

بررسی عوامل اجتماعی و جمعیتی مؤثر بر الگوی خدمات مصرف سلامت سالمندان

محمد شیری* و اشکان شباک

پژوهشکده‌ی آمار

چکیده. یکی از مهم‌ترین پیش‌زمینه‌های سیاست‌گذاری و اعمال اقدامات مداخله‌ای، شناسایی وضعیت سالمندان در بستر اقتصادی، اجتماعی، تحولات جمعیت و سلامت جسمانی و روانی است. شناخت ویژگی‌ها و الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت در کشور، می‌تواند در بهبود و توسعه نظام سیاستی سالمند محور در ابعاد اجتماعی، اقتصادی و سلامت و چالش‌های پیش‌روی آن از اهمیت و ضرورت بالایی برخوردار باشد. اهمیت این موضوع با علم بر این‌که کشور ایران در سال‌های آتی با مسأله سالمندی جمعیت مواجه خواهد شد، دوچندان می‌گردد.

به‌منظور مطالعه الگوی بهره‌مندی از خدمات سلامت سالمندان از داده‌های ثانویه طرح آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور استفاده شده است. این طرح در سال ۱۳۹۳ با ۲۲۴۷۰ هزار خانوار معمولی ساکن و گروهی کشور با هدف مطالعه حجم و کیفیت خدمات بستری و سرپایی ارائه‌شده در کشور انجام شده است. در این پژوهش سالمندان کشور ایران (جمعیت ۶۰ سال و بالاتر) به‌عنوان جامعه هدف مورد نظر بوده و وضعیت بهره‌مندی این جمعیت از خدمات سرپایی و بستری مورد مطالعه قرار گرفته است. افزون بر این، وضعیت بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت به‌تفکیک ویژگی‌های خاستگاه سکونت، جنس، سن، ترتیبات زندگی، وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل مورد مطالعه قرار گرفته است.

نتایج نشان داد که ۷/۳۸ درصد از کل جمعیت کشور نیازمند بهره‌مندی از خدمات بستری هستند. ۱۶/۴۸ درصد سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) نیاز به بهره‌مندی از خدمات بستری دارند. بنا بر این، سالمندان بیش از دو برابر کل افراد جامعه نیازمند بهره‌مندی از خدمات

* نویسنده‌ی عهده‌دار مکاتبات

دریافت: ۱۴۰۱/۹/۱۵، پذیرش: ۱۴۰۲/۱/۲۸

بستری بوده‌اند. متوسط هزینه یک‌بار بستری برای سالمندان بستری‌شده برابر با ۱۶۷۲۴۲۰ تومان بوده که در مقایسه با سطح ملی یک‌بار هزینه بستری (۱۴۴۶۲۱۴ تومان) در سطح بالاتری قرار دارد.

واژگان کلیدی: بهره‌مندی از خدمات سلامت، سالمندی، ترتیبات زندگی، خدمات سرپایی، خدمات بستری.

۱- مقدمه و طرح موضوع

کاهش مرگ و میر، خصوصاً مرگ و میر اطفال و نوزادان و کاهش باروری و رشد جمعیت در قرن اخیر باعث شد که در طی مرحله انتقالی مرگ و میر، شاخص امید زندگی بدو تولد افزایش یافته و از رقمی کمتر از ۳۵ سال به رقمی بیش از ۷۰ سال افزایش یابد [۴]. افزایش امید زندگی و تجربه طول عمر بیشتر در اثر کاهش مرگ و میر منجر به افزایش حجم جمعیت سالخورده می‌گردد که این مهم تحت عنوان سالمندی فردی نامیده می‌شود [۶]. در عین حال، تأثیر همزمان کاهش باروری در مرحله دوم گذار باروری و افزایش امید زندگی بدو تولد سبب شد تا حجم جمعیت کمتر از ۱۵ سال کاهش و حجم جمعیت بالای ۶۵ سال افزایش یابد. از این رو، با افزایش سهم جمعیت ۶۵ سال به بالا در مقایسه با سهم جمعیت کل یک منطقه، سالمندی جمعیت به‌عنوان یک پدیده جمعیتی بروز می‌کند.

روند تغییرات سهم و جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر در ایران نشان می‌دهد که سهم این گروه از جمعیت افزایش داشته است، به طوری که سهم جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر از ۶/۴ درصد به ۸/۲ درصد رسیده است. با در نظر گرفتن جمعیت ۶۵ سال و بالاتر به‌عنوان گروه سنی سالمند روند تغییرات نشان می‌دهد که سهم جمعیت این گروه سنی از ۳/۷۵ درصد به ۵/۷ درصد افزایش یافته است. میزان رشد جمعیت گروه سنی ۶۰ ساله و بالاتر ۴/۳ درصد و جمعیت ۶۵ سال و بالاتر ۳/۴ درصد در دوره ۱۳۶۵-۱۳۹۰ بوده است. روند تغییرات سهم جمعیت سالمندی ایران در مقایسه با سایر کشورها نشان می‌دهد که جمعیت سالمند کشور اگرچه در طول دوره مورد مطالعه افزایش قابل توجهی داشته اما سهم این گروه جمعیتی در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته همچنان در سطح پایین‌تری قرار دارد.

در کنار کاهش مرگ و میر و ارتقاء سطح امید زندگی که سبب افزایش طول عمر بیشتر در سنین سالمندی و افزایش جمعیت سالمند می‌شود، کاهش میزان کل باروری و انتقال

جمعیت نسل بیش‌زایی موالید به سنین سالمندی در بسترگذار ساختار سنی در افزایش سهم جمعیت سالمند در سال‌های آتی نقش تعیین‌کننده‌ای را ایفا خواهد نمود. سالمندی جمعیت بالطبع منجر به بروز نیازمندی‌های متفاوت اقتصادی، اجتماعی و سلامت خواهد شد که لزوم برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در مواجهه با این پدیده را ناگزیر می‌سازد. از این حیث می‌توان به برنامه‌ریزی برای ارتقاء سطح حمایت اجتماعی از سالمندان، ارتقاء سطح کمی و کیفی بهداشت و درمان در کشور به سبب بالا بودن سطح نیازمندی‌های بهداشتی و درمانی، توسعه حمایت‌های اقتصادی سالمندان از طریق توسعه چتر حمایتی بیمه‌ای از سالمندان اشاره نمود. از سوی دیگر، در سطح کلان، سالمندی جمعیت پیامدهایی همچون کاهش نیروی کار، افزایش بار مالی صندوق‌های بازنشستگی، عدم توازن در پرداخت‌های بیمه‌ای و ... را در بر دارد که بایستی برنامه‌ریزی‌های کارآمدی در مواجهه با این پیامدها صورت گیرد [۵].

از این‌رو، شناسایی ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و سلامت سالمندان در برهه کنونی می‌تواند زمینه شناختی را برای سیاست‌گذاری کارآمد و بهینه در مواجهه با پدیده سالمندی جمعیت فراهم سازد. سلامت سالمندان یکی از مهمترین موضوعاتی است که به سبب مواجهه کل جمعیت سالمند با آن از اهمیت بالایی برخوردار است. نتایج تحقیقات مختلف در ایران نشان می‌دهد که امید زندگی در آغاز سنین سالمندی طی دوره ۱۳۷۵-۱۳۹۰ افزایش یافته است. به طوری که امید زندگی ۶۰ سالگی در بین مردان و زنان به ترتیب از ۱۶/۸ و ۱۹/۵ سال به ۱۸/۸ و ۲۲/۱ سال افزایش یافته است. پیش‌بینی شده است که امید زندگی ۶۰ سالگی در بین زنان به ۲۳/۲ و در بین مردان به ۲۰/۵۶ سال در سال ۱۴۲۰ بر اساس محتمل‌ترین سناریو پیش‌بینی، افزایش یابد [۳]. بنابراین، می‌توان گفت که سالمندان در سال‌های آتی نیز با رشد طول عمر مواجه خواهند بود. با این وجود، آنچه که از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است، تفاوت در الگوی مرگ و میر سالمندان در مقایسه با سایر اقشار جامعه است. نتایج نشان می‌دهد که در سنین بالای ۶۰ سالگی، سگته قلبی (۸۲۴ مرگ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت)، سگته مغزی (۴۲۲ مرگ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت)، بیماری قلبی ناشی از فشار خون (۳۱۱ مرگ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت)، دیابت (۱۳۷ مرگ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت) و بیماری مزمن ریه و برنش (۱۰۶ مرگ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت) و سرطان معده (۹۵ مرگ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت) از مهمترین علل مرگ و میر به شمار می‌رود [۳]. مقایسه تطبیقی میزان

مرگ و میر و الگوی علل مرگ میر گروه سنی جوان (حوادث و سوانح مهمترین علل مرگ) با گروه سنی سالمندی حکایت از نیازمندی قابل توجه سالمندان به بهره‌مندی از خدمات سلامت در مقایسه با سایر اقشار جامعه دارد. بنابراین، شناسایی الگوی بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان به تفکیک ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت از اهمیت بالایی برخوردار است. هدف اصلی این مقاله پاسخ به این سؤالات است که نیازهای بهداشتی و درمانی سرپایی سالمندان از چه الگویی برخوردار است؟ ویژگی نیازهای بهداشتی و درمانی بستری سالمندان چیست؟ نیازمندی‌های بهداشتی و درمانی سرپایی و بستری سالمندان در گروه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی چگونه است؟ وضعیت تأمین مالی در برخورداری از خدمات سلامت در بین سالمندان چگونه است؟

۲- ادبیات پژوهشی و نظری

در یک طبقه‌بندی اولیه، ۳ رهیافت نظری در رابطه با بیماری و بهره‌مندی از خدمات سلامت قابل بیان است؛ رهیافت‌های «نقش بیماری پارسونز»، «نظریه عمومی جستجوی کمک مکانیک^۱» و «مراحل بیماری و مراقبت درمانی ساچمن».

