

## بررسی رفتار در جستجوی درمان زرتشتیان ساکن شهرستان یزد در سال ۱۳۸۹

مهنا محق<sup>۱</sup>، ابوالقاسم پوررضا<sup>۲\*</sup>، عباس رحیمی<sup>۳</sup>، علی اکبری ساری<sup>۴</sup>، محمود نکویی مقدم<sup>۵</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۱/۲/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۰/۱۱

## چکیده:

**زمینه و هدف:** رفتارهای گروه های مختلف افراد در هنگام مواجهه با بیماری متفاوت است و عوامل بسیاری از جمله سن، جنس، وضعیت اقتصادی و اجتماعی بر روی آن تاثیر گذارند. شناسایی الگوهای رفتاری افراد نقش تعیین کننده ای در ارائه خدمات به آنان دارند. این مطالعه سعی دارند الگوهای رفتاری درمان اقلیت مذهبی زرتشتی ساکن در شهرستان یزد که از تعداد بالایی در مقایسه با دیگر شهرستانها برخوردار است را مورد بررسی و شناسایی قرار دهد.

**مواد و روش ها:** این پژوهش از نوع توصیفی تحلیلی است که شکل مقطعی انجام شده است. تعداد ۱۹۶ نمونه که به شکل تصادفی ساده از محله های زرتشتی نشین انتخاب شده اند وارد پژوهش شدند. اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه جمع آوری شد. داده ها با آزمون Chi Square و تست دقیق فیشر با استفاده از نرم افزار Spss.11 مورد تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** یافته های این پژوهش نشان می دهد ۶۴.۳٪ افراد مورد مطالعه زن هستند. ۱۵.۵۸٪ افراد مجرد، ۷۶.۵٪ متاهل و ۷.۷٪ همسر فوت شده هستند. همچنین یافته ها نشان می دهد ۴.۱٪ افراد بی سواد، ۱۷.۳٪ دارای تحصیلات متوسطه، ۵۱.۳٪ دیپلمه و فوق دیپلم، ۲۳.۵٪ لیسانس و ۳.۶٪ دارای تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر هستند. همچنین ۴۳.۴٪ افراد بیکار و ۴۶.۷٪ کارمند هستند. همچنین ۹۴.۴٪ افراد بیمه درمانی هستند. در این پژوهش متغیر جنس با نوع اقدام به درمان در هنگام بیماری ( $P = 0.004$ )، محل تولد با دلایل اهمیت ندادن به بیماری ( $P = 0.003$ ) رابطه معنی دار دارد. همچنین وضعیت تاهل با نوع اقدام به درمان در هنگام بیماری ( $P < 0.001$ )، میزان تحصیلات با سه متغیر نوع اقدام به درمان در هنگام بیماری ( $P = 0.001$ )، مراجعه به درمانگر در مراحل مختلف بیماری ( $P = 0.003$ ) و استفاده از مشاوره گروه های مختلف در هنگام بیماری ( $P = 0.001$ )، وضعیت اشتغال (که به دو دسته کارمند و بی کار تقسیم شده) با اولین محل جهت دریافت خدمات ( $P = 0.001$ )، وضعیت اقتصادی فرد با دلایل اهمیت ندادن به بیماری ( $P = 0.000$ ) و تکمیل دوره درمان ( $P = 0.001$ ) و بیمه درمانی با نوع اقدام به درمان در هنگام بیماری ( $P = 0.003$ ) و استفاده از مشاوره گروه های مختلف ( $P = 0.002$ ) رابطه معنی دار دارد.

**نتیجه گیری:** با توجه به آنکه میزان تحصیلات وضعیت اشتغال و بیمه درمانی با رفتار در جستجوی درمان رابطه معنی دار دارد، افزایش آگاهی و تحصیلات افراد و بهبود شرایط کاری آنان می تواند افراد را به انتخاب رفتار درمانی مناسب تری سوق دهد.

**کلمات کلیدی:** رفتار در جستجوی درمان، زرتشتیان، استان یزد

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران نویسنده رابط  
 (\* نویسنده و مدیرمسئول) abolghasemp@yahoo.com:

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۴</sup> دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۵</sup> دانشیار، گروه مدیریت بهداشت و درمان، دانشکده علوم مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

## مقدمه:

کرد. البته این بررسی ها دارای ارزش محدودی است، چرا که منعکس کننده 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(۴).

از جمله عواملی که ممکن است در این زمینه کمتر قابل کنترل باشد، موقعیت پائین زنان در برخی مناطق است که می تواند مانعی برای درمان باشد، به ویژه اگر بستگان آنها نسبت به تقبل هزینه و صرف زمان مورد نیاز برای تکمیل یک دوره طولانی درمان بی میل باشند. در این صورت آنچه مهم است نه دیدگاه بیمار یا مصرف کننده بلکه دیدگاه اعضای مسلط خانواده است (۵).

پژوهش ها در زمینه رفتار در جستجوی درمان افراد، بطور کلی 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 در حدی جدی است که نیاز به توجه تخصصی دارد؛ اگر فرد به این مرحله نرسد احتمال استفاده از خدمات وجود ندارد. دومین شاخه پژوهش ها بر عوامل بیرونی تاثیرگذار نظیر مکان ارائه خدمات بر تصمیم فرد در استفاده از خدمات تاکید می نمایند(۶).

