



پژوهشکده‌ی آمار



مطالعه ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت سالمندان و الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت

محمد شیرینی (مجری)

زهرا رضایی قهرودی

روشنک علی اکبری صبا

محدثه صفاکیش

الهام رستمی



پژوهشکده‌ی آمار

زمستان ۱۳۹۵

پیش‌گفتار

یکی از مهمترین مقولات جمعیتی که امروزه توجه بسیاری از صاحب‌نظران را به خود جلب کرده، سالخوردگی جمعیت است. سالخوردگی افراد همواره موضوعی قابل بررسی بوده لیکن در دوران حاضر سالخوردگی جمعیت در برخی جوامع به وقوع پیوسته است که نیاز به بحث و مطالعه خاص دارد. بر اساس گزارش‌های سازمان ملل امروزه بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته، ساخت جمعیتی سالخورده‌ای پیدا کرده‌اند، در حالی که برخی کشورهای در حال توسعه، در آستانه ورود به مرحله سالخوردگی جمعیت هستند و البته بسیاری از این کشورها هنوز ساخت جمعیتی بسیار جوانی دارند، با این همه، در فرایند انتقال جمعیت انتظار می‌رود که این کشورها هم چنین فرایندی را طی نمایند. به بیانی دیگر، سالخوردگی جمعیت، پدیده فراگیری است که همه کشورها را با شدت و ضعف فرا خواهد گرفت. اگرچه سالمندی در مناطق توسعه یافته جهان به سرعت شکل گرفته است لیکن مناطق کمتر توسعه یافته این پدیده را سریع‌تر و در یک دوره زمانی کوتاه‌تر تجربه خواهند کرد.

آنچه که سالمندی جمعیت را مهم جلوه می‌دهد، پیامدهای اقتصادی، اجتماعی آن و نیازمندی‌های است که به تبع آن شکل می‌گیرد. گام اول در راستای انجام برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری برای مواجهه با پیامدهای احتمالی سالمندی جمعیت و همچنین اعمال اقدامات مداخله‌ای در راستای حمایت اجتماعی و اقتصادی و تأمین نیازمندی‌های سلامت سالمندان، شناسایی این نیازها و به طور کلی تشریح وضعیت سالمندان از منظر اقتصادی و اجتماعی است. هدف اصلی این پژوهش؛ شناسایی الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت و مطالعه ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت سالمندان است. این امر می‌تواند در برنامه‌ریزی برای مسائل و مشکلات پیش‌روی متولیان امر بهداشت و سلامت که در نتیجه سالمندی جمعیت ایجاد خواهد شد مثمر ثمر واقع شود.

بر این اساس پژوهشکده‌ی آمار با توجه به رسالت خود در زمینه‌ی اجرای طرح‌های پژوهشی با هدف بررسی وضعیت سالمندی در ایران و مطالعه ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت و همچنین الگوی بهره‌مندی از خدمات سلامت اجرای طرح پژوهشی مطالعه ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت سالمندان و الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت را در دستور کار خود قرار داده است. به منظور نیل به این هدف علاوه بر اطلاعات سرشماری نفوس و مسکن، از داده‌های آمارگیری هزینه و درآمد خانوار، نیروی کار و آمارگیری شاخص‌های چندگانه جمعیت و سلامت ۱۳۹۴ استفاده شده است. افزون بر

این، به منظور مطالعه الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت از آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت ۱۳۹۳ نیز استفاده شده است.

این پژوهش در گروه پژوهشی آمارهای اقتصادی پژوهشکده‌ی آمار با همکاری آقای دکتر محمد شیری و خانم‌ها دکتر زهرا رضایی قهرودی، دکتر روشنگر علی‌اکبری صبا، محدثه صفاکیش و الهام رستمی به انجام رسیده است، که بدین‌وسیله از ایشان صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. پژوهشکده‌ی آمار در انجام این بررسی از همکاری‌های مالی و فنی صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA) بهره برده است که از همکاری آن سازمان صمیمانه تشکر می‌شود. از خوانندگان محترم تقاضا می‌شود نظرات اصلاحی خود را در ارتباط با محتوای مجموعه‌ی حاضر به گروه پژوهشی آمارهای اقتصادی پژوهشکده‌ی آمار منعکس نمایند.

گروه پژوهشی آمارهای اقتصادی

پژوهشکده‌ی آمار

فهرست مطالب

۱	۱- کلیات
۱-۱-۱	مقدمه
۲-۱	طرح مسئله
۳-۱	اهمیت و ضرورت موضوع پژوهش
۴-۱	اهداف تفصیلی طرح
۵-۱	روش تحقیق
۶-۱	تعاریف و مفاهیم
۱۵	۲- ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت سالمندان
۱۵-۱-۲	مقدمه
۱۶-۲-۲	سیمای جمعیت سالمند در ایران
۱۶-۲-۲-۱	تحولات جمعیت سالمند
۱۸-۲-۲-۲	امید زندگی سالمندی
۱۹-۲-۲-۳	وضع سواد و تحصیلات
۲۱-۲-۲-۴	ترتیبات زندگی سالمندان
۲۲-۲-۲-۵	وضع زناشویی سالمندان
۲۳-۲-۲-۶	اشتغال و فعالیت سالمندان
۲۴-۲-۲-۷	هزینه‌های زندگی خانوارهای سالمندسرپرست
۲۶-۲-۲-۸	وضع معلولیت سالمندان
۲۵-۲-۲-۹	پیشانی روان‌شناختی سالمندان
۲۸-۲-۲-۱۰	رضایت از زندگی سالمندان
۳۰-۲-۲-۱۱	شیوع بیماری‌ها در بین سالمندان
۳۲-۲-۲-۱۲	استفاده از رسانه‌های گروهی، رایانه و اینترنت
۳۵	۳- ادبیات پژوهشی
۳۵-۱-۳	مقدمه
۳۵-۲-۳	ادبیات پژوهشی
۳۹-۳-۳	ادبیات نظری

۴- الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت	۴۹
۴-۱- مقدمه	۴۹
۴-۲- سیمای سالمندان در مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت	۴۹
۴-۳- وضعیت پوشش بیمه‌ای سالمندان به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی	۵۰
۴-۴- بهره‌مندی از خدمات سرپایی سالمندان	۵۵
۴-۵- بهره‌مندی از خدمات بستری سالمندان	۷۰
۵- نتیجه‌گیری	۸۱
مرجع‌ها	۸۷

فهرست جدول‌ها

- جدول ۱-۲- نمره عاملی متغیرهای مشاهده شده عامل پریشانی روان‌شناختی..... ۲۹
- جدول ۲-۲- توزیع درصد فراوانی ابعاد و شاخص پریشانی روان‌شناختی سالمندان (۶۰ سال و بالاتر)..... ۲۹
- جدول ۳-۲- میزان رضایت از ابعاد مختلف زندگی به تفکیک جنس، خاستگاه سکونتی و پنجک اقتصادی..... ۳۱
- جدول ۴-۲- توزیع درصد سالمندان مبتلا به انواع بیماری‌ها به تفکیک جنس..... ۳۳
- جدول ۵-۲- استفاده از رسانه های گروهی در گروه سنی ۶۰ ساله و بیشتر به تفکیک جنس، خاستگاه سکونتی و پنجک‌های اقتصادی..... ۳۴
- جدول ۶-۲- استفاده از رایانه و اینترنت در گروه سنی ۶۰ ساله و بیشتر به تفکیک جنس، خاستگاه سکونتی و پنجک‌های اقتصادی..... ۳۶
- جدول ۱-۴- ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) بر اساس اطلاعات طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت..... ۵۲
- جدول ۲-۴- توزیع نسبی پوشش بیمه پایه و مکمل جمعیت سالمند (۶۰ سال و بالاتر) به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی- جمعیتی سالمندان..... ۵۴
- جدول ۳-۴- وضعیت نیاز سالمندان و کل جمعیت برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی- جمعیتی..... ۵۸
- جدول ۴-۴- 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 ۶۱۰۰.....
- جدول ۵-۴- متوسط دفعات مراجعه سالمندان برای خدمات سرپایی در دو هفته قبل از بررسی به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی- جمعیتی..... ۶۳
- جدول ۶-۴- متوسط هزینه‌های سرپایی که مستقیماً توسط سالمند مراجعه‌کننده در طول سال پرداخت شده به تفکیک نوع خدمات سرپایی و ویژگی‌های اجتماعی- جمعیتی (تومان)..... ۶۵

جدول ۴-۷- فراوانی خدمات عمده‌ی دریافت شده هنگام مراجعه افراد سالمند برای اولین نیازشان طی دو هفته قبل از بررسی به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی..... ۶۶

جدول ۴-۸- پیامد خوداظهاری شده سالمندان از مراجعه و دریافت خدمات سلامت به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی جمعیتی..... ۶۸

جدول ۴-۹- دلایل عدم اقدام برای مراجعه سالمندان برای دریافت خدمات سلامت به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی..... ۶۹

جدول ۴-۱۰- میزان رضایت سالمندان از بهره‌مندی خدمات سرپایی سلامت به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی..... ۷۰

جدول ۴-۱۱- وضعیت نیاز سالمندان برای بهره‌مندی از خدمات بستری به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی..... ۷۲

جدول ۴-۱۲- وضعیت بهره‌مندی از خدمات بستری سالمندان به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی..... ۷۴

جدول ۴-۱۳- وضعیت بهره‌مندی سالمندان از خدمات بستری به تفکیک نوع بیمارستان و انواع بخش‌های بستری..... ۷۵

جدول ۴-۱۴- پیامد خوداظهاری شده سالمندان از مراجعه و دریافت خدمات بستری به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی جمعیتی، بخش‌های بستری و نوع بیمارستان دریافت خدمت..... ۷۹

جدول ۴-۱۵- دلایل عدم اقدام برای مراجعه سالمندان برای بهره‌مندی از خدمات سلامت به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی..... ۸۰

جدول ۴-۱۶- میزان رضایت سالمندان از بهره‌مندی از خدمات بستری سلامت به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی..... ۸۱

فهرست شکل ها

- شکل ۱-۲- روند تغییرات سهم جمعیت سالمند طی دوره ۱۳۴۵-۱۳۹۰..... ۱۶
- شکل ۲-۲- روند تغییرات شاخص سالخوردگی جمعیت طی دوره ۱۳۳۵-۱۴۰۰..... ۱۷
- شکل ۳-۲- روند تغییرات شاخص نسبت جنسی سالخوردگی (۶۵ سال و بالاتر) طی دوره ۱۳۵۵-۱۴۲۰..... ۱۸
- شکل ۴-۲- روند تغییرات امید زندگی بدو تولد طی دوره ۱۳۰۰-۱۳۹۰..... ۱۸
- شکل ۵-۲- روند تغییرات امید زندگی در ۶۰ و ۶۵ سالگی به تفکیک جنس..... ۱۹
- شکل ۶-۲- روند تغییرات میزان باسوادی سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) به تفکیک جنس..... ۲۰
- شکل ۷-۲- روند تغییرات سهم سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) از فارغ التحصیلان آموزش عالی..... ۲۰
- شکل ۸-۲- روند تغییرات سهم خانوارهای سالمند سرپرست نسبت به کل خانوارها..... ۲۱
- شکل ۹-۲- روند تغییرات سهم خانوارهای خویش سرپرست سالمند (۶۰ سال و بالاتر)..... ۲۱
- شکل ۱۰-۲- روند تغییرات درصد سالمندان حداقل یکبار ازدواج کرده (۶۰ سال و بالاتر)..... ۲۲
- شکل ۱۱-۲- روند تحولات سهم سالمندان دارای همسر از کل سالمندان به تفکیک شهری و روستایی و جنس..... ۲۳
- شکل ۱۲-۲- روند تحولات میزان مشارکت اقتصادی سالمندان..... ۲۴
- شکل ۱۳-۲- روند تحولات سهم جمعیت شاغل و غیرفعال سالمند از کل جمعیت سالمند (۶۵ سال و بالاتر)..... ۲۴
- شکل ۱۴-۲- روند تغییرات توزیع خانوارهای سالمند سرپرست شهری در دهک های هزینه ای..... ۲۵
- شکل ۱۵-۲- روند تغییرات توزیع خانوارهای سالمند سرپرست روستایی در دهک های هزینه ای..... ۲۵
- شکل ۱۶-۲- روند تغییرات متوسط هزینه های خانوارهای سالمند سرپرست (میلیون ریال)..... ۲۶
- شکل ۱۷-۲- درصد معلولیت سالمندان به تفکیک خاستگاه سکونت..... ۲۶
- شکل ۱۸-۲- توزیع نسبی وضع معلولیت سالمندان شهری به تفکیک نوع معلولیت-۱۳۹۰..... ۲۷

- شکل ۲-۱۹- توزیع نسبی وضع معلولیت سالمندان روستایی به تفکیک نوع معلولیت- ۱۳۹۰ ۲۷
- شکل ۳-۱- مراحل پنج‌گانه ساچمن در بیماری و مراقبت درمانی ۴۳
- شکل ۳-۲- مدل فهم سلامت روزن‌استاک ۴۳
- شکل ۳-۳- مدل رفتاری اندرسن در بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت ۴۵
- شکل ۳-۴- مدل تجدیدنظر شده اندرسن در بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت (۱) ۴۵
- شکل ۳-۵- مدل تجدیدنظر شده اندرسن در بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت (۲) ۴۶
- شکل ۳-۶- مدل کامل اندرسن در بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت ۴۷
- شکل ۴-۱- درصد پوشش بیمه مکمل سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی ۵۵
- شکل ۴-۲- متوسط بار مراجعه کل جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر و کل جمعیت برای دریافت خدمات سرپایی ۶۰
- شکل ۴-۳- توزیع برخی خدمات عمده‌ی دریافت شده هنگام مراجعه افراد سالمند برای اولین نیازشان طی دو هفته قبل از بررسی به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی- جمعیتی ۶۷
- شکل ۴-۴- توزیع هزینه‌های یک‌بار بستری در بیمارستان‌های کشور به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی- جمعیتی، نوع بیمارستان و بخش بستری ۷۷

کلیات

۱-۱- مقدمه

کشور ایران در چند دهه اخیر تحولات جمعیتی بی‌سابقه‌ای را تجربه نموده است. کاهش قابل توجه مرگ و میر، بهبود وضعیت سلامت نوزادان و کاهش مرگ و میر آنان، افزایش امید زندگی بدو تولد، افزایش طول عمر در سالمندان، کاهش قابل توجه میزان کل باروری از جمله این تغییرات بوده است. در ادبیات جمعیت‌شناختی، این تغییرات و نقش توسعه اقتصادی و اجتماعی در آن در قالب نظریه گذار جمعیت‌شناختی تبیین شده است.

سالمندی جمعیت یکی از پدیده‌های جمعیتی است که در ادبیات پژوهشی به عوامل شکل‌گیری و پیامدهای آن و لزوم سیاست‌گذاری در مواجهه با این پیامدها بدان پرداخته شده است. با علم به افزایش امید زندگی در اغلب کشورهای جهان، اغلب کشورهای جهان که انتقال باروری را تجربه نموده‌اند با سالمندی جمعیت مواجه‌اند و یا در آینده‌ای نزدیک مواجه خواهند شد. از این رو، برنامه‌ریزی در سطوح خرد و کلان به منظور برخورد با پیامدهای این پدیده ناگزیر است. پرواضح است که گام اول در برنامه‌ریزی در مواجهه با یک مسئله، شناخت جامع و عمیق آن است. این امر در رابطه با پدیده سالمندی جمعیت اهمیت دارد اگرچه برخی از کشورها هنوز وارد مرحله سالمندی جمعیت در بستر گذار ساختار سنی نرسیده‌اند. کشور ایران یکی از کشورهایی است که پس از سال‌های ۱۴۲۰ شروع مرحله سالمندی جمعیت را تجربه خواهد نمود. با این وجود، شناخت مسائل و مشکلات سالمندی جمعیت با هدف برنامه‌ریزی برای مرحله‌ای که سهم سالمندان به صورت قابل توجهی افزایش می‌یابد اهمیت دارد. هدف اصلی این پژوهش؛ مطالعه ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت جسمانی و روانی سالمندان و همچنین شناسایی الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت است. این پژوهش به مطالعه ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی و جمعیتی سالمندان بر اساس اطلاعات سرشماری عمومی نفوس و مسکن و آمارگیری‌های مرکز آمار ایران، مطالعه وضعیت سلامت

جسمانی و روانی سالمندان بر اساس اطلاعات طرح جمعیت و سلامت ۱۳۹۴ و الگوی بهره‌مندی از خدمات سلامت بر اساس طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت ۱۳۹۳ می‌پردازد. فصل اول پژوهش به کلیات پژوهش در قالب طرح مسئله، ضرورت و اهمیت پژوهش، اهداف پژوهش، روش تحقیق و تعاریف و مفاهیم اختصاص دارد.

۲-۲- طرح مسئله

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 (میرزایی، ۱۳۸۴: ۲۷). 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 سالخوردگی فردی نامیده می‌شود (لی، ۱۹۹۴). 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 به عنوان یک پدیده جمعیتی بروز می‌کند.

یکی از مسائلی که در جمعیت‌شناسی مورد مطالعه و بررسی قرار می‌گیرد بحث سن سالمندی است که البته در تعیین سن سالمندی اختلاف نظر بسیار است. بسیاری از کشورهای توسعه یافته از نظر زمانی سن ۶۵ سالگی را مبنای تعریف سالمندی قرار داده‌اند، ولی همانند بسیاری از مفاهیم غربی، این تعریف متناسب با شرایط سایر مناطق دنیا نیست. از آنجا که این تعریف تا حدودی اختیاری است، در بسیاری از اوقات سن سالمندی را سنی می‌دانند که فرد شروع به دریافت مزایای بازنشستگی می‌کند. در حال حاضر، سازمان ملل معیار عددی مشخصی برای تعریف سن سالمندی ندارد، اما روی این اصل توافق دارد که افراد ۶۰ ساله و بیشتر جمعیت سالمند را تشکیل می‌دهند.

با نگاهی بر روند تحولات جمعیت سالمند جهان با تکیه بر دو گروه جمعیتی بالای ۶۵ سال و بالای ۶۰ سال می‌توان بر افزایش قابل توجه سهم جمعیت سالمند اذعان داشت. با این وجود، روند تغییرات تعداد و سهم جمعیت سالمند در نقاط مختلف جهان از الگوی متفاوتی برخوردار بوده است. سهم جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر جهان از ۹/۸ درصد (۶۰۷/۱ میلیون نفر) در سال ۲۰۰۰ به ۱۲/۳ درصد (۹۰۰/۸ میلیون نفر) در سال ۲۰۱۵ افزایش یافته است. اگرچه افزایش سهم جمعیت سالمند در کلیه نقاط جهان به چشم می‌خورد، اما مقایسه بین قاره ای حکایت از تفاوت معنی دار مناطق مختلف جهان دارد. به طوری که سهم جمعیت بالای ۶۰ سال در اروپا در سال ۲۰۱۵، ۲۳/۸ درصد بوده است که در مقایسه با قاره آفریقا (۵/۴ درصد) در سطح بالاتری قرار دارد. کشورهای منطقه آمریکای شمالی با ۱۶/۵ درصد پس از کشورهای اروپایی از بافت جمعیتی سالمند بیشتری برخوردارند. این مهم می‌تواند به این دلیل باشد که کشورهای اروپایی کاهش مرگ و میر، افزایش امید زندگی بدو تولد و انتقال باروری را بسیار پیش از کشورهای آفریقایی تجربه نموده‌اند.

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 به عنوان 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. این تغییرات 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 توسعه یافته همچنان در سطح پایین‌تری قرار دارد. سهم جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر در کشور ایران در مقایسه با کشورهای اروپای شرقی (۲۶/۲)، اروپای شمالی (۲۳/۵)، اروپای غربی (۲۱/۵)، آمریکای شمالی (۲۲/۳) و به خصوص کشور ژاپن با ۳۳/۱ درصد در سال ۲۰۱۵ در سطح پایین‌تری قرار دارد. با این وجود نتایج پیش‌بینی‌های انجام شده نشان می‌دهد که تا سال ۲۰۵۰ میلادی سهم جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر به حدود ۳۱ درصد افزایش خواهد یافت (سازمان ملل، ۲۰۱۵). پیش‌بینی‌های انجام شده با در نظر گرفتن سهم جمعیت ۶۵ سال و بالاتر نشان می‌دهد که سهم این گروه از جمعیت ایران در سال ۱۴۲۰ به حدود ۱۳/۵ درصد افزایش خواهد یافت (عباسی و همکاران، ۱۳۹۲). پر واضح است که کشور ایران در سال‌های آتی با سهم قابل توجهی از جمعیت سالمند مواجه خواهد بود که تحت عنوان سالخوردگی جمعیت در ادبیات جمعیت‌شناختی مطرح شده است.

در کنار کاهش مرگ و میر و ارتقاء سطح امید زندگی که سبب افزایش طول عمر بیشتر در سنین سالمندی و افزایش جمعیت سالمند می‌گردد، 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 تعیین کننده‌ای 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 (عباسی و همکاران، ۱۳۹۲).

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 سالخوردگی 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 ۱۶/۹ 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 (عینی زیناب، ۱۳۹۳). 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، سکتة قلبی (۸۲۴ مرگ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت)، سکتة 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 (خسروی، ۱۳۹۴، ۱۲۶). 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 پژوهش پاسخ به سوالات زیر است :

۱. ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت سالمندان از چه الگویی برخوردار است؟
۲. نیازهای بهداشتی و درمانی سرپایی سالمندان از چه الگویی برخوردار است؟
۳. ویژگی نیازهای بهداشتی و درمانی بستری سالمندان چیست؟
۴. نیازمندی‌های بهداشتی و درمانی سرپایی و بستری سالمندان در گروه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی چگونه است؟
۵. وضعیت تأمین مالی در برخورداری از خدمات سلامت در بین سالمندان چگونه است؟

۱-۳- اهمیت و ضرورت موضوع پژوهش

همچنان که اشاره شد، افزایش طول عمر سالمندی یکی از مهمترین مسائلی است که در رابطه با سلامت سالمندان مطرح است. با این وجود، در کشور ایران افزایش طول عمر در دوران سالمندی با ناتوانی همراه بوده است. الگوی علل اصلی موثر در سال‌های از دست رفته عمر در جمعیت ۶۰ و بیشتر در ایران حکایت از آن دارد که بیماری‌های قلبی، بیماری‌های دیابت، التهاب مفاصل، بیماری‌های مزمن تنفسی از مهمترین دلایل کاهش سال‌های از دست رفته عمر در سال ۲۰۱۰ به شمار می‌رود (کوششی و همکاران، ۱۳۹۲).

در کنار مسائل و مشکلات اقتصادی و اجتماعی که سالمندان در ایران با آن مواجه هستند همچون کمبود حمایت اجتماعی و عاطفی، عدم پوشش کامل سالمندان از حمایت اقتصادی همچون مستمري بگیری و بازنشستگی، کاهش میزان درآمد و عدم توازن بین مصرف و درآمد در خانواده، نیازمندی‌های بهداشتی و درمانی سالمندان از اهمیت بالاتری برخوردار است. همچنانکه اشاره شد، در دوره سالمندی این گروه از افراد بیشتر در معرض ناتوانی جسمانی و روانی قرار داشته و به نوعی می‌توان گفت که اعمال اقدامات مداخله‌ای اعم از حمایتی و فراهم‌سازی ساختار بهداشتی درمانی در مقایسه با سایر مسائل سالمندان در اولویت قرار دارد.

از این رو شناخت ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت جسمانی و روانی و همچنین 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 مسئله سالخوردگی جمعیت مواجه خواهد شد، دو چندان می‌گردد.

۱-۴- اهداف تفصیلی طرح

اهداف این پژوهش عبارت‌اند از :

۱. شناخت ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت جسمانی و روانی سالمندان
۲. شناخت الگوی نیازهای بهداشتی و درمانی سرپایی سالمندان
۳. شناخت الگوی نیازهای بهداشتی و درمانی بستری سالمندان
۴. شناخت الگوی نیازهای سرپایی و بستری سالمندان به تفکیک متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی سالمندان
۵. شناخت وضعیت تأمین مالی برخورداری از خدمات سلامت در بین سالمندان

۱-۵- روش تحقیق

روش تحقیق این پژوهش، تحلیل ثانویه است. به منظور بررسی ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی سالمندان از اطلاعات آمارگیری هزینه و درآمد خانوار طی دوره ۱۳۸۵-۱۳۹۲، آمارگیری نیروی کار طی دوره ۱۳۸۵-۱۳۹۳، نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن طی دوره ۱۳۴۵-۱۳۹۰ و اطلاعات آمارگیری شاخص‌های چندگانه جمعیت و سلامت ۱۳۹۴ استفاده شده است. علاوه بر این 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. افزون بر این، وضعیت بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت به تفکیک ویژگی‌های خاستگاه سکونتی، جنس، سن، ترتیبات زندگی، وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل مورد مطالعه قرار گرفته است.

۱-۶- تعاریف و مفاهیم

در این بخش تعریف واژه‌ها و مفاهیم پایه‌ای که در گزارش به‌کار رفته‌اند به اختصار ارائه می‌شود.

انواع خانوارهای ساکن

در طرح‌های آمارگیری، خانوارهای ساکن در اقامتگاه‌های ثابت (اقامتگاه‌های ساخته‌شده از مصالح سخت، چادر ثابت، آلونک، کپر و ...) به سه گروه خانوار معمولی ساکن، خانوار گروهی و خانوار مؤسسه‌ای تقسیم‌بندی می‌شوند.

خانوار معمولی ساکن

خانوار معمولی ساکن، از چند نفر تشکیل می‌شود که با هم در یک اقامتگاه ثابت زندگی می‌کنند و با یکدیگر هم‌خرج هستند و معمولاً با هم غذا می‌خورند. بنابراین لازم نیست که اعضای یک خانوار حتماً با یکدیگر رابطه خویشاوندی داشته باشند. به عبارت دیگر خانوار لزوماً با خانواده یکی نیست. فردی که به تنهایی زندگی می‌کند، نیز خانوار معمولی تلقی می‌شود.

خانوار گروهی

مجموعه افرادی که تمام یا اغلب آنان به دلیل دارا بودن شرایط خاص (به‌طور عمده داشتن ویژگی مشترک) اقامتگاه مشترکی را برای سکونت خود انتخاب کرده‌اند و به‌طور مشترک، امور زندگی در آن اقامتگاه را اداره می‌کنند، خانوار گروهی نامیده می‌شوند. علیرغم آن که درخانوارهای گروهی، اغلب عضوی به نام «سرپرست خانوار» وجود ندارد در این آمارگیری همچون خانوارهای معمولی ساکن یکی از اعضای خانوار به‌عنوان سرپرست خانوار گروهی مشخص شده است.

خانوار مؤسسه‌ای

مجموعه افرادی که به دلیل داشتن هدف یا ویژگی‌های مشترک مانند تحصیل، بیماری روانی، انجام خدمت وظیفه، محکومیت و ... با هم در یک مؤسسه از قبیل خوابگاه دانشجویی، آسایشگاه روانی، سربازخانه، زندان و ... زندگی می‌کنند، یک خانوار مؤسسه‌ای به حساب می‌آیند.

زمان مرجع

منظور از زمان مرجع برای هر یک از سؤال‌های آمارگیری دوره‌ی زمانی است که اطلاعات مورد نیاز برای آن دوره گردآوری می‌شود. این زمان برای نیازها و خدمات سرپایی دو هفته قبل از بررسی و برای نیازها و خدمات بستری از پاییز سال ۱۳۹۲ تا زمان بررسی است.

خدمات سرپایی

خدمات سرپایی عبارت‌اند از خدمات بهداشتی درمانی که به‌وسیله پزشک یا سایر ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی به افرادی که در بیمارستان یا سایر تسهیلات بستری‌کننده بهداشتی درمانی پذیرش نشده‌اند، ارائه می‌شود. خدمات سرپایی شامل مراقبت‌های ارائه‌شده در مراکز بهداشتی درمانی، مطب پزشکان، پلی‌کلینیک‌ها واحدهای سرپایی، بیمارستان‌ها، بخش اورژانس بیمارستان، کلینیک‌های بهداشتی در کارخانجات صنعتی و مدارس و ... است. در تمام این مراکز واحد معمول اندازه‌گیری بهره‌مندی از خدمات بهداشتی بار مراجعه است. مراجعه را به تعابیر مختلف با توجه به مکان، ارائه‌کننده و محتوا می‌توان بیان

کرد. منظور از بار مراجعه تعداد دفعاتی است که فرد برای رفع نیاز خود بسته به مورد به مکان‌های ارائه‌ی خدمات سرپایی یا ارائه‌کنندگان آن‌ها مراجعه می‌کند.

مکان دریافت خدمت

مراکز بهداشتی درمانی قسمت سرپایی بیمارستان، اورژانس بیمارستان، پلی‌کلینیک، مطب پزشکان، مراکز بهداشتی، خانه بهداشت، منزل و ... است.

بیمارستان دولتی غیر وابسته به وزارت بهداشت

منظور بیمارستان‌های وابسته به بانک‌ها، شهرداری، شرکت نفت و ... است.

ارائه‌کننده‌ی خدمت

شامل پزشک، ماما، بهورز، دندانپزشک، داروساز و ... است.

احساس نیاز (وجود تقاضا)

نیاز با سطح بیماری یا وضعیت سلامتی فرد ارتباط دارد. در خدمات درمانی یا توانبخشی به واسطه بروز ناتوانی، معمولاً بدون نیاز به آموزش و جلب توجه فرد به ناتوانی خود، نیاز برای دریافت خدمت وجود دارد ولی در خدمات پیشگیری و غربالگری به این دلیل که بیماری یا ناتوانی ناشی از آن ممکن است هنوز ظاهر نشده باشد نیاز برای دریافت خدمت کم‌تر است.

مراقبت‌های بهداشتی

مقصود خدماتی نظیر واکسیناسیون یا مراقبت از کودک سالم یا مراقبت‌های حین بارداری است که فرد صرفاً برای اطمینان از سلامت خود و جلوگیری از ابتلا به بیماری برای دریافت خدمت مراجعه می‌کند.

معاینه

منظور بررسی معمولی است که پزشک برای هر بیمار انجام می‌دهد.

اقدام درمانی

مقصود هر اقدامی است که به قصد درمان انجام می‌شود و اقداماتی مانند فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کار درمانی، جا انداختن، گچ گرفتن، برداشتن خال، کاشتن مو، گذاشتن لنز، دیالیز، شیمی درمانی، فیزیوتراپی و... را شامل می‌شود.

اقدام تشخیصی تصویربرداری یا آزمایشگاه

مقصود خدمتی نظیر رادیولوژی، ام. آر. آی یا آزمایش است.

اقدام تشخیصی سرپایی

منظور خدمتی مانند آندوسکوپی، بیوپسی، پاپ اسمیر و نمونه‌برداری داخل مطب یا مرکز درمانی است.

خدمات مراقبتی الزامی

خدماتی نظیر آزمایشات ازدواج، استخدامی، ادواری، حج و... است

ارجاع به سطوح بالاتر

منظور ارجاع به بیمارستان یا مرکز درمانی دیگر است.

درمانگاه/ پلی کلینیک یا بیمارستان‌های غیر وابسته به وزارت بهداشت

منظور مراکز وابسته به بانک‌ها، وزارت نفت، وزارت آموزش و پرورش، دادگستری، ارتش، سپاه، نیروی انتظامی، صنایع دفاع، شهرداری و ... هستند

توانبخشی

منظور خدماتی نظیر فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی، کلینیک بازتوانی بیماران قلبی، مراکز ترک اعتیاد است.

شاغل

افراد ذیل شاغل محسوب می‌شوند:

- افراد ۱۵ ساله و بیشتری که در هفت روز گذشته حداقل یک ساعت کار کرده‌اند.
- افرادی که دارای شغلی هستند ولی در هفت روز گذشته به عللی از قبیل مرخصی، بیماری، تعطیلی موقت محل کار و... کار نکرده‌اند و پس از رفع علت به کار خود ادامه خواهند داد.
- افرادی که تحت عنوان کارآموز در هفت روز گذشته حداقل یک ساعت به کار اشتغال داشته‌اند، در صورتی که به صورت نقدی یا غیرنقدی مزد دریافت می‌کنند یا فعالیت آنان در ارتباط با تولید کالا و خدمت یا مقدمه برای اشتغال باشد (اعم از اینکه مزدی دریافت نکنند) به عنوان شاغل تلقی می‌شوند.
- کارآموزانی که به دلیل گذراندن واحد تحصیلی خود، کارآموزی می‌کنند شاغل محسوب نمی‌شوند.
- افرادی که دارای شغلی هستند ولی در هفت روز گذشته به اقتضای فصل و ماهیت فصلی کار خود، حداقل یک ساعت کار نکرده‌اند (بیکاران فصلی)، مشروط بر آن که در جستجوی کار دیگری هم نباشند.
- افرادی که به انجام خدمت وظیفه عمومی مشغول هستند.
- محصلان و دانشجویانی که از کمک هزینه تحصیلی دولتی استفاده می‌کنند و در قبال آن تعهد خدمت دارند و مدت تحصیل آنان جزء سابقه خدمتشان به حساب خواهد آمد.
- افرادی که بدون دریافت مزد، در کسب و کاری از اعضای خانوار که با وی نسبت خویشاوندی دارند کار می‌کنند (کارکنان فامیلی بدون مزد) شاغل محسوب می‌شوند.
- افرادی که خدمت در بسیج، شغل آنان محسوب می‌شود و از این بابت مزد و حقوق دریافت می‌کنند.
- افرادی که در حال ساختن، بازسازی یا تعمیر اساسی منزل خود هستند.
- افرادی که برای تولید کالاهای بادوام به فعالیت‌هایی نظیر قالی‌بافی، گلیم‌بافی، حصیربافی، خیاطی و ... برای مصرف خود یا خانوار خود مشغول هستند.
- افرادی که به منظور کسب درآمد یا سود در محل سکونت، کارهای خدماتی یا تولیدی نظیر قالی‌بافی، خیاطی، آرایشگری، تایپ، تدریس خصوصی، تعمیر وسایل برقی، نگهداری از کودک یا فرد سالخورده و... انجام می‌دهند.

بیکار (جویای کار)

- به تمام افراد ۱۰ ساله و بیشتری که سه شرط زیر را داشته باشند، بیکار گفته می‌شود:
- در هفت روز گذشته، فاقد کار باشند و حداقل یک ساعت نیز کار نکرده‌اند.

- در سی روز گذشته، اقدامات مشخصی مانند ثبت نام یا پیگیری در مؤسسات کاریابی، پرس و جو از دوستان و آشنایان، جستجوی منابع مالی و امکانات برای شروع فعالیت خوداشتغالی، تقاضای جواز کسب یا پروانه کار، مطالعه آگهی های استخدام، درج آگهی در روزنامه ها و ... برای پیدا کردن کار انجام داده باشند.
- آماده به کار باشند، یعنی طی یک دوره ۱۵ روزه، شامل ۷ روز گذشته و ۷ روز آینده آمادگی شروع کار را داشته باشند.
- استثنائاً افرادی که به دو دلیل زیر، در ۳۰ روز گذشته در جستجوی کار نبوده ولی آمادگی شروع کار را دارند، بیکار تلقی می شوند:
- افرادی که کاری را برای خود یا به عنوان مزد و حقوق بگیر در آینده آغاز خواهند نمود.
- افرادی که معلق از کار شده و پیوند رسمی شغلی ندارند ولی با این حال انتظار دارند به کار خود بازگردند.

افراد دارای درآمد بدون کار

به افرادی که شاغل یا بیکار جویای کار نبوده و درآمدهای مستمر یا غیر مستمر مانند حقوق بازنشستگی، حقوق وظیفه، درآمد از املاک و مستغلات، سود سهام و دریافتی های انتقالی دارند، افراد دارای درآمد بدون کار گفته می شود.

محصل

در این آمارگیری به افراد ۱۰ ساله و بیش تری که شاغل، بیکار جویای کار و دارای درآمد بدون کار محسوب نمی شوند و در هفت روز گذشته در حال تحصیل بوده اند، محصل گفته می شود.

خانه دار

در این آمارگیری به افرادی که شاغل، بیکار جویای کار، دارای درآمد بدون کار و محصل به حساب نمی آیند و بنابر اظهار پاسخگو، در هفت روز گذشته به خانه داری مشغول بوده اند، خانه دار گفته می شود. در این پژوهش سالمندان در دو گروه شاغل و غیر شاغل طبقه بندی شده اند. سالمندان غیر شاغل شامل سالمندان دارای درآمد بدون کار، محصل، خانه دار، بیکار بوده است.

دارای همسر

به زنان یا مردانی که عقد کرده اند، دارای همسر گفته می شود. زن یا مردی که نامزد شده اما هنوز عقد نکرده است، دارای همسر محسوب نمی شوند.

