

## بررسی ویژگی‌های مرتبط با سلامت سالمندان جمعیت منطقه مینودر شهر قزوین به منظور طراحی مداخلات پژوهشی در سال ۱۳۸۷ (مقاله پژوهشی)

سعید آصفزاده<sup>۱\*</sup>، احمد قدوسیان<sup>۲</sup>

### چکیده:

**هدف:** این مطالعه با هدف تعیین علل مراجعه سالمندان برای دریافت خدمات درمانی و علل بستری و شناسایی رضایت آنان از بیمه درمانی و ارزیابی اولویت‌های پژوهشی مرتبط با سلامت آنان انجام شد. روش بررسی: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، اطلاعات طی یک هفته جمع آوری شد و ۱۱۹ نفر را با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از افراد بالاتر از ۶۰ سال در محلات منطقه مینودر توسط رابطین بهداشتی محلات و به صورت خانه به خانه و تکمیل پرسشنامه انتخاب کردند. پرسشنامه شامل ۲۵ سؤال بود و برای آنالیز داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی در محیط نرم افزار SPSS.15 استفاده شد.

**یافته‌ها:** شایع‌ترین علل مراجعه به پزشک در بین سالمندان، بیماری‌های استخوان و مفاصل (۲۲/۶٪)، بیماری‌های قلب و عروق (۱۵/۵٪)، بیماری‌های گوارشی و غدد (۱۵/۵٪) و میانگین دفعات استفاده از پروتز برای هر یک نفر ۰/۹۸ بار بود. میانگین دفعات مراجعه سالمندان برای یک سال به پزشک و داروخانه (۱۰/۷ بار)، دفعات بستری در بیمارستان (۰/۴ بار)، طول مدت اقامت در بیمارستان (۳/۹ روز)، هزینه خرید دارو و وسایل پزشکی، (برای هر یک بار ۶۰۳۳۰ ریال) بود.

شایع‌ترین علل بستری سالمندان در بیمارستان به ترتیب بیماری‌های قلبی عروقی (۲۰/۳٪)، جراحی‌ها (۲۰/۱٪)، عفونی و داخلی (۱۳/۳٪) و چشم (۸/۸٪) بود. این مطالعه، نشان داد که ۶۴/۲٪ از افراد بیمه شده، پزشک بیمه و ۷۶/۴٪ آنان درمانگاه دولتی را برای دریافت خدمات درمانی خود انتخاب کرده بودند و مهم‌ترین علت این انتخاب در هر دو مورد، هزینه بود. ۴۴/۵٪ از سالمندان تحت مطالعه، در مقابل افزایش کیفیت خدمات درمانی دریافتی، با افزایش پرداخت سرانه بیمه موافق و ۵۵/۵٪ با این افزایش مخالف بودند.

**نتیجه‌گیری:** الگوی شایع‌ترین علل مراجعه به پزشک و علل بستری و الگوی ارائه خدمات درمانی از سال‌های قبل تا زمان اجرای این مطالعه در سالمندان تغییر محسوسی نداشته، در عین حال میانگین دفعات مراجعه به پزشک و داروخانه و بستری در سالمندان، به نحو محسوسی بیشتر از غیرسالمندان بود و هزینه درمان نیز افزایش یافته بود، بنابراین موضوعاتی برای طراحی مداخلات پژوهشی برای ارتقای سطح سلامت سالمندان در منطقه مینودر شهر قزوین پیشنهاد می‌شود.

**کلید واژه‌ها:** اولویت‌های پژوهشی، سالمندان، علل مراجعه به پزشک و بستری، رضایتمندی، بیمه درمانی

۱- استاد گروه علوم مدیریت خدمات بهداشتی  
درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین  
\* پست الکترونیک نویسنده مسئول:  
sasefzadeh@qums.ac.ir  
۲- کارشناس آموزش بهداشت مرکز تحقیقات  
جمعیتی مینودر

### مقدمه

نوع ساخت جمعیتی جوان، بزرگسال و سالمند تقسیم می‌کند که مشخصه آنها، میزان نسبت جمعیت سالمند در این کشورهاست. طبق این تعریف، کشورهای دارای جمعیت سالمند، کشورهایی هستند که نسبت جمعیت سالمندان آن، بیش از ۷ در صد باشد (۴). سالمندی نه یک بیماری، بلکه پدیده‌ای حیاتی است که همگان را تحت پوشش قرار می‌دهد و مسیر طبیعی تغییرات فیزیولوژیکی و روانی را به همراه کنش‌ها و واکنش‌های اجتماعی متفاوت

