانی (صرف نظر از هزینه بیمه) به طور متوسط ۲۴/۸٪ از کل مخارج ماهیانه خانوار را به خود

این مطالعه، آماره‌های آلفای کرونباخ و لامبدا یک گاتمن به‌ترتیب به عنوان حد بالا و پایین برآورد سازگاری درونی مورد استفاده قرار گرفتند [۹]. حد آستانه آماره سازگاری درونی، معادل ۰/۷۰ لحاظ شد [۱۰]. پس از بررسی سازگاری درونی، برای تشکیل یک متغیر دوحالتی نشان دهنده ارزش پاسخ‌ها در هر ساخت، از میانه به عنوان حد آستانه استفاده شد [۹].

یافته‌ها

نسبت نمونه به جمعیت در این مطالعه ۱/۸۳٪ بود. پاسخدهی معادل ۷۸٪ (۸۷۵ خانوار) حاصل شد. پذیرش و امضای رضایتنامه کتبی جهت پاسخگویی به پرسش‌های پرسشنامه فردی معادل ۸۴/۳٪ موارد بود. در ۱۳/۹٪ از موارد، رضایتنامه قرائت شده مورد پذیرش قرار گرفت ولی امضا نشد.

شاخص‌های اقتصادی

فرد تأمین کننده مخارج خانوار در ۷۹۹ مورد (۹۳/۲٪) مرد و در ۵۸ مورد (۶/۸٪) زن بود. موقعیت تأمین کننده مخارج خانوار عبارت بود از: پدر ۷۷۶ (۹۰/۵٪)، پسر ۲۳ (۲/۷٪)، مادر ۵۵ (۶/۴٪)، و دختر ۳ (۰/۴٪). متوسط بعد خانوار ۴/۲۳ ($SD=1.77$) بود. تعداد اتاق‌ها به طور متوسط ۲/۵۹ اتاق در هر خانوار و نسبت افراد خانوار به اتاق‌های خانه به طور متوسط ۱/۹۸ بود. متوسط بعد خانوار، تعداد اتاق‌ها و نسبت افراد خانوار به اتاق‌ها بین خانوارهایی که سرپرست زن یا مرد داشتند، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

۲۳/۴٪ از خانوارها دارای خودرو بودند. نسبت خانوارهای دارای خودرو در میان خانوارهای با سرپرست مرد (۷۲/۳٪) در مقایسه با خانوارهایی که سرپرست زن داشتند (۱۲٪) به طور معنی‌داری بیشتر بود ($P\text{-value}=0.009$). از نظر سایر دارایی‌ها و یا تملک خانه دوم تفاوت معنی‌داری بین خانوارهای با سرپرست زن یا مرد مشاهده نشد. بیش از ۷۰٪ از خانوارها دارای وسایل ذیل بودند: تلویزیون، یخچال، جاروبرقی، رادیو یا ضبط، ماشین لباسشویی و تلفن ثابت.

قومیت‌های مختلف در هیچ از شاخص‌های مخارج خانوار معنی‌دار نبود.

بهره‌مندی از خدمات بهداشتی - درمانی

به طور کلی ۳۲۰۹ نفر از اعضای خانوارها تحت پوشش بیمه قرار داشتند (پوشش معادل ۶۸/۸٪). از این تعداد ۹۰/۱۲٪ تحت بیمه اجباری و ۹/۸۸٪ دارای بیمه اختیاری بودند. ترکیب پوشش بیمه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

اختصاص می‌داد ($SD=2/94$). میانگین مخارج بهداشتی - درمانی در خانوارهای با سرپرست زن ۱۲/۷۳٪ و در خانوارهای با سرپرست مرد ۲۵/۷۶٪ بود که تفاوت بین دو گروه با استفاده از آزمون کای دو معنی‌دار بود ($P\text{-value}=0/003$). تفاوت معنی‌داری از نظر سهم مخارج بهداشتی و درمانی در خانوارهای بزرگ و کوچک و خانوارهای پرتراکم و کم‌تراکم وجود نداشت. جزئیات مخارج بهداشتی در جدول ۱ ارائه شده است.