بی همسر بر اثر فوت همسر

به کسانی که همسرشان فوت کرده است و تا روز آمارگیری مجدداً ازدواج نکرده اند، بی همسر بر اثر فوت همسر گفته می شود.

بی‌همسر بر اثر طلاق

به کسانی که از همسر خود بر اثر طلاق جدا شده و تا روز آمارگیری مجدداً ازدواج نکرده‌اند، بی‌همسر بر اثر طلاق گفته می‌شود.

هرگز ازدواج نکرده

به کسانی که تا روز آمارگیری هرگز ازدواج نکرده‌اند، هرگز ازدواج نکرده گفته می‌شود. در این پژوهش، سالمندان در دو طبقه دارای همسر و بدون همسر طبقه‌بندی شده‌اند. سالمندان بدون همسر شامل سالمندان هرگز ازدواج نکرده، بی‌همسر بر اثر طلاق و بی‌همسر بر اثر فوت را شامل می‌شود.

معلولیت

در سرشماری‌ها فقط برخی از انواع خاص معلولیت که تعاریف آن در زیر می‌آید بررسی شده‌اند: نابینا: نابینا به کسی اطلاق می‌شود که به طور کلی دید هر دو چشم خود را از دست داده است، به طوری که حتی با استفاده از وسایل کمکی مانند عینک قادر به دیدن نیست، یا این که دید وی به حدی است که فقط می‌تواند وجود نور را در محیط درک کند ولی قادر به تشخیص حرکت اجسام در فاصله ی بیش از یک متری خود نیست. ناشنوا: ناشنوا کسی است که حتی با استفاده از وسایل کمک شنوایی نظیر سمعک، قادر به شنیدن صدا نیست. در واقع فرد ناشنوا در برابر صدای بسیار بلند مانند فریاد هم واکنشی نشان نمی‌دهد. اختلال در گفتار و صدا: منظور از اختلال در گفتار و صدا هر نوع ناتوانی در صحبت کردن یا ناتوانی در تولید صدا به وسیله ی حنجره به شکل طبیعی و معمول است. مصادیق اختلال در گفتار و صدا به شرح زیر است:

- افرادی که به کلی قادر به صحبت کردن نیستند (افراد لال)
- افرادی که گفتار آن‌ها منقطع و نامنظم است (افراد دچار لکنت زبان)
- افرادی که به دلیل نقص حنجره، بیماری یا هر دلیل دیگر، قادر به تولید صدای طبیعی از حنجره نیستند یا صدای آن‌ها هنگام صحبت کردن قطع و وصل می‌شود یا صدای آن‌ها نسبت به صدای معمولی کاملاً متفاوت است، مثل مردانی که به دلیل جراحی حنجره، صدای آن‌ها نازک شده است.
- افرادی که به دلیل مشکلات ذهنی، تکلم آن‌ها سلیس و روان نیست.
- قطع دست:** فقدان انگشت شست یا چهار انگشت دیگر با هم یا قطع دست در هر نقطه از شانه به پایین در هر یک از دو دست، قطع دست محسوب می‌شود.
- نقص دست:** منظور از نقص دست، عدم کارایی یا تغییر شکل دست، ساعد، آرنج، بازو یا شانه در هر یک از دو دست است. مصادیق نقص دست به شرح ذیل است:
- فلج دست
- فقدان انگشت اشاره (توجه کنید قطع سایر انگشتان بجز انگشت شست و انگشت اشاره، جزء موارد نقص دست یا قطع دست محسوب نمی‌شود).
- هر نوع شکل غیر طبیعی دست مانند لاغری یا کوتاهی دست نسبت به وضعیت طبیعی آن و ...

- هر نوع عدم کارایی دست و ناتوانی در به دست گرفتن اشیا.

قطع پا: منظور از قطع پا، فقدان پنجه، ساق، زانو و ران در هر يك از دو پا است. به عبارت دیگر هر نوع قطع پا از لگن به پایین در هر نقطه و در هر يك از دو پا، قطع پا محسوب می شود.

نقص پا: منظور از نقص پا، عدم کارایی یا تغییر شکل پنجه ی پا، ساق پا، زانو، ران یا لگن در هر يك از دو پا است. فلج پا، هر نوع شکل غیرطبیعی پا مانند کوتا هتر بودن يك پا نسبت به پای دیگر، لاغری غیرطبیعی پا و هر نوع عدم کارایی پا مانند عدم تعادل در راه رفتن (لنگیدن) از مصادیق نقص پا است.

نقص تنه: منظور از تنه قسمتی از بدن، شامل گردن، پشت و کمر است و منظور از نقص تنه، هر نوع تغییر شکل یا عدم کارایی در ساختار اسکلتی و عضلانی تنه است. مصادیق نقص تنه عبارت است از:

- فلج تنه، به این معنی که شخص به دلیل فلج کلی تنه قادر به تغییر وضعیت تنه (مثلاً نشسته یا نشسته به ایستاده) نباشد.
- هر نوع تغییر شکل یا عدم کارایی ستون مهره‌ها، مانند انحراف ستون مهره‌ها به طرفین یا به جلو (قوزی).
- افتادگی تنه، به این معنا که فرد قادر نیست تنه ی خود را راست نگه دارد. در زمینه ی معلولیت های مربوط به نقص دست، نقص پا و نقص تنه به موارد زیر توجه کنید:
- افراد دچار ضایعه‌ی نخاعی، با توجه به سطح ضایعه برحسب مورد، دارای يك یا چند مورد از معلولیت های نقص دست، نقص پا و نقص تنه هستند.
- افراد دچار ضایعه نخاعی کمری معمولاً دارای معلولیت‌های فلج دست، فلج پا و فلج تنه هستند.

اختلال ذهنی: فرد دارای اختلال ذهنی به فردی گفته می شود که بهره‌ی هوشی او کمتر از حد طبیعی است به نحوی که دچار کم توانی و عقب ماندگی ذهنی باشد. این افراد نسبت به همسالان خود در یادگیری ضعیف‌ترند و برای انجام امور شخصی و روزمره‌ی خود، نیازمند و وابسته به دیگران هستند.

شاخص سالخوردگی

این شاخص نشان می‌دهد چند درصد جمعیت کشور را سالمندان تشکیل داده‌اند و از نسبت تعداد سالمندان ۶۵ ساله و بیشتر به جمعیت زیر ۱۴ سال ضرب در ۱۰۰ به دست می‌آید.

نسبت جنسی سالمندی

این شاخص نشان‌گر توزیع جمعیت زنان سالمند نسبت به مردان سالمند است.

ترتیبات زندگی

به ترکیب جمعیت و ارتباط بین اعضای یک خانوار اشاره دارد. این متغیر از طریق بستگی فرد با سرپرست خانوار تعریف می‌گردد. در این پژوهش، ترتیبات زندگی خانوار سالمند در ۳ طبقه کلی طبقه‌بندی شده است:

- سالمند خویش‌سرپرست: سالمندی که به تنهایی زندگی می‌کند.
- خانواده زن و شوهری: شامل خانواده‌هایی است که در آن‌ها سالمندان به صورت زن و شوهری زندگی می‌کنند و خانوار/خانواده از ۲ نفر تشکیل شده است.
- سایر: الگوی ترتیبات زندگی سایر خانوارها است که شامل خانوار/خانواده هسته‌ای با فرزند ازدواج نکرده، خانوار/خانواده گسترده مرکب از خانوار/خانواده هسته‌ای، اقوام و خویشاوندان و سایر افراد است. به عبارت دیگر در این الگو خانوار از بیش از دو نفر تشکیل شده است و سالمند به همراه خانوار/خانواده گسترده یا خانوار/خانواده هسته‌ای با فرزند ازدواج نکرده زندگی می‌کند.

امید زندگی سالمندی

به تعداد سال‌های مورد انتظاری که یک فرد با ورود به سن ۶۰ سالگی عمر می‌کند و با استفاده از فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$e_{60} = \frac{T_{60}}{I_{60}}$$

T_{60} : مجموع سال‌های زندگی نسل را پس از ورود به سن ۶۰ سالگی نشان می‌دهد.

I_{60} : تعداد بازمانده نسل در سن ۶۰ سالگی

پنجک اقتصادی

پنجک به مجموعه‌هایی با تعداد واحدهای برابر اطلاق می‌گردد که هر یک ۲۰ درصد واحدهای کل جامعه مرتب شده را در بر دارد. پنجک اقتصادی، طبقه‌بندی است که بر اساس آن پنجک اول ۲۰ درصد از ضعیف‌ترین خانوارهای جامعه از نظر اقتصادی را در بردارد و به عکس پنجک پنجم ۲۰ درصد از قوی‌ترین خانوارهای جامعه از نظر اقتصادی را در بردارد. ملاک طبقه‌بندی سطح اقتصادی خانوارها بر نتایج رتبه‌بندی خانوارهای سرشمای سال ۱۳۹۰ توسط زاهدیان و همکاران (۱۳۹۲) استوار است که درآمد مورد انتظار خانوارهای کشور را با برازش یک مدل رگرسیونی و استفاده از آزمون تقریب وسع برآورد و خانوارهای کشور را براساس این متغیر رتبه‌بندی کرده‌اند. متغیرهای زیر برای برآورد درآمد و رتبه‌بندی خانوارها انتخاب شده‌اند:

- سن سرپرست خانوار
- تعداد افراد باسواد در خانوار
- تعداد محصلین خانوار
- سرانه سطح زیربنای محل سکونت خانوار
- در اختیار داشتن موتورسیکلت
- در اختیار داشتن رایانه
- استفاده از اینترنت
- وجود آشپزخانه در واحد مسکونی

- تعداد شاغلین خانوار
- شهری یا روستایی بودن محل سکونت
- مدرک تحصیلی سرپرست خانوار
- وضع زناشویی سرپرست خانوار
- وضع شغلی سرپرست خانوار
- در اختیار داشتن اتومبیل شخصی
- وجود تلفن در واحد مسکونی
- وجود دستگاه حرارت مرکزی یا پکیج در واحد مسکونی
- عمده‌ترین سوخت مصرفی خانوار برای پخت و پز
- عمده‌ترین سوخت مصرفی خانوار برای ایجاد گرما
- نحوه تصرف محل سکونت

ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت سالمندان

۲-۱- مقدمه

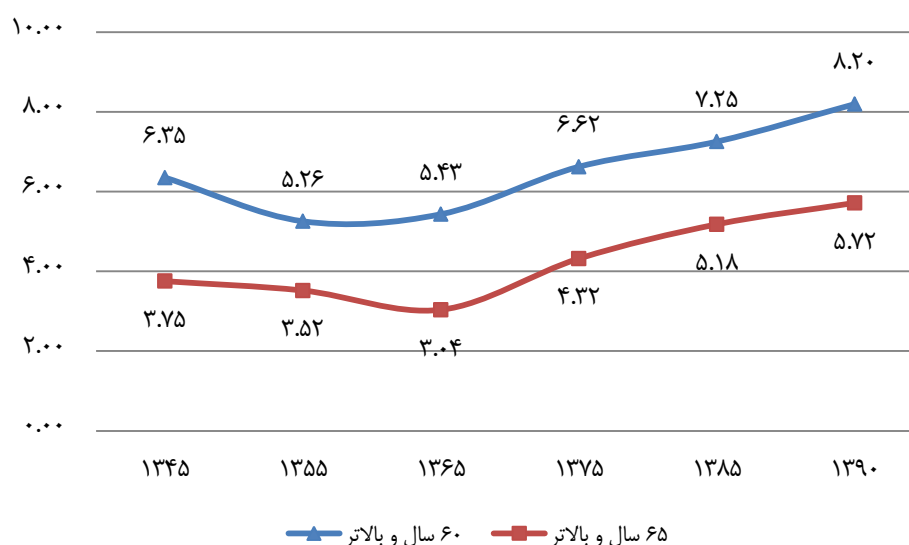
سالمندی در ادبیات جمعیت‌شناختی در قالب دو بحث اساسی مطرح شده است؛ سالمندی فردی و سالمندی جمعیت. افزایش امید زندگی و تجربه طول عمر بیشتر در بین جمعیت بالای ۶۵ سال سبب شده است که جمعیت سالمند به طور قابل توجهی افزایش یابد. در رابطه با سالمندی جمعیت بایستی به افزایش سهم جمعیت سالمند در یک جمعیت اشاره داشت. شاید بتوان گفت که مهمترین عامل در بروز سالمندی جمعیت، انتقال باروری است. به عبارت دیگر، میزان کل باروری در بستر نظریه انتقال باروری پس از مرحله افزایش قابل توجه، کاهش قابل توجهی داشته و تا سطح جانشینی تنزل می‌یابد. در بستر گذار ساختار جمعیتی، تراکم نسل بیش‌زایی مولید در یک گروه سنی سبب افزایش سهم آن گروه سنی از کل جمعیت می‌شود. با انتقال جمعیت نسل بیش‌زایی مولید به سنین سالمندی (۶۵ یا ۶۰ ساله و بالاتر) سهم این گروه از جمعیت به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد که تحت عنوان سالمندی جمعیت مطرح است. اگرچه در بروز سالمندی جمعیت، سایر عوامل ایجادکننده پویایی جمعیت موثر است ولیکن تحولات باروری از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. در این فصل به مطالعه ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت روانی و جسمانی پرداخته شده است.

۲-۲- سیمای جمعیت سالمند در ایران

در این بخش وضعیت سالمندان کشور از منظر اجتماعی، جمعیتی، اقتصادی و سلامت روانی و جسمانی مورد بررسی قرار گرفته است.

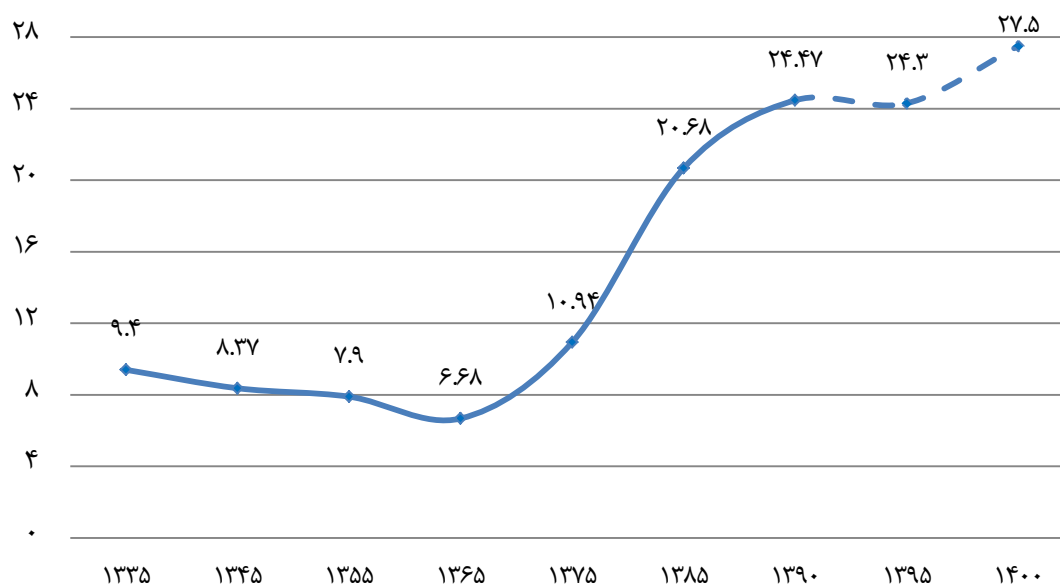
۲-۲-۱- تحولات جمعیت سالمند

نمودار ۱-۲، روند تغییرات سهم و تعداد جمعیت ۶۵ سال و بالاتر را طی دوره ۱۳۹۰-۱۳۳۵ نشان می‌دهد. با در نظر گرفتن سن سالمندی از ۶۵ سال یا ۶۰ سال، نتایج حاکی از افزایش سهم سالمندان در طول دوره مورد نظر بوده است. تعداد جمعیت ۶۰ سال و بالاتر از حدود ۱/۶۵ میلیون نفر در سال ۱۳۳۵ به ۶/۱۵ میلیون نفر در سال ۱۳۹۰ افزایش یافته است. در همین دوره تعداد جمعیت ۶۵ سال و بالاتر از ۹۶۵ هزار نفر به ۴/۳ میلیون نفر افزایش یافته است. پیش‌بینی‌ها حکایت از این دارد که سهم جمعیت ۶۵ سال و بالاتر در سال ۱۴۲۰ به حدود ۱۳/۵ درصد افزایش خواهد یافت (عباسی و همکاران، ۱۳۹۲). بر اساس پیش‌بینی‌های سازمان ملل نیز سهم جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر کشور ایران در سال ۱۴۳۰ به حدود ۳۱ درصد افزایش می‌یابد (سازمان ملل متحد، ۲۰۱۵).



شکل ۱-۲: روند تغییرات سهم جمعیت سالمند طی دوره ۱۳۹۰-۱۳۳۵

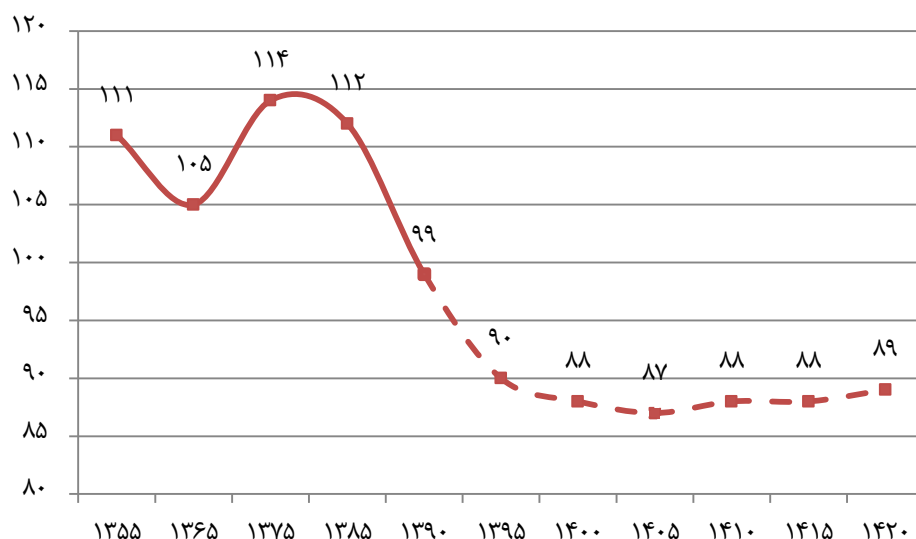
یکی از مهم‌ترین شاخص‌های جمعیتی در رابطه با تغییرات اندازه جمعیت سالمند، شاخص سالخوردگی جمعیت است. این شاخص نشان‌دهنده نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر بر جمعیت زیر ۱۴ سال است. این شاخص می‌تواند نمایی برای نشان دادن سرعت افزایش جمعیت سالمند به ازای جمعیت ۱۴-۰ سال یا جمعیت کودک و نوجوان باشد. روند تغییرات این شاخص از سال ۱۳۳۵ تا سال ۱۳۹۰ که در شکل ۲-۲ آمده است، نشان از افزایش آن دارد. به طوری که مقدار این شاخص از ۹/۴ در سال ۱۳۳۵ به ۲۴/۵ درصد در سال ۱۳۹۰ افزایش یافته است.



شکل ۲-۲: روند تغییرات شاخص سالخوردگی جمعیت طی دوره ۱۳۳۵-۱۴۰۰

پیش‌بینی روند شاخص سالخوردگی جمعیت (عباسی و همکاران، ۱۳۹۲) حاکی از است که در سال ۱۴۰۰ این رقم به ۲۷/۵ درصد افزایش یابد. بررسی تفاوت‌های شهری و روستایی در زمینه شاخص سالخوردگی جمعیت نشان از بالا بودن نسبت سالمندان به جمعیت ۱۴-۰ سال در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری دارد. به عبارتی، مناطق روستایی ساختار جمعیتی سالمندتری نسبت به مناطق شهری دارد. مقدار این شاخص در مناطق شهری از ۸/۷ درصد در سال ۱۳۳۵ به ۲۵/۱ درصد افزایش یافته است. در همین دوره مقدار متناظر این شاخص در مناطق روستایی از ۹/۷ به ۲۹/۶ افزایش داشته است.

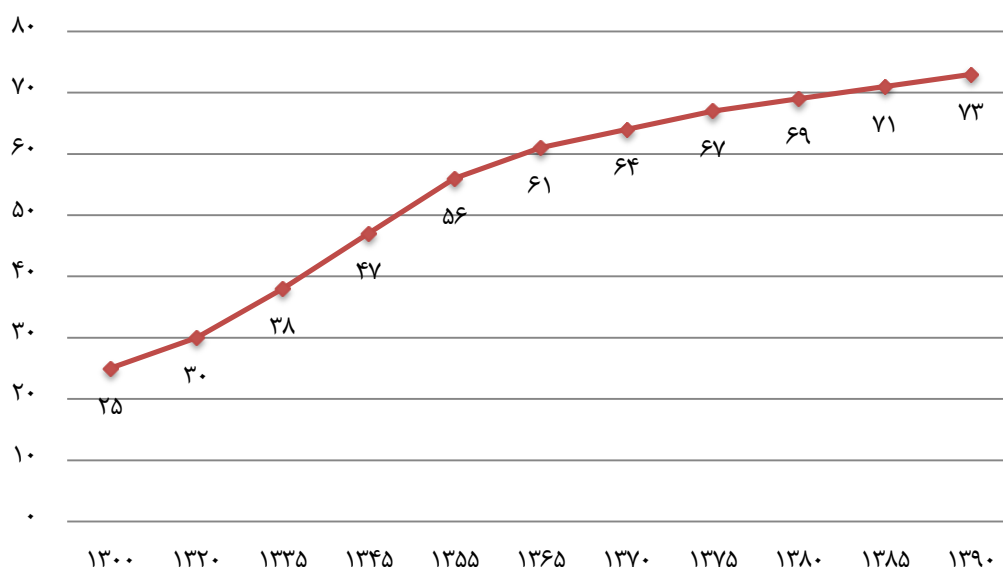
یکی از مهمترین شاخص‌های جمعیتی که به ترکیب جنسی جمعیت سالمند توجه دارد، شاخص نسبت جنسی سالمندی است. این شاخص نشان‌گر توزیع جمعیت زنان سالمند نسبت به مردان سالمند است. روند تغییرات این شاخص در ایران نشان از روندی غیرخطی دارد. مقدار این شاخص نشان می‌دهد که در سال ۱۳۵۵ به ازای ۱۰۰ زن سالمند (۶۵ سال و بالاتر) ۱۱۱ مرد سالمند در جمعیت کشور وجود داشته است. با یک روند نوسانی، مقدار این شاخص در سال ۱۳۹۰ به ۹۹/۴ رسیده که مبین این است که به ازای ۱۰۰ زن سالمند حدود ۹۹ مرد سالمند در کشور بوده است. می‌توان گفت که نشانه‌هایی از زنانه شدن سالمندی در کشور ایران در حال بروز است؛ الگویی که در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته به وقوع پیوسته است. کاهش مرگ و میر مادران، تغییر در الگوی باروری، سبک زندگی سلامت‌محور زنان از عواملی است که می‌تواند در برتری تعداد زنان نسبت به مردان در سنین سالمندی مورد توجه واقع شود. نتایج تحقیقات مختلف در ایران شاهی بر این ادعا است.



شکل ۲-۳: روند تغییرات شاخص نسبت جنسی سالخوردگی (۶۵ سال و بالاتر) طی دوره ۱۳۵۵-۱۴۲۰

۲-۲-۲- امید زندگی سالمندی

همچنان که اشاره شد، ارتقاء سطح امید زندگی در کشور طی دوره‌های اخیر خود یکی از دلایل افزایش تعداد جمعیت سالمند بوده است. جمعیت ایران در سال ۱۳۰۰ به طور متوسط ۲۵ سال طول عمر داشته‌اند که در سال ۱۳۹۰ به حدود ۷۳ سال افزایش یافته است. این مهم در شکل ۲-۴ به وضوح قابل مشاهده است.

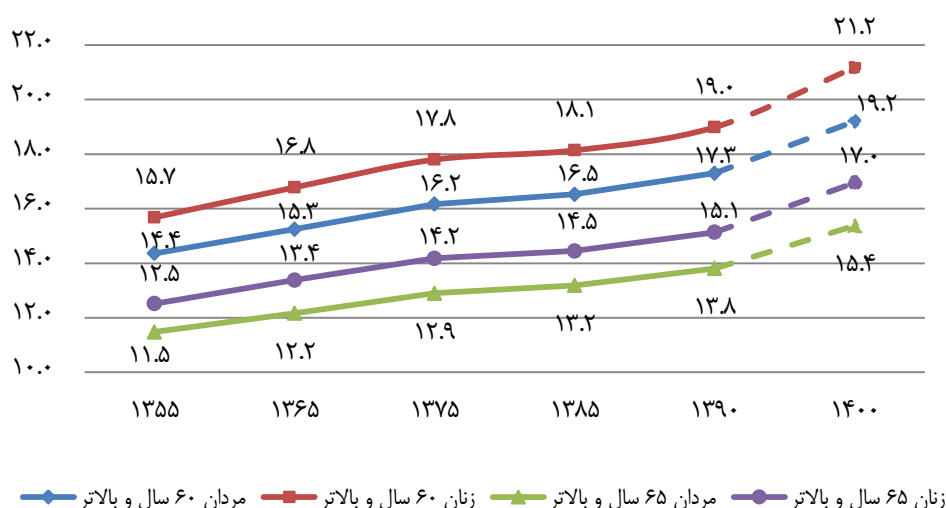


شکل ۲-۴: روند تغییرات امید زندگی بدو تولد طی دوره ۱۳۰۰-۱۳۹۰

منبع: سرایی ۱۳۷۶، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد ۲۰۰۰؛ عباسی و همکاران ۲۰۰۵؛ گزیده نتایج سرشماری ۱۳۹۰

توأم با افزایش امید زندگی بدو تولد، امید زندگی سالمندان نیز افزایش قابل توجهی داشته است. همچنان که در شکل ۲-۴ مشاهده می‌گردد، در سال ۱۳۵۵ انتظار می‌رفت که زنان در سن ۶۵ سالگی ۱۲/۵ سال عمر

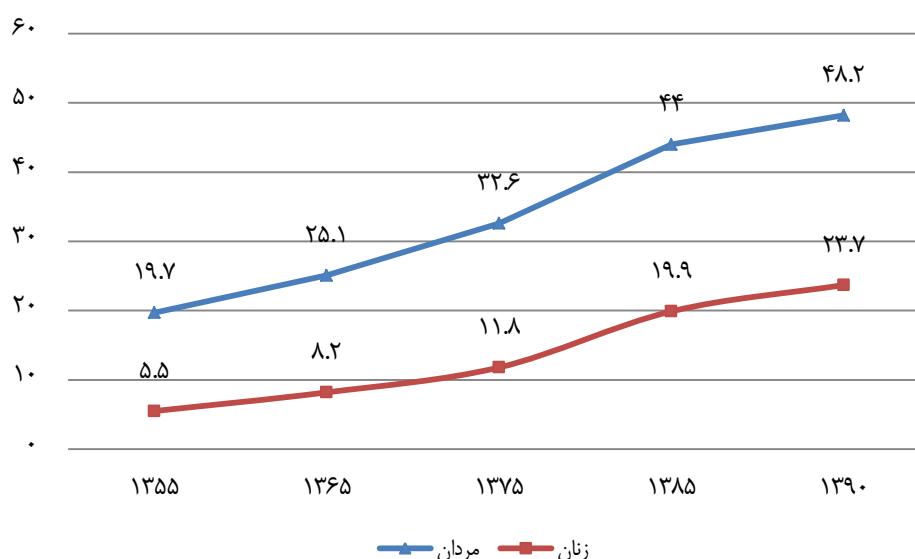
کنند که این مقدار تا سال ۱۳۹۰ به ۱۵/۱ سال افزایش یافته است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۰۰ به ۱۷ سال افزایش یابد. در بین مردان نیز امید زندگی در ۶۵ سالگی از ۱۱/۵ سال به ۱۳/۸ سال طی دوره مذکور افزایش یافته است. و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۰۰ به ۱۵/۴ سال افزایش یابد (نوراللهی و دیگران، ۱۳۹۲). روند تغییرات امید زندگی سالمندی بر مبنای سال ورود ۶۰ سالگی نیز در شکل ۲-۵ آمده است.



شکل ۲-۵: روند تغییرات امید زندگی در ۶۰ و ۶۵ سالگی به تفکیک جنس

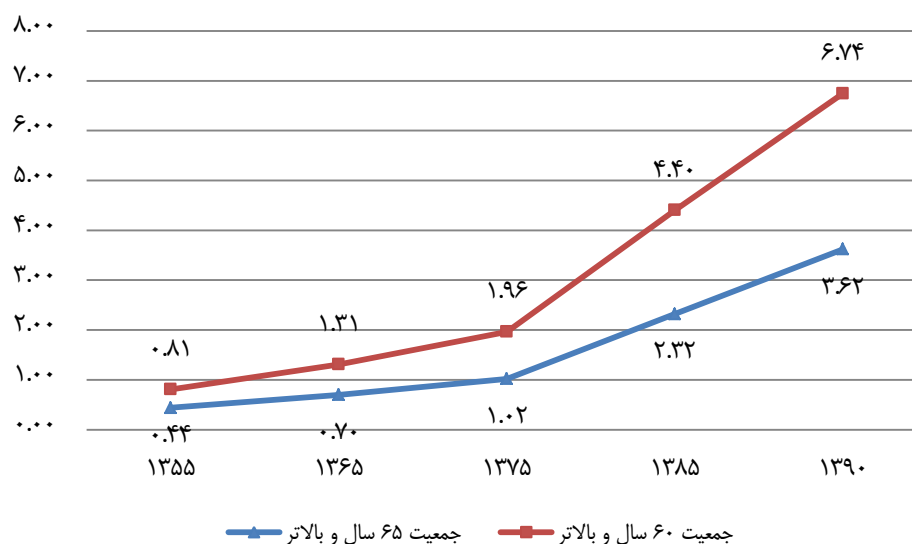
۲-۲-۳- وضع سواد و تحصیلات

اگرچه میزان باسوادی سالمندان در سال‌های اخیر افزایش قابل توجهی داشته است ولی بایستی اذعان داشت که همچنان بخش قابل توجهی از سالمندان بی‌سواد هستند. یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های وضع سواد سالمندان تفاوت جنسی در میزان باسوادی است. در ابتدای دوره مورد مطالعه تفاوت زنان و مردان سالمند از نظر میزان باسوادی در مقایسه با سال ۱۳۹۰ پایین‌تر بوده است که با گذشت زمان بر تفاوت زنان و مردان افزوده شده است. به عبارت دیگر، با وجود افزایش سطح تحصیلات زنان در طول زمان، آهنگ رشد سطح تحصیلات مردان بیش از زنان بوده است.



شکل ۲-۶: روند تغییرات میزان باسوادی سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) به تفکیک جنس

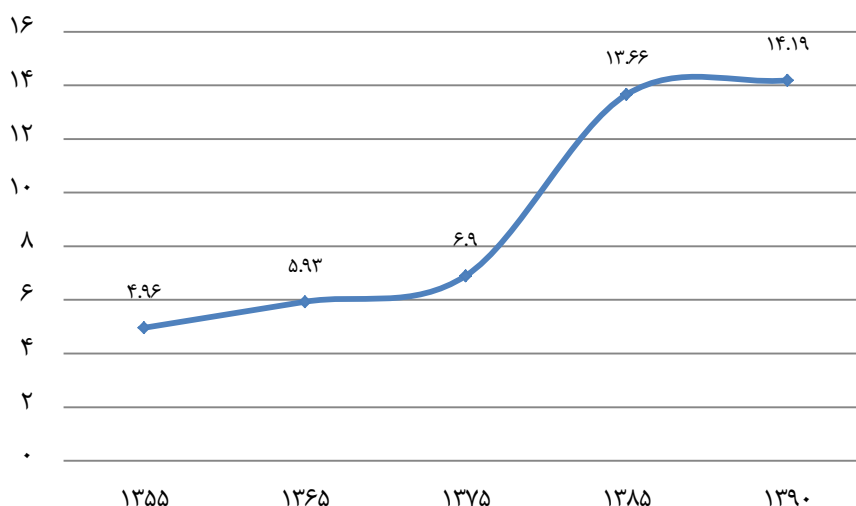
به نظر می‌رسد که یکی از مهم‌ترین دلایل در افزایش میزان باسوادی سالمندان در سال‌های اخیر به دلیل جانشینی نسل‌های جدیدتر و باسوادتر به سالمندی باشد. این امر در سهم سالمندان از فارغ‌التحصیلان آموزش عالی که در شکل ۲-۷ آمده به وضوح قابل مشاهده است. سهم سالمندان از فارغ‌التحصیلان آموزش عالی از زیر ۱ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۶/۷۴ درصد و ۳/۶۳ درصد به ترتیب در بین جمعیت ۶۰ سال و بالاتر و ۶۵ سال و بالاتر در سال ۱۳۹۰ ارتقاء یافته است. این امر به خوبی نشان از ارتقاء سطح سرمایه فرهنگی سالمندان در سال‌های اخیر دارد.



شکل ۲-۷: روند تغییرات سهم سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) از فارغ‌التحصیلان آموزش عالی

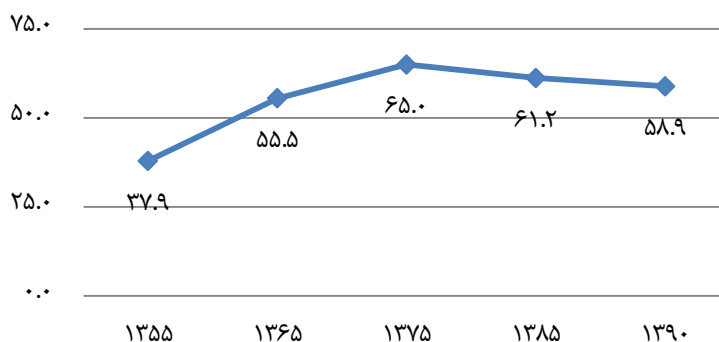
۲-۲-۴- ترتیبات زندگی سالمندان

یکی از مهمترین مسائلی که در ارتباط با حمایت اجتماعی از سالمندان مطرح می‌گردد، ترتیبات زندگی سالمندان و الگوی هم‌زیستی سالمندان در جامعه است. نتایج سرشماری نشان می‌دهد که سهم خانوارهای سالمندسریست (۶۵ سال و بالاتر) در طی سال‌های اخیر افزایش قابل توجهی داشته است. به طوری که از حدود ۵ درصد در سال ۱۳۵۵ به حدود ۱۴/۲ درصد در سال ۱۳۹۰ افزایش یافته است.



شکل ۲-۸: روند تغییرات سهم خانوارهای سالمند سریست نسبت به کل خانوارها

شاید بتوان گفت مهمترین الگوی ترتیبات زندگی خانوار در سالمندان که نیازمند توجه است، خویش‌سریستی یا زندگی تک‌نفره سالمندان است. نتایج حکایت از آن دارد که خانوارهای خویش‌سریست سالمند بخش قابل توجهی از خانوارهای خویش‌سریست را تشکیل می‌دهند. این امر در کل دوره مورد مطالعه به وضوح قابل مشاهده است. همچنان که در شکل ۲-۹ قابل توجه است، سهم خانوارهای خویش‌سریست سالمند از ۳۷/۹ درصد در سال ۱۳۵۵ به حدود ۵۹ درصد در سال ۱۳۹۰ افزایش یافته است. بنابراین سالمندی مهمترین ویژگی سنی خانوارهای خویش‌سریست یا تک‌نفره است.

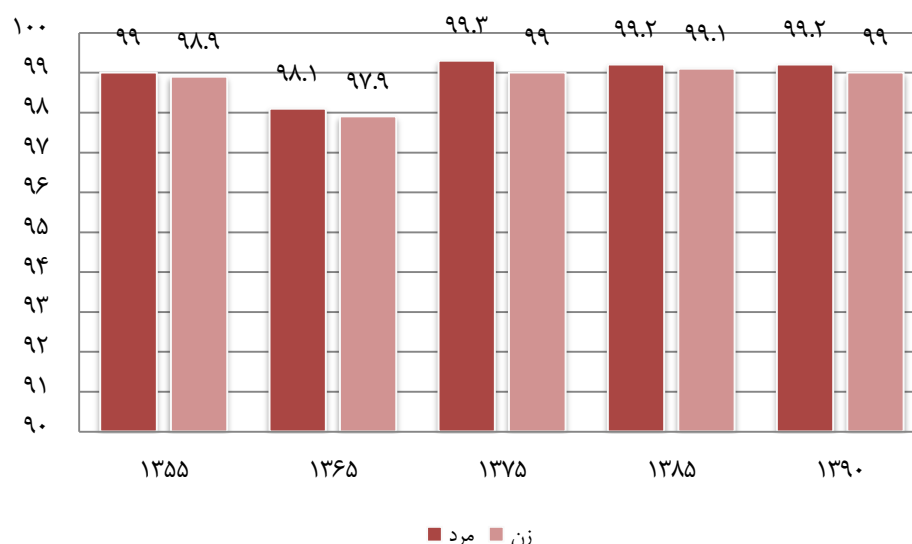


شکل ۲-۹: روند تغییرات سهم خانوارهای خویش‌سریست سالمند (۶۰ سال و بالاتر)

همچنین نتایج نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از سالمندان به همراه خانواده خود زندگی می‌کنند ولی درصد این گروه از سالمندان در حال کاهش بوده است. به عبارتی، حدود ۸۸ درصد سالمندان در سال ۱۳۷۵ به همراه خانواده زندگی می‌کرده‌اند که این مقدار در سال ۱۳۹۰ به ۸۱ درصد کاهش یافته است. بنابراین می‌توان گفت که درصد سالمندانی که به تنهایی زندگی می‌کنند در طول زمان افزایش یافته و نیازمند سیاست‌گذاری در راستای تقویت حمایت اجتماعی از سالمندان است (کازمی‌پور و دیگران، ۱۳۹۵).