بهبود شرایط زندگی، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و افزایش طول عمر و امید به زندگی پدیده سالمندی در جوامع را به دنبال داشته است (۱). همه ما از زمانی که زاده می‌شویم سالمندی را آغاز می‌کنیم (۲). سالمندی به تعریف انجمن تغذیه آمریکا به تغییرات فیزیولوژیکی طبیعی و پیش رونده و غیر قابل برگشت اطلاق می‌شود (۳). در تعریفی دیگر، سازمان ملل متحد کشورها را به سه

این در ارتباط با وجود ناتوانی و بیماری‌های مزمن در زنان می‌باشد (۱۴).

مسئله مهم دیگر، احساس تنهایی در سالمندان است که بسیاری از سالمندان در جوامع مختلف آن را تجربه می‌کنند (۱۵)، زیرا به دلیل کاهش تعاملات ناشی از نقصان سلامت جسمی و فوت نزدیکان، در معرض خطر انزوا و تنهایی هستند (۱۶ و ۱۷). بسیاری از سالمندان دوران پیری را به عنوان دوران تنهایی توصیف کرده و به عنوان یک تجربه ناخوشایند از آن هراس دارند (۱۸ و ۱۹). پابلو و پرلمن نیز احساس تنهایی را به عنوان تجربه‌ای آزار دهنده معرفی کرده‌اند (۲۰). یافته‌های مطالعات قبلی نشان داده است که « تنها زندگی کردن » مفهوم یکسانی با « احساس تنهایی » ندارد (۲۱). در دوران سالمندی بیماری‌های مزمنی که عمدتاً افراد مسن را گرفتار می‌کنند منجر به درد و ناتوانی، افت کیفیت زندگی و افزایش هزینه‌های مراقبت‌های طولانی مدت، مراقبت‌های تحت حاد و تخصصی سلامت می‌شوند (۲۲). این بیماری‌ها بیشتر در خصوص سیستم‌های قلبی عروقی، گوارشی، تنفسی، ایمنی بدن، اعصاب، دستگاه تناسلی و ادراری، پوست و مو، چشم، دهان، استخوان‌ها و مفاصل و مسمومیت‌های دارویی دیده می‌شوند لذا افزایش تعداد سالمندان، بالقوه منجر به افزایش هزینه مراقبت از سلامت خواهد شد (۲۳). در تحقیقی که در مرکز پزشکی کلیولند انجام شد مشخص شد که هزینه درمان و اقامت در بیمارستان افراد بالای ۷۰ سال، بیشتر از گروه سنی ۶۵ تا ۷۰ سال بوده است (۹). نتایج پژوهشی در سال ۱۳۷۷ در ایران نشان می‌دهد شایع‌ترین بیماری‌هایی که منجر به بستری سالمندان در بیمارستان می‌شود عبارتند از بیماری‌های قلبی عروقی، گوارشی، چشم، ادراری تناسلی و حوادث (۲۴). در مطالعه انجام شده در سال ۱۳۷۸ بر روی سالمندان تهران بزرگ، مشاهده شد که بیش از ۳۷٪ از کل هزینه‌های خدمات درمانی انجام شده به گروه سالمندان اختصاص دارد و مدت زمان بستری سالمندان ۱/۳ برابر غیر سالمندان بوده است (۲۵). در تحقیقی که در سمنان انجام شده است نشان می‌دهد ۲۹٪ هزینه بستری بیماران متعلق به سالمندان بوده است (۲۶).

به معرض نمایش می‌گذارد (۵). سالمندی در ابتدای قرن بیست و یکم به دلیل افزایش امید به زندگی و کاهش تدریجی میزان مولید، رو به افزایش بوده است (۶). جمعیت کشور ما در سال ۱۳۸۵ بالغ بر ۷۰/۴۷ میلیون نفر بوده است که ۵/۱۲ میلیون نفر افراد بالای ۶۰ سال بوده‌اند. (شهری ۳/۲۸ میلیون نفر - روستایی ۱/۸۴ میلیون نفر) و ۷/۳٪ جمعیت کشور را شامل می‌شوند (۷) و با توجه به اینکه ۲۵٪ جمعیت کشور در سال ۱۳۸۵ زیر ۱۵ سال بوده اند، می‌تواند نشان دهنده گذار ساختمان سنی جمعیت از جوانی به سالمندی باشد و با توجه به آهنگ پرشتاب کاهش باروری در ایران طی دو دهه اخیر، پیش بینی می‌شود حرکت به سمت سالخوردگی جمعیت تسریع شود (۸).

