

## الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سرپایی سلامت در ایران

مریم تاجور<sup>۱</sup>، مهدی یاسری<sup>۲</sup>، بدریه کرمی<sup>۱</sup>، \*ماریا محمدی<sup>۱</sup>

۱. گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

## چکیده

تاریخ دریافت: ۱ اسفند ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۱۹ خرداد ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۱۲ دی ۱۳۹۹

**اهداف:** با توجه به سرعت رشد جمعیت سالمند کشور و به دنبال آن افزایش هزینه‌های خدمات سلامت، آگاهی از وضعیت و الگوی نیاز و بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت در حوزه بستری و سرپایی برای تخصیص منابع، ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه حاضر با هدف بررسی الگوی نیاز و بهره‌مندی سالمندان کشور از خدمات سرپایی سلامت و رضایت آن‌ها از خدمات و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر از نوع مطالعات کمی ثانویه بوده و با استفاده از داده‌های اولیه «مطالعه ملی بهره‌مندی از خدمات سلامت» که در سال ۱۳۹۴ تهیه شده بود، انجام شد. جامعه آماری این مطالعه سالمندان ۶۰ سال و بالاتر کشور با حجم نمونه معادل ۸۲۰۵ نفر است که به روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی تصادفی از استان‌ها، شهرها و روستاهای کشور انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه بود و اطلاعات مربوط به نیاز افراد به خدمات سرپایی در دو هفته گذشته و مراجعه و دریافت خدمات را توسط آن‌ها گردآوری می‌کرد. در این مطالعه از آنالیز رگرسیون لجستیک چندسطحی برای بررسی عوامل مرتبط با نیاز، بهره‌مندی و رضایت از بهره‌مندی از خدمات سرپایی استفاده شد.

**یافته‌ها:** تعداد ۳۱۷۲ نفر (۳۹ درصد) از سالمندان مطالعه‌شده در این پژوهش اظهار نیاز به خدمات سرپایی داشتند که ۶۶ درصد آن‌ها برای دریافت خدمات مراجعه کرده و از بین مراجعه‌کنندگان ۹۸ درصد (۲۰۶۰ نفر) از خدمات سرپایی بهره‌مند شده بودند. زنان، مسن‌ترها، روستائیان، غیرمتاهلین و بی‌سوادها بیشتر به خدمات سرپایی اظهار نیاز کرده بودند اما میزان مراجعه آن‌ها برای دریافت این خدمات مساوی و یا کمتر از گروه مقابل نبود. نداشتن بیمه پایه و مکمل و نداشتن اتومبیل شخصی تأثیر معنی‌داری بر روی کاهش مراجعه سالمندان برای دریافت خدمات سرپایی داشت. مهم‌ترین علل عدم مراجعه سالمندان دارای نیاز، هزینه زیاد خدمات، خوددرمانی و نداشتن بیمه بیان شد. بیشترین رضایت سالمندان مربوط به رفتار پزشک و پرسنل معالج و کمترین رضایت مربوط به میزان هزینه خدمات سرپایی بود.

**نتیجه‌گیری:** در حالی که لازم است بهره‌مندی از خدمات سلامت بر اساس نیاز به این خدمات انجام شود، مطالعه حاضر نشان داد که گروه‌های با وضعیت اقتصادی اجتماعی بالاتر از بهره‌مندی بالاتری برخوردارند؛ بنابراین بی‌عدالتی آشکاری در دسترسی به خدمات سلامت در گروه سالمندان دیده می‌شود. علل بهره‌مند نبودن از خدمات سرپایی و نارضایتی از این خدمات باید مورد توجه جدی سیاست‌گذاران سلامت قرار گیرد.

## کلیدواژه‌ها:

نیاز، بهره‌مندی، خدمات سرپایی سلامت، سالمندان، ایران

## مقدمه

در کشورهای کمتر توسعه‌یافته اتفاق می‌افتد. سالمندی جمعیت در کشورهای پیشرفته طی ۱۰۰ تا ۲۰۰ سال اتفاق افتاده است، در حالی که در کشورهای در حال توسعه، این مسیر طی ۳۰ تا ۴۰ سال رخ می‌دهد [۲]. بررسی‌های آماری و مطالعات جمعیت‌شناسی در ایران نشان می‌دهند که شتاب سالمند شدن جمعیت غالباً به دلیل کاهش سریع نرخ تولد در مدت کوتاه بسیار بالاست، به طوری که بر اساس پیش‌بینی‌های صورت گرفته توسط سازمان ملل، ایران پس از امارات و بحرین، سومین کشور جهان از نظر سرعت پیری جمعیت است [۱]. آهنگ سریع رشد سالمندی در ایران بسیار حائز اهمیت است؛ زیرا مبین این حقیقت است که ایران نسبت به سایر کشورها فرصت کمتری برای آمادگی و

طی چند دهه اخیر، توسعه اقتصادی و اجتماعی، بهبود مراقبت‌های بهداشتی، کاهش باروری و به دنبال آن کاهش رشد جمعیت و افزایش امید به زندگی منجر به ایجاد تغییرات شگرفی در ساختار جمعیت جهان شده است؛ به طوری که طی این مدت، تعداد و نسبت سالمندان به طور چشمگیری افزایش یافته [۱، ۲]. افزایش نسبت سالمندان در جهان چنان با شتاب پیش می‌رود که سازمان جهانی بهداشت قرن ۲۱ را قرن سالمندان نامیده است [۳]. اگرچه در حال حاضر توسعه‌یافته‌ترین کشورها، سالخورده‌ترین ساختار جمعیت را دارند ولی سریع‌ترین سالخوردگی جمعیت

\* نویسنده مسئول:

ماریا محمدی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت.

تلفن: +۹۸ (۲۱) ۴۲۹۳۳۰۵۵

پست الکترونیکی: maria.mohammadi1395@gmail.com

و مدیریت بهتر خدمات سلامت به نتایج بهتری در سلامت جامعه دست یابیم [۱۳]. هدف اصلی مطالعه حاضر نیازسنجی و بررسی وضعیت بهره‌مندی سالمندان از خدمات سرپایی سلامت در سطح کشور است. بهره‌مندی شامل دریافت و مصرف خدمات مراقبت سلامت است [۱۴]. منظور از خدمات سرپایی سلامت نیز آن دسته از خدمات بهداشتی درمانی است که به وسیله پزشک و سایر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به افرادی داده می‌شود که در بیمارستان یا سایر مکان‌های بهداشتی و درمانی بستری نشده باشند [۱۵]. از اهداف اختصاصی این مطالعه بررسی وضعیت اظهار نیاز سالمندان به خدمات سرپایی و مراجعه آن‌ها برای دریافت این خدمات و یا بررسی علل مراجعه نکردن برای دریافت خدمات سرپایی (با وجود داشتن نیاز) است. همچنین بررسی میزان بهره‌مندی آن‌ها از خدمات سرپایی سلامت و وضعیت رضایت آن‌ها از کیفیت خدمات دریافت‌شده جزء اهداف مطالعه است. به علاوه در این مطالعه عوامل زمینه‌ای مرتبط با اظهار نیاز و مراجعه، عوامل مرتبط با بهره‌مندی و همچنین رضایت سالمندان بهره‌مندشده از خدمات سرپایی تحلیل شده است.

تاکنون مطالعات متعددی روی بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور انجام شده است اما یا در گروه سنی سالمندان نبوده است یا بدون توجه به نوع آن (بستری و سرپایی) بررسی شده و یا در سطح کشور نبوده، بلکه در گروه‌های محدود و در سطح بعضی شهرستان‌ها انجام شده است [۱۸-۱۶]. همچنین اغلب مطالعات قبلی یک سری عوامل کلی مرتبط با نیاز، تقاضا، بهره‌مندی و یا رضایت از خدمات سلامت را بدون در نظر گرفتن تفکیک بین آن‌ها انجام داده‌اند. برای مثال بر اساس بعضی مطالعات میزان تقاضا و بهره‌مندی از خدمات سلامت تحت تأثیر برخی از فاکتورها از جمله متغیرهای جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی، نیازهای فردی، کیفیت زندگی و گروه‌های سنی افراد از جمله سالمندی جمعیت است [۲۰، ۱۹]. همچنین مطالعه صفری و همکاران [۲۱] نشان داد که بین میزان درآمد، نوع فعالیت، میزان تحصیلات، نوع بیمه، وضعیت زناشویی، محل سکونت (شهری / روستایی) و ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی با دریافت خدمات سرپایی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد. مطالعه رضاپور و همکاران [۲۲] نیز وضعیت اقتصادی خانوار، بیمه، تحصیلات سرپرست خانوار و وجود افراد بالای ۶۵ سال و زیر ۱۲ سال در خانوار را در بهره‌مندی از خدمات سلامت مؤثر یافتند. مطالعه دیگری عوامل مؤثر در میزان بهره‌مندی از خدمات مراقبت سلامت را ناشی از دو دسته عوامل قابل تعدیل (عوامل قابل اجتناب) مانند موقعیت اجتماعی و اقتصادی فرد، سطح مشارکت اجتماعی، اشتغال، مالکیت و کیفیت مسکن، و همچنین عوامل تعدیل‌نشده (عوامل غیر قابل اجتناب) مانند جنس، سن، قومیت و نژاد دانسته است [۲۳]. در مطالعه حاضر عوامل زمینه‌ای مؤثر بر نیاز، مراجعه برای دریافت خدمت (تقاضا)، بهره‌مندی و رضایت از بهره‌مندی به تفکیک و اختصاصاً برای خدمات سرپایی

روبه‌رو شدن با پیامدهای پدیده سالخورده‌گی جمعیت دارد. بر اساس گزارش‌های سرشماری مرکز آمار، جمعیت سالمند کشور از ۶/۵ درصد جمعیت در سال ۱۳۷۵ به ۹/۵ درصد در سال ۱۳۹۵ رسیده است و طبق برآوردهای جمعیت‌شناسی انتظار می‌رود شمار سالمندان ایرانی در فاصله سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۱۰ دو برابر شود [۴-۶].

گرچه وقوع پدیده سالمندی جمعیت، که به دنبال افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ‌ومیر در جوامع رخ می‌دهد، نشانه پیشرفت و توسعه کشورهاست اما چنانچه جوامع آمادگی لازم برای مقابله با نیازهای سالمندان روبه‌رشد و پاسخ‌گویی به تبعات پدیده سالمندی را نداشته باشند، با چالش‌های جدی روبه‌رو خواهند شد. یکی از چالش‌های مهم مرتبط با سالمندی جمعیت در کشورها، موضوع تهیه و تأمین خدمات سلامت برای سالمندان و تأمین مخارج بهداشتی و درمانی است. افزایش نسبت سالمندان با افزایش تقاضا برای دریافت خدمات سلامت همراه است. با توجه به کاهش عملکرد جسمی و آسیب‌پذیری روانی و همچنین به دلیل افزایش بیماری‌های زمینه‌ای و مزمن در دوران سالمندی، این گروه مصرف‌کنندگان عمده خدمات سلامت هستند. این گروه برای نظام سلامت و سازمان‌های بیمه‌گر بسیار پرهزینه بوده و مخارج سلامتی‌شان به طور غیرارادی میل به افزایش سهم از تولید ناخالص داخلی دارد [۹-۷]. برآورد شده است که هزینه فراهم کردن خدمات سلامت برای افراد سالمند سه تا پنج برابر این هزینه‌ها برای افراد جوان‌تر است [۱۰]. مطالعات نشان می‌دهد که با ورود به مرحله سالمندی، هزینه‌های درمانی روند تصاعدی داشته و گاه هزینه سلامت و درمان دو سال آخر عمر با هزینه مابقی زندگی برابری می‌کند [۱۱]. همچنین بر اساس مطالعات انجام‌شده، مخارج سلامت در خانوارهای ایرانی دارای سالمند به طور معنی‌داری نسبت به سایر خانوارها بیشتر است [۱۲].