۲-۲-۵- وضع زناشویی سالمندان

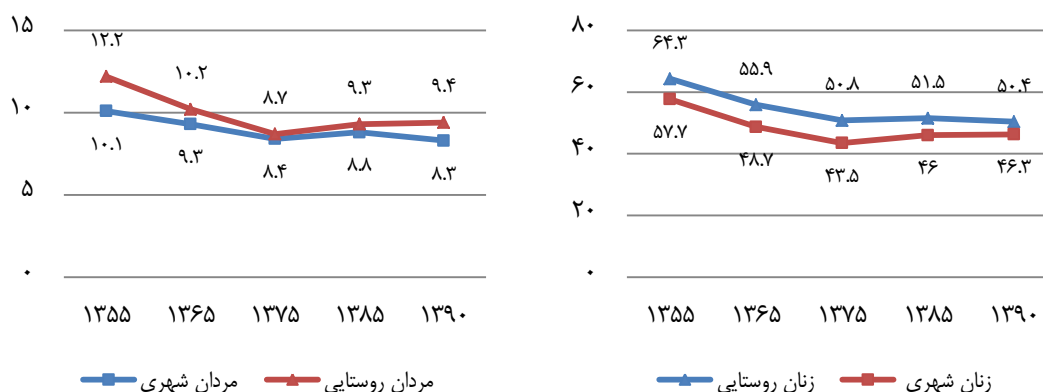
شکل ۲-۱۰، نشان می‌دهد که در طول دوره مورد مطالعه (۱۳۵۵-۱۳۹۰) اکثریت سالمندان حداقل یک‌بار ازدواج کرده‌اند. این امر در بین زنان و مردان تقریباً یکنواخت بوده و تفاوت قابل توجهی بین دو جنس به چشم نمی‌خورد.



شکل ۲-۱۰: روند تغییرات درصد سالمندان حداقل یک‌بار ازدواج کرده به تفکیک جنس (۶۰ سال و بالاتر)

درصد سالمندان دارای همسر و تفاوت‌های جنسی سالمندان دارای همسر یکی از مهمترین ویژگی‌های زناشویی است که در مطالعات سالمندی مورد توجه قرار می‌گیرد. شکل ۲-۱۱ درصد سالمندان دارای همسر از کل سالمندان را طی دوره ۱۳۵۵-۱۳۹۰ نشان می‌دهد. زنان سالمند با درصد بسیار بالایی در مقایسه با مردان سالمند با همسر خود زندگی نمی‌کنند.

اگرچه درصد بسیار بالایی از سالمندان زن و مرد حداقل یک‌بار ازدواج کرده‌اند (۹۹ درصد در سال ۱۳۹۰)، اما درصد زنان سالمند دارای همسر در مقایسه با مردان سالمند، همچنان‌که اشاره شد، در سطح بسیار پایینی قرار دارد. به نظر می‌رسد فراهم بودن زمینه‌های ازدواج مجدد مردان در مقایسه با زنان در وجود این تفاوت تأثیر قابل ملاحظه‌ای داشته باشد.

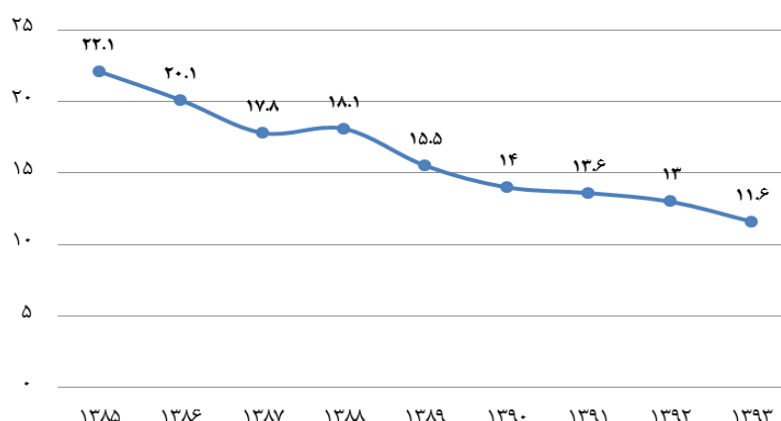


شکل ۲-۱۱: روند تحولات سهم سالمندان بدون همسر از کل سالمندان به تفکیک شهری و روستایی و جنس

۲-۲-۶- اشتغال و فعالیت سالمندان

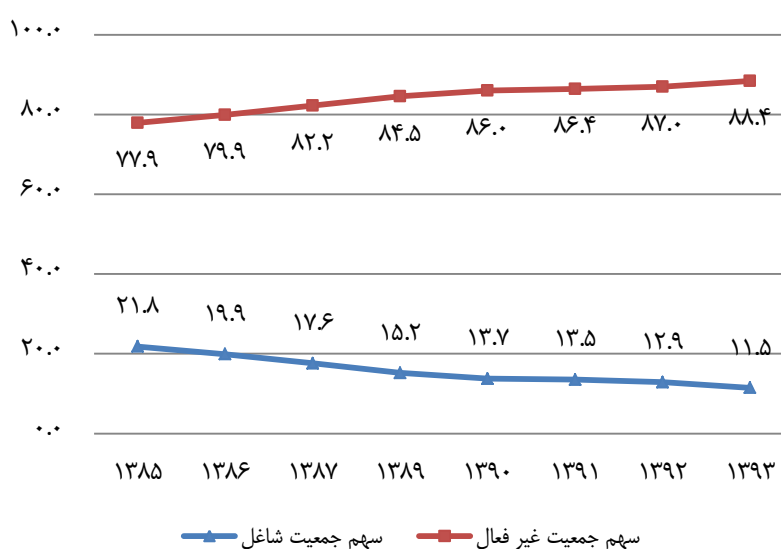
شاید یکی از مهمترین شاخص‌هایی که به خوبی نمودی از وضع فعالیت و اشتغال سالمندی است، نرخ مشارکت اقتصادی سالمندان است. روند تغییرات نرخ مشارکت اقتصادی سالمندان در جهان نشان از کاهش قابل ملاحظه آن دارد. کاهش میزان مشارکت اقتصادی سالمندان در بین مردان و زنان از شتاب متفاوتی برخوردار بوده است. به عبارتی، زنان سالمند که میزان مشارکت پایین‌تری نسبت به مردان سالمند داشته‌اند در طول زمان کاهشی بسیار بطئی و یکنواخت داشته‌اند. این در حالی است که مردان سالمند کاهش قابل توجهی در نرخ مشارکت اقتصادی را تجربه نموده و از حدود ۵۵ درصد به ۳۰ درصد کاهش یافته است. میزان مشارکت اقتصادی در مناطق مختلف جهان اگرچه طی دوره زمانی ۱۹۵۰-۲۰۰۰ میلادی کاهشی بوده ولی پراکندگی مقادیر این شاخص از الگوی متفاوتی برخوردار بوده است. به طوری که در کشورهای اروپای و آمریکای شمالی در مقایسه با کشورهای آسیایی و آفریقا در سطح بسیار پایین‌تری قرار دارد. بنابراین شاید بتوان بر ارتباط بین سطح توسعه‌یافتگی کشورها و نرخ مشارکت اقتصادی سالمندان تأکید کرد. به عبارتی، میزان مشارکت اقتصادی سالمندان در کشورهای توسعه یافته که از سطح رفاه اقتصادی بیشتری برخوردارند، کمتر از کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته است.

روند تغییرات نرخ مشارکت اقتصادی سالمندان ایران نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر نرخ این شاخص کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. به گونه‌ای که مقدار این شاخص از ۲۲ درصد در سال ۱۳۸۵ به ۱۱/۶ درصد ۱۳۹۳ کاهش یافته است (شکل ۲-۱۲). آنچه که مسلم است، نرخ مشارکت اقتصادی سالمندان روستایی در مقایسه با سالمندان شهری در سطح بالاتری قرار دارد. علاوه بر این، روندی یکنواخت در نرخ مشارکت روستایی سالمندان قابل مشاهده است که می‌تواند نشان از ادامه اشتغال و فعالیت سالمندان روستایی تا سنین بالاتر باشد. ساختار اقتصادی و اشتغال متفاوت مناطق روستایی در مقایسه با مناطق شهری یکی از مهمترین دلایل ثابت ماندن نرخ مشارکت اقتصادی سالمندان روستایی است. از این‌رو، وزن مناطق شهری در کاهش قابل توجه نرخ مشارکت اقتصادی سالمندان در مقایسه با مناطق روستایی بیشتر بوده است.



شکل ۲-۱۲: روند تحولات نرخ مشارکت اقتصادی سالمندان

شکل ۲-۱۱ به خوبی حکایت از این دارد که کاهش میزان مشارکت اقتصادی که متوجه کاهش سهم جمعیت شاغل سالمند از کل جمعیت سالمند است، با افزایش سهم جمعیت غیرفعال اقتصادی همراه بوده است. به عبارت دیگر، با خروج سالمندان از وضعیت اشتغال، سالمندان بیشتر در گروه غیرفعال اقتصادی طبقه‌بندی شده‌اند و میزان بیکاری سالمندان در سطح بسیار پایین بوده است.

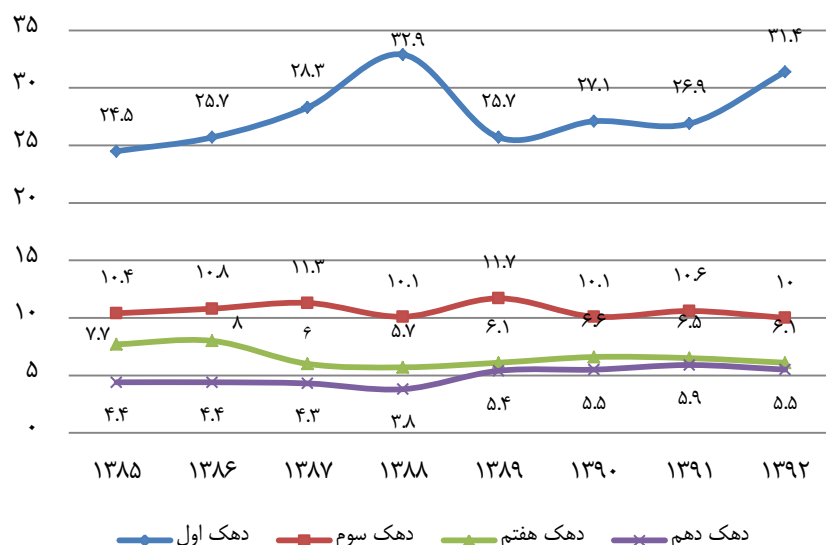


شکل ۲-۱۳: روند تحولات سهم جمعیت شاغل و غیرفعال سالمند از کل جمعیت سالمند (۶۵ سال و بالاتر)

۲-۲-۷- هزینه‌های زندگی خانوارهای سالمندسرپرست

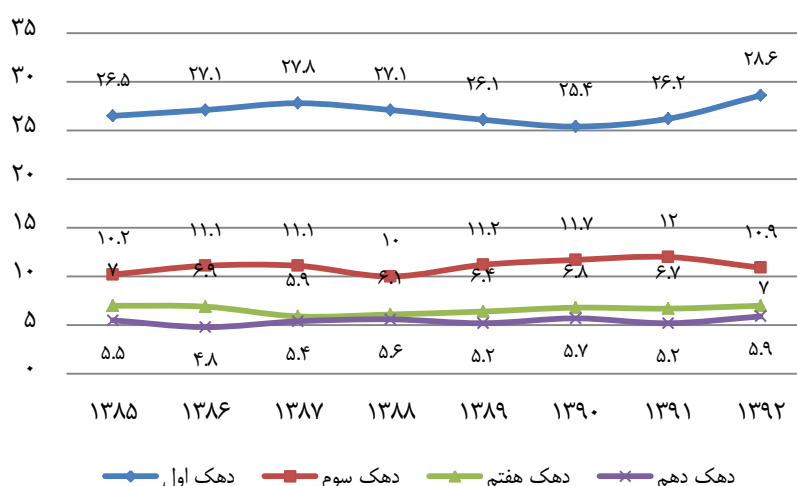
شکل ۲-۱۴ و ۲-۱۵ روند تغییرات توزیع خانوارهای سالمندسرپرست در دهک‌های هزینه‌ای شهری و روستایی را نشان می‌دهند. بخش قابل توجهی از خانوارهای سالمند سرپرست در دهک‌های هزینه‌ای اول قرار دارند. به عبارتی، هزینه‌های بخش قابل توجهی از سالمندان در مناطق شهری و روستایی در پایین‌ترین سطح هزینه‌ای قرار دارد. در سال ۱۳۹۲ حدود ۳۱ درصد از سالمندان شهری و ۲۹ درصد سالمندان روستایی در

دهک‌های هزینه‌ای اول قرار دارند. ۵/۵ درصد خانوارهای سالمندسرپرست شهری و ۵/۹ درصد خانوارهای سالمندسرپرست روستایی در سال ۱۳۹۲ در دهک هزینه‌ای دهم قرار داشته‌اند.



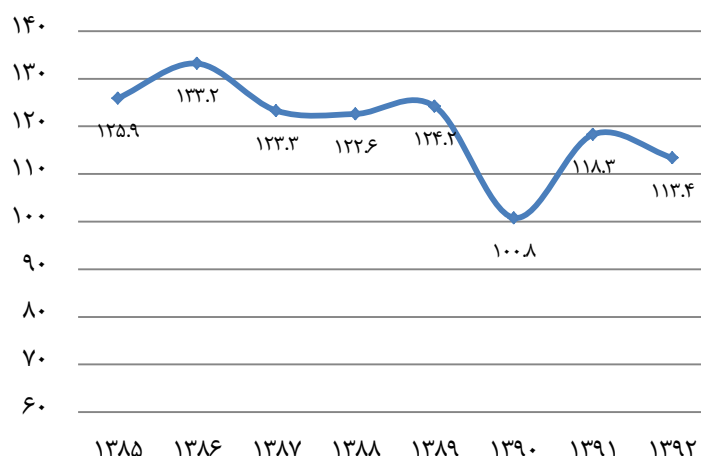
شکل ۲-۱۴: روند تغییرات توزیع خانوارهای سالمندسرپرست شهری در دهک‌های هزینه‌ای

کمتر از ۲۰ درصد خانوارهای سالمندسرپرست در مناطق شهری و روستایی در ۳ دهک بالای جامعه قرار دارند. در مقابل، بیش از ۵۰ درصد خانوارهای سالمندسرپرست در سه دهک هزینه‌ای پایین جامعه قرار دارند. بنابراین با در نظر گرفتن متغیر مصرف به عنوان متغیر جانشینی درآمد خانوار، می‌توان گفت که اغلب خانوارهای سالمندسرپرست چه در مناطق شهری و چه در مناطق روستایی از سطح درآمدی پایینی برخوردار بوده‌اند.



شکل ۲-۱۵: روند تغییرات توزیع خانوارهای سالمندسرپرست روستایی در دهک‌های هزینه‌ای

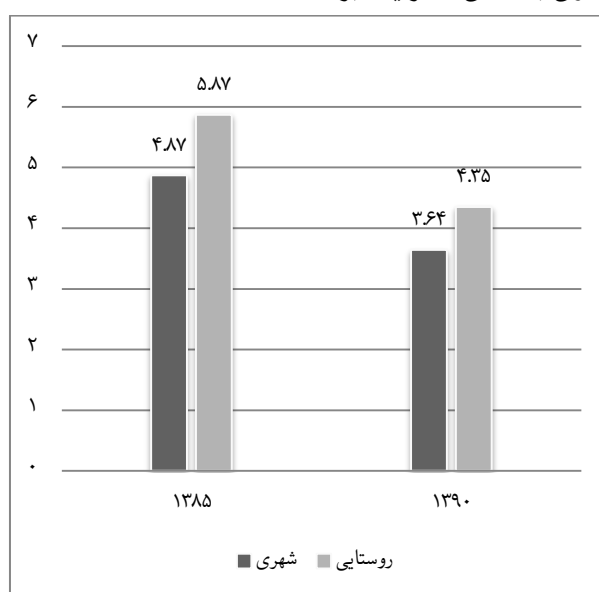
شاید بتوان گفت که پایین بودن سطح میانگین هزینه‌های خانوارهای سالمندسپرست و روند کاهشی آن در سال‌های اخیر شاهدی بر ادعای نبود شرایط مساعد و مطلوب مالی در بین سالمندان باشد. این مهم را می‌توان در شکل ۱۶-۲ مشاهده نمود.



شکل ۱۶-۲: روند تغییرات میانگین سالانه هزینه‌های خانوارهای سالمندسپرست (میلیون ریال)

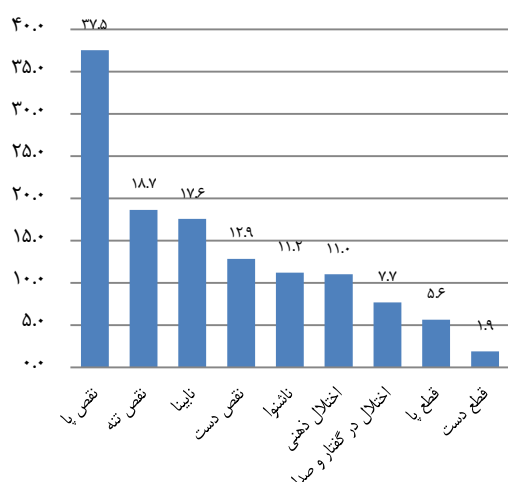
۸-۲-۲-وضع معلولیت سالمندان

شکل ۱۷-۲ درصد معلولیت سالمندان را به تفکیک مناطق شهری و روستایی نشان می‌دهد. تغییرات کاهشی درصد معلولیت سالمندان در سال ۱۳۹۰ در مقایسه با سال ۱۳۸۵ از مهمترین ویژگی‌های سالمندان است که چه در مناطق شهری و چه در مناطق روستایی رخ داده است. در سال ۱۳۹۰، ۴/۳۵ درصد سالمندان روستایی و ۳/۶۴ درصد سالمندان شهری با دارای معلولیت بوده‌اند.

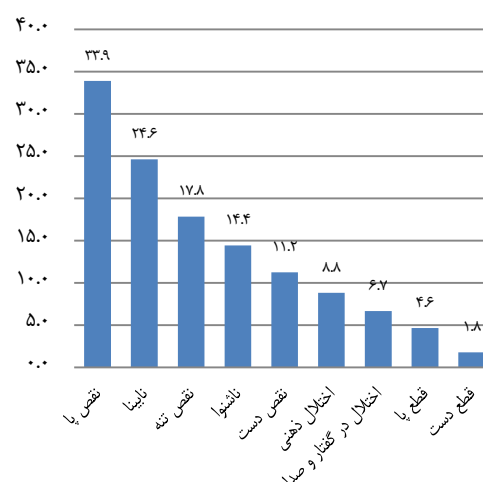


شکل ۱۷-۲: درصد معلولیت سالمندان به تفکیک خاستگاه سکونتی

شکل ۲-۱۸ و ۲-۱۹ به ترتیب توزیع نسبی وضع معلولیت سالمندان را در مناطق شهری و روستایی به تفکیک نوع معلولیت نشان می‌دهد. بر اساس این شکل‌ها، پس از نقص پا که به عنوان مهمترین معلولیت در مناطق شهری و روستایی قابل مشاهده است، در مناطق روستایی، نقص چشم در رتبه بعدی قرار دارد. این در حالی است که در مناطق شهری، نقص تنه دومین معلولیت در بین سالمندان به شمار می‌رود.



شکل ۲-۱۸: توزیع نسبی وضع معلولیت سالمندان شهری به تفکیک نوع معلولیت-۱۳۹۰



شکل ۲-۱۹: توزیع نسبی وضع معلولیت سالمندان روستایی به تفکیک نوع معلولیت-۱۳۹۰

۲-۹-۲- پریشانی روان‌شناختی^۱ سالمندان

مطالعه سلامت جسمانی و روانی سالمندان به سبب تأثیر مستقیم و غیرمستقیم در سبک زندگی سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸)، سلامت روانی را در مفهوم کلی بهداشت، توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی تعریف می‌کند و آن را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی، اجتماعی و حل تضادها و تمایلات به طور عادلانه، منطقی و مناسب مطرح می‌کند. افراد سالمند به علت بالا بودن سن و ناتوانی‌هایی که در ابعاد جسمانی و روانی پیدا می‌کنند بیشتر مستعد مشکلات مربوط به سلامت روان هستند؛ و اختلال در سلامت روان آنها بیشتر به صورت اضطراب و افسردگی خود را نمایان می‌سازد.

تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که افسردگی سالمندان می‌تواند به دلیل نقص در عملکرد اجتماعی، کاهش عملکرد شناختی و افزایش خطر مرگ در سالمندی باشد. در دوران سالمندی برعکس سن جوانی اشتها و تمایلات جنسی ربطی به افسردگی دوران پیری ندارد اما مشکلات خواب و درد با افسردگی آنها رابطه دارد. گاهی افسردگی ناشی از بیماری قلبی عروقی و گاهی افسردگی ناشی از عوارض داروهای است که آنها مصرف می‌کنند. همچنین اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی دوران پیری هستند؛ و این

¹ Psychological Distress

ارتباط ناشی از نقص اجتماعی و عملکردی بیمار در سن پیری، مشکلات خواب، کاهش کیفیت زندگی می‌باشد (پاچانا و همکاران، ۲۰۱۴). آگاهی از وضعیت سلامت روان سالمندان و عوامل موثر بر آن باعث دستیابی به نیازهای واقعی آنان شده و زمینه را برای تعیین نوع مداخله و پیش‌بینی نیازهای اجتماعی و بهداشتی سالمندان فراهم می‌سازد.

نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که سلامت روان در دوره سالمندی تحت تأثیر عوامل زیادی همچون سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، جنس، سرمایه اجتماعی، فعالیت ورزشی و وضعیت اقتصادی (عربزاده و همکاران، ۱۳۹۵) است که در جوامع مختلف و شرایط گوناگون، متفاوتند و برخی عوامل در بعضی از کشورها از اهمیت بیشتری برخوردار است. در این بخش به بررسی وضعیت سلامت روان سالمندان با تکیه بر مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر^۲ پرداخته شده است.

مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر ویژه شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی توسط کسلر و همکارانش (۲۰۰۲) به دو صورت ۱۰ سؤالی (K-10) و ۶ سؤالی (K-6) تدوین شده و در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. سوالات این دو فرم به صورت لیکرتی از هیچ وقت تا همیشه از ۰ تا ۴ نمره گذاری شده است لذا حداکثر نمره در K-10 برابر با ۴۰ است. فرم ۱۰ سؤالی شامل ۱۰ سوال است که اختلال روانشناختی خاصی را هدف قرار نمی‌دهد، اما در مجموع سطح اضطراب و علائم افسردگی را که فرد طی چند هفته اخیر تجربه کرده، مشخص می‌نماید. کسلر و همکاران برای ساختن این مقیاس ابتدا ۵ هزار سوال را از منابع مختلف گردآوری نموده و طبقه‌بندی کردند و پس از طبقه‌بندی آنها بر اساس اختلالات روانی موجود، تعداد سوال‌ها را به ۴۵ و سپس به ۳۲ سوال کاهش دادند. با اجرای اولیه پرسشنامه آن هم به شکل تلفنی و انجام تحلیل‌های آماری توانستند نسخه‌های ۱۰ و ۶ سؤالی را استخراج نمایند با وجود اینکه گویه‌های ارائه شده مقیاس ۶ سؤالی کسلر از منظر اعتبار و پیاپی سنجیده شده و از استانداردهای لازم برخوردار بوده است، سوالات طیف کسلر از نظر پایایی^۳ (آلفای کرونباخ) و اعتبار سازه‌ای^۴ (تحلیل عاملی تأییدی) مورد ارزیابی قرار گرفته است.

نتایج نشان می‌دهد که گویه‌های طیف ۶ سؤالی کسلر با مقدار آلفای کرونباخ از پایایی ۰/۸۷۵ بالای برخوردار بوده است. همچنین نتایج آزمون تحلیل عاملی تأییدی نشان می‌دهد که عامل پریشانی روان‌شناختی حدود ۵۸ درصد تغییرات گویه‌های طیف کسلر را تبیین می‌نماید. جدول ۱-۲ بار عاملی گویه‌های طیف ۶ سؤالی کسلر را نشان می‌دهد. احساس ناآرامی و بی‌قراری، احساس افسردگی و غمگینی، احساس ناامیدی، احساس اضطراب، احساس مشکل در انجام کارهای روزمره و احساس بی‌ارزشی به ترتیب بیشترین همبستگی را پریشانی روان‌شناختی داشته است.

² Kessler

³ Reliability

⁴ Construct Validity

جدول ۲-۱: نمره عاملی متغیرهای مشاهده شده عامل پریشانی روان‌شناختی

نام متغیر	نمره عاملی
احساس اضطراب	۰/۷
احساس ناامیدی	۰/۸
احساس ناآرامی و بی‌قراری	۰/۸۵
احساس افسردگی و غم‌گینی	۰/۸۵
احساس مشکل در انجام کارهای روزمره	۰/۶۵
احساس بی‌ارزشی	۰/۶۷

در آمارگیری شاخص‌های چندگانه جمعیت و سلامت ۱۳۹۴ به منظور بررسی پریشانی روان‌شناختی از طیف ۶ سوالی کسلر استفاده شده است. جدول ۲-۲ توزیع فراوانی متغیرهای این طیف به تفکیک جنس ارائه شده است. همچنانکه قابل مشاهده است، اکثریت سالمندان با ابعاد متفاوتی از پریشانی روان‌شناختی مواجه بوده‌اند. جدول ۲-۲ نشان می‌دهد که بیش از ۸۵ درصد مردان و بیش از ۷۰ درصد زنان با پریشانی روان‌شناختی بالایی دست و پنجه نرم می‌کنند. توزیع پریشانی روان‌شناختی و ابعاد آن در بین سالمندان زن و مرد حکایت تفاوت معنی‌داری است. تقریباً در کل ابعاد پریشانی روان‌شناختی، مردان سالمند در مقایسه با زنان سالمند از درصد بالایی از پریشانی روان‌شناختی مواجه بوده‌اند.

جدول ۲-۲: توزیع درصد فراوانی ابعاد و شاخص پریشانی روان‌شناختی سالمندان (۶۰ سال و بالاتر)

گزینه‌ها						
همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	اصلاً	نمی‌داند	
مرد	۳۳/۸	۱۹/۹	۲۹/۸	۱۰/۱	۵/۲	احساس اضطراب
زن	۲۳/۳	۱۷/۵	۳۳/۲	۱۷/۹	۷/۴	
مرد	۵۴/۶	۲۱	۱۵/۴	۵/۱	۳/۱	احساس ناامیدی
زن	۴۱/۶	۱۸/۹	۲۱/۹	۱۲	۴/۷	
مرد	۴۸/۷	۲۱/۱	۱۹/۴	۶/۷	۳/۲	احساس ناآرامی و بی‌قراری
زن	۳۲/۷	۱۸/۶	۲۸/۱	۱۴/۳	۵/۳	
مرد	۵۰/۶	۲۰/۳	۱۸/۹	۶/۳	۳/۳	احساس افسردگی و غم‌گینی
زن	۳۱/۸	۱۹	۲۷	۱۵/۵	۵/۵	
مرد	۴۷/۳	۱۸/۴	۱۸/۳	۹/۲	۵/۸	احساس مشکل در انجام کارهای روزمره
زن	۳۳/۲	۱۷/۷	۲۲	۱۷/۸	۸/۲	
مرد	۶۹/۳	۱۵	۹/۵	۲/۶	۱/۸	احساس بی‌ارزشی
زن	۵۷	۱۷/۵	۱۳	۷	۲/۹	
مرد	۵۷/۱	۲۹	۱۰/۶	۲/۵	۰/۷	شاخص پریشانی روان‌شناختی
زن	۳۷/۳	۳۴/۸	۲۰/۵	۶/۲	۱/۲	

۲-۱۰- رضایت از زندگی سالمندان

تعاریف متعددی را در زمینه رضایت از زندگی می‌توان بیان نمود. یکی از مهمترین آن تعریفی است که توسط اینگلهارت (۱۹۹۸) مطرح شده است. او معتقد است که رضایت از زندگی، از توازن میان آرزوهای شخصی و وضعیت عینی فردی به وجود می‌آید. ازکمپ (۱۹۹۵) نیز رضایت از زندگی را رضایت بر تجربه شناختی و داورانه‌ای می‌داند که به عنوان اختلاف ادراک شده بین آرزو و پیشرفت در زندگی (یعنی تحقق آرزو) تعریف می‌شود. این تعریف طیفی را تشکیل می‌دهد که از ادراک کامروایی تا حس محرومیت را در برمی‌گیرد. این مفهوم با مفهوم خوشحالی که ناظر بر تجربه عاطفی (هیجان‌ها و احساسات) می‌شود، تفاوت دارد. بنابراین، رضایت از زندگی اگر چه تا حد زیادی بستگی به شرایط فردی دارد، اما تأثیر عوامل اجتماعی در افزایش یا کاهش آن بسیار مؤثر است. جامعه از سویی به وجود آورنده شرایطی است که می‌تواند فرد را به سوی تحقق اهداف و آرزوهای فردی سوق دهد و از سوی دیگر زمینه ساز تحقق فضایی است که فرد می‌تواند به کنش متقابل و ارتباط با هموعانی که باعث ایجاد آرامش، امنیت و اطمینان خاطر وی برای یک زندگی مناسب باشند، مبادرت ورزد. رضایت کلی از زندگی، ترکیبی از شرایط فردی و اجتماعی است و در واقع خود نشانه‌ای از نگرش‌های مثبت نسبت به جهان و محیطی است که وی را فرا گرفته و در آن زندگی می‌کند.

رضایت از زندگی در دوره سالمندی یکی از مهمترین مؤلفه‌های ارزیابی شرایط زندگی در بین سالمندان است. چراکه این امر بازنمودی از تأثیرات محیط اجتماعی و فردی است. نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که میزان رضایتمندی از زندگی در دوره سالمندی تحت تأثیر عواملی چون میزان حمایت اجتماعی و اقتصادی، سلامت جسمانی و روانی، خود اثربخشی (بلیس، ۲۰۱۲؛ اسپیر و واکر ۵، ۲۰۰۹؛ لیلود و آلد^۵، ۲۰۰۲؛ نیل و سیرجی^۶، ۲۰۰۴؛ بولینگ^۸، ۱۹۹۱)، فعالیت‌های اجتماعی و جسمانی (بجتی^۹ و دیگران، ۲۰۱۲؛ بلیس^{۱۰}، ۲۰۱۲، ادگینتون^{۱۱} و دیگران، ۲۰۰۵)، کیفیت زندگی (هورویتز و وانر^{۱۲}، ۲۰۱۰؛ گران^{۱۳}، ۲۰۰۰)، عوامل زمینه‌ای همچون سن و جنس و ... (بورک^{۱۴} و دیگران، ۲۰۰۵) است. بنابراین، مطالعه وضعیت رضایت از زندگی در دوره سالمندی از این منظر که می‌تواند بازنمودی از شرایط اجتماعی و اقتصادی باشد برای سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان حوزه سالمندی دارای اهمیت باشد.

به منظور بررسی وضعیت رضایت از زندگی سالمندان از اطلاعات آمارگیری شاخص‌های چندگانه جمعیت و سلامت ۱۳۹۴ استفاده شده است. وضعیت رضایت زندگی بر اساس ۹ گویه در قالب طیف مجموع نمرات لیکرت مطرح شده در پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است که ابعاد رضایت از محل زندگی، درآمد،

⁵ Spiers & Walker

⁶ Lloyd & Auld

⁷ Neal & Sirgy

⁸ Bowling

⁹ Becchetti

¹⁰ Blace

¹¹ Edginton

¹² Horowitz & Vanner

¹³ Grann

¹⁴ Bourque

اشتغال، روابط بین فردی در جامعه و میزان نشاط و شادابی از خود را مورد پرسش قرار داده است. سوالات مرتبط با رضایت از زندگی از نظر پایایی (آلفای کرونباخ) و اعتبار سازه‌ای (تحلیل عاملی تأییدی) مورد ارزیابی قرار گرفته است. نتایج نشان می‌دهد که گویه‌هایی که در سنجش میزان رضایت از زندگی استفاده شده است از همبستگی درونی بالایی برخوردار بوده و با میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۱ نشان از پایایی قابل قبول دارد. نتایج نشان می‌دهد که سالمندان (جمعیت بالای ۶۰ سال) به طور کلی میزان رضایت بالایی از زندگی خود در ابعاد مختلف دارند. بر اساس نتایج جدول ۲-۳ میزان رضایت‌مندی زنان سالمند شهری از مردان سالمند روستایی در تمامی جنبه‌های مختلف بالاتر است. در خصوص مردان سالمند نیز غیر از رضایت از دوستان، میزان رضایت‌مندی مردان سالمند شهری از زنان روستایی عموماً بالاتر است. همچنین با افزایش پنجک‌های درآمدی، میزان رضایت‌مندی افزایش می‌یابد. ۹۶/۸۱ درصد سالمندان زن و ۶۲/۶۶ درصد سالمندان مرد شغلی ندارند و همچنین ۷۱/۴۳ درصد سالمندان زن و ۱۵/۰۹ درصد سالمندان مرد درآمدی ندارند. این درصدها برای مردان کمتر از زنان است. بیشترین میزان رضایت از زندگی برای زنان سالمند، رضایت از محیط زندگی با ۷۶/۴۸ درصد و کم‌ترین درصد رضایت‌مندی از درآمد است.

