

## بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان استان لرستان: یک مطالعه مقطعی

سهیلا حسونود<sup>۱</sup> ID، محمدحسن ایمانی‌نسب<sup>۲\*</sup> ID، مهدی بیرجندی<sup>۲</sup> ID، رودابه امیدفر<sup>۳</sup> ID، جمیل صادقی‌فر<sup>۴</sup> ID

- ۱- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران
- ۲- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران
- ۳- معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران
- ۴- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

یافته / دوره بیست و یکم / شماره ۳ / پاییز ۹۸ / مسلسل ۸۱

### چکیده

دریافت مقاله: ۹۸/۵/۱ پذیرش مقاله: ۹۸/۶/۱۰

مقدمه: هرم سنی جمعیت کشور در حال معکوس شدن است. برنامه‌ریزی برای تدارک خدمات بهداشتی، درمانی برای سالمندان مستلزم بررسی بهره‌مندی آنان از خدمات سلامت است. پژوهش حاضر با هدف تعیین بهره‌مندی سالمندان استان لرستان از خدمات سلامت و ارتباط آن با عوامل اقتصادی-اجتماعی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که در سال ۱۳۹۶ در بین سالمندان ترخیص شده از بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی لرستان انجام شد. داده‌های مربوط به ۴۲۸ سالمند به‌صورت مصاحبه تلفنی جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار *SPPS-18* و آزمون‌های کای اسکوئر و من ویتنی، اسپیرمن و *t* مستقل تحلیل شدند.

یافته‌ها: نرخ بهره‌مندی حداقل یکبار از خدمات پزشکی در طول سه ماه گذشته ۲۵/۵٪ و از خدمات پیراپزشکی ۲۷/۷٪ بود. بین ساختار خانواده، وضعیت سواد، محل سکونت فرد (شهر یا روستا)، خاستگاه اجتماعی فرد (محل سکونت تا ۱۸ سالگی)، وضعیت بیکاری، تعداد فرزندان، بعد خانواده، نوع بیمه، وضعیت بیمه تکمیلی، ابتلاء به بیماری مزمن، خودارزیابی از وضعیت سلامت، رضایت فرد از شرایط فعلی خود، درآمد، وضعیت اشتغال، وضعیت مالکیت مسکن و داشتن اتاق اختصاصی با بهره‌مندی از خدمات سلامت ارتباط معنادار وجود داشت. بین بهره‌مندی از خدمات مختلف سلامت با جنس، تاهل، محل سکونت فرزندان و داشتن وسیله نقلیه ارتباط معناداری مشاهده نشد. بحث و نتیجه‌گیری: بهره‌مندی سالمندان از خدمات مختلف سلامت بیشتر از جمعیت عمومی است. با توجه به ارتباط معنادار برخی متغیرهای اقتصادی-اجتماعی با بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت، توصیه می‌شود برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات سلامت بر اساس مطالعه بهره‌مندی آنان از خدمات سلامت و عوامل موثر بر آن انجام شود.

واژه‌های کلیدی: سالمند، خدمات سلامت برای سالمند، عوامل اقتصادی-اجتماعی، ایران.

\*آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده بهداشت و تغذیه، گروه بهداشت عمومی

پست الکترونیک: imani\_mh@yahoo.com

## مقدمه

سالمندی یک فرایند زیست‌شناختی است که متوقف یا معکوس نمی‌شود. با توجه به تعریف سازمان جهانی بهداشت، بیشتر کشورهای توسعه‌یافته سن تقویمی ۶۵ را به‌عنوان سن سالمندی پذیرفته‌اند. اما در کشورهای در حال توسعه، معمولاً سن ۶۰ سال و بالاتر را به‌عنوان سن سالمندی قلمداد می‌کنند (۱). ارتقاء وضعیت بهداشتی، کاهش نرخ باروری و همچنین افزایش سن امید به زندگی سبب افزایش جمعیت سالمندان شده است (۲). سالمندی به عنوان یک پدیده اجتناب‌ناپذیر زیستی در فرایند رشد طبیعی انسان، همراه با تحلیل قوای جسمانی و روحی و در نتیجه افزایش بیماری‌های مزمن است (۳-۵). سالمندی هر چند بیماری نیست؛ اما بار بیماری‌ها، به‌ویژه بیماری‌های مزمن و غیرواگیر از نکات قابل توجه آن به شمار می‌آید. لذا از اساسی‌ترین جنبه‌هایی که در بخش اقتصاد سلامت باید مورد توجه قرار گیرد، برآورد و تعیین الگوی هزینه خدمات سلامت ارائه شده به این قشر است. ارزیابی وضعیت فعلی سالمندان از نظر مواردی همچون الگوی مصرف خدمات، بار بیماری‌ها و هزینه‌های درمان می‌تواند نقش مهمی را در سیاست‌گذاری سلامت سالمندان ایفا نماید (۶). نتایج مطالعات متعدد بیانگر آن است که ارزیابی سلامت عمومی توسط فرد با سایر سنجش‌های عینی بهزیستی، پیامدهای سلامتی و مرگ ارتباط قوی دارد. به عبارت دیگر، خودارزیابی سلامت عمومی، پیشگویی‌کننده‌ی خوبی برای پیامدها و مخاطرات سلامتی در طول زندگی افراد است (۷، ۸) و به عنوان یک معیار شناخته‌شده بین‌المللی برای سنجش وضعیت سلامت افراد یک جامعه در تحقیقات سلامت همگانی و اپیدمیولوژی کاربرد ویژه‌ای دارد (۸، ۹). در هزاره سوم جمعیت سالمندان رو به فزونی است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۲) پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمندان جهان دو برابر

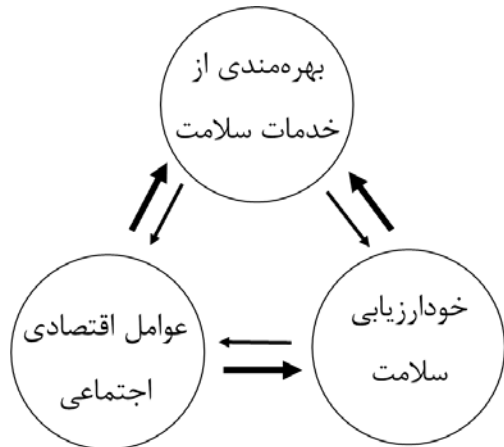
شده، از ۱۱٪ به ۲۲٪ و از ۶۰۵ میلیون به ۲ میلیارد نفر برسد (۱۰). در کشور ما ایران براساس سرشماری‌های عمومی، جمعیت سالمندان طی سال‌های ۱۳۴۵ تا ۱۳۹۰ نزدیک به ۴ برابر شده است. طبق سرشماری‌های رسمی کشور جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال از ۸/۱ درصد کل جمعیت کشور در سال ۱۳۹۰ به ۹/۲ درصد در سال ۱۳۹۵ رسیده است (۱۱). پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۰۰ شمسی تعداد سالمندان کشور به ده میلیون نفر یعنی حدود ۱۰ درصد جمعیت کل کشور برسد (۱۲).

مفهوم بهره‌مندی در نظام سلامت به معنی استفاده مطلوب، آگاهانه و بر اساس علائق مصرف‌کننده است. بهره‌مندی هنگامی تحقق خواهد یافت که فرد اولاً بتواند و ثانياً بخواهد که از کالا یا خدمات استفاده کند. امروزه تحلیل بهره‌مندی نقش مهمی در برنامه‌ریزی جهت عرضه مناسب خدمات سلامت در جامعه دارد (۱۳). بهره‌مندی از خدمات یا پوشش، قسمتی از ارزشیابی برنامه است که نشان‌دهنده نسبت افرادی است که تحت مراقبت قرار گرفته‌اند یا به عبارتی نسبت افراد بهره‌مند به نیازمند است (۱۴).

در نظام سلامت، عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمت در ۴ دسته کلی که عبارتند از: دسترسی، شدت تقاضا برای خدمت، مقبولیت خدمت ارائه شده و تناسب قیمت، طبقه‌بندی می‌گردند. متخصصان سازمان جهانی بهداشت معتقدند که برنامه‌ریزی در سطح جامعه در صورتی به‌طور کامل موثر واقع می‌شود که دولت از نیازهای ویژه سالمندان مطلع بوده و اقدامات مناسبی را در سطح دولتی انجام دهند که حمایت‌کننده و مکمل اقدامات در سطح جامعه باشد. لذا برای انجام برنامه‌ریزی‌های مناسب در سطح کلان جهت سالمندان جامعه، می‌بایست نسبت به شناسایی عوامل دخیل و موثر بر بهره‌مندی مناسب آنان از خدمات سلامت، گام برداشت (۱۵).