یکی از اولین نظریه‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت، رهیافت نقش بیماری است که توسط پارسونز در سال ۱۹۵۱ مطرح شد [۱]. مطابق با این نظریه، زمانی که یک فرد بیمار می‌شود، دارای یک نقش بیمار است که این نقش از ۴ مؤلفه اصلی تشکیل شده است: ۱- عدم مسئولیت افراد در قبال بیماری و عدم انتظار از بهبودی بدون کمک. ۲- وجود معذوریت در انجام نقش‌ها و امور روزمره به صورت عادی ۳- وجود فهم کلی بر این امر که بیمار شدن یک حالت نامطلوبی است. ۴- در رابطه با تسهیل بازیابی وضعیت سلامت، جستجوی کمک‌های درمانی و موافقت با انجام اقدامات درمانی.

رویکرد نظری جستجوی پشتیبانی عمومی مکانیک، ۱۰ عامل تعیین‌کننده در رفتار بیماری ارائه شده است. ۱- برجستگی نشانه‌ها و علائم منحرف‌کننده ۲- درک افراد از شدت علائم ۳- اختلال ایجادشده در زندگی روزمره افراد توسط بیماری ۴- فراوانی علائم و ماندگاری آنها ۵- تاب‌آوری فردی علائم بیماری ۶- شناخت افراد و پذیرش فرهنگی بیماری ۷- انکار درد و ناخوشی به عنوان نتیجه از نیازهای اساسی ۸- مسئولیت‌پذیری در

قبال بیماری که نیازها را مختل می‌کند ۹- تفاسیر جایگزین از بیان علائم ۱۰- دسترسی به اقدامات مداخله‌ای بر حسب مکان، هزینه‌های اقتصادی، هزینه‌های روانشناختی (داغ^۲، فروتنی^۳ و غیره) و منابع اقدامات مداخله‌ای. بر مبنای این نظریه، تأثیرپذیری و استقلال و عدم تأثیرپذیری افراد از عوامل مذکور می‌تواند بهره‌مندی بیماران از خدمات سلامت را تعیین نماید.

در رهیافت نظری مراحل بیماری و مراقبت درمانی، ساچمن^۴ پنج مرحله را در فرآیند تصمیم‌گیری افراد برای بهره‌مندی از خدمات سلامت با تکیه بر ۴ مرحله بیماری و مراقبت درمانی مطرح می‌کند: ۱- تجربه علائم بیماری توسط افراد شامل درد، هیجان و به رسمیت شناختن تجربه به عنوان علامت بیماری. ۲- پذیرش نقش بیمار توسط افراد. ۳- تماس برای مراقبت‌های پزشکی: در این مرحله افراد به دنبال نظام مراقبت سلامت مجرب هستند. عضویت افراد در شبکه‌های اجتماعی (محدود و گسترده) در سطح ورود افراد به این مرحله از اهمیت بالایی برخوردار است. در صورتی که افراد عضویت محدودتری در شبکه‌های اجتماعی داشته باشند، تمایل خواهند داشت تا تماس‌های خود در برخورداری از مراقبت‌های پزشکی را به تعویق بی‌اندازند. ۴- پذیرش نقش بیمار وابسته^۵ از طریق پذیرش اقدامات حرفه‌ای مراقبت سلامت. ۵- بهبودی و رهایی از بیماری.

در مدل فهم سلامت روزن‌استاک (۱۹۹۴)، کنش‌های افراد در انجام اقدام مداخله‌ای و پیشگیری از بیماری با تکیه بر ۴ عامل قابل تبیین است: ۱- پذیرش قابلیت‌های درمانی ادراک شده افراد در رابطه با بیماری. ۲- درک واقع‌بینانه افراد از شدت بیماری. ۳- درک عقلانیت ابزاری افراد از هزینه و فایده بهره‌مندی از خدمات سلامت. ۴- وجود نشانه‌هایی از سوی افراد برای اقدام درمانی. نبود انگیزه اقدام افراد برای بهره‌مندی از خدمات سلامت احتمال پیشگیری را کاهش خواهد داد. از این رو، انتخاب افراد برای بهره‌مندی از خدمات سلامت وابسته به عوامل زمینه‌ای است [۱].

یانگ (۱۹۸۱) مدلی بر اساس مطالعات مردم‌شناختی در زمینه بهره‌مندی از خدمات سلامت ارائه داده است که بر اساس آن ۴ مؤلفه اصلی در انتخاب خدمات سلامت افراد مؤثر است: ۱- ادراک شدت بیماری: ادراک شدت بیماری هم درک فردی و هم توجه شبکه‌های اجتماعی به شدت بیماری را شامل می‌شود. شدت بیماری بر این فرض مبتنی است که فرهنگ، بیماری‌ها را بر اساس سطح شدت و اهمیت آنها طبقه‌بندی می‌کنند

[۱]. ۲- شناخت روش‌های اقدام سلامت در خانه: علم به روش‌های درمانی مؤثر در خانه در مواجهه با بیماری و بهره‌گیری از این روش‌ها می‌تواند تقاضا برای بهره‌مندی از خدمات حرفه‌ای نظام مراقبت سلامت را کاهش دهد. ۳- اعتقاد به درمان: این مؤلفه مبین اعتقاد افراد به کارایی اقدامات سلامت در بیماری فعلی است. به عبارتی، یک فرد زمانی می‌تواند از خدمات درمانی استفاده کند که بر کارایی آن اعتقاد داشته باشد. ۴- قابلیت دسترسی اقدام سلامت: این عامل نشان‌دهنده برآیند ارزیابی افراد از هزینه‌های خدمات سلامت و قابلیت دسترسی به این خدمات است. یانگ در بین این عوامل دسترسی به خدمات سلامت را مهمترین عامل در بهره‌مندی از خدمات سلامت می‌داند.

می‌توان گفت که مهمترین رویکرد نظری در رابطه با بهره‌مندی از خدمات سلامت مدلی است که اندرسن (۱۹۶۸) مطرح نموده است. اندرسن در مدل اولیه، این عوامل را در سه گروه از متغیرها طبقه‌بندی کرده است [۵]:

۱- ویژگی‌های زمینه‌ای: این متغیرها تمایل به بهره‌مندی از خدمات سلامت را نشان می‌دهد. اندرسن معتقد است که افراد بر اساس موقعیت ساختار اجتماعی، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اعتقاد به فایده‌مندی خدمات سلامت از این خدمات بهره‌مند خواهد شد. فردی که خدمات سلامت را با هدف اقدام مداخله‌ای مفید می‌داند از آن بهره‌مند خواهد شد.

۲- ویژگی‌های توانمندساز: این گروه از متغیرها شامل منابعی است که در خانواده و جامعه برخوردار است. منابع خانواده شامل موقعیت اقتصادی و محل زندگی است. منابع اجتماعی شامل دسترسی به تسهیلات مراقبت سلامت و دسترسی به حمایت نیروی انسانی است.

۳- ویژگی‌های نیازمحور: این گروه از متغیرها شامل ادراک نیازها برای خدمات سلامت است که به صورت فردی، اجتماعی و کلینیکی ارزیابی شده‌اند.

طی دوره ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰ اندرسن مدل بهره‌مندی از خدمات سلامت را متشکل از ۳ مؤلفه با فرض روابط خطی بین مؤلفه‌ها مطرح نمود؛ ۱- تعیین‌کننده‌های اولیه ۲- رفتارهای سلامت ۳- پیامدهای سلامت. تعیین‌کننده‌های اولیه علت مستقیم رفتارهای سلامت مطرح شده است. این تعیین‌کننده‌ها شامل ویژگی‌های جمعیت، نظام مراقبت سلامت (منابع و سازمان) و محیط بیرونی (تأثیر سیاسی، اقتصادی و فیزیکی بر بهره‌مندی) است. افزون بر این، بر اساس مدل، رفتارهای سلامت تعیین‌کننده در پیامدهای

سلامت است. رفتارهای سلامت شامل رفتارهای شخصی سلامت (رژیم غذایی و ورزش) و استفاده از خدمات سلامت است. در نهایت، رفتارهای سلامت علت مستقیم پیامدهای سلامت است. پیامدهای سلامت نیز شامل موقعیت سلامت خود ادراک شده، موقعیت سلامت ارزیابی شده و رضایت مصرف کننده است. او در مدل نهایی با تکیه بر پویایی خدمات سلامت بر تأثیرات چندگانه در بهره‌مندی از خدمات سلامت و وضعیت سلامت تأکید داشته است. همچنین بر بازخورد پیامد سلامت بر عوامل زمینه‌ای و نیازمندی برای برخورداری از خدمات سلامت و رفتار سلامت اشاره داشته است. به‌کارگیری این مدل نیازمند مفهوم‌سازی پیچیده و طرح مطالعاتی طولی و آزمایشی و تحلیل‌های آماری متناسب با این طرح‌ها است.

با نگاهی به نظریات و مدل‌های اشاره شده می‌توان بر سه محور کلان در تأثیرگذاری بر احساس نیاز بر بهره‌مندی از خدمات مراقبت سلامت تأکید داشت: توانایی دسترسی به مراقبت سلامت، زمینه فرهنگی، و شبکه‌های اجتماعی. دسترسی به خدمات مراقبت سلامت به توانایی بهره‌مندی از خدمات سلامت با تکیه بر عوامل اقتصادی، خاستگاه سکونت، فراوانی خدمات سلامت، و منابع اجتماعی و فیزیکی اشاره دارد. علاوه بر این زمینه فرهنگی، یکی از مهمترین عوامل مؤثر در بهره‌مندی از خدمات سلامت است که اغلب به‌عنوان عامل مانع در بهره‌مندی در نظر گرفته می‌شود. زمینه فرهنگی می‌تواند بر شناخت و اعتقاد به بیماری و دوره درمان بیماری مؤثر باشد. شبکه‌های اجتماعی نیز در استفاده یا امتناع از استفاده خدمات سلامت و همچنین شناخت و پاسخ به بیماری مؤثر باشد.