جدول ۲-۳: میزان رضایت از ابعاد مختلف زندگی به تفکیک جنس، خاستگاه سکونت و پنجک اقتصادی

شرح		رضایتمندی از جنبه‌های مختلف							ویژگی پاسخگویان		
		رضایت از زندگی باخانواده	رضایت از دوستان	رضایت از شغل فعلی	رضایت از محیط زندگی (محله و منزل مسکونی)	رضایت از خود	رضایت از درآمد	درحال تحصیل نیستند	شغلی ندارد	درآمدی ندارند	
		زنان ۶۰ ساله و بیشتر									
خاستگاه سکونت	شهری	۶۹/۴۹	۵۴/۱۸	۷۷/۶۳	۷۷/۸۵	۷۲/۶۷	۴۸/۹۶	۹۸/۶۷	۹۷/۳۰	۶۷/۹۲	
	روستایی	۶۶/۷۴	۵۳/۸۵	۳۵/۳۲	۷۳/۱۷	۶۹/۸۴	۴۰/۶۷	۹۸/۵۷	۹۵/۹۷	۷۹/۹۷	
پنجک اقتصادی	اول	۵۵/۹۸	۵۰/۷۶	۳۰/۵۴	۷۱/۷۲	۶۶/۵۸	۳۷/۲۱	۹۸/۶۷	۹۶/۳۶	۷۳/۲۶	
	دوم	۶۷/۳۲	۵۴/۵۰	۵۵/۳۹	۷۵/۰۳	۷۰/۳۹	۴۳/۴۷	۹۹/۱۸	۹۸	۷۳/۴۵	
سوم		۶۷/۴۴	۴۹/۴۵	۶۱/۹۸	۷۵/۰۴	۶۸/۶۶	۴۵/۸۹	۹۸/۹۰	۹۷/۲	۷۴/۳۶	
	چهارم	۷۷/۱۵	۵۷/۷۵	۶۵/۵۵	۷۹/۹۷	۷۸/۴۸	۵۷/۰۹	۹۸/۷۱	۹۷/۲۹	۶۸/۵۳	
پنجم		۸۱/۲۳	۵۹/۴۶	۹۵/۷۳	۸۲/۸۱	۷۷/۶۴	۵۴	۹۷/۷۵	۹۵/۹۲	۶۶/۶۴	
	کل	۶۸/۶۹	۵۴/۰۸	۶۱/۹۹	۷۶/۴۸	۷۱/۸۴	۴۷/۳۱	۹۸/۶۴	۹۶/۹۱	۷۱/۴۳	
		مردان ۶۰ ساله و بیشتر									
خاستگاه سکونت	شهری	۸۲/۰۶	۶۱/۷۸	۶۳/۳۲	۸۲/۸۶	۷۶/۷۱	۴۴/۰۲	۹۷/۴۵	۶۷/۷۸	۱۲/۱۵	
	روستایی	۷۹/۸۶	۶۶/۲۵	۵۲/۶۶	۷۸/۱۷	۷۵/۶۷	۳۹	۹۸/۰۵	۵۰/۰۸	۲۲/۳۳	
پنجک درآمدی	اول	۷۵/۱۵	۵۹/۹	۵۳/۲۴	۷۷/۴	۷۱/۶۲	۳۷/۷	۹۷/۴۹	۶۱/۴۲	۲۶/۴۶	
	دوم	۸۱/۰۸	۶۵/۰۶	۵۴/۵۱	۸۱/۷۹	۷۶/۵۳	۴۴/۸۱	۹۶/۱۲	۶۰/۷۲	۱۹/۰۸	
سوم		۸۲/۷۹	۶۳/۱۱	۵۳/۷۳	۸۰/۳۲	۷۴/۶۱	۴۱/۸۷	۹۷/۹۱	۶۳/۲۱	۱۳/۹۴	
	چهارم	۸۴/۳۲	۶۶/۷۳	۵۹/۵۴	۸۱/۶۱	۸۰/۸	۴۲/۳۸	۹۸/۱۹	۶۴/۲۱	۱۱/۷۴	
پنجم		۸۳/۰۳	۶۰/۶۵	۷۲/۶۲	۸۵/۴۴	۷۷/۷	۴۵/۲۲	۹۸/۲۵	۶۳/۴۴	۶/۵۷	
	کل	۸۱/۴۲	۶۳/۰۸	۵۹/۱۷	۸۱/۵	۷۶/۴۱	۴۲/۶۹	۹۷/۶۲	۶۲/۶۶	۱۵/۰۹	

۲-۱۱- شیوع بیماری‌ها در بین سالمندان

سالمندی پدیده‌ای بیولوژیک است و اغلب با برخی ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی همراه است که به نوبه خود تأثیر با اهمیتی در وضعیت تغذیه و سلامت سالمندان دارند. در نتیجه بیماری‌های توانکاه و مزمن همچون بیماری‌های مفصلی، بیماری‌های قلبی و آئین، سرطان، دیابت، بیماری‌های مزمن ریه/آسم، سکته قلبی و مغز و ... که در دوره سالمندی شیوع بیشتری دارند، خطر ناتوانی افزایش می‌یابد. به عبارتی، این بیماری‌ها سبب می‌شوند که سالمندان در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی با مشکل مواجه شوند. افزون بر تأثیر بیماری‌های مذکور در افزایش ناتوانی، رخداد این بیماری‌ها هزینه‌های مراقبت سلامت را افزایش می‌دهد. بسیاری از بیماری‌های مذکور و موقعیت سلامت سالمندان با عوامل محیطی و سبک زندگی در ارتباط بوده و بنابراین می‌توان با کنترل و تغییر عوامل محیطی و سبک زندگی زمینه را برای کاهش پیامدهای بیماری‌های توانکاه و مزمن فراهم آورد. جدول ۲-۴ توزیع نسبی سالمندان مبتلا به انواع بیماری‌ها به تفکیک جنس نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که بیماری‌های مفصلی، فشار خون، بیماری‌های عروقی و آئین و دیابت از مهمترین بیماری‌هایی است که سالمندان به آن‌ها مبتلا بوده‌اند. به طور کلی تفاوت معنی‌دار و قابل توجهی از نظر درصد ابتلاء به بیماری‌ها در بین سالمندان زن و مرد وجود دارد. به جز سکته قلبی که درصد ابتلاء در بین مردان سالمند در مقایسه با زنان سالمند بیشتر بوده است، در مابقی بیماری‌هایی که در جدول ۲-۴ به آن‌ها اشاره شده است، سالمندان زن از درصد بالاتری از ابتلاء نسبت به سالمندان مرد برخوردار بوده‌اند. در بیماری‌های مفصلی که شیوع آن بیش از سایر بیماری‌های خوداظهاری شده سالمندان است، زنان سالمند با ۵۴/۸ درصد در مقایسه با مردان سالمند (۲۸/۲ درصد) بیشتر با بیماری‌های مفصلی دست و پنجه نرم می‌کنند. در رابطه با بیماری فشار خون، ۵۱/۳ درصد زنان سالمند مبتلاء به بیماری فشار خون بوده‌اند و در مقابل مردان سالمند با ۲۹/۲ درصد کمتر از زنان سالمند به این بیماری مبتلاء بوده‌اند. در رابطه با بیماری دیابت نیز زنان با ۲۶/۵ درصد از مردان سالمند (۱۶/۷ درصد) بیشتر به این بیماری مبتلاء بوده‌اند. در مجموع آنچه را که می‌توان از توزیع نسبی ابتلاء به بیماری‌ها در بین سالمندان گفت این است که سالمندان اغلب با بیماری‌های توانکاه و مزمن مواجه بوده‌اند. این امر با نتایج تحقیقاتی که در زمینه الگوی بیماری‌های سالمندان انجام شده است همراستا بوده است. مواجهه بیشتر زنان سالمند با بیماری‌های توانکاه در مقایسه با مردان سالمند آنچنانکه در متون مختلف پژوهشی بدان اذعان شده است، در نتایج به‌دست آمده از آمارگیری شاخص‌های چندگانه جمعیت و سلامت ۱۳۹۴ نیز مورد تأیید قرار گرفته است.

مواجهه با عوامل خطرزا و انجام رفتارهای پرخطر یکی از عواملی است که زمینه را برای بروز بیماری‌ها فراهم می‌آورد. این امر اگرچه در بین جوانان بیشتر است، ولیکن سالمندان نیز در معرض این عوامل خطرزا قرار دارند. مصرف مواد دخانی از جمله این رفتارهای پرخطر است که زمینه را برای بسیاری بیماری‌های قلبی عروقی، فشار خون و بیماری‌های ریوی فراهم می‌سازد. نتایج نشان می‌دهد که ۱۳/۲ درصد از سالمندان حداقل یکی از فرآورده‌های دخانی که شامل سیگار، سیگار برگ، پیپ، چپق و قلیان است، مصرف می‌کنند. سیگار و قلیان مهمترین فرآورده‌های دخانی است که سالمندان با ۱۳ درصد بیشترین مصرف را داشته‌اند.

مصرف مواد دخانی با ۴/۹ درصد در بین زنان سالمند و ۲۲/۶ درصد در بین مردان سالمند حکایت از تفاوت معنی‌دار زنان و مردان از نظر انجام رفتارهای پرخطر دارد.

جدول ۲-۴: توزیع درصد سالمندان مبتلا به انواع بیماری‌ها به تفکیک جنس

تعداد سالمندان مبتلا			درصد
بیماری‌های مفصلی	مرد	۱۰۴۳۰۸۵	۲۸/۲
	زن	۲۳۰۷۷۸۷	۵۴/۸
قلبی عروقی/ آنژین	مرد	۷۳۹۲۶۲	۲۰
	زن	۱۰۷۰۸۱۳	۲۵/۴
آسم/ بیماری مزمن ریه	مرد	۲۰۹۷۴۲	۵/۷
	زن	۳۰۸۱۶۱	۷/۳
دیابت	مرد	۶۱۷۹۶۰	۱۶/۷
	زن	۱۱۱۷۶۷۱	۲۶/۵
فشارخون	مرد	۱۰۸۰۰۹۱	۲۹/۲
	زن	۲۱۵۹۳۹۳	۵۱/۳
بیماری‌های پوستی	مرد	۸۳۱۳۸	۲/۲
	زن	۱۲۳۹۱۹	۲/۹
صرع	مرد	۱۹۸۴۱	۰/۵
	زن	۲۴۵۵۳	۰/۶
هر نوع سرطان	مرد	۳۸۶۱۸	۱
	زن	۴۲۰۰۷	۱
سکته‌ی قلبی	مرد	۱۲۲۴۷۶	۳/۳
	زن	۸۶۹۹۶	۲/۱
سکته‌ی مغزی	مرد	۷۱۳۱۴	۱/۹
	زن	۷۵۸۰۴	۱/۸
نارسایی کلیه	مرد	۲۰۱۷۶۰	۵/۴
	زن	۲۲۲۷۳۴	۵/۳
هر نوع کم خونی	مرد	۱۷۱۸۵۵	۴/۶
	زن	۵۵۷۵۱۰	۱۳/۲
کم کاری یا پرکاری تیروئید	مرد	۵۲۲۹۱	۱/۴
	زن	۲۴۶۳۹۸	۵/۹

۲-۲-۱۲- استفاده از رسانه‌های گروهی، رایانه و اینترنت

میزان استفاده از رسانه‌های گروهی در بین سالمندان به تفکیک خاستگاه سکونت، پنجک اقتصادی در جدول ۲-۵ ارائه شده است. این جدول نشان می‌دهد که تلویزیون و رادیو در بین کل سالمندان به ترتیب مهم‌ترین و پرمخاطب‌ترین رسانه گروهی است. خواندن روزنامه و مجله به صورت روزانه و هفتگی از دیگر ابزار رسانه‌ای است که سالمندان بدان دسترسی داشته و از آن استفاده می‌کنند. نتایج نشان می‌دهد که در بهره‌گیری از رسانه تلویزیون و رادیو مناطق شهری و روستایی تفاوت معنی‌داری دارند. سالمندان روستایی در مقایسه با سالمندان شهری کمتر از ابزار رسانه‌ی گروهی تلویزیون و رادیو استفاده می‌نمایند. به طوری که تماشای روزانه تلویزیون و رادیو در بین سالمندان زن شهری ۸۰ درصد در مقابل ۶۵ درصد برای سالمندان زن روستایی بوده است. این میزان در بین مردان سالمند شهری و روستایی به ترتیب برابر با ۸۴ به ۷۴ بوده است. سالمندان مرد در مقایسه با سالمندان زن بیشتر از رسانه تلویزیون و رادیو استفاده می‌نمایند. در پنجک‌های اقتصادی پایین میزان استفاده از رسانه‌های گروهی در مقایسه با پنجک‌های اقتصادی بالا کمتر است.

جدول ۲-۵: استفاده از رسانه‌های گروهی در گروه سنی ۶۰ ساله و بیشتر به تفکیک جنس، خاستگاه سکونت و

پنجک‌های اقتصادی

شرح	خواندن روزنامه یا مجله حداقل یکبار در روز	گوش دادن به رادیو حداقل یکبار در روز	تماشای تلویزیون حداقل یکبار در روز	تماشای تلویزیون حداقل یکبار در روز	گوش دادن به رادیو حداقل یکبار در روز	خواندن روزنامه یا مجله حداقل یکبار در روز	گوش دادن به رادیو حداقل یکبار در روز	تماشای تلویزیون حداقل یکبار در روز	دسترسی به هیچکدام از رسانه‌ها حداقل یکبار در هفته	دسترسی به هر سه رسانه حداقل یکبار در هفته
زنان ۶۰ ساله و بیشتر										
خاستگاه شهری	۵/۶۴	۱۷/۴۱	۸۰/۰۳	۱۰/۴۲	۲۷/۴۳	۹۰/۵۲	۰/۷۶	۵/۶۳		
سکونت روستایی	۰/۰۳	۷/۸۵	۶۵/۴۴	۰/۱۹	۱۲/۶۴	۸۰/۸۲	۰/۴۳			
اول	۰/۲۶	۸/۳۱	۶۴/۱۸	۰/۶۸	۱۳/۴۹	۷۹/۸۱	۰/۶۸	۰/۳۶		
دوم	۰/۹۷	۱۱/۸۹	۷۴/۵۱	۲/۲۹	۱۹/۵۳	۸۷/۴۰	۰/۵۸	۱/۲۴		
سوم	۱/۷۰	۱۶/۵۶	۷۸/۰۷	۳/۳۱	۲۴/۴۲	۸۸/۰۲	۰/۴۹	۱/۳۴		
چهارم	۴/۸۶	۱۹/۰۶	۷۹/۵۷	۱۰/۲۶	۲۸/۶۲	۹۱/۵۲	۱/۱۹	۵/۹۰		
پنجم	۱۳/۸۶	۲۰/۲۳	۸۷/۵۴	۲۳/۶۵	۳۳/۹۰	۹۵/۱۴	۰/۴۰	۱۲/۷۳		
کل	۴/۰۰	۱۴/۶۲	۷۵/۷۷	۷/۴۳	۲۳/۱۲	۸۷/۶۹	۰/۶۶	۳/۹۹		
مردان ۶۰ ساله و بیشتر										
خاستگاه شهری	۱۲/۰۸	۲۴/۷۹	۸۴/۱۶	۲۱/۳۸	۳۹/۰۰	۹۲/۷۱	۱/۹۶	۱۳/۴۸		
سکونت روستایی	۱/۷۵	۱۵/۱۹	۷۴/۱۴	۳/۱۹	۲۴/۳۵	۸۶/۰۶	۱/۳۰	۲/۳۳		
اول	۱/۱۰	۱۵/۵۲	۶۹/۱۵	۲/۹۶	۲۴/۶۰	۸۲/۹۲	۱/۵۹	۲/۰۱		
دوم	۲/۵۳	۱۶/۲۱	۷۷/۵۴	۵/۶۴	۲۶/۹۰	۸۹/۱۱	۱/۴۴	۳/۲۸		
سوم	۳/۹۱	۱۸/۶۶	۸۲/۳۵	۹/۷۳	۳۱/۳۷	۹۲/۳۲	۱/۶۷	۵/۴۴		
چهارم	۸/۷۲	۲۲/۹۳	۸۵/۷۳	۱۷/۶۳	۳۸/۳۰	۹۳/۱۷	۱/۳۴	۹/۶۵		
پنجم	۲۵/۶۵	۳۴/۰۳	۸۹/۲۲	۳۹/۴۲	۴۹/۱۶	۹۵/۱۱	۲/۶۸	۲۷/۲۷		
کل	۹/۰۹	۲۲/۰۱	۸۱/۲۶	۱۶/۱۲	۳۴/۷۶	۹۰/۷۸	۱/۷۷	۱۰/۲۵		

تفاوت در مصرف رسانه‌ای سالمندان به تفکیک مناطق شهری و روستایی و پنجک‌های اقتصادی قابل ملاحظه است. به عنوان مثال، سالمندان زن مناطق شهری در مقایسه با سالمندان زن روستایی با اختلاف بسیار زیادی به خواندن روزنامه و مجله در طول روز یا هفته اقدام می‌کنند. به طوری که ۵/۶۴ درصد زنان سالمند شهری اقدام به خواندن روزنامه و یا مجله در طول روز می‌کنند. این در حالی است که ۰/۳ درصد زنان سالمند روستایی اقدام به خواندن روزنامه و یا مجله می‌کنند. سطح تحصیلات بسیار پایین سالمندان روستایی و عدم دسترسی به روزنامه و مجله در مناطق روستایی از مهمترین دلایل این تفاوت چشمگیر است. نکته قابل توجه، تفاوت قابل توجه و فاحش مطالعه روزانه و یا هفتگی روزنامه و مجله در بین سالمندان متعلق به پنجک‌های درآمدی بالا و پایین است. درصد استفاده از رسانه‌ها در بین سالمندان با سطح اقتصادی بالا در مقایسه با سالمندان سطح اقتصادی پایین که به خواندن روزنامه و مجله می‌پردازند چه در بین مردان و چه در بین زنان بسیار بیشتر است.

نتایج جدول ۲-۶ نشان می‌دهد که میزان استفاده از رایانه و اینترنت در بین مردان سالمند در مقایسه با زنان سالمند در سطح بالاتری قرار داشته است. به طوری که ۵/۳۸ درصد زنان سالمند در ۱۲ ماه قبل از آمارگیری (۱۳۹۴) از اینترنت استفاده نموده‌اند در حالی که مردان سالمند تقریباً دو برابر (۱۰/۰۹) زنان از اینترنت استفاده نموده‌اند. درصد سالمندان شهری در مقایسه با سالمندان روستایی و سالمندان با سطح اقتصادی بالا در مقایسه با سالمندان با سطح اقتصادی پایین در استفاده از رایانه و اینترنت بسیار بیشتر بوده است. تحصیلات پایین و عدم دسترسی به زیرساخت فناوری اطلاعات در محل سکونت می‌تواند از مهمترین دلایل این تفاوت بوده است.

آنچه که اهمیت مطالعه و توجه به میزان استفاده از اینترنت و رسانه‌های گروهی را در بین سالمندان ضروری جلوه می‌دهد، تأثیری است که رسانه‌های گروهی و فضای مجازی در ارتقاء سطح سلامت روانی از یک سو و فراهم‌سازی زمینه لازم برای افزایش آگاهی‌های اجتماعی از طریق این ابزارهای رسانه‌ای از سوی دیگر دارد. این امر در بسیاری از تحقیقات سالمندی به اثبات رسیده است (کاتن^{۱۵} و دیگران، ۲۰۱۲، ۲۰۱۳؛ ریداوت^{۱۶} و دیگران، ۲۰۰۵). از این رو، بهره‌مندی از رسانه‌های گروهی می‌تواند در توانمندی سالمندان در همه ابعاد زندگی مثر ثمر واقع شود.

نتایج بدست آمده از آمارگیری شاخص‌های چندگانه جمعیت و سلامت ۱۳۹۴ نشان داد که سالمندان شهری در مقایسه با سالمندان روستایی و همچنین سالمندانی که از سطح اقتصادی بالاتری برخوردارند در مقایسه با سالمندانی که سطح اقتصادی پایین‌تری دارند، میزان استفاده از رسانه گروهی و اینترنت بیشتری داشته‌اند. از این رو شاید بتوان گفت که افزایش سطح توانمندی این گروه از سالمندان ضروری بوده و این گروه با افزایش سطح آگاهی اجتماعی و سلامت خود می‌توانند زندگی بهتری را داشته باشند.

¹⁵ Cotten¹⁶ Rideout

جدول ۲-۶: استفاده از رایانه و اینترنت در گروه سنی ۶۰ ساله و بیشتر به تفکیک جنس، خاستگاه سکونت و

پنجک‌های اقتصادی

شرح	استفاده از رایانه در ۱۲ ماه گذشته	استفاده از اینترنت در ۱۲ ماه گذشته	استفاده از رایانه یا اینترنت در ۱۲ ماه گذشته	استفاده از رایانه حداقل یک بار در هفته	استفاده از اینترنت حداقل یک بار در هفته
زنان ۶۰ ساله و بیشتر					
خاستگاه شهری	۷/۳۴	۷/۲۰	۸/۷۵	۴/۰۶	۵/۱۰
سکونت روستایی	۱/۱۶	۰/۹۵	۱/۴۴	۰/۱۸	۰/۱۴
اول	۱/۵۴	۱/۲۶	۱/۸۰	۰/۳۲	۰/۳۲
دوم	۲/۳۷	۱/۱۰	۲/۶۷	۰/۲۵	۰/۰۷
سوم	۲/۷۴	۲/۷۱	۳/۲۹	۰/۹۲	۰/۹۳
چهارم	۴/۴۹	۵/۳۴	۶/۴۸	۲/۰۶	۲/۹۱
پنجم	۱۸/۱۸	۱۸/۲۵	۲۰/۸۸	۱۲/۱۶	۱۵/۴۳
کل	۵/۵۴	۵/۳۸	۶/۶۲	۲/۹۳	۳/۶۵
مردان ۶۰ ساله و بیشتر					
خاستگاه شهری	۱۳/۵۷	۱۳/۳۰	۱۵/۵۱	۷/۲۸	۷/۸۴
سکونت روستایی	۲/۶۴	۲/۲۲	۳/۱۴	۰/۴۶	۰/۳۴
اول	۲/۸۰	۲/۷۵	۳/۳۶	۰/۱۳	۰/۲۴
دوم	۳/۶۷	۲/۹۶	۴/۲۵	۰/۹۳	۰/۹۳
سوم	۶/۴۹	۶/۰۳	۸/۰۵	۱/۷۶	۱/۷۱
چهارم	۱۰/۸۴	۱۰/۱۰	۱۲/۳۵	۴/۵۱	۴/۳۲
پنجم	۲۵/۰۲	۲۵/۳۵	۲۸/۱۰	۱۶/۷۹	۱۸/۵۰
کل	۱۰/۴۰	۱۰/۰۹	۱۱/۹۳	۵/۳۰	۵/۶۷

ادبیات پژوهشی

۳-۱- مقدمه

در این فصل سعی بر این بوده است تا ادبیات پژوهشی و نظری در رابطه با عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمات سلامت ارائه گردد. به منظور نیل به این هدف، این فصل مشتمل بر دو بخش خواهد بود. بخش اول به ادبیات پژوهشی در رابطه با عوامل موثر بر بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت اختصاص دارد. علاوه بر این به منظور درک بهتر و تعمیق بخشیدن به چارچوب تحلیلی مورد استفاده در این پژوهش، تحقیقاتی که به عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمات سلامت در کل جامعه بدون توجه به سن نیز پرداخته شده است. بخش دوم نیز به چارچوب و مبانی نظری موجود در بررسی الگوی بهره‌مندی از خدمات سلامت اختصاص دارد.

۳-۲- ادبیات پژوهشی

- سانجل و دیگران (۲۰۱۲)، «بهره‌مندی از خدمات مراقبت سلامت و تعیین‌کننده‌های آن در میان جمعیت سالخورده» عنوان مقاله‌ای است که در آن به بررسی ۲۰۰ سالخورده در کشور نپال پرداخته شده است. نتایج این پژوهش حاکی از این است که سن، وضعیت تأهل، عادت‌های زندگی روزمره، وجود بیماری مزمن، مصرف منظم دارو تأثیر معنی‌داری در بهره‌مندی از خدمات مراقبت سلامت دارد. به عبارت دیگر، استفاده از خدمات مراقبت سلامت در بین سالخوردگان در مقایسه با سالمندان دوران اولیه سالمندی (۶۵-۶۹ سال)، زنان سالمند، سالمندان بدون همسر، سالمندان با تحصیلات پایین، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی و ... بیشتر بوده است.
- «ازدواج، بیوه‌گی و استفاده از مراقبت سلامت» عنوان مقاله‌ای است که ایواشینا^۱ و کریستاکیس^۲ در سال ۲۰۰۳ ارائه داده‌اند. این مطالعه که به بررسی وضعیت تأهل در بهره‌مندی مراقبت سلامت اختصاص یافته است در بین ۶۰۹ هزار نفر از سالمندان بیمار در کشور آمریکا انجام یافته است. نتایج مطالعه که از مدل‌های سلسله مراتبی خطی بهره برده است، حاکی از این است که سالمندان دارای همسر در مقایسه با

^۱ Iwashyna

^۲ Christakis

سالمندان بدون همسر از بیمارستان‌های با کیفیت ارائه خدمات بالا استفاده نموده و مدت زمان کمتری را بستری هستند.

- سورود و دیگران (۲۰۱۰) در مقاله‌ای تحت عنوان «تأثیر فرهنگ در استفاده از خدمات سلامت غربی توسط سالمندان کانادایی با تبار آسیای شرقی» به بررسی نقش عوامل زمینه‌ساز، توانمندساز، نیازمندی و عوامل فرهنگی در استفاده از خدمات سلامت غربی در بین مهاجرین آسیای شرقی به کشور کانادا پرداخته است. به منظور نیل به این هدف از مدل اصلاح‌شده بهره‌مندی از خدمات سلامت اندرسن و نیومن بهره برده شده است. همچنین از ۲۲۰ نفر مهاجر هدف که در سنین ۵۵ سال و بالاتر قرار دارند به روش تلفنی ساختار یافته مصاحبه شده است. نتایج نشان داد که سالمندان هدفی که مدت زمان بیشتری ساکن کشور کانادا بوده‌اند، از موانع فرهنگی کمتری در برخورداری از خدمات مراقبت سلامت مواجه‌اند.
- «عوامل مرتبط با بهره‌مندی و هزینه‌های سلامت و خدمات اجتماعی در بین سالمندان» عنوان مقاله‌ای است که کسوما^۳ و دیگران با استفاده از تحلیل‌های سلسله‌مراتبی به بررسی الگوی بهره‌مندی از خدمات مراقبت سلامت سالمندان با تکیه بر ویژگی‌های سطح بیمار و امکانات شهری (سطح تحلیلی بالاتر) پرداخته‌اند. سبک زندگی سلامت‌محور به عنوان یکی از مهمترین عوامل تعیین‌کننده در هزینه‌های برخورداری از خدمات مراقبت سلامت است. کمبود حمایت‌های غیررسمی، وضعیت اقتصادی و رفاهی نامطلوب، پایین بودن فعالیت‌ها در زندگی روزمره، سالمندی خویش‌سرپرست از عوامل افزایش هزینه‌های سلامت به شمار می‌رود.
- «عوامل پیش‌بین استفاده از خدمات سلامت در بین سالمندان چین: تحلیلی از مطالعه طولی سلامت و بازنشستگی کشور چین^۴ ۲۰۱۳» عنوان مقاله‌ای است که هانگ گانگ و دیگران در سال ۲۰۱۶ منتشر نموده‌اند. به منظور نیل به هدف تعریف شده، از چارچوب مفهومی بهره‌مندی از خدمات مراقبت سلامت اندرسن استفاده شده است. نتایج حاکی از این است که با افزایش سن در بین سالمندان آزمایش‌های پزشکی و مراقبت‌های بستری افزایش می‌یابد. زنان با احتمال بیشتری از خدمات بستری استفاده می‌کنند. سالمندان با سطح تحصیلات بالاتر، وضعیت رفاهی بالاتر، شهرنشین، از مراقبت‌های بستری و آزمایش‌های پزشکی بیشتری استفاده می‌کنند. علاوه بر این هزینه‌های خانوار، خویش‌سرپرستی، ابتلا به بیماری‌های مزمن و سلامت خودادراک شده نامطلوب از عواملی هستند که در بهره‌مندی از خدمات سلامت تأثیر معنی‌داری دارد.
- «تفاوت‌های جنسیتی در بهره‌مندی از خدمات مراقبت سلامت در بین سالمندان اسپانیا» عنوان مقاله‌ای است که ردوندو سندینو^۵ و دیگران در سال ۲۰۰۶ منتشر نموده‌اند. تفاوت‌های جنسی در ناتوانی و مواجهه با بیماری‌های مزمن و توانکاه و متناسب با آن تفاوت در بهره‌مندی از خدمات مراقبت سلامت مهمترین فرض در این مطالعه بوده است. در این مطالعه ۳۰۳۰ نفر از سالمندان ۶۰ سال و بالاتر کشور اسپانیا مورد مطالعه قرار گرفته است. نقش عوامل زمینه‌ای (سن و موقعیت سرپرست خانواده)، عوامل مرتبط با نیازها (سبک زندگی، بیماری مزمن، وضعیت عملکردی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت) و عوامل توانمندساز (سطح تحصیل، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال سرپرست خانوار، شبکه اجتماعی) در بهره‌مندی از خدمات سلامت در قالب مدل اندرسن مورد مطالعه قرار گرفته است. نتایج در کل نشان دهنده برتری زنان سالمند نسبت به مردان سالمند در استفاده از خدمات مراقبت سلامت بوده است.

³ Kehusmaa

⁴ The China Health and Retirement Longitudinal Study

⁵ Redondo-Sendino

مهمترین عاملی که در تفاوت زنان و مردان سالمند در استفاده از خدمات سلامت نقش داشته است ابتلاء به بیماری مزمن که در زنان بیشتر بوده و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است که نتایج نشان از بالا بودن سطح کیفیت زندگی زنان سالمند در مقایسه با مردان بوده است.

• گالیگز-کاریلو^۶ و دیگران (۲۰۰۸) در مقاله‌ای تحت عنوان «بهره‌مندی از خدمات سلامت و ادراک کیفیت زندگی مرتبط با سلامت: مطالعه موسسه امنیت اجتماعی مکزیک» به بررسی نقش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان بالای ۶۰ سال پرداخته است. کل نمونه مورد بررسی ۱۱۵۰ نفر بوده است. نتایج نشان داده است که استفاده از خدمات پیشگیرانه سلامت با سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان همبستگی مثبتی دارد.

• جو مون پارک^۷ (۲۰۱۴) به بررسی وضعیت سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان کشور کره پرداخته است. گذار ساختار سنی و انتقال نسل بیش‌زایی موالید به سنین سالمندی در کشور کره و لزوم برنامه‌ریزی برای مواجهه با مسائل سلامت سالمندان مهمترین ضرورت این مطالعه بوده است. سالمندان نمونه شامل افراد ۶۵ سال و بالاتر مشارکت‌کننده در مطالعه طولی سالمندی در کره ۲۰۰۸ بوده که تعداد آنها برابر با ۴۰۴۰ نفر بوده است. نتایج نشان می‌دهد که سالمندان دارای تحصیلات پایین‌تر، فقیرتر، دارای سطح بالای بیماری مزمن و وضعیت سلامت پایین‌تری داشته‌اند. همچنین سالمندان سنین بالاتر (بالاتر از ۸۰ سال)، سالمندان دارای بیماری مزمن و سالمندان دارای درآمد پایین از روش‌های سنتی درمان استفاده می‌کرده‌اند.

• پنینگ^۸ (۱۹۹۵) در مقاله‌ای تحت عنوان «سلامت، شبکه اجتماعی و بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان» به بررسی نقش حمایت اجتماعی در وضعیت سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت پرداخته‌اند. نمونه مورد بررسی ۱۲۸۴ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال بوده است. نتایج نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین ابعاد حمایت اجتماعی (ابزاری و عاطفی) و انواع خدمات سلامت (مراقبت خانگی، بیمارستانی و درمانی) وجود داشته است.

• «وضعیت تأهل، ترتیبات زندگی و استفاده از خدمات سلامت در بین سالمندان» عنوان مقاله‌ای است که کافراتا^۹ در سال ۱۹۸۷ منتشر نموده است. اغلب پژوهش‌های مرتبط با حمایت اجتماعی معتقدند که زندگی با افراد دیگر در خانواده و به طور کلی وضعیت تأهل تأثیر معنی‌داری در استفاده از خدمات مراقبت سلامت دارد. اثر جایگزینی خدمات سلامت خانگی و ارتقاء سطح سلامت جسمانی و ذهنی در بین سالمندانی که به تنهایی زندگی نمی‌کنند از دلایل تأثیرگذاری وضعیت تأهل و ترتیبات زندگی خانواده در استفاده از خدمات سلامت عنوان شده است. این پژوهش نیز با تکیه بر این فرض به بررسی نقش ترتیبات زندگی خانواده بر بهره‌مندی از خدمات سلامت پرداخته است. نتایج این پژوهش بر اطلاعات ثانویه آمارگیری ملی هزینه مراقبت درمانی^{۱۰} مبتنی بوده است. نتایج بدست آمده گواه بر تأیید فرض اثر جایگزینی بوده است. به عبارتی، سالمندانی که به تنهایی زندگی نمی‌کرده‌اند بیشتر از خدمات سلامت خانگی استفاده نموده‌اند.

⁶ Gallegos-Carrillo

⁷ Ju Moon Park

⁸ Penning

⁹ Cafferata

¹⁰ National Medical Care Expenditure Survey (NMCES)

- لاو^{۱۱} (۲۰۰۹) در مقاله‌ای تحت عنوان «ارتباط بین ترتیبات زندگی و استفاده از مراقبت پیشگیرانه در بین سالمندان خویش‌سرپرست» به بررسی ارتباط بین ترتیبات زندگی خانوار و دستیابی به مراقبت پیشگیرانه سلامت در بین سالمندان پرداخته است. تعداد نمونه مورد مطالعه ۱۳۰۳۸ نفر بوده است که اطلاعات‌شان طی دوره ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۵ در قالب آمارگیری طولی هزینه‌های درمانی^{۱۲} گردآوری شده است. ترتیبات زندگی خانوار در این پژوهش در قالب ۴ شکل خویش‌سرپرستی، زندگی با همسر، زندگی با همسر و یک فرزند و زندگی با یک فرزند بدون همسر تعریف شده است. واکسیناسیون آنفلوآنزا، معاینه پزشکی و دندان‌پزشکی، تست غربالگری فشار خون، کلسترول و سرطان روده بزرگ خدمات پیشگیرانه سلامت در نظر گرفته شده است. نتایج نشان داد که با کنترل متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، درآمد، بیمه سلامت، سلامت خودابرازشده، وضعیت عملکردی فیزیکی و خاستگاه سکونتی، سالمندانی که با همسران خود زندگی می‌کنند در مقایسه با سالمندانی که به تنهایی زندگی می‌کنند بیشتر از خدمات سلامت پیشگیرانه استفاده می‌کنند.
- «بهره‌مندی از خدمات سلامت جمعیت سالمندان تحت پوشش بیمه ملی سلامت در تایوان: رهیافت پروفایل ناهمگن سلامت» عنوان مقاله‌ای است که لی‌فان لیو^{۱۳} در سال ۲۰۱۲ ارائه نموده است. اطلاعات به کاربرده شده در این مطالعه، بر آمارگیری مصاحبه‌ای ملی سلامت در تایوان مبتنی است. تعداد سالمند نمونه در این بررسی ۲۴۴۹ نفر بوده است. نتایج نشان داد الگوی متفاوتی از سلامت در بین سالمندان زمینه را برای الگوی متفاوتی از بهره‌مندی از خدمات مراقبت فراهم می‌سازد. سالمندانی که همزمان از دو بیماری توانکاه و مزمن رنج می‌برند، بیشتر از مراقبت‌های سرپایی استفاده می‌کنند. سالمندی که از نظر جسمانی ضعیف هستند، هزینه مراقبت سلامت بیشتری را در مقایسه با سایر سالمندان متقبل می‌شوند.
- برهانی نژاد و دیگران (۱۳۹۴)، «وضعیت بهره‌مندی از خدمات سلامت و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان شهر کرمان در سال ۱۳۹۳» عنوان مقاله‌ای است که به بررسی میزان بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت پرداخته است. در این مقاله، خدمات سلامت شامل خدمات سرپایی و خدمات بستری بوده است. نتایج نشان داد که سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، برخورداری از بیمه درمان، وضعیت خودارزیابی سلامت تأثیر معنی‌داری در استفاده از خدمات سرپایی و بستری در جامعه مورد مطالعه داشته است. سالمندانی که از سطح تحصیلات دانشگاهی برخوردار بوده‌اند کمتر از خدمات بستری و سرپایی استفاده نموده‌اند. سالمندانی که از سلامت خودارزیابی‌شده مطلوب‌تری برخوردار بوده‌اند کمتر از خدمات سرپایی و بستری استفاده نموده‌اند.
- گونزالز^{۱۴} و دیگران (۲۰۱۱)، «بهره‌مندی از مراقبت‌های سلامت در بین سالمندان مکزیکی: هزینه‌ها و تعیین‌کننده‌ها» عنوان مقاله‌ای است که در بررسی وضعیت بهره‌مندی سالمندان مکزیکی منتشر شده است. در این مقاله میزان هزینه‌کرد سالمندان در خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (بستری و خدمات سرپایی) و همچنین عوامل مؤثر بر این بهره‌مندی در قالب جنس، ترتیبات زندگی خانوار، محل سکونت، وضعیت برخورداری از بیمه پایه درمانی مورد مطالعه قرار گرفته است.

¹¹ Lau

¹² Medical Expenditure Panel Survey

¹³ Li-Fan Liu

¹⁴ Gonzalez

- «بهره‌مندی سالمندان کشور سوئیس از خدمات سلامت» عنوان پژوهشی است که شلهورن^{۱۵} و دیگران در سال ۲۰۰۰ انجام داده‌اند. در این پژوهش عوامل موثر در مراجعه به معاینه پزشکی توسط سالمندان مورد مطالعه قرار گرفته است. در این مطالعه علاوه بر بررسی نقش متغیرهای زمینه‌ای همچون سن، جنس، وضعیت درآمد، نقش مداخلات پیشگیرانه ناتوانی در مراجعه به پزشک مورد مطالعه قرار گرفته است.
 - «تفاوت‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان» عنوان پژوهشی است که وادل^{۱۶} و دیگران در بررسی عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشورهای منتخب اروپایی انجام داده است. در این مطالعه نقش عوامل سن، جنس و ترتیبات زندگی خانوار همچنین تفاوت‌های منطقه‌ای در بهره‌مندی از خدمات سلامت (معاینه پزشکی و بستری) مورد مطالعه قرار گرفته است.
 - «عوامل جمعیتی موثر بر بهره‌مندی از خدمات سلامت: یک مدل علی» عنوان مقاله‌ای است که جیمز^{۱۷} در سال ۱۹۷۳ منتشر نموده است. این پژوهش با تکیه بر داده‌های سرشماری ۱۹۶۰ کشور ایالات متحده آمریکا انجام شده است. نتایج نشان داد که بخش قابل توجهی از تقاضا برای خدمات سلامت در بین سالمندان متوجه خدمات بستری است. همچنین نتایج موید تأثیر سطح درآمد، سطح تحصیلات و ترکیب قومیت در بهره‌مندی از خدمات بستری است.
- به طور کلی می‌توان اذعان داشت که تحقیقات انجام شده در زمینه بهره‌مندی از خدمات سلامت از رویکردهای مختلف به بررسی استفاده از خدمات سلامت توسط سالمندان با هدف شناسایی الگوهای بهره‌مندی جهت سیاست‌گذاری پرداخته‌اند. نکته قابل توجه در رابطه با این پژوهش، شناسایی الگوی بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان کشور ایران در قالب مدلی جامع و کامل بوده است که جزو تحقیقات اندکی است که در این حوزه انجام شده است. علاوه بر این، شناسایی الگوی بهره‌مندی از خدمات سلامت در سطح ملی و در بین گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی سالمندان از جمله مزیت‌های این پژوهش است که این پژوهش را از سایر تحقیقات انجام شده در این حوزه متمایز می‌سازد.