سیاست گذاری در تمامی سیستم های بهداشتی درمانی لازم است بر پایه اطلاعات مرتبط با اقدامات و رفتارهای استفاده از خدمات بهداشتی همچنین عوامل تعیین کننده این گونه رفتارها باشد. تمامی این رفتارها در بین ساختارهایی نظیر خانواده یا جامعه شکل می گیرند(۷).

در این بررسی سعی شده رفتار در جستجوی درمان در یکی از اقلیت های مذهبی در استان یزد با توجه به هر دو بعد عوامل موثر بررسی و تحلیل شود و الگوهای درمانی آنان مورد شناسایی قرار گیرد.

## مواد و روش ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی است که به شکل مقطعی انجام شد. واحد آماری این پژوهش هر فرد بالای ۱۸ سال خانوارهای زرتشتی ساکن شهرستان یزد بود. در این بررسی ۱۹۶ نفر از ساکنان شهرستان یزد باتوجه به شرایط و پراکندگی جمعیت با استفاده از فرمول های:

مطالعه جمعیت ها و رفتارهای آنان جهت دریافت خدمات درمانی از ویژگی هایی نظیر امکان بررسی از دریچه دانش های دیگر برخوردار است. این که چه نوع خدمات با چه میزان و توسط چه گروه هایی از مردم مصرف می شود و چه عواملی در تعیین و شکل گیری این پدیده نقش آفرینند مسأله بسیار مهمی در سیاست گذاری، عرضه و کنترل احتمالی تقاضا برای خدمات بهداشتی درمانی به شمار می رود. برخورداری از تصویر صحیح مصرف خدمات می تواند برنامه ریزی برای دسترسی یا ارتقای کیفیت یا هدایت بهتر جریان مصرف را در پی داشته باشد(۱). 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 رفتارها (۱) عدم توجه به بیماری (۲) خوددرمانی و (۳) اقدام به درمان با مراجعه به ارایه کنندگان خدمات درمانی را دربرمی گیرد. رفتار در سطح جمعی و کلان می تواند تقاضا برای مصرف خدمات بهداشتی درمانی را سامان داده و آن را به شدت تحت تأثیر قرار دهد(۲). اقدام به جستجوی درمان عامل مهمی در تعیین بیماری جامعه به شمار می رود. بیماری یا انحراف از وضعیت سلامتی موضوعی ذهنی به شمار می رود(۳). برای تعیین نوع و میزان تقاضا برای خدمات بهداشتی و درمانی، جوامع و جمعیت های مورد نظر باید تحت بررسی قرار گیرند. بدون تردید گروه های مختلف اجتماعی، الگوهای متفاوتی از تقاضا برای مراقبتهای بهداشتی و درمانی دارند. در بین گروه های مذکور عوامل مختلف از قبیل جنسیت، قومیت، باورها و توانایی های مالی و اقتصادی نگرشهای اجتماعی رفتار و عادات گروه های انسانی را تحت تأثیر قرار می دهند. مثلا زنان معمولا بیش از مردان تقاضای دسترسی به تسهیلات بهداشتی و درمانی از خود نشان می دهند. دسترسی اقتصادی بیمه شدگان، مصرف خدمات درمانی را در بین آنان افزایش می دهد. گروه های فقیر جامعه عموما بیشتر بیمار و کمتر درمان می شوند. باورهای اجتماعی افراد نیز در مراجعه به تسهیلات نوین درمانی، خوددرمانی یا استفاده از خدمات درمان گران سنتی نقش مهمی دارند. پزشکان نیز بر روی عامل تقاضا اثر مهمی می گذارند. به این ترتیب که آنان می توانند افراد را

$$\theta_0 = \arcsin \sqrt{P_0} = 2 \arcsin \sqrt{0.5} = 1.57$$

$$\theta_1 = \arcsin \sqrt{P_1} = 2 \arcsin \sqrt{0.6} = 1.77$$

$$n = \frac{z_{1-\beta}^2 + z_{\alpha/2}^2}{\theta_1^2 - \theta_0^2} = \frac{1.96^2 + 0.84^2}{1.77^2 - 1.57^2} = 196$$

خدمات، دلایل اهمیت ندادن به بیماری، نوع اقدام به درمان در هنگام بیماری، مراجعه به درمانگر در مراحل مختلف بیماری، دلایل اقدام به خود درمانی، استفاده از مشاوره گروه های مختلف در هنگام بیماری و تکمیل دوره درمان به عنوان متغیرهای وابسته لحاظ گردید.

### نتایج:

نتایج این پژوهش نشان می دهد، ۶۴.۳٪ افراد مورد مطالعه زن هستند. بالاترین درصد از جمعیت به رده سنی ۳۰-۱۸ اختصاص دارد که برابر با ۲۷٪ است. ۷۶.۵٪ افراد مورد مطالعه متأهل و ۱۵.۸٪ افراد مورد پژوهش مجرد هستند. در جمعیت مورد پژوهش فرد مطلقه مشاهده نشد. لازم به توضیح است در آیین زرتشتی طلاق زوجین وجود ندارد. خانوارهای ۳-۴ نفره بالاترین درصد از افراد مورد پژوهش را به خود اختصاص دادند. بیشترین درصد افراد مورد مطالعه دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم (۵۱.۵٪) هستند و کمترین درصد به افراد دارای فوق لیسانس و بالاتر اختصاص دارد که این درصد برابر با ۳.۶٪ است. از لحاظ وضعیت اشتغال بالاترین درصد افراد مورد مطالعه به افراد بیکار اختصاص دارد (۴۳.۴٪). بالا بودن این درصد به دلیل جای گرفتن زنان خانه دار و دانشجویان در این گروه است. بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه (۵۵.۶٪) دارای درآمد ماهانه بین ۲ میلیون تا ۵ میلیون ریال هستند. یافته ها همچنین نشان می دهد ۹۴.۴٪ افراد مورد مطالعه دارای بیمه درمانی هستند.