اقتصادی-اجتماعی موثر بر آن در بین سالمندان شهر تهران پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که سلامت جسمانی سالمندان (توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی و عملکرد فیزیکی) با متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اشتغال، منبع درآمد، وضعیت بیمه، وضعیت مسکن و کسانی که با سالمند زندگی می‌نمایند، ارتباط معناداری دارد (۱۹، ۲۰).

پژوهش حاضر با هدف تعیین بهره‌مندی از خدمات مراقبت سلامت در بین سالمندان بستری شده در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان و رابطه آن با متغیرهای اقتصادی-اجتماعی انجام شد. شناخت بیشتر، منجر به برنامه‌ریزی بهتر و آینده روشن‌تر خواهد شد. نتایج این پژوهش می‌تواند با تعیین رابطه عوامل اقتصادی-اجتماعی با بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت به سیاست‌گذاری‌های سلامت مورد نیاز آنان کمک نماید.



### مواد و روش‌ها

این پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بوده که در سال ۱۳۹۶ در بین ۴۲۸ نفر از سالمندان ترخیص شده از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان انجام شد. پژوهشگران پس از اخذ مجوز و ارائه به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لیست سالمندان بستری شده در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم

پژوهش‌های مختلف صورت گرفته در سال‌های اخیر در زمینه طب سالمندان، عموماً به بررسی بیماری‌های دوره سالمندی، استرس، مشکلات جسمی، روحی و روانی، تغذیه و ورزش در سالمندان تمرکز یافته‌اند و از جنبه مهم عوامل تاثیرگذار بر میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان غافل گردیده‌اند. از جمله مطالعات انجام‌شده درخصوص بهره‌مندی سالمندان و عوامل مرتبط با آن می‌توان به مطالعات چن درباره آگاهی و بهره‌مندی از خدمات مراقبت‌های پیشگیرانه در میان افراد سالمند تحت بیمه بهداشتی تایوان (۲۰۱۳)، اشاره کرد که عوامل مختلفی از جمله: داشتن همسر، تحصیلات، ورزش منظم، وجود بیماری‌های زمینه‌ای و درآمد کافی را در زمینه افزایش بهره‌مندی از خدمات بهداشتی پیشگیرانه، موثر دانستند. مطالعه کهوسما درباره عوامل مرتبط با بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و اجتماعی و هزینه‌های مربوطه در بین سالمندان کشور فنلاند (۲۰۱۲)، نشان داد بهره‌مندی از خدمات سلامت به میزان ۹۱ درصد مربوط به ویژگی‌های بیمار بوده و تنها ۹ درصد مرتبط با ویژگی‌های سازمان‌های ارائه خدمت می‌باشد. در مطالعه سنگل، درباره بهره‌مندی از خدمات مراقبت سلامت و عوامل موثر بر آن در میان سالمندان شهر کاتماندو کشور نپال (۲۰۱۲)، نژاد، جنسیت، شغل، وابستگی به خانواده، وضعیت تاهل، عادات روزمره زندگی، وجود بیماری‌های مزمن و مصرف مداوم دارو در بعضی از بیماران، ارتباط معنادار (در سطح ۹۵ درصد) با بهره‌مندی از مراقبت‌های بهداشتی را نشان می‌دهد (۱۸-۱۶).

در ایران مروتی و همکاران (۱۳۹۷) وضعیت بهره‌مندی از خدمات سلامت سرپایی در سالمندان شهر یزد را بررسی کردند. آنها عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات سرپایی را تاهل، بیمه مکمل، تحصیلات، داشتن بیماری خاص و بعد خانوار عنوان کردند. علیزاده و همکاران (۱۳۸۹) نیز به مطالعه سلامت جسمانی و عوامل

خدمات مراقبتی پرسیده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های کای اسکوئر، من ویتنی، اسپیرمن و t مستقل تحلیل شد.

### یافته‌ها

نرخ پاسخگویی در مطالعه ۸۷٪ بود. میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه  $15/5 \pm 8/5$  بود. بیشترین فراوانی نسبی از نظر بعد خانوار در طبقه دو نفره مشاهده شد (۲۲٪/۹). اکثر سالمندان (۵۲٪/۲) وضعیت سلامت خود را ضعیف گزارش کردند.

نرخ بهره‌مندی حداقل یکبار از خدمات مختلف سلامت در طول سه ماه گذشته به شرح زیر بود؛ پزشک عمومی (۶۶٪/۲)، پزشک متخصص (۶۳٪/۱)، مراجعه مستقیم به داروخانه/ خوددرمانی (۳۵٪/۹)، آزمایشگاه (۵۴٪/۸)، مراکز تصویربرداری پزشکی (۳۳٪/۶)، استفاده از خدمات اورژانس پیش بیمارستانی (۵٪/۴)، مراجعه مستقیم به اورژانس بیمارستان (۲۸٪/۴)، مراجعه به خانه/ پایگاه بهداشت (۲۵٪) و مراجعه به مراکز بهداشتی، درمانی (۱۷٪/۳). نرخ بهره‌مندی از خدمات دندانپزشکی در شش ماه گذشته ۸٪ بود. نرخ بهره‌مندی سالمندان مورد مطالعه در یک سال گذشته از خدمات روانپزشکی/ روانشناسی ۵/۶٪، نرخ بستری در بیمارستان ۶۲/۱٪، نرخ اعمال جراحی ۳۲/۷٪ و نرخ بهره‌مندی از خدمات فیزیوتراپی ۱۹/۲٪ بود.

نرخ حداقل یکبار بهره‌مندی از خدمات سلامت در سه ماه گذشته در مردان بیشتر از زنان بود (۵۴٪/۴). نرخ حداقل یکبار استفاده از خدمات سلامت متاهلین بیشتر از مجردین بود (۶۰٪/۷). بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان بی‌سواد، ساکن شهر، خاستگاه اجتماعی روستا و افراد دارای بیماری مزمن بیشتر بود (جدول ۲).

بین بهره‌مندی از خدمات مختلف سلامت با تاهل، جنس، ساختار خانواده و سکونت فرزندان در شهر یا روستای محل زندگی سالمندان ارتباط معنادار آماری مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ).

پزشکی لرستان را به همراه مشخصات و شماره تماس آن‌ها دریافت کردند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن بالای ۶۵ سال و تمایل به شرکت در مطالعه. در مواردی که سالمند به اختلالات روانی، گفتاری یا شنیداری مبتلا بود، مصاحبه با مراقب بیمار انجام شد.

برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم استفاده شد. ابتدا شهرستان‌های استان به عنوان طبقه در نظر گرفته شده و حجم نمونه برآورد شده، متناسب با تعداد سالمندان بستری شده از هر شهرستان به روش تصادفی منظم انتخاب شدند. در صورت عدم تمایل افراد برای شرکت در مطالعه، فرد بعدی از همان طبقه جایگزین شد.

در ابتدای مصاحبه توضیحات لازم درباره اهداف مطالعه و رعایت ملاحظات اخلاقی داده شده و رضایت آگاهانه سالمندان جهت شرکت در پژوهش جلب گردید. برای سنجش وضعیت اقتصادی- اجتماعی سالمندان از متغیرهای درآمد (دارای درآمد شخصی، وابسته بودن به خانواده و همسر، تحت پوشش سازمان‌های حمایتی مانند کمیته امداد امام خمینی (ره)، بهزیستی، وضعیت مسکن (داشتن مسکن ملکی، استیجاری، سکونت در منزل فرزندان)، داشتن اتاق اختصاصی، داشتن اتومبیل شخصی و وضعیت اشتغال فعال (افرادی که در حال حاضر دارای شغل هستند) و غیر فعال (افراد بازنشسته، خانه دار، بیکار) استفاده شد.

