

Research Paper

Explaining the Challenges of the Iranian Health System in the Face of Future Aging: Qualitative Study

Rahele Samouei¹ , *Mahmoud Keyvanara¹

1. Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**Citation** Samouei R & Keyvanara M. [Aging, Health System, Challenge, Future, Iran, Qualitative Research (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2022; 16(4):608-623. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.3270.1>**doi** <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.3270.1>**Received:** 28 Jul 2021**Accepted:** 22 Sep 2021**Available Online:** 01 Jan 2022**Keywords:**

Old age, Health system, Challenge, future, Iran, Qualitative

ABSTRACT**Objectives** The goals of global growth of the elderly population and ensuring the health of the elderly is a global event and one of the most important challenges of the health system of countries, especially developing countries and Iran; In this regard, the study was conducted to explain the challenges of the Iranian health system in the face of future aging.**Methods & Materials** The study was qualitative content analysis. A total of 29 experts from various disciplines including geriatrics, psychology, social medicine, nursing, medicine, health and social welfare, health policy, health care management and health economics participated in the study. The data obtained from the semi-structured interview were classified by the content analysis method. Lincoln and Guba criteria were used to assess validity.**Results** In identifying the challenges of the Iranian health system in the face of future aging Two general concepts including policy challenges, including barriers related to planning and implementation, financial barriers, vision barriers, therapeutic barriers, Health barriers, educational barriers and individual social challenges were identified, including cultural value barriers, and individual barriers.**Conclusion** The frequency and variety of challenges of increasing the elderly population in the country according to the findings of the study indicate the critical state of the health system in the near future. Identifying these challenges can be used by policymakers and planners for any planning and action.**Extended Abstract****1. Introduction**

Global population growth of the elderly and ensuring their health is a global event and one of the most important challenges of countries' health systems, especially developing countries and Iran. In the absence of proper planning and malfunction of the health system, a lot of costs and damages in various dimensions will be imposed on society. Because the increase in the elderly population, without preparation, causes an inability

to receive health care, the inefficiency of the health system and basic socio-economic problems in the whole society. Therefore, Iran must adapt to this new reality as soon as possible, and the health system should be able to plan and implement effectively in the effective confrontation with the phenomenon of future aging, from now on to better and better understand this phenomenon and strengthen itself, and compensate for any late action. In this regard, the study was conducted to explain the challenges of the Iranian health system in the face of future aging.

*** Corresponding Author:****Mahmoud Keyvanara, PhD.****Address:** Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.**Tel:** +98 (031) 37925123**E-mail:** keyvanara@mng.mui.ac.ir

2. Methods

The study was performed qualitatively. Experts in the field of aging and health participated in the study. In order to obtain different backgrounds, experiences, and views on the subject, heterogeneous samples with the greatest diversity in terms of field of study and academic orientation, work experience, and place of work in both genders were selected; Therefore, participants from the provinces of Iran in organizations and centers related to elderly purposefully participated.

A semi-structured interview form was developed, and two preliminary interviews were conducted to learn about possible changes needed. Sample adequacy was determined through data saturation, and 29 interviews were finalized. Participants were invited to collaborate by calling the researcher and stating the purpose of the study. Interview sessions were held in their office, and at the job place, they suggested facilitating the interviewees' participation (following the health guidelines and the physical distance concerning the COVID-19 pandemic).

Data from the interviews were analyzed using qualitative content analysis. During the process of reduction and abstraction, codes and the classification of similar codes, subcategories, main categories, and concepts were formed. Lincoln and Guba criteria such as credibility, dependability, confirmability, and transferability were used to assess validity. To increase credibility, in-depth interviews were conducted on the most diverse samples and peer reviewed by a fellow researcher. Efforts were made to improve dependability. The path of execution, analysis, coding, and classification of data was clearly stated in detail. Study documents and details were recorded and maintained at all stages of the study to ensure confirmability. By introducing the study implementation steps and the characteristics of the study population, others could follow the research path and apply the study data.

3. Results

According to the interview data classification, 334 codes, 30 subcategories, 8 main categories, and 2 concepts were formed. Findings in identifying the challenges of the Iranian health system in the face of future aging identified (according to Table 1) two general concepts, including "policy challenges," including "barriers related to planning and implementation," "financial barriers," "perspective barriers," "medical barriers," "health barriers," "educational barriers" as well as "individual social challenges," including "cultural value barriers" and "individual barriers."

In identifying the challenges of the Iranian health system in the face of future aging in the field of policy-making, the main category of "barriers related to planning and implementation" emerged from the integration of 5 subcategories. These barriers included a variety of management problems, including policy-making, decision-making, planning, implementation, and monitoring.

The main category of "financial barriers" emerged from the three sub-classes, which were related to the livelihood and expenses of the elderly community and the government's material resources. For example, it was noted that both the community to pay the insurance premium and the government to support the insurance companies face challenges.

The main category of "Perspective barriers" emerged from the three sub-classes. Respondents believed that the country's health system was involved in providing services to groups other than the elderly and that the system believed that providing services to the elderly was time-consuming, costly, and inefficient and defined service priorities differently.

