بررسی رفتار بیماران در زمان احساس نیاز به خدمات درمانی و عوامل مرتبط با آن در شهر کاشان ـ سال۱۳۸۳

دکتر سید اصغر رسولی نژاد[۱]، دکتر مهدی شاعری[۲]، دکتر عبدالحسین داوودآبادی[۳]، مریم سادات رسولی نژاد[٤]

خلاصه

سابقه و هدف: عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی و نیز پرداخت هزینه های درمانی تاثیر بسیاری بر رفتار بیماران در هنگام نیاز به خدمات درمانی دارد. با توجه به هزینه های سنگین بخش درمان، همچنین نقش اقدام بیماران در کنترل مالی هزینه های درمان و در نهایت سیر بهبودی و نیز عدم اطلاع از رفتار بیماران در اولین نقطه رفتار کمک جویانه، این مطالعه به منظور بررسی عوامل موثر بر رفتار بیماران هنگام نیاز به خدمات درمانی در سال ۱۳۸۳ درشهر کاشان انجام گردید.

مواد و روشها: این مطالعه یک پژوهش توصیفی از نوع مقطعی است که در آن ٤١٤ نفر از افراد جامعه به طور تصادفی انتخاب ومورد مطالعه قرار گرفتند. جهت انتخاب نمونه ها از روش نمونه گیری چند مرحله ای استفاده شد. بدین صورت که ابتدا شهر کاشان به ۵ منطقه تقسیم، سپس ۱۰ مرکز بهداشت انتخاب شد و آنگاه افراد مراجعه کننده برای دریافت خدمات بهداشتی در خوشه های مختلف مورد مطالعه قرار گرفتند. در مرحله بعد، رفتار کمک جویانه آنها مانند مراجعه مستقیم به متخصص یا بی توجهی به مشکل بعنوان یک رفتار غیر بهینه و مراجعه به پزشک عمومی یا مرکز بهداشت به عنوان یک رفتار بهینه توسط فرد آموزش دیده به روش مصاحبه بررسی و پاسخها در فرم اطلاعاتی ثبت گردید. در نهایت اطلاعات جمع آوری شده از نمونه ها تنظیم و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها: ٣٤٥ نفر (۸۳/۳ درصد) از نمونه های مورد مطالعه تحت پوشش یک نوع بیمه و ٦٩ نفر (١٦/٧ درصد) آنان فاقد بیمه بودند. میانگین مراجعه به پزشک در یک ماه اخیر در زنان ۰/۹٦ مرتبه با (انحراف معیار ۱/۲۹) بود، در حالیکه میانگین مراجعه به پزشک در مردان ۰/٤۹ مرتبه (با انحراف معیار ۰/۹۳) نشان داده شد. این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود. رفتار مناسب مراقبت جویانه در زنان ۱۵/۷ درصد و درمردان۲۱ درصد بوده است. بطور کلی میزان رفتار مناسب مراقبت جویانه در افراد تحت پوشش بیمه ۱۹/۱ درصد و درافراد غیر بیمه ای ١٤/٥ درصد بوده است .

خلاصه و نتیجه گیری : با عنایت به نتایج بدست آمده از این مطالعه، رفتار نامناسب بیماران شامل بی توجهی به مشکل از یک سو و تمایل برای مراجعه نزد متخصص و فوق تخصص از سوی دیگر منجر به کاهش کارآیی و اثربخشی خدمات درمانی می شود. یافته های این مطالعه می تواند مورد استفاده و کاربرد عملی سازمانهای خدمات بهداشتی ـ درمانی و بیمه جهت طراحی و تنظیم برنامه های بیمه بهداشتی قرار گیرد.