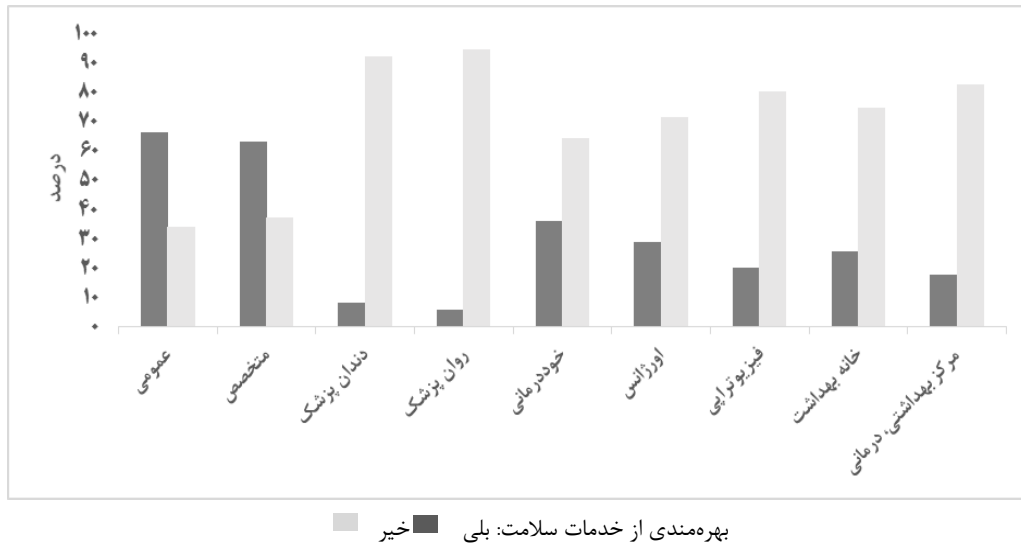
نرخ بهره‌مندی از خدمات مختلف سلامت بر حسب امکان خطای یادآوری در سه بازه زمانی سه ماه گذشته، شش ماه گذشته و یک سال گذشته مورد پرسش قرار گرفته و گزارش شدند. برای اندازه‌گیری نرخ بهره‌مندی از خدمات سلامت، تعداد دفعات مراجعه به پزشک عمومی در سه ماه گذشته، دفعات استفاده از خدمات تشخیصی و تصویری در سه ماه گذشته، دفعات مراجعه به مطب شخصی دندانپزشک در شش ماه گذشته، دفعات استفاده از خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی در یکسال گذشته، دفعات بستری در بیمارستان در یک سال گذشته، و سایر

به‌طور کلی نرخ بهره‌مندی از خدمات مختلف سلامت در بین سالمندان مورد مطالعه به شرح زیر بود: سرپایی پزشکی ۳۵/۷٪، بستری ۴۷/۴٪، خدمات فوریتی ۱۶/۹٪، خدمات پیشگیری ۲۱/۱٪، خدمات تشخیصی ۴۴/۲٪، خدمات توانبخشی ۱۹/۲٪ و خوددرمانی ۳۵/۹٪.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سالمندان مورد مطالعه

متغیر	تعداد	درصد
جنس	مرد	۲۳۳
	زن	۱۹۵
تاهل	متاهل	۲۶۰
	مجرد	۱۶۸
وضعیت سواد	بی‌سواد	۳۳۵
	با سواد	۹۳
	جویای کار	۸
وضعیت بیکاری	عدم نیاز/عدم تمایل به کار	۱۹
	ناتوان	۳۵۴
	بازنشسته جویای کار	۱
محل سکونت	شاغل	۴۶
	شهر	۲۸۴
	روستا	۱۴۴
خاستگاه اجتماعی	شهر	۹۴
	روستا	۳۳۳
نوع بیمه	فاقد بیمه	۱۷
	تامین اجتماعی	۱۱۴
	خدمات درمانی	۹۶
	بیمه روستایی	۹۶
	کمیته امداد	۷۰
	نیروهای مسلح	۲۳
	سلامت ایرانیان	۱۰
ساختار خانواده	زندگی با همسر	۲۵۸
	تنها	۳۸
	زندگی با فرزند متاهل	۶۴
	زندگی با فرزند مجرد	۶۱
شهرستان محل اقامت	سایر	۶
	خرم‌آباد	۱۹۳
	بروجرد	۸۴
	کوهدشت	۶۴
	الیگودرز	۳۷
	پلدختر	۱۱
	ازنا	۱
	الشتر	۸
	دورود	۲
	نورآباد	۱۹
	معمولان	۴
	سایر استان‌ها	۵
	جمع	۴۲۸

نمودار ۱. درصد بهره‌مندی سالمندان مورد مطالعه از خدمات مختلف سلامت



جدول ۲. آزمون معناداری تفاوت نرخ بهره‌مندی سالمندان استان لرستان از خدمات پزشکی بر حسب متغیرهای اقتصادی - اجتماعی

متغیر	پزشک عمومی	پزشک متخصص	دندان پزشکی	روان پزشکی	اوزانس بیمارستان	بستری	عمل جراحی	مرکز بهداشتی درمانی
جنس	۰/۴۷	۰/۲۳	۰/۸۶	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۸۴	۰/۸۶	۰/۶۱
تاهل	۰/۱۷	۰/۳۰	۰/۵۹	۰/۹۹	۰/۸۳	۰/۶۸	۰/۳۴	۰/۵۱
وضعیت سواد	۰/۰۶	۰/۶۳	۰/۶۷	۰/۴۴	۰/۷۹	۰/۱۸	۰/۹۰	۰/۰۰۵*
محل سکونت (شهر یا روستا)	۰/۰۰۶*	۰/۴۶	۰/۱۹	۰/۹۹	۰/۰۹	۰/۰۷	<۰/۰۰۱*	<۰/۰۰۱*
محل سکونت فرزندان	۰/۷۸	۰/۷۸	۰/۹۹	۰/۵۵	۰/۳۷	۰/۷۸	۰/۷۸	۰/۹۹
خاستگاه اجتماعی	۰/۰۰۷*	۰/۰۷	۰/۸۳	۰/۱۸	۰/۳۷	۰/۶۳	۰/۱۱	<۰/۰۰۱*
وضعیت درآمد	۰/۴۳	۰/۸۲	۰/۵۴	۰/۸۷	۰/۶۲	۰/۲۴	۰/۰۰۳*	۰/۰۰۳*
وضعیت اشتغال	۰/۰۷	۰/۱۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۳۸	۰/۱۷	۰/۳۱	۰/۲۱
وضعیت بیکاری	۰/۲۹	۰/۱۱	۰/۰۰۲*	۰/۸۸	۰/۱۲	۰/۳۴	۰/۳۵	۰/۱۴
تعداد فرزندان	≤۰/۰۰۱*	۰/۹۴	۰/۰۷	۰/۶۱	۰/۰۰۹*	۰/۰۰۸*	۰/۱۴	۰/۰۰۳*
بعد خانوار	۰/۱۸	۰/۴۳	۰/۱۸	۰/۵۲	۰/۰۰۳*	۰/۱۹	۰/۰۱۴*	۰/۰۰۳*
ساختار خانواده	۰/۱۵	۰/۷۳	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۲۵	۰/۳۸	۰/۹۹	۰/۲۷
مالکیت مسکن	۰/۸۳	۰/۲۸	۰/۸۳	۰/۱۳	۰/۲۲	۰/۶۸	۰/۵۵	۰/۷۲
اتاق اختصاصی	۰/۰۲*	۰/۹۲	۰/۷۱	۰/۱۳	۰/۹۱	۰/۰۲*	۰/۱۶	۰/۱۱
نوع بیمه	۰/۵۲	۰/۴۴	۰/۲۳	۰/۲۳	۰/۲۵	۰/۲۳	۰/۳۶	<۰/۰۰۱*
وضعیت بیمه تکمیلی	۰/۹۹	۰/۰۳*	۰/۵۴	۰/۹۹	۰/۳۸	۰/۹۱	۰/۸۱	۰/۰۵
ابتلاء به بیماری‌های مزمن	۰/۰۳*	۰/۰۳*	۰/۹۹	۰/۳۴	۰/۰۳*	۰/۱۱	۰/۴۹	۰/۷۷
رضایت از شرایط فعلی	۰/۰۱*	۰/۱۳	۰/۰۲*	۰/۱۷	۰/۰۰۱*	۰/۰۷	۰/۸۹	۰/۰۷
خودارزیابی سلامت	۰/۰۰۴*	۰/۰۰۱*	۰/۱۶	۰/۲۱	<۰/۰۰۱*	<۰/۰۰۱*	۰/۰۲*	۰/۱۷۵

معناداری در سطح ۰/۰۵

جدول ۳. آزمون معناداری تفاوت نرخ بهره‌مندی سالمندان استان لرستان از خدمات پیراپزشکی بر حسب متغیرهای اقتصادی - اجتماعی

متغیر	خوددرمانی	آزمایشگاه	تصویربرداری	پزشکی	فیزیوتراپی	فیزیوتراپی	خانه/بازگاه بهداشت	خودارزیابی سلامت
جنس	۰/۹۲	۰/۰۸	۰/۶۱	۰/۸۳	۰/۸۱	۰/۳۷	۰/۷۴	
تاهل	۰/۵۳	۰/۵۵	۰/۷۵	۰/۳۹	۰/۳۸	۰/۹۱	۰/۱۴	
وضعیت سواد	۰/۹۹	۰/۶۴	۰/۵۳	۰/۸۰	۰/۶۶	۰/۰۴*	۰/۳۶	

