

بهره مندی سالمندان کشور از خدمات بستری سلامت و تعیین کننده های آن در ایران

مریم تاجور: استادیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
علی محمد مصدق راد: دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
مهدی یاسری: دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
ماریا محمدی: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران -
نویسنده رابط: maria.mohammadi1395@gmail.com
تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۶/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: افزایش جمعیت سالمندان با افزایش تقاضا برای دریافت خدمات سلامت همراه است. بنابراین دانش و درک بهره مندی از خدمات سلامت در سالمندان برای تخصیص منابع و برنامه ریزی های حوزه سلامت ضروری است. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت بهره مندی سالمندان کشور از خدمات بستری سلامت و عوامل مرتبط با آن انجام گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر بر اساس آنالیز ثانویه داده های "مطالعه ملی بهره مندی از خدمات سلامت" در سال ۱۳۹۴، در گروه سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در سطح کشور با حجم نمونه معادل ۸۲۰۵ نفر انجام شد. نمونه ها با روش طبقه بندی تصادفی از استانها، شهرها و روستاهای کشور انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده ها، یک پرسشنامه بود که اطلاعات مربوط به نیاز افراد به خدمات بستری در یک سال گذشته و مراجعه و دریافت خدمات را توسط آنها گردآوری می کرد. در این مطالعه، از آنالیز رگرسیون لجستیک چند سطحی برای بررسی عوامل مرتبط با بهره مندی از خدمات بستری استفاده شد.

نتایج: از ۸۲۰۵ سالمند شرکت کننده در مطالعه، ۱۴۱۱ نفر (۱۷٪) در یکسال گذشته حداقل یکبار به خدمات بستری نیاز پیدا کرده بودند که ۹۳٪ (۱۳۱۷ نفر) از این افراد برای دریافت خدمات مراجعه کرده و ۷٪ (۱۲۸۸ نفر) از خدمات بستری بهره مند شده بودند. سالمندان فاقد بیمه مکمل ($p=0/001$) و افراد مسن تر ($p=0/003$) با وجود داشتن نیاز بیشتر به خدمات بستری بطور معنی داری نسبت به سایرین از این خدمات کمتر بهره مند شده بودند. بیشترین نارضایتی در شهرها مربوط به رفتار پرستاران و پرسنل غیر پزشک و در روستاییان، مربوط به مدت انتظار برای دریافت خدمت بود. مهمترین علل عدم مراجعه سالمندان برای بستری، هزینه بالای خدمات بستری و عدم پوشش مناسب بیمه سلامت آنها بود.

نتیجه گیری: سالمندان فاقد بیمه و مسن تر باید در اولویت مداخلات سیاستگذاری برای بهره مندی بیشتر از خدمات بستری سلامت قرار گیرند. علل عدم بهره مندی از خدمات بستری و همچنین علل نارضایتی نیز باید مورد توجه جدی ارائه کنندگان خدمات سلامت و مدیران این حوزه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: بهره مندی، خدمات بستری سلامت، سالمندان، ایران، تعیین کننده

مقدمه

گرچه وقوع پدیده سالمندی جمعیت نشانه پیشرفت و توسعه کشور هاست، در صورت عدم آمادگی برای پاسخگویی به تبعات این پدیده، جامعه با چالش جدی روبرو خواهد شد. یکی از چالشهای مهم مرتبط با پدیده سالمندی جمعیت، موضوع تأمین و ارائه خدمات سلامت برای این قشر از جمعیت می باشد. سالمندان، با توجه به کاهش عملکرد جسمی و آسیب پذیری روانی شان، مصرف کننده عمده خدمات سلامت می باشند و افزایش جمعیت آنها با افزایش تقاضا برای دریافت خدمات سلامت همراه می باشد (۸). از طرفی بیشتر نیازهای درمانی سالمندان، خدماتی هزینه‌بر هستند؛ بستری‌های طولانی‌مدت، خدمات باز توانی دوره‌ای، کاهش سطح هوشیاری و به دنبال آن توان خود مراقبتی پایین در بین سالمندان، عواملی هستند که خدمات مورد نیاز سالمندان را هزینه‌بر کرده است (۸-۱۰). زندگی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که ۲۸٪ کل مصرف‌کنندگان خدمات بستری را سالمندان تشکیل می‌دهند و علاوه بر هزینه خدمات توان‌بخشی، بین هزینه سایر خدمات بستری بین دو گروه سالمند و غیر سالمند، تفاوت آماری معنی دار وجود دارد (۱۱). زیلوچی و همکاران در پژوهش خود به بررسی الگوی بستری سالمندان در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کاشان پرداختند و مشاهده کردند که مدت اقامت سالمندان بطور معنی داری بیشتر از سایرین است (۱۲). همچنین مطابق با مطالعه یحوی و همکاران، هزینه های سلامت خانوارهای دارای سالمند بطور معنی داری نسبت به سایر خانوارها بیشتر است (۱۳).

بنابراین، پیش بینی می شود که با افزایش تدریجی تعداد سالمندان بر بار مراجعه این قشر از جمعیت برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی بشدت افزوده خواهد شد، در حالی که ممکن است سیستم سلامت کشور ما آمادگی لازم برای تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی سالمندان را نداشته باشد و نظام سلامت کشور با چالش جدی مواجه شود. بنابراین، انجام