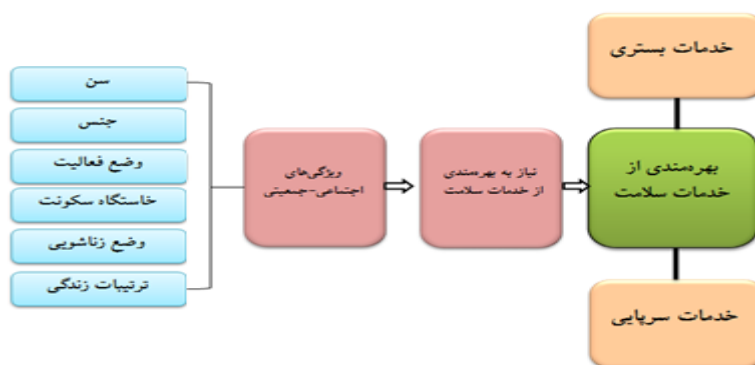
زمینه فرهنگی نه تنها اقدام درمان بیماری را شکل می‌دهد بلکه در شناخت بیماری، درک شدت بیماری، اعتماد به کارایی اقدام درمانی خاص در یک بیماری خاص اهمیت دارد. در بیشتر فرهنگ‌ها زوال عقل^۵ در سالمندان به‌عنوان فرآیندی طبیعی از دوره سالمندی است و بنا بر این نیازمند اقدام درمانی نیست اما در برخی کشورهای توسعه‌یافته این بیماری نیازمند مراقبت درمانی حرفه‌ای است [۱]. از این رو، تغییر در استفاده از خدمات سلامت می‌تواند در نتیجه دانش و فهم از بیماری باشد. درک بیماری نیز خود دارای زمینه فرهنگی است. یانگ (۱۹۸۲) معتقد است که ناسازگاری عقلانی و منطقی بین فهم و درک فرد از بیماری و اقدامات درمانی، بهره‌مندی از خدمات مراقبت سلامت را محدود خواهد ساخت [۱]. به نظر می‌رسد اعتقاد به کارایی اقدام درمانی همچنان که در نظریات

یانگ مطرح شد، عاملی فرهنگی است که در غایت، استفاده بیمار از خدمات مراقبت سلامت را معین می‌سازد. وابستگی فرد به شبکه‌های اجتماعی یا استقلال تصمیم‌گیری افراد از عوامل فرهنگی است که در دوره درمان و استفاده از خدمات سلامت مؤثر است. در جوامعی که استقلال و فردگرایی حاکم باشد، تصمیم‌گیری برای درمان بیشتر فردی است. این در حالی است که در فرهنگ‌هایی که افراد در آن بیشتر وابسته به شبکه‌های اجتماعی در تصمیم به کنش هستند، شبکه‌های اجتماعی و گزینه‌های آن بی‌شک تأثیر قابل توجهی در تصمیم به درمان و استفاده از خدمات درمانی دارند.

ساچمن معتقد است که شبکه‌های اجتماعی محدود بیشتر سنتی بوده و به همین دلیل بیشتر از اقدامات درمانی سنتی (در خانه) در مقایسه با مراقبت‌های سلامت دانش‌بنیان استفاده می‌کنند. از این رو افرادی که به شبکه‌های اجتماعی شهری تعلق دارند بیشتر بر رویکرد دانش‌بنیان در اقدامات درمانی اعتقاد دارند. این امر به خوبی نشان می‌دهد که بهره‌مندی از خدمات سلامت و درک و فهم از بیماری در مناطق شهری در مقایسه با مناطق روستایی متفاوت است. کاکرهام (۱۹۸۲) در این رابطه بیان می‌دارد که افراد در شبکه‌های اجتماعی بر درک خود از بیماری و اقدامات درمانی مؤثر در مواجهه با بیماری می‌افزایند [۱].

هزینه‌های اقتصادی مراقبت سلامت نه تنها پرداخت برای اقدامات درمانی بلکه هزینه‌های جانبی درمان همچون حمل‌ونقل و فرصت اقتصادی از دست‌رفته را نیز شامل می‌شود. فارغ از هزینه‌های پرداختی دولت در برخورداری از مراقبت‌های سلامت، موقعیت اقتصادی و اجتماعی فرد، نقش مهمی در امکان دسترسی به خدمات سلامت دارند. هزینه‌های مرتبط با حمل‌ونقل در مواردی که فاصله بسیار زیادی بین محل زندگی و امکانات درمانی وجود دارد، بالا و در نتیجه تمایل برای احساس نیاز و بهره‌مندی از خدمات را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد [۱]. منابع اجتماعی و فیزیکی نیز در کنار موقعیت اقتصادی و اجتماعی افراد از اهمیت بالایی برخوردارند. برای مثال در رابطه با افراد صدمه‌دیده، مکان استقرار ارائه خدمات مراقبت سلامت از اهمیت برخوردار است. سرمایه اقتصادی خانواده، حمایت اجتماعی، دانش جمعی از بیماری و اقدامات درمانی مرتبط با آن از جمله منابع اجتماعی است که از عوامل مؤثر در بهره‌مندی از خدمات درمانی است. رویکردها و مدل‌های نظری ارائه‌شده الگوی نظام‌مند و کلان را در تبیین عوامل مؤثر در بهره‌مندی از خدمات سلامت بیان می‌دارد. به نظر می‌رسد وزن تأثیرگذاری هر کدام از

عوامل ذکرشده در بستر مدل‌های نظری مطرح با تکیه بر گروه‌های مختلف اجتماعی و جمعیتی متفاوت است. سالمندان یکی از مهمترین گروه‌های اجتماعی است که با توجه به مواجهه با تجربیات مختلف اجتماعی و اقتصادی در مقایسه با جوانان و میانسالان از الگوی متفاوتی برخوردارند. سالمندان به دلیل برخورداری از پتانسیل آسیب‌پذیری در مقابل هزینه‌های اقتصادی در مقایسه با سایر اقشار بیشتر از عوامل اقتصادی در بهره‌مندی از خدمات درمانی تأثیرپذیرند. همچنین، سالمندان روستایی به دلیل عضویت در شبکه‌های اجتماعی محدود و سنتی احتمالاً بیشتر به اقدام درمانی غیر دانش‌بنیان اعتقاد داشته و عمل می‌کنند [۱]. به نظر می‌رسد این امر با درک از بیماری و اعتقاد به کارایی و اعتبار خدمات مراقبتی سلامت به‌عنوان عامل فرهنگی در بین سالمندان ارتباط مستقیم داشته باشد. درک از بیماری یا اعتقاد به کارایی نظام درمانی حرفه‌ای از عواملی است که در مراجعه سالمندان برای بهره‌مندی از خدمات سلامت مؤثر است. به نظر می‌رسد الگوی نظری اندرسن به دلیل ترکیب عوامل در قالب مدلی موجز، چارچوب منسجمی را برای تبیین الگوی بهره‌مندی از خدمات سلامت ارائه می‌کند. از این‌رو، در این مقاله، مدل نهایی اندرسن در بهره‌مندی از خدمات سلامت، به‌عنوان چارچوب نظری در تبیین الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت انتخاب شده است.



شکل ۱- مدل تحلیلی در تبیین الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت

۳- طرح مسئله

به منظور مطالعه الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت از داده‌های ثانویه طرح آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت ۱۳۹۳ در کشور استفاده شده است. این طرح در سال ۱۳۹۳ با ۲۲۴۷۰ هزار خانوار معمولی ساکن و گروهی کشور با هدف مطالعه حجم و کیفیت خدمات بستری و سرپایی ارائه شده در کشور انجام شده است. در این طرح پژوهشی سالمندان کشور ایران (جمعیت ۶۰ سال و بالاتر) به عنوان جامعه هدف مطرح نظر بوده و وضعیت بهره‌مندی این جمعیت از خدمات سرپایی و بستری مورد مطالعه قرار گرفته است. جدول ۱ اطلاعات سالمندان مورد مطالعه در طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۹۳ به تفکیک ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی را نشان می‌دهد.