۳-۳- ادبیات نظری

- به طور کلی در ادبیات نظری پژوهش سعی بر تحقق اهداف زیر است:
- مطالعه رهیافت‌های نظری جامع در رابطه با بهره‌مندی از خدمات سلامت^{۱۸}
 - شناسایی متغیرهای کلیدی در رابطه با بهره‌مندی از خدمات سلامت
 - فهم منابع روایی در بهره‌مندی از خدمات سلامت
- در رابطه با رهیافت‌های نظری در حالت کلی سه رهیافت کلی مطرح است. رهیافت «نقش بیماری پارسونز»، «نظریه عمومی جستجوی کمک مکانیک^{۱۹}» و «مراحل بیماری و مراقبت درمانی ساچمن».

¹⁵ Schellhorn

¹⁶ Vadla

¹⁷ James

¹⁸ Health Care Utilization

¹⁹ Mechanic

یکی از اولین نظریه‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت، **رهیافت نقش بیماری** است که توسط پارسونز در سال ۱۹۵۱ مطرح شد. مطابق با این نظریه، زمانی که یک فرد بیمار می‌گردد، دارای یک نقش بیمار است که این نقش از ۴ مولفه اصلی تشکیل شده است:

۱- افراد هیچ‌گونه مسئولیتی در قبال بیماری خود ندارند و هیچ انتظاری برای بهبود این فرد بدون کمک وجود ندارد

۲- وجود معذوریت در انجام نقش‌ها و امور روزمره به صورت نرمال

۳- فهم کلی بر این امر استوار است که بیمار شدن یک حالت نامطلوبی است

۴- در رابطه با تسهیل بازیابی، مورد انتظار است تا افراد کمک‌های درمانی را جستجو کنند و با انجام اقدامات درمانی موافقت نمایند. این نظریه به دنبال این است تا رفتارهای مشاهده شده افراد بیمار را شناسایی نماید.

رویکرد نظری جستجوی پشتیبانی عمومی مکانیک، یک رویافت روانشناختی در بهره‌مندی از خدمات سلامت است. در این رویکرد، ۱۰ عامل تعیین‌کننده در رفتار بیماری ارائه شده است. ۱- برجستگی نشانه‌ها و علائم منحرف‌کننده ۲- درک افراد از شدت علائم ۳- اختلال ایجاد شده 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^{۲۰}، فروتنی^{۲۱} 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 رویافت نظری مراحل بیماری و مراقبت درمانی، ساچمن^{۲۲} ۵ 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.

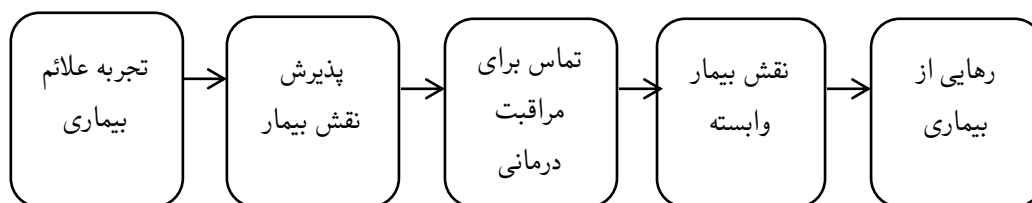
۳- تماس برای مراقبت‌های پزشکی: در این مرحله افراد به دنبال نظام مراقبت سلامت مجرب هستند. عضویت افراد در شبکه‌های اجتماعی (محدود و گسترده) در سطح ورود افراد به این مرحله از اهمیت بالایی برخوردار است. در صورتی که افراد عضویت محدودتری در شبکه‌های اجتماعی داشته باشند، تمایل خواهند داشت تا تماس‌های خود در برخورداری از مراقبت‌های پزشکی را به تعویق بی‌اندازند.

۴- پذیرش نقش بیمار وابسته^{۲۳} از طریق پذیرش اقدامات حرفه‌ای مراقبت سلامت. ۵- بهبودی و رهایی از بیماری. نمای شماتیک مراحل پنج‌گانه ساچمن در شکل ۳-۱ آمده است:

²⁰ stigma

²¹ humility

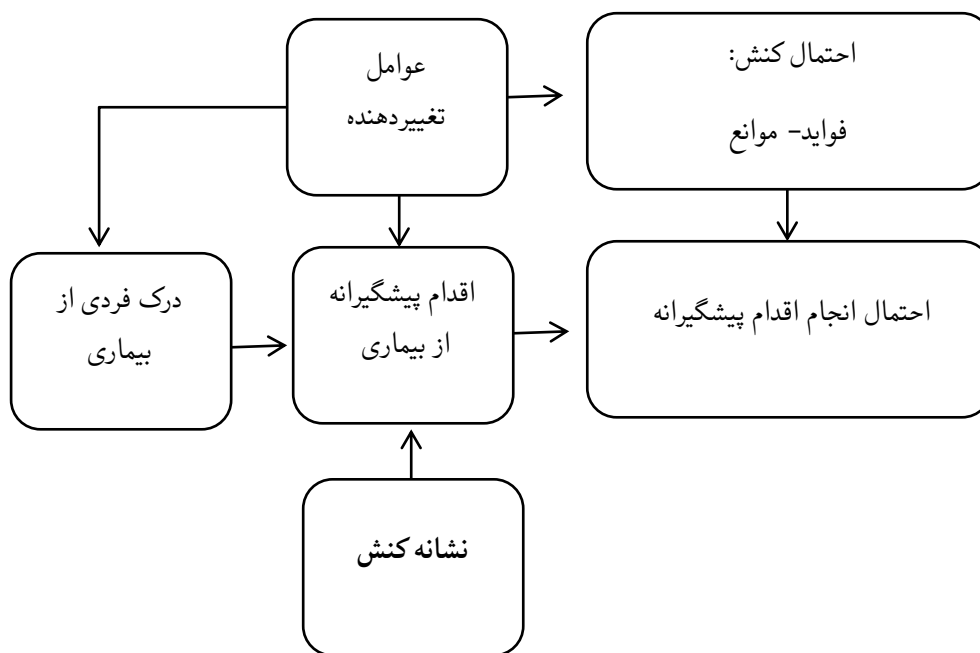
²² Suchman



شکل ۳-۱: مراحل پنج‌گانه ساچمن در بیماری و مراقبت درمانی

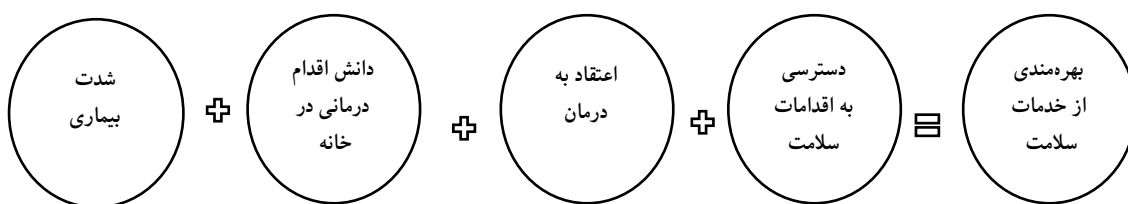
مدل فهم سلامت که توسط روزن‌استاک (۱۹۹۴) بیان می‌دارد که کنش‌های افراد در انجام اقدام مداخله‌ای و پیشگیری از بیماری با تکیه بر ۴ عامل قابل تبیین است:

- ۱- پذیرش قابلیت‌های درمانی ادراک شده افراد در رابطه با بیماری
- ۲- درک واقع‌بینانه افراد از شدت بیماری (درک سطح بیماری گسترده در بیمار زمینه را برای اقدام پیشگیرانه و مداخله‌ای فراهم می‌سازد)
- 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 این‌رو، انتخاب افراد برای بهره‌مندی از خدمات سلامت وابسته به عوامل زمینه‌ای است. شکل ۳-۲ ارتباط عوامل مذکور را نشان می‌دهد.



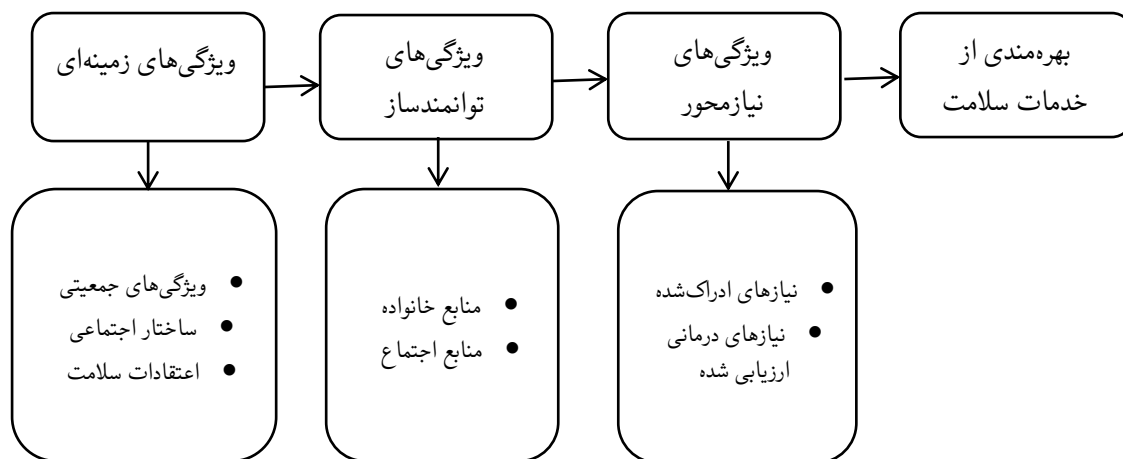
شکل ۳-۲: مدل فهم سلامت روزن‌استاک

- یانگ (۱۹۸۱) مدلی بر اساس مطالعات مردم‌شناختی در زمینه بهره‌مندی از خدمات سلامت ارائه داده است. بر اساس این مدل ۴ مولفه اصلی که در انتخاب خدمات سلامت افراد موثر است عبارت‌اند از:
- 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
 - ۲- شناخت روش‌های اقدام سلامت در خانه: علم به روش‌های درمانی موثر در خانه در مواجهه با بیماری و بهره‌گیری از این روش‌ها می‌تواند تقاضا برای بهره‌مندی از خدمات حرفه‌ای نظام مراقبت سلامت کاهش دهد.
 - ۳- اعتقاد به درمان: این مولفه 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.



یکی از مهمترین رویکردهای نظری در رابطه با بهره‌مندی از خدمات سلامت مدلی است که اندرسن^{۲۴} (۱۹۶۸) مطرح نموده است. اندرسن در مدل اولیه، این عوامل را در سه گروه از متغیرها طبقه‌بندی کرده است:

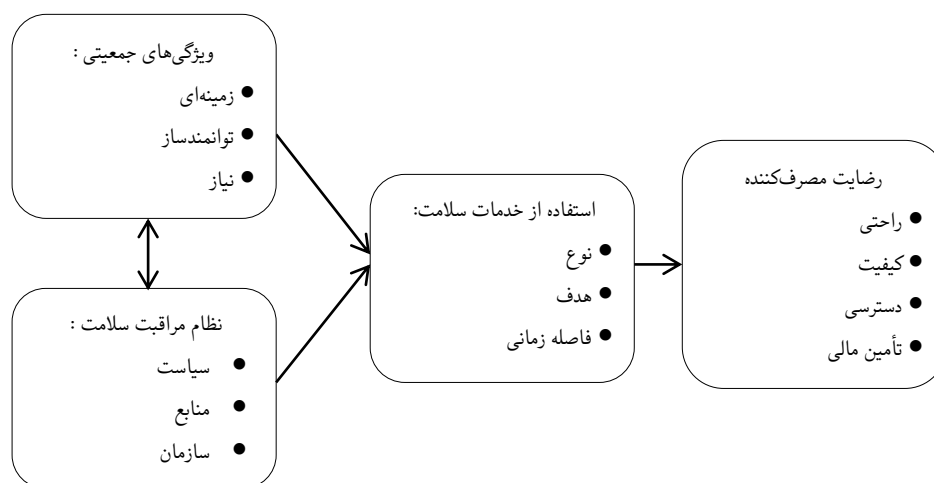
- ۱- ویژگی‌های زمینه‌ای: این متغیرها تمایل به بهره‌مندی از خدمات سلامت را نشان می‌دهد. اندرسن معتقد است که افراد بر اساس موقعیت ساختار اجتماعی، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اعتقاد به فایده‌مندی خدمات سلامت از این خدمات بهره‌مند خواهد شد. فردی که خدمات سلامت را با هدف اقدام مداخله‌ای مفید می‌داند از آن بهره‌مند 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 نیاز محور: این گروه از متغیرها شامل ادراک نیازها برای خدمات سلامت است که به صورت فردی، اجتماعی و کلینیکی ارزیابی شده‌اند.



شکل ۳-۳: مدل رفتاری اندرسن در بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت

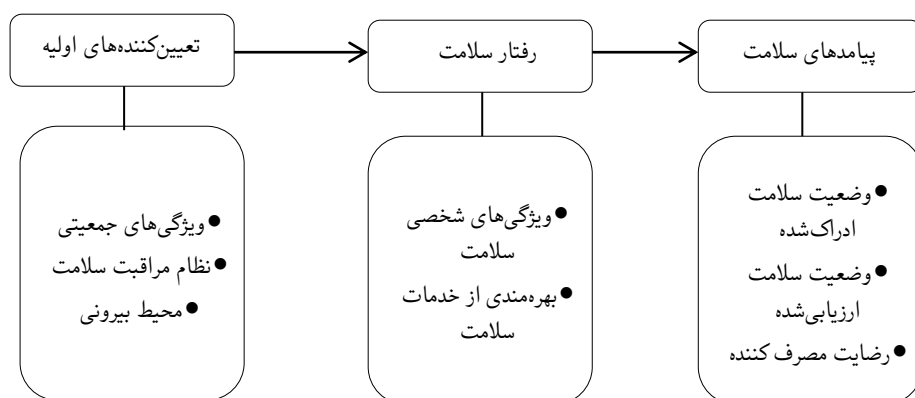
در دهه ۱۹۷۰ اندرسن به منظور وارد کردن نظام مراقبت سلامت به عنوان تعیین‌کننده بهره‌مندی از خدمات سلامت، مدل خود را توسعه داد. نظام مراقبت سلامت شامل سیاست‌ها، منابع، سازمان‌های مرتبط با سلامت بود. منابع شامل حجم و توزیع کارو سرمایه، آموزش پرسنل و تجهیزات در دسترس مراقبت سلامت است. سازمان اشاره به چگونگی مدیریت منابع توسط نظام مراقبت سلامت دارد که ساختار و دسترسی به خدمات سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اندرسن در تجدیدنظر مدل، چگونگی توزیع منابع توسط سازمان و اینکه حجم کار سازمان کافی دارد یا نه، را در صورتی که افراد از خدمات سلامت استفاده کنند تعیین خواهد شد.

در مدل تجدیدنظر شده میزان رضایت مصرف‌کنندگان از خدمات سلامت منعکس شده است. افزون بر این، در مدل مذکور بر فراوانی خدمات سلامت در دسترس، نوع خدمات در دسترس (بیمارستان، داندانپزشکی، خدمات دارویی و ...) و هدف هدف خدمات مراقبت سلامت (مراقبت اولیه و ثانویه) تأکید شده است. به طور کلی، بر مبنای مدل تجدیدنظر شده استفاده و یا عدم استفاده از خدمات سلامت و فراوانی خدمات مورد استفاده با تکیه بر ویژگی‌های جمعیتی و خدمات سلامت متفاوت خواهد بود.



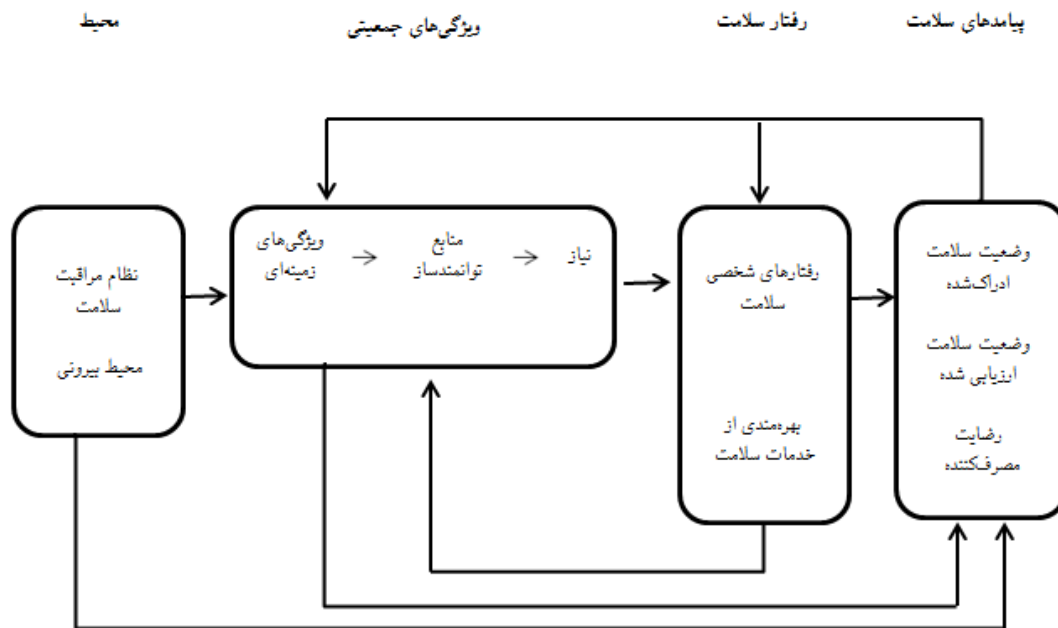
شکل ۳-۴: مدل تجدیدنظر شده اندرسن در بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت (۱)

طی دوره ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰ اندرسن مدل بهره‌مندی از خدمات سلامت را متشکل از ۳ مولفه با فرض روابط خطی بین مولفه‌ها مطرح نمود؛ ۱- تعیین‌کننده‌های اولیه ۲- رفتارهای سلامت و 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 مصرف‌کننده است.



شکل ۳-۵: مدل تجدیدنظر شده اندرسن در بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت (۲)

اندرسن مدل نهایی را (شکل ۳-۶) با تکیه بر پویایی خدمات سلامت ارائه داده است. در این مدل اندرسن 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. بکارگیری این مدل نیازمند مفهوم‌سازی پیچیده و طرح مطالعاتی طولی و آزمایشی و تحلیل‌های آماری متناسب با این طرح‌ها است.



شکل ۳-۶: مدل کامل اندرسن در بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت

در این بخش رویکردهای نظری و مدل‌های تحلیل در رابطه با مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت ارائه شد؛ رهیافت «نقش بیماری پارسونز»، «نظریه عمومی جستجوی کمک مکانیک^{۲۵}» و «مراحل بیماری و مراقبت درمانی ساچمن» و مدل‌های یانگ (۱۹۸۱)، روزن‌استاک (۱۹۹۴) و اندرسن (۱۹۹۵). 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.

زمینه فرهنگی، یکی از مهمترین عوامل موثر در بهره‌مندی از خدمات سلامت است که اغلب به عنوان عامل مانع در بهره‌مندی در نظر گرفته می‌شود. زمینه فرهنگی می‌تواند بر شناخت و اعتقاد به بیماری و دوره درمان بیماری موثر باشد. شبکه‌های اجتماعی نیز در استفاده و یا امتناع از استفاده خدمات سلامت و همچنین شناخت و پاسخ به بیماری موثر باشد.

هزینه‌های اقتصادی مراقبت سلامت نه تنها پرداخت برای اقدامات درمانی بلکه هزینه‌های جانبی درمان همچون حمل و نقل و فرصت اقتصادی از دست رفته را نیز شامل می‌گردد. فارغ از هزینه‌های پرداختی دولت در برخورداری از مراقبت‌های سلامت، موقعیت اقتصادی و اجتماعی فرد، نقش مهمی در امکان دسترسی از خدمات سلامت دارند (تیلور، ۲۰۰۳). هزینه‌های مرتبط با حمل و نقل 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 (یانگ، ۱۹۸۲). 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.

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^{۲۶} در سالمندان به عنوان فرآیندی طبیعی از دوره سالمندی است و بنابراین نیازمند اقدام درمانی نیست اما در برخی کشورهای توسعه یافته این بیماری نیازمند مراقبت درمانی حرفه‌ای است (ایکلس^{۲۷}، ۲۰۰۲). از این‌رو، 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. 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 و 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.

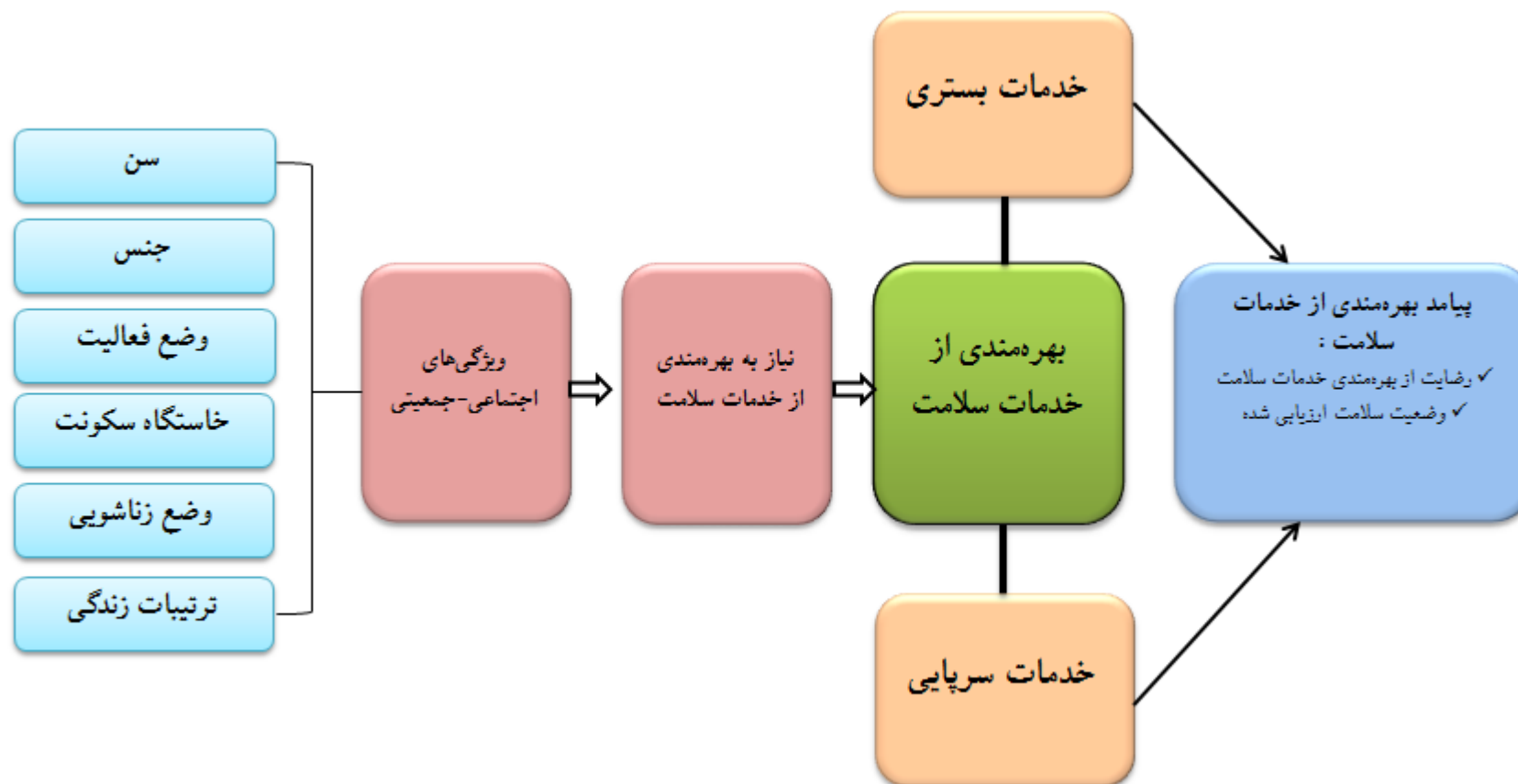
ساجمن معتقد است که شبکه‌های اجتماعی محدود بیشتر سنتی بوده و به همین دلیل بیشتر از اقدامات درمانی سنتی (در خانه) در مقایسه با مراقبت‌های سلامت دانش‌بنیان استفاده می‌کنند. از این‌رو افرادی که به شبکه‌های اجتماعی شهری تعلق دارند بیشتر بر رویکرد دانش‌بنیان در اقدامات درمانی اعتقاد دارند. این امر به خوبی 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.

رویکردها و مدل‌های نظری ارائه شده 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 ذکر شده 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

²⁶ dementia

²⁷ Ikels

بیشتر به اقدام درمانی غیردانش‌بنیان اعتقاد داشته و عمل می‌کنند (اسماعیل و دیگران، ۲۰۰۵). به نظر می‌رسد این امر با درک از بیماری و اعتقاد به کارایی و اعتبار خدمات مراقبتی سلامت به عنوان عامل فرهنگی در بین سالمندان ارتباط مستقیم داشته باشد. درک از بیماری و یا اعتقاد به کارایی نظام درمانی حرفه‌ای از عواملی است که در مراجعه سالمندان برای بهره‌مندی از خدمات سلامت موثر است. در این پژوهش سعی بر این بوده است تا الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت با الهام از مدل نظری اندرسن مورد مطالعه قرار گیرد. از این رو، مدل تحلیل تحقیق به ترتیب زیر است:



یافته‌های پژوهش

۴-۱- مقدمه

در این بخش یافته‌های مرتبط با وضعیت بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت در قالب خدمات سرپایی و خدمات بستری ارائه شده است. در ابتدا، وضعیت پوشش بیمه پایه و بیمه مکمل سالمندان کشور به تفکیک گروه‌های اجتماعی- جمعیتی مورد بررسی قرار گرفته است. در بخش سرپایی، ساختار و وضعیت نیازهای سرپایی و وضعیت مراجعه برای رفع نیاز سالمندان، هزینه‌های پرداخت شده سالمندان برای بهره‌مندی از خدمات سلامت سرپایی به تفکیک نوع خدمات، دلایل عدم مراجعه برای رفع نیاز سرپایی، میزان رضایت از خدمات بهره‌مند شده و همچنین پیامد خوداظهاری شده سالمندان پس از بهره‌مندی از خدمات به تفکیک گروه‌های مختلف اجتماعی جمعیتی مطالعه شده است. در بخش بستری، وضعیت نیاز به بستری، مراجعه برای رفع نیاز و وضعیت بستری سالمندان مراجعه کرده، متوسط روزهای بستری، متوسط هزینه‌های بستری به تفکیک نوع خدمات، میزان رضایت از خدمات بستری دریافت شده، دلایل عدم مراجعه برای رفع نیاز بستری و پیامد خوداظهاری شده سالمندان پس از بهره‌مندی از خدمات بستری به تفکیک متغیرهای اجتماعی- جمعیتی و بخش بستری سالمندان بستری شده، مورد مطالعه قرار گرفته است.

۴-۲- سیمای سالمندان در مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت

جدول ۴-۱ ویژگی‌های اجتماعی- جمعیتی سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) بر اساس اطلاعات آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت ۱۳۹۳، نشان می‌دهد. حدود ۷۲ درصد سالمندان در مناطق شهری و ۲۸ درصد در مناطق روستایی ساکن بوده‌اند. ترکیب جنسی جمعیت سالمند نشان می‌دهد که ۵۳/۶ درصد مرد و ۴۶/۴ درصد زن هستند. حدود ۷۵ درصد از سالمندان دارای همسر و ۲۵ درصد بدون همسر هستند. ۱۱/۸ درصد از

سالمندان در قالب خانوارهای خویش‌سریست طبقه‌بندی شده و تنها زندگی می‌کنند. ۱۱/۷ درصد سالمندان در قالب خانواده‌های زن و شوهری بدون فرزند زندگی می‌کنند. حدود ۷۶/۶ درصد سالمندان همراه با خانواده/خانوار بیش از دو نفر زندگی می‌کنند. این خانوار/ خانواده می‌تواند در قالب هسته‌ای (زن و شوهری با فرزندان) یا گسترده (زن و شوهری با فرزندان و اقوام و آشنایان) باشد. از این‌رو می‌توان این شکل از ترتیبات زندگی خانوار را در سالمندان از نظر برخورداری از حمایت اجتماعی پراهمیت خواند. ۸۲/۳ درصد سالمندان غیر شاغل و ۱۷/۷ درصد سالمندان نیز به فعالیت اقتصادی و اشتغال مشغول هستند. از رقم ۱۷/۷ درصد حدود ۸/۴ درصد سالمندان شاغل در سنین ۶۴-۶۰ قرار دارند که پایین‌تر از سن بازنشستگی در ایران (۶۵ سالگی) است. با این وجود، حدود ۹/۳ درصد سالمندان بالای سن بازنشستگی همچنان مشغول به کار هستند. اشتغال سالمندان پس از دوران بازنشستگی می‌تواند از دو نظر مورد توجه قرار گیرد. یکی اینکه سالمندان به دلیل عدم برخورداری از رفاه مناسب و نیاز به اشتغال برای رفع مایحتاج زندگی به اشتغال روی آورده‌اند و دوم اینکه اشتغال سالمندان در جامعه می‌تواند بازنمودی از مشارکت اجتماعی و اقتصادی آنان باشد. سالمندان گروه سنی ۶۵-۷۴ سال، بیشترین سهم سالمندان کشور را با ۳۹/۳ درصد (۳۲۳۲۷۶۵ نفر) به خود اختصاص داده‌اند.

جدول ۴-۱: ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) بر اساس اطلاعات طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت ۱۳۹۳

ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی		تعداد وزنی	درصد
خاستگاه سکونتی	شهری	۵۹۲۵۳۵۰	۷۲/۱
	روستایی	۲۲۹۶۴۵۸	۲۷/۸
جنس	مرد	۴۴۰۸۸۴۰	۵۳/۶
	زن	۳۸۱۲۹۶۸	۴۶/۴
وضعیت تاهل	دارای همسر	۶۱۷۵۳۹۸	۷۵/۱
	بدون همسر	۲۰۴۶۴۱۱	۲۴/۸
ترتیبات زندگی	خویش‌سریست	۹۶۶۱۱۵	۱۱/۸
	خانواده زن و شوهری	۹۶۰۵۴۰	۱۱/۷
	سایر	۶۲۹۵۱۵۳	۷۶/۶
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۴۵۱۳۱۲	۱۷/۷
	غیر شاغل	۶۷۷۰۴۹۶	۸۲/۳
	۶۴-۶۰	۲۹۵۳۸۱۶	۳۵/۸
گروه سنی	۶۵-۷۴	۳۲۳۲۷۶۵	۳۹/۳
	۷۵ و بالاتر	۲۰۳۵۲۲۷	۲۴/۸
	کل	۸۲۲۱۸۰۹	۱۰۰

۴-۳- وضعیت پوشش بیمه‌ای سالمندان به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی

جمعیتی

جدول ۴-۲ برخورداری سالمندان از بیمه پایه و بیمه مکمل و همچنین نوع بیمه پایه را به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی نشان می‌دهد. نتایج این جدول نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از سالمندان (۹۴/۳۷)

درصد) از بیمه پایه برخوردارند. بررسی تفاوت بین مناطق شهری و روستایی از نظر درصد جمعیت سالمند تحت پوشش بیمه پایه نشان از بالا بودن درصد تحت پوشش بیمه پایه در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری دارد. همچنین بالا بودن درصد جمعیت سالمند دارای همسر از نظر پوشش بیمه پایه نسبت به جمعیت سالمند بدون همسر از نکات قابل توجه است. در کشور ایران سالمندان دارای همسر با ۹۵/۲۲ درصد در مقایسه با سالمندان بدون همسر با ۹۱/۸۳ درصد بیشتر تحت حمایت و چتر بیمه‌ای پایه قرار دارند. سالمندانی که به تنهایی زندگی می‌کنند در مقایسه با سایر سالمندان از نظر درصد حمایت بیمه پایه در وضعیت پایین‌تری قرار دارند. به طوری که حدود ۹۰/۴ درصد سالمندان خویش سرپرست تحت پوشش بیمه پایه هستند. پایین بودن درصد پوشش بیمه پایه در بین سالمندان شاغل در مقایسه با سالمندان غیر شاغل از نکات قابل ذکر است. به نظر می‌رسد سالمندانی که شاغل بوده‌اند بیشتر در مناطق روستایی بوده و از بیمه پایه برخوردار نبوده و بازنشسته نبوده‌اند.

همچنین تفاوت معنی‌داری از نظر نوع بیمه بین سالمندان به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی وجود دارد. بیشترین درصد سالمندان شهری، تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی با ۴۵/۲۷ بوده و سالمندان روستایی به بیمه خدمات درمانی با ۵۸/۳۷ درصد تعلق دارد.

پوشش بیمه مکمل یکی از مهمترین اقدامات حمایتی است که در نظام‌های سیاستی مد نظر قرار می‌گیرد. اقدامات حمایتی از سالمندان به عنوان یکی از اقشار آسیب‌پذیر اجتماعی همواره در اولویت‌های سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان اجتماعی بوده است. برخورداری از بیمه مکمل یکی از اقدامات حمایتی است که علاوه بر حمایت مادی سالمندان در مواجهه با بیماری‌ها، زمینه را برای ارتقاء سطح سلامت روان سالمندان فراهم می‌سازد. از این رو شناخت وضعیت سالمندان از نظر پوشش بیمه مکمل به تفکیک گروه‌های مختلف اجتماعی- جمعیتی بسترهای شناختی لازم برای تعیین اولویت‌ها فراهم می‌سازد. بر طبق نتایج بدست آمده از طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت ۱۳۹۳، ۳۱/۳۴ درصد از سالمندان کشور تحت پوشش بیمه مکمل قرار دارند. اگر چه این رقم در مقایسه با کل جمعیت کشور (۲۰/۳۲) در سطح بالاتری قرار دارد ولیکن ضرورت توجه هرچه بیشتر به مقوله حمایت اجتماعی در قالب پوشش بیمه مکمل را نمایان می‌سازد. ضرورت توجه به این امر در صورت وجود تفاوت اجتماعی- جمعیتی سالمندان در برخورداری از بیمه مکمل دوچندان می‌گردد. شکاف قابل توجه بین مناطق شهری و روستایی از نظر درصد سالمندان تحت پوشش بیمه مکمل نشان از ضرورت توجه به سالمندان روستایی از این حیث دارد. همچنانکه در شکل ۴-۱ نیز قابل مشاهده است، سالمندان روستایی با ۱۲ درصد در مقایسه با سالمندان شهری با ۳۹ درصد در سطح بسیار پایینی از برخورداری از بیمه مکمل قرار دارند. اگرچه شکاف قابل ملاحظه‌ای بین زنان و مردان از نظر درصد پوشش بیمه مکمل وجود ندارد، ولی بایستی به پایین بودن سطح پوشش بیمه مکمل زنان در مقایسه با مردان اذعان داشت. زنان با ۲۹/۶۳ درصد در مقایسه با مردان (۳۲/۸۴ درصد) در سطح پایین‌تری قرار دارند. همچنین سالمندان دارای همسر در مقایسه با سالمندان بدون همسر از وضعیت مطلوب‌تری برخوردارند. سالمندان بدون همسر با ۲۵/۲۶ درصد شکاف قابل ملاحظه‌ای با سالمندان دارای همسر (۳۳/۳۱ درصد) دارند.

نتایج حاکی از این است که در انواع متفاوت ترتیبات زندگی خانوار، درصد پوشش بیمه مکمل از تفاوت معنی‌داری برخوردار است. شکاف قابل ملاحظه درصد پوشش بیمه مکمل بین سالمندانی که

خویش‌سرپرست بوده و به تنهایی زندگی می‌کنند و سایر سالمندان نشان از این واقعیت دارد که سالمندان خویش‌سرپرست در مقایسه با سایر سالمندان در مواجهه با هزینه‌های بیماری آسیب‌پذیرترند. سالمندانی که در قالب خانواده‌های زن و شوهری بدون فرزند زندگی می‌کنند در مقایسه با سایر سالمندان از سطح پوشش بیمه مکمل بالاتری برخوردارند.