The main category of "therapeutic barriers" emerged from four subcategories. In this regard, the participants believed that providing services to the elderly group due to some characteristics such as simultaneously contracting several diseases and the need to use various drugs, chronic disease, late treatment, lack of mastery and skill of medical staff in providing services to the elderly and the need for different specialties for therapeutic interventions was one of the challenges of the health system.

The main category of "health barriers" appeared from four subcategories, and the main category of "educational barriers" from two subcategories. In this section, participants believed that in the field of health and prevention, due to the possibility of various diseases and reduced physical and mental fitness, the quality of life of the elderly is affected and lack of timely information and adequate education are among the other challenges.

The main category of "value cultural barriers" emerged from the three sub-classes. In this area, participants pointed to the challenging situation of families, both functionally and structurally, and the weakness of society's values and ethics towards the elderly.

The main category of "individual barriers" emerged from the three sub-classes. Participants in this section cited factors related to the characteristics of the elderly, such as the elderly's own beliefs, reduced self-care ability, and less awareness of up-to-date knowledge and events, which themselves can be a source of more significant challenges.

Table 1. Challenges of the Iranian health system in dealing with future aging from the perspective of experts

Policy	
Main Categories	Subcategories
Barriers related to planning and implementation	Weak decision-making in the health system
	Poor planning of organizations
	Poor implementation and performance of organizations
	Weak evaluation and monitoring of programs
	Demographic change resulting from policies
Financial barriers	Disproportion of urban design
	Financial barriers to the elderly living
	Government financing Insurance-related issues
Perspective barriers	The negative attitude of the health system towards old age
	Lack of priority for the health system
	Lack of government preparedness to enter old age
Therapeutic barriers	Weakness of hospitals and problems of medical staff in the field of aging
	Multi-specialization of working with the elderly
	Difficulty and time-consuming care for the elderly
	Inadequacy of the needs of the elderly with the services received
	Medication issues
Health barriers	Possibility of more diseases and physical problems in the elderly
	Psychological issues
	Quality of Life
	Difficulty and time consuming of preventive services for the elderly
Educational barriers	Unfavorable middle age
	Educational system issues Media and information
Social-individual	
Main Categories	Subcategories
Value cultural barriers	Family performance
	Family structure
	Weakness of values and ethics
Individual barriers	Weakness of the elderly believing in themselves
	Inability to take care of self
	Weak awareness and knowledge of the day

4. Discussion

The results of this study can identify the challenges and threats in the path of future aging for policymakers and planners to use these findings for effective planning and implementation, in accordance with the characteristics and needs of the elderly community. With the help of effective management, specialized training for staff, and culture-making in the community and families, can be more effective in controlling the barriers mentioned in the study and gaining the opportunity to deal with the future readily and appropriately. Researchers are advised to use the context provided by this study to introduce barriers and to conduct independent studies to evaluate the various dimensions of each of these barriers and to provide practical solution models.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The implementation process of this study was approved by the specialized committee of the Fund for the Support of Researchers and Technologists of the country as a local ethics committee. In addition, all steps have been done with the approval of the expert supervisor of the project. Participants' trust and satisfaction were obtained regarding the confidentiality of information and the observance of ethical principles and the fact that several interview sessions may be required. Participants were informed that they had the right to withdraw from the study at any time if they wished to continue. Participants were assured that the information provided was used in a manner that respects their confidentiality and privacy.

Funding

This study is the result of research No. 98028273, and was conducted with the support of Iran National Science Foundation (INSF), Tehran, Iran.

Authors' contributions

All authors were equally contributed in preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله پژوهشی

تبیین چالش‌های نظام سلامت ایران در مواجهه با سالمندی آینده: یک مطالعه کیفی

راحله سموعی^۱، *محمود کیوان آرا^۱

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۰۶ مرداد ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۳۱ شهریور ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۰

اهداف: رشد جهانی جمعیت سالمندان و تأمین سلامت سالمندان، رخدادی جهانی و از مهم‌ترین چالش‌های نظام سلامت کشورها، به‌ویژه کشورهای در حال توسعه و ایران است. در این راستا، این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های نظام سلامت ایران در مواجهه با سالمندی آینده انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه به صورت کیفی از نوع تحلیل محتوا انجام شد. از تخصص‌های گوناگون، ۲۹ صاحب‌نظر از جمله سلامت سالمندان، روان‌شناسی، پزشکی اجتماعی، پرستاری، پزشکی، سلامت و رفاه اجتماعی، سیاست‌گذاری سلامت، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و اقتصاد سلامت به‌طور هدفمند در مطالعه شرکت کردند. داده‌های حاصل از مصاحبه نیمه ساختار یافته به روش تحلیل محتوا طبقه‌بندی شد. جهت سنجش اعتبار از معیارهای لینکن و گوبا استفاده شد.

یافته‌ها: در شناسایی چالش‌های نظام سلامت ایران در رویارویی با سالمندی آینده دو مفهوم کلی شامل چالش‌های سیاست‌گذاری از جمله موانع مرتبط با برنامه‌ریزی و اجرا، موانع مالی، موانع دیدگاهی، موانع درمانی، موانع بهداشتی، موانع آموزشی و همچنین چالش‌های فردی اجتماعی از جمله موانع فرهنگی ارزشی و موانع فردی مشخص شد.

