



## بررسی نیازهای برآورده نشده سلامت و موانع دسترسی مرتبط با آن

چکیده \_\_\_\_\_ عزیز رضاپور<sup>۱</sup> / محمود محمودی<sup>۴</sup> / حسن ابوالقاسم گرجی<sup>۲</sup> / سعید باقری فرادنبه<sup>۶</sup> / صدیقه اسدی<sup>۷</sup> / نگار یوسف زاده<sup>۸</sup> / ستاره میرمحمدصادقی<sup>۹</sup> / مریم اسعدی آقاجری<sup>۱۰</sup> / محمدحسین غفوری<sup>۱۱</sup>

مقدمه: نیازهای برآورده نشده عبارت است از تفاوت بین خدمات مورد نیاز با توجه به مشکلات سلامت افراد و خدماتی که واقعاً دریافت می‌کنند. نیازهای برآورده نشده ابزاری ساده جهت پیش دسترسی و وسعت نابرابری‌ها در دسترسی و مصرف می‌باشد. در مطالعه حاضر سعی شده است تا برخی دلایل وجود نیازهای برآورده نشده سلامت تعیین گردد. روش کار: مطالعه حاضر یک پژوهش مقطعی مبتنی بر جمعیت می‌باشد. نمونه مطالعه شامل ۷۹۲ خانوار ساکن شهر تهران است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت (بخش خانوار) و زمان گردآوری داده‌ها سال ۱۳۹۱ بود. جهت تحلیل یافته‌ها از مدل لاجیستیک و نرم افزار STATA12 استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهد دلایل عنوان شده برای عدم مراجعه جهت دریافت نیازهای مراقبت سلامت به ترتیب عبارتند از: به صرفه نبودن از لحاظ اقتصادی، عدم تمکن مالی، نداشتن وقت کافی، خود درمانی، دوری مسیر، عدم پوشش بیمه و عدم اطلاع از محل ارائه. عوامل اجتماعی- اقتصادی اثر گذار بر افزایش احتمال دسترسی به تمام نیازهای سلامت عبارت بودند از مالکیت اسکان و فقر.

نتیجه گیری: با توجه به اینکه مطالعات مختلف نشان داده است وجود نیازهای برآورده نشده می‌تواند پیامدهای زیانباری مانند: وخیم تر شدن شرایط سلامت و کیفیت زندگی، افزایش ریسک مرگ و میر و به وجود آمدن مجموعه علائم بیماری‌های روحی و روانی در پی داشته باشد، لذا رفع موانع اجتماعی- اقتصادی مانند عدم پوشش بیمه، کاهش هزینه‌ها، کاهش نابرابری‌های اقتصادی و اصلاح نظام‌های پرداخت باید در اولویت‌های سیاست گذاری قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: عدالت در سلامت، دسترسی به خدمات سلامت، نیازهای برآورده نشده، مدل لاجیستیک

• وصول مقاله: ۹۳/۲/۲۴ • اصلاح نهایی: ۹۳/۵/۲۸ • پذیرش نهایی: ۹۳/۶/۳

۱. استادیار گروه اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. قطب علمی آموزشی مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. استاد گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۶. کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۷. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۸. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۹. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران
۱۰. کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مراغه، مراغه، ایران
۱۱. کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران؛ نویسنده مسئول (mh-ghafuri@razi.tums.ac.ir)

## مقدمه

اهمیت حق برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در تدارک سلامت به منظور انجام فعالیت‌های اجتماعی و فراهم آوری فرصت‌های برابر در جامعه است و در این راستا فاکتورهای تأمین مالی، دسترسی و بهره‌مندی پیش‌زمینه ایجاد عدالت در جامعه بشری می‌باشند [۱]. اما وظیفه سیاست عدالت در سلامت رفع تمام تفاوت‌ها در حوزه سلامت نیست تا تمام افراد به سطح یکسان سلامت برسند، بلکه هدف حذف آن دسته از عوامل مستعد کننده‌ای است که اجتناب پذیرند و غیرمنصفانه محسوب می‌گردند [۲].

از جمله این عوامل، فاکتورهای اثرگذار بر دسترسی به خدمات سلامت می‌باشد. زیرا که امکان دارد گروهی از خانوارها به دلایل گوناگونی به نیازهای خود دسترسی نداشته باشند و از پیگیری درمان صرف نظر کنند، که این باعث تنزل سطح سلامت و بهداشت خانوارها و جامعه خواهد شد [۳].

دسترسی عبارت از قدرت و توانایی برای اقدام در استفاده از منابع پزشکی در هر شرایطی می‌باشد [۴]. به همین دلیل، دسترسی به عنوان آزادی در استفاده از خدمات معنا می‌شود.

فرصت استفاده از خدمات صرفاً زمانی وجود خواهد داشت که خدمات قابل قبول و مقرون به صرفه برای دریافت کنندگان خدمت در یک سیستم وجود داشته باشد [۵]. بهترین

و ساده‌ترین تعریف برای برابری در دسترسی به خدمات سلامت عبارت است از اینکه آیا مردم خدمات پزشکی مورد نظر خود را با توجه به مشکلات سلامتی‌شان دریافت می‌کنند

یا خیر؟ [۶]. دسترسی را شاید نتوان به عنوان استفاده از خدمات، تفسیر نمود. به خاطر دلایل منطقی فراوان (مانند تفاوت‌های موجود در ترجیحات مصرف‌کننده)، کسانی که

نیازهای مشابه دارند حتماً استفاده یکسانی از خدمات و فرصت‌های خود ندارند. از دیدگاه سیاست‌گذاری سلامت، ارتقاء دسترسی مناسب‌تر است، لذا اطمینان از آزادی برابر در

استفاده از خدمات؛ که بر نقش برجسته ترجیحات زمانی اشاره دارد، بهتر از تلاش برای استفاده برابر از خدمات می‌باشد [۵].