جدول ۴-۲: توزیع نسبی پوشش بیمه پایه و مکمل جمعیت سالمند (۶۰ سال و بالاتر) و کل جمعیت به تفکیک ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی

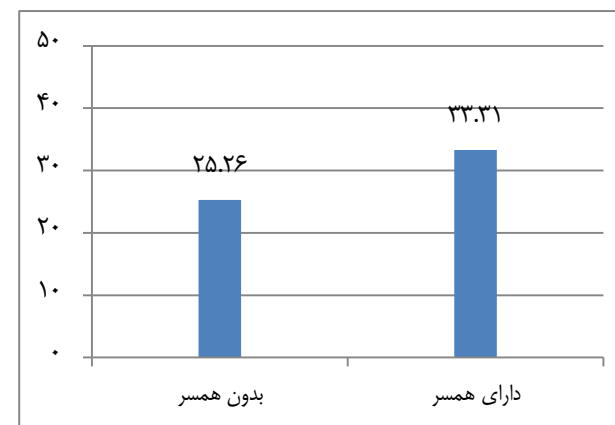
سطح برآورد	وضعیت بیمه پایه							درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه	درصد جمعیت تحت پوشش بیمه مکمل
	خدمات درمانی (غیر از بیمه روستایی)	خدمات درمانی (بیمه روستایی)	تأمین اجتماعی	نیروهای مسلح	سایر بیمه‌ها	نمی‌داند	بیمه ندارد		
جایگاه سکونت	شهری	۲۲/۵۶	۶/۱۴	۴۵/۲۷	۶/۳۹	۱۲/۸۴	۰/۵۶	۶/۲۴	۳۹/۰۴
	روستایی	۸/۹۷	۵۸/۳۸	۲۱/۹۷	۲/۰۱	۵/۵۷	۰/۲۱	۲/۳۹	۱۲/۲۰
جنس	مرد	۱۹/۶۴	۲۰/۱۴	۳۹/۳۴	۵/۴۴	۹/۶۷	۰/۴۲	۵/۳۵	۳۲/۸۴
	زن	۱۷/۷۵	۲۱/۴۱	۳۸/۰۹	۵/۱۵	۱۲/۱۳	۰/۵۱	۴/۹۵	۲۹/۶۳
وضعیت تاهل	دارای همسر	۱۹/۰۴	۲۰/۴۳	۴۰/۳۱	۵/۳۸	۱۰/۰۵	۰/۲۷	۴/۵۲	۳۳/۳۱
	بدون همسر	۱۷/۹۳	۲۱/۶۴	۳۴/۰۷	۵/۰۹	۱۳/۱	۱/۰۵	۷/۱۲	۲۵/۲۶
ترتیب زندگی	خویش‌سرپرست	۱۹/۳۱	۲۰/۸۸	۳۱/۸۶	۴/۹۵	۱۳/۴۱	۱/۸۷	۷/۷۲	۲۶/۳۲
	خانواده زن و شوهری	۱۸/۹۵	۲۱/۰۶	۳۸/۸۹	۵/۰۷	۱۲/۰۱	۰/۱۰	۳/۹۲	۳۴/۹۴
	سایر	۱۸/۶۵	۲۰/۶۶	۳/۹۸	۵/۴	۱۰/۲۲	۰/۳۰	۴/۹۶	۳۱/۵۴
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۶/۰۲	۳۲/۳۳	۳۲/۱۹	۳/۱۵	۸/۹۱	۰/۲۰	۷/۲۱	۱۸/۶۸
	غیر شاغل	۱۹/۳۵	۱۸/۲۵	۴۰/۱۷	۵/۷۷	۱۱/۲۲	۰/۵۲	۴/۷۲	۳۳/۹۸
گروه سنی	۶۰-۶۴	۲۱/۲۳	۱۸/۸۹	۲۹/۵۵	۵/۲۱	۹/۹۶	۰/۳۱	۴/۷۴	۳۳/۰۴
	۶۵-۷۴	۱۷/۲۳	۲۰/۲۸	۴۰/۷۵	۴/۹۳	۱۰/۹۲	۰/۵	۵/۳۸	۳۲/۹۸
	۷۵ و بالاتر	۱۷/۴۷	۲۴/۱۲	۳۴/۴۵	۶/۰۵	۱۱/۸۷	۰/۶۲	۵/۴۳	۲۶/۲۶
	کل سالمندان	۱۸/۷۷	۲۰/۷۳	۳۸/۷۶	۵/۳۱	۱۰/۸۰	۰/۴۶	۵/۱۶	۳۱/۳۴
	کل کشور	۱۵/۱	۲۱/۰۶	۴۲/۴۲	۳/۱۳	۸/۰۶	۰/۳۶	۹/۸۷	۲۰/۳۲



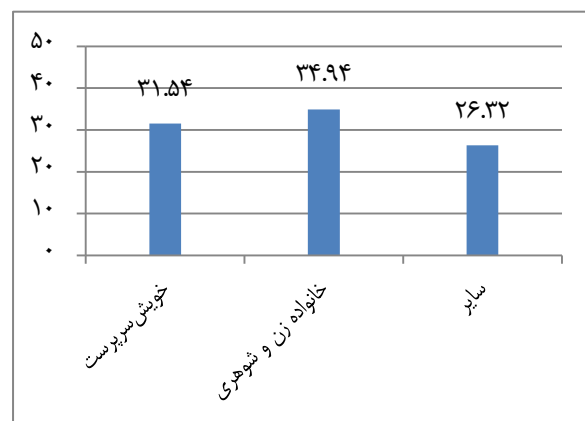
خاستگاه سکونتی



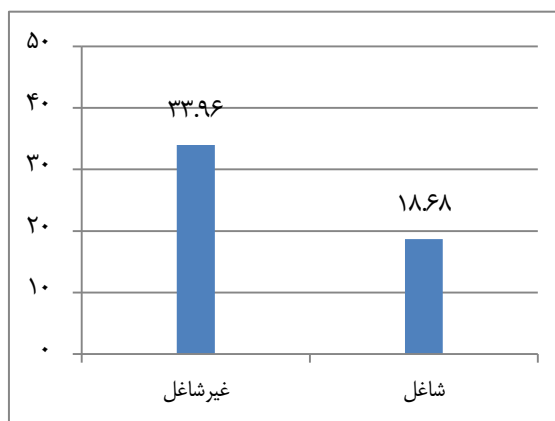
جنس



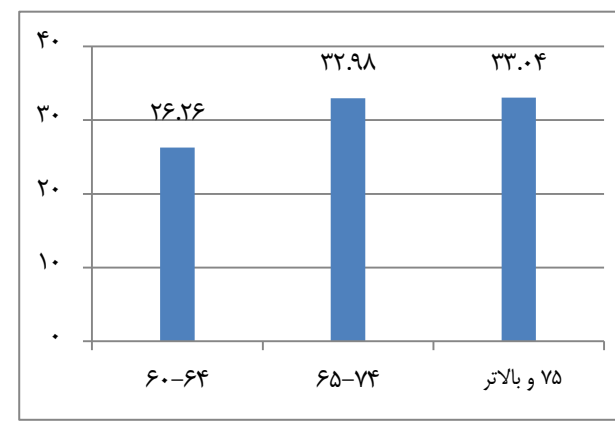
وضعیت تأهل



ترتیبات زندگی



وضعیت اشتغال



گروه سنی

شکل ۴-۱: درصد پوشش بیمه مکمل سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی

وضعیت اشتغال یکی از مهمترین متغیرهایی که تأثیر معنی‌داری در پوشش بیمه مکمل داشته است. سالمندان شاغل با ۱۸/۶۸ درصد در مقایسه با سالمندان غیر شاغل (۳۳/۹۶ درصد) از سطح پوشش بیمه مکمل پایین‌تری برخوردار بوده‌اند.

درصد پوشش بیمه مکمل سالمندان به تفکیک گروه‌های سنی نشان می‌دهد که گروه سنی ۷۵ سال و بالاتر با ۲۶/۲۶ درصد، در مقایسه با سایر سالمندان از درصد کمتری از پوشش بیمه مکمل برخوردارند. این امر به خوبی نشان از تفاوت‌های نسلی در بین سالمندان دارد. به عبارت دیگر سالمندان متعلق به نسل‌های مختلف به دلیل تجربه ساختار اشتغال متفاوت، از درصد متفاوت‌تری از پوشش بیمه مکمل برخوردارند. سالمندانی که در سنین ۶۰ تا ۷۴ سالگی قرار دارند، از سطح بالاتری از بیمه مکمل برخوردارند. از این‌رو، سیاست‌گذارانی که به دنبال اعمال سیاست‌های مداخله‌ای در رابطه با گسترش چتر حمایتی و به خصوص بیمه‌های مکمل هستند، بایستی به نسل‌های سالمند (۷۵ سال و بالاتر) توجه بیشتری داشته باشند.

۴-۴- بهره‌مندی از خدمات سرپایی سالمندان

جدول ۴-۳ 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 اگرچه 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. 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.

نیاز به مراجعه و دریافت خدمت سرپایی		نیازهایی که برای رفع آنها مراجعه‌ای برای دریافت خدمت صورت گرفته				نیازهایی که برای رفع آنها خدمتی دریافت شده است		تعداد کل افراد	سطح براورد		
		تعداد افراد با احساس نیاز	درصد افراد با احساس نیاز	تعداد کل نیازها	نسبت نیازها به کل افراد بر حسب درصد	درصد از کل نیازهای سرپایی	تعداد نیازها				نسبت نیازها به کل افراد بر حسب درصد
خاصه	شهری	۵۹۲۵۳۵۰	۲۰۶۳۳۶۰	۳۴۸۲	۲۸۹۳۰۳۰	۱۷۹۸۸۰۰	۳۰/۳۶	۶۲/۱۸	۱۷۴۰۱۹۳	۲۹/۳۷	۶۰/۱۵
	روستایی	۲۲۹۶۴۵۸	۹۸۱۲۹۹	۴۲/۷۳	۱۳۵۶۱۷۴	۷۴۸۷۹۵	۳۲/۶۱	۵۵/۲۱	۷۲۵۰۹۶	۳۱/۵۷	۵۳/۴۷
جنس	مرد	۴۴۰۸۸۴۰	۱۳۹۵۱۴۹	۳۱/۶۴	۱۸۲۱۴۱۸	۱۱۳۷۵۷۳	۲۵/۸۰	۶۲/۴۶	۱۱۰۰۵۴۵	۲۴/۹۶	۶۰/۴۲
	زن	۳۸۱۲۹۶۸	۱۶۴۹۵۱۱	۴۳/۲۶	۲۴۲۷۷۸۶	۱۴۱۰۰۲۲	۳۶/۹۸	۵۸/۰۸	۱۳۶۴۷۴۴	۳۵/۷۹	۵۶/۲۱
وضع	دارای همسر	۶۱۷۵۳۹۸	۲۱۳۳۶۵۵	۳۴/۵۵	۲۹۰۵۳۵۸	۱۸۱۳۶۰۷	۲۹/۳۷	۶۲/۴۲	۱۷۴۹۵۹۷	۲۸/۳۳	۶۰/۲۲
	بدون همسر	۲۰۴۶۴۱۱	۹۱۱۰۰۰۴	۴۴/۵۲	۱۳۴۳۸۴۶	۷۳۳۹۸۷	۳۵/۸۷	۵۴/۶۲	۷۱۵۶۹۲	۳۴/۹۷	۵۳/۲۶
ترتیبات	خویش سرپرست	۹۶۶۱۱۵	۴۸۷۵۱۹	۵۰/۴۶	۷۵۸۲۲۵	۳۹۷۲۴۲	۴۱/۱۲	۵۲/۳۹	۳۹۰۲۷۹	۴۰/۴۰	۵۱/۴۷
	زن و شوهری	۹۶۰۵۴۰	۴۰۷۱۱۶	۴۲/۳۸	۶۲۰۰۱۴	۳۵۰۶۵۳	۳۶/۵۱	۵۶/۵۶	۳۴۴۶۲۸	۳۵/۸۸	۵۵/۵۸
وضع	سایر	۶۲۹۵۱۵۳	۲۱۵۰۰۲۵	۳۴/۱۵	۲۸۷۰۹۶۶	۱۷۹۹۶۹۹	۲۸/۵۹	۶۲/۶۹	۱۷۳۰۳۸۲	۲۷/۴۹	۶۰/۲۷
	شاغل	۱۴۵۱۳۱۲	۴۴۳۰۷۱	۳۰/۵۳	۵۹۲۸۹۴	۳۳۵۹۶۸	۲۳/۱۵	۵۶/۶۷	۳۲۳۲۰۷	۲۲/۲۷	۵۴/۵۱
گروه سنی	غیر شاغل	۶۷۷۰۴۹۶	۲۶۰۱۵۸۹	۳۸/۴۳	۳۶۵۶۳۱۱	۲۲۱۱۶۲۶	۳۲/۶۷	۶۰/۴۹	۲۱۴۲۰۸۲	۳۱/۶۴	۵۸/۵۹
	۶۴-۶۰	۲۹۵۳۸۱۶	۹۹۶۴۸۳	۳۳/۷۴	۱۳۸۰۵۳۸	۸۵۱۷۳۶	۲۸/۸۴	۶۱/۷۰	۸۲۴۲۷۱	۲۷/۹۱	۵۹/۷۱
گروه سنی	۶۵-۷۴	۳۲۳۲۷۶۵	۱۱۹۴۵۵۰	۳۶/۹۵	۱۶۶۸۶۸۹	۹۹۷۰۱۲	۳۰/۸۴	۵۹/۷۵	۹۶۳۵۳۹	۲۹/۸۱	۵۷/۷۴
	۷۵ و بالاتر	۲۰۳۵۲۲۷	۸۵۳۶۲۶	۴۱/۹۴	۱۱۹۹۹۷۸	۶۹۸۸۴۶	۳۴/۳۴	۵۸/۲۴	۶۷۷۴۷۸	۳۳/۲۹	۵۶/۴۶
گروه سنی	کل سالمندان	۸۲۲۱۸۰۹	۳۰۴۴۶۶۰	۳۷/۰۳	۴۲۴۹۲۰۵	۲۵۴۷۵۹۴	۳۰/۹۹	۵۹/۹۵	۲۴۶۵۲۸۹	۲۹/۹۸	۵۸/۰۲
	کل کشور	۷۶۹۶۲۶۶۰	۱۸۱۱۲۰۹۳	۲۳/۵۳	۲۱۷۸۶۷۵۰	۱۴۲۴۸۵۷۳	۱۸/۵۱	۶۵/۴۰	۱۳۹۰۴۳۴۱	۱۸/۰۷	۶۳/۸۲

به طور کلی، حدود ۶۰ درصد سالمندان به منظور رفع نیازهای سرپایی که ابراز نموده‌اند، برای دریافت خدمت به پزشک یا سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی مراجعه نموده‌اند که در مقایسه با مقدار متناظر کل جمعیت که برابر با ۶۵/۴ درصد بوده است 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 ۶۴-۶۰ ساله در مقایسه با سایر گروه‌های سنی سالمندان اشاره داشت.

یکی از شاخص‌هایی که نشان‌دهنده حجم مراجعات سالمندان کشور برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی سلامت است، متوسط تعداد نیاز مراجعه شده در زمان مرجع به ازای هر ۱۰۰ سالمند است. نتایج نشان می‌دهد که به ازای هر ۱۰۰ سالمند در کل کشور حدود ۳۱ نیاز وجود داشته که برای رفع آن به مراکز درمانی و سلامت مراجعه شده است. این مقدار در مقایسه با ۱۸/۵۱ نیازی که به ازای هر ۱۰۰ نفر از کل جمعیت کشور برآورد شده در سطح بسیار بالاتری قرار دارد.

توزیع نیازهایی که برای رفع آن‌ها مراجعه شده به تفکیک گروه‌های مختلف اجتماعی نشان می‌دهد که تعداد نیازهای زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند در سطح بسیار بالاتری قرار دارد. به عبارتی، به ازای ۱۰۰ زن سالمند ۳۷ نیاز مراجعه شده ثبت شده است که در مقایسه با ۲۵/۸ مردان در سطح بالاتری قرار دارد. برتری نیازهای مراجعه شده سالمندان بدون همسر با مقدار ۳۵/۸۷ نیاز به ازای هر ۱۰۰ نفر در مقایسه با ۲۹/۳۷ نیاز در ازای ۱۰۰ نفر سالمند دارای همسر نشان از ضرورت و اهمیت توجه به خدمات سلامت سالمندان بدون همسر دارد. سالمندان خویش‌سرپرست نیز در مقایسه با سایر سالمندان متوسط تعداد نیاز مراجعه شده بیشتری با متوسط ۴۱/۱۲ نیاز داشته‌اند. همچنین به ازای ۱۰۰ سالمند شاغل ۲۳/۱۵ نیاز مراجعه شده برای دریافت خدمت سرپایی ثبت شده است که در مقایسه با متوسط ۳۲/۶۷ نیاز مراجعه شده به ازای ۱۰۰ سالمند غیر شاغل در سطح پایین‌تری قرار دارد. بنابراین می‌توان به بالا بودن نیازهای مراجعه شده سالمندان غیر شاغل به تبع سطح بالاتر احساس نیاز غیر شاغلان در مقایسه با شاغلان اذعان داشت.

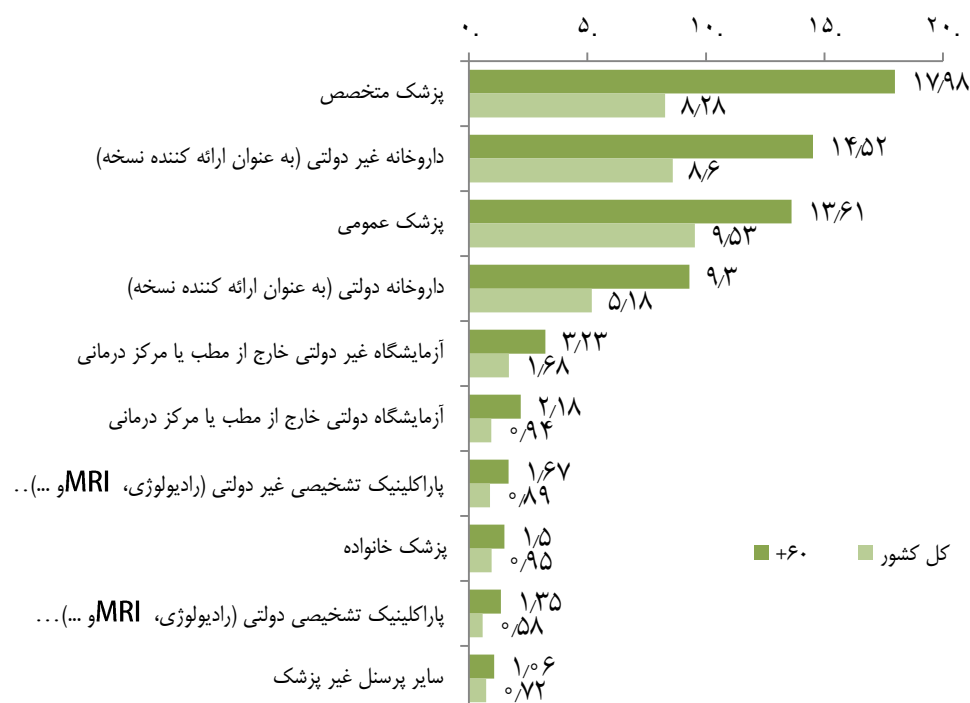
نتایج جدول ۴-۳ نشان داده است که بیش از ۹۷/۵ درصد نیازهایی که کل جمعیت ابراز داشته و برای رفع آن مراجعه نموده‌اند خدمات دریافت نموده‌اند. این امر در بین سالمندان نیز قابل مشاهده است. ۶۳/۸۲ درصد نیازهایی که کل جمعیت کشور برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی ابراز نموده‌اند، خدمات دریافت شده است. در بین سالمندان 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 ۶۰/۱ 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 خویش‌سپرست 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.

جدول ۴-۴ به مقایسه‌ی متوسط بار 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 خدمت اختصاص دارد. نتایج این جدول و شکل ۴-۲ 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.



شکل ۴-۲: متوسط بار مراجعه کل جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر و کل جمعیت برای دریافت خدمات سرپایی از پرمراجعه‌ترین ارائه‌کنندگان خدمت

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 ۴-۴ و شکل ۴-۲، 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 مراجعه‌ی 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 آنجاکه 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 ۴-۴: 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
پزشک متخصص	۱۷/۹۸	۸/۲۸
داروخانه غیر دولتی (به عنوان ارائه‌کننده نسخه)	۱۴/۵۲	۸/۶۰
پزشک عمومی	۱۳/۶۱	۹/۵۳
داروخانه دولتی (به عنوان ارائه‌کننده نسخه)	۹/۳۰	۵/۱۸
آزمایشگاه غیر دولتی خارج از مطب یا مرکز درمانی	۳/۲۳	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	۱/۵۰	۰/۹۵
پاراکلینیک تشخیصی دولتی (رادیولوژی، MRI و ...) خارج از مطب یا مرکز درمانی	۱/۳۵	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
شنوایی سنجی دولتی	۰/۰۶	۰/۰۱
بینایی سنجی دولتی	۰/۰۴	۰/۰۱
بینایی سنجی غیر دولتی	۰/۰۳	۰/۰۰
دندانپزشک تجربی	۰/۰۱	۰/۰۴

متوسط دفعات مراجعه برای هر نیازی که خدمتی برای آن دریافت‌شده، متوسط دفعات مراجعه برای هر نیاز سرپایی و سرانه دفعات مراجعه برای نیازهای سرپایی به ازای هر فرد، سه شاخصی است که می‌تواند وضعت بهره‌مندی سالمندان از خدمات سرپایی را از نظر فراهم بودن زیرساخت‌های سلامت سرپایی نشان دهد (جدول ۴-۵).

متوسط دفعات مراجعه برای یک نیازی که خدمتی برای آن دریافت شده برای کل جمعیت کشور برابر با ۲/۱۶ بوده است که در مقایسه با سالمندان (۲/۲۶) در سطح پایین‌تری است. به عبارت دیگر، سالمندان در مقایسه با سایر افراد جمعیت برای دریافت خدمات سرپایی و رفع هر یک نیاز خود دفعات مراجعه بیشتری دارند. این امر می‌تواند در نتیجه شرایط جسمی و نوع خدمات مورد نظرشان باشد. با این وجود بایستی اذعان داشت که دفعات مراجعه برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی برای کل اقشار جامعه تا حدودی مشابه است. این امر در بین گروه‌های مختلف سالمندان نیز صادق بوده است. بر طبق جدول ۴-۵، متوسط دفعات مراجعه برای نیازهایی که خدمتی برای آن دریافت شده در همه گروه‌های اجتماعی-جمعیتی تا حدودی همسان و یکنواخت است.

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 بخوبی 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 خویش‌سپرست (۰/۸۹) و سالمندان کهنسال (۰/۷۳) در مقایسه با سایر سالمندان سرانه دفعات مراجعه بیشتری برای نیازهای سرپایی داشته‌ند.

جدول ۴-۵: متوسط دفعات مراجعه سالمندان برای خدمات سرپایی در دو هفته قبل از بررسی به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی

نیازهایی که برای رفع آن‌ها خدمتی دریافت شده است	تعداد کل مراجعه‌ها برای دریافت خدمت	متوسط دفعات مراجعه برای هر نیازی که برای رفع آن خدمت دریافت شده است	متوسط دفعات مراجعه برای هر نیاز سرپایی	سرانه دفعات مراجعه برای نیازهای سرپایی به ازای هر فرد
خاص: گام‌های کوچک	۱۷۴۰۱۹۳	۲/۲۸	۱/۳۷	۰/۶۷
	۷۲۵۰۹۶	۲/۲۱	۱/۱۸	۰/۷۰
جنس	۱۱۰۰۵۴۵	۲/۲۳	۱/۳۵	۰/۵۶
	۱۳۶۴۷۴۴	۲/۲۹	۱/۲۹	۰/۸۲
وضعیت تاهل	۱۷۴۹۵۹۷	۲/۲۹	۱/۳۸	۰/۶۵
	۷۱۵۶۹۲	۲/۲۰	۱/۱۷	۰/۷۷
ترتیب‌ات زندگی	۳۹۰۲۷۹	۲/۲۰	۱/۱۳	۰/۸۹
	۳۴۴۶۲۸	۲/۲۸	۱/۲۷	۰/۸۲
وضعیت اشتغال	۱۷۳۰۳۸۲	۲/۲۸	۱/۳۷	۰/۶۳
	۳۲۳۲۰۷	۲/۳۸	۱/۳۰	۰/۵۳
گروه سنی	۸۲۴۲۷۱	۲/۳۱	۱/۳۷	۰/۶۴
	۹۶۳۵۳۹	۲/۲۸	۱/۳۲	۰/۶۸
	۶۷۷۴۷۸	۲/۲۰	۱/۲۴	۰/۷۳
	۲۴۶۵۲۸۹	۲/۲۶	۱/۳۱	۰/۶۸
کل کشور	۱۳۹۰۴۳۴۱	۲/۱۶	۱/۳۷	۰/۳۹

نتایج جدول ۴-۶ نشان می‌دهد که متوسط هزینه‌های خدمات سرپایی در طول سال برای کل جمعیت کشور بیش از ۹۰ هزار تومان بوده است که این مقدار برای سالمندان بالای ۶۰ سال بیش از ۱۰۶ هزار تومان بوده است. این امر نشان می‌دهد که سالمندان هزینه بیشتری را برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی پرداخت می‌کنند. این تفاوت متوسط هزینه‌ها بین سالمندان و کل اقشار جامعه در برخی از انواع خدمات سرپایی نیز قابل مشاهده است. بیشترین تفاوت بین این دو گروه به متوسط هزینه‌های اقدامات درمانی تعلق دارد که در بین سالمندان حدود ۶۰ درصد بالاتر است. به عبارتی متوسط هزینه‌های اقدامات درمانی در بین سالمندان حدود ۴۶ هزار تومان است که در مقایسه با ۲۸ هزار تومان متوسط هزینه‌های سایر اقشار جامعه در سطح بسیار بالاتری قرار دارد. این امر به این دلیل است که تعداد سالمندان مراجعه کننده برای اقدامات درمانی به نسبت جمعیت آنان بیشتر بوده و در برخی موارد با بیماری‌هایی که نیازمند هزینه بیشتری است مواجه هستند. این امر در جدول ۴-۶ به خوبی نمایان است.

متوسط هزینه‌های بهره‌مندی از خدمات سرپایی سالمندان به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی- جمعیتی حکایت از تفاوت معنی‌دار در گروه‌های مختلف دارد. متوسط هزینه‌های پرداختی برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی در مناطق شهری (۱۳۸۷۹ 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.

مهمترین تفاوتی که در بررسی الگوی افتراقی هزینه‌های سرپایی سالمندان به تفکیک نوع خدمات سرپایی در بین سالمندان شهری و روستایی قابل توجه است به اقدامات درمانی، ویزیت و دارو و همچنین رفت و آمد جهت برخورداری از هزینه‌های سرپایی اختصاص دارد. سالمندان شهری برای اقدام درمانی به طور متوسط ۵۳ هزار تومان پرداخت کرده‌اند که سالمندان روستایی در مقابل حدود ۳۰ هزار تومان پرداخت کرده‌اند. متوسط هزینه‌های پرداختی سالمندان شهری برای ویزیت ۱۶۲۴۸ تومان بوده که حدود ۳۶۰۰ تومان از سالمندان روستایی برای ویزیت بیشتر پرداخت نموده‌اند.

جدول ۴-۶: متوسط هزینه‌های سرپایی که مستقیماً توسط سالمند مراجعه کننده در طول سال پرداخت شده به تفکیک نوع خدمات سرپایی و ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی (تومان)

سطح برآورد	نوع خدمات سرپایی						جمع کل هزینه‌ها
	رفت و آمد	ویزیت	اقدامات تشخیصی	اقدامات درمانی	دارو و وسایل	سایر هزینه‌ها	
جانبگاه سکونت	شهری	۹۱۵۰	۱۶۲۴۸	۵۸۱۱۱	۵۳۲۷۵	۴۱۲۹۱	۱۱۳۸۷۹
	روستایی	۱۳۸۱۷	۱۲۶۵۴	۵۶۹۰۷	۲۹۴۵۴	۳۱۰۲۱	۹۰۶۶۹
جنس	مرد	۱۱۸۸۷	۱۶۰۸۲	۶۷۷۱۱	۳۰۳۶۲	۴۰۶۸۴	۱۱۲۰۳۷
	زن	۹۴۷۳	۱۴۴۲۸	۴۹۹۲۳	۵۷۸۹۳	۳۶۱۶۴	۱۰۲۵۰۶
وضعیت تأهل	دارای همسر	۱۱۷۳۸	۱۵۶۲۸	۶۴۴۲۵	۵۶۱۲۸	۳۹۴۲۷	۱۱۷۶۳۱
	بدون همسر	۷۶۴۲	۱۴۰۹۲	۳۸۴۵۱	۲۶۰۳۳	۳۵۲۴۱	۷۹۷۱۸
زیبات زندگی	خویش سرپرست	۶۳۹۹	۱۲۹۷۴	۳۴۱۰۶	۲۰۵۷۸	۴۱۴۲۶	۷۷۱۸۴
	خانواده زن و شوهری	۱۲۳۲۲	۱۴۴۲۰	۴۹۲۳۳	۱۴۳۰۶۱	۳۴۸۶۶	۱۱۴۰۳۸
	سایر	۱۱۱۲۸	۱۵۷۹۰	۶۳۵۱۵	۳۷۷۶۱	۳۸۱۱۶	۱۱۱۵۹۶
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۰۸۸۴	۱۳۹۲۱	۷۲۰۴۵	۴۶۷۶۰	۳۵۴۲۲	۹۳۸۵۳
	غیر شاغل	۱۰۵۰۰	۱۵۳۹۶	۵۵۶۸۴	۴۵۸۶۰	۳۸۶۴۱	۱۰۸۹۲۳
گروه سنی	۶۰-۶۴	۱۰۴۸۹	۱۴۵۶۵	۵۸۹۰۴	۵۱۱۷۴	۳۶۸۷۲	۱۰۴۶۸۸
	۶۵-۷۴	۱۱۷۳۵	۱۷۴۴۱	۶۶۰۰۳	۶۲۱۰۶	۳۸۴۷۱	۱۲۴۱۷۳
	۷۵ و بالاتر	۸۷۶۷	۱۲۴۵۵	۴۲۱۵۹	۱۱۲۸۹	۳۹۵۷۳	۸۳۲۴۳
کل سالمندان							۱۰۶۸۴۳
کل کشور							۹۰۶۹۸

هزینه‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت سرپایی به تفکیک نوع خدمات در بین زنان و مردان نشان می‌دهد که مردان جز در اقدامات درمانی، نسبت به زنان متوسط هزینه‌ی بیشتری را پرداخت نموده‌اند. به عبارت دیگر، هزینه اقدامات درمانی برای زنان سالمند با هزینه‌کرد ۵۸ هزار تومان به طور متوسط از مردان که حدود ۳۰ هزار تومان بوده است، بیشتر بوده‌اند. این امر مبین این است که سالمندان زن نیازهای بیشتری برای اقدام درمانی در مقایسه با سالمندان مرد دارند. سالمندان دارای همسر در مقایسه با سالمندان بدون همسر هزینه‌های بیشتری در رابطه با اقدامات تشخیصی و درمانی پرداخته‌اند به طوری که در هزینه‌های درمانی این تفاوت به بیش از دو برابر می‌رسد. این امر در سالمندانی که با خانواده خود زندگی می‌کند در مقایسه با سایر سالمندان نیز به وضوح دیده می‌شود. به عبارتی، در اقدامات درمانی و تشخیصی، مقدار هزینه‌کرد سالمندانی که به همراه همسر به صورت دونفره زندگی می‌کنند (به ترتیب ۱۴۳ و ۴۹ هزار تومان) از سالمندانی که با سایر اعضای خانوار/خانواده زندگی می‌کنند (به ترتیب ۳۷ و ۶۳ هزار تومان) و سالمندان خویش سرپرست (به ترتیب ۲۰ و ۳۴ هزار تومان) بیشتر است.

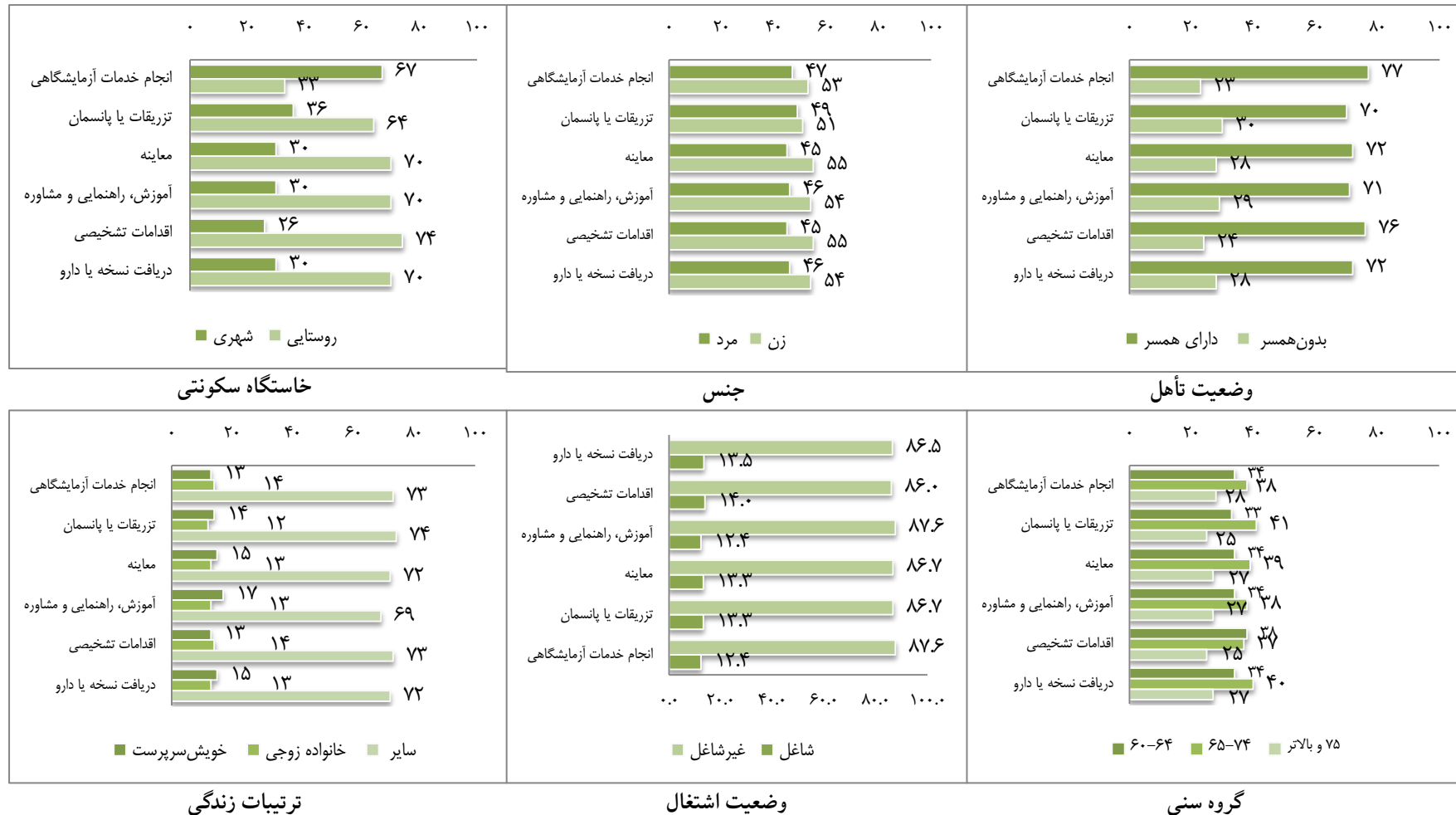
اقدامات تشخیصی کانون تفاوت هزینه‌کرد سالمندان شاغل و غیر شاغل به شمار می‌رود. به عبارت دیگر، سالمندان شاغل با هزینه‌کرد ۷۲ هزار تومان به طور متوسط در مقایسه با سالمندان غیر شاغل (۵۵ هزار تومان) در سطح بالاتری قرار دارند.

جدول ۴-۷ و شکل ۴-۳، به ترتیب توزیع فراوانی و توزیع نسبی برخی خدمات عمده‌ی دریافت شده هنگام مراجعه افراد سالمند برای اولین نیازشان طی دو هفته قبل از آمارگیری را نشان می‌دهد. توزیع نسبی خدمات دریافت شده به تفکیک نوع خدمات نشان می‌دهد که ۶۷ درصد از خدمات آزمایشگاهی دریافت شده منتسب به سالمندان مناطق شهری و ۳۳ درصد به سالمندان مناطق روستایی اختصاص داشته است.