جدول ۱- اطلاعات سالمندان کشور بر اساس اطلاعات طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت			
ویژگی‌های اجتماعی- جمعیتی		تعداد	درصد
خاستگاه سکونت	شهری	۵۳۵۰	۶۵/۲
	روستایی	۲۸۵۵	۳۴/۸
جنس	مرد	۴۳۷۴	۵۳/۳
	زن	۸۳۳۱	۴۶/۷
وضعیت تاهل	دارای همسر	۶۱۳۷	۷۴/۸
	بدون همسر	۲۰۶۸	۲۵/۲
	خویش‌سرپرست	۹۴۳	۱۱/۵
ترتیبات زندگی	خانواده زن و شوهری	۹۶۱	۱۱/۷
	سایر	۶۳۰۱	۷۶/۸
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۵۷۹	۱۹/۲
	غیر شاغل	۶۶۲۶	۸۰/۸
	۶۰-۶۴	۲۹۲۴	۳۵/۶
گروه سنی	۶۵-۷۴	۳۱۸۷	۳۸/۸
	۷۵ و بالاتر	۲۰۹۴	۲۵/۶
کل سالمندان		۸۲۰۵	۱۰۰

تعداد غیر وزنی جمعیت سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) در این آمارگیری برابر با ۸۲۰۵ نفر است که از این تعداد حدود ۳۴/۸ درصد در مناطق روستایی و ۶۵/۲ درصد در مناطق شهری ساکن بوده‌اند. ۵۳/۳ درصد مرد و ۴۶/۷ درصد نیز زن بوده‌اند. سایر اطلاعات تعداد غیر وزنی سالمندان به تفکیک سایر متغیرها در جدول زیر آمده است. الگوی بهره‌مندی

سالمندان از خدمات سلامت در قالب خدمات بستری و خدمات سرپایی سلامت بستری شده است. در خدمات سلامت سرپایی، الگوی بهره‌مندی سالمندان وضعیت و ساختار نیاز به خدمات سرپایی به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی، متوسط دفعات مراجعه به تفکیک متغیرهای اجتماعی-جمعیتی و محل ارائه خدمت و متوسط هزینه‌های کل خدمات سرپایی سالمندان به تفکیک متغیرهای اقتصادی-اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است. در خدمات بستری، الگوی بهره‌مندی سالمندان با تکیه بر وضعیت ساختار نیاز به خدمات بستری، متوسط طول مدت بستری، متوسط هزینه‌های کل یک‌بار بستری و سه‌بار بستری به تفکیک متغیرهای اجتماعی جمعیتی مورد مطالعه قرار گرفته است. متغیرهای اقتصادی و اجتماعی شامل خاستگاه سکونتی (شهری و روستایی)، جنس (زن و مرد)، وضعیت تأهل (دارای همسر و بدون همسر)، ترتیبات زندگی (خویش‌سرپرست، خانواده زن و شوهری بدون فرزند و سایر)، وضعیت اشتغال (شاغل و غیر شاغل) و گروه سنی (سه گروه سنی ۶۰-۶۴، ۶۵-۷۴ و ۷۵ و بالاتر) است.

۴- یافته‌ها

جدول ۲ وضعیت نیاز سالمندان برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی را نشان می‌دهد. ۲۳/۵۳ درصد از جمعیت کل کشور احساس نیاز برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی سلامت داشته‌اند. این در حالی است که حدود ۳۷ درصد سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) احساس نیاز برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی سلامت داشته‌اند. بنابراین، سالمندان در مقایسه با سایر اقشار جامعه احساس نیاز بیشتری برای بهره‌مندی از خدمت سرپایی دارند. این امر اگر چه به دلیل وضعیت فیزیولوژیک و سلامت سالمندان بدیهی است، می‌تواند سیاست‌گذاران را بر لزوم توسعه زیرساخت‌های خدمات سرپایی سلامت برای سالمندان مجاب کند. تفاوت قابل ملاحظه‌ای از نظر احساس نیاز به بهره‌مندی از خدمات سرپایی سلامت بین گروه‌های مختلف اجتماعی و جمعیتی سالمندان قابل مشاهده است. سالمندان روستایی با ۴۲/۷۳ درصد در مقایسه با سالمندان شهری (۳۴/۸۲ درصد) از احساس نیاز بیشتری برخوردار بوده‌اند. این امر به خوبی نشان از اولویت سالمندان روستایی برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی است. سالمندان روستایی به منظور رفع ۵۵ درصد نیازهایشان مراجعه نموده‌اند.

این مقدار در مقایسه با ۶۲ درصد مراجعه در مناطق شهری در سطح پایین‌تری قرار دارند. به عبارتی، سالمندان روستایی با وجود احساس نیاز بالاتر، مراجعه برای دریافت خدمات کمتری نسبت به سالمندان مناطق شهری دارند. زنان سالمند با ۴۳/۲۶ درصد در مقایسه با مردان (۳۱/۶۴ درصد) از احساس نیاز بیشتری برخوردارند. به نظر می‌رسد فرض بالا بودن زندگی توأم با ناتوانی در بین زنان در مقایسه با مردان و همچنین اهمیت دادن به سلامتی در بین زنان در مقایسه با مردان با تکیه بر این نتیجه قابل توجیه باشد.

جدول ۲- ساختار نیاز به بهره‌مندی از خدمات سرپایی

سطح برآورد	درصد افراد با احساس نیاز	درصد نیازهای مراجعه‌شده	درصد نیازهای خدمت دریافت‌شده
خاستگاه	شهری	۳۴/۸۲	۶۰/۱۵
سکونت	روستایی	۴۲/۷۳	۵۳/۴۷
جنس	مرد	۳۱/۶۴	۶۰/۴۲
	زن	۴۳/۲۶	۵۶/۲۱
وضعیت تأهل	دارای همسر	۳۴/۵۵	۶۰/۲۲
	بدون همسر	۴۴/۵۲	۵۳/۲۶
ترتیبات زندگی	خویش‌سرپرست	۵۰/۴۶	۵۱/۴۷
	زن و شوهری	۴۲/۳۸	۵۵/۵۸
	سایر	۳۴/۱۵	۶۰/۲۷
وضعیت اشتغال	شاغل	۳۰/۵۳	۵۴/۵۱
	غیر شاغل	۳۸/۴۳	۵۸/۵۹
گروه سنی	۶۰-۶۴	۳۳/۷۴	۵۹/۷۱
	۶۵-۷۴	۳۶/۹۵	۵۷/۷۴
	۷۵ و بالاتر	۴۱/۹۴	۵۶/۴۶
کل سالمندان		۳۷/۰۳	۵۸/۰۲

سالمندان بدون همسر با ۴۴/۵۲ درصد در مقایسه با سالمندان دارای همسر (۳۴/۵۵) از برتری قابل توجهی از احساس نیاز برای خدمات سرپایی برخوردارند. نتایج نشان می‌دهد که ۵۰/۴۶ درصد سالمندان خویش‌سرپرست که به تنهایی زندگی می‌کنند، احساس نیاز برای دریافت خدمات سرپایی دارند. احساس نیاز به خدمات سرپایی اگرچه در سالمندانی که به صورت زن و شوهری زندگی می‌کنند یا در خانوار/خانواده‌های هسته‌ای بیش از دو نفر یا خانوار/خانواده گسترده زندگی می‌کنند نسبتاً بالاست ولیکن به نظر می‌رسد سالمندان خویش‌سرپرست از این منظر نیازمند توجه ویژه‌ای هستند. سالمندان غیر شاغل

در مقایسه با شاغلین سالمند و همچنین سالمندان ۷۵ ساله و بالاتر در مقایسه با سایر سالمندان از احساس نیاز بیشتری برای خدمات سرپایی برخوردارند. به طور کلی، حدود ۶۰ درصد سالمندان به منظور رفع نیازهای سرپایی که ابراز نموده‌اند، برای دریافت خدمت به پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی مراجعه نموده‌اند که در مقایسه با مقدار متناظر کل جمعیت که برابر با ۶۵/۴ درصد بوده پایین‌تر است. اگرچه در توزیع نسبی سالمندانی که احساس نیاز به خدمات سرپایی داشته و برای برخورداری از این خدمات مراجعه نموده‌اند، به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی تفاوت بسیار قابل ملاحظه دیده نمی‌شود ولیکن می‌توان از این حیث به برتری درصد مراجعه سالمندان شهری به روستایی، مردان به زنان سالمند، سالمندان دارای همسر، سالمندانی که با خانواده هسته‌ای بالای ۳ نفر و خانوار/خانواده گسترده زندگی می‌کنند، سالمندان غیر شاغل نسبت به سالمندان شاغل، سالمندان ۶۰-۶۴ ساله در مقایسه با سایر گروه‌های سنی سالمندان اشاره داشت.

۶۳/۸۲ درصد نیازهایی که کل جمعیت کشور برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی ابراز نموده‌اند، خدمات دریافت شده است. در بین سالمندان این مقدار به ۵۸ درصد کاهش می‌یابد. به عبارتی، ۴۲ درصد نیازهای سالمندان منجر به دریافت خدمت سلامت سرپایی نمی‌شود که بخشی از این نیازها مرتبط با دلایل عدم مراجعه و برخی نیز به دلایل عدم بهره‌مندی پس از مراجعه برمی‌گردد. عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و ساختاری در این امر تأثیرگذار بوده است که در جداول مربوط به عدم مراجعه، بدان پرداخته می‌شود. نتایج نشان می‌دهد که ۶۰/۸ درصد نیازهای سالمندان شهری صرف نظر از این که مراجعه شده یا نه، منجر به دریافت خدمات شده است. این رقم در مقایسه با ۵۳/۵ درصد سالمندان روستایی بالاتر بوده است. این امر نشان می‌دهد که موانع اجتماعی، فرهنگی، ساختاری که مانع از مراجعه یا دریافت خدمات شده‌اند در مناطق روستایی در مقایسه با مناطق شهری بیشتر بوده است. تفاوت زنان (۵۶/۲ درصد) و مردان (۶۰/۲ درصد) سالمند در درصد نیازهایی که خدمتی برای آن‌ها دریافت شده نشان می‌دهد که زنان سالمند با موانع و مسائل بیشتری نسبت به مردان سالمند در برخورداری از خدمات سلامت سرپایی مواجه هستند. این مهم در مورد سالمندان بدون همسر نیز صدق می‌کند. به عبارت دیگر زنان بدون همسر با بهره‌مندی از خدمات سلامت سرپایی برای ۵۳/۳

درصد نیازها از مشکلات دریافت خدمت و بهره‌مندی بیشتری در مقایسه با زنان دارای همسر برخوردارند.