واژگان کلیدی: خدمات درمانی، رفتار کمک جویانه، احساس نیاز، کاشان

۱- استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه بهداشت و مدیریت

۲- استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه چشم

۳- استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه جراحی

تاریخ دریافت مقاله: ٨٤/٣/١٦

٤- مریم سادات رسولی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی

تاریخ تایید مقاله: ٨٤/٧/٢٠

✍: دانشگاه علوم پزشکی کاشان، مجتمع مسکونی، جی ۲، شماره ٧٤

مقدمه

افزایش روزافزون هزینه های درمانی برای سازمانهای خدمات بهداشتی ـ درمانی مشکل ساز وغیر قابل تحمل گشته است بطوریکه در سال ۲۰۰۰ در آمریکا حدود۲۰ درصد تولید ناخالص ملی صرف بخش بهداشت شده است (۱). یکی از دلایل این وضعیت، مراجعه مستقیم بیماران به سطوح بالاتر عرضه خدمات، در خواست برای خدمات درمانی پیچیده تر و در نتیجه استفاده اضافی از تسهیلات سطوح بالاتر وافزایش هزینه ها بوده است(۳و۲و۱). از طرف دیگر ساختار عرضه خدمات بهداشتی- درمانی و نوع پرداخت هزینه، تاثیر بسیاری بر چگونگی مراجعه بیماران دارد. هزینه های بالا در عرصه درمان و محدودیت منابع، مطالعه برای ارتقای کارآمدی بخشهای درمانی را ضروری تر می سازد (۳و۲و۱). مطالعات نشان می دهند ۸۵ – ۷۵درصد افرادبیمار در طول یک سال نیاز به مراقبتهای اولیه دارند. به بیان دیگر

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

ارجـاع و مشـاوره بـا متخصص تنها ۱۲ – ۱۰ درصد و ارجاع به سطوح بالاتر مراقبت فقط حدود ۵ درصد ضروری می باشد (۳و۲). بنابرایـن کلید اصلی یک مراقبت جامع و همه جانبه در سطح اول تماس مـی باشد که پزشک عمومی دارای نقش اصلی درآنسـت وبـیماران در اولین اقدام بجز موارد اورژانسی باید به او مـراجعه کنـند. سـوال اساسـی آنست که بیماران و مددجویان در صـورت احسـاس نـیاز بـرای گرفتن خدمات درمانی چه رفتاری دارند؟ بی توجهی به مشکل یا مراجعه مستقیم ؟به کجا،کدام مرکز و کدام فرد؟ بعلاوه عوامل تاثیرگذار بر این رفتار کدامند؟ علیرغم مکانیزمهای مختلف برای تقویت اولین سطح تماس و نقطه آغازین خدمـات درمانـی، رفـتار جستجو گرانه بیماران تحت تاثیر عوامل مـتعدد دیگری قرارمی گیرد. دراین رابطه اغلب سازمانهای بیمه و مدیریـت درمان تلاش می کنند با تقویت سطح اول تماس یا نقطه شروع عرضه خدمات و اعمال سیستمهای کنترل، از مراجعه مستقیم بیماران به پزشک متخصص یا سطوح بالاتر جلوگیری کنند. بدین مـنظور برای بررسی میزان خود ارجاعی در یک طرح بیمه مطالعه ای انجـام گرفـت کـه در آن ۹۶-۹۳ درصد افراد شرکت کننده از طریق پزشک مراقبت اولیه یا فرد ارجاع دهنده (*gatekeeper*) به متخصـص ارجـاع شده بودند و تنها حدود ۵ درصد خودارجاعی کرده بودند(٤). در آمریکا حدود ٤/٥ درصد بیماران توسط پزشک خـانواده بـه متخصص ارجاع می شوند و منبع ارجاع به متخصص توسط پزشک خانواده ٤٥ درصد است اما عوامل متعددی از جمله ویژگی بیماران، پزشک ارجاع کننده، متخصص، وضعیت بیماری و ساختار نظارت و کنترل بر فرایند درمان بر این پدیده تاثیر دارد (۵). در یـک مطالعـه ۸۸ درصـد پاسـخ دهـندگان مهـارت پزشک متخصص را بعنوان مهمترین عامل ارجاع می دانستند، اولویت دوم تجربه خوب قبلی (۵۹ درصد) و اولویت سوم وقت شناسی پزشک متخصـص بـود (٦). در مطالعه دیگری دلایل ارجاع به بیمارستان توسط پزشک عمومی موارد زیر عنوان گردید: سابقه بیمارستان ۲۹ درصـد، توصـیه دیگـران ۱۳ درصـد، مناسب بودن و راحتی در بیمارسـتان ۲۷ درصـد، تحقیق شخصی ۱۳ درصد، نظر دیگران ۸ درصـد و شـهرت و اعتـبار بیمارسـتان ۳ درصـد بود(۷). مطالعه دیگـری توسـط *Imanaka* و همکـاران (سال ۱۹۹۲) که در شهر توکـیو و بـه منظور بررسی کیفیت خدمات درمانگاهی و رضایت بـیماران انجـام گرفـت، نشـان داد سـیر بهبودی بیمار، صلاحیت پزشـک، اعتـبار بیمارستان، برخورد مناسب و رابطه خوب با بیمار مهمتریـن عوامـل تعییـن کنـنده در انـتخاب بـیماران، رضایت و مشارکت موثر آنان است (۸).