قطعاً مصرف خدمات یک شاخص ناقص جهت اندازه‌گیری عدالت در نظام سلامت است. حتی اگر به طور مثال، تحلیل‌های مصرف بر اساس چارچوب‌های اجتماعی - اقتصادی، جهت نشان دادن اهمیت ارتقاء کارکرد نظام سلامت برای طبقه فقیر جامعه به طور گسترده‌ای به کار برده شود. نابرابری‌هایی که به صورت مکرر در خدمات سلامت، بین گروه‌های مختلف جمعیتی درک می‌گردد، به عنوان شاخصی در زمینه بی‌عدالتی‌ها در دسترسی به خدمات سلامت شناخته می‌شود. البته بی‌عدالتی‌های ساختاری الگوهای نامتعارف مصرف را موجب می‌گردد؛ اما برعکس این حالت الزاماً درست نیست. یعنی الگوهای نامتعارف مصرف می‌تواند به دلایل دیگری نیز به وجود بیاید و همه این الگوها به دلیل بی‌عدالتی نیست. ممکن است در نگاه اول به وضوح مشخص نگردد که چرا بهره‌برداری از خدمات را نباید به عنوان نشان دهنده‌ای برای خدمات سلامت منصفانه به کاربرد. مصرف نه می‌تواند در مورد فرآیند تبادل فی مابین نظام سلامت و مصرف‌کنندگان که نماینده الگوهای مصرف یک گروه اجتماعی - اقتصادی خاص هستند چیزی بگوید، نه می‌تواند بازتابی برای نشان دادن کفایت و مناسب بودن خدمات باشد [۵].

دسترسی ابعاد گوناگونی دارد. سه بعد اصلی دسترسی شامل فراهم بودن (Availability) که گاهی اوقات به مفهوم دسترسی فیزیکی در نظر گرفته می‌شود، به صرفه بودن از لحاظ مالی (Affordability) (اکثراً به عنوان دسترسی مالی و استطاعت در نظر گرفته می‌شود)، و مقبولیت (Acceptability) (که گاهی به عنوان دسترسی فرهنگی در نظر گرفته می‌شود) می‌باشند که در متون علمی مکرراً با آنها روبرو می‌شویم و با رویکردی که در مطالب قبلی گفته شد سازگاری بیشتری دارند [۵].

نیازهای برآورده نشده عبارت است از تفاوت بین خدمات مورد نیاز با توجه به مشکلات سلامت افراد و خدماتی که واقعاً دریافت می‌کنند [۷]. نیازهای برآورده نشده ابزاری ساده جهت پایش دسترسی و وسعت نابرابری‌ها در دسترسی

(عوامل مؤثر بر کاهش احتمال مواجهه خانوار با نیازهای برآورده نشده سلامت) تعیین گردد. ملاحظه می‌شود که هم در جدول (۱) و هم در جدول (۲) پوشش بیمه در خانوارهای مطالعه‌شده نبوده است احتمال دسترسی خانوارها را به تمام نیازهای سلامت افزایش دهد. همانطور که در جدول (۱) و (۲) مشاهده می‌شود آماره  $P=0.6$  می‌باشد ( $P>0.05$ ) که نشان می‌دهد ضریب مربوط به پوشش بیمه‌ای از نظر آماری معنی‌دار نیست. به بیان دیگر بیمه‌گذار نبوده است تا تعداد نیازهای بدون پاسخ را در یک سطح معنا داری کاهش دهد، یا بهتر است بیان شود، بیمه هیچ ارتباط معنی‌داری با دسترسی به نیازهای سلامت خانوارهای مطالعه‌شده نداشته است.

### روش کار

مطالعه به صورت یک مطالعه مقطعی با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای - خوشه‌ای طراحی شد. واحد نمونه‌گیری در این مطالعه اعضای خانوار معمولی شهری است که در حوزه شهر تهران مدت سکونت حداقل یک سال قبل از تاریخ اخذ اطلاعات (۱۳۹۱) را داشته‌اند. شرط ورود به قسمت تحلیل نیز وجود حداقل یک نیاز سلامت در خانوار می‌باشد. دوره یادآوری برای بیماران سرپایی در این مطالعه چهار هفته و برای بیماران بستری یک سال در نظر گرفته شد. با توجه به اینکه مطالعه اولیه نشان داد ۲۰ درصد از مردم دارای نیازهای برآورد نشده سلامت می‌باشند، با دقتی برابر با پنج درصد می‌توان مطالعه را با ۲۵۶ نمونه انجام داد.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * P(1-P)}{d^2} = \frac{4 * 0.2 * 0.8}{0.0025} = 256$$

اما ابتدا جهت پوشش اهداف بیشتر و استفاده‌های تحلیلی دیگر از داده‌ها، ۷۹۲ خانوار وارد مطالعه شدند. در ادامه خانوارهایی که به خدمات سلامت نیاز نداشتند، خود به خود از تحلیل‌ها حذف شدند. در نهایت نمونه دارای ۲۲ طبقه می‌باشد و احتمال وجود هر طبقه در مطالعه ۳۶ می‌باشد. البته

می‌باشد [۸]. مطالعات قبلی نشان داده است نیازهای برآورده نشده سلامت در نتیجه موانعی است که با نظام سلامت و تمایلات افراد مرتبط می‌باشد. بر طبق این مطالعات، این موانع به سه دسته کلی شامل: مسائل مربوط به هزینه دریافت خدمات سلامت، مسائل مربوط به ارائه خدمات سلامت و تمایلات فردی تقسیم می‌شوند [۸-۱۱].