سالمندان خویش‌سرپرست که به تنهایی زندگی می‌کنند، آن‌گونه که مورد انتظار بوده است، موفق به دریافت خدمت سرپایی سلامت برای ۵۱/۵ درصد نیازهایشان بوده‌اند. این مقدار در مقایسه با سایر سالمندان که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بوده و بهتر می‌توانند بر مشکلات عدم مراجعه و عدم دریافت خدمت فائق آیند، در سطح پایین‌تری است. سالمندان شاغل در مقایسه با سالمندان غیر شاغل و سالمندان کهنسال (۷۵ سال و بالاتر) در مقایسه با سالمندان دیگر کمتر برای نیازهایشان موفق به دریافت خدمات سلامت سرپایی بوده‌اند.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بیشترین متوسط دفعات مراجعه در بین جمعیت کل کشور به پزشک عمومی (۹/۵۳)، پزشک متخصص (۸/۲۸)، و داروخانه غیر دولتی (۸/۶) و دولتی (۵/۱۸) اختصاص دارد.

اگرچه توزیع متوسط دفعات مراجعه به تفکیک ارائه‌کننده خدمت سرپایی در بین سالمندان (بالای ۶۰ سال) و جمعیت کل کشور همسان است ولیکن متوسط دفعات مراجعه به هر کدام از ارائه‌کنندگان خدمت سرپایی در بین سالمندان بیشتر بوده است. این اختلاف در بین پزشک متخصص، داروخانه غیر دولتی، پزشک عمومی، داروخانه دولتی و آزمایشگاه غیر دولتی خارج از مطب یا مرکز درمانی به مراتب بیشتر است. بر اساس نتایج جدول ۴، دفعات مراجعه سالمندان به پزشک متخصص حدود ۱۸ بار بوده است که در مقایسه با ۸/۲۸ بار مراجعه جمعیت کل کشور در سطح بسیار بالاتری قرار دارد. در رابطه با پزشک عمومی، دفعات مراجعه سالمندان ۱۳/۶ بار بوده در حالی که جمعیت کل کشور به طور متوسط ۹/۵۳ بار به پزشک عمومی مراجعه نموده‌اند. در سایر مقوله‌های ارائه‌کننده خدمات سرپایی نیز این امر به وضوح به چشم می‌خورد. تفاوت قابل ملاحظه دفعات مراجعه جمعیت کل کشور و سالمندان به خوبی نشان از این واقعیت دارد که سالمندان به دلیل شرایط سلامت خود در مقایسه با سایر جمعیت کشور به استفاده از خدمات سرپایی بیشتری نیاز دارند. از آنجا که بیشترین مراجعه سالمندان در قالب خدمات سرپایی به پزشکان و داروخانه‌ها بوده است بنابراین لزوم برنامه‌ریزی برای فراهم‌سازی امکانات و زیرساخت‌های خدمات سرپایی سلامت به خصوص پزشک متخصص سالمندی احساس می‌گردد.

جدول ۳- متوسط دفعات مراجعه به ازای هر ۱۰۰ نفر از کل جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر و هر ۱۰۰ نفر از کل جمعیت برای دریافت خدمات سرپایی در دو هفته قبل از بررسی به تفکیک محل ارائه خدمت و ارائه‌کننده‌ی آن

ارائه‌کننده خدمت	سالمندان کل کشور	کل کشور
پزشک متخصص	۱۷۹۸	۸/۲۸
داروخانه غیر دولتی (به‌عنوان ارائه‌کننده نسخه)	۱۴۵۲	۸/۶۰
پزشک عمومی	۱۳۶۱	۹/۵۳
داروخانه دولتی (به‌عنوان ارائه‌کننده نسخه)	۹۳۰	۵/۱۸
آزمایشگاه غیر دولتی خارج از مطب یا مرکز درمانی	۳۲۳	۱/۶۸
آزمایشگاه دولتی خارج از مطب یا مرکز درمانی	۲/۱۸	۰/۹۴
پاراکلینیک تشخیصی غیر دولتی (رادیولوژی، MRI و ...) خارج از مطب یا مرکز درمانی	۱/۶۷	۰/۸۹
پزشک خانواده	۱۵۰	۰/۹۵
پاراکلینیک تشخیصی دولتی (رادیولوژی، MRI و ...) خارج از مطب یا مرکز درمانی	۱۳۵	۰/۵۸
سایر پرسنل غیر پزشک	۱/۰۶	۰/۷۲
دندانپزشک متخصص یا عمومی	۰/۶۴	۰/۸۰
مراجعه مستقیم به داروخانه (تهیه دارو از داروخانه) بدون نسخه	۰/۳۶	۰/۲۲
فیزیوتراپی غیر دولتی	۰/۱۲	۰/۰۷
فیزیوتراپی دولتی	۰/۱۱	۰/۰۴
درمان‌کننده سنتی در مطب/دفتر کار	۰/۰۹	۰/۰۴
شنوایی‌سنجی دولتی	۰/۰۶	۰/۰۱
بینایی‌سنجی دولتی	۰/۰۴	۰/۰۱
بینایی‌سنجی غیر دولتی	۰/۰۳	۰/۰۰
دندانپزشک تجربی	۰/۰۱	۰/۰۴

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که متوسط دفعات مراجعه برای هر نیاز سرپایی برای کل سالمندان ۱۳۱ و کل کشور ۱۳۷ بوده است. تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مختلف اجتماعی و جمعیتی وجود دارد.

جدول ۴- متوسط دفعات مراجعه سالمندان برای خدمات سرپایی در دو هفته قبل از بررسی به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی

سطح برآورد	متوسط دفعات مراجعه برای هر نیاز سرپایی	سرايه دفعات مراجعه برای نیازهای سرپایی به ازای هر فرد
خاستگاه سکونتی	شهری	۱/۳۷
	روستایی	۱/۱۸
جنس	مرد	۱/۳۵
	زن	۱/۲۹
وضعیت تأهل	دارای همسر	۱/۳۸
	بدون همسر	۱/۱۷
ترتیبات زندگی	خویش سرپرست	۱/۱۳
	خانواده زن و شوهری	۱/۲۷
	سایر	۱/۳۷
وضعیت اشتغال	شاغل	۱/۳۰
	غیر شاغل	۱/۳۲
گروه سنی	۶۰-۶۴	۱/۳۷
	۶۵-۷۴	۱/۳۲
	۷۵ و بالاتر	۱/۲۴
کل سالمندان		۱/۳۱

سالمندان شهری در مقایسه با سالمندان روستایی، مردان سالمند در مقایسه با زنان سالمند، سالمندان دارای همسر در مقایسه با سالمندان بدون همسر، سالمندان زیر ۶۵ سال در مقایسه با سایر گروه‌های سنی سالمند، متوسط دفعات مراجعه بیشتری برای بهره‌مندی از خدمات سلامت سرپایی داشته‌اند. سرانه دفعات مراجعه برای نیازهای سرپایی به ازای هر فرد برای کل جمعیت کشور برابر با ۰/۳۹ است که در مقایسه با مقدار ۰/۶۸ بار برای سالمندان کشور در سطح پایین‌تری است. این امر به خوبی نشان از این واقعیت دارد که سالمندان از نیازهای سرپایی بیشتری نسبت به سایر اقشار جامعه برخوردار بوده و طبیعتاً دفعات مراجعه بیشتری برای رفع نیازهای سرپایی خود داشته‌اند. در کنار این امر، تفاوت‌های قابل توجهی بین گروه‌های مختلف اجتماعی-جمعیتی سالمندان از نظر سرانه دفعات مراجعه برای نیازها وجود دارد. سالمندان روستایی (۰/۷) در مقایسه با سالمندان شهری (۰/۶۷)، زنان سالمند (۰/۸۲) در مقایسه با مردان سالمند (۰/۵۶)، سالمندان بدون همسر (۰/۷۷) در مقایسه با سالمندان دارای همسر

(۰/۶۵)، سالمندان غیر شاغل (۰/۷۱) در مقایسه با سالمندان شاغل (۰/۵۳)، سالمندان خویش سرپرست (۰/۸۹) و سالمندان کهنسال (۰/۷۳) در مقایسه با سایر سالمندان سرانه دفعات مراجعه بیشتری برای نیازهای سرپایی داشته‌ند. جدول ۵ نشان می‌دهد که متوسط هزینه‌های بهره‌مندی از خدمات سرپایی سالمندان در گروه‌های مختلف اجتماعی- جمعیتی متفاوت است.

جدول ۵- متوسط هزینه‌های سرپایی که مستقیماً توسط سالمند مراجعه‌کننده در طول سال پرداخت شده به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی (تومان)

سطح برآورد	متوسط هزینه
خاستگاه سکونتی	شهری ۱۱۳۸۷۹
	روستایی ۹۰۶۶۹
جنس	مرد ۱۱۲۰۳۷
	زن ۱۰۲۵۰۶
وضعیت تأهل	دارای همسر ۱۱۷۶۳۱
	بدون همسر ۷۹۷۱۸
ترتیبات زندگی	خویش سرپرست ۷۷۱۸۴
	خانواده زن و شوهری ۱۱۴۰۳۸
	سایر ۱۱۱۵۹۶
وضعیت اشتغال	شاغل ۹۳۸۵۳
	غیر شاغل ۱۰۸۹۲۳
گروه سنی	۶۰-۶۴ ۱۰۴۶۸۸
	۷۴-۶۵ ۱۲۴۱۷۳
	۷۵ و بالاتر ۸۳۲۴۳
کل سالمندان	۱۰۶۸۴۳

متوسط هزینه‌های پرداختی برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی در مناطق شهری (۱۱۳۸۷۹ تومان) در مقایسه با مناطق روستایی (۹۰۶۶۹ تومان)، مردان (۱۱۲۰۳۷ تومان) در مقایسه با زنان (۱۰۲۵۰۶ تومان)، سالمندان دارای همسر (۱۱۷۶۳۱ تومان) در مقایسه با سالمندان بدون همسر (۷۹۷۱۸ تومان)، سالمندان غیر شاغل (۱۰۸۹۲۳)

تومان) در مقایسه با سالمندان شاغل (۹۳۸۵۳ تومان)، سالمندان زن و شوهری (۱۱۴۰۳۸ تومان) و سالمندان در سن ۶۵-۷۴ سال (۱۲۴۱۷۱) در مقایسه با سایر سالمندان بیشتر است. تفاوت هزینه‌های سرپایی در بین سالمندانی که تحت پوشش بیمه پایه بوده و سالمندانی که بیمه پایه ندارند بسیار قابل توجه است، به طوری که هزینه‌های خدمات سرپایی در بین سالمندانی که از بیمه پایه برخوردار نیستند حدود ۱۳۰ درصد بیشتر است.