در مـورد کارکـرد سـطح اول تماس و تاثیر آن بر نتایج خدمـات درمانـی اطلاعـات محـدودی از کل کشور به ویژه شهر کاشـان وجـود دارد که، با توجه به تغییرات عوامل موثر بر فرایند مدیریـت درمـان مطالعـات مستمر و گسترده ای را طلب می کند. هدف این مطالعه بررسی رفتار بیماران در هنگام احساس نیاز برای دریافـت مراقبـتهای درمانی در شهر کاشان بوده است. و نتایج آن مـی توانـد در بازنگـری و طراحـی مجدد ساختار عرضه خدمات بهداشـتی درمانـی و سیسـتمهای تنظـیم کننده مراقبتی و نیز بهینه سازی بیمه ها مورد استفاده مدیران بهداشت و درمان قرار گیرد.

مواد و روش ها

این مطالعه یک پژوهش توصیفی از نوع مقطعی است. در ایـن تحقـیق ٤١٤ نفـر از افـراد بالغی که به طور مستمر به مراکز بهداشـتی مـراجعه کرده بودند (با احتمال ۵۰ درصد رفتار بهینه از نظـر الگـوی مـراجعه) به طور تصادفی مورد مطالعه قرار گرفتند. جهـت انـتخاب نمونـه هـا از روش نمونـه گیری چند مرحله ای استفاده شد، بدین صورت که ابتدا شهر کاشان به ۵ منطقه تقسیم و سـپس ۱۰ مرکـز بهداشـتی –درمانی بطور تصادفی انتخاب شدند آنگـاه رفتار کمک جویانه مراجعین مورد بررسی قرار گرفت بدین مـنظور کـه آیـا در طول یک ماه گذشته بیمار شده اند یا خیر؟ در صـورت جواب مثبت به منظور رفع مشکل خود چه کرده اند؟ بی توجهـی به مشکل، خوددرمانی، و یا مراجعه به متخصص به عنوان یـک رفـتار ناکـارآمد و تمـاس بـا پزشـک عمومی یا مراجعه به درمانگـاه به عنوان یک رفتار اثربخش در نظر گرفته شد. اطلاعات با استفاده از یک پرسشنامه و مصاحبه توسط کارمند آموزش دیده جمـع آوری شـد و پـس از تایـید اعتـبار و اعـتماد آنهـا در فرم اطلاعاتـی ثبـت شد. آنگاه به صورت جداول و نمودار نشان داده شـد و نقش سن،جنس و بیمه در رابطه با رفتار بهینه و غیر بهینه با استفاده از آزمون کای دو بررسی گردید.