موضوعی که مدتی است در جهان و از جمله در ایران بسیار مورد توجه قرار گرفته مساله وقوع پدیده سالمندی جمعیت است، که بدنبال افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ و میر، کاهش تولد و بهبود مراقبت‌های بهداشتی ایجاد شده است (۱). افزایش نسبت سالمندان در جوامع چنان با شتاب پیش می رود که سازمان بهداشت جهانی قرن بیست و یکم را قرن سالمندان نامیده است (۲). پدیده سالمندی جمعیت ابتدا در کشورهای توسعه یافته تجربه شد و طی سال‌های اخیر در بسیاری از کشورهای در حال توسعه نیز بوقوع پیوسته است (۳). بررسی آماری و مطالعات جمعیت‌شناسی در ایران نشان می‌دهند که پدیده سالمندی جمعیت نه تنها در کشور ما نیز آغاز شده، بلکه شتاب سالمند شدن جمعیت در ایران به دلیل کاهش سریع نرخ تولد در مدت کوتاه، بسیار بالا است و این به این معنی است که ایران فرصت کمتری برای آماده شدن با پیامدهای پدیده سالخوردگی جمعیت دارد. بر اساس گزارشهای مرکز آمار، جمعیت سالمند ۶۰ ساله و بالاتر در ایران از ۷۵۰ هزار نفر در سال ۱۳۳۵ به حدود ۱ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۵۵ و سپس به حدود ۴ میلیون نفر در سال ۱۳۷۵ رسید. آخرین سرشماری مرکز آمار نشان می دهد که ایران دارای ۷/۵ میلیون نفر سالمند بالای ۶۰ سال در سال ۱۳۹۵ بوده است. به عبارتی، جمعیت سالمند کشور از ۶/۵٪ جمعیت در سال ۱۳۷۵ به ۹/۵٪ در سال ۱۳۹۵ رسیده است. طبق برآوردهای جمعیت‌شناسی کشور، انتظار می‌رود که شمار سالمندان ایرانی در فاصله سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۱۰ دو برابر شود (۴-۶). همچنین، نتایج پیشبینی سازمان ملل با روند رشد متوسط نشان می‌دهد در سال ۲۰۴۵ حدود ۱۴٪ جمعیت کشور را افراد بالای ۶۵ سال تشکیل خواهد داد و میانگین سنی جمعیت از ۳۱ سال کنونی به حدود ۳۹ سال افزایش خواهد یافت (۷).

شده است. مطالعه ملی مذکور در سال ۱۳۹۴ توسط موسسه ملی تحقیقات سلامت با همکاری پژوهشکده آمار و مرکز آمار ایران انجام شد و داده های اولیه این مطالعه بعد از عقد قرارداد و کسب اجازه از موسسه دریافت شد (۱۴).

جامعه آماری مورد بررسی در مطالعه حاضر را سالمندان ۶۰ سال و بالاتر سراسر کشور تشکیل می دهد که دارای حجم نمونه معادل ۸۲۰۵ نفر می باشد و آنالیزها بر روی این نمونه انجام شده است. روش نمونه گیری در مطالعه ملی روش طبقه بندی تصادفی سه مرحله ای می باشد، به این ترتیب که ابتدا واحدهای نمونه گیری مرحله ی اول هر استان بر اساس متغیر جغرافیایی شهری/ روستایی طبقه بندی شدند. سپس حوزه های شهری هر استان بر اساس شهر مرکز/ غیر مرکز در دو طبقه قرار گرفتند. حوزه های نمونه در هر طبقه به روش سیستماتیک و با احتمال انتخاب متناسب با تعداد خانوار معمولی ساکن و گروهی حوزه ها و قطعه ها، انتخاب شدند. سپس ابتدا ۲۰ خانوار به روش تصادفی ساده در هر قطعه نمونه انتخاب و سپس از بین آنها ۱۰ خانوار به روش تصادفی ساده به عنوان خانوارهای نمونه اصلی و ۱۰ خانوار به عنوان خانوارهای جایگزین در نظر گرفته شده اند (۱۴). بنابراین با توجه به نوع نمونه گیری در این مطالعه، نتایج این مطالعه قابل تعمیم به کل سالمندان کشور می باشد.

ابزار جمع آوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه بود که دارای دو قسمت پرسشنامه خانوار و پرسشنامه فردی برای خدمات بستری سلامت بود. پرسشنامه خانوار توسط سرپرست خانوار تکمیل شد و پرسشنامه فردی تنها برای اعضای از خانوار تکمیل شد که اظهار نیاز به خدمات بستری در طول یکسال گذشته در زمان تکمیل پرسشنامه داشتند. در پرسشنامه فردی از افرادی که اظهار نیاز به خدمات سلامت داشتند پرسیده می شد که آیا برای دریافت خدمت مورد نیاز خود به مراکز درمانی یا بهداشتی مراجعه کردند یا نه. سپس در صورت عدم مراجعه علت آن طی مجموعه سئوالاتی بررسی می شد و در صورت مراجعه برای دریافت خدمت سئوال می

بررسی های علمی در خصوص ابعاد مختلف پدیده سالمندی در کشور و پیامدهای آن و کسب آمادگی های لازم برای مقابله با چالش های پیش روی این مساله یکی از اولویت های غیرقابل انکار در کشور می باشد. به نظر می رسد که چالش مذکور را می توان از طریق اصلاح کارکرد ارائه خدمت بر اساس وضعیت بهره مندی از خدمات سلامت در سالمندان و اجرای برنامه های توانمند سازی در این افراد تا حدی مدیریت نمود. بنابراین، دانش و درک میزان و چگونگی بهره مندی و استفاده از خدمات سلامت در گروه سالمندان برای تخصیص منابع و برنامه ریزی های حوزه سلامت ضروری می باشد.

هدف اصلی مطالعه حاضر بررسی وضعیت بهره مندی سالمندان کشور از خدمات بستری سلامت بود. همچنین از جمله اهداف فرعی این مطالعه شامل موارد زیر بود: بررسی میزان نیاز سالمندان کشور به خدمات بستری، بررسی میزان بهره مندی آنها از این خدمات، تعیین میزان رضایت آنها از کیفیت خدمات دریافت شده و در نهایت، شناسایی علل عدم بهره مندی سالمندان نیازمند خدمات سلامت سرپایی. علاوه بر این، در این مطالعه عوامل زمینه ای مرتبط با میزان نیاز، میزان بهره مندی و همچنین میزان رضایت سالمندان بهره مند شده از خدمات بستری مورد تحلیل قرار گرفته است. امید است نتایج این مطالعه برای برنامه ریزی و سیاستگذاری های سلامت در خصوص بهره مندی از خدمات بستری در گروه سالمندان، که گروه پرخطر از نظر سلامت و پر نیاز نسبت به خدمات سلامت هستند، مورد استفاده قرار گیرد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات آنالیز ثانویه (Secondary Analysis) است که بر اساس داده های اولیه "مطالعه ملی بهره مندی از خدمات سلامت" که یک مطالعه ملی پیمایشی مقطعی با حجم نمونه ۲۲۴۷۰ خانوار شامل ۷۶۹۶۲۶۶۰ نفر از استان های سراسر کشور بود انجام

حذف شدند. همچنین چون بین متغیرهای امکانات خانوار، محل زندگی و سطح زیر بنای محل سکونت خانوار همبستگی بالایی وجود داشت، متغیر محل زندگی انتخاب گردید و دو متغیر دیگر حذف شدند.