جدول ۶، وضعیت نیاز سالمندان برای بهره‌مندی از خدمات بستری به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی- جمعیتی را نشان می‌دهد. در حالی که ۷/۳ درصد از کل جمعیت کشور نیازمند بهره‌مندی از خدمات بستری در بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی بودند، ۱۶/۴۸ درصد سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) نیاز به بهره‌مندی از خدمات بستری داشته‌اند.

جدول ۶- وضعیت نیاز سالمندان برای بهره‌مندی از خدمات بستری به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی

سطح برآورد	درصد افراد با احساس نیاز به بستری	درصد از افراد با نیاز به بستری شده	درصد افراد یکبار بستری شده	میانگین تعداد دفعات بستری
خاستگاه شهری	۱۵/۸۹	۸۲/۲۶	۱۱/۸۱	۰/۱۵
سکونت روستایی	۱۸/۰۰	۷۷/۹۲	۷/۲۷	۰/۱۰
جنس مرد	۱۶/۵۴	۸۱/۶۴	۱۲/۰۹	۰/۱۵
زن	۱۶/۴۱	۸۰/۱۲	۱۱/۹۷	۰/۱۵
وضعیت تأهل دارای همسر	۱۶/۰۹	۸۲/۹۸	۱۱/۹۳	۰/۱۴
بدون همسر	۱۷/۶۷	۷۵/۳۴	۱۲/۳۴	۰/۱۴
ترتیبات خویش سرپرست	۱۷/۵۵	۷۳/۰۲	۱۱/۷۸	۰/۱۴
زن و شوهری	۱۵/۳۰	۸۱/۷۱	۱۱/۱۹	۰/۲۰
سایر	۱۶/۵۰	۸۲/۱۲	۱۲/۲۰	۰/۱۵
وضعیت شاغل	۱۳/۳۵	۸۰/۹۲	۹/۶۵	۰/۱۲
اشتغال غیر شاغل	۱۷/۱۵	۸۰/۹۴	۱۲/۵۴	۰/۱۵
گروه سنی ۶۴-۶۰	۱۳/۳۸	۸۳/۱۰	۹/۸۲	۰/۱۳
۶۵-۷۴	۱۶/۸۹	۸۳/۳۵	۱۲/۶۶	۰/۱۶
۷۵ و بالاتر	۲۰/۳۳	۷۵/۶۹	۱۴/۲۴	۰/۱۷
کل سالمندان	۱۶/۴۸	۸۰/۹۴	۱۲/۰۳	۰/۱۵

بنابراین، سالمندان بیش از دو برابر کل افراد جامعه نیازمند بهره‌مندی از خدمات بستری بوده‌اند. این امر به دلیل شرایط جسمی سالمندان بدیهی بوده و نشان از ضرورت فراهم‌سازی ساختارهای سلامت بستری خاص سالمندان دارد. افزون بر این، درصد افراد دارای نیاز برای بهره‌مندی از خدمات بستری در بین گروه‌های مختلف اجتماعی و جمعیتی سالمندان از تفاوت نسبی برخوردار بوده است. سالمندان روستایی (۱۸ درصد)، مردان (۶۵۴ درصد)، سالمندان بدون همسر (۱۷/۶۷ درصد)، سالمندان خویش‌سرپرست (۱۷/۵۵ درصد)، سالمندان غیر شاغل (۱۷/۱۵ درصد) و سالمندان ۷۵ سال و بالاتر (۲۰/۳۳ درصد) از متوسط کل سالمندان (۱۶/۴۸ درصد) در معرض نیازهای بستری قرار داشته‌اند و شاید بتوان بر بالا بودن سطح بیماری این سالمندان اذعان داشت. در مقابل، سالمندان شاغل با ۱۳/۳۸ درصد کمترین درصد نیازمندی به بستری را در بین سالمندان دارند. شاید این امر نشان دهد که اشتغال سالمندان علاوه بر تأثیر بر سلامت روان، بر سلامت جسمانی سالمندان هم تأثیر قابل توجهی دارد.

متوسط روزهای بستری در بین سالمندان روستایی (۵/۸۹)، مردان سالمند (۵/۷۸)، سالمندان دارای همسر (۵/۶۱)، سالمندانی که در قالب خانواده زن و شوهری زندگی می‌کنند (۵/۷۶)، سالمندان غیر شاغل (۵/۴۴) و سالمندان ۷۵ سال و بالاتر (۵/۸۸) روزهای بیشتری را در مقایسه با سایر سالمندان بستری بوده‌اند.

متوسط هزینه یک‌بار بستری سالمندان در بین بستری‌شدگان برابر با ۱۶۷۲۴۲۰ تومان بوده که در مقایسه با سطح ملی یک‌بار هزینه بستری (۱۴۴۶۲۱۴ تومان) در سطح بالاتری قرار دارد. نتایج نشان می‌دهد که متوسط هزینه یک‌بار بستری سالمندان روستایی با مقدار ۱۴۳۷۵۵۱ تومان از مقدار پایین‌تری نسبت به سالمندان شهری با متوسط هزینه ۱۷۷۲۹۱۳ تومان قرار دارد. شاید مراجعه بیشتر سالمندان روستایی به بیمارستان‌های دولتی در مقایسه با سالمندان شهری به دلیل دسترسی کمتر به بیمارستان‌های خصوصی و برخورداری کمتر از پوشش بیمه مکمل یکی از مهمترین دلایل این تفاوت باشد. بالا بودن متوسط هزینه یک‌بار بستری در بین مردان در مقایسه با زنان سالمند شاید بتواند نشان‌گر سطح بیماری شدیدتر مردان در مقایسه با زنان باشد. زنان در مقایسه با مردان بیشتر با بیماری‌های مزمن و توانکاه مواجه بوده و از ناتوانی بیشتری نسبت به مردان سالمند برخوردارند. در مقابل، مردان بیشتر با حوادث و بیماری‌های حاد مواجه بوده‌اند که بستری

برای درمان این بیماری‌ها با تعداد روزهای بستری و با هزینه‌های بیشتری همراه بوده است.

متوسط هزینه‌های یک‌بار بستری سالمندان دارای همسر (۱۷۶۱۷۲۵ تومان) در مقایسه با سالمندان بدون همسر (۱۳۹۹۶۷۳ تومان) بالاتر است. این امر با متوسط تعداد روزهای بستری همبسته بوده و طبیعی است که با افزایش متوسط تعداد روزهای بستری، متوسط هزینه‌های بستری بیشتر شود. سالمندانی که در قالب خانواده زن و شوهری زندگی می‌کنند، با ۱۹۴۸۹۲۱ تومان در مقایسه با سالمندان دیگر از متوسط هزینه بالاتری مواجه بوده‌اند. این امر با متوسط روزهای بستری ارتباط داشته است، به گونه‌ای که سالمندانی که در قالب خانواده زن و شوهری زندگی می‌کنند، با متوسط ۵/۷۶ روز در مقایسه با سایر سالمندان، زمان بیشتری بستری بوده‌اند. سالمندان غیر شاغل که بخشی از آن سالمندان بازنشسته و مستمری‌بگیر را شامل می‌شود، متناسب با متوسط روزهای بستری به طور متوسط ۱۷۱۹۶۱۰ تومان را برای یک‌بار بستری پرداخت نموده‌اند. متوسط هزینه‌های یک‌بار بستری در بین سالمندان شاغل برابر با ۱۳۹۰۳۵۴ تومان بوده است. سالمندان ۶۵-۷۴ ساله در مقایسه با سالمندان ۷۵ سال و بالاتر متوسط روزهای بستری کمتری دارند اما متوسط هزینه‌های برای یک‌بار بستری (۱۹۴۸۴۱۰ تومان) به نسبت سالمندان کهنسال بیشتر است.

۵- تحلیل چندمتغیره

به منظور بررسی چندمتغیره تأثیر متغیرهای اجتماعی و جمعیتی بر نیاز به بستری سالمندان از مدل‌های رگرسیون لوژستیک استفاده شده است. از آنجایی که متغیر پاسخ مورد نظر، نیاز داشتن یا نداشتن به بستری است و مقادیر گزارش شده توسط مصاحبه‌شوندگان تنها دو مقدار صفر (نیاز نداشتن) یا یک (نیاز داشتن) است، متغیر پاسخ مورد نظر دارای توزیع برنولی است. هدف بررسی عوامل تأثیرگذار مانند جنسیت، سن، وضعیت سواد، وضعیت اشتغال، محل اقامت و وضعیت بیمه (تکمیلی بودن یا نبودن بیمه) بر نیاز داشتن یا نداشتن به بستری است، در نتیجه مدل رگرسیون لوژستیک مناسب است.