محل سکونت	۰/۹۱	۰/۰۲*	۰/۸۳	۰/۵۰	۰/۹۹	<۰/۰۰۱*	۰/۴۴
محل سکونت فرزندان	۰/۳۹	۰/۴۲	۰/۹۹	۰/۵۵	۰/۷۳	۰/۹۹	۰/۸۶
خاستگاه اجتماعی	۰/۶۲	۰/۰۵	۰/۱۳	۰/۱۹	۰/۶۶	<۰/۰۰۱*	۰/۰۸
وضعیت درآمد	۰/۱۸	۰/۴۳	۰/۲۹	۰/۸۱	۰/۴۲	۰/۰۰۵	۰/۰۰۴*
وضعیت اشتغال	۰/۸۷	۰/۲۰	۰/۰۲	۰/۱۵	۰/۴۲	۰/۵۹	۰/۰۰۱*
وضعیت بیکاری	۰/۸۸	۰/۸۱	۰/۴۶	۰/۰۰۱*	۰/۲۱	۰/۹۳	۰/۰۰۱*
تعداد فرزندان	۰/۱۲	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۶۵	۰/۰۳*	<۰/۰۰۱*	۰/۳۷
بعد خانوار	۰/۶۲	۰/۳۱	۰/۵۲	۰/۳۷	۰/۱۲۵	۰/۰۷	۰/۱
ساختار خانواده	۰/۷۲	۰/۸۶	۰/۷۲	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۱۱
مالکیت مسکن	۰/۹۴	۰/۲۹	۰/۳۴	۰/۴۸	۰/۰۱*	۰/۰۶	۰/۵۳
اتاق اختصاصی	۰/۱۱	۰/۴۲	۰/۸۳	۰/۰۵	۰/۷۰	۰/۴۱	۰/۲
نوع بیمه	۰/۵۷	۰/۳۶	۰/۰۲*	۰/۲۴	۰/۶۸	<۰/۰۰۱*	۰/۰۱*
وضعیت بیمه تکمیلی	۰/۹۱	۰/۰۴*	۰/۸۱	۰/۲۱	۰/۸۹	۰/۰۰۱*	۰/۶۲
بیماری مزمن	۰/۳۰	۰/۰۱*	۰/۰۵	۰/۸۱	۰/۴۹	۰/۱۰	۰/۰۰۱*
رضایت از شرایط فعلی	<۰/۰۰۱*	۰/۰۴۶	۰/۰۰۸	۰/۸۳	۰/۲۱	۰/۰۰۵	۰/۰۰۱*
خودارزیابی سلامت	۰/۰۰۱*	۰/۰۹	۰/۰۰۹*	۰/۵۲	۰/۰۲*	۰/۳۲	۰/۹۹

معناداری در سطح ۰/۰۵\*

## بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین بهره‌مندی سالمندان استان لرستان از خدمات سلامت و ارتباط آن با عوامل اقتصادی-اجتماعی انجام شد. نتایج پژوهش‌های مشابه حاکی از استفاده زیاد سالمندان از خدمات مختلف سلامت نسبت به جمعیت عمومی است (۲۱-۲۵). در مطالعه حاضر بین بهره‌مندی از خدمات مختلف سلامت با جنس و تاهل ارتباط معناداری مشاهده نشد؛ اما استفاده مردان سالمند بیشتر از زنان بود. در مطالعه‌ی تفاوت‌های جنسیتی در استفاده از خدمات مراقبت‌های بهداشتی در میان سالمندان اسپانیا نیز مردان بیش از زنان از خدمات سلامت استفاده کرده بودند (۲۶). در مطالعه رفتار جستجوی درمان در بین زرتشتیان ساکن شهر یزد (۱۳۸۹) بین جنس و تاهل با بهره‌مندی حداقل یکی از خدمات سلامت ارتباط معنادار گزارش شد (۲۷). در مطالعه بررسی رفتار جستجوی درمان ساکنان شهر تهران و عوامل موثر بر آن (۲۰۰۹) نیز متغیر جنس و تاهل ارتباط معناداری با احتمال اقدام به درمان داشت؛ به‌طوریکه زنان ۱/۷ برابر بیش از مردان و متاهلین حدود دو برابر مجردین اقدام به درمان کرده بودند (۲۳). با این حال در مطالعه عوامل مؤثر بر بهره‌مندی و دسترسی

به خدمات سلامت در شهر کرمان (۲۰۱۵) بین جنسیت سرپرست خانوار و استفاده از خدمات سلامت ارتباطی یافت نشد (۲۸). به نظر می‌رسد سالمندی در ارتباط بین جنسیت و تاهل با بهره‌مندی از خدمات مختلف سلامت به‌عنوان عامل مداخله‌گر عمل می‌نماید.

با توجه به اینکه ۹۶٪ سالمندان مورد مطالعه تحت پوشش بیمه‌های پایه بودند، در مطالعه حاضر ارتباط پوشش بیمه پایه و بهره‌مندی از خدمات مختلف سلامت آزمون نشد. بین پوشش بیمه تکمیلی با استفاده از خدمات پزشک متخصص، آزمایشگاه ارتباط معنادار دیده شد. بین نوع بیمه پایه (روستایی، کمیته امداد، خدمات درمانی، تامین اجتماعی) و استفاده از خدمات تصویربرداری پزشکی، خانه یا پایگاه بهداشتی و مرکز بهداشتی، درمانی ارتباط معنادار دیده شد؛ به‌طوری‌که بهره‌مندی سالمندان دارای بیمه روستایی نسبت به سایرین بیشتر بود. بین نوع بیمه و استفاده از سایر خدمات سلامت ارتباطی یافت نشد. بهره‌مندی بیشتر سالمندان تحت پوشش بیمه روستایی از خدمات رایگان خانه بهداشت و مراکز بهداشتی، درمانی می‌تواند به استقرار برنامه پزشک خانواده روستایی و الزام بیماران به تبعیت از نظام ارجاع نسبت داده شود. در مطالعه عوامل

توجهی از افراد باسواد بیشتر بود. با این حال در مطالعه پوررضا و همکارانش (۲۰۰۹) در بین ساکنان شهر تهران، افراد با مدرک کارشناسی به بالا، حدود ۲ برابر بیش از افراد بی‌سواد از خدمات سلامت استفاده کرده بودند (۲۳). در مطالعه رضاپور و همکارانش (۲۰۱۵) در جمعیت عمومی شهر کرمان ارتباط بین سطح تحصیلات خانوار و بهره‌مندی از خدمات معنادار نبود (۲۸). در مطالعه نورایی مطلق و همکاران در جمعیت عمومی شهر تهران (۲۰۱۵) تحصیلات سرپرست خانوار ارتباط منفی با بهره‌مندی از خدمات بستری و سرپایی داشت؛ به‌طوری‌که خانوارهایی که سرپرست آنها دارای تحصیلات دانشگاهی بود، کمتر از خدمات استفاده کرده بودند. آنان نتیجه‌گیری کردند تحصیلات دانشگاهی سرپرست باعث می‌شود نیاز به خدمات بهداشتی، درمانی کاهش یابد (۲۵). در مطالعه رضاپور و همکاران در جمعیت عمومی شهر تهران (۲۰۱۵) نیز سطح تحصیلات سرپرست خانواده ارتباط معکوس معناداری با وضعیت استفاده از خدمات سلامت توسط خانوار داشت؛ به‌طوری‌که بیشترین استفاده در بین خانوارهایی مشاهده شد که تحصیلات سرپرست آنها در گروه بی‌سواد و ابتدایی قرار داشت و کمترین نسبت مربوط به خانوارهایی بود که سرپرست آنها تحصیلات دانشگاهی داشت (۲۴). در مطالعه حسن‌زاده و همکارانش در جمعیت عمومی استان مرکزی (۲۰۱۳) نیز ارتباط منفی بین تحصیلات و نرخ بهره‌مندی از خدمات سرپایی و بستری تأیید شد (۳۲). در مطالعه پیپ و همکارانش در جمعیت عمومی کانادا (۲۰۰۲) نیز بین سطح تحصیلات و نرخ بهره‌مندی ارتباط معنادار منفی گزارش شد (۳۳). به نظر می‌رسد با افزایش سطح تحصیلات، نیاز به استفاده از خدمات مختلف سلامت در بین همه زیرگروه‌های جمعیتی کاهش می‌یابد. در مطالعه حاضر سالمندان بی‌سواد بیش از سالمندان باسواد از خدمات پیشگیرانه استفاده کرده بودند، ممکن است کاهش استفاده از