جدول شماره ۲ رفتارهای در جستجوی درمان جمعیت مورد پژوهش را نشان می دهد. درصد بالاتری از افراد مورد پژوهش، برابر با ۴۴.۹٪ در هنگام بیماری از مشاوره پزشکان و دیگر درمانگران استفاده می کنند و رتبه بعدی در رابطه با این رفتار در جستجوی درمان به استفاده از مشاوره همسر و والدین مربوط است - به ترتیب ۲۷٪ و ۱۷.۹٪. در رابطه با رفتار در جستجوی درمان مراجعه به درمانگر در مراحل مختلف بیماری ۳۶.۲٪ افراد مورد مطالعه با ظاهر شدن بیماری به درمانگر مراجعه می کنند که بالاترین درصد را خود اختصاص داده است. مراجعه به درمانگر با پیدا شدن علائم شدید بیماری رتبه بعدی را در رفتار یاد شده داراست (۳۴.۲٪). در میان انواع اقدام به درمان در هنگام بیماری در جامعه مورد پژوهش بالاترین درصد که برابر با ۶۴.۸٪ است به مراجعه به مطب پزشک است در حالی که مراجعه به داروخانه و عدم توجه به مشکل به وجود آمده پایین ترین درصد را به خود اختصاص داده اند (۱٪). بنا به یافته های این بررسی، ۳۳.۷٪ از این جمعیت جهت دریافت خدمات در وهله اول به پزشکان آشنا مراجعه می کردند. در مورد اقدام به خود درمانی بالاترین درصد در این

مورد بررسی قرار گرفتند. جهت انجام این پژوهش محله های زرتشتی نشین (محله مارکار، اهرستان و کاشانی) شناسایی و با ۱۹۶ فرد بالای ۱۸ سال زرتشتی به عنوان جامعه آماری مصاحبه به عمل آمد. برای انتخاب این افراد، بعد خانوار تقریباً ۴ نفر در نظر گرفته شد و به طور تقریبی با در نظر گرفتن هر خانوار با حدود ۴ عضو، ۵۰ خانواده زرتشتی مورد مصاحبه قرار گرفتند تا به حجم نمونه مورد نظر یعنی ۱۹۶ مورد دست یابیم. جهت انتخاب خانواده های زرتشتی به محله های زرتشتی نشین مذکور مراجعه شد و به تصادف از یک نقطه به خصوص از آن محله مصاحبه صورت گرفت. نوع نمونه گیری به شکل تصادفی ساده بود. برای دسترسی به تمام افراد خانواده به خصوص کارمندان و افراد شاغل خانواده در ساعات غیر اداری و بعد از ظهر به خانوارها مراجعه شد. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ای است که توسط محقق طراحی شده است. این پرسشنامه حاوی سه دسته از سوالات بود که بخش اول شامل سوالاتی در مورد اطلاعات دموگرافیک و دسته دوم سایر اطلاعات زمینه ای که فرض بر این است که بر رفتار در جستجوی درمان تاثیر دارند است و در نهایت در بخش بعدی شامل سوالات اختصاصی است که سوالاتی در رابطه با ابتلا به بیماری حاد یا مزمن، نوع درمان، مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی، خود درمانی یا ادامه درمان وجود دارد. برای بررسی روایی پرسشنامه از بررسی متون و نظر متخصصین استفاده شد. جهت پایایی پرسشنامه از روش test-retest استفاده شد و ضریب همبستگی spearman پاسخ ها در دو زمان بررسی گردید و سوالاتی که که همبستگی ۰.۶ به بالا داشتند در پرسشنامه باقی ماندند و سوالاتی که ضریب کمتر از ۰.۶ داشت بررسی گردید و یا صورت سوال یا گزینه های آن تغییر داده شد. اطمینان دادن به افراد در مورد محرمانه ماندن اطلاعات آنها و استفاده صرفاً علمی از اطلاعات و آزادی عمل افراد در پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه ز جمله ملاحظات اخلاقی انجام گرفته در این پژوهش بوده است. یافته های این پژوهش با استفاده از آزمون Chi2 و Fisher's Exact Test روابط ساده یک طرفه بین فاکتورهای زمینه ای و متغیرهای وابسته (رفتار در جستجوی درمان) بررسی شد. در این بررسی با توجه به سوالات مطرح شده در پرسشنامه متغیرهای جنس، سن، محل تولد، وضعیت تاهل، تعداد اعضای خانواده، محل زندگی، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، ارزیابی فرد از وضعیت اقتصادی خود و داشتن بیمه درمانی به عنوان متغیرهای اصلی در نظر گرفته شد. همچنین موارد اولین محل برای دریافت

می نمودند. بالاترین درصد دلیل اهمیت ندادن به بیماری در میان زرتشتیان ساکن استان یزد مربوط به وخیم نبودن مشکل به وجود آمده که برابر با ۶۲.۸٪ است در حالی که پایین ترین درصد به مسائل اعتقادی برابر با ۳.۶٪ اختصاص دارد.