جدول ۷- وضعیت بهره‌مندی از خدمات بستری سالمندان به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی

سطح برآورد	متوسط طول مدت بستری (روز)	متوسط هزینه کل یک‌بار بستری (تومان)	متوسط هزینه کل حداکثر سه‌بار بستری (از جیب پرداخته شده به تومان)
خاستگاه سکونتی	شهری	۵/۱۸	۱۷۷۳۹۱۳
	روستایی	۵/۸۹	۱۴۳۷۵۵۱
جنس	مرد	۵/۷۸	۱۷۰۳۵۱۵
	زن	۴/۹۳	۱۶۳۵۷۶۱
وضعیت تأهل	دارای همسر	۵/۶۱	۱۷۶۱۷۲۵
	بدون همسر	۴/۷۹	۱۳۹۹۶۷۳
ترتیبات زندگی	خویش‌سرپرست	۵/۰۸	۱۱۶۸۷۹۲
	خانواده زن و شوهری	۵/۷۶	۱۹۴۸۹۲۱
	سایر	۵/۴۰	۱۷۱۰۶۷۰
وضعیت اشتغال	شاغل	۵/۱۸	۱۳۹۰۳۵۴
	غیر شاغل	۵/۴۴	۱۷۱۹۶۱۰
گروه سنی	۶۰-۶۴	۵/۱۵	۱۶۱۵۷۵۸
	۶۵-۷۴	۵/۲۰	۱۹۴۸۴۱۰
	۷۵ و بالاتر	۵/۸۸	۱۳۲۸۲۰۰
کل سالمندان		۵/۴۰	۱۶۷۲۴۲۰

فرض کنید $Y_i, i = 1, \dots, n$ ، متغیر تصادفی نیاز داشتن یا نداشتن به بستری برای فرد i ام باشد که دارای توزیع برنولی با $P(Y_i = \pi_i)$ است. تابع چگالی برنولی به شکل زیر است:

$$f(Y_i; \pi_i) = \pi_i^{Y_i} (1 - \pi_i)^{1-Y_i} = (1 - \pi_i) \left(\frac{\pi_i}{1 - \pi_i} \right)^{Y_i}$$

$$= (1 - \pi_i) \exp \left\{ Y_i \log \left(\frac{\pi_i}{1 - \pi_i} \right) \right\}$$

که نشان می‌دهد f عضو خانواده نمایی طبیعی با پارامتر طبیعی π_i لوجیت است، یعنی:

$$\text{logit}(\pi_i) = \log \left(\frac{\pi_i}{1 - \pi_i} \right) = \beta_0 + X_i' \beta$$

یا به عبارتی

$$\pi_i = \frac{\exp(\beta_0 + X_i' \beta)}{1 + \exp(\beta_0 + X_i' \beta)}$$

به این تابع رگرسیون لوژیستیک می‌گویند.

اگر بردار پارامترها را به صورت β که همان ضرایب رگرسیونی و عرض از مبدأ هستند، تعریف کنیم، لگاریتم تابع درستنمایی مدل رگرسیونی با پاسخ دودویی به صورت زیر حاصل می‌شود:

$$l(\beta|t) = \log \left(\prod_{i=1}^n \pi_i^{Y_i} (1 - \pi_i)^{1-Y_i} \right) = \sum_{i=1}^n Y_i \log \left(\frac{\pi_i}{1 - \pi_i} \right) + \sum_{i=1}^n \log(1 - \pi_i)$$

با مشتق‌گیری و برابر صفر قرار دادن عبارت بالا برآورد β به صورت زیر حاصل می‌شود:

$$\hat{\beta} = -\arg \min_{\theta \in \mathbb{R}^{p+1}} \{l(\beta|t)\}$$

جدول ۸، نتایج بررسی متغیرهای اجتماعی و جمعیتی بر نیاز به بستری سالمندان در قالب مدل لوجستیک را نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که مردان در مقایسه با زنان نیاز به بستری کمتری را ابراز داشته‌اند، سالمندان زیر ۷۰ سال در مقایسه با سالمندان بالای ۷۰ سال نیاز کمتری به بستری شده داشته‌اند و با افزایش سن سالمندان، نیاز به بستری نیز افزایش می‌یابد. سالمندان باسواد در مقایسه با سالمندان بی‌سواد، با ضریب ۱۴٪ نیازمندی بیشتری برای بستری داشته‌اند. با توجه به اینکه سالمندان باسواد، آگاهی سلامت بیشتری در مقایسه با سالمندان بی‌سواد دارند به نظر می‌رسد نیاز به بستری این سالمندان در مقایسه با سالمندان بی‌سواد بیشتر باشد.

سالمندان شاغل، دارای همسر، ساکن مناطق شهری در مقایسه با سالمندان غیر شاغل، بدون همسر و ساکن مناطق روستایی نیاز به بستری بیشتری داشته‌اند. نکته قابل ذکر این است که سالمندانی که از بیمه تکمیلی برخوردار بوده‌اند در مقایسه با سالمندانی که بیمه تکمیلی نداشته‌اند نیاز به بستری کمتری را احساس نموده‌اند. نتایج معنی‌داری مدل نشان از معنی‌داری تأثیر همه متغیرهای مستقل مدل در متغیر تابع یعنی نیاز به بستری در بین سالمندان دارد.

افزایش شاخص سالمندی جمعیت از ۹/۴ درصد در سال ۱۳۳۵ به ۲۷/۵ در سال ۱۴۰۰، کاهش نسبت جنسی سالمندی از ۱۱۱ در سال ۱۳۵۵ به ۹۹/۴ در سال ۱۳۹۰، ارتقاء سطح امید زندگی در دوره سالمندی در بین زنان از ۱۵/۷ به ۲۱/۲ در سال ۱۴۰۰ و در بین مردان از ۱۴/۴ به ۱۹/۲ در دوره متناظر از جمله ویژگی‌های تحولات سالمندان در ایران بوده است. افزایش طول عمر، زنانه شدن سالمندی از ویژگی‌هایی است که در برنامه‌ریزی اقتصادی، اجتماعی و سلامت باید مد نظر قرار گیرد. افزایش میزان باسوادی سالمندان از ۵/۵ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۲۳/۷ درصد در سال ۱۳۹۰، افزایش سهم سالمندان از فارغ‌التحصیلان دوره آموزش عالی از ۰/۸ در سال ۱۳۵۵ به ۶/۷۴ در سال ۱۳۹۰ می‌تواند نشان از ارتقاء سطح آگاهی اجتماعی و توانمندی سالمندان باشد. افزایش درصد خانوارهای سالمند سرپرست از ۴/۹۶ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۱۴/۱۹ درصد در سال ۱۳۹۰ در کنار افزایش سهم خانوارهای خویش‌سرپرست سالمند از کل خانوارهای خویش‌سرپرست از ۳۷/۹ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۵۸/۹ درصد در سال ۱۳۹۰ از مهمترین ویژگی‌های الگوی ترتیبات زندگی سالمندان است که نشان از این واقعیت دارد که سالمندانی که تنها زندگی می‌کرده‌اند در حال افزایش است. این امر می‌تواند ظرفیت‌های آسیب‌پذیری سالمندان را چه از منظر سلامت جسمانی و چه از منظر سلامت عاطفی و حمایت اجتماعی افزایش دهد. این مهم در بسیاری از تحقیقات سالمندی اثبات شده است. علاوه بر این، افزایش سهم خانوارهای خویش‌سرپرست لزوم انجام مطالعات موشکافانه در زمینه آسیب‌های اجتماعی، اقتصادی و سلامت جسمانی و روانی سالمندان خویش‌سرپرست که مبنای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی سالمندی باشد را نشان می‌دهد.

جدول ۸ - نتایج اجرای مدل رگرسیون لوژیستیک بر نیاز به بستری برای سالمندان

پارامتر	برآورد	p-value	آماره t	انحراف استاندارد
عرض از مبدا	۱۳۱۶	۰/۰۰۰	۲۱۸/۶۵۷	۰/۰۰۶
جنسیت				
مرد	-۰/۳۶۳	۰/۰۰۰	-۸۴/۷۶	۰/۰۰۴۰
زن	—	—	—	—
گروه سنی				
۶۰-۶۹ سال	-۰/۰۶۷	۰/۰۰۰	-۱۱۹/۲۷	۰/۰۰۵
۷۰-۷۹ سال	۰/۰۲۵	۰/۰۰۰	۴/۴۰۳	۰/۰۰۵
بیش از ۸۰ سال	—	—	—	—
وضعیت سواد				
باسواد	۰/۰۱۴	۰/۰۰۰	۳/۵۶	۰/۰۰۴
بی سواد	—	—	—	—
وضع فعالیت				
شاغل	۰/۲۵۰	۰/۰۰۰	۴۳/۲۷۱	۰/۰۰۵
غیر شاغل	—	—	—	—
وضعیت تأهل				
دارای همسر	۰/۰۲۲	۰/۰۰۰	۵/۰۹۴	۰/۰۰۴
بدون همسر	—	—	—	—
محل اقامت				
شهر	۰/۲۰۹	۰/۰۰۰	۵۰/۶۷۸	۰/۰۰۴
روستا	—	—	—	—
وضعیت بیمه				
دارد	-۰/۱۷۹	۰/۰۰۰	-۴۳/۶۰۲	۰/۰۰۴
تکمیلی	ندارد	—	—	—