نتیجه‌گیری: فراوانی و گوناگونی چالش‌های حوزه سلامت، به دنبال سرعت و افزایش سالمندی جمعیت کشور طبق یافته‌های مطالعه حاکی از وضعیت بحرانی نظام سلامت در آینده نزدیک دارد. شناسایی این چالش‌ها برای هر برنامه‌ریزی و اقدامی توسط سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان، قابل استفاده و نیازمند اقدام همه‌جانبه و زودهنگام است.

کلیدواژه‌ها:

سالمندی، نظام سلامت، چالش، آینده، ایران، کیفی

مقدمه

پیش‌بینی روند سالخوردگی، طبق مطالعات جمعیتی نشان می‌دهد مسن‌ترین جمعیت‌ها مربوط به کشورهای توسعه‌یافته است [۵]. بیشتر این کشورها چندین دهه را برای سازگاری با ساختارهای تغییرات سنی خود صرف کرده‌اند. برای نمونه، فرانسه ۱۲۶ سال فرصت داشت تا خود را با تغییر از ۷ درصد به ۱۴ درصد در نسبت افراد ۶۵ سال و بیشتر سازگار کند و ۴۶ سال زمان سپری شد تا انگلستان با تغییر در نسبت بزرگ‌سالان خود هماهنگ شود [۶].

از نظر سرعت سالمندی جمعیت، بیشترین افزایش به کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه‌یافته مربوط است [۵] که در این بین، جمعیت سالمندان ایرانی با سرعتی بیشتر از سرعت رشد آسیا و دنیا در حال افزایش است [۱]. با وجود اینکه ایران در حال گذار سریع جمعیتی است، نظام سلامت کشور برای رویارویی با جمعیت سالمند و سالمندی آمادگی کامل ندارد [۷].

سالمندی جمعیت یکی از بزرگ‌ترین موفقیت‌های جهانی و نتیجه رشد فناوری، بهبود مراقبت‌های بهداشتی، تشخیص و درمان و افزایش امید به زندگی است [۱]. به بیان سازمان ملل متحد^۱، کشوری جمعیت سالخورده دارد که بیش از ۷ درصد آن جمعیت سالمند باشند، پس با توجه به افزایش جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر در دهه‌های اخیر، جهان به‌طور فزاینده‌ای در حال سالمند شدن است [۲].

پیش‌بینی آمارها در سال ۲۰۵۰ جمعیت افراد جهان بیش از ۶۰ سال، به دو میلیارد و جمعیت افراد بیش از ۶۵ سال به حدود یک و نیم میلیارد نفر برسد [۳]. از این رو، شاید بتوان قرن ۲۱ را قرن سالخوردگی جمعیت جهان دانست [۴].

1. United Nations (UN)

* نویسنده مسئول:

دکتر محمود کیوان آرا

نشانی: اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.

تلفن: ۳۷۹۲۵۱۲۳ (۰۳۱) +۹۸

رایانامه: keyvanara@mng.mui.ac.ir

در این زمینه مطالعات به روز با تبیین‌های عمیق‌تر و متمرکز بر فرهنگ لازم است و با توجه به اینکه برای سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری اثربخش در حوزه سلامت، نیاز به شناسایی وضعیت موجود و تبیین چالش‌های رویارویی با سالمندی است، برای متناسب‌سازی با فرهنگ و هماهنگ شدن با نظام سلامت کشور، چالش‌های نظام سلامت ایران در مواجهه با سالمندی آینده از طریق روش تحلیل محتوای کیفی از دیدگاه صاحب‌نظران کشور تبیین شد.

روش مطالعه

مطالعه برای «تبیین چالش‌های نظام سلامت ایران در مواجهه با سالمندی آینده» به صورت کیفی از نوع تحلیل محتوای کیفی^۴ انجام شد.

نحوه انتخاب مشارکت‌کنندگان

صاحب‌نظران در حوزه سالمندی و سلامت در مطالعه شرکت کردند. برای دستیابی به سوابق، تجارب و دیدگاه‌های مختلف پیرامون موضوع، نمونه‌های ناهمگن^۵ با بیشترین تنوع از نظر رشته و گرایش، سابقه و تجربه کاری و محل خدمت در هر دو جنس انتخاب شدند که بتوانند دیدگاه‌های متنوعی درباره پدیده مورد مطالعه ارائه دهند؛ بنابراین مشارکت‌کنندگان در استان‌های کشور و در سازمان‌ها و مراکز مرتبط با سالمندی، از جمله دانشگاه‌های علوم پزشکی، معاونت بهداشتی و مراکز بهداشتی، بیمارستان‌ها، پژوهشکده و مراکز تحقیقاتی مرتبط و مراکز مشاوره روان‌شناختی در رشته‌های سلامت سالمندان، روان‌شناسی، پزشکی اجتماعی، پرستاری، پزشکی، سلامت و رفاه اجتماعی، سیاست‌گذاری سلامت و مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و اقتصاد سلامت به صورت هدفمند^۶ مشارکت کردند.