جامعه مربوط به وخیم نبودن بیماری است (۴۵.۹٪) و کمترین درصد در این مورد به عدم اعتقاد به کار پزشک است (۱.۵٪). از میان جامعه مورد پژوهش ۷۵.۵٪ دوره درمان خود را تکمیل می کردند و مابقی در مراحل از دوره درمان، درمان را متوقف

**جدول شماره ۱: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی افراد در جستجوی درمانبر حسب عوامل مختلف در افراد مورد مطالعه یزد سال ۱۳۸۹**

درصد	فراوانی	رفتار در جستجوی درمان
<b>اولین محل جهت دریافت خدمات</b>		
31.6	62	مطب های خصوصی
16.8	33	مراکز بهداشتی درمانی
12.2	24	بیمارستان های دولتی
1.5	3	بیمارستان های خصوصی
4.1	8	کلینیک های تخصصی
33.7	66	پزشکان آشنا
<b>100.0</b>	<b>196</b>	<b>جمع</b>
<b>تکمیل دوره درمان</b>		
75.5	148	بله
24.5	48	خیر
<b>100.0</b>	<b>196</b>	<b>جمع</b>
<b>دلایل اهمیت ندادن به بیماری</b>		
12.8	25	مشکلات اقتصادی
3.6	7	مسائل اعتقادی
62.8	123	وخیم نبودن مشکل به وجود آمده
20.9	41	قبل از اقدام به درمان بهبود یافته ام
<b>100.0</b>	<b>196</b>	<b>جمع</b>

درصد	فراوانی	رفتار در جستجوی درمان
<b>منابع مشاوره دهنده در هنگام بیماری</b>		
17.9	35	والدین
27.0	53	همسر
3.6	7	دوستان
3.1	6	رسانه ها
1.5	3	همسایه ها
44.9	88	پزشکان و صاحبان حرف سلامت
2.0	4	دیگر موارد
<b>100.0</b>	<b>196</b>	<b>جمع</b>
<b>مراجعه به درمانگر در مراحل مختلف بیماری</b>		
29.6	58	شروع علائم خفیف
34.2	67	پیدا شدن علائم بیماری
36.2	71	ظاهر شدن بیماری
<b>100.0</b>	<b>196</b>	<b>جمع</b>
<b>نوع اقدام به درمان در هنگام بیماری</b>		
13.3	26	بیمارستان دولتی
1.0	2	بیمارستان خصوصی
64.8	127	مطب پزشک
12.8	25	درمانگاه
4.1	8	طب سنتی
1.0	2	داروخانه
2.0	4	خود درمانی
1.0	2	به توجهی به مشکل به وجود آمده
<b>100.0</b>	<b>196</b>	<b>جمع</b>

پزشک مراجعه می‌کردند- به ترتیب ۷۶٪ و ۵۱٪. در مردان مورد پژوهش این مطالعه ۲۰۸٪ (که پایین ترین درصد نوع اقدام به درمان است) به مشکل به وجود آمده بی‌توجهی می‌کردند در حالی که در زنان مورد بررسی هیچ مورد بی‌توجهی به مشکل به‌وجود آمده گزارش نشده است.

همانگونه که در جداول شماره ۲ تا ۶ نشان داده شده است، متغیرهای جنس، محل تولد، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات وضعیت اشتغال، ارزیابی فرد از وضعیت اقتصادی خود و داشتن بیمه درمانی با حداقل یک مورد از رفتارهای در جستجوی درمان رابطه معنی‌دار دارند. طبق نتایج این پژوهش در هر دو گروه زن و مرد درصد بالاتری جهت اقدام به درمان به مطب

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نسبی نوع اقدام به درمان در هنگام بیماری به تفکیک متغیرهای مستقل معنی‌دار

نوع اقدام به درمان در هنگام بیماری					متغیر مستقل		
مجموع	بی توجهی به مشکل به وجود آمده	استفاده از طب سنتی / مراجعه به داروخانه	مطب پزشک	بیمارستان دولتی / بیمارستان خصوصی / درمانگاه	متغیر وابسته		
۱۰۰	-	۸۷۳	۶۰۳۲	۳۰۹۵	درصد	زن	جنس
۱۰۰	۲۸۶	۴۲۹	۷۲۸۶	۲۰	درصد	مرد	
۱۰۰	۱۰۲	۷۱۴	۶۴۸	۲۷۰۴	درصد	مجموع	
P Value= 0.04 Fisher's Exact Test=7.21							
۱۰۰	۳۲۳	۶۴۵	۶۴۵۲	۲۵۸۱	درصد	مجرد	وضعیت تاهل
۱۰۰	-	۶	۶۸۶۷	۲۵۳۳	درصد	متاهل	
۱۰۰	۶۶۷	۲۰	۲۶۶۷	۴۶۶۷	درصد	همسر فوت شده	
۱۰۰	۱۰۲	۷۱۴	۶۴۸	۲۷۰۴	درصد	مجموع	
P Value= 0.005, Fisher's Exact Test=16.88							
۱۰۰	-	۱۲۵	۳۷۵	۵۰	درصد	بی سواد	میزان تحصیلات
۱۰۰	۲۹۴	۱۱۷۶	۴۷۰۶	۳۸۲۴	درصد	متوسطه	
۱۰۰	-	۳۹۶	۶۸۳۲	۲۷۷۲	درصد	دیپلم و فوق دیپلم	
۱۰۰	۱۸۹	۹۴۳	۷۳۵۸	۱۵۰۹	درصد	لیسانس / فوق لیسانس و بالاتر	
۱۰۰	۱۰۲	۷۱۴	۶۴۸	۲۷۰۴	درصد	مجموع	
P Value= 0.01, Fisher's Exact Test= 17.78							
۱۰۰	۰۵۴	۷۰۳	۶۶۴۹	۲۵۹۵	درصد	بله	داشتن بیمه درمانی
۱۰۰	۹۰۹	۹۰۹	۳۶۳۶	۴۵۴۵	درصد	خیر	
۱۰۰	۱۰۲	۷۱۴	۶۴۸	۲۷۰۴	درصد	مجموع	
P Value= 0.03, Fisher's Exact Test= 8.26							