یافته های پژوهش

۱۹۷ نفر(٤۷/۷ درصد) از نمونه های مورد مطالعه مذکر و ۲۱۷ نفر(۵۲/۳ درصد) مونث بودند. سن نمونه های مورد مطالعه بین ۷۵ – ۱٦ سال با میانگین ۳۵/۳ سال و انحراف معیار ۱۱/۱ بود. مـیزان مـراجعه نمونـه هـا بـه پزشک در یک ماه اخیر در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی مراجعه به پزشک در یک ماه اخیر در افراد شرکت کننده در مطالعه به تفکیک جنس -کاشان۱۳۸۳

آماره		مراجعه به پزشک (انحراف میانگین±معیار)
جنس	فراوانی	

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

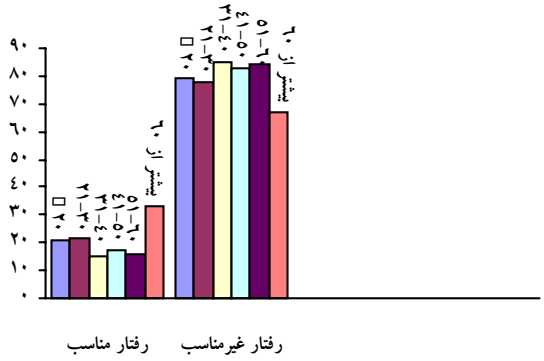
زن	۲۱۰	۱/۲۹(±۰/۹۶)
مرد	۲۰٤	۰/۹۳(±۰/٤۹)
کل	٤۱٤	۱/۱۵(±۰/۷۳)

چنانچه در جدول فوق دیده می شود میانگین مراجعه به پزشک در زنان بیشتر از مردان می باشد.این تفاوت با استفاده ازآزمون آماری *t student* معنی دار نشان داده شد ($P<۰/۰۱$).

جدول ۲- توزیع فراوانی رفتار مددجویانه افراد شرکت کننده در مطالعه بر حسب سن ـ کاشان ۱۳۸۳

سن (سال)	رفتار مناسب (درصد) تعداد	رفتارغیر مناسب (درصد) تعداد	جمع (درصد)تعداد
کمتر از ۲۰	٦ (۲۰/۷)	۲۳(۷۹/۳)	۲۹(۱۰۰)
۲۱-۳۰	۲٦(۲۱/۹)	۹۳(۷۸/۱)	۱۱۹(۱۰۰)
۳۱-٤۰	۲٤(۱۵)	۱۳٦(۸۵)	۱٦۰(۱۰۰)
٤۱-۵۰	۱۲(۱۷/٤)	۵۷(۸۲/٦)	٦۹(۱۰۰)
۵۱-٦۰	٤(۱٦)	۲۱(۸٤)	۲۵(۱۰۰)
بشتراز٦۰	٤(۳۳/۳)	۸(٦٦/۷)	۱۲(۱۰۰)
جمع	۷٦(۱۸/٤)	۳۳۸(۸۱/٦)	٤۱٤(۱۰۰)

همچنین بین سن افراد و رفتار مددجویانه آنها ارتباط معنی دار آماری وجود داشت که در جدول ۲ و نمودار ۱ به تصویر کشیده شده است.

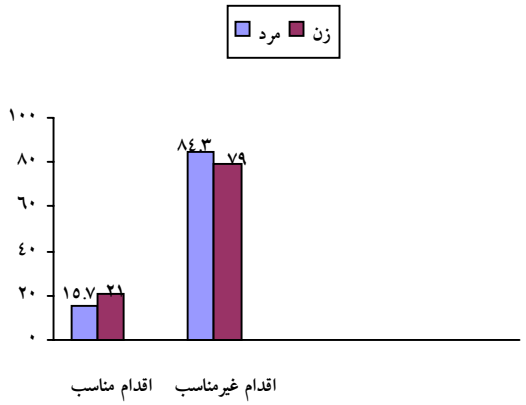


نمودار ۱- توزیع فراوانی رفتار مددجویانه ٤۱٤ فرد شرکت کننده در مطالعه بر حسب سن ـ کاشان ۱۳۸۳

جدول ۳ـ توزیع فراوانی رفتار مددجویانه افراد شرکت کننده در مطالعه بر حسب جنس ـ کاشان ۱۳۸۳