فرایند جمع‌آوری داده‌ها و اجرای مصاحبه

فرم مصاحبه نیمه ساختاریافته تدوین شد و دو مصاحبه‌مقدماتی برای آگاهی یافتن از تغییرات احتمالی مورد نیاز انجام گرفت. با توجه به اینکه در مطالعات کیفی هدف تصمیم‌پذیری نیست، کفایت نمونه از طریق اشباع داده‌ها مشخص شد و ۲۹ مصاحبه نهایی شد. مشارکت‌کنندگان از طریق ارتباط تلفنی پژوهشگر و بیان هدف مطالعه، دعوت به همکاری شدند.

برای سهولت مشارکت مصاحبه‌شوندگان، جلسه‌های مصاحبه در دفتر کارشان و مکان شغلی که پیشنهاد دادند (با رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی و رعایت فاصله فیزیکی با توجه به

برخورد مناسب از آن رو اهمیت دارد که بهبود سلامت و ایمنی مردم از مأموریت‌های مهم نظام سلامت محسوب می‌شود و اینکه این نظام می‌تواند با تفکری نو، مراقبت‌ها و خدمت‌رسانی‌های ناخواسته را با اهداف و اولویت‌هایی که به سالمندی ارزش می‌نهند، جایگزین کند. همچنین برای بهبود سلامت و رفاه سالمندان راهبردهایی یکپارچه به کار گیرد [۸].

پدیده سالمندی با پیامدهایی هم برای سالمندان از جمله کاهش عملکرد جسمی و آسیب‌پذیری روانی و هم برای نظام سلامت از جمله تأمین خدمات سلامت و تأمین خدمات بهداشتی و درمانی همراه است [۷]، در صورت عدم برنامه‌ریزی مناسب و بدکارکردی نظام سلامت، هزینه و خسارات زیادی در ابعاد مختلف به جامعه تحمیل می‌شود؛ زیرا افزایش جمعیت سالمند، بدون آمادگی موجب ناتوانی در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی^۲، ناکارآمدی نظام سلامت و مشکلات اساسی اجتماعی-اقتصادی^۳ در کل جامعه می‌شود. ایران باید هرچه سریع‌تر با این واقعیت جدید سازگار شود و نظام سلامت بایستی برای برنامه‌ریزی و اجرای توانمند در رویارویی کارآمد با پدیده سالمندی آینده، از حال و اکنون به شناخت بیشتر و بهتر این پدیده و تقویت خود بپردازد و اقدام دیر هنگام را جبران کند.

در زمینه سالمندی مطالعات پراکنده‌ای در کشورهای مختلف انجام شده است. در این خصوص، مطالعه‌ای در آمریکا گزارش کرد نظام سلامت این کشور در پاسخ به نیازهای سلامت و رفاه سالمندان اقدامات نسبتاً کمی داشته است. پس نظام سلامت دوستدار سالمند به صورت آزمایشی در فلوریدا اجرا شد و برنامه‌ها و سیاست‌های به کاررفته برای استفاده بهتر سالمندان از خدمات بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و محیطی موفق بود [۸]. مطالعه‌ای در برزیل به چالش‌های نظام سلامت کشور در مراقبت از سالمندان با بیماری‌های متعدد و لزوم مراقبت و مدیریت بیماری‌های چندگانه و هم‌زمان سالمندان اشاره کرد [۹]. مطالعه‌ای در ایران، لزوم توجه سیاست‌گذاران بر سیاست‌های منسجم و یکپارچه برای فرایند پیری فعال و توانمند تأکید کرد [۱۰]. دشواری در تأمین نیرو و امکانات مراقبتی درمانی و تأمین مالی، به عنوان چالش‌های نظام سلامت چین مطرح شد [۱۱]. در مطالعه‌ای به ارتباط سلامت سالمندان با سلامت الکترونیک در ابعاد فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی اشاره شد [۱۲].

این یافته‌ها حاکی از آن است که هم در کشورهای پیشرفته و هم در کشورهای در حال توسعه، نظام‌های سلامت برای پاسخگویی به نیازهای سالمندی بایستی توسعه‌یافته و سازگار شوند. با این پیش‌فرض و با سرعت فزاینده سالخوردگی جمعیت کشور، نظام سلامت ایران به عنوان یک کشور در حال توسعه با چالش‌های مهمی مواجه می‌شود که نیازمند مدیریت وضعیت فعلی و آینده است.

4. Qualitative Content Analysis

5. Heterogeneous

6. Purposeful Sampling

2. Health care

3. Socio-economic

یافته‌ها

میانگین سابقه کار مشارکت‌کنندگان ۲۱/۹۴ سال بود. ده زن و نوزده مرد در رشته‌های سلامت سالمندان (سه نفر)، پرستاری سالمندی (یک نفر)، روان‌شناسی (چهار نفر)، سلامت و رفاه اجتماعی (دو نفر)، سیاست‌گذاری سلامت (یک نفر)، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (دو نفر)، اقتصاد سلامت (دو نفر)، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت (یک نفر)، آموزش پزشکی (یک نفر)، پزشکی (شش نفر)، تخصص پزشکی (چهار نفر)، مدیریت خانواده (یک نفر) و مامایی (یک نفر) در مقاطع تحصیلی تخصص پزشکی (چهار نفر)، دکترای عمومی (شش نفر)، دکترای تخصصی (هفده نفر) و کارشناسی ارشد (دو نفر) از دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان بهزیستی، معاونت بهداشتی، معاونت غذا و دارو، پژوهشکده و مراکز تحقیقاتی و مراکز مشاوره در شهرهای اصفهان، تهران، تبریز و بابل همکاری کردند.