مطالعه وستوف، کشورهای آسیایی را که نیازهای برآورده نشده سلامت در آن‌ها بیشترین شیوع داشت، مشخص نمود. بر اساس یافته‌های این مطالعه این کشورها به ترتیب عبارت بودند از پاکستان (۳۲ درصد)، نپال (۲۸ درصد) و فیلیپین (۲۶ درصد) [۱۲]. همچنین مطالعه بعدی در پاکستان نشان داد دلایلی از قبیل کیفیت پایین خدمات، حمایت‌های ضعیف دولت و فرهنگ خانواده‌ها از تعیین‌کننده‌های اصلی دسترسی به نیازهای سلامت بودند [۱۳]. مطالعه در کشور هند نیز نشان داده است این کشور دارای بیشترین نیازهای برآورده نشده سلامت در میان زنان است (۳۱ میلیون زن متأهل برابر با ۱۹/۵ درصد زنان متأهل) [۱۴].

مطالعات در سطح جهانی نیز نشان داده است کشورهای آفریقایی دارای بیشترین درصد نیازهای برآورده نشده در بین قاره‌های دیگر می‌باشند. نتایج نشان داده است در کشورهای جنوب صحرا از هر سه زن متأهل یک زن دارای یک نیاز برآورده نشده می‌باشد [۱۵].

در ایران نیز مطالعات قبلی نشان داده است نیازهای برآورده نشده سلامت برای برنامه‌های خانواده از ۳/۶ درصد در شهر تهران تا ۳۱/۳ درصد در روستاهای سیستان و بلوچستان متغیر است. میانگین این نیازهای برآورده نشده نیز برابر با ۷/۶ درصد بود. دلایل وجود نیازهای برآورده نشده نیز بیشتر عبارت بودند از محل زندگی، وضعیت شغلی، دسترسی به رسانه‌های جمعی، سطح تحصیلات و استانداردهای زندگی [۱۶].

در مطالعه حاضر، سعی شده است تا برخی دلایل وجود نیازهای برآورده نشده سلامت و عوامل مؤثر بر نسبت شانس (احتمال رخ داد یک واقعه تقسیم بر احتمال رخ داد واقعه دیگر) وضعیت دسترسی خانوار به خدمات مورد نیاز سلامت

نکرده است. در مطالعه حاضر از مدل لاجیت و نرم افزار stata12 استفاده شده است.

$$f(y_i) = \Pi_i^{y_i} (1 - \Pi_i)^{1-y_i}$$

$Y_i$  یک متغیر موهومی است و می‌تواند مقادیر (۱) یا (۲) (وقوع یا عدم وقوع) را اختیار نماید. در این مدل شکل تابع به صورت زیر می‌باشد: در این تابع، احتمال آنکه خانوار به تمام نیازهای سلامت خود دسترسی داشته باشد یا نیاز برآورده نشده ای نداشته باشد، عبارتست از:

$$p(y_i = 1 / x_i) = \Pi_i$$

$$E(y / x) = p(y_i = 1 / x_i) = \Pi_i = G(x_i' \beta)$$

$$(x_i' \beta) = \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n$$

$$G(x_i' \beta) = \frac{e^{x_i' \beta}}{1 + e^{x_i' \beta}} \Rightarrow \Pi_i = \frac{e^{x_i' \beta}}{1 + e^{x_i' \beta}}$$

تخمین این مدل با روش MLE (Multiple Likelihood Estimation) انجام گرفت [۱۷].

در این مطالعه منظور از نیاز به خدمات مراقبت سلامت در حوزه‌های سرپایی و بستری، نیاز احساس شده مبتنی بر خود گزارشی (ناخوشی و احساس نیاز) خانوار می‌باشد. همچنین مفهوم دسترسی اقدام برای برخورداری از خدمات بستری و سرپایی سلامت (دسترسی مالی، فرهنگی، جغرافیایی، خبری و تکنولوژیکی) در خانوارهای مورد مطالعه در سال مطالعه می‌باشد. نیازهای برآورده نشده نیز عبارت است از نیازی که فرد به وجود آن پی برده اما به دلایل مختلف برای درمان پیگیری نکرده است.

در مدل لاجستیک مطالعه متغیرهای مستقل عبارتند از مالکیت اسکان (دو طبقه، خانوار مالک = ۱ و خانوار مستاجر = ۰)، خط فقر (دو طبقه، خانوار بالای خط فقر = ۰ و خانوار زیر خط فقر = ۱) و پنجک درآمدی (دارای پنج طبقه، پنجک های ۱- فقیر ترین - تا ۵- ثروتمند ترین -). متغیر وابسته نیز دسترسی به

با این حجم نمونه طبقات با یکدیگر قابل مقایسه نیست و نباید اینگونه مدنظر قرار گیرد که هر طبقه نمونه کامل یک منطقه از شهر تهران می‌باشد، بلکه کل حجم نمونه است که معرف خانوارهای شهر تهران می‌باشد. در مرحله بعد با توجه به این که هر منطقه دارای چندین ناحیه و هر ناحیه مشتمل بر چندین محله بود، لذا با روش نمونه گیری خوشه‌ای از هر منطقه به تصادف یک ناحیه و از هر ناحیه به تصادف یک محله برای مطالعه انتخاب شد. با توجه به عدد فاصله، خانوارهای مورد مطالعه از بلوک‌ها مشخص شدند. نمونه گیری در بلوک‌ها شامل سه مرحله بود: مرحله اول شامل تعیین مشخصات نمونه گیری، مرحله دوم انتخاب نمونه‌ها و مرحله سوم تکمیل پرسشنامه‌ها.

اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسش نامه پیمایش جهانی سلامت که به منظور سنجش عملکرد نظام سلامت نگاشته شده است جمع آوری شد. این پرسشنامه از سه بخش اصلی اطلاعات شناسایی، پرسشنامه خانوار و پرسشنامه فردی تشکیل شده است. در این مطالعه از پرسشنامه خانوار استفاده شده است. در قسمت اول پرسشنامه در مورد وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانوار سؤالاتی پرسیده می‌شود و درآمد خانوار با توجه به مخارج ناخالص خانوار محاسبه می‌شود. در قسمت دوم در مورد اینکه آیا هیچ یک از اعضای خانوار به خدمات سلامت نیاز داشته‌اند یا خیر تحقیق می‌شود، سپس نوع نیاز مشخص می‌شود و در مرحله بعد در مورد اینکه آیا خانوار برای دریافت خدمات مورد نیاز اقدام نموده است یا خیر یک سؤال پرسیده می‌شود. نهایتاً در قسمت سوم، دلایل عدم مراجعه خانوار جهت دریافت خدمات مورد نیاز با توجه به گزینه‌های موجود در پرسشنامه مشخص می‌گردد. شیوه جمع آوری داده‌ها از طریق مصاحبه حضوری پژوهشگر با سرپرست و افراد آگاه از اطلاعات مورد نیاز پژوهش بود.