بنابراین پیش‌بینی می‌شود که با افزایش تدریجی تعداد سالمندان، بر بار مراجعه این قشر برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به شدت افزوده خواهد شد، در حالی که ممکن است نظام سلامت کشور تا آن زمان مهیای ارائه خدمات سلامت کافی به سالمندان و تأمین منابع لازم برای این خدمات نشده باشد و با چالش‌های متعددی مواجه شود؛ در نتیجه انجام پژوهش‌های علمی در خصوص ابعاد گوناگون پدیده سالمندی در کشور و پیامدهای آن و کسب آمادگی‌های لازم برای مقابله با چالش‌های پیش روی این مسئله یکی از اولویت‌های انکارنشده در کشور و به خصوص در بخش سلامت است. همچنین تهیه شواهد علمی لازم در خصوص کم‌وکیف بهره‌مندی از خدمات سلامت در گروه سالمندان برای نحوه تخصیص منابع و برنامه‌ریزی در حوزه سلامت ضروری است. تحقیقات مربوط به استفاده و بهره‌مندی از خدمات سلامت کمک می‌کند که فاکتورهای زمینه‌ای مرتبط و عوامل تسهیل‌کننده یا موانع بهره‌مندی شناخته شده و تناسب حجم و کیفیت مراقبت ارائه‌شده تعیین شود تا بلکه با برنامه‌ریزی

خدمت، سؤال می‌شد که آیا نهایتاً توانستند خدمت متناسب با نیاز خود را دریافت کنند یا نه؟ در مرحله بعد در افرادی که، با وجود مراجعه، نتوانسته بودند خدمت را دریافت کنند مجدداً علل مسئله بررسی می‌شد و برای کسانی که خدمت مورد نیاز خود را دریافت کرده بودند، پرسش‌نامه بهره‌مندی و رضایت‌سنجی از خدمت دریافت‌شده تکمیل می‌شد. در این مطالعه رضایت‌مندی از خدمات سرپایی در پنج بُعد بررسی شد: مدت انتظار برای دریافت خدمت، نظافت و پاکیزگی محل دریافت خدمت، رفتار پزشک معالج، رفتار پرستاران / سایر پرسنل (غیرپزشک) و در نهایت نظر کلی در مورد خدمات دریافت‌شده. مراحل جمع‌آوری داده‌های مطالعه ملی بهره‌مندی از خدمات سلامت در تصویر شماره ۱ نشان داده شده است.

داده‌های خام این مطالعه پس از دریافت از مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، برای مرحله آماده‌سازی و مدیریت دیتا<sup>۳</sup> وارد نرم‌افزار اکسل شد. ابتدا دامنه سنی افراد نمونه، برای اطمینان از اینکه هیچ فردی زیر ۶۰ سال در نمونه نباشد، بررسی شد؛ تعدادی افراد جوان‌تر به اشتباه وارد شده بودند که حذف شدند. سپس هم‌خوانی داده‌ها<sup>۴</sup> بررسی شد؛ برای مثال اگر سالمندی در مصاحبه اعلام کرده بود که در دو هفته گذشته هیچ نیازی به خدمات سلامت سرپایی نداشته است، لازم بود که بقیه ستون‌های داده‌ای این فرد شامل مراجعه برای دریافت خدمت یا بهره‌مندی یا رضایت از خدمات خالی باشد یا اگر فردی با وجود اعلام نیاز به خدمات، برای دریافت خدمت مراجعه نکرده بود لازم بود که ستون‌های مربوط به علل عدم مراجعه تکمیل شده باشد و در عوض ستون‌های سایر اطلاعات مانند بهره‌مندی یا رضایت خالی باشد. همچنین وجود داده‌های پرت در تمام متغیرها با استفاده از مرتب کردن<sup>۵</sup> داده‌ها بررسی شد و در موارد نادری که داده پرت وجود داشت، آن داده‌ها حذف شدند. در نهایت با توجه به اینکه داده‌های از دست رفته<sup>۶</sup> تعدادشان بسیار کم بود، در زمان تحلیل داده‌ها آن ویژگی‌ها برای آن نمونه‌ها نادیده گرفته شدند و وارد آنالیز نشدند. پس از اعمال همه موارد بیان‌شده، داده‌ها برای انجام تحلیل‌های آماری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ شدند.

در این مطالعه از آماره‌های توصیفی مانند میانگین، فراوانی و درصد برای نمایش دادن یافته‌های توصیفی با استفاده از جداول و نمودارها بهره برده شد و برای نشان دادن وضعیت توزیع بهره‌مندی سالمندان از خدمات سرپایی در استان‌های کشور، از نقشه تهیه‌شده با نرم‌افزار GIS استفاده شد. همچنین برای

و در سطح کشور بررسی شده است. امید است یافته‌های این مطالعه بتواند برای برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های سلامت در خصوص بهره‌مندی از خدمات سرپایی در گروه سالمندان استفاده شود. این گروه از نظر سلامت پرخطرند و همچنین به خدمات سلامت نیاز بیشتری دارند.

## روش مطالعه

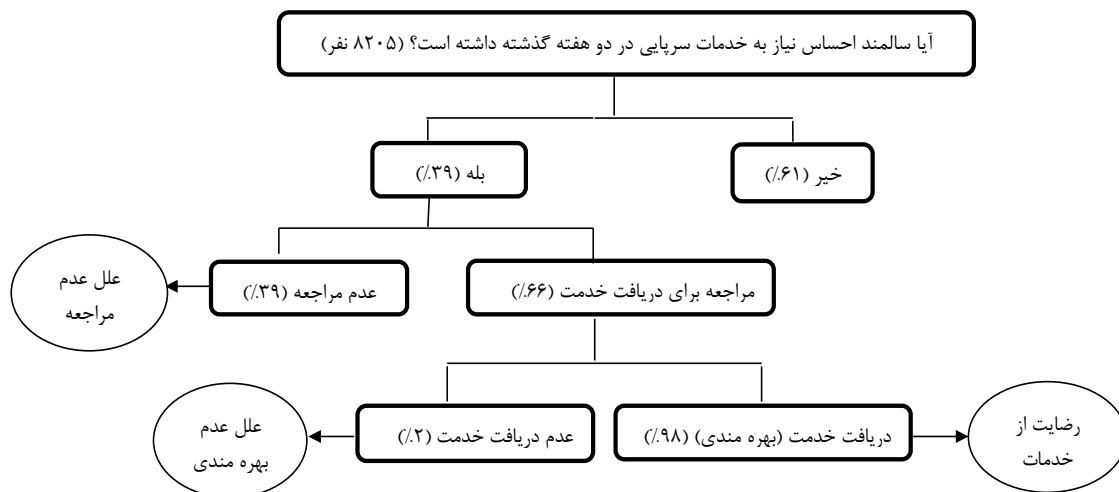
پژوهش حاضر از نوع مطالعات آنالیز ثانویه<sup>۱</sup> است و بر اساس داده‌های اولیه «مطالعه ملی بهره‌مندی از خدمات سلامت» که مؤسسه ملی تحقیقات سلامت و پژوهشکده آمار در سال ۱۳۹۴ انجام داده، طراحی شد. مطالعه ملی مذکور یک مطالعه کمی از نوع مقطعی<sup>۲</sup> است و دارای حجم نمونه ۲۲۴۷۰ خانوار شامل ۷۶۹۶۲۶۶۰ نفر از همه استان‌های کشور است و با هدف سنجش تقاضا و بهره‌مندی عموم افراد جامعه از خدمات سلامت انجام شد. داده‌های اولیه این مطالعه بعد از عقد قرارداد و کسب اجازه از مؤسسه دریافت شد.

جامعه آماری بررسی‌شده در مطالعه حاضر را سالمندان ۶۰ سال و بالاتر سراسر کشور تشکیل می‌دهند که دارای حجم نمونه معادل ۸۲۰۵ نفر در مطالعه اولیه است و آنالیز ثانویه بر روی کل این افراد انجام شده است. روش نمونه‌گیری در مطالعه ملی روش طبقه‌بندی تصادفی سه‌مرحله‌ای بود، به طوری که در مرحله اول هر استان بر اساس متغیر شهری / روستایی طبقه‌بندی شد. سپس حوزه‌های نمونه در هر طبقه به روش سیستماتیک و با احتمال انتخاب متناسب با تعداد خانوار معمولی ساکن هر حوزه و قطعه انتخاب شد. در مرحله بعد، ابتدا بیست خانوار به روش تصادفی ساده در هر قطعه نمونه انتخاب و سپس از بین آن‌ها ۱۰ خانوار به روش تصادفی ساده به عنوان خانوارهای نمونه اصلی و ۱۰ خانوار به عنوان خانوارهای جایگزین در نظر گرفته شدند [۲۴]. بنابراین با توجه به نوع نمونه‌گیری در این مطالعه، نتایج این مطالعه قابل تعمیم به کل سالمندان کشور است.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه دو پرسش‌نامه ساختاریافته بود که یکی پرسش‌نامه خانوار و دیگری پرسش‌نامه فردی بود. پرسش‌نامه خانوار را سرپرست خانوار تکمیل می‌کرد و پرسش‌نامه فردی فقط برای اعضای از خانوار تکمیل می‌شد که در زمان تکمیل پرسش‌نامه اظهار نیاز به خدمات سرپایی در طول دو هفته گذشته داشتند. در پرسش‌نامه فردی، ابتدا کل ویژگی‌های فردی سالمندان مانند ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اقتصادی اجتماعی آن‌ها پرسیده می‌شد. سپس از افراد پرسیده می‌شد که آیا برای دریافت خدمت مورد نیاز خود به مراکز خدمات بهداشتی درمانی مراجعه کردند یا نه؟ سپس در صورت عدم مراجعه، علت آن بررسی می‌شد و در صورت مراجعه برای دریافت

3. Data cleaning and data management
4. Consistency check
5. Sorting
6. Missing data

1. Secondary analysis
2. Cross-sectional



## سالمند

تصویر ۱. مراحل بررسی وضعیت بهره‌مندی از خدمات سلامت سرپایی در سالمندان کشور

مکمل، مالکیت مسکن، وضعیت تاهل و داشتن وسیله نقلیه وارد مدل‌های رگرسیونی شدند. تمام تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ انجام شد.