متولدین دیگر شهرستانها ۵۰٪) به دلیل وخیم نبودن بیماری بوده است. نتایج همچنین نشان می دهد در افراد مجرد و افراد متأهل بالاترین درصد نوع اقدام به درمان در هنگام بیماری مراجعه به مطب پزشک بوده است (به ترتیب ۶۴.۵٪ و ۶۸٪).

در بین همسر فوت شدگان بیشترین درصد مراجعه مربوط به بیمارستان دولتی، بیمارستان خصوصی، درمانگاه است (۴۶.۶٪). بدین ترتیب بین نوع اقدام به درمان در هنگام بیماری و وضعیت تاهل در این بررسی در رابطه معنی دار مشاهده گردید (P=0.005).

نتایج تست دقیق فیشر رابطه معنی داری بین جنس و نوع اقدام به درمان در بین زرتشتیان نشان می دهد (P=0.04). بین متغیر محل تولد در جامعه مورد بررسی با دلایل اهمیت ندادن به بیماری رابطه معنی دار وجود دارد (P=0.03). جهت تسهیل در تحلیل آماری جمعیت مورد پژوهش در دو گروه جای گرفتند. بدین شکل که یک گروه شامل متولدین شهرستان یزد شد و گروه دیگر شامل متولدین روستاهای استان یزد و دیگر شهرستانهای ایران شد. هر دو گروه متولدین شهرستان یزد و دیگر شهرستانها بالاترین درصد دلیل اهمیت ندادن به بیماری (در متولدین شهرستان یزد ۶۵٪ و در گروه

جدول شماره ۳؛ توزیع فراوانی نسبی دلایل اهمیت ندادن به بیماری به تفکیک متغیرهای مستقل معنی دار

دلایل اهمیت ندادن به بیماری					متغیر مستقل		
مجموع	بهبودی قبل از اقدام به درمان	وخیم نبودن بیماری	مسایل اعتقادی	مشکلات اقتصادی	متغیر وابسته		
۱۰۰	۲۰.۵	۶۵.۸۴	۱.۸۶	۱۱.۸	درصد	شهرستان یزد	محل تولد
۱۰۰	۲۰.۵۹	۵۰	۱۱.۷۶	۱۷.۶۵	درصد	دیگر شهرستانها	
۱۰۰	۲۰.۵۱	۶۳.۰۸	۳.۵۹	۱۲.۸۲	درصد	مجموع	
P Value= 0.03, Fisher's Exact Test= 8.14							
۱۰۰	۳۵.۱۴	۵۶.۷۶	۲.۷	۵.۴۱	در صد	کاملا راضی هستم	ارزیابی فرد از وضعیت اقتصادی خود
۱۰۰	۱۷.۹۷	۶۹.۵۳	۴.۶۹	۷.۸۱	در صد	رضایت نسبی دارم	
۱۰۰	۱۳.۳۳	۴۳.۳۳	-	۴۳.۳۳	در صد	اصلا راضی نیستم	
۱۰۰	۲۰.۵۱	۶۳.۰۸	۳.۵۹	۱۲.۸۲	در صد	مجموع	
P Value= 0.000, Fisher's Exact Test= 26.39							

فوق دیپلم افراد بیشتری با ظاهر شدن بیماری به درمانگر مراجعه می کنند (۴۲.۴٪). در حالی که درصد بالاتری از افراد با تحصیلات لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر با شروع علائم خفیف بیماری به درمانگر مراجعه می کنند (۴۳.۳٪). بین این دو متغیر رابطه معنی دار مشاهده شد ( $P=0.03$ ).

دیگر نتایج نشان می دهد افراد بی سواد بیشتر از مشاوره پزشکان و دیگر درمانگران استفاده می کنند (۷۵٪). در حالی افراد با تحصیلات متوسطه، دیپلم و فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر از مشاوره والدین یا همسر استفاده می کنند (به ترتیب ۴۲.۴٪، ۴۹٪، ۴۷٪). بین این دو متغیر رابطه معنی دار دیده می شود ( $P=0.01$ ).

در جمعیت مورد پژوهش بین میزان تحصیلات و نوع اقدام به درمان نیز رابطه معنی دار دیده شد ( $P=0.01$ ). بدین صورت که درصد بالاتری از افراد بی سواد برابر ۵۰٪ به بیمارستان دولتی، بیمارستان خصوصی و درمانگاه مراجعه می نمایند. در سایر گروه های تحصیلاتی بالاترین درصد مربوط به مراجعه به مطب پزشک است که این درصد در گروه های مختلف بدین شرح است: افراد دارای تحصیلات متوسطه، (۴۷٪) دیپلم و فوق دیپلم، (۶۸.۳٪) و دسته لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر (۷۳.۵٪).