نتایج

چنانچه در نقشه ۱ دیده می شود، پراکندگی نسبتاً زیادی در بین استانهای کشور به لحاظ درصد بهره مندی از خدمات بستری با توجه به نیاز آنها دیده می شود، بطوریکه سالمندان ساکن در استانهای سیستان و بلوچستان و زنجان کمترین بهره مندی و سالمندان استانهای مازندران، قم، مرکزی، همدان، کرمانشاه، چهار محال بختیاری و بوشهر دارای بیشترین بهره مندی از خدمات بستری سلامت بودند و بقیه استان ها در بین این دو محدوده قرار داشتند. در این مطالعه ۸۲۰۵ سالمند مورد مطالعه قرار گرفتند که ۵۳٪ از آنها مرد بودند، ۴۴٪ در گروه سنی ۶۰ تا ۶۵ سال و ۳۵٪ در گروه سنی ۷۰ سال و بالاتر و بقیه بین این دو گروه سنی قرار داشتند. همچنین ۶۵٪ سالمندان، شهری و ۶۰٪ بی سواد بودند. از بین سالمندان شرکت کننده، ۷۴٪ دارای همسر بودند و حدود ۱۲٪ از سالمندان مورد مطالعه تنها زندگی می کردند. از نظر اشتغال، تنها ۱۹٪ سالمندان شاغل، ۴۸٪ خانه دار و ۳۲٪ بازنشسته بودند. از نظر پوشش بیمه پایه، سالمندانی که در روستا زندگی می کردند بیشترین درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه را با ۹۷٪ تشکیل می دادند، اما در مورد پوشش بیمه مکمل، سالمندان شهری و مردان سالمند گروه غالب را تشکیل می دادند. در پاسخ به سؤال ارزیابی کلی از وضعیت اقتصادی-اجتماعی، یک سوم از سالمندان وضعیت خود را بدتر از متوسط ایرانیان، یک سوم، وضعیت خود را متوسط و همین تعداد وضعیت خود را بهتر از متوسط ایرانیان ارزیابی کردند و حدود ۷٪ حاضر به پاسخگویی نشدند.

از کل ۸۲۰۵ سالمند شرکت کننده در این مطالعه، ۱۴۱۱ نفر معادل ۱۷٪ اظهار کردند که در یکسال گذشته به خدمات

شد که آیا در نهایت توانستند خدمت مورد نیاز را دریافت کنند یا نه. همچنین، برای افرادی که، با وجود مراجعه، نتوانسته بودند خدمت را دریافت کنند علل آن بررسی می شد و برای دریافت کنندگان خدمت، پرسشنامه رضایت سنجی از خدمت دریافت شده از ابعاد مختلف تکمیل می شد.

در این مطالعه، از آمارهای توصیفی مانند میانگین و فراوانی برای نمایش دادن یافته های توصیفی با استفاده از جداول و نمودارها بهره برده شد و برای نشان دادن توزیع بهره مندی سالمندان از خدمات سرپایی در استانهای کشور، از نقشه هایی که با نرم افزار GIS تهیه شده بود استفاده شد. همچنین برای انجام اهداف تحلیلی، از رگرسیون لجستیک چند سطحی (بدلیل نوع نمونه گیری در این مطالعه) با استفاده از نرم افزار SPSS17 استفاده شد. سه دسته آنالیز تحلیلی در این مطالعه متناسب با اهداف مطالعه انجام شد که متغیرهای وابسته در این آنالیزها، داشتن/نداشتن نیاز، بهره مند شدن/نشدن از خدمت و نهایتاً رضایت داشتن/نداشتن از خدمت دریافت شده بود، که هر سه از نوع متغیرهای دو حالتی یا دو گزینه ای (Binary) بودند. متغیرهای مستقل نیز شامل مجموعه ای از ویژگیهای دموگرافیکی و اقتصادی-اجتماعی افراد سالمند بود که بر مبنای نتایج حاصل از بررسی متون قبلی انتخاب شدند و ارتباط آنها با متغیرهای وابسته سنجیده شد. قبل از انجام آنالیزهای رگرسیونی، ابتدا به بررسی وجود هم خطی بین متغیرهای مستقل، که در اینجا ویژگیهای سالمندان می باشد و شامل نسبت سالمند با سرپرست خانوار، جنس، سن، تحصیلات، شغل، وضعیت زناشویی، بیمه پایه، بیمه مکمل و محل زندگی و وضعیت اقتصادی هستند، پرداخته شد. چون مقیاس داده ها اغلب اسمی و رتبه ای بودند، از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. در نتیجه، چون بین متغیرهای نسبت سالمند با سرپرست خانوار، جنس و شغل همبستگی بالایی وجود داشت، برای رفع هم خطی، متغیر جنس انتخاب شد و دو متغیر دیگر

بودند، سالمندانی که در شهر زندگی می کردند، سالمندانی که در وضعیت اقتصادی-اجتماعی ضعیف بودند و سالمندان با سواد و متاهل نسبت به سایرین از خدمات بستری بیشتری بهره مند شده بودند.