## یافته‌ها

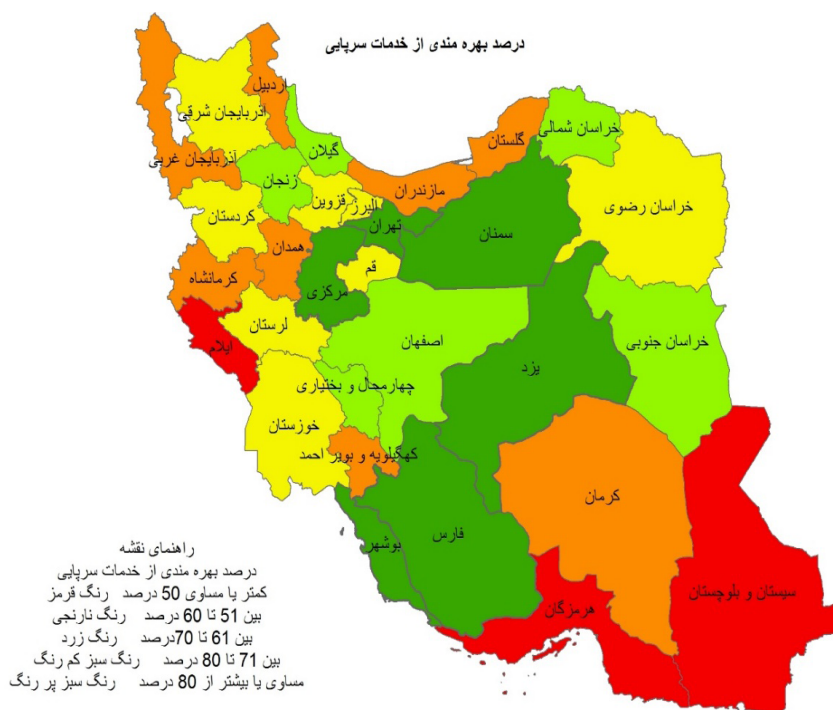
در این مطالعه ۸۲۰۵ نفر سالمند ۶۰ ساله و بالاتر شرکت کردند که ۵۳ درصد آن‌ها مرد بوده، ۳۵ درصد در گروه سنی ۶۰ تا ۶۴ سال، ۴۴ درصد در گروه سنی ۷۰ به بالا و بقیه بین این دو گروه سنی بودند. همچنین ۶۵ درصد سالمندان شهری، ۶۰ درصد بی‌سواد و ۷۴ درصد دارای همسر بودند. تنها ۱۹ درصد سالمندان شاغل، ۴۸ درصد خانه‌دار و ۳۲ درصد بازنشسته بودند. سالمندانی که در روستا زندگی می‌کردند بیشترین درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه را با ۹۷ درصد تشکیل می‌دادند، اما درباره پوشش بیمه مکمل، سالمندان شهری و مردان سالمند گروه غالب را تشکیل می‌دادند. ارزیابی اغلب سالمندان از وضعیت اقتصادی خود نسبت به میانگین سطح جامعه متوسط به پایین بود (ستون اول جدول شماره ۱). از کل ۸۲۰۵ سالمند شرکت‌کننده در این مطالعه، ۳۱۷۲ نفر (۳۹ درصد) در زمان مصاحبه اظهار کردند که در دو هفته گذشته به خدمات سرپایی نیاز پیدا کرده بودند. با این حال تنها ۲۱۰۴ نفر (۶۶ درصد) از این افراد برای دریافت خدمات سرپایی به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند و از بین مراجعین ۲۰۶۰ نفر (۹۸ درصد) در نهایت موفق به دریافت خدمات سرپایی مورد نیاز خود شده بودند. همان طور که در تصویر شماره ۲ دیده می‌شود، پراکندگی نسبتاً زیادی در بین استان‌های کشور از لحاظ درصد بهره‌مندی سالمندان از خدمات سرپایی سلامت به نسبت اظهار نیاز به این خدمات وجود دارد، به طوری که سالمندان ساکن در استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان و ایلام با وجود داشتن نیاز به خدمات سرپایی در طول دو هفته گذشته، کمترین بهره‌مندی و در مقابل

اهداف تحلیلی و تعیین عوامل مرتبط با اظهار نیاز به خدمات سرپایی، مراجعه آن‌ها برای دریافت خدمات، بهره‌مندی آن‌ها و رضایتشان از خدمات سلامت، از آنالیز رگرسیون لجستیک<sup>۷</sup> استفاده شد. چهار دسته آنالیز تحلیلی در این مطالعه متناسب با اهداف مطالعه انجام شد که متغییر وابسته در این آنالیزها متغیرهای دو گزینه‌ای داشتن / نداشتن نیاز به خدمت، مراجعه / عدم مراجعه، بهره‌مندی / عدم بهره‌مندی و همچنین رضایت / عدم رضایت از خدمت دریافت‌شده بود. متغیرهای مستقل نیز شامل مجموعه‌ای از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اقتصادی اجتماعی افراد سالمند بود که بر اساس نتایج حاصل از بررسی متون قبلی، فراهم کردن داده در مطالعه ملی اولیه و در نهایت مشاوره با اساتید آماری و اساتید این حوزه انتخاب شدند. برای وضعیت اقتصادی افراد، متغیری به همین نام با استفاده از روش تحلیل مؤلفه اصلی<sup>۸</sup> از تعدادی متغیر دیگر (شامل محل زندگی، شغل، داشتن بیمه پایه و بیمه مکمل، نحوه تصرف مسکن، سطح زیربنای محل سکونت، دارایی‌های که در محل سکونت وجود دارد، وجود اتومبیل، موتور سیکلت، رایانه، اینترنت، آشپزخانه، تلفن، دستگاه حرارت مرکزی و غیره) با امتیاز عددی صفر و یک ساخته شده و سپس به سه دسته بد، متوسط و خوب بر اساس امتیاز کسب‌شده تقسیم شد که در جداول شماره ۱ و ۲ دیده می‌شود. در مرحله بعد و قبل از انجام آنالیزهای رگرسیونی، ابتدا به بررسی وجود هم‌خطی بین متغیرهای مستقل، که در اینجا ویژگی‌های سالمندان است، پرداخته شد و تعدادی از متغیرها شامل بستگی سالمند با سرپرست خانوار، شغل، امکانات خانوار، سطح زیربنای محل سکونت به دلیل وجود هم‌خطی بالا با سایر متغیرها با نظر خبرگان حذف شدند. در نهایت متغیرهای سن، جنس، محل زندگی، تحصیلات، داشتن بیمه پایه، داشتن بیمه

7. Logistic Regression Analysis

8. Principal Component Analysis (PCA)





تصویر ۲. توزیع درصد سالمندان بهره‌مند شده از خدمات سرپایی سلامت به نسبت اظهار نیاز در استان‌های کشور

سالمند

برای بیش از یک نیاز به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند، از آن‌ها سؤال شد که در اولین مراجعه‌شان چه خدمتی دریافت کردند. تصویر شماره ۳ به توصیف این یافته پرداخته و درصد انواع خدمات سرپایی دریافت‌شده افراد سالمند را در اولین مراجعه‌شان نشان می‌دهد. چنانچه در تصویر دیده می‌شود، ۳۱ درصد از کل مراجعه‌ها برای انجام معاینات پزشکی بوده، ۲۸ درصد برای دریافت نسخه و گرفتن دارو، ۱۳ درصد دریافت مشاوره و آموزش و حدود ۱۰ درصد انجام تزریقات و پانسمان بوده است. درصد کمی از سالمندان هم سایر خدمات سرپایی مانند تصویربرداری، آزمایش و اعمال جراحی سرپایی دریافت کرده بودند. همچنین از افرادی که علی‌رغم داشتن نیاز به خدمات سرپایی برای دریافت خدمت مراجعه نکرده بودند (۱۰۶۸ نفر)، علل عدم مراجعه آن‌ها سؤال شد. به گفته آن‌ها در درجه اول بالا بودن هزینه‌ها با ۳۰ درصد، دوم خوددرمانی با ۲۸ درصد و بعد نداشتن پوشش مناسب بیمه با ۱۳ درصد مهم‌ترین علل عدم مراجعه سالمندان برای دریافت خدمت را تشکیل می‌دادند (تصویر شماره ۴). اظهار به بالا بودن هزینه‌ها در سالمندانی که در روستا زندگی می‌کردند، سالمندان زن، سالمندان بی‌سواد و سالمندان بدون همسر بیشتر از سایرین بود.

از سالمندانی که به دنبال نیاز به خدمات سرپایی به مراکز درمانی مراجعه کرده و خدمت مورد نیازشان را دریافت کرده بودند (۲۰۶۰ نفر)، میزان رضایت آن‌ها از ابعاد گوناگون ارائه خدمت سؤال شد و پاسخ آن‌ها در دو دسته رضایت کم تا متوسط و رضایت بالا دسته‌بندی شد که در جدول شماره ۲ نشان داده شده

سالمندان استان‌های تهران، فارس، مرکزی، یزد، سمنان و بوشهر بیشترین بهره‌مندی را از خدمات سرپایی سلامت داشته‌اند و بقیه استان‌ها در بین این دو محدوده قرار داشتند.

ویژگی‌های سالمندانی که به خدمات سرپایی اظهار نیاز کرده بودند و آن‌هایی که به دنبال نیاز برای دریافت خدمات مراجعه کرده بودند و در نهایت سالمندان بهره‌مند شده از خدمات سرپایی در جدول شماره ۱ توصیف شده است. با مقایسه ستون اول (کل سالمندان) و دوم (سالمندان دارای نیاز) مشخص می‌شود که سالمندان زن، مسن‌تر، روستاییان، بی‌سوادها و سالمندان بدون همسر نسبت به سایرین نیاز بیشتری به دریافت خدمات سرپایی داشته‌اند. با این حال در مقایسه ستون سوم (مراجعه) با دوم (نیاز) مشخص می‌شود که سالمندان کم‌سن‌تر با وجود نیاز کمتر، مراجعه بیشتری برای دریافت خدمات داشتند. همین روال در مورد روستاییان، بی‌سوادها و سالمندان بدون همسر هم وجود داشته است، یعنی افراد نیازمندتر، درصد مراجعه کمتری داشته‌اند که این یک یافته قابل توجه است. همچنین زنان با وجود نیاز بیشتر نسبت به مردان (۴۴ درصد در برابر ۳۲ درصد)، میزان مراجعه نسبتاً مساوی با مردان داشته‌اند. وضعیت اقتصادی افراد در درصد مراجعه آن‌ها تفاوت چندانی نداشته است. در خصوص میزان بهره‌مندی (مقایسه ستون چهارم و سوم)، با توجه به اینکه درصد بسیار بالایی (میانگین ۹۸ درصد) بهره‌مندی داشته‌اند، طبعاً ویژگی‌های افراد تأثیر چندانی نداشته است.

با توجه به اینکه بعضی از سالمندان در طول دو هفته گذشته

جدول ۱. توصیف ویژگی‌های کل سالمندان شرکت‌کننده، سالمندان دارای نیاز به خدمات سرپایی، مراجعه‌کنندگان برای دریافت خدمات و دریافت‌کنندگان (بهره‌مندی‌ها) خدمات سرپایی سلامت