طبق طبقه‌بندی داده‌ها، ۳۳۴ کد، ۳۰ طبقه فرعی، ۸ طبقه اصلی و ۲ مفهوم حاصل مصاحبه‌های انجام‌شده شکل گرفت. یافته‌ها در جدول شماره ۱ گزارش شدند.

طبق داده‌های جدول شماره ۱ در شناسایی چالش‌های نظام سلامت ایران در رویارویی با سالمندی آینده در حوزه سیاست‌گذاری، طبقه اصلی «موانع مرتبط با برنامه‌ریزی و اجرا»، از تجمیع پنج طبقه فرعی نمایان شد. این موانع شامل مشکلات در ابعاد و مراحل گوناگون مدیریتی، از جمله سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت بوده است و به‌طور اختصاصی عدم تناسب طراحی و مبللمان شهری را به عنوان چالش جامعه سالمند تأکید داشته است. روایت مشارکت‌کننده شش، در خصوص چالش «اجرا و عملکرد ضعیف سازمان‌ها» در ادامه مطرح شده است:

«گسترده‌گی معاونت بهداشتی و شهرداری در بهزیستی نیست. اون‌ها راحت‌تر می‌تونن با خانواده‌ها و سالمندان مرتبط بشن و آموزش بدن. بهزیستی به سرای سالمندان توجه داره که به سالمند انزوا می‌ده. نهایتاً بازدید در منزل^{۱۴} و حضور در مراکز روزانه که تعداد خیلی کمی از جامعه سالمند را پوشش می‌ده. همیشه دیر از خواب بیدار می‌شیم. یا درگیر جواب دادن به نامه‌ها و پروتکل‌ها و مجری طرح‌ها و دستورات بالادستی هستیم. برای همین هیچ برنامه مشخصی برای سالمندان نداریم.»

طبقه اصلی «موانع مالی»، از سه طبقه فرعی که هم با معیشت و هزینه‌های جامعه سالمندان و هم با منابع مادی دولت مرتبط بوده است، نمایان شد. به‌عنوان نمونه اشاره شد هم جامعه برای

هم‌زمانی با پاندمی کووید-۱۹ برگزار شد. به دلیل قرار داشتن در شرایط همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ مشارکت‌کنندگانی که خارج از استان قرار داشتند به انتخاب ایشان به صورت برخط یا تلفنی مصاحبه شدند. شرکت در مطالعه و اجازه ضبط مصاحبه شفاهی دریافت شد. زمان مصاحبه‌ها بین ۲۱ دقیقه تا ۶۵ دقیقه بود. پس از پاسخگویی، هریک از مصاحبه‌ها پیاده‌سازی شد.

تحلیل داده‌ها

داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی، معروف به شیوه استقرایی تحلیل شدند. از آنجا که هدف، تقلیل داده‌های کیفی و طبقه‌بندی آن‌ها بود، واحد تحلیل، یعنی مصاحبه‌ها و سپس واحدهای معنایی شامل واژه‌ها و جملات معنادار مشخص شدند. طی فرایند کاهش و انتزاع^{۱۲}، کدها و طی فرایند دسته‌بندی کدهای مشابه، طبقه‌های فرعی، طبقه‌های اصلی و مفاهیم شکل گرفتند.

جهت سنجش اعتبار از معیارهای لینکن و گوبا^{۱۳}، از جمله اعتبار^{۱۰}، قابلیت اعتماد^{۱۱}، تأییدپذیری^{۱۲} و قابلیت انتقال^{۱۳} استفاده شد [۱۳]. برای افزایش اعتبار، مصاحبه‌های دقیق روی نمونه‌هایی با بیشترین تنوع و همچنین بازبینی هم‌تایان توسط پژوهشگر همکار انجام شد. مشخصات شرکت‌کنندگان که در بخش یافته‌ها ارائه شده است، نشان‌دهنده گستردگی دیدگاه‌های دریافت شده پیرامون هدف مطالعه است. صحت مفاهیم استخراج‌شده از این دیدگاه‌ها توسط همکار پژوهشگر بررسی و در صورت نیاز به تغییر، اصلاح شد.

برای بهبود قابلیت اطمینان در این مطالعه تلاش شد مسیر اجرای کار، تحلیل، کدگذاری و طبقه‌بندی داده‌ها به‌طور واضح و همراه با جزئیات بیان شود. در این خصوص کدهای استخراج‌شده و طبقات مفهومی نمایان شده از کدها، به همراه برخی روایت‌های مشارکت‌کنندگان به‌عنوان مستند اطمینان‌بخشی در یافته‌ها ارائه شد. برای تضمین تأییدپذیری، مستندات و جزئیات مطالعه در تمام مراحل مطالعه ثبت و حفظ شد. با معرفی گام‌های اجرای مطالعه و خصوصیات جمعیت مورد مطالعه، امکان پیگیری مسیر تحقیق، کاربرد و قابلیت انتقال داده‌های مطالعه برای دیگران فراهم شد.