جنس	رفتار مناسب (درصد) تعداد	رفتار غیرمناسب (درصد) تعداد	جمع (درصد) تعداد
مرد	۳۲(۱۵/۷)	۱۷۲(۸٤/۳)	۲۰٤(۱۰۰)
زن	٤٤(۲۱)	۱٦٦(۷۹)	۲۱۰(۱۰۰)
جمع	۷٦(۱۸/٤)	۳۳۸(۸۱/٦)	٤۱٤ (۱۰۰)

بین جنس و رفتار مددجویانه ارتباط معنی دار آماری وجود داشت. چنانچه در جدول ۳ نشان داده شده است رفتار مددجویانه بین نمونه های زن و مرد اختلاف دارد.



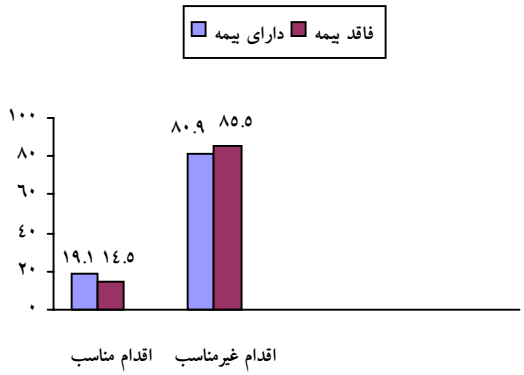
نمودار ۲- توزیع فراوانی رفتار مددجویانه ٤۱٤ فرد شرکت کننده در مطالعه بر حسب جنس ـ کاشان ۱۳۸۳

۳٤۵ نفر (۸۳/۳ درصد) از نمونه های مورد مطالعه تحت پوشش یک نوع بیمه بودند که ۱۹۵ نفر(٤/ ۵٦ درصد) بیمه تامین اجتماعی، ۱۳۱ نفر(۳۸درصد) بیمه خدمات درمانی، ۱۹نفر (۵/٦ درصد) سایر بیمه ها و ٦۹ نفر (۱٦/۷ درصد) فاقد هرگونه بیمه بودند.

جدول ٤- توزیع فراوانی رفتار مددجویانه افراد شرکت کننده در مطالعه بر حسب پوشش بیمه -کاشان ۱۳۸۳

	رفتار مناسب (درصد) تعداد	رفتار غیرمناسب (درصد) تعداد	جمع (درصد) تعداد
دارای بیمه	٦٦(۱۹/۱)	۲۷۹(۸۰/۹)	۳٤۵(۱۰۰)
فاقد بیمه	۱۰(۱٤/۵)	۵۹(۸۵/۵)	٦۹(۱۰۰)
جمع	۷٦(۱۸/٤)	۳۳۸(۸۱/٦)	٤۱٤(۱۰۰)

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]



نمودار ۳- توزیع فراوانی رفتار مددجویانه ٤١٤ فرد شرکت کننده در مطالعه بر حسب پوشش بیمه و غیربیمه ای-کاشان ۱۳۸۳

جدول ٤ اختلاف رفتار مدد جویانه بین نمونه های بیمه ای و غیربیمه ای را نشان می دهد. اما بین پوشش بیمه و رفتار مددجویانه ارتباط معنی دار آماری به دست نیامد.

بحث

در این مطالعه نشان داده شد که میانگین مراجعه به پزشک در زنان بیشتر از مردان و اختلاف آن از نظر آماری معنی دار بوده است.

نتایج مطالعه ای در انگلیس نشان داد که ۱۳ درصد مردان و ۱۸ درصد زنان طی دوهفته قبل از مصاحبه با یک پزشک مشاوره کرده اند و استفاده از خدمات پزشکی به طور کلی در زنان بیشتر از مردان بوده است که یکی از عوامل مربوط به این پدیده، مشاوره های حاملگی ذکر شد (۹). مطالعه دیگری در فنلاند نشان داد که ۷ درصد مردان و ۹ درصد زنان طی یک سال گذشته توسط پزشک عمومی ویزیت شده اند و کلاً ۸٦ درصد فنلاندی ها حداقل یک مشاوره پزشکی در طول سال داشته اند (۱۰).