طبق گزارش سازمان ملل متحد در سال ۱۹۵۰ جمعیت سالمند جهان در حدود ۲۰۰ میلیون نفر، در سال ۱۹۷۵ در حدود ۳۵۰ میلیون نفر و در سال ۲۰۰۰ میلادی، ۵۹۰ میلیون نفر بوده است و انتظار می‌رود این رقم در سال ۲۰۲۵ به ۱/۱۰۰ میلیارد نفر برسد و در سال ۲۰۵۰ از مرز ۱/۹۷۰ میلیارد نفر تجاوز کند (۹). سرشماری سال ۱۳۸۵ در حدود ۷/۳٪ (۵/۱ میلیون نفر) جمعیت کشور را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند (۱۰). لذا با توجه به گزارش WHO (۲۰۰۶) و با امید به زندگی ۷۰ سال برای کشورمان، در آینده‌ای نزدیک در ایران با پدیده « انفجار سالمندی » مواجه خواهیم شد (۱۱). در دهه‌های اخیر، ارزیابی کیفیت زندگی یکی از معیارهای معتبر برای تعیین نیازها و ارتقاء سطح سلامت جوامع به خصوص سالمندان شمرده می‌شود. پژوهشی در انگلستان نشان داد که آسیب‌های عملکرد جسمی، مهم‌ترین عامل در کاهش میزان کیفیت زندگی سالمندان بود (۱۲). تحقیقی که در این زمینه در کشور ما انجام شد نشان داد که زنان سالمند در همه حیطه‌های روانی و جسمانی از کیفیت زندگی بدتری نسبت به مردان سالمند برخوردارند (۱۳). تحقیقی در اسپانیا نیز نشان داد که کیفیت زندگی در زنان سالمند نسبت به مردان سالمند در وضعیت بدتری قرار داشت و

### روش بررسی

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، اطلاعات طی مدت یک هفته در اسفند ۸۷ جمع آوری شد. از بین سالمندانی که تحت پوشش رابطین بهداشتی در منطقه بوده و یا به مراکز بهداشتی درمانی منطقه در زمان انجام مطالعه مراجعه کرده بودند، تعداد ۱۱۹ نفر از زنان و مردان ۶۰ سال به بالای محلات منطقه مینودر شهر قزوین به روش نمونه‌گیری سرشماری توسط ۱۲ نفر رابط بهداشتی منطقه، شناسایی و مشخص شدند. پرسشنامه‌ها در محیط پژوهش (مراکز بهداشتی درمانی واقع در منطقه مینودر و یا به صورت خانه به خانه در محلات منطقه) و توسط اعضای پایگاه تحقیقات جمعیتی مینودر و رابطین بهداشتی منطقه و پس از رؤیت مدارک مربوط به بیمه و درمان و غیره... ثبت و تکمیل شد. پرسشنامه شامل ۲۵ سؤال بود (۴ سؤال: مشخصات عمومی - ۸ سؤال: اطلاعات مربوط به بیماری - ۶ سؤال: اطلاعات مربوط به بستری - ۷ سؤال: مربوط به رضایت از خدمات بیمه‌ی درمانی) بود. تعداد ۳ مورد از پرسشنامه‌ها مخدوش و غیرقابل قبول بوده و ۱۱۶ پرسشنامه دیگر مورد بررسی قرار گرفت. جهت کسب روایی و پایایی پرسشنامه، مطالعه پایلوت از ده نفر سالمند (۵ نفر زن و ۵ نفر مرد) به طور تصادفی در منطقه مینودر به اجرا درآمد و با استفاده از روش اعتبار محتوا اصلاحات لازم انجام شد. روایی محتوای پرسشنامه که با استفاده از روش ضریب آلفای کورنباخ انجام شد، بالای ۸۲ درصد بود. برای آنالیز داده‌ها از آزمون فیشر و کی‌اسکوئر استفاده شد.