مؤثر بر بهره‌مندی و دسترسی به خدمات سلامت در جمعیت عمومی شهر کرمان (۲۰۱۵) ارتباط معناداری بین پوشش بیمه‌ای خانوار و نرخ بهره‌مندی از خدمات سلامت وجود داشت (۲۸). در بررسی رفتار جستجوی درمان ساکنان شهر تهران (۲۰۰۹) نیز افراد بیمه‌شده حدود ۲ برابر بیش از افراد فاقد بیمه به جستجوی مراقبت از مراکز درمانی پرداخته بودند (۲۳). در مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت در جمعیت عمومی استان اصفهان (۲۰۱۱) نیز بین نوع پوشش بیمه و بهره‌مندی از خدمات سرپایی، خرید دارو، مراجعه به آزمایشگاه و خدمات بستری ارتباط معنادار گزارش شد (۱۳). مطالعه عوامل مؤثر بر استفاده از خدمات سلامت در جمعیت عمومی غنا (۲۰۱۳) نیز نشان داد که پوشش بیمه سلامت بر استفاده از خدمات سلامت تأثیر مثبت دارد (۲۹). مطالعه عوامل اجتماعی-اقتصادی تعیین‌کننده‌ی وضعیت بهره‌مندی خانوارها از خدمات سلامت در کلان‌شهر تهران (۲۰۱۵) حاکی از اثر مبهم و ضعیف پوشش بیمه بر افزایش احتمال بهره‌مندی از خدمات سلامت بود (۲۳). در مطالعه هارمون و نولان در جمعیت عمومی ایرلند (۲۰۰۱) احتمال بهره‌مندی از خدمات بستری در بین بیمه‌شدگان فقط ۳٪ بیشتر از افراد فاقد پوشش بیمه بود (۳۰). با این حال، در مطالعه‌ی موکان و همکاران در جمعیت شهری چین (۲۰۰۴) بیمه سلامت بر خلاف انتظار، تأثیر منفی بر تقاضای خدمات درمانی داشت (۳۱). با توجه به نتایج متفاوت مطالعات مختلف، انجام یک مطالعه فراتحلیل در خصوص ارتباط پوشش بیمه‌ای و بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان ضروری به نظر می‌رسد. بین وضعیت سواد (بی‌سواد یا باسواد) با مراجعه به خانه یا پایگاه بهداشت و مرکز بهداشتی، درمانی ارتباط معنادار دیده شد؛ به‌طوری‌که استفاده سالمندان بی‌سواد بیشتر از سالمندان باسواد بود. بهره‌مندی افراد بی‌سواد از سایر خدمات سلامت با وجود معنادار نشدن، به شکل قابل



خدمات مختلف سلامت ناشی از افزایش اجرای اقدامات پیشگیرانه توسط افراد باسواد باشد.

بین ابتلاء به بیماری مزمن و استفاده از خدمات پزشک عمومی، متخصص، آزمایشگاه، تصویربرداری و مراجعه مستقیم به اورژانس بیمارستان ارتباط معنادار وجود داشت. در مطالعه نورایی مطلق و همکاران ابتلاء اعضای خانوار به بیماری مزمن، استفاده از خدمات بستری و سرپایی را افزایش داده بود؛ به طوری که این متغیر مهمترین متغیر مدل برآورد شده بود (۲۵). در مطالعه پوررضا و همکاران نیز استفاده از خدمات سلامت توسط افراد بالای ۶۵ سال و یا افراد دچار بیماری، بیشتر از سایرین گزارش شد (۲۳). در مطالعه رضاپور و عبادی فر نیز استفاده خانوارهای دارای فرد مبتلا به بیماری مزمن از خدمات سلامت، بیش از سایر خانوارها بود (۲۴).

همچنین مطالعه انجام شده توسط توم و همکارانش در کشور برزیل و مطالعه انجام گرفته در کشور کانادا نیز نشان داد نرخ بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین افراد مسن و مبتلایان به بیماری‌های مزمن بیشتر است (۳۴). (۳۵). به نظر می‌رسد ابتلاء به بیماری مزمن، صرف نظر از سن، به افزایش بهره‌مندی از خدمات سلامت منجر می‌شود.

در این مطالعه بین تعداد فرزندان و بهره‌مندی از خدمات پزشک عمومی، خدمات بستری، خدمات فیزیوتراپی، خانه یا پایگاه بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی ارتباط معنادار دیده شد؛ به طوری که با افزایش تعداد فرزندان بهره‌مندی سالمند از خدمات فوق افزایش می‌یافت. در مطالعه بهرامی و همکاران در شهر قم (۲۰۱۷) افرادی که تعداد اعضای خانواده آن‌ها بیشتر بود به میزان بیشتری از خدمات استفاده داشتند (۳۶). در مطالعه عبادی فرد و همکاران (۲۰۱۱) نیز بین تعداد فرزندان با تقاضا برای خدمت ارتباط معنادار مشاهده شد (۱۳). در مطالعه حاضر بین بعد خانواده با استفاده از خدمات

پزشک متخصص، اورژانس، عمل جراحی و مراجعه به مرکز بهداشتی، درمانی ارتباط معنادار دیده شد؛ به طوری که در همه موارد با افزایش بعد خانوار، استفاده سالمند از این خدمات افزایش یافت. در مطالعه بابر شیخ در جمعیت عمومی پاکستان (۲۰۰۵) نیز بعد خانوار با رفتار در جستجوی درمان رابطه معنادار داشت (۳۷). در مطالعه پوررضا و همکاران مشخص شد که بعد خانوار از متغیرهای موثر و معنادار بوده است؛ به طوری که با افزایش یک نفر به اعضای خانوار، مراجعه به مراکز درمانی به اندازه ۰/۱۱ کاهش یافته است (۲۳)؛ اما در مطالعه نورایی مطلق و همکاران بعد خانوار بر بهره‌مندی از خدمات بستری و سرپایی اثر مثبت داشته است و با افزایش تعداد افراد خانوار استفاده از خدمات افزایش یافته است (۲۵) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد و علت آن افزایش نیاز خانوار به خدمات با افزایش تعداد افراد خانوار باعث کاهش سطح کیفیت زندگی و افزایش نیازهای برآورده نشده و کاهش سطح مالی و اقتصادی و عدم درمان به موقع مشکلات سلامتی و در نتیجه افزایش بیماری‌ها می‌گردد.

بین وضعیت درآمد (دارای درآمد شخصی، وابسته به خانواده یا وابسته به سازمان‌های حمایتی) با عمل جراحی، مراجعه به خانه/ پایگاه بهداشت و مرکز بهداشتی، درمانی ارتباط معناداری وجود داشت؛ به طوری که سالمندان تحت پوشش سازمان‌های حمایتی (کمیته امداد امام خمینی (ره) و بهزیستی)، بیشترین و سالمندان دارای درآمد شخصی کمترین استفاده را از این خدمات داشتند. بین وضعیت درآمد با استفاده از سایر خدمات ارتباطی یافت نشد. در مطالعه پوررضا و همکاران ارتباط احتمال مراجعه به مراکز درمانی با میزان درآمد معنادار بود؛ به طوری که نسبت شانس مراجعه به مراکز درمانی در خانوارهای ثروتمند سه برابر خانوارهای فقیر بود (۲۳). در مطالعه رضاپور و رومیانی ارتباط بین پنجگ اقتصادی خانوار و

وضعیت بهره‌مندی از خدمات سلامت معنادار گزارش شد؛ به‌طوری‌که با حرکت از پنجک اول (فقیرترین) به سمت پنجک پنجم (ثروتمندترین) استفاده از خدمات سلامت (سرپایی و بستری) افزایش می‌یافت (۲۸). در مطالعه نورایی مطلق و همکاران نیز احتمال بهره‌مندی خانوارهای گروه‌های درآمدی بالاتر، از خدمات سرپایی بالاتر بود (۲۵). در مطالعه عبادی‌فرد و همکاران (۲۰۱۱) نیز بین درآمد خانواده با تقاضا برای خدمات سلامت ارتباط معنادار مثبت مشاهده شد (۱۳). در مطالعه رضاپور و عبادی‌فرد نیز با افزایش درآمد احتمال استفاده خانوارها از خدمات سلامت افزایش می‌یافت (۲۴). مطالعه لوپز و همکارانش در اکوادور (۲۰۱۲) نیز رابطه‌ی معناداری بین وضعیت اقتصادی و بهره‌برداری از خدمات سلامت نشان داد؛ به‌طوری‌که با افزایش رتبه‌ی خانوارها در پنجک‌های دارایی و مصرف، شانس استفاده از مراقبت‌های پیشگیری و درمانی مورد نیاز افزایش می‌یافت (۳۸). مطالعه جی آدامسون و همکارانش (۲۰۰۳) نیز نشان داد افراد کم‌درآمد به هنگام بیماری کمتر از ثروتمندان به جستجوی درمان می‌پردازند (۳۹). جورج گوتزدز و همکاران (۲۰۰۵) نیز در بررسی رفتار جستجوی درمان خانوارهای گرجستانی دریافتند خانوارهای کم‌درآمد نسبت به خانوارهای ثروتمند بیشتر از خدمات آمبولانس استفاده می‌کنند (۴۰). این یافته نشان می‌دهد سالمندان فقیر (تحت پوشش سازمان‌های حمایتی) به دلیل مشکلات مالی ترجیح می‌دهند از خدمات رایگان یا ارزان قیمت (خانه/پایگاه بهداشت و مرکز بهداشتی، درمانی) استفاده کنند و دریافت خدمت از سایر مراکز را آنقدر به تعویق می‌اندازند تا بیماری‌شان به وخیم‌ترین وضعیت خود رسیده و در نتیجه مجبور به استفاده از خدمات عمل جراحی شوند.