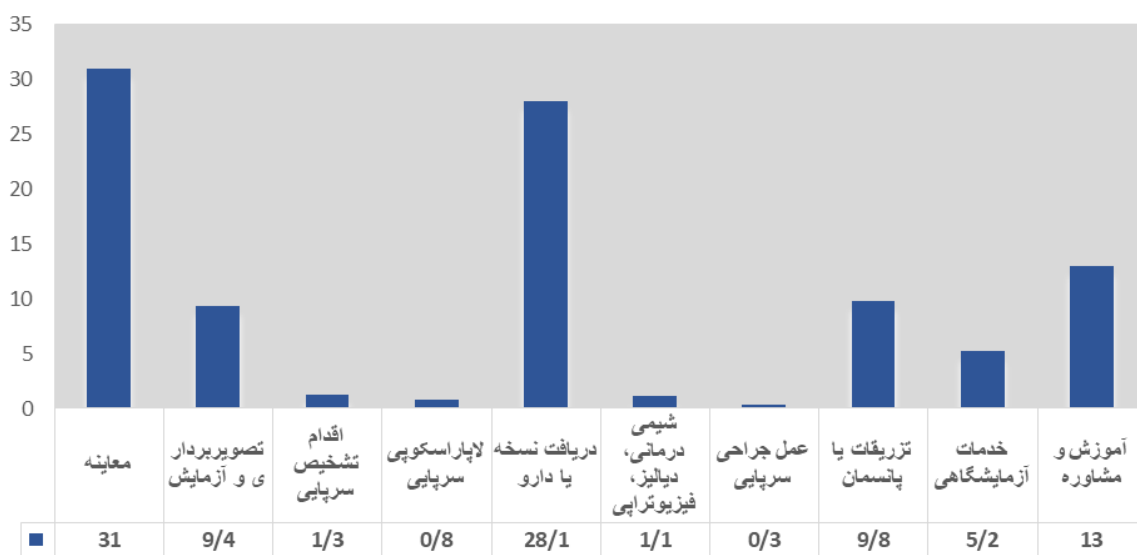
تعداد (درصد)				ویژگی‌های سالمندان	متغیرها
دریافت‌کنندگان خدمت، به دنبال مراجعه	مراجعه‌کنندگان برای دریافت خدمت (به دنبال نیاز)	افرادی که نیاز به خدمات سرپایی داشتند	کل افراد نمونه		
۹۳۹ (۹۷/۹)	۹۵۹ (۶۵/۸)	۱۴۵۶ (۳۳/۲)	۴۳۷۴ (۵۳/۳)	مرد	جنس
۱۱۲۱ (۹۷/۹)	۱۱۴۵ (۶۶/۷)	۱۷۱۶ (۴۴/۷)	۳۸۳۱ (۴۶/۷)	زن	
۶۹/۳	۶۹/۴	۶۹/۸	۶۹/۲	میانگین سن	سن
۷۰۵ (۹۷/۹)	۷۲۰ (۶۹/۲)	۱۰۳۹ (۳۵/۵)	۲۹۲۴ (۳۵/۶)	۶۴-۶۰	
۴۱۴ (۹۸/۸)	۴۱۹ (۶۷/۰)	۶۲۵ (۳۷/۰)	۱۶۸۹ (۲۰/۶)	۶۹-۶۵	
۹۴۱ (۹۷/۵)	۹۶۵ (۶۳/۹)	۱۵۰۸ (۴۱/۹)	۳۵۹۲ (۴۳/۸)	۷۰ به بالا	
۱۲۹۱ (۹۷/۸)	۱۳۱۹ (۶۶/۸)	۱۹۷۳ (۳۶/۸)	۵۳۵۰ (۶۵/۲)	شهر	محل زندگی
۷۶۹ (۹۷/۹)	۷۸۵ (۶۵/۴)	۱۱۹۹ (۴۱/۹)	۲۸۵۵ (۳۴/۸)	روستا	
۱۴۶۴ (۹۷/۷)	۱۴۹۸ (۶۷/۵)	۲۲۱۸ (۳۶/۱)	۶۱۳۷ (۷۴/۸)	متاهل	وضعیت تأهل
۵۹۶ (۹۸/۳)	۶۰۶ (۶۳/۵)	۹۵۴ (۴۶/۱)	۲۰۶۸ (۲۵/۲)	غیرمتاهل	
۷۷۶ (۹۸/۷)	۷۸۶ (۷۱/۹)	۱۰۹۲ (۳۳/۲)	۳۲۸۵ (۴۰/۰)	با سواد	تحصیلات
۱۲۸۴ (۹۷/۴)	۱۳۱۸ (۶۳/۳)	۲۰۸۰ (۴۲/۲)	۴۹۲۰ (۶۰/۰)	بی‌سواد	
۷۳۶ (۹۹/۰)	۷۴۳ (۷۱/۵)	۱۰۳۸ (۴۰/۹)	۲۵۳۷ (۳۰/۹)	بد	وضعیت اقتصادی**
۷۰۳ (۹۷/۷)	۷۱۹ (۶۹/۵)	۱۰۳۴ (۴۰/۶)	۲۵۴۶ (۳۱/۰)	متوسط	
۶۱۲ (۹۷/۱)	۶۳۰ (۶۰/۳)	۱۰۴۴ (۴۰/۹)	۲۵۴۸ (۳۱/۱)	خوب	
۸	۱۲	۵۶	۵۷۴ (۷/۰)	عدم پاسخ	
۲۰۶۰ (۹۷/۹)	۲۱۰۴ (۶۶/۳)	۳۱۷۲ (۳۸/۶)	۸۲۰۵ (۱۰۰/۰)	کل سالمندان	

### سند

\* در این جدول محاسبه درصدها در ستون اول عمودی است، یعنی درصدگیری نسبت به خود متغیر است، اما محاسبه درصدها در سه ستون بعدی و در ردیف آخر (کل سالمندان) افقی است، یعنی در هر ردیف برای محاسبه درصد، تعداد افراد ستون دوم بر ستون اول تقسیم شده و همین طور ستون سوم بر دوم و ستون چهارم بر سوم؛ \*\* متغیر «وضعیت اقتصادی» با استفاده از روش PCA از تعدادی متغیر دیگر با امتیاز عددی صفر و یک ساخته شده و سپس به سه دسته بد، متوسط و خوب بر اساس امتیاز کسب‌شده تقسیم شد.

اینکه مسن ترها، بی‌سودها و نیز ثروتمندان نسبتاً ناراضی تر بودند. یافته‌های مربوط به عوامل مرتبط با اظهار نیاز سالمندان به خدمات سرپایی، مراجعه برای دریافت خدمات به دنبال نیاز، بهره‌مندی از خدمات و در نهایت عوامل مرتبط با رضایت از خدمات دریافت‌شده در قالب چهار مدل در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. چنانچه در مدل اول دیده می‌شود، در سطح معنی‌داری ۰/۰۵، ارتباط معنی‌داری بین نیاز به خدمات سرپایی با جنسیت، سن، محل زندگی، وضعیت تأهل، تحصیلات، داشتن بیمه پایه و داشتن اتومبیل شخصی دیده شد؛ به طوری که سالمندان زن، مسن‌تر، روستایی، غیرمتاهل، بی‌سواد و دارای اتومبیل شخصی نسبت به سایر سالمندان اظهار نیاز بیشتری به خدمات سرپایی داشتند و سالمندان فاقد بیمه پایه، نسبت به کسانی که بیمه داشتند، اظهار نیاز کمتری به خدمات

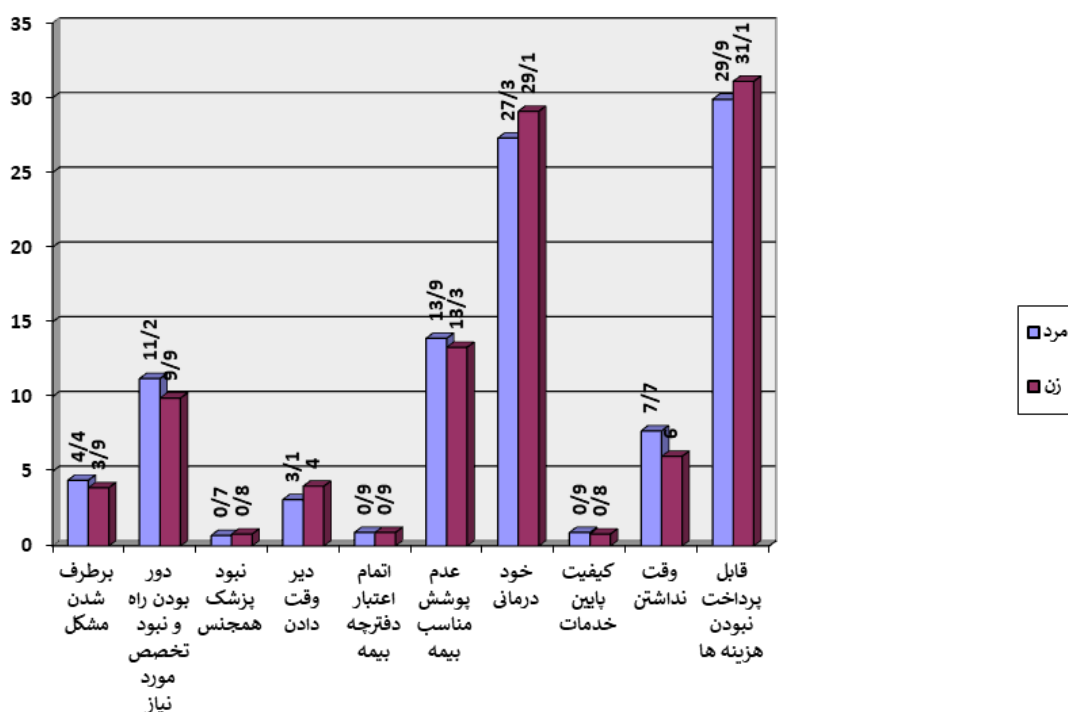
است. میزان رضایت کلی ۵۴ درصد از دریافت‌کنندگان خدمت در حد رضایت کم تا متوسط و سایر افراد (۴۶ درصد)، دارای رضایت نسبتاً بالایی از خدمات دریافت شده بودند. همچنین کمترین ناراضی‌تی از بین پنج بُعد مطالعه‌شده مربوط به رفتار پزشک و پرسنل معالج بود و بیشترین ناراضی‌تی مربوط به میزان هزینه‌ای بود که توسط سالمندان برای دریافت خدمات سرپایی پرداخت می‌شد. از نظر نظافت و پاکیزگی محل ارائه خدمت نیز بیشتر افراد (۵۴ درصد) رضایت نسبتاً بالایی داشتند و از نظر مدت‌زمان انتظار برای دریافت خدمت گروه نسبتاً راضی با گروه دیگر تقریباً مساوی بود. چنانچه در جدول شماره ۲ نشان داده شده است، توزیع وضعیت رضایت از خدمات بر اساس ویژگی‌های متفاوت سالمندان، صفت خاصی در ارتباط با رضایت برجسته نبود جز



تصویر ۳. درصد انواع خدمات سرپایی دریافت شده توسط افراد سالمند برای اولین نیازشان در طول دو هفته گذشته

حتی درباره تحصیلات، وضعیت عدم مراجعه بدتر بود، زیرا در حالی که بی سوادها نیاز بیشتری به خدمات سلامت داشتند، در مقابل مراجعه با سوادها برای دریافت خدمات به طور معنی داری بیشتر بود. همچنین گرچه کسانی که بیمه پایه نداشتند، از ابتدا اظهار نیاز کمتری هم کرده بودند، مراجعه آن‌ها برای دریافت خدمات به طور معنی داری کمتر از سالمندان دارای بیمه بود. همچنین نداشتن بیمه مکمل و نداشتن اتومبیل شخصی، تأثیر معنی داری بر روی کاهش مراجعه سالمندان برای دریافت خدمات سرپایی داشته است. در مدل

داشتند. چنانچه دیده می شود، رابطه‌ای بین نیاز سالمندان به خدمات سرپایی و داشتن بیمه مکمل و همچنین مالکیت مسکن (به عنوان یک شاخص اقتصادی) دیده نشد. مدل دوم رابطه بین ویژگی‌های سالمندان با مراجعه آن‌ها برای دریافت خدمات سرپایی را نشان می دهد. بر اساس این مدل، چنانچه در بالا گفته شد، با وجود اینکه زنان، مسن ترها، روستائیان و غیرمتأهلین بیشتر به خدمات سرپایی اظهار نیاز کرده بودند اما در عمل، میزان مراجعه آن‌ها برای دریافت این خدمات بیشتر از گروه مقابل نبود و این مسئله قابل توجه است.