7. Coronavirus disease (COVID-19)

8. Abstraction

9. Lincoln & Guba

10. Credibility

11. Dependability

12. Confirmability

13. Transferability

14. home visit

جدول ۱. چالش‌های نظام سلامت ایران در رویارویی با سالمندی آینده از دیدگاه صاحب‌نظران

سیاست‌گذاری	
طبقه‌های اصلی	طبقه‌های فرعی
موانع مرتبط با برنامه‌ریزی و اجرا	ضعف تصمیم‌گیری در نظام سلامت
	برنامه‌ریزی ضعیف سازمان‌ها
	اجرا و عملکرد ضعیف سازمان‌ها
	ضعف ارزشیابی و نظارت برنامه‌ها
موانع مالی	تغییرات جمعیتی منتج از سیاست‌ها
	عدم تناسب طراحی شهری
	موانع مالی معیشتی سالمند
	تأمین مالی دولت
موانع دیدگاهی	مسائل مرتبط با بیمه
	نگرش منفی نظام سلامت به دوره سالمندی
	عدم اولویت سالمندی برای نظام سلامت
	عدم آمادگی دولت برای ورود به دوره سالمندی
موانع درمانی	ضعف بیمارستان‌ها و مشکلات کادر درمان در حوزه سالمندی
	چند تخصصی بودن کار با سالمندان
	دشواری و زمان‌بر بودن خدمات درمانی برای سالمند
	عدم تناسب نیازهای سالمندان با خدمات دریافتی
موانع بهداشتی	مسائل مربوط به دارو
	امکان بروز بیشتر بیماری‌ها و مشکلات جسمی در سالمندان
	مسائل روان‌شناختی
	کیفیت زندگی
موانع آموزشی	دشواری و زمان‌بر بودن خدمات پیشگیرانه برای سالمند
	میان‌سالی نامطلوب
	مسائل نظام آموزشی
	رسانه و اطلاع‌رسانی
فردی اجتماعی	
طبقه‌های اصلی	طبقه‌های فرعی
موانع فرهنگی ارزشی	عملکرد خانواده
	ساختار خانواده
	ضعف ارزش‌ها و اخلاقیات
	ضعف باور سالمند به خود
موانع فردی	ناتوانی در مراقبت از خود
	ضعف آگاهی و دانش روز

«متأسفانه در حوزه سلامت نه علم پرداختن به سالمندی است و نه امکانات متناسب. این نیست که سالمند آگه قلب و کلیه‌اش مشکل پیدا کند مثل بقیه به همین متخصصان مراجعه کند. فیزیولوژی و کارکرد کلیه و اندام‌های سالمندان با میان‌سالان فرق کرده، بخشی از تغییر کارکردهای بدنی مربوط به فرایند طبیعی سالخوردگی^{۱۵} است و بخشی مربوط به فرایند پاتولوژیک بیماری‌های دوران سالمندیه که روی هم اثرات مضاعف دارند و نمی‌شود در تخصص‌های جداگانه ردش را گرفت. پس علم متفاوتی به نام سالخوردگی یا پیری^{۱۶} لازم می‌آید. معمولاً در میان‌سال و جوانی با تک پدیده مواجهیم؛ مثلاً یکی سرما می‌خورد همون را درمان می‌کنه، ولی سالمند که سرما می‌خورد فشار خون، پوکی استخوان و... داره. این، دیگه تنها به سرماخوردگی نیست. بستری که توش اتفاق می‌افته به آزیمرم زیرشه. از اون طرف، وقتی این همه علائم و بیماری هست، ده تا پانزده قلم دارو می‌گیره. کدوم کتاب طبی تداخل بیش از دو سه قلم را مطرح می‌کنه. آگه ناشی‌گری کنیم و همون سرویسی که به جوان و میان‌سال می‌دیم را به سالمندم بدیم، دقیقاً مصداق آزار سالمندان^{۱۷} است. ما نه باور، نه علم و نه زیرساخت‌مون آماده نیست.»

طبقه اصلی «موانع بهداشتی» از چهار طبقه فرعی و طبقه اصلی «موانع آموزشی» از دو طبقه فرعی نمایان شد. در این بخش مشارکت‌کنندگان معتقد بودند در حوزه بهداشت و پیشگیری به دلیل امکان بروز بیماری‌های مختلف و کم شدن توان جسمی و روانی افراد، کیفیت زندگی سالمندان تحت تأثیر قرار می‌گیرد و عدم اطلاع‌رسانی به هنگام و آموزش کافی، از جمله چالش‌های دیگر است. روایت مشارکت‌کننده سیزده، در استناد به چالش «کیفیت زندگی» در ادامه بیان شده است:

«وزارت‌تخونه از سال ۱۳۸۰ نیازسنجی در سطح جمعیت کلی در بیشتر استان‌ها انجام داد. اولین نتیجه [از نیازسنجی] که بیرون اومد سالمندان گفتند ما امنیت نداریم، سرپناه نداریم. دوم مستمری دائم نداریم که بتونیم معیشت کنیم. خب با عروس و داماد و نوه نمی‌تونه آبروداری کنه. سوم اینکه بیمه‌ها حمایت نمی‌کنن و مشکلات اساسی سلامت داریم: جراحی، بستری‌های طولانی‌مدت، بیماری‌های مزمن، چندین بیماری هم‌زمان... با نگاه به نظریه مازلو تا اینجا نیازهای ابتدایی متوقفه. بعدش رسیدند به اینجا که ما تنهایییم. کسی سراغ ما را نمی‌گیره. پس خلأ روحی، روانی، عاطفی و فشار تنهایی هم دارند و در مرحله چهارم، تازه به مشکلات جسمی رسیدند... نکته اساسی این بود که ما برای زندگی کردن حداقل‌ها را نداریم» روایت مشارکت‌کننده در استناد به چالش «میان‌سال‌ی نامطلوب» در ادامه ارائه شده است:

پرداخت حق بیمه و هم دولت برای حمایت از شرکت‌های بیمه‌ای با چالش روبه‌رو هستند. روایت مشارکت‌کننده هفت در استناد به چالش «تأمین مالی دولت» در ادامه بیان شده است:

«رشد جمعیت سالمندان نسبت به میانگین رشد جمعیت ۲ تا ۲/۵ برابر است. هزینه نگهداری و بهبود شرایط سالمند نزدیک ۵۰ درصد هزینه نظام سلامت که در بحث بستری و سرپایی شاید بیشتر. کمتر از ۱۰ درصد سالمند داریم، ولی به اندازه ۵۰ درصد داره هزینه می‌بلعه. تا سال ۲۰۳۰ یا ۲۰۵۰ که ۲۵ درصد جمعیت سالمند می‌شه. آگه کل اعتبارات نظام سلامت را خرج کنیم، باز هم جوابگو نیست.»

طبقه اصلی «موانع دیدگاهی» از سه طبقه فرعی نمایان شد. مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند نظام سلامت کشور درگیر خدمت‌رسانی به گروه‌های دیگر به جز سالمندان است و با توجه به اینکه این نظام اعتقاد دارد که سرویس‌دهی به سالمندان وقت‌گیر، هزینه‌بر و کم‌بازده است، اولویت‌های خدمت‌رسانی را به گونه‌ای دیگر تعریف کرده است. عدم آمادگی نظام سلامت برای رویارویی با سالمندی آینده نیز از دیگر موانع مطرح‌شده بود. روایت مشارکت‌کننده یازده، در استناد به چالش «عدم آمادگی دولت برای ورود به دوره سالمندی» در ادامه بیان شده است:

«کشورهای مدعی توسعه‌یافتگی، سالمندی را از نظر فردی، خانوادگی و اجتماعی چند دهه‌ای زودتر از ما تجربه کردند. طبق مطالعات، شاخص هفت به چهارده زمانیه که ۷ درصد سالمندان جامعه‌ای به ۱۴ درصد می‌رسند. کشورهای توسعه‌یافته، یک تا یک و نیم قرن زمان داشتن تا به ۱۴ درصد برسن و امکانات، علم و زیرساخت‌رشدن را آماده کنن و این کار را هم کردن، ولی ما به عنوان کشور در حال توسعه، عمده امکانات علمی‌مون و تکنولوژی‌هایی که چندین سال صرف تولیدشون شده را به صورت وارداتی و ناگهانی دریافت می‌کنیم. برآوردهای آماری نشون می‌دن ما فقط ربع قرن وقت داریم. از اون طرف با کاهش مولد و مرگ‌ومیر، آروم آروم جمعیت سالخورده شد. الان شیب منحنی سالخوردگی‌مون تنده. به مرتبه با شوک جمعیتی سالخورده مواجه شدیم و اصلاً نظام سلامت ما آماده اون نیست.»

طبقه اصلی «موانع درمانی» از چهار طبقه فرعی نمایان شد. در این زمینه مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند خدمت‌رسانی به گروه سالمند به دلیل برخی ویژگی‌ها، از جمله ابتلا هم‌زمان به چند بیماری و لزوم مصرف انواع دارو، مزمن بودن بیماری، دیربازده بودن درمان‌ها، عدم تسلط و مهارت کافی کادر درمان در خدمت‌رسانی به سالمندان و نیاز به تخصص‌های گوناگون برای آزمایشات درمانی، از جمله چالش‌های نظام سلامت بوده است. روایت مشارکت‌کننده پانزده، در استناد به چالش‌های مطرح‌شده در ابعاد گوناگون این طبقه در ادامه بیان شده است:

15. Aging

16. Elderly

17. Elder abuse

حاصل این تصمیمات نمی‌تواند برنامه‌ریزی هدفمند و عملکرد متناسب با نیاز سالمندان باشد. با این حال، تأکید شد که با وجود این چالش‌ها و مشکلات، چنانچه برنامه‌پایش و نظارت هدفمند و منظم وجود داشته باشد و بازخوردهای مناسب و به موقع ارائه شود، امکان اصلاح کمبودها و بدکار کردی‌ها وجود دارد. خصوصاً که در کشور گاهی با برخی سیاست‌ها و سیاست‌گذاری‌های حساب‌نشده و متناقض، از جمله تبلیغات برای کاهش و افزایش مولد که با تغییرات جمعیتی غیرهدفمند همراه است، مواجه بوده‌ایم [۲۱].