به منظور بررسی وضعیت اشتغال، سالمندان را در دو گروه فعال اقتصادی (افرادی که در حال حاضر دارای شغل

هستند) و غیرفعال (افراد بازنشسته، خانه‌دار و بیکار) قرار دادیم؛ به این ترتیب بین وضعیت اشتغال با بهره‌مندی از خدمات تصویربرداری ارتباط معنادار مشاهده شد؛ به‌طوری‌که افراد غیرفعال بیشتر از دیگران از این خدمت استفاده کرده بودند. بین حالت‌های مختلف غیرفعال بودن (جویای کار، عدم نیاز یا تمایل به کار و بازنشسته) و استفاده از خدمات دندان پزشکی و مراجعه مستقیم به اورژانس ارتباط معنادار دیده شد. در مطالعه عبادی‌فرد و همکاران که روی جمعیت عمومی استان اصفهان (۲۰۱۱) انجام گرفت نیز بین شغل پدر و مادر خانواده با تقاضا برای خدمات سلامت ارتباط معنادار مشاهده شد؛ به‌گونه‌ای که تقاضا برای خدمات سرپایی در خانوارهای با پدر کارمند کمتر بود (۱۳). در مطالعه نورایی مطلق و همکاران نیز که روی جمعیت عمومی شهر تهران (۲۰۱۵) انجام گرفت با افزایش تعداد افراد شاغل در خانوار احتمال بهره‌مندی از خدمات سرپایی کاهش می‌یافت (۲۵). نتایج مطالعه کراوت و همکاران در بین جمعیت عمومی کانادا (۲۰۰۲) و نیز مطالعه فیلد و همکاران در بین بیماران دیابتی و آسمی شهر نورث همپتون انگلستان (۲۰۰۱) نشان داد افراد غیرشاغل نسبت به افراد شاغل، به میزان بیشتری از خدمات سلامت استفاده می‌کنند (۴۱، ۴۲)؛ در مطالعه محق و همکاران که در بین افراد شاغل و بیکار شهر یزد (۲۰۱۲) انجام شد، بین وضعیت اشتغال و رفتار جستجوی درمان رابطه معنادار دیده شد (۲۷). در مطالعه رضاپور و رومیانی که روی ۴۰۰ خانوار کرمانی انجام شد (۲۰۱۵)، بین وضعیت اشتغال سرپرست خانوار با استفاده از خدمات سلامت ارتباط معنادار گزارش شد (۴۳). به نظر می‌رسد اشتغال دارای رابطه‌ی مثبت با وضعیت سلامت باشد؛ به‌گونه‌ای که سبب مراجعه کمتر سالمندان شاغل به مراکز ارائه خدمات سلامت از جمله تصویربرداری پزشکی می‌شود. پژوهش علیزاده و همکاران که روی سالمندان ایرانی ساکن استرالیا (۲۰۱۱) انجام شد نیز

مسکن ۲ درصد بیشتر از خانوارهای مستاجر بود (۲۴). با توجه به اینکه شرکت‌کنندگان در مطالعات پژوهشی تمایل کمتری به اعلام درآمد خود بر حسب واحد پول رایج کشور دارند، به‌طور کلی می‌توان مالکیت مسکن را نماینده نسبتاً مناسبی از وضعیت اقتصادی افراد جامعه دانست. لذا تایید ارتباط این متغیر با نرخ بهره‌مندی از خدمات سلامت، بر لزوم بهره‌گیری از برنامه‌های پیش‌پرداخت از جمله پوشش بیمه همگانی به‌ویژه برای سالمندان تاکید دارد.

در پژوهش حاضر بین داشتن اتاق اختصاصی در محل سکونت با استفاده از خدمات پزشک عمومی و اورژانس ۱۱۵ ارتباط معنادار داشت. دارا بودن اتاق اختصاصی هم یک متغیر اقتصادی است و هم به جهت ایجاد استقلال شخصی یک متغیر اجتماعی محسوب می‌شود؛ لذا در جوامعی مانند ایران که خودگزارشی درآمد از اعتبار لازم برخوردار نیست، می‌تواند به عنوان نماینده درآمد مورد استفاده قرار گیرد. در مطالعه حاضر مالکیت خودروی شخصی می‌توانست نماینده‌ای از وضعیت اقتصادی-اجتماعی سالمندان مورد مطالعه باشد، اما این ارتباط به دلیل اینکه ۹۷/۴٪ سالمندان مورد مطالعه فاقد خودروی شخصی بودند، آزمون نشد.

در مطالعه حاضر بین مصرف خودسرانه دارو با هیچ یک از متغیرهای اقتصادی-اجتماعی ارتباطی مشاهده نشد. در مطالعه بختیار و همکاران و نیز مطالعه کرانی و همکاران به ترتیب در بین سالمندان خرم‌آباد (۲۰۱۷) و کرمانشاه (۲۰۱۴) نیز ارتباط معناداری بین متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنس، تحصیلات، تاهل، درآمد و بیمه) و خوددرمانی گزارش نشد (۴۶، ۴۷). در مطالعه حاضر سالمندانی که در طول سه ماه گذشته حداقل یکبار به مصرف خودسرانه دارو دست زده بودند ۳۵/۹ درصد از کل افراد بود. در مطالعه ضاربان و همکاران (۲۰۱۳) در بین مردان سالمند شهر زرنديه نیز ۳۳/۵ درصد از سالمندان

نشان داد سالمندانی که از نظر شغلی در گروه بیکار و تحت پوشش نهادهای حمایتی قرار دارند در مقایسه با سالمندانی که در سایر گروه‌های شغلی قرار دارند، در عملکرد فیزیکی با محدودیت زیادی روبرو بودند (۴۴). در مطالعه حاضر بین وضعیت اشتغال سالمندان مورد مطالعه با مراجعه به سایر مراکز ارائه خدمات سلامت ارتباط معناداری یافت نشد؛ با توجه به اینکه فقط ده درصد از سالمندان مطالعه حاضر شاغل بودند، ممکن است رابطه یافت‌شده تصادفی باشد. با توجه به محدود بودن تعداد مطالعاتی که به بررسی رابطه اشتغال و بهره‌مندی از خدمات در بین سالمندان و تعارض نتایج آنان، پیشنهاد می‌شود مطالعات اختصاصی با روش قوی‌تر طراحی و اجرا گردد.

در پژوهش حاضر بین مالکیت مسکن به عنوان یک عامل اقتصادی، با استفاده از خدمات فیزیوتراپی ارتباط معنادار مشاهده شد؛ به‌طوری‌که افراد مالک مسکن بیش از مستاجران از این خدمت استفاده کرده بودند. در مطالعه نورایی و همکاران در جمعیت عمومی شهر تهران (۱۳۹۴) نیز نحوه تصرف محل سکونت خانوار ارتباط معنادار با بهره‌مندی از خدمات سلامت در هر دو گروه خدمات بستری و سرپایی داشت؛ به‌طوری‌که خانوارهای ساکن در منازل استیجاری کمتر از هر دو نوع خدمت بهره برده بودند (۲۵). در مطالعه رضاپور و محمودی در جمعیت عمومی شهر تهران (۱۳۹۱) نیز خانوارهای مستاجر نسبت به سایر خانوارها از شانس کمتری برای دریافت خدمات مورد نیاز خود برخوردار بودند؛ به‌گونه‌ای که خانوارهای مالک مسکن با نسبت شانس بالاتر از یک (۱/۹۷ برابر)، در مقایسه با سایرین به تمام نیازهای سلامت خود دسترسی داشتند (۴۵). در مطالعه رضاپور و عبادی فرد در بین خانوارهای شهر تهران (۲۰۱۵) با اینکه مالکیت مسکن ارتباط معناداری با استفاده خدمات سلامت نداشت، اما میزان استفاده در خانوارهای مالک

اعتبار خودارزیابی سلامت به عنوان یک شاخص ارزشمند اولیه برای اندازه‌گیری سلامت زیرگروه‌های مختلف جامعه از جمله سالمندان باشد.