در رابطه با بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت نتایج نشان داد که ۷/۳۸ درصد از کل جمعیت کشور نیازمند بهره‌مندی از خدمات بستری هستند. ۴۸/۱۶ درصد سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) نیاز به بهره‌مندی از خدمات بستری دارند. بنابراین، سالمندان بیش از دو برابر کل افراد جامعه نیازمند بهره‌مندی از خدمات بستری بوده‌اند. احساس نیاز برای بهره‌مندی از خدمات بستری در بین گروه‌های مختلف اجتماعی و جمعیتی سالمندان از تفاوت نسبی برخوردار بوده است. سالمندان روستایی (۱۸ درصد)، سالمندان بدون همسر (۱۷/۶۷ درصد)، سالمندان خویش سرپرست (۱۷/۵۵ درصد)، سالمندان غیر شاغل (۱۷/۱۵ درصد) و سالمندان ۷۵ سال و بالاتر (۲۰/۳۳ درصد) از متوسط کل سالمندان (۱۶/۴۸ درصد) بیشتر در معرض نیازهای بستری قرار داشته و شاید بتوان بر بالا بودن سطح بیماری این سالمندان اذعان داشت. در مقابل، سالمندان شاغل و سالمندان ۶۰-۶۴ ساله با حدود ۱۳ درصد کمترین درصد نیازمندی به بستری را در بین سالمندان داشته‌اند. شاخص میانگین دفعات بستری نشان می‌دهد که سالمندان (۰/۱۵ دفعه) با

تفاوت قابل توجهی از جمعیت کل کشور (۷٪ دفعه) بیشتر در معرض بستری بوده‌اند. متوسط هزینه یک‌بار بستری برای سالمندان بستری‌شده برابر با ۱۶۷۲۴۲۰ تومان بوده که در مقایسه با سطح ملی یک‌بار هزینه بستری (۱۴۴۶۲۱۴ تومان) در سطح بالاتری قرار دارد. نتایج نشان می‌دهد که متوسط هزینه یک‌بار بستری سالمندان روستایی با مقدار ۱۴۳۷۵۵۱ تومان از مقدار پایین‌تری نسبت به سالمندان شهری با متوسط هزینه ۱۷۷۳۹۱۳ تومان برخوردار است.

متوسط هزینه‌های یک‌بار بستری سالمندان دارای همسر (۱۷۶۱۷۲۵ تومان) در مقایسه با سالمندان بدون همسر (۱۳۹۹۶۷۳ تومان) بالاتر است. این امر با متوسط تعداد روزهای بستری همبسته بوده و طبیعی است که با افزایش متوسط تعداد روزهای بستری، متوسط هزینه‌های بستری بیشتر شود. سالمندانی که در قالب خانواده زن و شوهری زندگی می‌کنند، با ۱۹۴۸۹۲۱ تومان در مقایسه با سالمندان دیگر از متوسط هزینه بالاتری مواجه بوده‌اند. این امر با متوسط روزهای بستری تناسب داشته است، به گونه‌ای که سالمندانی که در قالب خانواده زن و شوهری زندگی می‌کنند، با متوسط ۵/۷۶ روز در مقایسه با سایر سالمندان، زمان بیشتری بستری بوده‌اند. سالمندان غیر شاغل که بخشی از سالمندان بازنشسته و مستمری‌بگیر را شامل می‌شود، متناسب با متوسط روزهای بستری به طور متوسط ۱۷۱۹۶۱۰ تومان را برای یک‌بار بستری پرداخت نموده‌اند. متوسط هزینه‌های یک‌بار بستری در بین سالمندان شاغل برابر با ۱۳۹۰۳۵۴ تومان بوده است. ۲۸ درصد سالمندانی که برای بستری مراجعه و خدمات دریافت نموده‌اند، به بهبودی کامل دست یافته‌اند. این درصد در مقایسه با ۴۸/۸ درصد کل کشور در سطح پایین‌تری قرار دارد. شاید بتوان این تفاوت را در وجود بیمارهای مزمن سالمندان و زمان‌بر بودن فرآیند بهبودی در سالمندان دانست.

الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت نشان داد که سالمندان در مقایسه با سایر افراد جامعه علاوه بر اینکه الگوی متفاوتی از بهره‌مندی را برخوردارند، بلکه در مقایسه با سایر افراد جامعه از منظر سلامت، دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت نیز آسیب‌پذیرترند. سالمندان روستایی در مقایسه با سالمندان شهری، سالمندان تنها در مقایسه با سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند، سالمندان بدون همسر، زنان سالخورده در مقایسه با مردان سالخورده از آسیب‌پذیری بیشتری از منظر سلامت مواجهه هستند. از

این‌رو سیاست‌گذاران سالمندی باید زمینه را برای حمایت اجتماعی، و اقتصادی برای دسترسی بهتر و بیشتر و همچنین با کیفیت بهتر به خدمات سلامت فراهم سازند. در این مقاله سعی بر این بوده است که رهیافت‌های مؤثر در تبیین فرآیند بیماری و شیوه مواجهه با بیماری مطرح شود. در این راستا از رهیافت «نقش بیماری پارسونز»، «نظریه عمومی جستجوی کمک مکانیک» و «مراحل بیماری و مراقبت درمانی ساچمن» استفاده شد. همچنانکه اشاره شد، رهیافت‌های مذکور کمتر به موضوعات مرتبط با زمینه ایجاد نیاز برای مواجهه با بیماری‌ها پرداخته است. اگرچه یانگ (۱۹۸۱) به ارائه مدلی مردم‌شناختی در تبیین بهره‌مندی از خدمات سلامت مورد توجه قرار گرفت [۱]، اندرسن [۵] در قالب عوامل توانمندساز نقش عوامل زمینه‌ای در تبیین عوامل مؤثر در بهره‌مندی از خدمات سلامت مورد توجه قرار داد. طی دوره ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰ اندرسن مدل بهره‌مندی از خدمات سلامت را متشکل از ۳ مؤلفه با فرض روابط خطی بین مؤلفه‌ها مطرح نمود؛ ۱- تعیین‌کننده‌های اولیه ۲- رفتارهای سلامت ۳- پیامدهای سلامت. در این مقاله با استفاده از رهیافت اندرسن، تعیین‌کننده‌های اولیه در قالب متغیرهای زمینه‌ای مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از تأثیر خاستگاه سکونتی، جنس، وضعیت تأهل، ترتیبات زندگی، وضعیت اشتغال و گروه سنی سالمندان در نیاز به بهره‌مندی از خدمات سلامت بود.

با توجه به نتایج به‌دست آمده از بررسی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت، موارد سیاستی زیر با هدف توجه سیاست‌گذاران برای مواجهه با مسائل مرتبط با بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت ارائه می‌شود:

- با توجه به احساس نیاز بیشتر سالمندان مناطق روستایی در مقایسه با سالمندان شهری برای بهره‌مندی از خدمات سلامت چه خدمات سرپایی و چه خدمات بستری، رفع موانع مرتبط با تأمین امکانات بهداشتی و درمانی برای پاسخگویی به نیازهای درمانی سالمندان روستایی از اهمیت بالایی برخوردار است.
- با توجه به الگوی غالب ترتیبات زندگی در بین سالمندان روستایی که حکایت از خویش‌سرپرستی آنان دارد و از سوی دیگر دیگر آسیب‌پذیری سلامت این سالمندان در مقایسه با سالمندان دیگر، برنامه‌ریزی برای مواجهه با مسائل درمانی و روانی ناگزیر است.

- بررسی ادبیات پژوهشی پیرامون تفاوت دو جنس در بهره‌مندی از خدمات سلامت نشان از تأیید نقش این متغیر دارد. در این پژوهش نیز این مهم مورد تأیید قرار گرفت. از این رو با توجه به آسیب‌پذیری زنان سالمند از نظر نیاز به بهره‌مندی از خدمات سلامت و امکانات تأمین نیازهای درمانی، توجه ویژه و ساختارمند به این گروه از سالمندان از منظر رفع موانع بهره‌مندی از خدمات سلامت و تأمین امکانات درمانی پر اهمیت است.

توضیحات

- 1- Mechanic
- 2- Stigma
- 3- Humility
- 4- Suchman
- 5- dementia

مرجع‌ها

- [۱] شیر، محمد؛ رضایی قهرودی، زهرا؛ علی‌اکبری صبا، روشنگ؛ صفاکیش، محدثه؛ و رستمی، الهام (۱۳۹۵). مطالعه ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت سالمندان و الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت. طرح پژوهشی، پژوهشکده آمار، تهران.
- [۲] عباسی، صفورا؛ سرخیل، بهناز؛ حسینی، شیما؛ و شهبازی‌گزر، لیلا (۱۳۹۲). روند سالمندی جمعیت ایران تا سال ۱۴۲۰ با رویکردی به ویژگی‌های سالمندان، پژوهشکده آمار، تهران.
- [۳] عینی‌زیناب، حسن؛ ساجدی، علی؛ رضایی قهرودی، زهرا؛ نورالهی، طه؛ زاهدیان، علیرضا؛ خسروی، اردشیر؛ شمس قهفرخی، فریده (۱۳۹۳). مدل‌سازی و پیش‌بینی مرگ و میر در ایران: ۱۳۵۷-۱۴۲۵. طرح پژوهشی، پژوهشکده آمار، تهران.
- [۴] میرزایی، محمد (۱۳۸۴). جمعیت و توسعه با تأکید بر ایران. مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه، تهران.

- [5] Andersen, R. (1968). A Behavioral Model of Families' use of Health Services. Research Series No. 25. Center for Health Administration Studies, University of Chicago. Chicago.
- [6] Lee, R.D. (1994). The formal demography of population ageing, transfers, and the economic life cycle. In L. G. Martin & S. H. Preston (Eds.), Demography of ageing (pp. 8–49). National Academy Press, Washington, D.C.

محمد شیرى

دکترای جمعیت‌شناسی

تهران، خیابان فاطمی، خیابان باباطاهر، خیابان فکوری، شماره ۱۴۵، پژوهشکده آمار.

رایانشانی: mshiri@src.ac.ir

اشکان شياک

دکترای آمار

تهران، خیابان فاطمی، خیابان باباطاهر، خیابان فکوری، شماره ۱۴۵، پژوهشکده آمار.

رایانشانی: ashkan@src.ac.ir