جدول ۲ وضعیت رضایت سالمندان از ابعاد مختلف خدماتی که دریافت کرده بودند را نشان می دهد. از بین ۱۲۸۸ سالمندی که از خدمات بستری بهره مند شده بودند، بطور کلی، ۳۰٪ دارای رضایت کم یا متوسط و ۷۰٪ رضایت نسبتاً بالایی داشتند. بیشترین رضایت از بین پنج بعد مورد مطالعه، مربوط به رفتار پزشک و پرسنل معالج و کمترین رضایت مربوط به رفتار پرستاران و سایر پرسنل غیرپزشک بود. البته در سالمندانی سالمندانی که در روستاها زندگی می کردند، بیشترین نارضایتی مربوط به مدت انتظار برای دریافت خدمت بود. عوامل موثر بر اظهار نیاز به خدمات بستری و عوامل مرتبط با بهره مندی سالمندان از خدمات بستری در جداول ۳ و ۴ نشان داده شده است. چنانچه در جدول ۳ دیده می شود، در سطح معنی داری ۰/۰۵، ارتباط معنی داری بین نیاز بستری سالمندان به ترتیب اولویت با سن و بیمه پایه وجود داشت و سایر ویژگیهای سالمندان ارتباط معنی داری با اظهار نیاز آنها نشان ندادند. مطابق با این جدول، افرادی که مسن تر بودند (۸۰-۱۰۰ سال) ۱/۵ برابر بیشتر از سالمندان دیگر (۶۰-۸۰ سال) به خدمات بستری نیاز داشته اند ($p < 0/001$). همچنین افرادی که بیمه پایه نداشتند نسبت به افرادی که بیمه سلامت پایه داشتند، به میزان ۰/۶۳ برابر کمتر به خدمات بستری اظهار نیاز کرده بودند ($p = 0/003$). همچنین، مطابق با جدول ۴، ارتباط معنی داری بین میزان بهره مندی سالمندان از خدمات بستری با بیمه سلامت مکمل و سن وجود داشت، بطوریکه سالمندان فاقد بیمه سلامت مکمل نسبت به سالمندانی که دارای آن بودند به میزان ۰/۴۳ برابر کمتر ($p = 0/001$) و سالمندان که در گروه سنی ۸۰-۱۰۰ سال بودند نسبت به سالمندانی که در گروه سنی ۶۰-۸۰ سال بودند به میزان ۲/۱ برابر بیشتر ($p = 0/003$) از خدمات بستری بهره مند شده بودند. جدول ۵ نیز عوامل مرتبط

بستری نیاز پیدا کرده بودند که ۹۳٪ (۱۳۱۷ نفر) از این دسته، برای دریافت خدمات بستری مراجعه کرده بودند و از بین مراجعین نیز، ۹۷٪ (۱۲۸۸ نفر) در نهایت موفق به دریافت خدمات بستری مورد نیاز خود شده بودند (جدول ۱). از افرادی که علیرغم داشتن نیاز به خدمات بستری برای دریافت خدمت مراجعه نکرده بودند که شامل ۷٪ کل جمعیت نمونه (۹۴ نفر) بودند، علل عدم مراجعه آنها سؤال شد. بر اساس نتایج بدست آمده، در درجه اول قابل پرداخت نبودن هزینه ها و در درجه دوم عدم پوشش مناسب بیمه مهم ترین علل عدم مراجعه را تشکیل می دادند. قابل پرداخت نبودن هزینه ها به تفکیک در سالمندانی که در گروه سنی ۶۰-۶۵ سال بودند، سالمندانی که در شهرها زندگی می کردند، سالمندان زن، سالمندان بی سواد و سالمندان مجرد بیشتر از سایرین بود.

جدول ۱، به توصیف ویژگی های سالمندان دارای نیاز به خدمات بستری، سالمندان مراجعه کننده در صورت نیاز و سالمندان بهره مند شده از خدمات بستری می پردازد. مطابق با این جدول، از سالمندانی که اظهار نیاز به خدمات بستری داشتند ۲۰٪ در گروه سنی ۶۵ تا ۷۰ سال بودند و از بین مراجعه کنندگان ۲۱٪ در این گروه سنی بودند. بنابراین سالمندان در گروه سنی ۷۰ سال به بالا در صورت نیاز، بیشتر مراجعه کرده بودند. همچنین از کل کسانی که اظهار نیاز به خدمات بستری داشتند، ۳۶٪ روستایی بودند و شهری ها در صورت نیاز بیشتر مراجعه کرده بودند. همچنین از نظر جنسیت، مردان بیشتر از زنان در صورت نیاز مراجعه داشتند. در سالمندان با وضعیت اقتصادی متوسط که ۳۱٪ اظهار نیاز به خدمات بستری داشتند به میزان ۳۲٪ جهت دریافت خدمات در صورت نیاز مراجعه کرده بودند. از نظر تحصیلات، افراد بی سواد بیشتر از افراد باسواد در صورت نیاز به خدمات بستری مراجعه داشتند. نهایتاً افراد متاهل، نسبت به مجردها بیشتر مراجعه کرده بودند. همچنین مطابق با جدول ۱، درصد سالمندانی که در گروه سنی ۶۵-۷۰ سال

یافته های این مطالعه، در خصوص وضعیت رضایت از خدمات بستری دریافت شده، نشان داد که در مورد رفتار پزشک، در مجموع رضایت کلی نسبتا بالایی وجود داشت در حالیکه در مورد رفتار پرستاران و سایر پرسنل بیمارستان رضایت کم تا متوسط بود. شاید بتوان عدم دانش کافی بیماران و توانایی آنها برای ارزیابی کیفیت خدمات دریافت شده به دلیل فاصله زیادی که بین پزشک و بیمار در مورد اطلاعات درمانی وجود دارد (Information Asymmetries in Health) را عامل اظهار رضایت بیماران دانست (۱۶). در حالیکه در مورد رفتار پرستاران و سایر پرسنل بیمارستان که درک بیمار از آن بالاتر است رضایت کمتر بود. البته در سالمندانی که در روستاها زندگی می کردند، بیشترین نارضایتی مربوط به مدت انتظار برای دریافت خدمت بود که یکی از دلایل آن می تواند عدم دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی درمانی در روستاها و اجبار به مراجعات مکرر به شهر برای دریافت خدمات بستری می باشد. یافته های مطالعه حاضر بیانگر وجود ارتباط آماری معنی دار بین نیازهای بستری سالمندان به ترتیب با سن و بیمه سلامت پایه بود. از نظر سن، افرادی که مسن تر بودند (۸۰-۱۰۰ سال) نسبت به سالمندان جوان تر بیشتر به خدمات بستری نیاز داشتند. این یافته، که مطابق با سایر مطالعات از جمله مطالعه موسوی و همکاران بود (۸)، منطقی به نظر می رسد، زیرا که با افزایش سن، نیاز به خدمات و مراقبت های سلامت به دلیل کاهش عملکرد جسمی و روحی افراد بیشتر می شود. از نظر بیمه سلامت پایه نیز افرادی که بیمه پایه داشتند نسبت به افرادی که بیمه پایه نداشتند بیشتر به خدمات بستری اظهار نیاز کرده بودند زیرا که احتمالا انتظار بیشتری در قبال حق بیمه ای که پرداخت می کنند برای دریافت خدمات در آنها ایجاد می شود، در حالی که سالمندان فاقد بیمه سلامت پایه احتمالا ناچار به انکار نیازهای خدمات سلامت خود هستند، زیرا که در صورت بروز مشکل سلامتی امکان پرداخت کامل هزینه ها با وجود شرایط اقتصادی کشور بسیار مشکل می نماید.