### یافته‌ها

این مطالعه نشان داد که ۷۸/۴٪ سالمندان در گروه سنی ۶۰-۶۹ سال، ۱۹/۸٪، ۷۹-۷۰ سال و ۱/۷٪ بیش از ۸۰ سال داشته، میانگین سن ۶۵/۷ سال بود. ۶۶ نفر (۵۶/۹٪) مرد و ۵۰ نفر (۴۳/۱٪) زن بودند. از نظر تحصیلات، ۴۹/۱٪ بی‌سواد، ۴۳/۱٪ دارای تحصیلات ابتدایی و ۷/۷٪ تحصیلات بالاتر از ابتدایی داشتند. از نظر وضعیت بیمه درمانی، هیچ یک تحت پوشش بیمه روستایی نبوده و ۷۶/۷٪ تحت پوشش

فراوانی بیماری‌هایی نظیر فشار خون، بیماری‌های قلبی، سکت، دیابت، سرطان، بیماری‌های تنفسی، بی‌اختیاری ادرار، کاهش قدرت بینایی و شنوایی، ضعف‌های استخوانی - عضلانی و اختلالات روانی در سالمندان بالا است و درمان این بیماری‌ها بسیار گران‌تر و پیشگیری از آنها مشکل‌تر از بیماری‌های عفونی است که قبلاً عامل عمده مرگ و میر بودند (۲۷). گفته می‌شود که نرخ رشد جمعیت بالای ۶۰ سال در مقایسه با رشد جمعیت در ایران در حال حاضر ۲/۵٪ در برابر ۱/۶٪ می‌باشد که چنین روندی البته برای کشوری نظیر کشور ما که ویژگی‌های جمعیتی و اقتصادی با ساختار در حال توسعه دارد، بسیار چالش برانگیز است زیرا سالمندی جمعیت ممکن است در این گونه کشورها با «فقر پایدار» همراه باشد (۲۸). گردآوری اطلاعات مبتنی بر وضعیت جمعیت شناسی، اپیدمیولوژی و استفاده از خدمات و تسهیلات بهداشتی درمانی در ارزیابی نیازهای جمعیت و تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی، لازم و حیاتی است. برخی از اطلاعات را می‌توان از طریق اجرای بررسی‌ها یا مطالعات پژوهشی در زمینه سیستم بهداشت و درمان و وضعیت جمعیت به دست آورد (۲۹).

از آنجا که برنامه‌ریزی و ایجاد تغییر، بدون داشتن اطلاعات کافی و مناسب، موفقیتی در بر نخواهد داشت (۳۰)، پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت موجود دریافت خدمات درمانی سالمندان و نیروهای مورد نیاز و ارزیابی اساس اولویت‌های پژوهشی مرتبط با سلامت سالمندان اجرا شد. جمعیت استان قزوین در سال ۱۳۸۵ یک میلیون و ۱۴۳ هزار نفر بوده است و تعداد سالمندان این استان ۸۲ هزار و ۹۸۷ نفر یعنی (۷/۲۶٪) کل جمعیت استان می‌باشد. تعداد سالمندان شهری استان ۴۶ هزار و ۷۲۷ نفر و تعداد سالمندان روستایی ۳۶ هزار و ۲۶۰ نفر می‌باشد (۷). منطقه مینودر، در شمال غربی شهر قزوین واقع شده و دارای بافت کارگری است. تنها پایگاه تحقیقات جمعیتی استان قزوین، از سوی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در این منطقه دایر شده است.

یک سال و میانگین هزینه خرید دارو و وسایل پزشکی، برای هر یک نفر ۵۴۰۹۰ ریال و برای هر یک بار ۶۰۳۳۰ ریال بود. مشخص شد ۶۳/۶٪ از آنان یک بار، ۱۵/۲٪ دو بار، ۶/۱٪ سه بار و ۱۵/۲٪ بیش از سه بار در بیمارستان بستری شده بودند. بنابراین میانگین دفعات بستری در بیمارستان ۰/۴ بار و متوسط طول مدت بستری برای هر یک نفر در بیمارستان ۳/۹ روز بود. شایع‌ترین علل بستری در بیمارستان، به ترتیب عبارت بودند از بیماری‌های قلب و عروق، جراحی‌ها، بیماری‌های عفونی و داخلی، چشم و همچنین بیماری دیابت که در قسمت سایر علل به این بیماری اشاره کرده بودند (جدول ۲).