در ترکیب مخارج بهداشت و درمان تفاوت معنی‌داری بین خانوارهای مختلف مشاهده نشد. همچنین تفاوت بین

جدول ۱- ترکیب مخارج بهداشتی - درمانی خانوارها در منطقه ۱۷ شهرداری تهران در شهریورماه سال ۱۳۸۲

جزء مخارج بهداشت و درمان (به جز بیمه درمان)	مبلغ به ریال	درصد از کل مخارج بهداشت و درمان	درصد از کل مخارج ماهیانه
خدمات بستری	۹۳۸۰	۲/۸۳٪	۰/۷٪
خدمات سرپایی	۵۲۱۵۰	۱۵/۷۱٪	۳/۸۹٪
دندانپزشکی	۵۸۸۱۰	۱۷/۷۲٪	۴/۳۹٪
دارو	۷۰۷۴۰	۲۱/۳۱٪	۵/۲۹٪
فیزیوتراپی و وسایل کمکی	۵۱۸۷۰	۱۵/۶۳٪	۳/۸۸٪
آزمایشگاه و تصویر برداری	۷۸۰۷۰	۲۳/۵۲٪	۵/۸۳٪
سایر موارد	۱۰۵۰۰	۳/۱۶٪	۰/۷۸٪
جمع	۳۳۱۸۹۰	۱۰۰/۰٪	۲۴/۷۶٪

جدول ۲- ترکیب بیمه‌های مورد استفاده خانوارها در منطقه ۱۷ شهرداری تهران در سال ۱۳۸۲

بیمه	تعداد بیمه شدگان	درصد بیمه شدگان
تامین اجتماعی	۲۲۵۰	۷۰/۱٪
خدمات درمانی	۵۵۵	۱۷/۳٪
نیروهای مسلح	۹۶	۳/۰٪
سایر بیمه‌های دولتی (اجباری)	۸۷	۲/۷٪
بیمه‌های خصوصی	۲۲۱	۶/۹٪
جمع	۳۲۰۹	۱۰۰٪

جدول ۳- موارد و علل عدم بهره مندی از خدمات بهداشتی- درمانی در میان ساکنین منطقه ۱۷ شهرداری تهران در آخرین مراجعه در سال ۱۳۸۲

علت بیان شده عدم بهره مندی از مراقبت	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
هزینه خود خدمت / مراقبت زیاد بود و نتوانستیم بپردازیم	۴۸۱	٪۴۲/۹
وسیله نقلیه جور نشد	۳۷۲	٪۳۳/۹
هزینه وسیله نقلیه زیاد بود و نتوانستیم بپردازیم	۳۷۱	٪۳۳/۱
دارو و یا سایر ملزومات پزشکی مورد نیاز در درمانگاه یا داروخانه وجود نداشت	۱۸۷	٪۱۶/۷
پزشک یا کارمند بهداشتی خیلی به کارش وارد نبود و مهارت نداشت	۵۶۰	٪۵۰/۰
نمی توانستم از سر کار مرخصی بگیرم و یا گرفتاری های دیگر داشتم	۱۹۳	٪۱۷/۲
درست نمی دانستم به کجا باید مراجعه بکنم	۱۷۱	٪۱۵/۳
مراجعه کردم ولی به دلایل مختلف مرا قبول نکردند و معالجه ننمودند	۱۶۰	٪۱۴/۳

جدول ۴- توزیع محل بهره مندی از خدمات بهداشتی در آخرین مرتبه ای که یکی از افراد خانواده نیاز به مراقبت تندرستی پیدا کرده است.