با رضایت سالمندان از خدمات دریافت شده را نشان می دهد. در این جدول، از ۱۴۱۱ نفر سالمندی که نیاز به خدمات بستری داشتند، در نهایت ۱۲۸۸ نفر از خدمات بستری بهره مند شده بودند که از بین آنها (۲۳٪) معادل ۲۹۹ نفر سالمند رضایت پایین یا متوسطی از خدمات دریافت شده داشتند و ۹۹۱ نفر از سالمندان معادل ۷۷٪ میزان رضایت نسبتا بالایی از خدمات بستری داشتند. در سطح معنی داری ۰/۰۵، بین میزان رضایت سالمندان از بهره مندی شان از خدمات بستری با شغل و بیمه مکمل ارتباط معنی داری وجود داشت، بطوریکه کسانی که بیکار بودند ($p=0/01$) و بیمه مکمل نداشتند ($p=0/02$)، نسبت به سایرین از رضایت کمتری برخوردار بودند.

بحث

هدف اصلی این مطالعه بررسی وضعیت بهره مندی سالمندان کشور از خدمات بستری سلامت بود. چنانچه دیده شد، پراکنده نسبتا زیادی در بین استانهای کشور به لحاظ بهره مندی از خدمات بستری سلامت برای سالمندان وجود دارد. این یافته برای برنامه ریزی و سیاستگذاری در سلامت در جهت تامین دسترسی عادلانه به خدمات سلامت از اهمیت زیادی برخوردار می باشد و مناطقی که سالمندان به دلایل مختلف قادر به دریافت خدمات مورد نیاز خود نبوده اند باید در اولویت توجه مدیران سلامت قرار گیرد. از بین سالمندانی که در زمان مصاحبه اظهار کردند که در طول یکسال گذشته نیاز به خدمات بستری داشته اند، بیش از ۷٪ در نهایت نتوانسته بودند از خدمات بستری مورد نیاز خود بهره مند شوند که علل اصلی آن را قابل پرداخت نبودن هزینه ها و عدم پوشش مناسب بیمه ای ذکر کردند. این یافته نشان می دهد که با وجود اجرای طرح تحول سلامت که سهم پرداخت از جیب توسط بیمار، بخصوص در بخش بستری، را بشدت کاهش داد (۱۵)، هنوز عده زیادی از پرخطرترین افراد جامعه قادر به خرید خدمات سلامت نیستند و لذا از مراجعه و دریافت خدمت مورد نیاز خود اجتناب می کنند.

بیشتری نیز بهره مند شده بودند. از آنجا که سالمندانی که در شهرها زندگی می کنند، دسترسی جغرافیایی و فیزیکی بیشتری به خدمات سلامت بستری دارند، برای دریافت خدمات، بیشتر مراجعه نموده و از بهره مندی بیشتری برخوردار می شوند (۱۹). با این وجود، قابل پرداخت نبودن هزینه ها در سالمندانی که در شهرها زندگی می کردند، به عنوان عاملی برای عدم بهره مندی، بیشتر از سالمندان روستایی بود.

نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشان داد که با وجود اجرای طرح تحول سلامت در کشور هنوز سالمندان زیادی در بعضی از استانهای کشور ایران از امکان بهره مندی از خدمات بستری برخوردار نیستند و لذا مداخلات اجتماعی و بیمه ای باید این گروه را در اولویت قرار دهد. اکثر سالمندانی که با وجود داشتن نیاز به خدمات بستری از این خدمات استفاده نکرده بودند، قابل پرداخت نبودن هزینه های خدمات بستری و عدم پوشش مناسب بیمه ها را دلیل اصلی ذکر کرده بودند. بنابراین، بنظر می رسد که بسته های خدمات سلامت که تحت پوشش بیمه قرار دارند لازم است نسبت به افراد با نیازهای متفاوت بطور متفاوتی طراحی شوند و افراد نیازمند تر مشمولیت بیمه ای بیشتری داشته باشند. آنالیزهای آماری انجام شده در این مطالعه، عمدتاً دو عامل سن بالاتر و داشتن بیمه سلامت را مهمترین عوامل مرتبط با اظهار نیاز سالمندان و یا بهره مندی آنها از خدمات سلامت برآورد کرده بود، لذا افزایش سن و محرومیت از بیمه، باید به عنوان عواملی برای توجه بیشتر و در اولویت قرار دادن سالمندان در مداخلات اجتماعی و رفاهی جامعه مد نظر قرار گیرد. انتظار می رود با انجام اقداماتی در زمینه بهبود وضعیت معیشتی سالمندان، بهبود سبک زندگی جامعه، افزایش پوشش بیمه های درمانی، یکپارچگی سازمان های بیمه گر و گسترش برنامه پزشک خانواده، عدالت در بهره مندی از خدمات بستری افزایش یابد.