جدول ۴-۷: فراوانی خدمات عمده‌ی دریافت شده هنگام مراجعه افراد سالمند برای اولین نیازشان طی دو هفته قبل از بررسی به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی

	سطح برآورد	نوع خدمات سرپایی				
		انجام خدمات آزمایشگاهی	تزریقات یا پانسمان	معاینه	آموزش، راهنمایی و مشاوره	اقدامات تشخیصی
تقسیمات کشوری	شهری	۱۰۸۶۶۳	۳۹۴۲۳۴	۱۳۶۶۰۷۰	۵۶۳۶۵۰	۵۶۹۳۲۹
	روستایی	۲۲۳۰۴۲	۲۲۴۹۳۰	۵۸۵۷۲۵	۲۳۸۴۸۷	۱۹۹۴۱۸
جنس	مرد	۱۵۴۴۸۵	۳۰۳۴۶۴	۸۸۶۸۸۱	۳۷۰۶۰۴	۳۴۸۳۱۰
	زن	۱۷۷۲۲۰	۳۱۵۷۰۰	۱۰۶۴۹۱۴	۴۳۱۵۳۳	۴۲۰۴۳۷
وضعیت تاهل	دارای همسر	۲۵۷۰۰۶	۴۳۲۸۱۲	۱۴۰۳۰۴۹	۵۶۹۰۳۲	۵۸۴۲۰۵
	بدون همسر	۷۴۶۹۸	۱۸۶۳۵۲	۵۴۸۷۴۶	۲۳۳۱۰۵	۱۸۴۵۴۲
دریافت‌کنندگان	خویش‌سرپرست	۴۲۳۶۲	۸۶۲۱۳	۲۹۴۶۳۹	۱۳۸۸۸۲	۹۷۱۰۶
	خانواده زن و شوهری	۴۵۷۳۷	۷۵۹۸۷	۲۶۱۳۴۷	۱۰۶۹۶۷	۱۰۸۱۲۷
	سایر	۲۴۳۶۰۴	۴۵۶۹۶۴	۱۳۹۵۸۰۹	۵۵۶۲۸۹	۵۶۳۵۱۴
وضعیت اشتغال	شاغل	۴۱۱۹۱	۸۲۴۳۴	۲۵۹۷۸۸	۹۹۳۷۷	۱۰۷۳۱۸
	غیر شاغل	۲۹۰۵۱۴	۵۳۶۷۳۰	۱۶۹۲۰۰۷	۷۰۲۷۶۱	۶۶۱۴۲۹
گروه سنی	۶۰-۶۴	۱۱۳۵۵۱	۲۰۳۵۵۹	۶۵۸۹۹۸	۲۷۵۹۲۵	۲۹۲۹۶۲
	۶۵-۷۴	۱۲۵۲۲۹	۲۵۶۰۱۷	۷۶۷۲۶۴	۳۰۸۴۴۱	۲۸۷۰۹۷
	۷۵ و بالاتر	۹۲۹۲۵	۱۵۷۷۸۸	۵۲۵۵۳۳	۲۱۷۷۷۲	۱۸۸۶۸۸
	کل سالمندان	۳۳۱۷۰۵	۶۱۹۱۶۴	۱۹۵۱۷۹۵	۸۰۲۱۳۷	۷۶۸۷۴۷
	درصد	۲۳/۰۶	۱۵/۰۷	۱۶/۸۴	۱۸/۵۱	۲۱/۴۲
	کل کشور	۱۴۳۸۶۸۷	۴۱۰۷۷۲۸	۱۱۵۸۹۸۵۶	۴۳۳۴۱۸۶	۳۵۸۸۲۳۱

آنچنان که در شکل ۴-۳ نشان داده شده است، نتایج نشان از عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین دو جنس از نظر ترکیب بهره‌مندی از خدمات سرپایی سلامت دارد. سهم سالمندان دارای همسر از کلیه خدمات دریافت شده سرپایی به تفکیک نوع خدمات بسیار بالاتر از سالمندان بدون همسر است. در همه انواع خدمات سرپایی ارائه شده، سهم سالمندان دارای همسر از تعداد خدمات ارائه شده بیش از ۷۰ درصد بوده است. این امر به دلیل بالا بودن تعداد جمعیت سالمندان دارای همسر با وجود درصد نیازهای کمتر این گروه اجتماعی است. توزیع نسبی نوع خدمات سرپایی به تفکیک ویژگی‌های جمعیتی (شکل ۴-۳) نشان می‌دهد که اگرچه ممکن که تفاوت قابل توجهی از نظر درصد نیازهای خدمات سرپایی در بین گروه‌های مختلف سالمندان وجود داشته باشد، اما تعداد جمعیت سالمندان در این گروه‌ها همواره نقش تعیین کننده‌ای در تعداد نیازهای سرپایی سالمندان دارند.



شکل ۳-۴: توزیع نسبی برخی خدمات عمده‌ی دریافت شده هنگام مراجعه افراد سالمند برای اولین نیازشان طی دو هفته قبل از بررسی به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی

جدول ۴-۸، پیامد خوداظهار شده سالمندان از مراجعه و دریافت خدمات سلامت به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی جمعیتی سالمندان را نشان می‌دهد. حدود ۴۰/۴ درصد جمعیت کشور که برای مشکل سرپایی به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت سرپایی مراجعه نموده‌اند، مشکل آنها به صورت کامل حل شده است و حدود ۷ درصد نیز بر عدم حل مشکلشان تأکید داشته‌اند. حدود ۳۰ درصد نیز ادامه درمان را به عنوان پیامد مراجعه برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی سلامت بیان نموده‌اند. در رابطه با سالمندان بالای ۶۰ سال، حدود ۲۰/۴ درصد بر حل کامل مشکل آنها پس از مراجعه و دریافت خدمات سرپایی سلامت اذعان داشته‌اند. تداوم روند درمان با ۴۵ درصد مهمترین پیامد و وضعیت سالمندان پس از مراجعه برای بهره‌مندی از خدمات سلامت سرپایی است. حدود ۸/۵ درصد سالمندان نیز بر عدم حل مشکلشان تأکید داشته‌اند. الگوی وضعیت پیامد دریافت خدمات سلامت سرپایی در بین سالمندان حکایت از تفاوت ناچیز دارد اما در مجموع می‌توان بر همسانی نسبی گروه‌های مختلف اجتماعی-جمعیتی از نظر پیامدهای برخورداری از خدمات سلامت سرپایی اذعان داشت. شاید یکی از مهمترین دلایل بالا بودن درصد «تداوم روند درمان» به عنوان یکی از پیامدهای بهره‌مندی از خدمات سلامت سرپایی، شیوع بیشتر بیماری‌های توانکاه در بین سالمندان و لزوم مراجعه مداوم برای بررسی وضعیت سلامت آنان باشد.

جدول ۴-۸: پیامد خوداظهار شده سالمندان از مراجعه و دریافت خدمات سلامت به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی جمعیتی سالمندان

	سطح برآورد	پیامد دریافت خدمات سلامت			
		حل کامل	حل نشدن مشکل	رفع نسبی	ادامه درمان
حاصلگاه سکونت	شهری	۲۰/۵۸	۸/۳۶	۲۳/۰۹	۴۷/۲۹
	روستایی	۲۰/۱۰	۸/۷۲	۳۰/۰۳	۴۰/۲۴
جنس	مرد	۲۰/۸۶	۸/۱۱	۲۵/۲۳	۴۵/۱۱
	زن	۲۰/۰۷	۸/۷۶	۲۵/۱۲	۴۵/۲۲
وضعیت تأهل	دارای همسر	۱۹/۶۳	۸	۲۵/۲۱	۴۶/۳۶
	بدون همسر	۲۲/۴۹	۹/۶۵	۲۵/۰۷	۴۲/۱۵
ترتیب‌های زندگی	خویش سرپرست	۲۴/۱۴	۷/۰۸	۲۲/۲۹	۴۵/۶۵
	خانواده زن و شوهری	۱۷/۲۸	۹/۳۲	۲۹/۵۵	۴۲/۲۷
	سایر	۲۰/۲۳	۸/۶	۲۴/۹۷	۴۵/۶۱
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۱/۷۸	۷/۱۸	۲۹/۲۱	۴۱/۳۶
	غیر شاغل	۲۰/۲۲	۸/۶۷	۲۴/۵۳	۴۵/۷۸
گروه سنی	۶۰-۶۴	۲۴/۵۴	۷/۵۸	۲۳/۱۱	۴۴/۲۹
	۶۵-۷۴	۱۸/۰۸	۸/۸۶	۲۶/۵۳	۴۵/۵۴
	۷۵ و بالاتر	۱۸/۶۴	۹/۰۲	۲۵/۸۱	۴۵/۷۷
	کل سالمندان	۲۰/۴۳	۸/۴۷	۲۵/۱۷	۴۵/۱۷
	کل کشور	۴۰/۳۸	۶/۹۶	۲۱/۶۴	۳۰/۰۵

بر اساس نتایج جدول ۴-۹، در سطح کل سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر، ۵۹/۰۷ درصد از افرادی که برای رفع نیاز خود اقدامی نکرده‌اند، علت عدم مراجعه خود را بودن دارو در منزل و مصرف آن (خود درمانی) بیان کرده‌اند که این افراد حدود ۲۱/۲۸ درصد کل افراد سالمند نیازمند به دریافت خدمت سرپایی یعنی ۳۰۴۴۶۳۰ نفر بوده‌اند. همچنین ۶۰/۷۷ درصد از افراد سالمند که برای رفع نیاز خود اقدامی نکرده‌اند، علت

عدم مراجعه را قابل پرداخت نبودن هزینه بیان کرده‌اند که این افراد ۲۱/۹۷ درصد افراد سالمند نیازمند به دریافت خدمت سرپایی هستند. خوددرمانی و قابل پرداخت نبودن هزینه‌ها از مهمترین دلایل عدم مراجعه به مراکز ارائه دهنده خدمات سرپایی سلامت در بین جمعیت کشور و سالمندان بوده است. این امر در کل سالمندان با ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی مختلف نیز صادق است.

جدول ۴-۹: دلایل عدم اقدام برای مراجعه سالمندان برای دریافت خدمات سلامت به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی

دلایل عدم مراجعه خدمات سرپایی			سطح برآورد
خوددرمانی	عدم پوشش مناسب بیمه	قابل پرداخت نبودن هزینه	
۶۱/۲۳	۲۶/۱۸	۵۴/۲۲	شهری
۵۵/۲۸	۲۵/۹۲	۷۲/۱۸	روستایی
۵۸/۳۲	۲۶/۹۶	۵۹/۰۸	مرد
۵۹/۶۵	۲۵/۴	۶۲/۱	زن
۵۸/۵۱	۲۷/۷۳	۶۰/۳۱	دارای همسر
۶۰/۱۲	۲۲/۹۶	۶۱/۶۵	بدون همسر
۵۹/۴۸	۲۲/۵۸	۵۹/۸۳	خویش سرپرست
۵۷/۷	۲۹/۵۲	۵۸/۱۶	خانواده زن و شوهری
۵۹/۲۷	۲۶/۳۲	۶۱/۶۷	سایر
۵۲/۱	۲۳/۱۶	۶۵/۸۵	شاغل
۶۰/۴۱	۲۶/۶۵	۵۹/۷۸	غیر شاغل
۵۹/۶۸	۲۶/۳۹	۶۲/۹۶	۶۰-۶۴
۵۸/۳۵	۲۶/۴	۵۸/۳۸	۶۵-۷۴
۵۹/۴۱	۲۵/۳۴	۶۱/۷۸	۷۵ و بالاتر
۵۹/۰۷	۲۶/۰۸	۶۰/۷۷	کل سالمندان
۶۳/۱۱	۲۳/۶۵	۵۶/۶۱	کل کشور

جدول ۴-۱۰ میزان رضایتمندی سالمندان از بهره‌مندی خدمات سرپایی سلامت را نشان می‌دهد. حدود ۷۱ درصد از جمعیت کل کشور میزان رضایت از بهره‌مندی از خدمات سرپایی سلامت را در حد خوب و خیلی خوب ارزیابی نموده‌اند. این درصد در بین سالمندان بالای ۶۰ سال نیز حدود ۷۰/۴ است. همچنین میزان رضایت از خدمات سرپایی ارائه شده در بین گروه‌های مختلف اجتماعی و جمعیتی نشان می‌دهد که سالمندان روستایی (۷۴/۶ درصد) در مقایسه با سالمندان شهری (۶۸/۶ درصد) و سالمندان خویش سرپرست (۷۶ درصد) در مقایسه با سالمندان با ترتیبات زندگی زن و شوهری (۶۷/۳ درصد) از میزان رضایت بالاتری از نظر بهره‌مندی از خدمات سرپایی سلامت برخوردار بوده‌اند.

جدول ۴-۱۰: میزان رضایت سالمندان از بهره‌مندی خدمات سرپایی سلامت به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی

سطح برآورد	میزان رضایت از خدمات سرپایی				
	خیلی خوب	خوب	متوسط	ضعیف	نظری ندارم
خاستگاه	شهری	۱۱/۲	۵۷/۴۲	۲۵/۵۱	۴/۳۲
سکونت	روستایی	۱۳/۲	۶۱/۴۸	۲۰/۳۲	۳/۷۹
جنس	مرد	۱۲/۶۶	۵۷/۳۳	۲۴/۲۲	۴/۱۳
	زن	۱۱/۰۴	۵۹/۷۶	۲۳/۶۹	۴/۱۸
وضعیت تأهل	دارای همسر	۱۱/۵۹	۵۷/۹۶	۲۴/۳۶	۴/۲
	بدون همسر	۱۲/۲۵	۶۰/۴۲	۴۲/۸۳	۴/۰۵
ترتیبات زندگی	خویش سرپرست	۱۴/۹۷	۶۱/۰۶	۲۱/۱	۲/۷۲
	خانواده زن و شوهری	۱۰/۱۲	۵۷/۳۴	۲۶/۳۱	۳/۶۲
	سایر	۱۱/۴۲	۵۸/۳۹	۲۴/۰۹	۴/۵۶
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۳/۹۷	۵۶/۳۹	۲۳/۵۸	۳/۶۴
	غیر شاغل	۱۱/۴۳	۵۹/۰۱	۲۳/۹۹	۴/۲۴
گروه سنی	۶۰-۶۴	۱۰/۲۱	۵۹/۹۱	۲۴/۱۷	۳/۹۵
	۶۵-۷۴	۱۱/۶۵	۵۷/۰۸	۲۴/۶۳	۴/۹۷
	۷۵ و بالاتر	۱۳/۹۷	۵۹/۳۴	۲۲/۶۲	۳/۲۴
	کل سالمندان	۱۱/۷۸	۵۸/۶۵	۲۳/۹۳	۴/۱۶
	کل کشور	۱۰/۷۸	۶۰/۲۵	۲۲/۹۲	۴/۹۳

۴-۵- بهره‌مندی از خدمات بستری سالمندان

جدول ۴-۱۱، 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 نیاز به بهره‌مندی از خدمات بستری در بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی داشته‌اند، ۱۶/۴۸ درصد سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) نیاز به بهره‌مندی از خدمات بستری داشته‌اند. 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 (۶/۵۴ 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) 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 اشتغال بر سلامت روان تأثیر قابل توجهی بر سلامت جسمانی سالمندان دارد.

همچنین نتایج نشان می‌دهد که به ازای ۱۰۰ نفر از افراد کل کشور ۷/۴۳ نیاز مراجعه شده برای بستری ثبت شده است. این در حالی است که در بین سالمندان به ازای هر ۱۰۰ نفر برای ۱۷/۲۶ نیاز به بستری شدن در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مراجعه شده است. تفاوت قابل ملاحظه‌ای از این نظر بین سالمندان روستایی و شهری وجود دارد. به عبارتی، به ازای ۱۰۰ سالمند روستایی برای ۹/۲۲ نیاز به بستری شدن مراجعه شده و در مقابل به ازای ۱۰۰ سالمند شهری برای ۱۶/۵۱ نیاز برای بستری شدن مراجعه شده است. این در حالی است که درصد سالمندانی که احساس نیاز برای بستری شدن دارند در بین سالمندان شهری بیشتر بوده است. سالمندان ۷۵ سال و بالاتر در مقایسه با سایر سالمندان بیشترین نیاز مراجعه شده برای بستری شدن را با ۲۱/۳ نیاز به ازای ۱۰۰ نفر سالمند ۷۵ سال و بالاتر به خود اختصاص داده‌اند.

جدول ۴-۱۱: وضعیت نیاز سالمندان برای بهره‌مندی از خدمات بستری به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی

		نیاز به مراجعه و دریافت خدمت بستری				نیازهایی که برای بستری مراجعه صورت گرفته				نیازهایی که برای رفع آنها بستری صورت گرفته است			
میانگین تعداد دفعات بستری	درصد افراد با بستری شده‌اند	تعداد افراد با احساس نیاز	درصد افراد با احساس نیاز	تعداد نیاز به مراجعه برای بستری	درصد افراد با احساس نیاز	نسبت نیازها به کل افراد	درصد از کل نیازهای بستری	تعداد نیازهای بستری شده	درصد از کل نیازهای بستری	تعداد بستری در طول سال (تعداد افراد بستری شده)	درصد از کل نیازهای بستری	درصد از افراد با نیاز به بستری که بستری شده‌اند	میانگین تعداد دفعات بستری
خاستگاه سکونی	شهری	۵۹۲۵۳۵۰	۹۴۱۵۳۷	۱۵۸۹	۱۰۴۶۲۴۳	۹۷۸۰۸۸	۱۶۵۱	۹۳۴۹	۹۵۸۶۸۸	۹۱۶۳	۷۷۴۵۱۰	۸۲۲۶	۱۱۸۱
	روستایی	۲۲۹۶۴۵۸	۴۱۳۳۸۱	۱۸۰۰	۴۶۱۷۰۹	۴۴۱۲۹۲	۹۲۲	۹۵۵۸	۴۲۲۲۱۵	۹۱۴۵	۳۲۲۱۱۶	۷۷۹۲	۷۲۷
جنس	مرد	۴۴۰۸۸۴۰	۷۲۹۲۶۱	۱۶۵۴	۸۱۴۶۲۱	۷۶۷۹۹۲	۱۷۴۲	۹۴۲۸	۷۵۲۹۸۹	۹۲۴۳	۵۹۵۳۶۷	۸۱۶۴	۱۲۰۹
	زن	۳۸۱۲۹۶۸	۶۲۵۶۵۶	۱۶۴۱	۶۹۳۳۳۱	۶۵۱۳۸۸	۱۷۰۸	۹۳۹۵	۶۲۷۹۱۴	۹۰۵۶	۵۰۱۲۵۷	۸۰۱۲	۱۱۹۷
وضعیت تاهل	دارای همسر	۶۱۷۵۳۹۸	۹۹۳۳۲۶	۱۶۰۹	۱۱۰۷۷۶۸	۱۰۴۶۶۰۹	۱۶۹۵	۹۴۴۸	۱۰۲۷۰۲۷	۹۲۷۱	۸۲۴۲۱۸	۸۲۹۸	۱۱۹۳
	بدون همسر	۲۰۴۶۴۱۱	۳۶۱۵۹۱	۱۷۶۷	۴۰۰۱۸۴	۳۷۲۷۷۱	۱۸۲۲	۹۳۱۵	۳۵۳۸۷۶	۸۸۴۳	۲۷۲۴۰۶	۷۵۳۴	۱۲۳۴
ترتبات زندگی	خویش‌سرپرست	۹۶۶۱۱۵	۱۶۹۵۰۹	۱۷۵۵	۱۸۵۲۴۸	۱۷۳۴۵۰	۱۷۹۵	۹۳۶۳	۱۶۸۴۱۲	۹۰۹۱	۱۲۳۷۷۹	۷۳۰۲	۱۱۷۸
	زن و شوهری	۹۶۰۵۴۰	۱۴۶۹۲۵	۱۵۳۰	۱۶۷۱۷۱	۱۵۴۷۶۷	۱۶۱۱	۹۲۵۸	۱۵۲۸۰۹	۹۱۴۱	۱۲۰۰۴۷	۸۱۷۱	۱۱۱۹
	سایر	۶۲۹۵۱۵۳	۱۰۳۸۴۸۴	۱۶۵۰	۱۱۵۵۵۳۳	۱۰۹۱۱۶۳	۱۷۳۳	۹۴۴۳	۱۰۵۹۶۸۱	۹۱۷۰	۸۵۲۷۹۸	۸۲۱۲	۱۲۲۰
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۴۵۱۳۱۲	۱۹۳۸۰۸	۱۳۳۵	۲۱۷۴۹۳	۲۰۳۳۶۲	۱۴۰۱	۹۳۵۰	۲۰۰۸۱۸	۹۲۳۳	۱۵۶۸۳۵	۸۰۹۲	۹۶۵
	غیر شاغل	۶۷۷۰۴۹۶	۱۱۶۱۱۱۰	۱۷۱۵	۱۲۹۰۴۵۹	۱۲۱۶۰۱۸	۱۷۹۶	۹۴۲۳	۱۱۸۰۰۸۵	۹۱۴۵	۹۳۹۷۹۰	۸۰۹۴	۱۲۵۴
گروه سنی	۶۰-۶۴	۲۹۵۳۸۱۶	۳۹۵۲۶۵	۱۳۳۸	۴۴۵۵۶۴	۴۰۸۹۸۶	۱۳۸۵	۹۱۷۹	۳۹۶۹۵۰	۸۹۰۹	۳۲۸۴۴۶	۸۳۱۰	۹۸۲
	۶۵-۷۴	۳۲۳۲۷۶۵	۵۴۵۹۴۲	۱۶۸۹	۶۰۷۱۳۰	۵۷۶۹۳۰	۱۷۸۵	۹۵۰۳	۵۶۱۰۴۸	۹۲۴۱	۴۵۵۰۲۱	۸۳۳۵	۱۲۶۶
	۷۵ و بالاتر	۲۰۳۵۲۲۷	۴۱۳۷۱۱	۲۰۳۳	۴۵۵۲۵۸	۴۳۳۴۶۴	۲۱۳۰	۹۵۲۱	۴۲۲۹۰۵	۹۲۸۹	۳۱۳۱۵۷	۷۵۶۹	۱۴۲۴
	کل سالمندان	۸۲۲۱۸۰۹	۱۳۵۴۹۱۸	۱۶۴۸	۱۵۰۷۹۵۲	۱۴۱۹۳۸۰	۱۷۲۶	۹۴۱۳	۱۳۸۰۹۰۳	۹۱۵۷	۱۰۹۶۶۲۴	۸۰۹۴	۱۲۰۳
	کل کشور	۷۶۹۶۲۶۶۰	۵۶۷۹۱۲۶	۷۳۸	۶۰۵۶۴۳۱	۵۷۱۴۶۴۶	۷۴۳	۹۴۳۶	۵۵۷۱۴۱۴	۹۱۹۹	۴۸۰۴۷۷۶	۸۴۶۰	۵۸۵

نتایج جدول ۴-۱۲ نشان می‌دهد که برای حدود ۹۲ درصد از نیازهای افراد به بستری، خدمات بستری دریافت شده است. اما آنچه که مهم است درصد سالمندان با نیاز به بستری است که بستری شده و خدمات بستری دریافت نموده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که حدود ۸۱ درصد سالمندانی که نیاز به بستری داشته‌اند خدمات بستری دریافت نموده‌اند. این مقدار در مقایسه با ۸۴/۶ درصد کل کشور در سطح پایین‌تری قرار داشته و این بدین معنی است که سالمندان با وجود نیاز بیشتر به برخورداری از خدمات بستری، کمتر از سایر اقشار جامعه از این خدمات بهره‌مند شده‌اند. این مهم در بین سالمندان با ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی مختلف نیز تفاوت معنی‌دار برخوردار است. سالمندان روستایی (۷۸ درصد)، سالمندان بدون همسر (۷۵/۳۴ درصد)، سالمندان خویش‌سپرست (۷۳/۰۲ درصد) و کهنسالان (۷۵/۶۹ درصد) با وجود بالا بودن نیاز به بستری و بالا بودن درصد مراجعه به بستری در مقایسه با سایر سالمندان کمتر از خدمات بستری بهره‌مند شده‌اند. این امر می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلف همچون مسائل اقتصادی و هزینه‌کرد برای بهره‌مندی از این خدمات، ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی سالمندان باشد. شاخص میانگین دفعات بستری نشان می‌دهد که سالمندان با متوسط ۰/۱۵ دفعه با تفاوت قابل توجهی بیشتر از جمعیت کل کشور (۰/۰۷ دفعه) بیشتر بستری شده‌اند. این امر از یک سو نشان از آسیب‌پذیری سالمندان در مقابله با بیماری‌ها دارد و از سوی دیگر و لزوم توجه به فراهم‌سازی زیرساخت پزشکی و سلامت برای سالمندان را نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۴-۱۲ نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از خدمات ارائه‌شده برای سالمندان کشور در قالب بستری به اقدامات تشخیصی (۵۳/۴۴ درصد) اختصاص دارد. خدمات درمانی و جراحی با ۳۶/۳۲ درصد در مرتبه بعدی سهم خدمات بستری ارائه شده به سالمندان، قرار دارد. تفاوت قابل توجهی از نظر الگو و ترکیب خدمات ارائه شده در قالب خدمات بستری به تفکیک گروه‌های اجتماعی-جمعیتی دیده نمی‌شود. به عبارت بهتر، همه سالمندان کشور از الگوی یکنواختی برخوردار بوده و در همه سالمندان بیشترین سهم خدمات بستری به خدمات تشخیصی اختصاص دارد. نتایج نشان می‌دهد که متوسط روزهای بستری در بین سالمندان ۵/۴ روز بوده است که در مقایسه با متوسط کشوری (۴/۵۴) در سطح بالاتری قرار دارد. مطابق با تحقیقات انجام گرفته در زمینه وضعیت سلامت و بهره‌مندی از خدمات سالمندان می‌توان روزهای بستری را به عنوان شاخصی برای سطح بیماری و سلامت سالمندان و لزوم توجه هرچه بیشتر به گروه‌های اجتماعی-جمعیتی سالمندان که روزهای بیشتری را بستری بوده‌اند، در نظر گرفت (هایدر^۱، ۲۰۱۴). نتایج نشان می‌دهد 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.

¹ Heider

جدول ۴-۱۲: وضعیت بهره‌مندی از خدمات بستری سالمندان به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی

سطح برآورد	تعداد و درصد خدمات بستری به تفکیک نوع خدمات*			متوسط طول مدت بستری (روز)	متوسط هزینه کل یک بار بستری (تومان)	متوسط هزینه کل حداکثر سه بار بستری (از جیب پرداخته شده به تومان)
	خدمات درمانی و جراحی (درصد)	خدمات تشخیصی (درصد)	سایر خدمات (درصد)			
خانهگاه سکرتی	شهری	۵۴۵۷۹۰ (۳۶/۵۶)	۷۹۹۹۵۵ (۵۳/۵۸)	۱۴۷۲۱۳ (۹/۸۶)	۵/۱۸	۱۷۷۳۹۱۳
	روستایی	۲۱۳۸۴۰ (۳۵/۷۳)	۳۱۷۸۰۵ (۵۳/۰۹)	۶۶۹۱۵ (۱۱/۱۸)	۵/۸۹	۱۴۳۷۵۵۱
جنس	مرد	۴۳۰۲۱۹ (۳۶/۹۵)	۶۲۳۶۸۸ (۵۳/۵۶)	۱۱۰۵۶۵ (۹/۴۹)	۵/۷۸	۱۷۰۳۵۱۵
	زن	۳۲۹۴۱۲ (۳۵/۵۳)	۴۹۴۰۷۱ (۵۳/۳۰)	۱۰۳۵۶۲ (۱۱/۱۷)	۴/۹۳	۱۶۳۵۷۶۱
وضعیت تاهل	دارای همسر	۵۸۹۴۷۵ (۳۷/۶۳)	۸۳۴۰۰۸ (۵۳/۲۴)	۱۴۲۹۰۱ (۹/۱۲)	۵/۶۱	۱۷۶۱۷۲۵
	بدون همسر	۱۷۰۱۵۶ (۳۲/۴۰)	۲۸۳۷۵۲ (۵۴/۰۳)	۷۱۲۲۶ (۱۳/۵۶)	۴/۷۹	۱۳۹۹۶۷۳
ترتیبات زندگی	خویش سرپرست	۷۹۶۳۳ (۳۲/۹۴)	۱۲۸۰۵۹ (۵۲/۹۷)	۳۴۰۷۲ (۱۴/۰۹)	۵/۰۸	۱۱۶۸۷۹۲
	خانواده زن و شوهری	۸۲۳۸۴ (۳۷/۴۰)	۱۱۹۷۲۸ (۵۴/۳۶)	۱۸۱۵۷ (۸/۲۴)	۵/۷۶	۱۹۴۸۹۲۱
	سایر	۵۹۷۶۱۳ (۳۶/۶۷)	۸۶۹۹۷۳ (۵۳/۳۹)	۱۶۱۸۹۹ (۹/۹۴)	۵/۴۰	۱۷۱۰۶۷۰
	شاغل	۱۱۲۰۶۳ (۳۹/۶۲)	۱۴۳۶۴۸ (۵۰/۷۸)	۲۷۱۶۲ (۹/۶۰)	۵/۱۸	۱۳۹۰۳۵۴
وضعیت اشتغال	غیر شاغل	۶۴۷۵۶۷ (۳۵/۸۰)	۹۷۴۱۱۲ (۵۳/۸۶)	۱۸۶۹۶۶ (۱۰/۳۴)	۵/۴۴	۱۷۱۹۶۱۰
گروه سنی	۶۰-۶۴	۲۳۲۲۵۶ (۳۸/۱۵)	۳۱۵۳۵۲ (۵۱/۸۰)	۶۱۱۸۳ (۱۰/۰۵)	۵/۱۵	۱۶۱۵۷۵۸
	۶۵-۷۴	۳۱۹۶۲۲ (۳۸/۷۱)	۴۱۶۹۰۸ (۵۰/۴۹)	۸۹۲۳۱ (۱۰/۸۱)	۵/۲۰	۱۹۴۸۴۱۰
	۷۵ و بالاتر	۲۰۷۷۵۳ (۳۱/۶۲)	۳۸۵۴۹۹ (۵۸/۶۸)	۶۳۷۱۳ (۹/۷۰)	۵/۸۸	۱۳۲۸۲۰۰
	کل سالمندان	۷۵۹۶۳۱ (۳۶/۳۲)	۱۱۱۷۷۶۰ (۵۳/۴۴)	۲۱۴۱۲۷ (۱۰/۲۴)	۵/۴۰	۱۶۷۲۴۲۰
	کل کشور	۲۸۴۳۱۷۲	۴۰۰۷۶۲۸	۱۶۳۵۷۸۰	۴/۵۴	۱۴۴۶۲۱۴

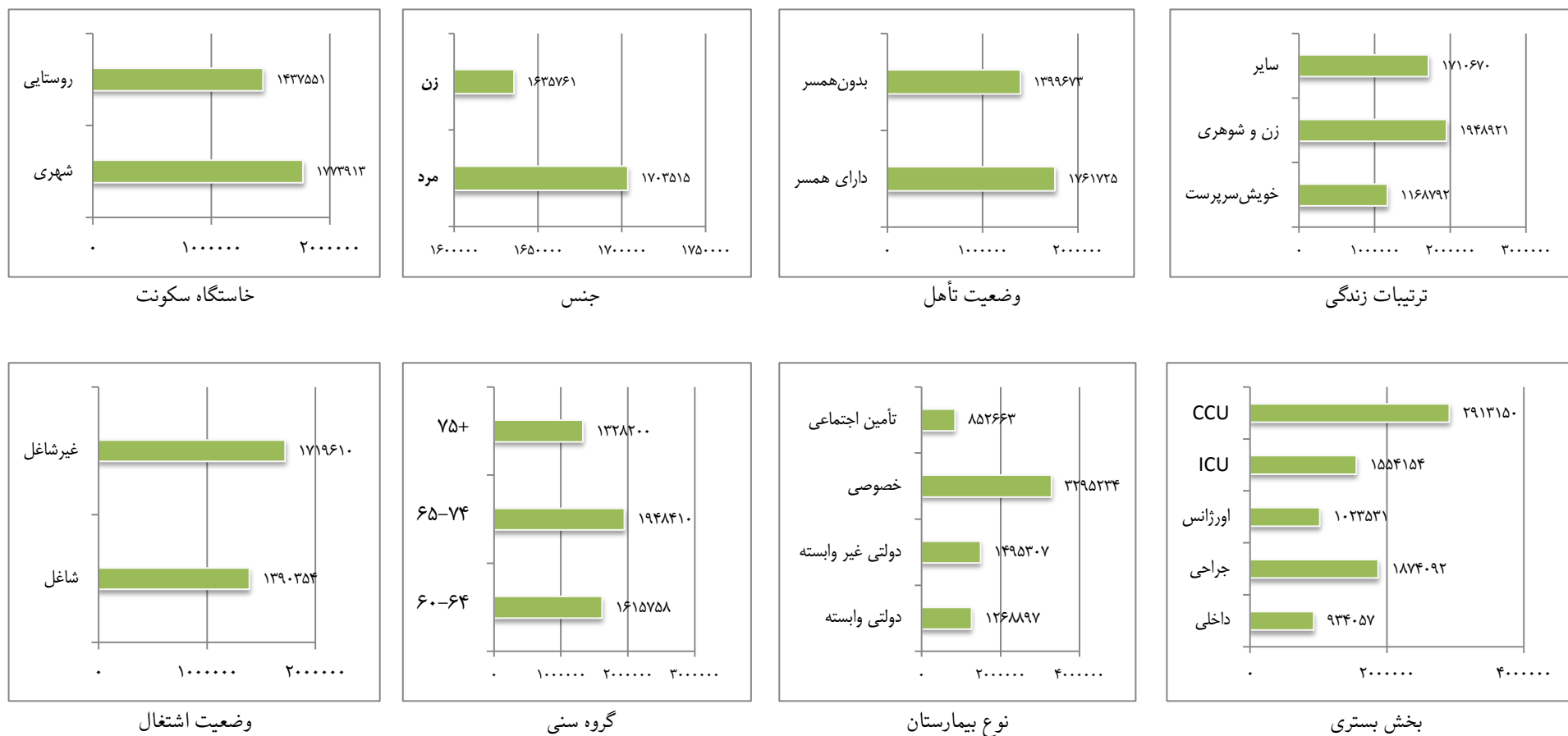
جدول ۴-۱۳: وضعیت بهره‌مندی سالمندان از خدمات بستری به تفکیک نوع بیمارستان و انواع بخش‌های بستری

نوع بیمارستان	سطح برآورد	تعداد و درصد خدمات بستری به تفکیک نوع خدمات*			متوسط طول مدت بستری (روز)	متوسط هزینه کل یک‌بار بستری (تومان)	متوسط هزینه حداکثر سه‌بار بستری (از جیب پرداخته شده به تومان)
		خدمات درمانی و جراحی (درصد)	خدمات تشخیصی (درصد)	سایر خدمات (درصد)			
نوع بیمارستان	دولتی وابسته به وزارت بهداشت	۴۳۶۶۲۴ (۳۳/۶۶)	۷۰۷۲۴۲ (۵۴/۵۲)	۱۵۳۴۱۶ (۱۱/۸۳)	۵/۷۹	۱۲۶۸۸۹۷	۱۸۹۶۸۰۳
	دولتی غیر وابسته به وزارت بهداشت	۳۲۳۵۲ (۳۴/۵۸)	۵۲۵۷۳ (۵۶/۲۰)	۸۶۲۶ (۹/۲۲)	۴/۶۳	۱۴۹۵۳۰۷	۲۴۷۵۳۳۶
	خصوصی	۱۷۳۸۸۹ (۴۵/۶۶)	۱۸۲۷۱۲ (۴۷/۹۸)	۲۴۲۰۸ (۶/۳۶)	۴/۳۷	۳۲۹۵۲۳۴	۳۷۵۲۱۸۵
	بیمارستان وابسته به تأمین اجتماعی	۶۹۳۳۴ (۳۲/۶۸)	۱۲۱۴۲۶ (۵۷/۲۴)	۲۱۳۸۸ (۱۰/۰۸)	۵/۲۵	۸۵۲۶۶۳	۱۲۶۸۵۷۰
بخش بستری	داخلی	۱۳۲۸۶۱ (۲۴/۰۷)	۳۳۰۶۱۹ (۵۹/۸۹)	۸۸۵۳۸ (۱۶/۰۴)	۵/۶۹	۹۳۴۰۵۷	۱۰۰۰۲۴۴
	جراحی	۴۲۶۸۵۳ (۵۷/۲۸)	۲۹۳۳۵۷ (۳۹/۳۷)	۲۴۹۵۳ (۳/۳۵)	۴/۷۲	۱۸۷۴۰۹۲	۲۱۸۲۶۸۴
	اورژانس	۱۹۵۴۸ (۱۵/۴۹)	۷۷۳۲۶ (۶۱/۲۸)	۲۹۳۱۸ (۲۳/۲۳)	۳/۸۴	۱۰۲۳۵۳۱	۹۸۹۲۲۹
	ICU	۴۷۱۴۸ (۳۰/۲۷)	۸۸۹۰۸ (۵۷/۰۸)	۱۹۷۱۴ (۱۲/۶۶)	۸/۶۷	۱۵۵۴۱۵۴	۱۵۵۹۵۹۶
	CCU	۴۹۱۰۲ (۲۲/۶۲)	۱۴۵۲۴۲ (۶۶/۹۲)	۲۲۷۰۱ (۱۰/۴۶)	۶/۱۱	۲۹۱۳۱۵۰	۳۳۵۹۱۵۴
	سایر بخش‌ها	۱۰۵۶۵۰ (۲۸/۸۶)	۲۲۲۷۸۱ (۶۰/۸۶)	۳۷۶۳۵ (۱۰/۲۸)	---	---	---
	کل سالمندان	۷۵۹۶۳۱ (۳۶/۳۲)	۱۱۱۷۷۶۰ (۵۳/۴۴)	۲۱۴۱۲۷ (۱۰/۲۴)	۵/۴۰	۱۶۷۲۴۲۰	۱۹۰۵۳۸۵
	کل کشور	۲۸۴۳۱۷۲	۴۰۰۷۶۲۸	۱۶۳۵۷۸۰	۴/۵۴	۱۴۴۶۲۱۴	۱۵۶۵۳۳۰

* تعداد خدمات دریافت شده مربوط به آخرین بستری بوده است.