تصویر ۴. درصد علت‌های عدم مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی توسط سالمندانی که به این خدمات نیاز داشتند

جدول ۲. وضعیت رضایت سالمندان از ابعاد گوناگون خدمات سرپایی دریافت‌شده به تفکیک ویژگی‌های آن‌ها

ویژگی‌های سالمندان	مدت انتظار برای دریافت خدمت		نظافت و پاکیزگی محل		رفتار پزشکی و پرسنل معالج		هزینه پرداخت‌شده		رضایت کلی		
	خوب	ضعیف تا متوسط	خوب	ضعیف تا متوسط	خوب	ضعیف تا متوسط	خوب	ضعیف تا متوسط	خوب	ضعیف تا متوسط	
جنس	مرد	۵۱/۶	۴۸/۴	۳۷/۰	۵۳/۰	۴۳/۵	۵۶/۵	۶۹/۰	۳۱/۰	۵۵/۳	۴۴/۷
	زن	۴۹/۰	۵۱/۰	۳۴/۵	۵۵/۵	۴۲/۴	۵۷/۶	۶۶/۰	۳۴/۰	۵۳/۰	۴۷/۰
سن	۶۵-۶۰	۴۸/۰	۵۲/۰	۳۳/۰	۵۷/۰	۴۰/۰	۶۰/۰	۶۵/۰	۳۵/۰	۵۳/۱	۴۶/۹
	۷۰-۶۵	۴۹/۷	۵۰/۳	۳۴/۳	۵۵/۷	۴۲/۰	۵۸/۰	۶۶/۶	۳۳/۴	۵۵/۰	۴۵/۰
محل زندگی	شهر	۵۲/۰	۴۸/۰	۴۵/۵	۵۴/۵	۸۲/۷	۱۷/۳	۶۶/۵	۳۳/۵	۵۵/۴	۴۴/۶
	روستا	۴۷/۳	۵۲/۷	۴۶/۰	۵۴/۰	۴۲/۹	۵۷/۱	۶۶/۰	۳۴/۰	۵۳/۴	۴۶/۶
وضعیت تأهل	متاهل	۵۰/۰	۵۰/۰	۴۵/۴	۵۴/۶	۴۱/۸	۵۸/۲	۶۶/۰	۳۴/۰	۵۴/۰	۴۶/۰
	غیرمتاهل	۵۰/۰	۵۰/۰	۴۶/۰	۵۴/۰	۴۵/۴	۵۴/۶	۶۷/۰	۳۳/۰	۵۴/۰	۴۶/۰
تحصیلات	باسواد	۴۶/۳	۵۳/۷	۳۹/۶	۶۰/۴	۳۷/۳	۶۲/۷	۶۰/۰	۴۰/۰	۴۸/۶	۵۱/۴
	بی‌سواد	۵۲/۰	۴۸/۰	۴۹/۰	۵۱/۰	۴۶/۰	۵۴/۰	۶۹/۰	۳۱/۰	۵۷/۰	۴۳/۰
وضعیت اقتصادی	بد	۴۷/۱	۵۲/۹	۴۰/۵	۵۹/۵	۳۸/۰	۶۲/۰	۶۰/۳	۳۹/۷	۴۸/۹	۵۱/۱
	متوسط	۴۸/۰	۵۲/۰	۴۳/۷	۵۶/۳	۴۱/۲	۵۸/۸	۶۶/۲	۳۳/۸	۵۲/۲	۴۷/۸
	خوب	۵۲/۷	۴۷/۳	۵۰/۶	۴۹/۴	۴۷/۴	۵۲/۶	۶۹/۵	۳۰/۵	۵۸/۵	۴۱/۵
	عدم پاسخ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
کل سالمندان	۵۰/۲	۴۹/۸	۴۵/۶	۵۴/۴	۴۲/۹	۵۷/۱	۶۶/۳	۳۳/۷	۵۴/۰	۴۴/۰	

سالمند

### بحث

در این مطالعه وضعیت نیاز، تقاضا و بهره‌مندی از خدمات سرپایی سلامت در سالمندان کشور ایران بررسی شد و عوامل مرتبط با آن‌ها مورد تحلیل قرار گرفت. چنانچه تصویر شماره ۲ نشان داد، پراکندگی نسبتاً زیادی در استان‌های کشور از نظر میزان بهره‌مندی آن‌ها از خدمات سرپایی سلامت به تناسب نیازی که به این خدمات داشتند وجود دارد و عمدتاً استان‌هایی که از نظر اقتصادی و توسعه‌یافتگی محروم‌تر هستند، بهره‌مندی کمتری نیز از خدمات سرپایی سلامت داشته‌اند. بنابراین این استان‌ها باید در اولویت توجه مدیران و سیاست‌گذاران برای افزایش دسترسی عادلانه آن‌ها به خدمات سلامت مورد نیازشان قرار گیرند.

نتایج این مطالعه حاکی از آن است که حدود ۳۹ درصد سالمندان در زمان مصاحبه اظهار کردند که در عرض ۲ هفته گذشته حداقل یک بار به خدمات سرپایی نیاز پیدا کرده بودند.

سوم یافته‌های مربوط به رابطه بین ویژگی‌های سالمندان با بهره‌مندی آن‌ها از خدمات سرپایی ارائه شده است. از آنجا که اکثر قریب به اتفاق سالمندان (۹۸ درصد) در صورت مراجعه برای دریافت خدمات به مراکز بهداشتی و درمانی، می‌توانستند خدمت مورد نیاز خود را دریافت کنند بنابراین ویژگی‌های سالمندان رابطه‌ای با بهره‌مندی از خدمات سلامت نداشت. در مدل چهارم رابطه بین ویژگی‌های سالمندان با میزان رضایت آن‌ها از خدمات سرپایی دریافت‌شده نشان داده شده است. در این مدل، در سطح معنی‌داری ۰/۰۵، بین میزان رضایت سالمندان با سن بالای هفتاد، محل زندگی، وضعیت تأهل و تحصیلات ارتباط معنی‌داری دیده شد، به طوری که سالمندان بالای ۷۰ سال، روستایی و غیرمتاهل به طور معنی‌داری دارای رضایت کمتری نسبت به سایرین بودند. در مقابل سالمندان بی‌سواد سطح رضایت بالاتری نسبت به باسوادها داشتند. ارتباط معناداری بین سایر ویژگی‌ها و رضایت از خدمات دیده نشد.



جدول ۳. نتایج آنالیز رگرسیون لاجستیک برای تعیین عوامل مرتبط با اظهار نیاز سالمندان، مراجعه آن‌ها به دنبال نیاز، بهره‌مندی آنان به دنبال مراجعه و رضایت آن‌ها از خدمات سرپایی دریافت‌شده

	مدل ۱. نیاز داشتن		مدل ۲. مراجعه کردن		مدل ۳. بهره‌مند شدن		مدل ۴. رضایت داشتن		
	OR (۹۵% CI)	P	OR (۹۵% CI)	P	OR (۹۵% CI)	P	OR (۹۵% CI)	P	
جنسیت	مرد	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
	زن	>۰/۰۰۱	۱/۵۱ (۱/۳۶-۱/۶۷)	-/۱۱	۱/۱۴ (۰/۹۶-۱/۳۶)	-/۸۲	۰/۹۲ (۰/۴۷-۱/۸۱)	-/۵۰	-/۹۳ (۰/۷۵-۱/۱۵)
سن	۶۴-۶۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
	۶۹-۶۵	>۰/۰۰۱	۱/۲۲ (۱/۱۰-۱/۳۶)	-/۳۸	۰/۹۲ (۰/۷۶-۱/۱۰)	-/۹۱	۰/۹۶ (۰/۴۷-۱/۹۵)	-/۳۷	-/۸۸ (۰/۶۹-۱/۱۰)
	۷۰ به بالا	-/۰۰۷	۱/۱۸ (۱/۰۴-۱/۳۴)	-/۸۶	۰/۹۸ (۰/۸۰-۱/۲۰)	-/۱۸	۰/۵۱ (۰/۱۹-۱/۳۷)	-/۰۱	-/۷۳ (۰/۵۶-۰/۹۴)
محل زندگی	شهر	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
	روستا	-/۰۲	۱/۱۲ (۱/۰۱-۱/۲۴)	-/۶۳	۱/۰۴ (۰/۸۸-۱/۲۲)	-/۱۷	۱/۵۶ (۰/۸۱-۳/۰۰)	-/۰۳	-/۷۸ (۰/۶۳-۰/۹۷)
وضعیت تأهل	متاهل	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
	غیرمتاهل	-/۰۱	۱/۱۵ (۱/۰۲-۱/۲۹)	-/۳۶	۰/۹۱ (۰/۷۶-۱/۱۰)	-/۱۴	۱/۷۷ (۰/۸۱-۳/۸۴)	-/۰۵	-/۷۸ (۰/۶۲-۱/۰۰)
تحصیلات	باسواد	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
	بی‌سواد	-/۰۴	۱/۱۱ (۱/۰۰-۱/۲۴)	-/۰۰۵	۰/۷۶ (۰/۶۳-۰/۹۲)	-/۱۵	۰/۵۶ (۰/۲۵-۱/۲۵)	-/۰۱	۱/۳۲ (۱/۰۴-۱/۶۶)
بیمه پایه	دارد	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
	ندارد	-/۰۵	-/۷۳ (۰/۵۳-۱/۰۰)	-/۰۰۷	-/۵۹ (۰/۴۱-۰/۸۷)	-/۵۳	۱/۹۰ (۰/۲۵-۱۴/۳۲)	-/۶۷	۱/۱۲ (۰/۶۵-۱/۹۴)
بیمه مکمل	دارد	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
	ندارد	-/۷۹	۱/۰۱ (۰/۹۰-۱/۱۳)	-/۰۳	۰/۸۱ (۰/۶۷-۰/۹۸)	-/۱۰	۰/۴۷ (۰/۱۹-۱/۱۷)	-/۸۰	-/۹۷ (۰/۷۷-۱/۲۲)
مالکیت مسکن	مالک	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
	غیرمالک	-/۸۴	۰/۹۸ (۰/۸۳-۱/۱۵)	-/۱۲	۰/۸۱ (۰/۶۳-۱/۰۵)	-/۳۶	۱/۹۳ (۰/۴۵-۸/۱۹)	-/۰۸	۱/۳۳ (۰/۹۶-۱/۸۶)
اتومبیل شخصی	دارد	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
	ندارد	>۰/۰۰۱	۱/۲۱ (۱/۰۹-۱/۳۴)	-/۰۱	۰/۷۸ (۰/۶۵-۰/۹۴)	-/۰۹	۰/۴۸ (۰/۲۰-۱/۱۳)	-/۷۴	۱/۰۳ (۰/۸۳-۱/۲۹)

سالمند

تعیین سلامت سالمندان و نیازهای سلامتی آنان انجام معاینات فیزیکی ضروری است و گروه دوم که بر مدل عملکردی تأکید دارند معتقدند همان مضامینی که یک سالمند به شخصه بیان می‌کند، می‌تواند بهترین شاخص برای تبیین وضعیت سلامتی او و سیستم‌های حمایتی مورد نیازش باشد [۱۳]. بنابراین ممکن است تفاوت رویکردها در ارزیابی نیازهای سلامت دلیل بخشی از تفاوت‌های آماری گزارش‌شده باشد.

از نظر مراجعه برای دریافت خدمات، در مطالعه حاضر تنها ۶۶ درصد از کسانی که اظهار نیاز کرده بودند به مراکز درمانی مراجعه کردند و مهم‌ترین دلایل عدم مراجعه به ترتیب شامل بالا بودن هزینه‌ها (۳۰ درصد موارد)، خوددرمانی (۲۸ درصد موارد) و عدم

این مقدار در مقایسه با نتایج مطالعه مادینین گروم و همکاران در اندونزی [۲۴] که تنها ۲/۷ درصد گزارش شده بود درصد بالایی است ولی خیلی کمتر از میزان گزارش‌شده در مطالعه‌ای است که در شهر دیگری از ایران (کرمان) انجام شده و در آن مطالعه ۶۴ درصد سالمندان اظهار نیاز به خدمات سرپایی داشتند [۱۶]. با این حال نتایج مطالعه حاضر با مطالعه‌ای که در سنگاپور انجام شده [۲۵] و این عدد را حدود ۳۵ درصد گزارش کرده و مطالعه‌ای در جاوا [۲۶] که آن را حدود ۳۲ درصد گزارش کرده، مشابهت نسبتاً زیادی دارد. برای تعیین نیازهای سلامتی دو رویکرد اصلی وجود دارد که مدل‌های پزشکی و عملکردی نامیده می‌شوند. افراد معتقد به مدل پزشکی بر این باورند که برای

در تایوان و پارک در کره، زنان سالمند نسبت به مردان میزان بالاتری از خدمات سلامت را دریافت کرده بودند [۲۹، ۳۱]. همچنین مطالعه جاسون ایکس و همکاران [۳۲] در شهر انتاریو کانادا نشان داد که زنان به طور متوسط بیشترین بهره‌مندی از خدمات را نسبت به مردان داشتند و همچنین با افزایش سن، بهره‌مندی از خدمات بهداشتی افزایش می‌یابد. در این مطالعات گفته شده که احتمالاً زنان سالمند حساسیت بیشتری نسبت به وضعیت سلامتی خود دارند که منجر به مراجعه بیشتر آن‌ها نیز شده است. از آنجا که داشتن استقلال اقتصادی در زندگی برای سالمندان اهمیت بسیاری دارد، زنان سالمند نسبت به مردان، مخصوصاً به دنبال از دست دادن همسر، در دوران سالمندی که موجب وابستگی بیشتر فرد به دیگر اعضا خانواده می‌شود و می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی آن‌ها نسبت به مردان اثرگذارتر باشد، نیاز بیشتری به خدمات بهداشتی خواهند داشت [۳۰، ۳۲].