ماهیت متغیرهای موهومی و مدل لاجستیک: موارد متعددی وجود دارد که در آن‌ها متغیر وابسته منقسم به دو گروه است مثلاً یک خانواده از خدمات سلامت استفاده کرده یا استفاده

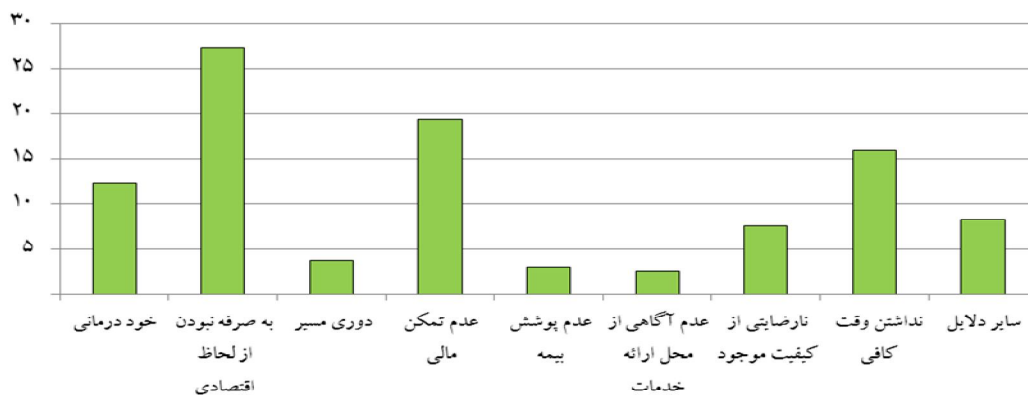
یک نیاز بدون پاسخ داشته اند و از مجموع ۵۳۱ نیاز ابراز شده ۱۳۴ نیاز بدون پاسخ باقی مانده بودند (۲۶ درصد نیاز بدون پاسخ).

نمودار (۱) نشان دهنده دلایلی است که پاسخ دهندگان به عنوان علتی جهت عدم پیگیری شان برای دریافت علت عنوان نموده بودند. مشاهده می شود، عمده دلایل عدم اقدام به صرفه نبودن از نظر اقتصادی و عدم تمکن مالی می باشد.

تمام نیازها می باشد (دو طبقه، خانواری که به تمام نیازهای خود دسترسی داشته است - نیاز برآورده نشده نداشته - و خانواری که به تمام نیازهای خود دسترسی نداشته است - حداقل یک نیاز برآورده نشده سلامت داشته است).

### یافته ها

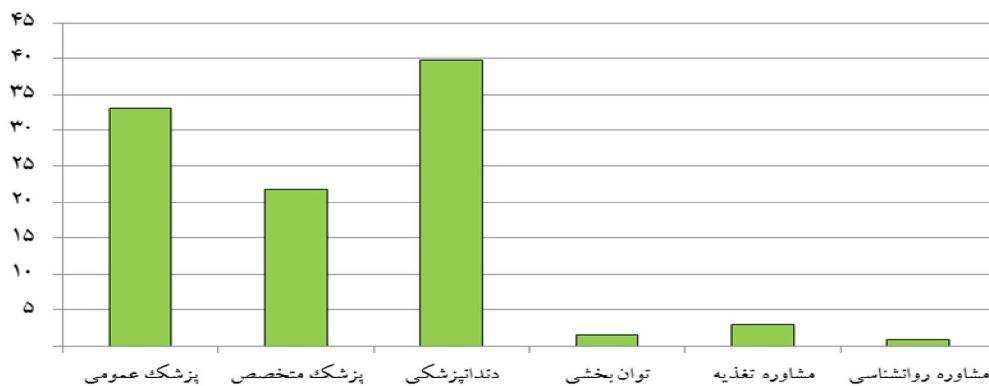
یافته های پژوهش نشان داد از مجموع ۷۹۲ خانوار مطالعه، ۵۱۵ خانوار به خدمات سلامت نیاز داشته اند و ۱۰۷ خانوار حداقل



### نمودار ۱: موارد عنوان شده توسط خانوارهای مطالعه به عنوان دلیلی برای عدم پیگیری نیازهای

نظر تعداد مربوط به پزشک عمومی بود (۴۴ نیاز بدون پاسخ، ۳۲/۴ درصد از کل نیازهای بدون پاسخ) و نیاز بدون پاسخ سوم مربوط به پزشک متخصص بود (۲۹ نیاز بدون پاسخ، ۲۱/۷ درصد از کل نیازهای بدون پاسخ). بقیه نیازهای بدون پاسخ از نظر تعداد و درصد ناچیز بودند.