در این مطالعه نشان داده شد که بیماران در زمان احساس نیاز، برخورد شایسته ای با مشکل خود نمی کنند بطوریکه مراجعه به پزشک عمومی یا درمانگاه بعنوان رفتار مناسب، در مردان ۱۵/۷ درصد و در زنان ۲۱ درصد و مراجعه به متخصص و فوق تخصص به عنوان یک رفتار نامناسب در مردان ۸٤/۳ درصد و در زنان ۸۱ درصد بود.

نتایج مطالعات انجام شده نشان می دهند که سن و جنس، فاکتورهای قادرساز مانند دسترسی راحت به مطب پزشک یا درمانگاه و عوامل نیاز مانند بیماری حاد یا مزمن می تواند بر رفتار مراقبت جویانه بیماران تاثیر داشته باشد (۱۳-۱۱).

در این مطالعه،۱۹/۱ درصد افراد تحت پوشش بیمه و۵/ ۱٤ درصد افراد فاقد بیمه نسبت به مشکل خود رفتار مناسب نشان دادند، در حالیکه ۸۰/۹ درصد بیمه شدگان و ۸۵/۵ در صد افراد فاقد بیمه مستقیما به متخصص یا فوق تخصص مراجعه کردند (رفتار مددجویانه نامناسب) نتایج مطالعات نشان می دهند. (که یکی از عوامل مراجعه مستقیم به مراکز تخصصی تر، دسترسی آزاد بیماران به پزشکان متخصص می باشد (۱٤-۱۲).

در شبکه بهداشت و درمان کاشان با توجه به وجود دانشگاه علوم پزشکی و تعداد زیادی از پزشکان متخصص ،نوعی تمایل به مراجعه به متخصص در بیماران وجود دارد. علیرغم مکانیزمهای مختلف برای تقویت اولین سطح تماس به عنوان نقطه آغازین خدمات درمانی، عوامل متعددی بر رفتار جستجو گرانه بیماران تأثیر می گذارند. از طرف دیگر بعضی از مطالعات، اثربخشی سیستم ارجاع (*gatekeeper*) را زیر سؤال برده اند. گالین بعنوان یک متخصص پزشکی اظهار می کند ۱۰ سال پیش همه بیماران توسط پزشکان ارجاع می شدند اما در حال حاضر ٦۲ درصد بیماران مستقیما به سطوح بالاتر مراجعه می کنند زیرا قانون ارجاع حذف شده است.

از طرف دیگر ۱۰ سال پیش تقریباً هر بیمار یک پزشک خاص داشت درحالیکه اینک ۳۵ درصد از بیماران، پزشک خاصی ندارند. به اعتقاد دکتر گالین بیماران خودارجاع آگاهترند و مشارکت بیشتری در درمان خود دارند و نتایج بهتری می گیرند (۱۵). اما در مطالعه ای که به منظور مقایسه میزان علاقه بیماران برای ویزیت متخصص بین دو گروه (در یک سازمان حفظ سلامت و یک گروه آزاد) انجام گرفت، ۳ درصد از گروه اول و ۱۳ درصد از گروه دوم شدیدا خواستار ویزیت توسط متخصص بودند (۱٦). در مطالعه دیگری (سال ۱۹۹۹) نشان داده شد که ۹٤ درصد بیماران پزشک مراقبت اولیه را بعنوان هماهنگ کننده درمانها می دانستند، ۹۱ – ۷۵ درصد بیماران با توجه به نوع بیماریشان، ترجیح می دادند که ابتدا پزشک مراقبت اولیه آنهارا ببیند و ۲۳ درصد اعتقاد داشتند که نیاز به متخصص دارند.همگی این بیماران تحت پوشش سازمان مراقبت کنترل شده بودند (۱۸-۱۷).