انتظار می‌رود که مسن‌ترها به خدمات سلامت نیاز بیشتری داشته باشند زیرا چنانچه در بالا هم بحث شد، با بالا رفتن سن نیازهای سلامتی افراد نیز بیشتر می‌شود اما مراجعه کمتر آن‌ها می‌تواند نشانه بی‌عدالتی در دسترسی عادلانه به خدمات سلامت بر حسب نیاز باشد. شاید بتوان گفت کاهش تمایل خود سالمندان یا خانواده‌های آن‌ها برای مراجعه به مراکز درمانی به این خاطر باشد که آن‌ها معتقدند بیماری و ناتوانی بخشی از فرایند طبیعی سال‌های پایانی عمر و اجتناب‌ناپذیر بوده و ضرورت چندانی برای مراجعه به مراکز درمانی قائل نباشند [۳۳]. مطالعه‌ای که در شهر کرمان روی وضعیت بهره‌مندی از خدمات سلامت در سالمندان آن شهر انجام شده [۱۶] نیز مطابق با یافته‌های مطالعه حاضر بوده و حاکی از این بود که سالمندان کم‌سن‌تر بیشتر از مسن‌ترها از خدمات سرپایی استفاده کرده‌اند و با افزایش سن سالمندان میزان استفاده از خدمات سرپایی در آن‌ها کاهش می‌یابد.

همچنین سالمندانی که در روستا زندگی می‌کردند اظهار نیاز بیشتری به خدمات سرپایی داشتند اما بهره‌مندی بیشتری از خدمات نداشتند. همان طور که گفته شد، مهم‌ترین دلیل عدم مراجعه بالا بودن هزینه‌ها بود و به تنهایی ۳۰ درصد از علل عدم مراجعه سالمندان را تشکیل می‌داد. با توجه به اینکه درآمد اکثر روستائیان به صورت فصلی است و از طرفی جمعیت خانواده‌ها زیاد است، بنابراین این افراد نیز ممکن است توان مالی مناسب برای دریافت خدمات با هزینه بالا را نداشته باشند، بنابراین ممکن است که روستائیان دسترسی مطلوبی به خدمات بهداشتی درمانی (از لحاظ یکی از ابعاد دسترسی که همان قابلیت خرید "تناسب بین قیمت خدمات و درآمد، توانایی پرداخت بیمه بهداشت و درمان برای مشتریان" است) را نداشتند و از این رو کمتر برای خدمات سرپایی مراجعه کرده بودند. نتایج مطالعه هانسون نیز گویای این مطلب است و به نابرابری استفاده خانوارها از خدمات سلامت با وضعیت‌های اجتماعی اقتصادی متفاوت اشاره دارد و آن را تابع سکونت شهرنشینی یا روستائیشینی و درآمد خانوار می‌داند

پوشش مناسب بیمه‌ای (۱۳ درصد موارد) ذکر شده بود. عدم توانایی مالی برای پرداخت خدمات سلامت در گروه سالمندان مسئله غیرمنتظره‌ای نیست زیرا این گروه، به‌ویژه زنان سالمند، معمولاً نسبت به متوسط جمعیت توانایی مالی کمتری دارند و آمار بالای بی‌سوادی در این گروه نیز معمولاً مزید بر علت می‌شود. خوددرمانی و عدم پوشش مناسب بیمه به عنوان علل بعدی عدم مراجعه، علاوه بر اعتقادات و مسائل فرهنگی، هر دو به نوعی به میزان درآمد و وضعیت اقتصادی سالمندان مربوط می‌شود. از این رو می‌توان گفت نقش حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی به عنوان جزئی از منابع تأمین‌کننده هزینه‌های سلامت را نمی‌توان نادیده گرفت [۲۷]. در مطالعه نورایی مطلق و همکاران [۲۸]، مهم‌ترین دلایل عدم بهره‌مندی از خدمات سرپایی در خانوارهای شهر تهران در درجه اول وجود دارو در منزل و خوددرمانی، بعد از آن نداشتن پول و گران بودن خدمات و برطرف شدن مشکل بوده که نتایج مطالعه ما را تأیید می‌کند. همچنین مطالعه پوررضا و همکاران [۱۳] نشان داد که ۸ درصد از افرادی که در یک ماه گذشته به دریافت خدمات درمانی اظهار نیاز کرده بودند، برای دریافت آن تلاشی نکردند و بیشترین دلیل آن وخیم نبودن شدت بیماری و عدم توانایی اقتصادی برای پرداخت هزینه درمان و کمترین دلیل عدم دسترسی جغرافیایی بیان شد. برعکس، جولایی و همکاران [۲۸] دسترسی محدود به خدمات بهداشتی و اطلاع‌رسانی نکردن در مورد خدمات بهداشتی درمانی را مانع اصلی بهره‌مندی از خدمات بهداشتی در مناطق فقیرنشین می‌دانند. به نظر می‌رسد در علل مراجعه نکردن و بهره‌مندی از خدمات سلامت فاکتورهای متعددی بنا بر ویژگی‌های فردی و جغرافیایی می‌توانند مؤثر باشد و لازم است گروه‌های جمعیتی متفاوت جداگانه بررسی شوند.

با این حال نتایج این مطالعه نشان داد که تقریباً تمام سالمندانی (۹۸ درصد) که نیاز به خدمات سرپایی سلامت داشتند و برای دریافت خدمت مراجعه کرده بودند، درنهایت موفق به دریافت خدمات مورد نیاز خود شدند. این یافته امیدبخش است و نشان می‌دهد که سیستم سلامت ایران، حداقل به لحاظ کمی، ظرفیت ارائه خدمات سرپایی مناسبی به مراجعین دارد.

در تحلیل عوامل مرتبط با نیاز و مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی سلامت، مشاهده شد که با وجود نیاز بیشتر زنان، مسن‌ترها، روستائیان و غیرمتاهلین (یا سالمندان تنها) به خدمات، این گروه‌ها میزان مراجعه بیشتری برای دریافت این خدمات نداشتند و این یافته در مورد تحصیلات حتی بدتر بود، زیرا با وجود نیاز بیشتر بی‌سوادها به خدمات سلامت، مراجعه باسوادها به طور معنی‌داری بیشتر بود. مطالعات متعددی نشان داده است که مشکلات سلامتی جسمی و روحی روانی در زنان سالمند نسبت به مردان سالمند بیشتر است [۲۹، ۳۰]. بنابراین کاملاً پیش‌بینی می‌شد که زنان بیشتر به خدمات سرپایی اظهار نیاز کنند اما مراجعه کمتر آنان می‌تواند نشانه نابرابری جنسیتی در دسترسی برابر به خدمات سلامت باشد. در مطالعات چانگ

مطالعه خود با نام بررسی الگوی بهره‌مندی از خدمات سلامت در سالمندان آمریکا به این نتیجه رسید که در سالمندان با توجه به بدتر شدن وضعیت سلامت و همچنین داشتن چند بیماری، استفاده از مراقبت‌های درمانی و مراجعه به مراکز مراقبتی افزایش می‌یابد و متغیرهای مالی در بهره‌مندی از خدمات مذکور تأثیر کمتری دارد [۴۱]. بنابراین تأثیر محیط و عوامل فرهنگی می‌تواند نقش مهمی در تصمیم فرد برای مراجعه و بهره‌مندی از خدمات سلامت داشته باشد.

در خصوص رضایت از خدمات سرپایی مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین رضایت از بهره‌مندی سالمندان از بین پنج بُعد مورد مطالعه، مربوط به رفتار پزشک و پرسنل معالج بوده و کمترین رضایت مربوط به میزان هزینه‌ای بود که سالمندان باید برای دریافت خدمات سرپایی می‌پرداختند. در مطالعه برهانی‌نژاد و همکاران [۱۶] در کشورمان بیشترین علت ناراضی‌تایی از خدمات سرپایی شلوغی و معطلی زیاد در مراکز بهداشتی درمانی و زمان انتظار طولانی بود. این در حالی است که پژوهشی در ایالت واشنگتن آمریکا با نام رضایت از مدیریت و ارزیابی طب سرپایی سالمندان نشان داد در موارد عمومی، کیفیت تخصصی، رفتار بین‌فردی، ارتباطات، جنبه مالی مراقبت، زمان کافی ویزیت پزشک و دسترسی رضایت متوسطی وجود داشت اما همه دریافت‌کنندگان سرپایی، مراقبت دریافت‌شده را بسیار خوب (۸۱ درصد) و یا خوب (۱۸ درصد) ارزیابی کرده بودند [۴۲]. این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت در سیستم بهداشت و درمان آمریکا با کشور ما باشد. می‌توان تفاوت در زمینه‌های گوناگون مانند مدت ویزیت پزشکان و روابط مؤثر پزشک و بیمار، بهره‌گیری از متخصصین طب سالمندی و سایر کادر درمانی متخصص در زمینه مراقبت از سالمندان، حضور پررنگ و جایگاه مشخص مددکاران اجتماعی، توجه بیشتر به نیازهای روانی و اجتماعی بیمار و تمرکز بر جنبه‌های آموزشی، پیشگیری، روانی، اجتماعی و روابط خانوادگی را نام برد. مطالعه هاشمی با نام بررسی دیدگاه سالمندان نسبت به ارائه برخی خدمات بهداشتی درمانی به سالمندان که در آن مراجعین کلینیک و مطب سرپایی بررسی شده‌اند، معتقد است که عملکرد پرسنل نظام ارائه خدمات وضعیت خوبی داشته و نگرش سالمندان به ارتباط توسط پرسنل در حد بالایی خوب بوده است. هر چند ممکن است انتظار سالمندان با توجه به سطح آگاهی آنان کمتر از نیاز واقعی باشد [۴۳].

در حالی که در مطالعه کشتکاران و همکاران [۴۴] میزان رضایت کلی بیماران از خدمات سرپایی در ۶۲/۳ درصد موارد متوسط به پایین و در بقیه موارد خوب گزارش شده بود، افراد مسن‌تر نسبت به سایر سنین رضایت بیشتری داشتند. این نتایج با نتایج مطالعه بختیاری و حاج حسنی [۴۵]، جکسون [۴۶]، بوذر [۴۷] و نت [۴۸] هم‌خوانی داشته و با نتایج مطالعه حاضر و عامریون و همکاران [۴۹] هم‌خوانی نداشت. از نظر کشتکاران [۴۴] به نظر می‌رسد افراد مسن‌تر کم‌توقع‌تر از جوانان هستند

[۳۴]. در این مطالعه همچنین سالمندان تنها و بدون همسر نیز با توجه به از دست دادن استقلال مالی و افراد بی‌سواد نیز به دلیل نداشتن درآمد ثابت از منبع مشخص و نداشتن پوشش بیمه پایه مناسب به دنبال اشتغال نداشتن به کار دولتی یا کارفرمایی، توان پرداخت هزینه‌های سلامت را نخواهند داشت، بنابراین مراجعه آن‌ها برای دریافت خدمات کمتر بود.