#### جدول ۲ - فراوانی و میزان گروه هدف بر حسب علل بستری در بیمارستان

درصد تراکمی	درصد فراوانی	فراوانی	
۲۵/۰	۲۵/۰	۱۱	قلب و عروق
۴۵/۵	۲۰/۵	۹	جراحی‌ها
۵۹/۱	۱۳/۶	۶	عفونی و داخلی
۶۸/۲	۹/۱	۴	چشم
۷۲/۷	۴/۵	۲	زنان
۷۷/۲	۴/۵	۲	سوانح و حوادث
۷۹/۵	۲/۳	۱	گوش و حلق بینی
۱۰۰/۰	۲۰/۵	۹	سایر علل
	۱۰۰/۰	۳۳	جمع
		۸۳	تکمیل نشده
		۱۱۶	جمع

از نظر نوع استفاده آنان از دفترچه بیمه درمانی بر حسب انتخاب نوع پزشک، ۴۸/۶٪ از افرادی که همیشه از دفترچه بیمه استفاده می‌کردند، پزشک بیمه و ۲۲/۹٪ پزشک خصوصی را برای دریافت خدمات درمانی انتخاب کرده بودند. در مورد انتخاب نوع پزشک در صورت داشتن شرایط مناسب، ۶۴/۲٪ پزشک بیمه و ۳۵/۸٪ پزشک خصوصی را انتخاب کرده بودند و علت این انتخاب را بیشتر، قیمت مناسب و کیفیت خوب می‌دانستند (جدول ۳).

بیمه تأمین اجتماعی و ۱۵/۵٪ تحت پوشش بیمه خدمات درمانی بودند. از نظر استفاده از پروتز، ۶۲/۱٪ آنان از ست کامل دندان، ۱۵/۵٪ لنز چشم، ۱۰/۴٪ پروتز قلبی، ۴/۳٪ پروتز دندان، ۲/۶٪ سمعک، ۱/۷٪ پروتز ارتوپدی و ۱/۷٪ از سایر پروتزها استفاده کردند. بنابراین میانگین دفعات استفاده از پروتز برای هر یک نفر در زمان انجام مطالعه در حدود یک بار (۰/۹۸) و همچنین میانگین دفعات مراجعه به پزشک برای هر یک نفر از گروه تحت مطالعه ۱۰/۷ بار در یک سال بود. شایع‌ترین علل مراجعه به پزشک، به ترتیب عبارت بودند از بیماری‌های استخوان و مفاصل، قلب و عروق، گوارشی و غدد، عفونی و داخلی، دستگاه تنفس و مغز و اعصاب (جدول ۱).

#### جدول ۱ - فراوانی و میزان گروه هدف بر حسب علل مراجعه به پزشک

درصد تراکمی	درصد	فراوانی	
۲۲/۶	۲۲/۶	۱۹	استخوان و مفاصل
۳۸/۱	۱۵/۵	۱۳	قلب و عروق
۵۳/۶	۱۵/۵	۱۳	گوارشی و غدد
۶۷/۹	۱۴/۳	۱۲	عفونی و داخلی
۷۸/۹	۱۱	۹	دستگاه تنفسی
۸۴/۸	۵/۹	۵	مغز و اعصاب
۸۸/۴	۳/۶	۳	ادراری و تناسلی
۹۰/۸	۲/۴	۲	خون‌ریزی سیستم ایمنی
۹۳/۲	۲/۴	۲	زنان
۹۵/۶	۲/۴	۲	چشم
۹۶/۷	۱/۱	۱	پوست
۹۷/۸	۱/۱	۱	دهان و دندان
۹۸/۹	۱/۱	۱	گوش حلق بینی
۱۰۰/۰	۱/۱	۱	سوانح و حوادث
	۱۰۰/۰	۵۶	جمع

این مطالعه نشان داد که ۲۲ نفر (۳۹/۳٪) در یک ماه اخیر یک بار، ۲۳ نفر (۴۱/۱٪) دو بار، ۸ نفر (۱۴/۳٪) سه بار و ۳ نفر (۵/۴٪) بیش از سه بار دارو و وسایل پزشکی دریافت کردند. بنابراین میانگین دفعات مراجعه برای دریافت دارو با نسخه پزشک برای هر یک نفر ۱۰/۷ بار در

این مطالعه نشان داد که ۴۴/۵٪ از آنان، در مقابل افزایش کیفیت خدمات درمانی دریافتی با افزایش پرداخت سرانه بیمه موافق و ۵۵/۵٪ با این افزایش مخالف بودند.