در نمودار (۲) نیز انواع نیازهای بدون پاسخ شناسایی شده به همراه نسبت آن ها از کل نیازهای بدون پاسخ درج شده است. ملاحظه می شود بیشترین نیازهای بدون پاسخ از نوع خدمات دندانپزشکی بوده است (۵۳ نیاز بدون پاسخ و ۳۹/۸ درصد از کل نیازهای بدون پاسخ)، دومین نوع نیازهای بدون پاسخ از



### نمودار ۲: انواع نیازهای بدون پاسخ در خانوارهای مورد مطالعه

جدول (۱) بررسی توصیفی و معنی داری برخی عوامل اجتماعی-اقتصادی منتخب با دسترسی به کلیه نیازهای سلامت می‌باشد. البته مالکیت اسکان و فقر تنها متغیرهایی هستند که ارتباط معنا داری را نشان می‌دهند. همانطور که مشاهده می‌شود ۴۲ درصد خانوارهایی که مستأجر بوده اند حداقل یک نیاز بدون پاسخ داشته اند. همچنین ۱۸ درصد خانوارهایی که زیر خط فقر بوده اند نیز حداقل یک نیاز بدون پاسخ داشته اند. در ستون جمع جدول (۱) نیز می‌توان وضعیت کلی متغیرها بدون توجه به دسترسی به کلیه نیازهای سلامت را مشاهده نمود؛ به طور مثال ۶۵ درصد از خانوارهای مطالعه مالک و ۳۵ درصد مستأجر بوده اند.

لازم به ذکر است یافته‌ها نشان می‌دهد در مجموع ۱۱۳ نیاز به خدمات دندانپزشکی ابراز شده بود و همانگونه که عنوان گردید ۵۳ نیاز بدون پاسخ مانده بود و تنها ۶۰ نیاز ابراز شده بود. به بیان دیگر در جامعه مورد مطالعه ۴۷ درصد از نیازهای دندانپزشکی خانوارها بدون پاسخ باقی مانده بود. در مورد پزشک متخصص نیز در مجموع ۲۲۸ نیاز ابراز شده بود که به بیان دیگر ۱۲/۷ درصد از نیازها بدون پاسخ باقی مانده بودند. مجموع نیازهای ابراز شده به خدمات پزشک عمومی نیز برابر با ۱۹۰ نیاز بود و می‌توان عنوان نمود که ۲۳/۱ درصد از نیازها به پزشک عمومی بدون پاسخ باقی مانده بود.

جدول ۱: رابطه وضعیت دسترسی خانوارها به تمام نیازهای سلامت و متغیرهای مطالعه

Pearson- $\chi^2$ (P)	جمع	دسترسی به تمام نیازهای سلامت		ویژگی
		نداشته	داشته	
				<b>مالکیت اسکان</b>
۹/۹ (۰/۰۰۲)	۵۱۴ (٪۶۴/۹)	۵۵ (٪۱۰/۷)	۴۵۹ (٪۸۹/۳)	مالک
	۲۷۸ (٪۳۵/۱)	۱۱۹ (٪۴۲/۸)	۱۵۹ (٪۵۷/۲)	مستاجر
				<b>درآمد خانوار</b>
۷/۵ (۰/۱)	۴۴۴ (٪۵۶/۱)	۷۳ (٪۱۶/۴)	۳۷۱ (٪۸۳/۶)	پنجک ۱
	۲۵۸ (٪۳۲/۶)	۲۶ (٪۱۰/۱)	۲۳۲ (٪۸۹/۹)	پنجک ۲
	۵۹ (٪۷/۴)	۵ (٪۸/۵)	۵۴ (٪۹۱/۵)	پنجک ۳
	۱۹ (٪۲/۴)	۲ (٪۱۰/۵)	۱۷ (٪۸۹/۵)	پنجک ۴
	۱۲ (٪۱/۵)	۱ (٪۸/۳)	۱۱ (٪۹۱/۷)	پنجک ۵
				<b>تحصیلات سرپرست</b>
۰/۶ (۰/۷)	۲۲۰ (٪۲۷/۸)	۳۳ (٪۱۵)	۱۸۷ (٪۸۵)	بیسواد و دبستان
	۲۳۸ (٪۳۰/۱)	۳۰ (٪۱۲/۶)	۲۰۸ (٪۸۷/۴)	راهنمایی، دبیرستان
	۳۳۴ (٪۴۲/۲)	۴۴ (٪۱۳/۲)	۲۹۰ (٪۸۶/۸)	دانشگاهی
				<b>پوشش بیمه ای</b>
۰/۳۱۵ (۰/۶)	۱۸۳ (٪۲۳/۱)	۲۷ (٪۱۴/۸)	۱۵۶ (٪۸۵/۲)	ندارد
	۶۰۹ (٪۷۶/۹)	۸۰ (٪۱۳/۱)	۵۲۹ (٪۸۶/۹)	دارد
				<b>خط فقر</b>
۸/۱ (۰/۰۰۴)	۴۹۸ (٪۶۲/۹)	۵۴ (٪۱۰/۹)	۴۴۴ (٪۸۹/۱)	خانوار بالای خط فقر
	۲۹۴ (٪۳۷/۱)	۵۳ (٪۱۸)	۲۴۱ (٪۸۲)	خانوار زیر خط فقر

می‌شود خانوارهای مالک مسکن با نسبت شانسی بالاتر از یک، با احتمال بیشتری به تمام نیازهای سلامت خود دسترسی

جدول (۲) مربوط به برآورد نسبت شانس عوامل مؤثر بر وضعیت دسترسی به تمام نیازهای سلامت می‌باشد. مشاهده

خط فقر برابر با ۰/۵۴۲ می‌باشد که حاکی از این است احتمال دسترسی به تمام نیازها در این خانوارها تقریباً نصف خانوارهای دیگر می‌باشد. آماره  $P=۰/۰۰۴$  می‌باشد ( $P<۰/۰۰۵$ ) که نشان می‌دهد این ضریب از نظر آماری معنی دار می‌باشد (خط فقر در مطالعه حاضر حدود ۶۹۰۰۰۰ تومان محاسبه شد).