همچنین نتایج این بررسی نشان می دهد درصد بیشتری از افراد بی سواد و دارای تحصیلات متوسطه با پیدا شدن علائم شدید بیماری به درمانگر مراجعه می کنند (به ترتیب ۶۲.۴٪ و ۴۴.۱٪). در افراد با تحصیلات دیپلم و

جدول شماره ۴؛ توزیع فراوانی نسبی نوع منابع مشاوره دهنده

به تفکیک متغیرهای مستقل معنی دار

استفاده از مشاوره گروه های مختلف				متغیر مستقل		
مجموع	پزشکان و دیگر درمانگران	دوستان/ رسانه ها/ همسایه ها	والدین/ همسر	متغیر وابسته		
۱۰۰	۷۵	۱۲.۵	۱۲.۵	درصد	بی سواد	میزان تحصیلات
۱۰۰	۳۶.۳۶	۲۱.۲۱	۴۲.۴۲	درصد	متوسطه	
۱۰۰	۴۸	۳	۴۹	درصد	دیپلم و فوق دیپلم	
۱۰۰	۴۳.۱۴	۹.۸	۴۷.۰۶	درصد	لیسانس / فوق لیسانس و بالاتر	
۱۰۰	۴۵.۸۳	۸.۳۳	۴۵.۸۳	درصد	مجموع	
<b>P Value = 0.01, Fisher's Exact Test= 14.47</b>						
۱۰۰	۴۷.۵۱	۷.۱۸	۴۵.۳	درصد با بیمه درمانی	بله	داشتن بیمه درمانی
۱۰۰	۸۲	۲۷.۲۷	۵۴.۵۵	درصد با بیمه درمانی	خیر	
۱۰۰	۴۵.۸۳	۸.۳۳	۴۵.۸۳	درصد با بیمه درمانی	مجموع	
<b>P Value= 0.02, df=2, Chi2= 7.16</b>						

مشکل به وجود آمده مربوط بوده است (به ترتیب ۵۶.۷٪ و ۶۹.۵٪). در افرادی که از وضعیت اقتصادی خود اصلاً راضی نبودند درصد بالاتر از دلیل اهمیت ندادن به بیماری به شکل برابر به مشکلات اقتصادی و وخیم نبودن مشکل به وجود آمده مربوط بود (۴۳.۳٪).

در این پژوهش جهت تسهیل تحلیل آماری، افراد کارمند، بازنشسته و دارای شغل آزاد در گروه کارمند جای گرفته اند و افراد خانه دار و دانشجو جهت نداشتن درآمد اقتصادی بیکار در نظر گرفته شده اند. یافته ها همچنین نشان داد، درصد بالاتری از افرادی که از وضعیت اقتصادی خود رضایت کامل و نسبی داشتند، دلایل اهمیت ندادن آنها به بیماری به وخیم نبودن

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی اولین محل مراجعه جهت دریافت خدمات به تفکیک متغیرهای مستقل معنی دار

اولین محل مراجعه جهت دریافت خدمات				متغیر مستقل		
مجموع	پزشکان آشنا	مطب های خصوصی	مراکز بهداشتی درمانی / بیمارستان دولتی / بیمارستان خصوصی / کلینیک های تخصصی	متغیر وابسته		
۱۰۰	۳۰.۵۹	۲۱.۱۸	۴۸.۲۴	درصد	بیکار	وضعیت اشتغال
۱۰۰	۳۶.۰۴	۳۹.۶۴	۲۴.۳۲	درصد	شاغل	
۱۰۰	۳۳.۶۷	۳۱.۶۳	۳۴.۶۹	درصد	مجموع	
P Value= 0.001, df=2, Chi2= 13.54						

هر سه دسته از افرادی که از وضعیت اقتصادی خود رضایت کامل یا نسبی دارند یا اصلاً راضی نیستند، درصد بالاتری از افراد دوره درمان خود را تکمیل می کردند (به ترتیب ۸۱٪، ۷۸٪، ۵۴٪).

همچنین یافته ها نشان داد با کاهش رضایت از وضعیت اقتصادی درصد اهمیت ندادن به بیماری به دلیل مشکلات اقتصادی افزایش می یابد. بین این دو متغیر رابطه معنی دار مشاهده گردید ( $P < 0.001$ ). نتایج همچنین نشان می دهد در

جدول شماره ۶: توزیع فراوانی تکمیل دوره درمان به تفکیک متغیرهای مستقل معنی دار

مجموع	تکمیل دوره درمان		متغیر مستقل			
	خیر	بله	متغیر وابسته			
۱۰۰	۱۸.۹۲	۸۱.۰۸	درصد	کاملاً راضی هستم	ارزیابی فرد از وضعیت اقتصادی خود	
۱۰۰	۲۱.۰۹	۷۸.۹۱	درصد	رضایت نسبی دارم		
۱۰۰	۴۵.۱۶	۵۴.۸۴	درصد	اصلاً راضی نیستم		
۱۰۰	۲۴.۴۹	۷۵.۵۱	درصد	مجموع		
P Value= 0.01, df=2, chi2= 8.58						



افراد مراجعه به مطب پزشک است. چنانچه این افراد به پزشک متخصص مراجعه نموده باشند که در جامعه ما نمونه های فراوان دارد باید گفت که معیار استفاده منطقی و معقول از خدمات سلامت بین اینها بسیار مخدوش می باشد در حالیکه مطالعات نشان می دهد ۸۵-۷۵ درصد بیماران در طول یک سال نیاز به مراقبتهای اولیه، و نه تخصصی، دارند. به عبارت دیگر ارجاع و مشاوره با متخصص تنها ۱۲-۱۰ درصد و ارجاع به سطوح بالاتر مراقبت فقط برای حدود ۵ درصد موارد ضروری میباشد (۱۰).