در این مطالعه همچنین نداشتن بیمه پایه و بیمه مکمل سلامت و همچنین نداشتن اتومبیل شخصی که همگی نشانه‌های موقعیت ضعیف اقتصادی اجتماعی فرد در جامعه است، نیز تأثیر معنی‌داری روی کاهش مراجعه سالمندان برای دریافت خدمات سرپایی داشته است. سالمندانی که بیمه پایه نداشتند نسبت به کسانی که بیمه پایه داشتند ۰/۷۳ برابر کمتر به خدمات سرپایی اظهار نیاز می‌کردند و ۰/۵۹ کمتر برای دریافت خدمت مراجعه کرده بودند. همچنین سالمندانی که بیمه مکمل نداشتند نسبت به سالمندانی که بیمه مکمل داشتند ۰/۸۱ کمتر از خدمات سرپایی بهره‌مند شدند. این مسئله علاوه بر انگیزه‌های مالی می‌تواند دلایل مختلف داشته باشد. برای مثال خودالقایی نیاز نداشتن به خدمات پزشکی به خاطر نداشتن بیمه و مشکلات اقتصادی؛ افرادی که سالم‌ترند یا اساساً اعتقاد و علاقه‌ای به استفاده از خدمات پزشکی ندارند، معمولاً دنبال بیمه هم نمی‌روند. همچنین سالمندان به دلیل بیماری‌های زمینه‌ای و مزمن از پرهزینه‌ترین افراد برای نظام سلامت و سازمان‌های بیمه‌گر هستند [۸، ۷]. بنابراین این یافته ضرورت برقراری بیمه مکمل و گسترش پوشش بیمه‌ای خدمات سرپایی برای سالمندان را فراهم می‌کند تا سالمندان با توجه به نداشتن استقلال مالی و همچنین نداشتن حمایت‌های مالی به خاطر هزینه‌های این خدمات از مراقبت‌های سرپایی بی‌بهره نشوند و کیفیت زندگی پایینی را تجربه نکنند.

اکثر عواملی که در بالا برشمرده شد به نوعی بر تأثیر مهم وضعیت مالی افراد سالمند در بهره‌مندی آن‌ها از خدمات سلامت در ایران تأکید دارد. نتایج مطالعات فری [۳۵]، کیم [۳۶] و اونجوکو [۳۷] نیز نشان‌دهنده تجمع بیشتر بهره‌مندی از خدمات بستری و سرپایی در میان گروه‌های ثروتمندتر جامعه و تأثیر وضعیت اقتصادی در درصد مراجعه است. همچنان که به لحاظ سهم متغیرهای متفاوت در نابرابری، مطالعه لورنت [۳۸]، رضاپور [۲۲] و نورایی مطلق [۲۸] نشان داد که وضعیت اقتصادی بیشترین سهم را در نابرابری در بهره‌مندی از خدمات سرپایی و بستری دارد. حسین‌پور و همکاران [۳۹] نیز در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که افراد با وضعیت اقتصادی اجتماعی بالاتر و افراد دارای بیمه درمانی بیشتر برای دریافت خدمات سرپایی مراجعه کرده‌اند و افرادی که در مناطق روستایی زندگی می‌کردند، نسبت به افراد ساکن شهر، کمتر به دنبال مراقبت‌های سرپایی مورد نیاز خود بودند. حسن‌زاده و همکاران [۴۰] نیز بیان کردند که افرادی که در پایین‌ترین حد وضعیت اقتصادی اجتماعی بودند، کمترین بهره‌مندی از خدمات سرپایی را داشتند. با این حال ریچارد در

در زمینه اینکه این افراد از چه نوع خدمات بهداشتی درمانی استفاده می‌کنند و این خدمت را از چه منبعی و به چه مقدار تهیه می‌کنند، ارائه کند و تصویر روشنی از تقاضای آن‌ها برای خدمات مذکور، شیوه اقدام برای پاسخ به این تقاضا و شیوه پاسخ‌گویی نظام ارائه خدمات از قبیل تدارک نیروی متخصص مورد نیاز برای ارائه خدمت به سالمندان فراهم کند. استفاده از این اطلاعات می‌تواند در اصلاحات نظام سلامت و نحوه تخصیص منابع به این گروه سنی رویه‌رشد، مفید و کارساز باشد تا به این ترتیب فاصله‌های موجود در زمینه ارتقا و بهبود عملکرد سیستم‌های ارائه‌کننده خدمات تخصصی به گروه سالمندان به حداقل برسد. مطالعه و تحلیل عوامل مؤثر بر بهره‌مندی می‌تواند موجب آگاهی بیشتر محققان و تصمیم‌گیران از روش‌های بهبود دسترسی و بهره‌مندی افراد از خدمات سلامت شود.

این مطالعه نشان داد که با وجود اینکه زنان، مسن‌ترها، روستاییان و غیرمتأهلین بیشتر به خدمات سرپایی اظهار نیاز کرده بودند اما در عمل میزان مراجعه آن‌ها برای دریافت این خدمات بیشتر از گروه مقابل نبود و این مسئله توجه‌برانگیز است. در مورد تحصیلات، وضعیت عدم مراجعه حتی بدتر بود، زیرا در حالی که بی‌سوادها نیاز بیشتری به خدمات سلامت داشتند، در مقابل مراجعه باسوادها برای دریافت خدمات به طور معنی‌داری بیشتر بود. همچنین گرچه کسانی که بیمه پایه نداشتند از ابتدا اظهار نیاز کمتری هم کرده بودند، مراجعه آن‌ها برای دریافت خدمات به طور معنی‌داری کمتر از سالمندان دارای بیمه بود. همچنین نداشتن بیمه مکمل و نداشتن اتومبیل شخصی تأثیر معنی‌داری بر روی کاهش مراجعه سالمندان برای دریافت خدمات سرپایی داشته است؛ بنابراین به نظر می‌رسد جایگاه اقتصادی اجتماعی افراد در جامعه تعیین‌کننده مهمی در برخورداری و بهره‌مندی از خدمات سلامت است. بنا بر آنچه خود سالمندان بیان کردند، بیشترین علل مراجعه نکردن برای دریافت خدمات سرپایی بالا بودن هزینه‌ها، خوددرمانی و نداشتن بیمه سلامت بود که عمدتاً ریشه در مسئله بیان شده دارد. بنابراین انتظار می‌رود با انجام اقداماتی در زمینه بهبود وضعیت معیشتی مردم، بهبود سبک زندگی جامعه، افزایش پوشش بیمه درمان، یکپارچگی سازمان‌های بیمه‌گر و گسترش برنامه پزشکی خانواده عدالت در بهره‌مندی از خدمات سرپایی افزایش یابد. با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه می‌بایست متغیرهایی که قابلیت مداخله دارند را شناسایی کرد و اقداماتی در راستای بهبود وضعیت موجود انجام داد. به خصوص در زمینه اصلاح پوشش بیمه‌ای مکمل، خدمات مختص سالمندان، توجه بیشتر به قشر سالمند با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، گسترش مراکز خدمات سرپایی مختص سالمندان، تربیت نیروی انسانی متخصص سالمندان و بهبود جایگاه مددکاران اجتماعی در جهت شناسایی سالمندان نیازمند حمایت‌های مالی و اجتماعی هستیم و می‌بایست اقداماتی صورت پذیرد.

و با شرایط جدید و مشکلات پیش‌آمده با انعطاف بیشتری برخورد می‌کنند و مجموعاً نارضایتی در این افراد کمتر است. همچنین در مطالعه کشتکاران [۴۴]، نت [۴۸] و نوبل [۵۰] با بالارفتن سطح تحصیلات نیز از میزان رضایت کاسته شده است. این نتیجه با یافته مطالعه حاضر و مطالعه سیف ربیعی [۵۱] همخوانی نداشت. می‌توان گفت سطح تحصیلات بالاتر، موقعیت اجتماعی و میزان آگاهی بیشتر از حقوق شهروندی را به دنبال دارد و از این رو کسب رضایت افراد باسوادتر به مراتب سخت‌تر از افراد کم‌سواد است [۴۴].

این در حالی است که در این مطالعه افراد مسن‌تر، بی‌سواد و افراد با وضعیت اقتصادی بهتر نسبتاً نارضایتی‌تر بودند. شاید بتوان تفاوت‌های دیده‌شده در نتایج حاضر با سایر تحقیقات را ناشی از اختلاف جامعه مورد مطالعه، تعداد حجم نمونه، تفاوت در ابزار و معیار سنجش رضایت بیماران، روش گردآوری داده‌ها و زمان انجام تحقیق دانست. همچنین در توجیه این مطلب می‌توان گفت که بالارفتن سن با مشکلات بهداشتی و سلامتی بیشتری همراه است و پاسخ‌گویی به همه نیازهای این افراد ممکن نخواهد بود و این خود می‌تواند منشأ نارضایتی شود، از طرفی هزینه‌های درمانی در سن بالاتر بیشتر است و فرد توانایی مالی کافی ندارد و این خود موجب نارضایتی بیشتر می‌شود.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به این مورد اشاره کرد که فقط به بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اقتصادی اجتماعی مؤثر در میزان بهره‌مندی از خدمات سرپایی پرداخته شده و همه تعیین‌کننده‌های احتمالی بررسی نشده است که این محدودیت عمدتاً به دلیل ثانویه بودن مطالعه و وجود نداشتن اطلاعات در مطالعه اولیه و همچنین وجود هم‌خطی بین بعضی از متغیرهای زمینه‌ای و حذف آن‌ها بود. همچنین این مطالعه در یک بازه زمانی ایستا و به صورت مقطعی انجام شده است در حالی که فقط مطالعات طولی می‌توانند رابطه علت و معلولی را بررسی کرده و عوامل مؤثر بر میزان بهره‌مندی را که ممکن است به مرور زمان تغییر کند به شکل مؤثری شناسایی کنند. پیشنهاد می‌شود که با توجه به افزایش جمعیت سالمندی و به دنبال آن افزایش هزینه‌های بهداشتی درمانی، پژوهشگران در مطالعات بعدی به بررسی و تحلیل اطلاعات مربوط به میزان هزینه‌های پرداختی با توجه به خدمات دریافت‌شده بپردازند.

### نتیجه‌گیری نهایی

با علم به اینکه ایران، به‌ویژه در دو دهه بعدی، با رشد سریع پدیده سالمندی جمعیت و به دنبال آن افزایش هزینه‌های سلامت روبه‌رو خواهد شد، آشنایی با الگوی تقاضا و بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت می‌تواند در پیشگیری از چالش‌های مهم نظام سلامت در سال‌های آینده مؤثر باشد. شناخت وضعیت بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت می‌تواند اطلاعات مفیدی



## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله دارای کد اخلاق IR.TUMS.SPH. REC.1397.4982- از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران است.

### حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم ماریا محمدی، در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، در گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد. این پایان نامه با حمایت مالی همین دانشگاه انجام شده است.

### مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در طراحی مطالعه، اجرا و نگارش گزارش و مقاله آن و همچنین در مراحل ویراستاری و اصلاحات مشارکت یکسانی داشته‌اند.

### تعارض منافع

بنا به اظهار نویسندگان در این مقاله هیچ گونه تعارض منابعی وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دانشکده بهداشت برای حمایت مادی و معنوی از این پژوهش و همچنین از مؤسسه ملی تحقیقات سلامت که داده‌های طرح ملی بهره‌مندی از خدمات سلامت را در اختیار پژوهشگران قرار دادند تقدیر و تشکر می‌کنیم.