نوع آخرین محل دریافت خدمات	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
سرپایی		
دولتی	۵۳۹	٪۴۸/۱
خصوصی	۴۲۶	٪۳۸/۰
خیریه	۲۱	٪۱/۹
نامعلوم	۱۳۵	٪۱۲/۰
جمع	۱۱۲۱	٪۱۰۰

در مورد سختی پرداخت حق بیمه برای خانوار، ٪۳۰/۴ از پاسخ دهندگان آن را مشکل یا خیلی مشکل، ٪۴۳/۴ آن را معمولی، و ٪۲۵/۷ آن را آسان یا خیلی آسان تلقی کردند. پرداخت حق بیمه برای خانوارهای بزرگتر از ۴ به مراتب سخت تر از خانوارهای کوچکتر یا مساوی ۴ نفر است ($P\text{-value}=۰/۰۲$). تفاوت معنی داری از نظر کیفیت بیمه و سختی پرداخت بیمه بین سایر اقسام خانوارها و یا بین قومیت های مختلف وجود نداشت. در قسمت بعدی پرسشنامه، این پرسش مطرح شده بود که آیا پاسخ دهنده در آخرین مراجعه برای دریافت مراقبت های بهداشتی- درمانی قدرت انتخاب فرد ارائه دهنده مراقبت

میان ترکیب بیمه شدگان در خانوارهای مختلف (سرپرست زن یا مرد، بزرگ یا کوچک، پرتراکم یا کم تراکم) اختلاف معنی داری وجود نداشت. در مورد فوایدی که در مقایسه با حق بیمه به خانواده می رسد (کیفیت بیمه)، ٪۴۹ از پاسخ دهندگان آن را مناسب، ٪۲۸/۲ آن را زیاد یا خیلی زیاد، و ٪۲۲/۸ آن را کم یا خیلی کم تلقی کرده اند. کیفیت بیمه بین انواع مختلف بیمه و بیمه های دولتی یا خصوصی اختلاف معنی داری نداشت. نظر خانوارهای مختلف (با سرپرست زن یا مرد، بزرگ و کوچک و غیره) در مورد کیفیت بیمه ها تفاوت معنی داری نداشت.

- (۴) کوتاه بودن زمان انتظار برای دریافت خدمت: ۹۹/۱٪
 (۵) قدرت انتخاب نمودن پزشکان و سایر پرسنل بهداشتی-درمانی: ۹۲/۶٪
 (۶) مشارکت دادن در تصمیم‌گیری‌های مربوط به سلامتی گیرنده خدمت: ۹۶/۲٪
 (۷) مناسب بودن کیفیت محیط اطراف: ۹۸/۱٪
 (۸) کیفیت ارتباطات بین فردی و توضیحاتی که برای گیرنده خدمت می‌دهند: ۹۷/۲٪

بحث

شاخص‌های اقتصادی حاکی از آن است که منطقه ۱۷ تهران پرتراکم‌ترین خانوارها را در خود جای داده است (متوسط نسبت خانوار به تعداد اتاق‌ها معادل ۱/۹۸ در مقابل میانگین ۱/۳ در شهر تهران) [۱۱]. همچنین بعد خانوار در این منطقه ۴/۲۳ است، در حالی که متوسط بعد خانوار در سطح شهر تهران معادل ۴ می‌باشد [۱۱]. بر این مبنا، با در نظر گرفتن محرومیت نسبی این منطقه، لحاظ کردن عوامل اجتماعی و اقتصادی در پژوهش‌های جمعیتی، از ضروریات است. شاید بتوان نسبت تعداد اعضای خانوار به تعداد اتاق‌ها (تراکم خانوار) را به عنوان بهترین شاخص رفاه در نظر گرفت. تملک خودرو عمده‌ترین شاخصی است که خانوارهای تحت حمایت زنان را از خانوارهای تحت