### بحث

مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که میانگین دفعات مراجعه به پزشکان و داروخانه و دفعات بستری در سالمندان، بیش از غیر سالمندان می‌باشد (۲۵). مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۵ انجام شد، نشان می‌دهد هر فرد در یک سال ۳/۷ بار به پزشک و ۳/۲ بار به داروخانه مراجعه کرده است (۳۱). این مطالعه نشان می‌دهد که میانگین دفعات مراجعه به پزشکان، برای هر فرد سالمند ۱۰/۷ بار (حدود سه برابر غیرسالمندان) و به داروخانه ۱۰/۷ بار (حدود سه برابر غیرسالمندان)، میانگین دفعات بستری در بیمارستان ۰/۴ بار (حدود پنج برابر غیرسالمندان) و متوسط طول مدت اقامت ۳/۹ روز بود که مانند مطالعه‌ای که در تهران بزرگ در سال ۸۷ انجام شد، در سالمندان ۱/۳ برابر غیر سالمندان بوده است (۲۵). این نتایج بیانگر آن است که میانگین دفعات مراجعه به پزشکان و داروخانه و دفعات بستری در سالمندان نسبت به غیرسالمندان به نحو چشمگیری افزایش داشته است.

در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۹ در ایران انجام شد، شایع ترین علل مراجعه به پزشک در سالمندان همانند مطالعه حاضر، بیماری‌های مربوط به سیستم‌های قلبی عروقی، گوارشی، تنفسی، ایمنی بدن، اعصاب، دستگاه تناسلی و ادراری، پوست و مو، چشم، دهان، استخوان‌ها و مفاصل و مسمومیت‌های دارویی بوده است (۲۳). در مطالعه دیگری که شایع در سال ۱۹۹۰ انجام داد، نشان می‌دهد فراوانی بیماری‌هایی نظیر فشار خون، بیماری‌های قلبی، سکت، دیابت، سرطان، بیماری‌های تنفسی، بی‌اختیاری ادرار، کاهش قدرت بینایی و شنوایی، ضعف‌های استخوانی - عضلانی و اختلالات روانی در سالمندان بالا است (۲۷). نتایج پژوهشی در سال ۱۳۷۷ در ایران نشان می‌دهد شایع ترین بیماری‌هایی که منجر به بستری سالمندان در بیمارستان می‌شود عبارتند از

جدول ۳ - فراوانی و میزان گروه هدف بر حسب علت انتخاب نوع پزشک

درصد تراکمی	درصد فراوانی	فراوانی	Valid	قیمت مناسب
۳۷/۲	۳۷/۲	۵۴		کیفیت خوب
۶۹/۶	۳۲/۴	۴۷		دسترسی مناسب
۸۵/۵	۱۵/۹	۲۳		پذیرش بموقع
۱۰۰/۰	۱۴/۵	۲۱		جمع
	۱۰۰/۰	۱۰۸-۱۴۵		تکمیل نشده
		۸		جمع
		۱۱۶		

از نظر رضایت آنان از سازمان بیمه درمانی بر حسب انتخاب نوع مرکز درمانی ۵۰/۹٪ از افرادی که از آن رضایت داشتند، درمانگاه دولتی و ۶/۳٪ درمانگاه خصوصی را انتخاب کرده بودند. در مورد انتخاب نوع مرکز درمانی در صورت داشتن شرایط مناسب، ۷۶/۴٪ درمانگاه دولتی و ۲۳/۶٪ درمانگاه خصوصی را انتخاب کرده بودند و علت این انتخاب را بیشتر، قیمت مناسب می‌دانستند (جدول ۴).

جدول ۴ - فراوانی و میزان گروه هدف بر حسب علت انتخاب نوع مرکز درمانی

درصد تراکمی	درصد فراوانی	فراوانی	Valid	قیمت مناسب
۴۸/۲	۴۸/۲	۶۶		کیفیت خوب
۷۰/۸	۲۲/۶	۳۱		دسترسی مناسب
۹۰/۵	۱۹/۷	۲۷		پذیرش بموقع
۱۰۰/۰	۹/۵	۱۳		جمع
	۱۰۰/۰	۱۰۸-۱۳۷		تکمیل نشده
		۸		جمع
		۱۱۶		

مهم‌ترین علت این انتخاب، قیمت مناسب (۳۷/۲٪) بود. همچنین در انتخاب نوع مرکز درمانی، ۷۶/۴٪ از افراد بیمه شده، درمانگاه دولتی را انتخاب کرده که مهم‌ترین علت آن قیمت مناسب بوده است. نتایج این مطالعه، مانند مطالعات انجام شده قبلی بیانگر آن بود که هزینه درمان سالمندان گران بوده و آنان به جهت این که هزینه کمتری متحمل شوند به ناچار پزشک بیمه و درمانگاه دولتی را برای دریافت خدمات درمانی خود انتخاب کرده بودند.

### نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان اظهار داشت الگوی شایع‌ترین علل مراجعه به پزشک، بستری و ارائه خدمات درمانی از سالهای گذشته تا زمان اجرای پژوهش حاضر تغییری نداشته و لزوم توجه به این امر را برجسته می‌کند.

بیماری‌های قلبی عروقی، گوارشی، چشم، ادراری و تناسلی و حوادث (۲۴). که همخوان با یافته‌های پژوهش حاضر است.

پژوهشی که بر روی ۱۰۸۱ نفر بیمه شده در استان تهران در سال ۷۷ انجام گرفت نشان می‌دهد که بیماران عقیده داشتند میزان هزینه‌های درمان زیاد است و به سختی قادر به پرداخت آن می‌باشند (۳۲). نتایج تحقیقی در سال‌های ۸۱-۱۳۷۵ در کرمان نشان می‌دهد که هزینه کل بهداشت و درمان در مناطق شهری و روستایی استان کرمان طی سال‌های مورد بررسی، بدون در نظر گرفتن اثر قیمت، افزایش داشته است (۳۳). در تحقیقی که در سمنان انجام شده است نشان می‌دهد ۲۹٪ هزینه بستری بیماران متعلق به سالمندان بوده است (۲۶). تحقیق جورج شایبر نشان می‌دهد که درمان بیماری‌های شایع در سالمندان، بسیار گران‌تر از درمان بیماری‌های غیرسالمندان است (۲۷). این مطالعه نیز نشان داد که ۶۴/۲٪ از افراد بیمه شده برای دریافت خدمات درمانی، پزشک بیمه را انتخاب کرده که