داشته اند. به بیان دیگر خانوارهای مالک مسکن با احتمال ۱/۹۷ برابر (تقریباً دو برابر) بیشتر از خانوارهای مستأجر به تمام نیازهای خود دسترسی داشته‌اند. آماره  $P=۰/۰۰۲$  ( $P<۰/۰۰۵$ ) نیز نشان می‌دهد این ضریب از نظر آماری معنی دار می‌باشد. همچنین خانوارهایی که زیر خط فقر بوده‌اند نیز از شانس کمتری برای دسترسی به نیازهای سلامت خود برخوردار بوده‌اند. نتایج نشان می‌دهد نسبت شانس برای خانوارهای زیر

جدول ۲: برآورد نسبت شانس عوامل مؤثر بر وضعیت دسترسی خانوار به تمام نیازهای سلامت

عوامل مؤثر	آماره ها	نسبت شانس (Odds ratio)	انحراف معیار	آماره Z	آماره P	سطح اطمینان ۹۵٪
مالکیت اسکان	۱/۹۷	۰/۴۳	۳/۱۳	۰/۰۰۲	۳/۰۲۷۲۱۲	۱/۲۹۰۲۹۸
فقیر بودن خانوار	۰/۵۴۲	۰/۱۲	-۲/۸۵	۰/۰۰۴	۰/۸۲۵۷۴۹۵	۰/۳۵۶۴۶۶۳
پوشش بیمه ای	۰/۸۴۷	۰/۲۲	-۰/۶۵	۰/۶	۱/۳۹۷۰۵۲	۰/۵۱۳۵۳۹۸
				LR chi2(1):۱۷/۶۴		
				Prob. > chi2:۰/۰۰۰۵		
				Pseudo R2:۰/۰۲۸		

### بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر مشخص شد عدم استطاعت مالی و به صرفه نبودن از لحاظ اقتصادی دو دلیل عمده برای عدم دسترسی به نیازهای سلامت بوده است. یعنی خانوارهای مطالعه یا پول کافی برای اقدام نداشتند یا اگر هم از لحاظ مالی توانایی داشتند بر این عقیده استوار بودند که قیمت ارائه خدمات به صرفه نیست و حاضر بودند تا این هزینه را در جای دیگری صرف کنند (هزینه فرصت بالای خدمات موجود). که این دو دلیل هر دو به بعد مالی دسترسی مربوط می‌باشند. در مدل رگرسیونی نیز مشخص شد خانوارهای زیر خط فقر و خانوارهای مستأجر نسبت به سایر خانوارها از شانس کمتری برای دریافت خدمات مورد نیاز خود برخوردار بودند که باز به مسائل مالی مرتبط می‌شود.

مطالعه دان در کانادا نیز نشان داد پنجگانه‌های بالاتر درآمدی نیازهای برآورده نشده کمتری دارند [۱۸]. در

مطالعه پاپا و همکاران در یونان که ۱۰ درصد نیازهای برآورده نشده گزارش شده بود؛ دلیل اصلی عدم مراجعه بیماران برای دریافت خدمات، هزینه بالای خدمات بود [۱۹]. در مجموعه مطالعات سلامت کشورهای سازمان همکاری‌های توسعه اقتصادی مشاهده شده است، بیشترین نسبت نیازهای برآورده نشده در خانوارهایی است که درآمدی کمتر از سطح متوسط داشته‌اند (البته به غیر از بریتانیا که این نسبت در گروه‌های درآمدی برابر می‌باشد). همچنین نتایج این مطالعات نشان می‌دهد علت اصلی عدم مراجعه برای دریافت خدمات مورد نیاز در گروه درآمدی پایین تر از متوسط عدم تمکن مالی می‌باشد. یونان، لهستان و استرالیا سه کشور اول از نظر وجود نیازهای برآورده نشده در گروه‌های درآمدی کمتر از متوسط بودند [۲۰]. در مطالعه‌ای در اوگاندا نیز مشخص شد زنانی که از ثروت بالاتری برخوردار بودند ۴۲ درصد کمتر از سایر زنان نیازهای برآورده نشده در برنامه سلامت

داشته اند [۲۱]. در مطالعه جدیدی در کشور هند نیز مشخص شد وضعیت مالی یکی از تعیین کننده های اصلی وجود نیازهای برآورده نشده سلامت می باشد [۲۲].

در مطالعه حاضر یکی دیگر از دلایل برای عدم مراجعه نداشتن وقت کافی بود، یعنی خدمات در مکان مناسب و با هزینه مناسب در اختیار مصرف کننده بود اما نیازمندان وقت کافی برای مراجعه نداشتند. در مجموعه مطالعات سلامت کشورهای سازمان همکاری های توسعه اقتصادی نیز مشاهده شد در گروه های درآمدی بالاتر از متوسط وقت انتظار طولانی مدت عمده ترین دلیل عدم مراجعه برای دریافت خدمات می باشد. نتایج مطالعه یونان نیز نشان داد که دلیل دوم جهت عدم مراجعه برای دریافت نیازهای سلامت نداشتن وقت کافی بود [۱۹].

از جمله یافته های مهم پژوهش حاضر این بود که پوشش بیمه پایه درمان نتوانسته بود دسترسی را بهتر کند، به بیان دیگر، بین پوشش بیمه و وضعیت دسترسی به تمام نیازهای سلامت هیچ ارتباط معناداری وجود نداشت. البته تا حد زیادی با توجه به نتایج منطقی به نظر می رسد؛ زیرا که اکثر نیازهای برآورده نشده مربوط به خدمات دندانپزشکی بود که بیمه تعهدات و پوشش ضعیفی نسبت به آن دارد. علاوه بر این ۲۳ درصد از خانوارها هم تحت پوشش هیچ بیمه ای نبودند. هر دوی موارد مذکور نشان دهنده ضعف شدید بیمه ها در کشور می باشد.

اما مطالعه ای در کشور آمریکا نشان می دهد افراد فاقد پوشش بیمه سه برابر بیشتر سایر افراد احتمال دارد تا با نیازهای برآورده نشده سلامت روبرو شوند [۲۳]. مطالعه آیانیان در آمریکا نیز نشان داد عدم پوشش بیمه یکی از عوامل مهم تعیین کننده وجود نیازهای برآورده نشده سلامت می باشد [۲۴].