یافته های این بررسی نشان می دهد افراد بیمه شده که درصد بالایی از این پژوهش را تشکیل می دهند، در مقایسه با بیمه نشدگان بیشتر از مشاوره پزشکان و دیگر درمانگران استفاده می کنند و نتایج دیگر مطالعات نیز حاکی از آن است که اصلاح نظام بیمه و ترویج بیمه همگانی به عنوان راهکارهایی مناسب جهت بهبود الگوی مصرف خدمات سلامتی توصیه می شود که موید یافته های این بررسی است. البته این امر می تواند ضمن افزایش مصرف نامناسب خدمات درمانی (البته در شرایطی خاص)، رفتارهای پیشگیرانه را را به طور مستقیم و غیر مستقیم تقویت نماید (۱۱).

در مطالعه بابر شیخ ۲۰۰۴ عواملی نظیر فقر اقتصادی اجتماعی، کمبود دسترسی فیزیکی و بعد خانوار با رفتار در جستجوی درمان رابطه داشته که موید یافته های این بررسی است.

همچنین در مطالعه جورج گوتساده ۲۰۰۵، بیان می کند استفاده از خدمات بهداشتی درمانی به عنوان بار مالی محسوب شده و پرداخت های بخش خصوصی از جمله پرداخت های توجیبی سدی برای استفاده از خدمات ایجاد می کند که این امر نیز موید یافته های این پژوهش است (۱۲).

محدودیت های این پژوهش شامل این موارد است: مبنای اطلاعات خود ارزیابی پاسخ دهندگان از ابتلا به بیماری بود بنابراین امکان مواجهه با کم یا زیاد گزارش دهی افراد از وقوع بیماری وجود دارد بنابراین بهتر است نتایج پژوهش با احتیاط مورد استفاده قرار گیرد. حساسیت پاسخ گوینان به عنوان اقلیت مذهبی به سوالات توجیه آنان را برای همکاری مشکل می نمود، به اضافه اینکه اظهارات شخص پاسخگو در ارزیابی از سلامت و بیماری خود همواره می تواند از آگاهی، عدم آگاهی حساسیت و دیگر انگیزه ها و رانه های فردی تاثیر پذیرد. نکته دیگر اینکه این پژوهش مانند دیگر پژوهش هایی که برای اولین بار در یک محیط

همانگونه که مشاهده می شود با کاهش رضایت از وضعیت اقتصادی درصد تکمیل دوره درمان کاهش پیدا می کند اما همواره تکمیل دوره درمان درصد بالاتری نسبت به عدم تکمیل دوره درمان دارد. بین این دو متغیر رابطه معنی دار دیده می شود ( $P=0.01$ ). نتایج این بررسی همچنین حاکی از آن است درصد بالاتری از افراد بیمه شده جهت اقدام به درمان به مطب پزشک مراجعه می کنند (۶۶.۴٪) در حالی که درصد بالاتر افراد بیمه نشده به بیمارستان دولتی، بیمارستان خصوصی، درمانگاه مراجعه می کنند (۴۵.۵٪). بین این دو متغیر رابطه معنی دار دیده می شود ( $P=0.03$ ). بنا به یافته های این بررسی درصد بالاتری از افراد بیمه شده از مشاوره پزشکان و دیگر درمانگران استفاده می کنند (۴۷.۵٪). در حالی که افراد بیمه نشده بیشتر از مشاوره والدین یا همسر استفاده می کنند (۵۴.۵٪). بین این دو متغیر نیز رابطه معنی دار دیده شد ( $P=0.02$ ).

### بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاکی از آن است که درصد بالایی از افراد مورد مطالعه تحت پوشش بیمه درمانی قرار دارند و نتیجه این مطالعه تا حدی با قانون بیمه همگانی سال ۱۳۷۳ که به تصویب مجلس شورای اسلامی همخوانی دارد. در تحلیل رفتار در جستجوی درمان افراد و الگوهای مصرف و بهره مندی از خدمات سلامت در سطح جامعه، و همکاران به کرات در مطالعات متعدد مدل Anderson 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 (۸). همانگونه که مشاهده می شود متغیرهای جنس، محل تولد، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، میزان اشتغال، وضعیت اقتصادی فرد و داشتن بیمه درمانی با حداقل یکی از رفتارهای در جستجوی درمان شامل نوع اقدام به درمان در هنگام بیماری، دلایل اهمیت ندادن به بیماری، مراجعه به درمانگر در مراحل مختلف بیماری، منابع مشاوره دهنده در هنگام بیماری و اولین محل برای دریافت خدمات رابطه معنی دار نشان داده است. یافته های این بررسی نشان می دهد در زنان مورد بررسی، هیچ موردی از بی توجهی به مشکل به وجود آمده گزارش نشده است. در حالی که در مطالعه ای که توسط Masud Ahmed ۲۰۰۰، در رابطه با جنسیت و شرایط اقتصادی اجتماعی و رفتار در جستجوی درمان انجام شده به این نکته اشاره شده است که زنان در مقایسه با مردان تعداد کمتری بیماری را گزارش می کنند (۹). طبق نتایج این مطالعه اولین نوع اقدام به درمان