در زمینه عوامل موثر بر میزان بهره مندی سالمندان از خدمات بستری، بطور مشابهی با یافته قبلی، سن و داشتن بیمه سلامت مکمل متغیرهای مهمی محسوب می شدند. سالمندان فاقد بیمه مکمل نسبت به سالمندان دارای بیمه مکمل، کمتر از خدمات بستری بهره مند شده بودند و سالمندان مسن تر نسبت به سالمندان گروه سنی ۶۰-۸۰ سال بیشتر از خدمات بستری بهره مند شده بودند که هر دو یافته، چنانچه قبلاً هم بحث شد، قابل انتظار است، زیرا عدم پوشش کافی بیمه ای بیمار را ناچار به بهره مندی کمتر می کند و سن بالا نیز به دلیل نیاز بالا به خدمات سلامتی با مصرف بیشتر خدمات همراه است. این یافته ها بطور کلی با یافته های یک مطالعه قبلی که به بررسی عوامل مؤثر بر استفاده خانوارهای کرمانی از خدمات سلامت پرداخته بود و نشان داد که وضعیت اقتصادی خانوار، داشتن بیمه، تحصیلات سرپرست خانوار، وجود فرد بالای ۶۵ سال، وجود فرد زیر ۱۲ سال در استفاده خانوار ها از خدمات سلامت نقش کلیدی دارند، همسو می باشد (۱۷). بین میزان رضایت کلی سالمندان از بهره مندی شان از خدمات بستری و متغیر شاغل بودن و داشتن بیمه سلامت مکمل نیز ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد، بطوریکه کسانی که بیکار بودند و بیمه مکمل نداشتند، نسبت به سایرین از رضایت کمتری برخوردار بودند. شاید دلیل آن اجبار به دریافت خدمات ارزان قیمت تر بخاطر بیکاری و نداشتن بیمه باشد اما دلایل واقعی نیاز به بررسی های بیشتر در مطالعات بعدی دارد. این یافته تا حدودی با یافته های پژوهش Hoyung در کره جنوبی همخوانی دارد (۱۸). این محقق طی مطالعات خویش به این نتیجه رسید که سالمندانی که شاغل بودند و مخارج زندگی توسط خود سالخوردهگان تامین می شد نسبت به سالخوردهگان بیکار از سلامت روانی و رضایت خاطر بیشتری از خدمات سلامت برخوردار بودند. یافته های این مطالعه نشان داد که شهری ها نسبت به روستاییان، در صورت نیاز به خدمات بستری، بیشتر مراجعه کرده بودند و از خدمات بستری

جدول ۱- توصیف ویژگیهای مرتبط با سالمندان دارای اظهار نیاز به خدمات بستری، مراجعه کنندگان برای بستری و همچنین ویژگیهای دریافت کنندگان (بهره مند شدگان) خدمات بستری - ۱۳۹۴

ویژگیهای سالمندان	تعداد (درصد)		تعداد (درصد)		تعداد (درصد)	
	بهره مند شدگان		مراجعه کنندگان		نیازمند به بستری در یک سال گذشته	
	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر
سن						
۶۵-۶۰	۴۵۰ (۳۵/۰)	۴۲ (۴۴/۶)	۴۶۲ (۳۵/۰)	۴۲ (۴۴/۶)	۵۰۴ (۳۵/۷)	۶۵-۶۰
۷۰-۶۶	۲۷۴ (۲۱/۲)	۱۴ (۱۵/۴)	۲۷۷ (۲۱/۰)	۱۴ (۱۵/۴)	۲۹۱ (۲۰/۶)	۷۰-۶۶
۷۰ به بالا	۵۶۴ (۴۳/۸)	۳۸ (۴۰/۰)	۵۷۸ (۴۴/۰)	۳۸ (۴۰/۰)	۶۱۶ (۴۳/۷)	۷۰ به بالا
محل زندگی						
شهر	۸۲۷ (۶۴/۲)	۴۵ (۴۷/۸)	۸۴۰ (۶۳/۷)	۴۵ (۴۷/۸)	۸۹۹ (۶۳/۷)	شهر
روستا	۴۶۱ (۳۵/۸)	۲۰ (۵۴/۲)	۴۷۷ (۳۶/۳)	۲۰ (۵۴/۲)	۵۱۲ (۳۶/۳)	روستا
جنس						
مرد	۶۹۰ (۵۳/۵)	۳۷ (۳۹/۳)	۷۰۳ (۵۳/۰)	۳۷ (۳۹/۳)	۷۵۵ (۵۳/۵)	مرد
زن	۵۹۸ (۴۶/۵)	۲۸ (۶۰/۷)	۶۱۴ (۴۷/۰)	۲۸ (۶۰/۷)	۶۵۶ (۴۶/۵)	زن
وضعیت اقتصادی						
بد	۴۱۲ (۳۲/۰)	۲۵ (۲۶/۵)	۴۲۰ (۳۱/۹)	۲۵ (۲۶/۵)	۴۴۵ (۳۱/۴)	بد
متوسط	۴۱۰ (۳۱/۸)	۲۲ (۲۳/۴)	۴۲۴ (۳۲/۰)	۲۲ (۲۳/۴)	۴۴۶ (۳۱/۶)	متوسط
خوب	۴۰۵ (۳۱/۴)	۳۷ (۳۹/۳)	۴۱۰ (۳۱/۰)	۳۷ (۳۹/۳)	۴۴۷ (۳۱/۶)	خوب
عدم پاسخ	۶۱ (۴/۸)	۱۰ (۱۰/۸)	۶۳ (۵/۱)	۱۰ (۱۰/۸)	۷۳ (۵/۴)	عدم پاسخ
تحصیلات						
با سواد	۴۹۰ (۳۸/۰)	۳۶ (۳۸/۲)	۴۹۸ (۳۷/۸)	۳۶ (۳۸/۲)	۵۳۴ (۳۷/۸)	با سواد
بی سواد	۷۹۸ (۶۲/۰)	۵۸ (۶۱/۸)	۸۱۹ (۶۲/۲)	۵۸ (۶۱/۸)	۸۱۷ (۶۲/۲)	بی سواد
وضعیت زناشویی						
متاهل	۹۴۵ (۷۳/۳)	۷۱ (۷۵/۵)	۹۶۲ (۷۳/۰)	۷۱ (۷۵/۵)	۱۰۳۳ (۷۳/۲)	متاهل
غیر متاهل	۳۴۳ (۲۶/۷)	۲۳ (۲۴/۵)	۳۵۵ (۲۷/۰)	۲۳ (۲۴/۵)	۳۷۸ (۲۶/۸)	غیر متاهل
کل سالمندان	۱۲۸۸ (۹۷/۸)	۹۴ (۶/۷)	۱۳۱۷ (۹۳/۳)	۹۴ (۶/۷)	۱۴۱۱ (۱۷/۲)	کل سالمندان

*توضیح جدول: درصد سالمندان ستون دوم (مراجعه کنندگان) بر اساس تعداد سالمندان ستون اول (نیازمندان) و همچنین درصد سالمندان ستون سوم (بهره مند شدگان) بر اساس تعداد سالمندان ستون دوم محاسبه گردیده است.