خودگزارش‌دهی و تکیه بر یادآوری پاسخ‌دهندگان از جمله محدودیت‌های مطالعات مبتنی بر جمعیت است؛ لذا در پژوهش حاضر جهت کاهش سوگرایی یادآوری، سعی شد مدت یادآوری بهره‌مندی از خدمات مختلف متناسب با نوع خدمت پرسش شود؛ به‌طور مثال برای یادآوری بهره‌مندی از خدمات بستری، مدت یکسال و برای یادآوری بهره‌مندی از خدمات پزشک عمومی، مدت سه ماه قبل در نظر گرفته شد. عدم در اختیار داشتن فهرست کامل سالمندان استان و شماره‌های تماس آن‌ها نیز از محدودیت‌هایی مطالعه بود؛ لذا از فهرست سالمندان بستری‌شده در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان استفاده شد؛ لذا در برخی از شهرها که سالمندان کمتری در بیمارستان‌های آنها بستری شده بودند، نسبت سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه نسبت به جمعیت سالمندان آنها کمتر شد. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر، کامل نبودن فهرست عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان بود. با این وجود پژوهش حاضر از معدود مطالعات صورت گرفته درباره عوامل اجتماعی-اقتصادی موثر بر بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان بود که اطلاعات ارزشمندی در اختیار سیاستمداران و پژوهشگران قرار می‌دهد.

به‌طور کلی می‌توان گفت بهره‌مندی سالمندان از خدمات مختلف سلامت بیشتر از جمعیت عمومی است. با توجه به نتایج مطالعه حاضر و تایید آن در مطالعات گذشته، بین سطح تحصیلات، درآمد خانوار، بعد خانوار و ابتلاء به بیماری‌های مزمن با بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان ارتباط معنادار وجود دارد؛ اما نتایج مطالعات مختلف درباره ارتباط جنسیت، تاهل، پوشش

در طی ۴ ماه گذشته حداقل در مورد یک بیماری بدون تشخیص و تجویز پزشک اقدام به خوددرمانی کرده بودند (۴۸). در مطالعه‌ای که توسط دواتی (۲۰۰۷) در تهران انجام شد، شیوع خوددرمانی در سالمندان ۵۸٪ بود (۴۹). مطالعات گوناگون بر این واقعیت تأکید دارند که با ورود به مرحله سالمندی، هزینه‌های درمانی و مصرف خودسرانه دارو افزایش خواهد یافت؛ دلیل این امر می‌تواند امکان تهیه آزادانه دارو از داروخانه، عوامل اجتماعی-اقتصادی و وخامت درک شده از بیماری باشد.

بین رضایت از زندگی سالمندان با استفاده از خدمات دندان‌پزشکی، آزمایشگاه، مراجعه مستقیم به داروخانه (خوددرمانی)، تصویربرداری، اورژانس پیش بیمارستانی و خانه بهداشت ارتباط معنادار مشاهده شد؛ به‌طوری‌که سالمندانی که رضایت از زندگی بالاتری داشتند، بیشتر از خدمات فوق استفاده کرده بودند. کسانی که از زندگی خود راضی هستند در هنگام نیاز و بیماری، هم دسترسی اقتصادی بیشتری به خدمات سلامت دارند و هم به دلیل رضایت‌مندی از زندگی تمایل بیشتری برای دستیابی مجدد به سلامت دارند.

بین خودارزیابی وضعیت سلامت سالمندان با بهره‌مندی از اکثر خدمات بهداشتی، درمانی (پزشک عمومی، پزشک متخصص، مراجعه مستقیم به داروخانه، تصویربرداری، عمل جراحی و خدمات فیزیوتراپی) ارتباط معنادار مشاهده شد. ۵۲٪ از سالمندان مورد مطالعه، وضعیت سلامت خود را ضعیف گزارش کردند. بهره‌مندی این گروه از سالمندان از خدمات سلامت بیش از سایرین بود. خودارزیابی سلامت توسط فرد یک شاخص شناخته شده بین‌المللی است که برای سنجش وضعیت سلامت افراد در پژوهش‌های سلامت همگانی و اپیدمیولوژی دارای کاربردی گسترده است (۸). بهره‌مندی بیشتر سالمندان با خودارزیابی سلامت ضعیف از خدمات مختلف سلامت در مطالعه حاضر می‌تواند موید نتایج مطالعات قبل درباره

بیمه‌ای و اشتغال با بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان، متناقض است. لذا طراحی و اجرای یک فراتحلیل توصیه می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر برخی از این عوامل تا حدودی رسالت خود را انجام داده است، ولی از آنجایی که در مورد بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت، پژوهش‌چندانی صورت نگرفته است. لذا بدلیل توجه روزافزون بسیاری از کشورها به مقوله بهداشت و سلامت در سالمندان و همچنین مواجهه نظام سلامت کشور با جمعیت سالمند در دهه‌های آینده، لزوم انجام پژوهش در این خصوص را بیش از پیش مشخص می‌سازد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی لرستان حمایت مالی شده است (کد طرح: ۸۴/۹۳). از تمامی سالمندانی که صورت‌نامه ما را در انجام این پروژه یاری دادند، نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

## References

1. Noroozian M. The elderly population in iran: an ever growing concern in the health system. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences. 2012;6(2):1-6.
2. Ghavam P, Sharifi F, Fakhrzadeh H, Motlagh M, Nazari N. HEALTH STATUS OF ELDERLY PEOPLE IN NORTH KHORASAN: A CROSS-SECTIONAL STUDY. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2017;16(4):219-30.
3. Wong SY-S, Zou D, Chung RY, Sit RW, Zhang D, Chan D, et al. Regular source of care for the elderly: a cross-national comparative study of Hong Kong with 11 developed countries. Journal of the American Medical Directors Association. 2017;18(9):807. e1-. e8.
4. Peters LL, Burgerhof JG, Boter H, Wild B, Buskens E, Slaets JP. Predictive validity of a frailty measure (GFI) and a case complexity measure (IM-E-SA) on healthcare costs in an elderly population. Journal of psychosomatic research. 2015;79(5):404-11.
5. Shojaei A, Akbari Kamrani AA, Azimian M, Ghafari S, Jamali MR. The health costs and diseases in Medical Services Insurance Organization, Tehran province, 1386 (2008). Iranian Journal of Ageing. 2012;6(4):65-74.
6. Cheraghi P, Cheraghi Z, Zanjari N. A Survey of Health Services Cost Patterns in Iranian Elderly: A Systematic Review. Pajouhan Scientific Journal. 2019;17(3):1-7.
7. Vuorisalmi M, Lintonen T, Jylhä M. Global self-rated health data from a longitudinal study predicted mortality better than comparative self-rated health in old age. Journal of Clinical Epidemiology. 2005;58(7):680-7.
8. Movahed MM, Jahanbazian S. The Study of Self-Assessed Health between the Elderly in Shiraz and Yasuj Cities in 2015. 2018.
9. Vahdaninia M, Ebadi M, Azin A, Aeenparast A, Omidvari S, Jahangiri K, et al. How people rate their own health: a nationwide study from Iran. 2011.
10. WHO. 10 facts on ageing and the life course. 2012.
11. Center s. The official report on the country's population 2016.
12. Elderly NcoI. Iranian Elderly's strategic plan. 2013.
13. Ebadifard azar F, Rezapour A, Abbasi BP, Safari H, Moeeni NM. Utilization of health care services in the state of isfahan. 2011.
14. Heydarnia M, Sohrabi M, Abolhasani F, Mehrabi Y. Factors affecting the rate and benefit from home health services in the city of Damavand. JOURNAL PAYESH. 2005;4:265-72.
15. Center S. The official report on the country's population in 2011. 2011.
16. Chen C-C, Lin Y-J, Lin Y-T. Awareness and utilization of preventive care services among the elderly under National Health Insurance. International journal of health care finance and economics. 2013;13(3-4):247-60.
17. Kehusmaa S ,Autti-Rämö I, Helenius H, Hinkka K, Valaste M, Rissanen P. Factors associated with the utilization and costs of health and social services in frail elderly patients. BMC health services research. 2012;12(1):1.
18. Sanjel S, Mudbhari N, Risal A, Khanal K . The utilization of health care services and