## REFERENCES

## منابع

- 1- Kinsella K, Phillips DR. Global Aging: The Challenge of Success. Population Bulletin, Population Reference Bureau, 2005; 60 (1): 1- 5.
- ۲- موسوی ن، قاسمی س. راهنمای سلامتی برای سالمندان. تهران: انتشارات کتابخانه صدر؛ ۱۳۷۹.
- ۳- شجری ژ. نگرش بهداشتی بر مسأله سالمندان. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی؛ ۱۳۷۳.
- ۴- سام آرا ع. مسائل سالمندان در ایران. فصلنامه علوم اجتماعی ۱۳۷۰؛ شماره ۱ و ۲.
- 5- Wallace JI. et al. Implementation and effectiveness of a community - based health promotion program for older adults. Journal of Gerontology: Medical Sciences 1998; 53(4): 301 - 306.
- 6- Goulding MR. Public Health and Aging:Trends in Aging u.s. & world wide, JAMA 2003; 289:1371-1373.
- ۷- نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن کل کشور سال ۱۳۸۵. مرکز آمار ایران ۱۳۸۶.
- ۸- میرزایی م، شمس قهفرخی م. جمعیت شناسی سالمندان در ایران بر اساس سرشماری‌های ۱۳۸۵-۱۳۳۵. مجله سالمندی ایران، ۱۳۸۶؛ ۲(۵):۳۳۱-۳۲۶.
- 9- The magazine of the health organization 50th year, No.4, July - August 1997.
- ۱۰- گزیده نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۸۵. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، مرکز آمار ایران اردیبهشت ۱۳۸۶.
- 11- Advisory Committee on Health Monitoring and Statistics: meeting report, Geneva, World Health Organization, 2006; Available from:<http://www.who.int>, accessed 4 April 2007.
- 12- Witham MD, Crighton LJ, Mc Murdo ME. Using an individualized quality of life measure in older heart failure patient. Int J Cardiol 2006; 24.
- ۱۳- آهنگری م، کمالی م، ارجمندحسابی م. کیفیت زندگی در سالمندان عضو کانون‌های فرهنگسرای سالمند شهر تهران. مجله سالمندی ایران. بهار ۱۳۸۶؛ ۲(۳): ۱۸۹-۱۸۲.
- 14- Francese O, Montserrat F. Gender differences in health- related quality of life among elderly. Social science & Medicine 2006; 63: 2367-2380.
- 15- Wenger G, Burholt V. Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: a twenty-year longitudinal study. Canadian Journal of Aging 2004; 23: 115-127.
- 16- Shearer R, Davidhizar R. Loneliness and the spouse of the geriatric patient. Geriatric Nursing/1993; 14(6): 307-310.
- 17- Shearer R, Davidhizar R. It can never be the way it was: Helping elderly women adjust to change and loss. Home Healthcare Nurse/ 1994; 12(4): 60-65.
- 18- Moustakas C. Loneliness. New York: Prentice Hall Inc; 1961.
- ۱۹- هروی کریموی م، رژه ن، جلالی ا و پیشنهادی ز. بررسی وضعیت نیازهای روانی سالمندان شهر تهران. دانشور ۱۳۸۲؛ ۱۱(۴۸): ۶۶-۵۹.
- 20- Peblau LA, Perlman D. Perspective on loneliness. In Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy Peblau LA, Perlman D (eds). New York: John Wiley; 1982. pp.1-19.
- ۲۱- هروی کریموی م، انوشه م، فروغان م، شیخی م، حاجی‌زاده ا، سید باقر مداح م و دیگران. تبیین دیدگاه سالمندان پیرامون پدیده احساس تنهایی: یک پژوهش کیفی پدیدارشناسی. مجله سالمندی ایران؛ زمستان ۱۳۸۶؛ ۲(۶): ۴۲۰-۴۱۰.
- ۲۲- مقصودنیا ش. مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سالمندان. چاپ اول. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ۱۳۸۵.
- ۲۳- زنجانی ح. مجموعه مقالات سالمندی. جلد اول. تهران. انتشارات گروه بانوان نیکوکار؛ ۱۳۷۹.
- ۲۴- دلاور ب. بررسی وضعیت سلامت سالمندان کشور. انتشارات وزارت بهداشت و درمان؛ ۱۳۷۷.
- ۲۵- حاج علی افضلی ح، پوررضا ا. شناسایی ترکیب بیماری‌ها، متوسط اقامت و برآورد هزینه درمان سالمندان تأمین اجتماعی در زمینه خدمات بستری در تهران بزرگ. تهران: مؤسسه عالی پژوهش سازمان تأمین اجتماعی، گروه اقتصاد و بهداشت درمان؛ خرداد ۱۳۷۹.
- ۲۶- پوررضا ا، میرمحمدخانی م، پورآقا ب. الگوی هزینه و بیماری در خدمات بستری سالمندان تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی شهرستان دامغان طی سال ۱۳۸۴. مجله سالمندی ایران تابستان ۱۳۸۶؛ ۲(۴): ۲۶۲-۲۵۲.
- ۲۸- پوررضا ا، خبیری نعمتی ر. سالمندی و اقتصاد و بهداشت. مجله سالمندی ایران زمستان ۱۳۸۵؛ ۱(۲).
- ۲۹- شادپور ک. شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران. معاونت امور بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۲.

## REFERENCES

## منابع

- ۳۰- آصف زاده س. بررسی وضعیت دریافت خدمات درمانی کارکنان راه آهن جمهوری اسلامی ایران؛ ۱۳۷۵.
- 31- Asefzadeh S. Rethinking the health services insurance system: A new model for Iranian households. *Eastern Mediterranean Health Journal* 1999; 5(3): 515-525.
- ۳۲- جاریانی ا، کریمی ا. تعیین هزینه تمام شده اقدامات درمانی بیمه شدگان صندوق‌های اداره کل بیمه خدمات درمانی استان تهران بستری در بیمارستان غیر طرف قرارداد و مقایسه آن با تعرفه‌های مصوب دولتی. فصلنامه طب و تزکیه پاییز ۱۳۸۲؛ ۵۰:۲۴.
- ۳۳- حاج حسنی د. الگوی مصرف خدمات بهداشتی و درمانی در سبده مصرفی خانوارهای استان کرمان در سال‌های ۸۱-۱۳۷۵ [۱۵ جولای ۲۰۰۶]. برگرفته از سایت اقتصاد سلامت (Health Economics). [blogfa.com](http://blogfa.com).