جدول ۲- توصیف وضعیت رضایت سالمندان از ابعاد مختلف خدمات بستری دریافت شده به تفکیک ویژگی های سالمندان- ۱۳۹۴

ویژگی ها	تعداد (۱۰۰ درصد)	مدت انتظار برای دریافت خدمت (درصد)		نظافت و پاکیزگی محل رفتار پزشک و پرستل (درصد)		رفتار پرستاران/پرستل غیر پزشک (درصد)		معالج (درصد)		مختل خدمت دریافت شده (درصد)		نظر کلی در مورد ابعاد
		خوب	ضعیف و متوسط	خوب	ضعیف و متوسط	خوب	ضعیف و متوسط	خوب	ضعیف و متوسط	خوب	ضعیف و متوسط	
سن	۶۵-۶۰	۷۱/۰	۲۹/۰	۷۲/۶	۲۷/۴	۷۸/۰	۲۲/۰	۷۸/۰	۲۲/۰	۷۰/۰	۳۰/۰	۶۷/۰
	۷۰-۶۶	۷۶/۱	۲۳/۹	۷۸/۲	۲۱/۸	۸۱/۰	۱۹/۰	۷۳/۷	۲۶/۳	۷۰/۰	۳۱/۰	۶۹/۰
	۷۰ به بالا	۷۵/۷	۲۴/۳	۷۵/۰	۲۵/۰	۸۲/۳	۱۷/۷	۷۳/۳	۲۶/۷	۷۳/۳	۲۷/۸	۷۲/۲
محل زندگی	شهر	۷۴/۰	۲۶/۰	۷۴/۰	۲۶/۰	۸۰/۴	۱۹/۶	۸۰/۴	۱۹/۶	۷۰/۵	۲۹/۵	۶۸/۴
	روستا	۷۴/۵	۲۵/۵	۷۶/۳	۲۳/۷	۸۰/۷	۱۹/۳	۸۰/۷	۱۹/۳	۷۵/۰	۲۵/۰	۷۲/۰
جنس	مرد	۷۴/۵	۲۵/۵	۷۵/۰	۲۵/۰	۸۱/۴	۱۸/۶	۸۱/۴	۱۸/۶	۷۳/۷	۲۶/۳	۷۰/۰
	زن	۷۳/۷	۲۶/۳	۷۴/۷	۲۵/۳	۷۹/۵	۲۰/۵	۷۹/۵	۲۰/۵	۷۰/۳	۲۹/۷	۶۹/۰
وضعیت اقتصادی	بد	۷۳/۰	۲۷/۰	۷۲/۲	۲۷/۸	۸۰/۵	۱۹/۵	۸۰/۵	۱۹/۵	۶۹/۷	۳۰/۳	۶۹/۴
	متوسط	۷۸/۰	۲۲/۰	۸۱/۰	۱۹/۰	۸۵/۰	۱۵/۰	۸۵/۰	۱۵/۰	۷۵/۲	۲۴/۸	۷۳/۶
	خوب	۷۲/۱	۲۷/۹	۷۲/۴	۲۷/۶	۷۷/۰	۲۳/۰	۷۷/۰	۲۳/۰	۷۲/۸	۲۷/۲	۶۶/۸
	عدم پاسخ	۷۱/۰	۲۹/۰	۶۸/۰	۳۲/۰	۷۵/۰	۲۵/۰	۷۵/۰	۲۵/۰	۶۴/۰	۳۶/۰	۶۵/۳
تحصیلات	باسواد	۷۵/۰	۲۵/۰	۷۴/۴	۲۵/۶	۸۱/۰	۱۹/۰	۸۱/۰	۱۹/۰	۷۲/۷	۲۷/۳	۷۱/۰
	بی سواد	۷۳/۵	۲۶/۵	۷۵/۰	۲۵/۰	۸۰/۰	۲۰/۰	۸۰/۰	۲۰/۰	۷۱/۷	۲۸/۳	۶۹/۰
وضعیت زناشویی	متاهل	۷۴/۵	۲۵/۵	۷۵/۰	۲۵/۰	۸۱/۰	۱۹/۰	۸۱/۰	۱۹/۰	۷۲/۴	۲۷/۶	۷۰/۰
	غیر متاهل	۷۳/۳	۲۶/۷	۷۴/۴	۲۵/۶	۸۰/۰	۲۰/۰	۸۰/۰	۲۰/۰	۷۱/۴	۲۸/۶	۶۹/۰
کل سالمندان		۷۴/۰	۲۶/۰	۷۴/۸	۲۵/۲	۸۰/۵	۱۹/۵	۸۰/۵	۱۹/۵	۷۲/۰	۲۸/۰	۶۹/۷

جدول ۳- نتایج آنالیز رگرسیونی لجستیک چند سطحی برای تعیین عوامل مرتبط با اظهار نیاز سالمندان به خدمات بستری - ۱۳۹۴

متغیر	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵٪		مقدار احتمال p-value
		حد بالا	حد پایین	
جنسیت	۱			
	مرد			
	۰/۹۷	۱/۰۹	۰/۸۵	۰/۶۳
	زن			
سن	۱			
	۶۰-۸۰			
	۱/۵۴	۱/۸۴	۱/۲۹	<۰/۰۰۱
	۸۰-۱۰۰			
محل زندگی	۱			
	شهر			
	۱/۰۳	۱/۱۷	۰/۹۱	۰/۶۱
	روستا			
تحصیلات	۱			
	باسواد			
	۱/۰۷	۱/۲۲	۰/۹۳	۰/۳۰
	بی سواد			
بیمه پایه	۱			
	دارد			
	۰/۶۳	۰/۸۵	۰/۴۶	۰/۰۰۳
	ندارد			
مالکیت مسکن	۱			
	ملکی			
	۱/۱۹	۱/۴۵	۰/۹۷	۰/۰۸
	اجاره ای			
ترتیبات زندگی	۱			
	زندگی تنها			
	۰/۹۴	۱/۱۳	۰/۷۸	۰/۵۲
	زندگی با دیگران			