بهداشتی را داشته و یا از روی اجبار و به دلیل در دسترس نبودن گزینه دیگر به وی مراجعه کرده است. ۷۲/۴٪ از پاسخ‌دهندگان در پاسخ به این پرسش ابراز داشتند که قدرت انتخاب فرد ارایه‌دهنده مراقبت را داشته‌اند و در ۸۹/۹٪ از موارد از خدمت بهداشتی بهره‌مند شده‌اند. از میان کل مواردی که از خدمات مورد نیاز خود بهره‌مند نشده بودند (۱۱۳ خانوار)، دلایل آن در جدول ۳ ارایه شده است. تنها ۰/۹٪ از پاسخ‌دهندگان ابراز داشتند که به دلیل عدم توانایی مالی موفق به تهیه دارو نشده‌اند. در سایر موارد، خانوار موفق به تهیه دارو شده (۹۱/۶٪) و یا علت دیگری برای عدم دسترسی به دارو مطرح بوده است. اکثر پاسخ‌دهندگان در آخرین مراجعه خود، خدمات سرپایی دریافت کرده‌اند (۸۵/۹٪). در جدول ۴ توزیع محل بهره‌مندی از خدمت در آخرین مراجعه سرپایی ارائه شده است.

رضایت از خدمات بهداشتی-درمانی

رضایت کلی پاسخ‌دهندگان از خدمات بهداشتی-درمانی در سطح کشور در جدول ۵ نشان داده شده است. اکثر قریب به اتفاق پاسخ‌دهندگان به موارد زیر در مورد کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی اهمیت می‌دادند:
 (۱) بذل توجه و احترام از سوی پزشکان و سایر پرسنل بهداشتی درمانی: ۹۸/۱٪
 (۲) محرمانه نگاه داشته شدن اطلاعات فردی: ۹۷/۲٪
 (۳) مناسب بودن نحوه رفت و آمد به مرکز ارایه خدمت: ۹۸/۳٪

جدول ۵- رضایت کلی از کیفیت و دسترسی به همه انواع خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های مربوط به سلامت در کشور

رضایت کلی از میزان خوب بودن و کیفیت و دسترسی به همه انواع خدمات در کشور	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی نسبی تجمعی
خیلی کم	۹۳	۸/۳٪	۸/۳٪
کم	۳۵۳	۳۱/۵٪	۳۹/۸٪
متوسط	۲۴۷	۲۲/۲٪	۶۲/۰٪
زیاد	۳۱۱	۲۷/۸٪	۸۹/۸٪
خیلی زیاد	۷۳	۶/۵٪	۹۶/۲٪
بدون پاسخ	۴۴	۳/۷٪	۱۰۰٪
جمع	۱۱۲۱	۱۰۰٪	-

به‌سزایی دارد ولی بر روی نتایج حاصل از مقایسه گروه‌ها تاثیر نامطلوبی نخواهد داشت. به این امید که نتایج این نظرسنجی در ارائه کارآمدتر خدمات بهداشتی- درمانی و توجه بیشتر به اقشار آسیب پذیر جامعه در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی- درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مطالعه در قالب یک طرح پژوهش در نظام تندرستی با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران انجام شده است. دست‌اندرکاران مطالعه از مساعدت پرسنل مرکز تحقیقات بیماری‌های غدد درون‌ریز و متابولیک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در پشتیبانی امور عرصه اجرایی برخوردار بوده‌اند. برنامه ورود داده‌ها توسط آقای دکتر حمید رضا توکلی و آقای دکتر محسن سادات صفوی طراحی شده و ورود داده‌ها توسط گروه واردکنندگان داده در مرکز توسعه پژوهش بیمارستان امام خمینی (ره) به سرپرستی آقای دکتر رضا آقائوری صورت گرفت.

از آقای علی فتاح منش و همکاران ایشان که در اجرای این پروژه شرکت فعال داشتند تشکر می‌شود. همچنین از شهرداری منطقه ۱۷ و مرکز مشارکت‌های مردمی به واسطه آن که مجتمع مروارید را در اختیار معاونت پژوهشی دانشگاه قرار دادند، تشکر و سپاسگزاری به عمل می‌آید.