نتیجه گیری

نتایج بدست آمده از این مطالعه مبنی بر رفتار نامناسب بیماران (از یک سو بی‌توجهی به مشکل و از طرف دیگر تمایل برای مراجعه به متخصص و فوق تخصص) می تواند مورد استفاده سازمانهای خدمات بهداشتی ـ درمانی و بیمه جهت طراحی و تنظیم برنامه های بهداشتی و بیمه ای قرار گیرد.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

تشکر و قدردانی

پژوهشگر از کلیه کسانی که به هر شکل در انجام این مطالعه او را یاری و کمک نموده اند سپاسگزاری و از معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی کاشان به جهت حمایت مالی و مشاوره ای تشکر و قدردانی مضاعف می نماید.

References

1. Forrest CB. ***Primary care in the United States: Primary care gate keeping and referrals: effective filter or failed experiment?*** *BMJ 2003; 326: 692-695*

2. Molly Cheah. ***Challenges and Prospects for Primary Health Care in Malaysia,*** *National Conference on Privatization & Health Care Financing in Malaysia: Emerging Issues and Concerns, April 5th - 6th 1997, p1-8*

3. Starfield B. ***Primary care: concept, evaluation and policy.*** *New York: Oxford University Press, 1998; 213-241*

4. Braun BL, Fowles JB, Forrest CB, Kind EA, Foles SS, Weiner GP. ***Which enrollees bypass their gatekeepers in a point-of-service plan?*** *Medical Care 2003; 41: 836-841*

5.Klea D. Bertakis, Edward J. Callahan. ***Predictors of Patient Referrals by Primary Care to Specialty Care Clinics****. Fam Med 2001;33(3),p1-5*

6. Starfield B. ***Is primary care essential?*** *Lancet, 1994; 344(8930); 1129-1133*

7.Christopher B. Forrest CB. ***Self-referral in Point-of-Service Health Plans****. JAMA .vol .285, No .17, May2,2001;285:2223-2231*

8. Imanaka Y. ***Determinates of patient satisfaction and intention to continue services utilization: analysis of survey of outpatients at general hospital.*** *Nippon. Koshu, Eisei Kasshi, 1993; 40: 624-635*

9. Bajekal M. ***use of health services and prescribed medicines, health survey for England****. Cardiovascular disease,1998,p 1-15*

10. Lykke A. ***Frequent attainders in primary health care: A cross-sectional study of frequent attainders' psychosocial and family factors****. chronic diseases and reasons for encounter in a Finnish health centre, 1987,p 1-4*

11. Timothy G. ***Leaving gate keeping behind effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organization.*** *JAMA ,Vol. 345,No 18, 2001: 1312-1317*

12. Clancy CM, Franks P. ***Utilization of specialty and primary care: The impact of HMO insurance and patients related factors.*** *Journal of Family Practice 1997; 45: 500-508*

13. McCarthy E. ***Open access newest managed care trend.*** *American City Business Journals. (Online) 28 August 1998. Available: http://www.bizjournals.com/search.html (Accessed 12 May 2004).*

14. Grumbach K. ***Resolving the gatekeeper conundrum: What patients value in primary care and referrals to specialists****. JAMA. 1999,Vol.282, No.3 ,pp 261-266*

15. Gross R, Tabenkin H, Brammli-Greenberg S. ***Who needs a gatekeeper? Patients' views of the role of the primary care physician.*** *Family Practice 2000; 17: 222–229*

16. Landers SJ. ***Well-educated patients guide their own care, The big business of health care is generating an abundance, of medical information that is welcomed by savvy patients.*** *AM News staff. Sept. 20, 2004,p1-4.*

17. Franks P. ***On being new to an insurance plan: Health care use associated with the first years in a health insurance plan.*** *Ann Fam Med 2003;1:156-161*

18.Vinker S, Nakar S, Alon Z, Abu-Amar H, Sadovsky G, Hyam E. ***Urgent, unscheduled self-referral by ambulatory patients.*** *Harefuah 1998; 135: 92-95 [In Hebrew]*

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]