در مطالعه حاضر (در جدول ۱) مشخص شد که بین سطح تحصیلات خانوار و وجود نیازهای برآورده نشده رابطه ای وجود ندارد، اما مطالعه کانادا نشان داد با افزایش سطح تحصیلات احتمال وجود یک نیاز برآورده نشده افزایش یافته بود. به طور مثال افراد دارای سطح تحصیلات دانشگاهی برای وجود یک نیاز برآورده نشده دارای بیشترین احتمال بودند [۱۸]. نتایج مطالعه یونان نشان می داد هرچه سطح تحصیلات افراد کمتر باشد موانع بیشتری بر سر راه دسترسی افراد وجود دارد [۱۹].

نتایج نشان داد دندانپزشکی، پزشک عمومی و پزشک متخصص سه خدمت عمده ای بودند که در این سه حوزه نیازهای برآورده نشده بیشتر از سایر حوزه ها وجود داشت. مطالعه ای در کشور آمریکا نیز نشان داد بیشترین نیاز برآورده نشده در بین کودکان این کشور نیز نیازهای دندانپزشکی می باشد [۲۳].

مسئله دیگر بحث خود درمانی بود که البته بیشتر یک پیامد وجود نیاز برآورده نشده و عدم دسترسی به نظر می رسد تا یک علت، به بیان دیگر خانوارها به علت عدم اقدام مجبورند تا دست به خود درمانی بزنند که این مسئله عواقب و پیامدهای خاص خود را خواهد داشت. که از بحث بیشتر در باره آن خودداری می شود.

البته عوامل اثر گذار دیگری نیز در سایر مطالعات وجود داشت مانند سن (افراد جوان تر نیازهای برآورده نشده بیشتری داشتند)، جنسیت (زنان نیازهای برآورده نشده بیشتری داشتند)، فرهنگ، قومیت، وضعیت سلامت؛ یعنی افرادی که دارای شرایط سلامت بدتری هستند نیز به سختی توانایی دارند تا به نیازهای خود دسترسی پیدا کنند [۱۹].

لازم به ذکر است در مطالعه حاضر هیچ کدام از خانوارها نبودند که به دلیل عدم مقبولیت فرهنگی یا مذهبی و قومیتی برای دریافت نیاز خود اقدام نکرده باشند.



در انتها نیز لازم است ذکر شود مطالعه حاضر با محدودیت‌های نیز به همراه بود. به عنوان مثال داده‌های مطالعه حاضر در سطح خانوار بود؛ شاید اگر داده‌هایی در سطح فردی جمع آوری شود نتایج بیشتر و بهتری ارائه گردد. همچنین وسعت شهر تهران و عدم همکاری مناسب خانوارها و محدودیت‌های مالی و امکانات مناسب جهت جمع آوری اطلاعات از دیگر محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر بود.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مطالعه حاضر تشکر و قدردانی صمیمانه خود را از سرپرستان و اعضای خانوارهایی که حاضر به همکاری در جمع آوری اطلاعات مورد نیاز شده و با کمال صداقت در تکمیل پرسشنامه‌ها ما را یاری نموده‌اند، اعلام می‌دارند.

نکته دیگر در مورد مدل رگرسیونی مطالعه این است که وجود ضریب تعیین پایین ( $R^2=0/028$ ) به هیچ وجه نشان دهنده ضعف مدل نیست، بلکه این ویژگی مدل‌های لاجستیک با متغیر وابسته موهومی می‌باشد [۲۵]، در عوض آزمون خوبی برازش هاسمر-لمشو با  $P\text{-value}=0/37$  نشان داد مدل به خوبی برازش شده است.

با توجه به اینکه مطالعات مختلف نشان داده وجود نیازهای برآورده نشده می‌تواند پیامدهای زیانباری مانند وخیم تر شدن شرایط سلامت و کیفیت زندگی [۲۶]، افزایش ریسک مرگ و میر [۲۷]، و به وجود آمدن مجموعه علائم بیماری‌های روحی و روانی گردد [۲۸]؛ برداشتن موانع اجتماعی-اقتصادی مانند عدم پوشش بیمه، دوری اماکن ارائه خدمات سلامت، کاهش هزینه‌ها، کاهش نابرابری‌های اقتصادی و اصلاح نظام‌های پرداخت بایستی در اولویت‌های سیاست گذاری قرار گیرد. ذکر این نکته نیز ضروری می‌باشد که وضعیت دریافت نیازهای دندانپزشکی در کشور به هیچ عنوان قابل قبول نیست.

به عنوان نتیجه کلی بحث می‌توان عنوان نمود وجود موانع مالی بر سر راه دستیابی به نیازهای سلامت خانوارها به هیچ وجه با اهداف نظام سلامت کشور همخوانی ندارد؛ بیمه‌ها نیز قادر نبوده‌اند موانع موجود را کاهش دهند. بسیاری از راهبردهای کلیدی در ابلاغیه اخیر مقام معظم رهبری به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی [۲۹] نیز به همین موارد مرتبط می‌شود که ضرورت تلاش جدی مسئولین در راستای اجرای این سیاست‌ها و برداشتن موانع موجود بر سر راه اجرای عدالت در دسترسی به خدمات سلامت را دو چندان می‌نماید.