حمایت مردان مجزا می‌کند. از آنجا که در فرهنگ ایرانی مردان بیشتر رانندگی می‌کنند و از خودرو به عنوان وسیله کار سود می‌برند، تفاوت بین خانوارهای تحت حمایت زنان و مردان بیشتر از آن‌که تفاوت در دارایی‌ها را نشان دهد، می‌تواند ناشی از مخارج سرانه بین خانوارهای کم و پرتراکم تفاوت دارد. سرانه مخارج در خانوارهای بزرگ و پرتراکم کمتر است که می‌توان آن را به عنوان شاخصی از محرومیت این خانوارها از امکانات رفاهی در نظر گرفت. یکسان بودن پوشش و کیفیت بیمه بین خانوارهای مختلف از برابری در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی- درمانی در منطقه ۱۷ شهرداری تهران حکایت دارد، هر چند که پرداخت حق بیمه برای خانوارهای بزرگ، به مراتب سخت‌تر است. بدیهی است که برای مشخص شدن نابرابری‌ها در سطح شهر تهران، باید شاخص‌های این منطقه با سایر مناطق مقایسه شود. در مورد سایر شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات، درصد بالایی از پاسخ‌دهندگان ابراز می‌دارند که در مورد ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی قدرت انتخاب دارند و در اکثر موارد نیز موفق به دریافت خدمات و تهیه دارو می‌شوند ولی میزان رضایت مراجعین از کیفیت خدمات ارائه شده چشمگیر نیست.

به طور کلی یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهند که علی‌رغم بهره‌مندی بالا و برابری در پوشش خدمات و مراقبت‌های بهداشتی- درمانی، رضایت مراجعین از کیفیت خدمات در بسیاری از موارد جلب نمی‌شود و استفاده از شاخص‌های رضایت مردم (که در قسمت انتهایی یافته‌ها ذکر شده است) می‌تواند ملاک خوبی برای پایش و ارزشیابی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی ارائه شده در سطح منطقه باشد.

در انتها جا دارد که ذکر از محدودیت‌های مطالعه به میان آید. نتایج این مطالعه در معرض دو نوع سوگرایی هستند. نوع اول سوگرایی انتخاب است. از آنجا که اطلاعات پایه خانوارهایی که حاضر به همکاری در مطالعه نشده‌اند موجود نیست، امکان ارزیابی این نوع سوگرایی وجود ندارد. نوع دوم سوگرایی اطلاع است که بر نتایج توصیفی مطالعه تاثیر

مآخذ

1. Valadez JJ. Assessing child survival programs in developing countries. 1st edition. Harvard University Press. Boston, 1991.
2. Pettiti DB, Amster A. Measuring the quality of health care, In: Brownson RC, Pettiti DB. Applied epidemiology theory to practice. 1st edition. Oxford University Press: New York, 1998: 299-322.
3. Bruce J, Jain A. Improving quality of care through operations research. In: Seidman, M and Horn MC. Operations research: helping family planning programs work better. Progress in Clinical and Biological Research. Vol. 371., 1st edition. Wiley-Liss: New York, 1991: 259-282.
4. Gakidou E, Murray CJL, Frenk J: Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. Bulletin of the World Health Organization 2000, 78: 42-54.
5. Gakidou E, King G: Measuring total health inequality: adding individual variation to group-level differences. International Journal for Equity in Health 2002, 1(3): 1-12.
- 6 World Health Organization: World Health Survey. *World Health Survey* visited in June 2003. <http://www.health.gov.au/whowhs/>.
۷. محمد، کاظم. نوربالا، احمدعلی: بررسی سلامت و بیماری در ایران. تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، خرداد ۸۰.
8. Kish L: A procedure for objective respondent selection within the household. *Jour Amer Stat Assoc* 1949, 44, 380-387.
9. Rencher AC. Methods of Multivariate Analysis. 2nd edition. Wiley Series in Probability and Statistics. February 22, 2002.
10. Nunnally J. Psychometric theory. McGraw-Hill. 1978.
۱۱. دبیرخانه تحقیقات کاربردی، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی، سیمای سلامت، نشر تبلور، ۱۳۸۱.