شکل ۴-۴، متوسط هزینه یک‌بار بستری سالمندان را به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی- جمعیتی، نوع بیمارستان و بخش بستری نشان می‌دهد. 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 با 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 گردد. 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 مستمری بگیر 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.



شکل ۴-۴: متوسط هزینه های یک بار بستری سالمندان در بیمارستان های کشور و مراکز درمانی به تفکیک ویژگی های اجتماعی-جمعیتی، نوع بیمارستان و بخش بستری

نکته قابل توجه، تفاوت قابل ملاحظه متوسط هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های خصوصی در مقایسه با بیمارستان‌های دولتی و وابسته به تأمین اجتماعی است. همچنان که در شکل ۴-۴ نیز قابل مشاهده است، متوسط هزینه یک‌بار بستری سالمندانی که در بیمارستان‌های خصوصی بستری شده‌اند، ۳۲۹۵۲۳۴ تومان بوده است که در مقایسه با بیمارستان‌های دولتی با وجود متوسط روزهای بستری کمتر در حدود ۲/۵ برابر است. نکته قابل ذکر پایین بودن قابل توجه متوسط هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های وابسته به تأمین اجتماعی است (۸۵۲۶۶۳ تومان).

متوسط هزینه‌های بستری سالمندان همچنان که مورد انتظار است به تفکیک بخش بستری نیز متفاوت است. متوسط هزینه بستری در بخش CCU (۲۹۱۳۱۵۰ تومان) و جراحی (۱۸۷۴۰۹۲ تومان) در مقایسه با سایر بخش‌ها بیشتر است. اگرچه متوسط تعداد روزهای بستری در بخش داخلی (۵/۷) در مقایسه با بخش جراحی (۴/۷) بیشتر است، به دلیل هزینه‌های بالای درمانی و جراحی، سالمندانی که در این بخش بستری بوده‌اند به مراتب هزینه‌های بیشتری را متحمل شده‌اند.

جدول ۴-۱۴، پیامد خوداظهاری شده سالمندان از مراجعه و دریافت خدمات بستری را به تفکیک ویژگی اجتماعی-جمعیتی، نوع بیمارستان و بخش‌های بستری نشان می‌دهد. همچنان که مشاهده می‌شود 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 بیماری‌های مزمن سالمندان و زمان‌بر بودن فرآیند بهبودی در سالمندان دانست. به نظر می‌رسد بهبودی نسبی ۵۷ درصدی سالمندان بتواند شاهی بر این ادعا باشد. نکته قابل ذکر این است که ۱۰ درصد سالمندان وضعیت بهبودی خود را پس از دریافت خدمات بستری بدون تغییر ابراز داشته‌اند که در مقایسه با سطح ملی (۷/۷ درصد) بالاتر است.

نکته قابل توجه در این رابطه، تفاوت میزان بهبودی اظهار شده سالمندان به تفکیک نوع بیمارستان است. میزان بهبودی اظهار شده در بین بیمارستان‌های خصوصی و وابسته به تأمین اجتماعی در مقایسه با بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت و درمان بیشتر است. ۴۰ درصد از سالمندانی که در بیمارستان‌های خصوصی و وابسته به تأمین اجتماعی بستری شده‌اند بر بهبودی کامل مشکل اذعان داشته‌اند. این در حالی است ۲۵ درصد سالمندانی که به بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت مراجعه نموده‌اند بهبودی کامل در آنان حاصل شده است. در بین بخش‌های بستری، سالمندانی که در بخش جراحی بستری بوده‌اند در مقایسه با بخش‌های ICU و CCU و اورژانس بیشتر به بهبودی کامل دست یافته‌اند.

جدول ۴-۱۴: پیامد خوداظهار شده سالمندان از مراجعه و دریافت خدمات بستری به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی جمعیتی، بخش‌های بستری و نوع بیمارستان دریافت خدمت

پیامد دریافت خدمات سلامت بستری					سطح برآورد
کل	سایر	بدون تغییر	بهبودی نسبی	بهبودی کامل	
۱۰۰	۴۰۵	۹۹۱	۵۴۸۱	۳۱/۱۸	شهری
۱۰۰	۳۴۹	۱۰۸۴	۶۲۳۹	۲۳/۳۸	روستایی
۱۰۰	۵۰۱	۱۰۰۱	۵۴۸۴	۳۰/۱۵	مرد
۱۰۰	۲۵۱	۱۰۳۶	۵۹۹۵	۲۷/۱۷	زن
۱۰۰	۴۰۷	۱۰۵۹	۵۵۵۲	۲۹/۸۱	دارای همسر
۱۰۰	۳۳۱	۸۹۵	۶۱۸۲	۲۵/۹۳	بدون همسر
۱۰۰	۲۰۶	۸۰۲	۶۶۵۲	۲۳/۴	خویش سرپرست
۱۰۰	۲۳۳	۱۵۵۷	۵۸۴۳	۲۳/۶۷	خانواده زن و شوهری
۱۰۰	۴۳۹	۹۷۵	۵۵۴۷	۳۰/۳۹	سایر
۱۰۰	۳۰۹	۶۲۴	۵۳۳۷	۳۷/۲۹	شاغل
۱۰۰	۴۰۱	۱۰۸۲	۵۷۷۹	۲۷/۳۸	غیر شاغل
۱۰۰	۲۶۸	۱۰۶۳	۵۱۰۷	۳۵/۶۲	۶۰-۶۴
۱۰۰	۳۵۸	۱۱۲۴	۵۵۵۶	۲۹/۶۲	۶۵-۷۴
۱۰۰	۵۳۴	۸۳۵	۶۴۷۳	۲۱/۵۸	۷۵ و بالاتر
۱۰۰	۴۱۲	۱۱۲۶	۵۹/۱	۲۵/۵۲	دولتی وابسته به وزارت
۱۰۰	۱۴۸	۷۴۲	۵۰/۱۷	۴۰/۹۳	خصوصی
۱۰۰	۱۴۸	۷۴۲	۵۰/۱۷	۴۰/۹۳	بیمارستان وابسته به تأمین
*	*	*	*	*	دولتی غیروابسته به وزارت
۱۰۰	۳۹۴	۱۱۳۴	۵۸/۶۷	۲۶/۰۴	داخلی
۱۰۰	۱۵۷	۷۶۵	۴۸/۶	۴۲/۱۹	جراحی
۱۰۰	۵۳۷	۸۶۳	۶۰/۳۴	۲۵/۶۶	اورژانس
۱۰۰	۳۶۹	۱۱۸۷	۷۱/۲۶	۱۲/۷۸	CCU و ICU
۱۰۰	۳۸۸	۱۰/۱۷	۵۷/۱۶	۲۸/۸	کل سالمندان
۱۰۰	۲/۲۱	۷/۷	۴۱/۲۸	۴۸/۸	کل کشور

*عدم ارائه اطلاعات به دلیل نبود نمونه کافی

در بخش خدمات سرپایی، حدود ۶۰ درصد از نیازهای سرپایی سالمندان به مرحله اقدام و مراجعه منجر شده است. این در حالی است که برای بیش از ۹۴ درصد نیازهای بستری سالمندان اقدام صورت پذیرفته و به مراکز ارائه دهنده خدمات بستری مراجعه شده است. بنابراین، سالمندان در مواجهه با نیازهای بستری در اکثریت موارد مراجعه کرده‌اند. با این وجود در ۸ درصد نیازهای بستری که اقدامی برای بهره‌مندی از خدمات بستری صورت نگرفته است، جدول ۴-۱۵ نشان می‌دهد که ۵/۲۸ درصد سالمندانی که نیاز به بستری داشته‌اند به دلیل نبود امکان پرداخت هزینه‌ها هیچگونه مراجعه‌ای برای بهره‌مندی از خدمات بستری نداشته‌اند. همچنین عدم پوشش بیمه‌ای مناسب با ۳/۸۲ درصد در مقام دوم قرار دارد. به عبارتی، از کل سالمندانی که احساس نیاز برای بستری شدن داشته‌اند، به دلیل عدم برخورداری از پوشش بیمه‌ای مناسب، اقدام به بستری شدن نکرده‌اند.

جدول ۴-۱۵: دلایل عدم اقدام برای مراجعه سالمندان برای بهره‌مندی از خدمات سلامت به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی

	سطح برآورد	دلایل عدم مراجعه برای خدمات بستری	
		قابل پرداخت نبودن هزینه	عدم پوشش مناسب بیمه
خاستگاه سکونی	شهری	۵/۵۸	۳/۴۳
	روستایی	۴/۵۸	۲/۹۸
جنس	مرد	۴/۷۰	۳/۱۰
	زن	۵/۹۶	۳/۵۲
وضعیت تاهل	دارای همسر	۴/۸۷	۳/۵۲
	بدون همسر	۶/۳۹	۲/۶۸
تربیات زندگی	خویش سرپرست	۷/۷۵	۳/۷۴
	خانواده زن و شوهری	۸/۵۴	۷/۲۲
	سایر	۴/۴۱	۴/۳۰
وضعیت اشتغال	شاغل	۵/۸۸	۴/۰۷
	غیر شاغل	۵/۱۸	۳/۱۶
گروه سنی	۶۰-۶۴	۶/۳۱	۵/۱۳
	۶۵-۷۴	۵/۹۲	۳/۱۵
	۷۵ و بالاتر	۳/۴۵	۱/۷۴
	کل سالمندان	۵/۲۸	۳/۲۹
	کل کشور	۴/۶۲	۲/۵۲

جدول ۴-۱۶ میزان رضایت سالمندان از بهره‌مندی خدمات بستری سلامت را به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی نشان می‌دهد. به طور کلی نتایج نشان می‌دهد که سالمندانی که از خدمات بستری بهره‌مند شده‌اند، حدود ۷۶ درصد میزان رضایت خود را خوب و خیلی خوب ارزیابی نموده‌اند. این امر در تمام گروه‌های مختلف اجتماعی و جمعیتی سالمندان تقریباً همسان است. بنابراین، با وجود این‌که درصد کمی از سالمندان (حدود ۸ درصد) برای بهره‌مندی از خدمات بستری مراجعه ننموده‌اند، اما سالمندانی که برای بستری شدن مراجعه نموده‌اند، از خدمات ارائه شده رضایت داشته‌اند.

تفاوت نسبی میزان رضایت از خدمات ارائه‌شده بستری در بین سالمندان شهری و روستایی قابل توجه است. به عبارت دیگر، با وجود این‌که سالمندان شهری در مقایسه با سالمندان روستایی از دسترسی بالاتری نسبت به کمیت و کیفیت خدمات بستری برخوردار بوده‌اند، با وجود این میزان رضایتمندی آن‌ها در مجموع از سطوح خیلی خوب و خوب کمتر بوده است.

جدول ۴-۱۶: میزان رضایت سالمندان از بهره‌مندی از خدمات بستری سلامت به تفکیک ویژگی‌های اجتماعی-

جمعیتی

سطح برآورد	میزان رضایت از خدمات بستری				نظری ندارم
	خیلی خوب	خوب	متوسط	ضعیف	
خانه‌گاه سکونت	شهری	۱۸/۲۸	۵۵/۶۸	۲۰/۹۰	۵/۰۶
	روستایی	۱۲/۸۷	۶۸/۸۳	۱۴/۴۷	۲/۹۰
جنس	مرد	۱۷/۱۵	۶۰/۳۵	۱۷/۸۰	۴/۲۸
	زن	۱۵/۹۹	۵۸/۹۶	۲۰/۲۶	۴/۵۳
وضعیت تاهل	دارای همسر	۱۷/۲۴	۵۹/۱۹	۱۸/۶۹	۴/۵۰
	بدون همسر	۱۴/۹۱	۶۱/۱۷	۱۹/۵۸	۴/۱۰
وضعیت زندگی	خویش سرپرست	۱۲/۳۸	۶۱/۵۵	۲۲/۳۹	۳/۱۸
	خانواده زن و شوهری	۱۲/۳۸	۶۱/۵۸	۱۶/۴۲	۴/۱۶
وضعیت اشتغال	سایر	۱۷/۱۵	۵۹/۱۵	۱۸/۷۱	۴/۶۳
	شاغل	۱۴/۷۲	۶۷/۶۵	۱۵/۰۹	۱/۸۳
	غیر شاغل	۱۶/۹۳	۵۸/۴۱	۱۹/۵۶	۴/۸۲
گروه سنی	۶۰-۶۴	۱۸/۶۵	۵۴/۲۱	۲۲/۵۷	۴/۲۲
	۶۵-۷۴	۱۴/۹۶	۶۰/۷۹	۱۹/۳۹	۴/۷۱
	۷۵ و بالاتر	۱۶/۹۲	۶۳/۲۵	۱۵/۱۰	۴/۱۴
	کل سالمندان	۱۶/۶۲	۵۹/۷۱	۱۸/۹۳	۴/۳۹
	کل کشور	۱۶/۷۳	۵۹/۲۴	۱۸/۱۳	۵/۴۰

نتیجه‌گیری

سالمندی جمعیت یکی از پدیده‌های جمعیتی است که اغلب کشورهای جهان پس از تجربه‌ی گذار باروری و انتقال جمعیت بیش‌زایی موالید به سنین سالمندی (۶۰ سال و بالاتر) مواجه خواهند بود. سالمندی جمعیت پیامدهایی را به دنبال دارد که برای مواجهه با این پیامدها ضرورت اعمال سیاست‌های مداخله‌ای در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، سلامت جسمانی و روانی ناگزیر است. یکی از مهم‌ترین پیش‌زمینه‌های سیاست‌گذاری و اعمال اقدامات مداخله‌ای، شناسایی وضعیت سالمندان در بستر اقتصادی، اجتماعی، تحولات جمعیت و سلامت جسمانی و روانی است. کشور ایران نیز پس از سال‌های ۱۴۲۰ شروع مرحله‌ی سالمندی جمعیت را تجربه خواهد نمود. با این وجود، شناخت مسائل و مشکلات سالمندی جمعیت با هدف برنامه‌ریزی برای مرحله‌ای که سهم سالمندان به صورت قابل توجهی افزایش می‌یابد، اهمیت دارد. هدف اصلی این پژوهش، علاوه بر بررسی وضعیت اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت جسمی و روانی سالمندان، شناسایی الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت است. این امر می‌تواند در برنامه‌ریزی برای مسائل و مشکلات پیش روی متولیان امر بهداشت و سلامت که در نتیجه سالمندی جمعیت ایجاد خواهد شد مثر ثمر واقع شود. این پژوهش در ۴ فصل و در دو بخش اساسی ارائه شده است. بخش اول به بررسی ویژگی‌های سالمندان از منظر جمعیتی، اقتصادی، اجتماعی، سلامت جسمانی و روانی با تکیه بر اطلاعات سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن و طرح‌های آمارگیری مرکز آمار ایران و اطلاعات طرح جمعیت و سلامت ۱۳۹۴ ارائه شده است. در بخش دوم نیز به بررسی الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت به تفکیک خدمات سرپایی و خدمات بستری پرداخته شده است.

روند تحولات جمعیت در ایران نشان از آهنگ صعودی درصد جمعیت سالمند (۶۰ سال و بالاتر) دارد. به طوری که سهم جمعیت سالمند از ۶/۳۵ درصد در سال ۱۳۴۵ به ۸/۲ درصد در سال ۱۳۹۰ افزایش یافته است. نتایج پیش‌بینی‌های سازمان ملل متحد نشان از افزایش سهم جمعیت سالمند ایران به ۳۱ درصد تا

سال ۱۴۳۰ دارد. این امر به خوبی نشان از پیش‌رو بودن سالمندی جمعیت و پیامدهای اقتصادی، اجتماعی آن در ایران دارد.

افزایش شاخص سالخوردگی جمعیت از ۹/۴ درصد در سال ۱۳۳۵ به ۲۴/۵ در سال ۱۳۹۰، 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 ۱۹ در سال در سال ۱۳۹۰ و در بین مردان از ۱۴/۴ به ۱۷/۳ در دوره متناظر از جمله ویژگی‌های تحولات سالمندان در ایران بوده است. افزایش طول عمر، زنده شدن سالمندی از ویژگی‌هایی است که در برنامه‌ریزی اقتصادی، اجتماعی و سلامت بایستی مدنظر قرار گیرد. افزایش میزان باسوادی سالمندان از ۵/۵ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۲۳/۷ درصد در سال ۱۳۹۰ برای زنان و از ۱۹/۷ به ۴۸/۲ درصد برای مردان، 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 سالمندانی 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 است را نشان می‌دهد.

کاهش میزان مشارکت اقتصادی سالمندان از ۲۲/۱ درصد در سال ۱۳۸۵ به ۱۱/۶ درصد در سال ۱۳۹۳ می‌تواند نشان از افزایش پوشش بازنشستگی سالمندان باشد. همچنین درصد بالای سالمندان در دهک اول هزینه‌ای (سالمندان شهری ۳۱/۴ درصد و سالمندان روستایی ۲۸/۶ درصد در سال ۱۳۹۲) نشان از این دارد که حدود ۳۰ درصد سالمندان کشور در دهک اول هزینه‌ای قرار داشته و از وضعیت رفاهی پایین‌تری برخوردار بوده‌اند. مطالعه وضعیت پریشانی روان‌شناختی سالمندان نشان داد که بخش قابل توجهی از سالمندان با پریشانی روانی مواجه بوده‌اند. مردان با ۸۶ درصد و زنان با ۷۲ درصد همواره یا اغلب اوقات با پریشانی روانی مواجه بوده‌اند. بنابراین مردان در مقایسه با زنان بیشتر در معرض پریشانی روان‌شناختی قرار دارند. احساس بی‌ارزشی (مردان ۸۴ و زنان ۷۴ درصد)، احساس ناامیدی (مردان ۷۵ درصد و زنان ۶۰ درصد) و احساس افسردگی (مردان ۷۱ و زنان ۵۱ درصد) به ترتیب در بین ابعاد پریشانی روان‌شناختی سالمندان از اهمیت بالاتری برخوردارند. در عین حال میزان رضایت از زندگی در ابعاد مختلف در بین سالمندان از سطح نسبتاً بالایی برخوردار بوده است. میزان رضایت‌مندی زنان سالمند شهری از زنان روستایی در تمامی جنبه‌های مختلف بالاتر است. در خصوص مردان سالمند نیز غیر از رضایت دوستان، میزان رضایت‌مندی مردان سالمند شهری از زنان روستایی بالاتر است. همچنین با افزایش پنجه‌های درآمدی، میزان رضایت‌مندی افزایش می‌یابد. مطالعه الگوی بیماری‌های خوداظهاری شده سالمندان نشان می‌دهد که بیماری‌های مفصلی، فشار خون، بیماری‌های عروقی، دیابت به ترتیب از درصد شیوع بالایی در بین سالمندان برخوردار بوده است.

تفاوت‌های بین دو جنس از نظر درصد شیوع بیماری‌های خوداظهاری شده قابل مشاهده است. در بیماری‌های ذکر شده زنان سالمند همواره از درصد شیوع بالایی در مقایسه با مردان سالمند برخوردار بوده‌اند. این بدین معنی است که زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند بیشتر در معرض بیماری‌های مزمن و توانکاه قرار دارند. این امر در اغلب تحقیقات مرتبط با بار بیماری‌ها به اثبات رسیده است. در رابطه با میزان استفاده از رسانه‌های گروهی در بین سالمندان نشان می‌دهد که تلویزیون و رادیو به ترتیب مهم‌ترین ابزار رسانه‌ای در بین سالمندان بوده است. سالمندان مرد در مقایسه با سالمندان زن بیشتر از رسانه‌های گروهی استفاده نموده‌اند. سالمندان روستایی در مقایسه با سالمندان شهری و سالمندان کم‌درآمد در مقایسه با سالمندان پردرآمد از رسانه‌های گروهی به خصوص روزنامه و مجله کمتر استفاده می‌کنند. درصد پایینی از سالمندان از اینترنت استفاده نموده‌اند. با این وجود، تفاوت معنی‌داری بین سالمندان در گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی وجود دارد. سالمندان شهری، پردرآمد و مردان سالمند بیشتر از اینترنت و رایانه استفاده نموده‌اند. گذشته از علل میزان استفاده از وسایل ارتباط جمعی و فضای مجازی در بین سالمندان، به نظر می‌رسد بالا بودن بهره‌گیری از این ابزارها زمینه را برای توانمندی آنان فراهم می‌سازد.

مطالعه وضعیت بیمه پایه و تکمیلی سالمندان نشان داد که بخش قابل توجهی از سالمندان (۹۴/۳۷ درصد) از بیمه پایه برخوردارند. پوشش بیمه مکمل در سالمندان به مثابه یکی از مهمترین اقدامات حمایتی، در بین سالمندان برابر با ۳۱/۳۴ درصد بوده است که اگرچه در مقایسه با کل جمعیت در سطح بالاتری قرار دارد ولی ضرورت توجه هرچه بیشتر به این حوزه حمایتی را نمایان می‌سازد. ضرورت توجه به این حوزه با شناخت تفاوت‌های اقتصادی و اجتماعی سالمندان در برخورداری از بیمه مکمل، سیاست‌گذاران را به سمت تمرکز بر سالمندان آسیب‌پذیر به صورت دقیق‌تر رهنمون می‌سازد. سالمندان روستایی (۱۲ درصد) در مقایسه با سالمندان شهری (۳۹ درصد) در سطح بسیار پایینی از برخورداری از بیمه مکمل قرار دارند. اگرچه شکاف قابل ملاحظه‌ای بین زنان و مردان از نظر درصد پوشش بیمه مکمل وجود ندارد، ولی بایستی به پایین بودن سطح پوشش بیمه مکمل زنان در مقایسه با مردان اذعان داشت. زنان با ۲۹/۶۳ درصد در مقایسه با مردان (۳۲/۸۴ درصد) در سطح پایین‌تری از پوشش بیمه مکمل قرار دارند. سالمندان دارای همسر در مقایسه با سالمندان بدون همسر از وضعیت مطلوب‌تری برخوردارند. سالمندان بدون همسر با ۲۵/۲۶ درصد شکاف قابل ملاحظه‌ای با سالمندان دارای همسر (۳۳/۳۱ درصد) دارند. تفاوت قابل ملاحظه درصد پوشش بیمه مکمل بین سالمندانی که خویش‌سپرست بوده و به تنهایی زندگی می‌کنند و سایر سالمندان نشان از این واقعیت دارد که سالمندان خویش‌سپرست در مقایسه با سایر سالمندان در مواجهه با هزینه‌های بیماری آسیب‌پذیرترند. سالمندانی که در قالب خانواده‌های زن و شوهری بدون فرزند زندگی می‌کنند در مقایسه با سایر سالمندان از سطح پوشش بیمه مکمل بالاتری برخوردارند.

نتایج بهره‌مندی افراد از خدمات سرپایی سلامت نشان می‌دهد که ۲۳/۵۳ درصد از جمعیت کل کشور احساس نیاز برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی سلامت داشته‌اند. در حالی که حدود ۳۷ درصد سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) احساس نیاز برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی سلامت داشته‌اند. به عبارت دیگر، سالمندان در مقایسه با سایر اقشار جامعه احساس نیاز بیشتری برای بهره‌مندی از خدمت سرپایی داشته‌اند. این امر اگرچه به دلیل

وضعیت فیزیولوژیک و سلامت سالمندان بدیهی است، می‌تواند سیاست‌گذاران را بر لزوم توسعه زیرساخت‌های خدمات سرپایی سلامت برای سالمندان مجاب کند. با این وجود، تفاوت‌های اقتصادی و اجتماعی در احساس نیاز سرپایی سالمندان نیز قابل توجه است. سالمندان روستایی با ۴۲/۷۳ درصد در مقایسه با سالمندان شهری (۳۴/۸۲) از احساس نیاز بیشتری برخوردار بوده‌اند. این امر به خوبی نشان از اولویت سالمندان روستایی برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی دارد. با این وجود، سالمندان روستایی برای حدود ۵۵ درصد نیازهایشان مراجعه نموده‌اند. این مقدار در مقایسه با ۶۲ درصد مناطق شهری در سطح پایین‌تری قرار دارند. به عبارتی، سالمندان روستایی با وجود احساس نیاز بالاتر، مراجعه کمتری برای دریافت خدمات سرپایی نسبت به مناطق شهری دارند. همچنین، زنان سالمند با ۴۳/۲۶ درصد در مقایسه با مردان (۳۱/۶۴ درصد) از احساس نیاز بیشتری برخوردارند.

در حالی که برای ۶۳/۸ 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 داشته است. به عبارتی، ۴۲ درصد نیازهای سرپایی سالمندان به دریافت خدمت سلامت سرپایی منجر نمی‌شود. که بخش 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.

متوسط دفعات مراجعه به هر کدام از ارائه‌کنندگان خدمت سرپایی در بین سالمندان بیشتر بوده است. این امر 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. دفعات مراجعه سالمندان به ازای ۱۰۰ سالمند 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 متخصص مراجعه نموده‌اند. برای سایر ارائه‌کنندگان خدمات سرپایی نیز این امر به وضوح به چشم می‌خورد. تفاوت قابل ملاحظه بین جمعیت کل کشور و سالمندان در دفعات مراجعه به خوبی نشان از این واقعیت دارد که سالمندان به دلیل شرایط سلامت خود در مقایسه با سایر جمعیت کشور، در معرض استفاده بیشتر از خدمات سرپایی قرار دارند. از آنجاکه 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.

متوسط هزینه‌های خدمات سرپایی در طول یک سال برای کل جمعیت کشور حدود ۹۰ هزار تومان بوده که این مقدار برای سالمندان بالای ۶۰ سال حدود ۱۰۶ هزار تومان بوده است. این امر نشان می‌دهد که سالمندان هزینه بیشتری را برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی مستقیماً پرداخت می‌کنند. این تفاوت متوسط هزینه‌ها بین سالمندان و کل اقشار جامعه به تفکیک نوع خدمات سرپایی نیز قابل مشاهده است. بیشترین تفاوت بین این دو گروه مربوط به متوسط هزینه‌های اقدامات درمانی است که در بین سالمندان حدود ۶۰ درصد بالاتر است. به عبارتی متوسط هزینه‌های اقدامات درمانی در بین سالمندان حدود ۴۶ هزار تومان است

که در مقایسه با حدود ۲۸ هزار تومان متوسط هزینه‌های کل جامعه در سطح بسیار بالاتری قرار دارد. بدیهی است که تعداد مراجعه سالمندان برای اقدامات درمانی به نسبت جمعیت آنان بیشتر است. نتایج نشان می‌دهد که حدود ۲۰/۴ درصد سالمندان پس از مراجعه و دریافت خدمات سرپایی سلامت مشکلشان حل شده، در ۴۵ درصد موارد نیز روند درمان تداوم داشته و ۸/۵ درصد نیز مشکلشان حل نشده است.

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. 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، 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 خویش‌سپرست (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 (۰/۰۷ دفعه) بیشتر در معرض بستری بوده‌اند. این امر از یک سو نشان از آسیب‌پذیری سالمندان در مقابله با بیماری‌ها و لزوم توجه برای فراهم‌سازی زیرساخت پزشکی و سلامت برای سالمندان را از سوی دیگر نشان می‌دهد.

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. 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 است. 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 برخوردار بوده و از ناتوانی بیشتری نسبت به مردان سالمند مواجه هستند. در مقابل، مردان با 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 گردد. 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 مستمری بگیر 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. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که در کنار شرایط اقتصادی و اجتماعی که سالمندان با آن مواجه هستند، شیوع بیماری‌های مزمن و توانکاه در بین سالمندان در مقایسه با سایر افراد جامعه در سطح بالاتری قرار دارد. افزون بر این، سالمندان نیاز بیشتری در مقایسه با سایر افراد جامعه در بهره‌مندی از خدمات سلامت در قالب خدمات سرپایی و بستری دارند. به تبع آن، میزان مراجعه برای بهره‌مندی و همچنین هزینه‌ای که سالمندان برای این بهره‌مندی پرداخت می‌کنند، در سطح بالاتری قرار دارد. گروه‌های مختلف اجتماعی سالمندان نیز در الگوی نیازهای سرپایی و بستری و بهره‌مندی از این خدمات متفاوتند. با توجه به این‌که، کشور ایران در سال‌های آتی با انتقال نسل بیش‌زایی موالید به سنین سالمندی با سالمندی جمعیت مواجه خواهد بود، لزوم برنامه‌ریزی برای تأمین زیرساخت‌های درمانی بیشتر برای مواجهه با نیازهای سرپایی و بستری سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است.

مرجع ها

- ازکمپ، استوارت (۱۳۷۰)؛ روان شناسی اجتماعی کاربردی، فرهاد ماهر، تهران، انتشارات آستان قدس رضوی.
- اینگلهارت، رونالد (۱۹۹۴)؛ تحول فرهنگی در جوامع پیشرفته صنعتی، مریم وتر، تهران، انتشارات امیرکبیر.
- برهانی نژاد و دیگران (۱۳۹۳)؛ وضعیت بهره‌مندی از خدمات سلامت و عوامل موثر بر آن در سالمندان شهر کرمان در سال ۱۳۹۳، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، دوره ۷، شماره ۲.
- پژوهشکده آمار و موسسه تحقیقات ملی سلامت (۱۳۹۶)، آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت کشور ۱۳۹۳.
- خسروی، اردشیر و دیگران (۱۳۹۴)؛ سیمای مرگ در ۳۰ استان کشور سال ۱۳۹۰، تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- سرایبی، حسن (۱۳۷۶)؛ مرحله اول گذار جمعیتی ایران، نامه علوم اجتماعی، شماره ۱۰ و ۹، صص ۶۷-۵۱.
- عباسی، صفورا و دیگران (۱۳۹۲)؛ روند سالمندی جمعیت ایران تا سال ۱۴۲۰ با رویکردی به ویژگی‌های سالمندان، تهران، پژوهشکده آمار.
- عینی زیناب، حسن و دیگران (۱۳۹۳)؛ مدل سازی و پیش بینی مرگ و میر در ایران ۱۳۷۵ تا ۱۴۲۰، تهران، پژوهشکده آمار
- کاظمی‌پور، شهلا و دیگران (۱۳۹۵)؛ شناسایی و رصد شاخص‌های سیاست‌های کلی جمعیت از نگاه آمار، تهران، پژوهشکده آمار
- کوششی، مجید و دیگران (۱۳۹۲)؛ سالخوردگی جمعیت در ایران: ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی- اقتصادی و چالش‌های پیش‌رو، تهران، صندوق جمعیت ملل متحد.
- نوراللهی و دیگران (۱۳۹۲)؛ ساخت جدول عمر سالانه برای ایران، تهران، پژوهشکده آمار
- میرزایی، محمد (۱۳۸۴)؛ جمعیت و توسعه با تأکید بر ایران، تهران: مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.

- Abbasi shavazi, M. J et al (2005). *Trends, and Emerging Issues of Health and Mortality in The Islamic Republic of Iran*”, in “*Emerging Issues of Health and Mortality in the Asian and Pacific Region*”, Asian Population Studies series No. 163, New York.
- Becchetti, L., Ricca, E. G., & Pelloni, A. (2012). *The relationship between social leisure and life satisfaction: Causality and policy implications*. Social indicator Research, 108, 453-490.
- Blace, N. P. (2012). *Functional ability, participation in activities and life satisfaction of the older people*. Asian Social Science, 8 (3), 75-86.

- Bourque, P., Pushkar, D., Bonneville, L., & Beland, F. (2005). *Contextual effects on the life satisfaction of older men and women*. Canadian Journal on Aging, 24 (1), 31-44
- Bowling, A., Farquhar, M., & Browne, P. (1991). *Life satisfaction and associations with social network and support variables in three samples of elderly people*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 6 (8), 549-566.
- Cotten SR, Anderson WA, Berkowsky RW, Yost EA, Winstead V. *Can information and communication technology usage by older adults decrease stress, social isolation, and loneliness?* Results from a randomized trial. Proceedings of the 13th International Conference on Social Stress Research; June 2012; Dublin, Ireland. 2012. Jun,
- Cotten S R and et al(2013) *Impact of Internet Use on Loneliness and Contact with Others Among Older Adults: Cross-Sectional Analysis*, Journal of Medical Internet Research.
- Edginton, C. R., DeGraaf, D. G., Dieser, R. G., & Edginton, S. R. (2005). *Leisure and life satisfaction foundation perspectives (4th ed.)*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Gonzalez-Gonzalez, C.; Sanchez-Garcia, S.; Juarez-Cedillo, T.; Rosas-Carrasco, O.; Gutierrez-Robledo, L.M.; Garcia-Pena, C. *Health care utilization in the elderly Mexican population: Expenditures and determinants*. BMC Public Health 2011, 11, doi:10.1186/1471-2458-11-192.
- Heider D & et al(2014), *Health care costs in the elderly in Germany: an analysis applying Andersen's behavioral model of health care utilization*, BMC Health Service Research. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3927831/pdf/1472-6963-14-71.pdf>
- Horowitz, B. P., & Vanner, E. (2010). *Relationships among active engagement in life activities and quality of life for assisted-living residents*. Journal of Housing For the Elderly, 24, 130-150.
- James GA. *Demographic Factors Affecting Health Service Utilization: A Casual Model*. Medical Care. April 1973; 11 (2):271-87.
- Lafortune, L.; Beland, F.; Bergman, H.; Ankri, J. *Health state profiles and service utilization in community-living elderly*. Med. Care 2009, 47, 286-294.
- 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). Washington, D.C: National Academy Press.
- Li-Fan Liu (2014), *The Health Heterogeneity of and Health Care Utilization by the Elderly in Taiwan*, Int. J. Environ. Res. Public Health, 11.
- Liu, L.F.; Tian, W.H.; Yao, H.P. *Utilization of health care services by elderly people with National Health Insurance in Taiwan: The heterogeneous health profile approach*. Health Policy 2012, 108, 246-255.

- Nie, J.X.; Wang, L.; Tracy, C.S.; Moineddin, R.; Upshur, R.E. ***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)***. J. Eval. Clin. Pract. 2008, 14, 1044–1049.
- Pachana, N. & Laidlaw, K. (2014). ***Oxford Handbook of Geropsychology***. Oxford: Oxford University Press.
- Rideout V, Neuman T, Kitchman M, Brodie M.(2005) ***e-Health and the elderly: how seniors use the Internet for health information***. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
- Sanjel S and et al (2012), ***The Utilization of Health Care Services and their Determinants Among the Elderly Population of Dhulikhel Municipality***, KATHMANDU UNIVERSITY MEDICAL JOURNAL, vol 10, no1.
- Schellhorn, M.; Stuck, A.E.; Minder, C.E.; Beck, J.C. ***Health services utilization of elderly Swiss: Evidence from panel data***. Health Econ. 2000, 9, 533–545.
- Spier, A., & Walker, G. J. (2009). ***The effects of ethnicity and leisure satisfaction on happiness, peacefulness, and quality of life***. Leisure Science, 32, 84–99.
- Tsai, W.D.; Kan, K. ***Living arrangement and medical service utilization: evidence from Taiwan***. Presented at 2007 Annual Conference Information Wisconsin Economics Association Annual Conference, Wisconsin, WI, USA, 2007.
- UNFPA (2000), ***Country Report on the Population and Family Planning Program of the Islamic Republic of Iran***, UNFPA.
- United Nations (2015), ***World Population Ageing***, UN.
- Vadla D, Bozikov J, Akerstrom B, Cheung WY, Kovacic L, Masanovic M. ***Differences In Healthcare Service Utilization In Elderly, Registered In Eight Districts Of Five European Countries***. Scandinavian Journal of Public Health, March 2011; 39 (4):272–76.
- World health organization. (2008). ***The world health report: primary health care-now more than ever***. Geneva. Switzerland.