## References

1. Ebadifard Azar F, Rezapoor A.[health care economics]. tehran: Ebadifar; 2010.[persian]
- 2.Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of health services* 1992; 22(3): 429-445.
- 3.Fazaeli AA.[survey equity inhealth financing in irans households]. *Journal of health administration* 2010; 13(14):51-62 [persian]
- 4.Culyer AJ. *The dictionary of health economics*. UK: Edward Elgar Publishing; 2008.
- 5.McIntyre D, Mooney G. *The economics of health equity*. London:Cambridge University Press; 2007.
- 6.Andersen R. Health status indices and access to medical care. *American Journal of Public Health* 1978; 68(5): 458-463.
- 7.Carr W, WolfeS. Unmet needs as sociomedical indicators. *International Journal of Health Services* 1976; 6(3): 417-430.
- 8.Allin S, Masseria C. Unmet need as an indicator of health care access. *Journal of Eurohealth* 2009; 15(3): 1-7.
- 9.Nelson CH, Park j. The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada. *Journal of Social Science & Medicine* 2006; 62(9): 2291-2300.
- 10.Sanmartin C. Changes in unmet health care needs. *Journal of Health reports/Statistics Canada*, Canadian Centre for Health Information 2001; 13(3): 15-21.
- 11.Sibley LM, Glazier RH. Reasons for self-reported unmet healthcare needs in Canada: a population-based provincial comparison. *Journal of Healthcare Policy* 2009; 5(1): 80-87.
- 12.Westoff CF, Bankole A. Unmet need: 1990-1994. *Journal of Macro international* 1995 16(6): 1-45.
- 13.Pasha O, Fikree FF, Vermund S. Determinants of unmet need for family planning in squatter settlements in Karachi Pakistan. *Asia-Pacific Population Journal* 2001; 16(2): 93-108.
- 14.Kaushik S. Unmet need for family planning: a comparative analysisof northern and southern states of India based on NFHS data. In: the Millennium Conference on Population Development and Environment Nexus New2000 February 14-16; Delhi India.
- 15.Ashford L. Unmet need for family planning : Recent trends and their implications for programs. 2003: Population Reference Bureau. Washington DC, USA. Available from: URL: <http://www.prb.org/Content/ContentGroups/Report/032/p-UnmetNeedFamPlan.pdf>
- 16.Motlaq ME. Contraceptive use and unmet need for family planning in Iran. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2013; 121(2): 157-161.
- 17.Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2nd ed. New york: John Wiley & Sons;2004.
- 18.Dunn JR, Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health

- Survey. Journal Social science & medicine 2000; 51(11):1573-1593.
- 19.Pappa E. Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. International journal of environmental research and public health, 2013; 10(5): 2017-2027.
- 20.Organization for Economicand Development. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. Oecd Publishing; 2011. Available From: URL: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-52-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-52-en).
- 21.Kisaakye P. Determinants Of Unmet Need For Contraception To Space And Limit Births Among Various Groups Of Currently Married Women In Uganda. European Scientific Journal 2013; 9(19): 822-831.
- 22.Barman S. Socio-economic and Demographic Determinants of Unmet Need for Family Planning in India and its Consequences. Journal of Research on Humanities and Social Sciences 2013; 3(3): 62-75.
- 23.Newacheck PW, Hughes DC, Stoddard JJ, Wong S, Hung Y. The unmet health needs of America's children. Pediatrics Joutnal 2000; 105(Supplement 3): 989-997.
- 24.Ayanian JZ. Unmet health needs of uninsured adults in the United States. Journal of American Medical Assiciation 2000; 284(16):2061-2069.
- 25.Gujarati DN.Basic econometrics. Tata McGraw-Hill Education; 2012.
- 26.McCarberg BH. The impact of pain on quality of life and the unmet needs of pain management: results from pain sufferers and physicians participating in an Internet survey. American journal of therapeutics 2008; 15(4)312-320.
- 27.Alonso J. Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. American journal of public health 1997; 87(3):365-370.
- 28.Westin M. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care:lack of confidence in the medical services a plausible explanation? Journal of Health Policy 2004; 68(3): 333-344.
29. [Announced Policies by the Supreme Leader of the Islamic Republic of Iran to the Ministry of Health and Medical Education]; 2014.[Persian]



# A Survey of Unmet Health Needs and the Related Barriers to Access Them

Rezapour A<sup>1,2,3</sup>/ Mahmoudi M<sup>4</sup>/ Gorji H A<sup>5,2</sup>/ Bagheri Faradonbeh S<sup>6</sup>/ Asadi S<sup>7</sup>/  
Yusef Zadeh N<sup>8</sup>/ Mirmohammad Sadeghi S<sup>9</sup>/ Asaadi Aghajari M<sup>10</sup>/ Ghafoori M H<sup>2,11</sup>

## Abstract

**Introduction:** Unmet needs are defined as the difference between services judged necessary to deal appropriately with health problems and services actually received. Unmet needs are considered as simple tools in monitoring the accessibility and the extent of inequity in access and use of health care.

**Methods:** This is a cross-section health survey. The sample consists of 792 households living in Tehran. Data were collected by the WHO (households) questionnaire in 2012, and were analyzed using Logistic Model and STATA12 software.

**Results:** The outcomes show that economical problems, lack of time, self-treatment, long distance to reach health facilities, deprivation of insurance coverage, and lack of adequate information about the locations of health care centres are all factors affecting patients' willingness to refer to these centres. The socio-economic factors which can enhance the probability of fulfilment of health care needs were found to be settlement ownership and poverty reduction.

**Conclusion:** Unmet needs can cause detrimental effects, such as worsening health situation and quality of life, increasing the risk of mortality and causing mental and psychosomatic disorders; therefore, policy makers should give high priority to eliminating socio-economic barriers, as lack of insurance coverage, as well as reducing the costs and economic inequalities, and payment systems reform.

**Key words:** Equity in health, Health care accessibility, Unmet needs, Tehran households, Logistic Model

• Received: 14/May/2014 • Modified: 19/August/2014 • Accepted: 25/August/2014

1. Assistant Professor of Health Economics Department, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Center of Excellence in Health Management and Economics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Professor of Epidemiology and Biostatistics Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5. Assistant Professor of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

6. MSc in Health Economics, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

7. MSc Student of Health Services Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

8. MSc Student of Health Services Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

9. MSc Student of Health Services Management, School of Management and economy, Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran, Tehran, Iran

10. MSc in Nursing, Islamic Azad University, Branch of Maragheh, Maragheh, Iran

11. MSc in Health Economics, Hospital Management Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Corresponding Author (mh-ghafuri@razi.tums.ac.ir)