## References

- [1] Yavari K, Basakha M, Sadeghi H, Naseri A. [Economic aspects of ageing (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2015; 10(1):92-105. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-702-en.html>
- [2] Mirzaie M, Darabi S. [Population aging in iran and rising health care costs (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12(2):156-69. [DOI:10.21859/sija-1202156]
- [3] United Nations. World population ageing [Internet]. 2015 [Updated 2015]. Available from: [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)
- [4] Nikookar R, Ghaffari Sh, Akbari Kamrani AA, Sahaf R, Moghadam M, Ghadimi MR. [Assessing the duration of unnecessary hospitalization and expenses in older individuals suffering from cerebral vascular accident in the chronic care unit (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2015; 10(2):180-7. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-819-en.html>
- [5] Culyer AJ. *The dictionary of health economics*. United Kingdom: Edward Elgar Publishing; 2010. [DOI:10.4337/9781849806626]
- [6] Norheim OF, Asada Y. The ideal of equal health revisited: definitions and measures of inequity in health should be better integrated with theories of distributive justice. *International Journal for Equity in Health*. 2009; 8:40. [DOI:10.1186/1475-9276-8-40] [PMID] [PMCID]
- [7] Pavot W, Diener E. The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*. 2008; 3(2):137-52. [DOI:10.1080/17439760701756946]
- [8] Soltani MH, Sahaf R, Mohammadi Shahbolaghi F, Ghaffari S, Khosravi A, Gohari MR. [Elderly, duration of hospitalization and hospital cost in Milad hospital in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2012; 6(51):58-65. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-489-en.html>
- [9] Schofield DJ, Earnest A. Demographic change and the future demand for public hospital care in Australia, 2005 to 2050. *Australian Health Review*. 2006; 30(4):507-15. [DOI:10.1071/AH060507] [PMID]
- [10] Holtz C. *Global health care: Issues and policies*. 2<sup>th</sup> ed. United States: Jones & Bartlett Learning; 2013. [https://books.google.com/books?id=PS0C2EuedncC&printsec=frontcover&source=gs\\_bse\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com/books?id=PS0C2EuedncC&printsec=frontcover&source=gs_bse_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- [11] Poor Reza A, Khabiri Nemati R. [Health economics and aging (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2007; 1(2):80-7. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-17-en.html>
- [12] Yahyavi Dizaj J, Tajvar M, Mohammadzadeh Y, Marioryad H. [The effect of the presence of an elderly member on health care costs of Iranian households (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2020; 14(4):462-77. [DOI: 10.32598/sija.13.10.420]
- [13] Pourreza A, Khabiri R, Arab M, Sari A, Rahimi A, Tal A. [Behavior and its influencing factors in search of the inhabitants of Tehran (Persian)]. *Journal of the School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2009; 7(2):1-13. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-112-en.html>
- [14] Saberian M, Haji Aghajani S, Ghorbani R. [Study of the mental status of the elderly and its relationship with leisure time activities (Persian)]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2004; 10(4):53-60. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=56437>
- [15] Keshtkar AA, Ranjbaran M, Soori H, Etemad K, Khashayar P, Dini M, et al. [Is the relationship between individual-and family-levels socioeconomic status with disease different? Analyzing third stage data of IMOS (Persian)]. *Koomesh*. 2015; 17(1):27-36. <http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-2663-en.html>
- [16] Borhaninejad VR, Naghibzadeh Tahami A, Nabavi H, Rashedi V, Yazdi-Feyzabadi V. [The utilization of health services and its influences among elderly people in Kerman-2014 (Persian)]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2015; 7(2):229-40. [DOI:10.29252/jnkums.7.2.229]
- [17] Gholami M, Nasiripoor AA, Maleki MR. [The relation between social determinant of health with access to health services in Gonbad kavooos (Persian)]. *Community Health*. 2016; 3(1):54-65. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=508874>
- [18] Tajik F, Ferdosi M, Rajalian F. [Determining the socio-economic inequalities in health services utilization among ischemic heart disease patients; Case of Falavarjan city (Persian)]. *Health Research Journal*. 2016; 2(1):9-16. [DOI:10.18869/acadpub.hr-jbaq.2.1.9]
- [19] Costa MF, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: Visão dos profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010; 44(2):437-44. [DOI:10.1590/S0080-62342010000200028].
- [20] Ghadamgahi H B, Norouzi K, Mohammadi F, Jandaqhi J. [Stauts and determiants of health services utilization among elderly rural hubitants in the Iraninan population (Persian)]. *Koomesh*. 2018; 20(4):779-85. <http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-4184-en.html>
- [21] Safari F, Nikravan A. [The effect of Socioeconomic factors and unmet needs on outpatient services in Iran (Persian)]. *Journal of Health Administration*. 2019; 22(1):91-102. <http://jha.iuums.ac.ir/article-1-2897-en.html>
- [22] Rezapoor A, Roumiani Y, Azar FE, Ghazanfari S, Mirzaei S, As-iabar AS, et al. [Effective factors on utilization and access to health care: A population-based study in Kerman (Persian)]. *Journal of Health Administration*. 2015; 18(60):24-36. <http://jha.iuums.ac.ir/article-1-1636-en.html>
- [23] Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*. 2006; 27:167-94. [DOI:10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103] [PMID]
- [24] Madyaningrum E, Chuang YC, Chuang KY. Factors associated with the use of outpatient services among the elderly in Indonesia. *BMC Health Services Research*. 2018; 18:707. [DOI:10.1186/s12913-018-3512-0.] [PMID] [PMCID]
- [25] George PP, Heng BH, Molina JA, Wong LY, Lin NC, Cheah JT. Self-reported chronic diseases and health status and health service utilization--results from a community health survey in Singapore. *International Journal for Equity in Health*. 2012; 11:44. [DOI:10.1186/1475-9276-11-44] [PMID] [PMCID]
- [26] Ng N, Hakimi M, Santosa A, Byass P, Wilopo SA, Wall S. Is self-rated health an independent index for mortality among older people in Indonesia?. *PLoS One*. 2012; 7(4):e35308. [DOI:10.1371/journal.pone.0035308] [PMID] [PMCID]
- [27] Hashemi N. [Examining the views of the elderly regarding the provision of some health care services to the elderly (Persian)]. [PhD. dissertaion]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2012. <http://elib.mui.ac.ir/site/catalogue/96934>

- [28] Nooraiee Motlagh S, Saber Mahani A, Barooni M, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR, Hadian M. [Determining Factors related to health services utilization (Persian)]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2015; 21(127):61-72. <http://rjms.iuums.ac.ir/article-1-3475-en.html>
- [29] Joulaei H, Bhuiyan AR, Sayadi M, Morady F, Kazerooni PA. Slums' access to and coverage of primary health care services: A cross-sectional study in Shiraz, a metropolis in southern Iran. *Iranian Journal of Medical Sciences*. 2014; 39(Suppl 2):184-90. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3993042/>
- [30] Aliakbari Saba R, Safakish M. [Utilization of health services in the country of Iran (Persian)]. *Journal of Amar*. 2015; 16:9-16.
- [31] Wagstaff A, Paci P, Van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Social Science & Medicine*. 1991; 33(5):545-57. [DOI:10.1016/0277-9536(91)90212-U]
- [32] Park JM. Health status and health services utilization in elderly Koreans. *International Journal for Equity in Health*. 2014; 13:73. [DOI:10.1186/s12939-014-0073-7] [PMID] [PMCID]
- [33] Bayati M, Akbarian R, Kavosi Z, Sadraei Javaheri A, Amini Rarani M, Delavari S. [Socio-economic determinants of health in the western Pacific: A combined data analysis (Persian)]. *Social Welfare Quarterly*. 2013; 12(47):111-30. <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-1125-fa.html>
- [34] Manski RJ, Moeller JF, Chen H, Schimmel J, Clair PA, Pepper JV. Patterns of older Americans' health care utilization over time. *American Journal of Public Health*. 2013; 103(7):1314-24. [DOI:10.2105/AJPH.2012.301124] [PMID] [PMCID]
- [35] Ferry GA, Dickson SR, Mbaruku G, Freedman LP, Kruk ME. Equity of inpatient health care in rural Tanzania: A population-and facility-based survey. *International Journal for Equity in Health*. 2012; 11:7. [DOI:10.1186/1475-9276-11-7] [PMID] [PMCID]
- [36] Kim CW, Lee SY, Hong SC. Equity in utilization of cancer inpatient services by income classes. *Health Policy*. 2005; 72(2):187-200. [DOI:10.1016/j.healthpol.2004.03.009] [PMID]
- [37] Onwujekwe O, Onoka C, Uzochukwu B, Hanson K. Constraints to universal coverage: Inequities in health service use and expenditures for different health conditions and providers. *International Journal for Equity in Health*. 2015; 10:50. [DOI:10.1186/1475-9276-10-50] [PMID] [PMCID]
- [38] Lorant V, Boland B, Humblet P, Delière D. Equity in prevention and health care. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2002; 56(7):510-6. [DOI:10.1136/jech.56.7.510] [PMID] [PMCID]
- [39] Hosseinpour AR, Naghavi M, Alavian SM, Jamshide H, Vega J, Speybroeck N. [Determinants of seeking needed outpatient care in Iran: results from a national health services utilization survey (Persian)]. *Archives of Iranian Medicine*. 2007; 10(4):439-45. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=89354>
- [40] Hassanzadeh J, Mohammadbeigi A, Eshtrati B, Rezaianzadeh A, Rajaeefard A. Determinants of inequity in health care services utilization in Markazi Province of Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2013; 15(5):363-70. [DOI:10.5812/ircmj.3525] [PMID] [PMCID]
- [41] Richard J, John F, Patricia A, John V. Patterns of older Americans' health care utilization over time. *American Journal of Public Health* 2013; 103(7):1314-24. [DOI:10.2105/AJPH.2012.301124]
- [42] Nie JX, Wang L, Tracy CS, Moineddin R, Upshur RE. Health care service utilization among the elderly: Findings from the Study to Understand the Chronic Condition Experience of the Elderly and the Disabled (SUCCEED project). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2008; 14(6):1044-9. [DOI:10.1111/j.1365-2753.2008.00952.x] [PMID]
- [43] Morishita L, Boulton C, Boulton L, Smith S, Pacala JT. Satisfaction with outpatient geriatric evaluation and management (GEM). *The Gerontologist*. 1998; 38(3):303-8. [DOI:10.1093/geront/38.3.303] [PMID]
- [44] Keshtkaran A, Heidari AR, Keshtkaran V, Taft V, Almasi A. [Satisfaction of outpatients referring to teaching hospitals clinics in Shiraz, 2009 (Persian)]. *Payesh (Health Monitor)*. 2012; 11(4):459-65. <http://payeshjournal.ir/article-1-440-en.pdf>
- [45] Bakhtiari AH, Hadj-Hasani AH. [The effective parameters on the patient satisfaction level of the referral patients to the outpatient physiotherapy clinics of the Semnan medical sciences university (second half of the year 2001) (Persian)]. *Koomesh*. 2005; 6(2):167-74. <http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-156-en.html>
- [46] Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*. 2001; 52(4):609-20. [DOI:10.1016/S0277-9536(00)00164-7]
- [47] Bodur S, Özdemir YE, Kara F. Outpatient satisfaction with health centers in urban areas. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2002; 32(5):409-14. <https://journals.tubitak.gov.tr/medical/abstract.htm?id=5798>
- [48] Net N, Sermisri S, Chompikul J. Patient Satisfaction toward health services at the out-patient department clinic of wangnumyen community hospital, Sakaeo province. Thailand: Mahidol University; 2007.
- [49] Amerion A, Ebrahimnia M, Karimi Zarchi A, Tofighi Sh, Zabolli R, Rafati H. [Inpatient and outpatient satisfaction of a military hospital (Persian)]. *Journal of Military Medicine*. 2009; 11(1):37-44. <http://militarymedj.ir/article-1-606-en.html>
- [50] Nobile CG, Nicotera G, Grillo T, Pavia M. Satisfaction with care in outpatient clinics in Italy. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. 2004; 45:35-9. <https://www.iris.unicz.it/handle/20.500.12317/6940?mode=full.19>
- [51] Seyf RM, Shahidzadeh MA. [Patient satisfaction: A study of Hamedan teaching and general hospitals (Persian)]. *Payesh*. 2006; 5(4):271-9. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=69933>