انتخاب می نمایند. بدین صورت که زرتشتیان ساکن در شهرستان یزد در حال تاسیس کلینیکی از پزشکان زرتشتی جهت دسترسی آسوده تر این افراد هستند. از مهم ترین و تاثیرگذار عوامل تعیین کننده رفتار در جستجوی درمان در این گروه میزان تحصیلات، اشتغال و وضعیت بیمه درمانی افراد است.

اجتماعی متعلق به یک اقلیت صورت می گیرد از موانع ویژه خود به ویژه در جمع آوری اطلاعات در فضای تقریباً کمتر توسعه یافته رنج می برد.

از مهم ترین نتیجه های این پژوهش می توان به این امر اشاره نمود که اقلیت زرتشتی ساکن شهرستان یزد بیشتر تمایل به مراجعه به مطب های خصوصی داشته که از بین پزشکان در اولین قدم پزشکان آشنا و هم کیش خود را

## References

- (1) WHO, 2000. World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO.
- (2) Mc Kian S., 2003, A review of Health Seeking Behavior: Problems and Prospects. Health System Development Program, University of Manchester.
- (3) Grover, A. et al., 2006. Socio-demographic Determinants of Treatment-Seeking Behavior among Chest Symptomatic, Indian Journal of Community Medicine Vol. 31, No. 3.
- (4) Sadaghiani E., 2005. Assessment of Health care and hospital standards, Jafari publication, pp 28-29, [In Persian]
- (5) Pourreza A., 2004. Health Economics in developing countries, high institute of research and education, management and planning, pp 243-248, [In Persian]
- (6) 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.
- (7) Shaikh, B and Hatcher, J , 2004 Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers, Journal of Public Health, doi:10.1093/pubmed/fdh207, pp. 1 of 6. .
- (8) 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
- (9) Ahmed, S. A. et al., 2000, Gender, socioeconomic development and health-seeking behaviour in Bangladesh, Social Science & Medicine 51 (2000) 361±371
- (10) Starfield, B., 1998. Primary Care: Concept Evaluation and policy. New York: Oxford University Press pp 213-241
- (11) Pourreza A. et al., 2009. A study on health seeking behavior of Tehran city residents and its affective factors, journal of school of public health and research institute, Vol. 7, No. 2, pp 1-13.
- (12) Gotsadzde, G. et al., Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia, Published by Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine, 10.1093/heapol/czi029, 2005.

## Health seeking behavior study among Zoroastrian residing in Yazd Province, in 2009

Mohegh M.<sup>1</sup>, Pourreza A.\*<sup>2</sup>, Rahimi A.<sup>3</sup>, Akbari Sari A.<sup>4</sup>, Nekouyimoghadam M.<sup>5</sup>

Submitted: 1.1.2012

Accepted: 9.5.2012

### Abstract:

**Background:** People give you an idea about variety of behaviors when confronting diseases. Different factors such as age, sex, economic and social situations have effect on its. Recognition of these behaviors helps politicians to deliver better services. This study aimed to identify health seeking behaviors of Zoroastrian residing in Yazd province due to advanced number of them in comparison to the other provinces.

**Materials & Methods:** This study is a cross sectional. The sample size was 196 cases which selected by using simple sampling method. The data was collected via the questionnaire, then data were analyzed by spss.11 software with two test of chi square and exact test of Fisher.

**Results:** The findings showed that 64.3% of the population was female whereas remaining 35.7% were male. 15.58% of participants were single, 76.5% married and the rest of them (7.7%) were widow. Data indicated that 4.1% of individuals were illiterate, 17.3% were high school, 51.3% had diploma, 23.5% had Bachelors degree and 3.6% had Masters Degree or Ph.D. 43.4% of studied population were unemployed and the rest of them (46.7%) were employed. 94.4% of participants had health insurance whereas 5.6% did not had uninsured card. The results showed that the following direct variables had relation with the following mentioned indirect variables; sex with the action during the period of being sick, Place of born with reasons of neglecting sickness, marital status with action during the period of being sick, educational status with action during the period of being sick and referring to practitioner in different stages if sickness and using consultation of different groups, occupational status with the first place to get medical treatment, economical status with reasons of neglecting sickness and completion of treatment period and having health insurance with action during the period of being sick and using consultation of different groups.

**Conclusion:** Considering the fact that educational, occupational and economic status have relation with health seeking behaviors in individuals, developed in education and occupation status could be lead a chance to choose a better health behavior in people.

**Key Words:** Health seeking behavior, Zoroastrian, Yazd

<sup>1</sup> M.S in Health Care Management, Tehran University of Medical Sciences

<sup>2</sup> Full Professor, Department of Health Economics and Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences. (\*Corresponding Author) E-mail: abolghasemp@yahoo.com

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Health Economics and Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences.

<sup>4</sup> Associate Professor, Department of Health Economics and Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences.

<sup>5</sup> Associate Professor, Department of Health Economics and Management, School of Management and Medical Information, Kerman University of Medical Sciences.