- their determinants among the elderly population of Dhulikhel Municipality. Kathmandu University Medical Journal. 2012;10(1):24-9.
19. Morowatisharifabad MA, Pakdaman M, Emadi P. The Utilization of Outpatient Health Services among the Elderlies in Yazd in 2018. Quarterly Journal of Management Strategies in Health System. 2018.
  20. Alizadeh M, Rahimi A, Arshinji M, Sharifi F, Arzaghi M, Fakhrzadeh H. Physical health status and socio-economic outcomes on elderly in Tehran metropolitan area. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2013;13(1):29-37.
  21. Najafi Gharebolagh M, Pourreza A. Health and Socio-Economics of the Elderly. Elderly Health Journal. 2018;4(1):1-2.
  22. Levant S, Chari K, DeFrances CJ. Hospitalizations for patients aged 85 and over in the United States, 2000-2010: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and ...; 2015.
  23. Pourreza A, Khabiri R, Arab M, Akbari Sari A, Rahimi A, Toll A. Healthcare-seeking behavior in Tehran, Iran and factors affecting it. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2009;7(2):1-13.
  24. Rezapour A, Ebadifard Azar F, Yusef Zadeh N, Hasanpour F, Bagheri Faradonbeh H, Ansari Nosrati S, et al. The Socio-Economic Determinants Of Health Care Utilization: A Cross-Sectional Survey In Tehran Metropolis. Journal of Payavard Salamat. 2015;9(2):180-91.
  25. Nouraei Motlagh S, Sabermahani A, Hadian M, Lari MA, Mahdavi MRV, Gorji HA. Factors Affecting Health Care Utilization in Tehran. Global journal of health science. 2015;7(6):240.
  26. Redondo-Sendino Á, Guallar-Castillón P, Banegas J, Rodríguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. BMC public health. 2006;6(1):1.
  27. Mohegh M, Pourreza A, Rahimi A, Akbari Sari A, Nekouymoghadam M. Health seeking behavior study among Zoroastrian residing in Yazd. Journal of Hospital. 2012;11(3):61-72.
  28. Rezapoor A, Roumiani Y, Azar F, Ghazanfari S, Mirzaei S, Asiabar A, et al. Effective factors on utilization and access to health care: a population-based study in Kerman. Journal of Health Administration (JHA). 2015;18(60):Pe24-Pe35, En6.
  29. Saeed BI, Abdul-Aziz A. Assessing the influential factors on the use of healthcare: Evidence from Ghana. International Journal of Business and Social Science. 2013;4.(<sup>1</sup>)
  30. Harmon C, Nolan B. Health insurance and health services utilization in Ireland. Health Economics. 2001;10(2):135-45.
  31. Mocan HN, Tekin E, Zax JS. The demand for medical care in urban China. World Development. 2004;32(2):289-304.
  32. Hassanzadeh J, Mohammadbeigi A, Eshrati B, Rezaianzadeh A, Rajaeefard A. Determinants of inequity in health care services utilization in Markazi province of Iran .Iranian Red Crescent Medical Journal. 2013;15(5):363-70.
  33. Yip AM, Kephart G, Veugelers PJ. Individual and neighbourhood determinants of health care utilization: Implications for health policy and resource allocation.

- Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique. 2002;303-307.
34. Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. *American journal of public health*. 2011;101(5):868-74.
  35. Vingilis E, Wade T, Seeley J. Predictors of adolescent health care utilization. *Journal of adolescence*. 2007;30(5):773-800.
  36. Bahrami MA, Pakdaman M, Chehrehgani L, Rahbar A. Patients and Utilization Rate of Health Services in Selected Hospitals of Qom, 2017. *Quarterly Journal of Management Strategies in Health System*. 225-39.
  37. Shaikh BT, Hatcher J. Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers. *Journal of public health*. 2005;27(1):49-54.
  38. López-Cevallos DF, Chi C. Health care utilization in Ecuador: a multilevel analysis of socio-economic determinants and inequality issues. *Health policy and planning*. 2009;czp052.
  39. Adamson J, Ben-Shlomo Y, Chaturvedi N, Donovan J. Ethnicity, socio-economic position and gender—do they affect reported health—care seeking behaviour? *Social science & medicine*. 2003;57(5):895-904.
  40. Gotsadze G, Bennett S, Ranson K, Gzirishvili D. Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia. *Health policy and planning*. 2005;20(4):232-42.
  41. Kraut A, Mustard C, Walld R, Tate R. Unemployment and health care utilization. *Health Effects of the New Labour Market*: Springer; 2002. p. 25-42.
  42. Field KS, Briggs DJ. Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary health-care. *Health & social care in the community*. 2001;9(5):294-308.
  43. Rezapoor A, Roumiani Y, Azar F, Ghazanfari S, Mirzaei S, Asiabar A, et al. Effective factors on utilization and access to health care: a population-based study in Kerman. *Journal of Health Administration (JHA)*. 2015;18.(۶۰)
  44. Alizadeh-Khoei M, Mathews RM, Hossain SZ. The role of acculturation in health status and utilization of health services among the Iranian elderly in metropolitan Sydney. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 2011;26(4):397-405.
  45. Rezapour A, Mahmoudi M, Abolghasem Gorji H, Bagheri Faradonbeh S, Asadi S, Yusef Zadeh N, et al. A Survey of Unmet Health Needs and the Related Barriers to Access Them. *Journal of Health Administration*. 2014;17(57):87-98.
  46. Bakhtiar K, Bastami F, Sharafkhani N, Almasian M. The Psychological Determinants of Self-Medication among the Elderly: An Explanation Based on the Health Belief Model. *Elderly Health Journal*. 2017;3(2):59-66.
  47. Korani T, Ashktorab T, Darvishporkakhki A, Shahsavari S, Esmaeli R. Assessment of self-medication and associated factors among elderly living in Kermanshah city. 2014:38-48.
  48. Zareban I, Shamsi M, Kuhpayehzadeh J, Baradaran H. The effect of education based on extended parallel process model (EPPM)



on the self-medication of elderly in Zarandieh. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci). 2013;17(8):501-8.

49. Davati A, Jaffari F, Samad Pour M, Tabar K. Medication review in elderly in Tehran. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran. 2007;25(4):450-6.

## Utilization of health services among the elderly at Lorestan province: a cross-sectional study

Hasanvand S<sup>1</sup>, Imani-Nasab MH<sup>2\*</sup>, Birjandi M<sup>2</sup>, Omidifar R<sup>3</sup>, Sadegifar J<sup>4</sup>

1- Student Research Committee, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

2- Assistant professor, Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran. imani\_mh@yahoo.com

3- Deputy of Treatment, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

4- Assistant professor, Public Health Department, School of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

Received: 23 July 2019

Accepted: 1 Sep 2019

### Abstract

**Background:** The age pyramid of our country is being reversed. Planning for the provision of healthcare services for the elderly requires the investigation of the factors affecting their utilization of health services. The aim of this study was to determine the availability of health services for the elderly at Lorestan province and the relationship between their utilization of these services with socioeconomic variables.

**Materials and Methods:** This cross-sectional study was conducted in 2017. The study population included the elderly discharged from the hospitals affiliated to Lorestan University of Medical Sciences in 2017. The data of 428 patients were collected during phone interviews. The collected data were analysed by SPSS-18 software and chi-square test, Mann-Whitney test, Spearman test, and independent t-test.

**Results:** The rates of the utilization of medical and paramedical services in at least one occasion during the last three months among the studied elderly were 25.5% and 27.7%, respectively. Utilization of health services was significantly affected by family structure, literacy status, residence of the patient (town or village), social origin (the residence until the age of 18), unemployment status, number of children, type of insurance, complementary insurance, having a chronic disease, self-evaluation of health status, satisfaction of the status quo, income, employment status, house ownership, and having a private room. However, there were not significant relationships between the elderly's utilization of different health services and their gender, marital status, children's location, and car ownership.

**Conclusion:** Elderly people utilize different health services more than the general population. Considering the significant relationship between certain socioeconomic variables and the utilization of health services among the elderly, it is recommended that planning for the provision of health services to them should be based on the investigation of their utilization of health services and their determinants.

**Keywords:** the elderly, health services for the elderly, socioeconomic determinants, Iran.

\***Citation:** Hasanvand S, Imani-Nasab MH, Birjandi M, Omidifar R, Sadegifar J Utilization of health services among the elderly at Lorestan province: a cross-sectional study. *Yafte*. 2019; 21(3): 48-65.