جدول ۴- نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک چند سطحی برای تعیین عوامل مرتبط با بهره مندی سالمندان از خدمات بستری - ۱۳۹۴

متغیر	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵٪		مقدار احتمال p-value
		حد بالا	حد پایین	
جنسیت	۱			
	مرد			
	۱/۱۰	۱/۶۹	۰/۷۲	۰/۶۳
	زن			
سن	۱			
	۶۰-۸۰			
	۲/۱۱	۴/۱۸	۱/۰۶	۰/۰۳
	۸۰-۱۰۰			
محل زندگی	۱			
	شهر			
	۰/۷۹	۱/۱۹	۰/۵۲	۰/۲۶
	روستا			
تحصیلات	۱			
	باسواد			
	۱/۲۰	۲/۰۶	۰/۷۰	۰/۴۹
	بی سواد			
بیمه مکمل	۱			
	دارد			
	۰/۴۳	۰/۷۲	۰/۲۵	۰/۰۰۱
	ندارد			
مالکیت مسکن	۱			
	ملکی			
	۰/۷۶	۱/۳۹	۰/۴۱	۰/۳۷
	اجاره ای			
شغل	۱			
	شاغل			
	۰/۷۳	۱/۳۲	۰/۴۰	۰/۲۹
	بیکار			

- with theories of distributive justice. *International Journal for Equity in Health*. 2009; 8:40.
7. Mirzaie M, Darabi S. Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs. *Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(2):156-169. [Persian]
 8. Hertzman C, Hayes M. Will the elderly really bankrupt us with increased health care costs? *Canadian journal of public health*, 1985; 76(6): P. 373.
 9. Jenson J. Health Care spending and the aging of the population. Congressional Research Service (CRS) Reports and Issue Briefs, 2007; 7: 43.
 10. Lubitz J, Beebe J, Baker C. Longevity and Medicare expenditures. *New England Journal of Medicine*. 1995; 332(15):999-1003.
 11. Zandi S, Pourreza A, Salavati S. The Study of Consumption Pattern and Hospitalization Costs of Elderly Covered by Iran Health Insurance Organization. *Health-Based Research*. 2016; 2(1): 15-27. [Persian]
 12. Zilochi M, Pourreza A, Akbari F, Rahimi foroushani A. The pattern of hospital admissions of elderly people in Kashan University of Medical Sciences. *J Hospital*, 2011; 10(1): 63-71. [Persian]
 13. Yahyavi Dizaj J, Tajvar M, Mohammadzadeh Y, Marioryad H. The Effect of the Presence of an Elderly Member on Health Care Costs of Iranian Households. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2020; 14 (4) :462-477 [Persian]
 14. Aliakbari Saba R, Safakish M. Utilization of health services in the country of Iran, *Journal of Amar*. 2015; 16:9-16. [Persian]
 15. Zarei E, Pouragha AB, Khodakarim S, Moosazadeh Naserabadi AR. Out of pocket payment by inpatients of public Hospitals after health sector revelation plan in Thran city, A sectional study, *Hospital*. Fall 2017; 16(3,62): 9-17. [Persian]
 16. Iván M. Two-Sided Information Asymmetry in the Healthcare Industry. *Int Adv Econ Res*. 2019; 25:177-193.
 17. Borhaninejad V, Naghibzadeh Tahami A, Nabavi H, Rashedi V, Yazdi-Feyzabadi V. The utilization of health services and its influences among elderly people in Kerman. *JNKUMS*. 2015; 7(2):229-240.
 18. Hoyung H. Money and Daily Life In Old Age. *British Journal*. 1995; 26(2):13-17 *Medica 1*.
 19. Zinald Hajloo A, Amini A, Tabrizi J. Population aging in Iran with emphasis on the increasing challenge of the health system (review study). 2016; 6(1). [Persian]

Utilization of Inpatient Services by Older People in Iran and its Determinants

Tajvar M: PhD. Assistant Professor, Department of Health Management and Economic, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Mosadeghrad AM: PhD. Associate Professor, Department of Health Management and Economic, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Yaseri M: PhD. Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Mohammadi M: MSc. Department of Health Management and Economic, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding Author: maria.mohammadi1395@gmail.com

Received: Aug 25, 2019

Accepted: Jan 6, 2020

ABSTRACT

Background and Aim: Iran is experiencing a very fast population ageing, ranking 3rd globally in terms of pace of population ageing. The increase in the elderly population has been accompanied by an increase in demand for health services. A knowledge and understanding of the utilization of health services by the elderly are essential for resource allocation and health planning. This study aimed to investigate the utilization of in-patient services by the Iranian elderly and explore its determinants.

Materials and Methods: This study was a secondary analysis of the data of a cross-sectional National Study on the Utilization of Health Services in Iran, including 22470 households across the country. The study population was people aged 60 years and over, the sample size being 8205 individuals selected by stratified random sampling from provinces, towns and villages. A questionnaire was used to collect information on the need of the individuals to hospitalized services during the last one year and receiving the required services and analyzed using multilevel logistic regression to identify the factors related to the utilization of inpatient health services.

Results: Of the 8205 participants, 1411 (17%) reported that they needed in-patient services at least once during the previous year, about 93% of whom referred to a hospital, of whom about 1288 (97%) finally had finally received the required services. The factors related to inpatient service utilization were age ($p=0.03$) and having insurance status ($p<0.001$), such that the older individuals and those with no insurance, although they had higher inpatient service needs, received less services. The most important cause of dissatisfaction in the towns was related to the behavior of nurses and non-physician personnel and in villages long waiting time for receiving a service. Finally, the most important causes being not willing to be hospitalized were the high service cost and no health insurance coverage.

Conclusion: The older people and those with no insurance should be priority groups in health service utilization policy-making and planning, so that they can access and receive better services. The causes of low inpatient service utilization and dissatisfaction should be taken into consideration seriously by health service providers and managers.

Keywords: Utilization, Inpatient Services, Elderly, Iran, Determinant