پیامدهای منفی چنین سیاست‌هایی سال‌ها بعد پرچالش می‌شود. در موضوع سالمندی برخی ناکارآمدی‌ها آسیب بیشتری به همراه دارند؛ مثلاً بی‌توجهی و عدم اقدام نسبت به برخی زیرساخت‌های مورد نیاز، مانند میلان و معماری شهری نامتناسب با سالمندی [۱۰]، آسیب‌ها و هزینه زیادی ایجاد می‌کند. در این زمینه در مطالعه‌ای مناسب‌سازی فضای شهری با شاخص‌هایی چون ایمنی، امنیت، دسترسی، سرزندگی، ارتباطات، مشارکت اجتماعی و نهایتاً حمل‌ونقل برای سالمند مرتبط شده است [۲۲].

در پدیده‌های مهم و فراگیر، موانع مالی اصولاً از چالش‌های مهم و تأثیرگذار است. در این زمینه دو دیدگاه عمده وجود دارد. دیدگاهی که معتقد است منابع مالی کافی نیست و دیدگاهی که می‌گوید کافی است، ولی تخصیص، مناسب و حساب‌شده نیست. در هر دو وضعیت، خدمات نیازمند منابع مالی با چالش مواجه می‌شود. از طرفی کارکرد بیمه‌ها در دوره سالمندی که با بیماری‌های گوناگون و ناتوانی‌های مختلف همراه است، بسیار اهمیت دارد. این در حالی است که بیمه‌ها به سرویس‌دهی یا عمل به تعهدات برای این گروه که معتقدند خیلی پرهزینه‌اند، خیلی علاقه‌مند نیستند.

فرد سالمند نیز به دلیل قرار گرفتن در وضعیت شاغل نبودن و اصولاً ناتوانی در اداره خانواده پرجمعیت با نوه‌ها و نتیجه‌ها خود را با مشکلات مالی مواجه می‌بینند که پیامد آن ناتوانی بیشتر است. با توجه به موارد گفته‌شده، نکته کلیدی این است که یک جامعه سالم‌خورده قطعاً نمی‌تواند اقتصادی پویا داشته باشد [۲۱].

طبق یافته‌های این مطالعه «موانع دیدگاهی»، از جمله چالش‌های نظام سلامت ایران در رویارویی با سالمندی آینده شناسایی شد. این نتایج با یافته‌های مطالعه‌ای از نظر منفی بودن نگرش نظام سلامت به دوره سالمندی هماهنگ است [۲۳]. نگرش منفی می‌تواند منبع توجه ناکافی یا دیرآیند برای رویارویی مناسب با پدیده سالمندی باشد.

نگرش منفی نظام سلامت به دوره سالمندی با علاقه‌مندی کمتر به کار با سالمندان به دلیل مشکل، وقت‌گیر و پرهزینه بودن است و این دیدگاه را ایجاد می‌کند که سرمایه‌ها هدر می‌رود. با این اوصاف می‌توان گفت حداقل در سال‌های اخیر سالمندی برای نظام سلامت در اولویت نبوده است. از توجه دیر هنگام و

«سالمندان در شرایط فعلی از میان‌سالان سر حال‌تر هستند. الآن به دلیل کار زیاد، وضعیت زندگی، تغذیه، آب و هوای بد و عدم تحرک، آرتروز، انواع بیماری و استرس بیشتره. سلامتی که سالمندان ذخیره کردن ما نکردیم، نون مون را قاتق نکردیم، ذخیره آهن صفر، پوکی استخوان شدید... واقعاً توانی برای آینده نیست، تحرک نداریم، نشاط نداریم، آرامش نیست. این‌ها مزید بر علت هستند اگر خودمون کنترل نکنیم، سالمندی خیلی سخت می‌شود».

طبقه اصلی «موانع فرهنگی ارزشی» از سه طبقه فرعی نمایان شد. در این حوزه مشارکت‌کنندگان به وضعیت چالشی خانواده‌ها هم از نظر عملکردی و هم ساختاری و ضعف ارزش‌ها و اخلاقیات جامعه نسبت به سالمندان اشاره داشتند. روایت مشارکت‌کننده بیست، در استناد به چالش‌های این طبقه در ادامه بیان شده است:

«خانواده‌های امروز کم‌جمعیت هستند و عموماً زن و مرد ساعات زیادی را بیرون از منزل کار می‌کنند. اصولاً دغدغه‌مندند و دیگه اون ارزش و توجه به سالمند را ندارند. قبلاً سالمند بزرگ و چراغ خونه و مایه خیر و برکت بود. الآن گاهی در حضور خودش سر نگهداری‌اش بحث می‌کنند یا طوری با منت و اکراه مراقبت می‌کنند که مهر و محبت و ارزشمندی جایی نداره».

طبقه اصلی «موانع فردی» از سه طبقه فرعی نمایان شد. مشارکت‌کنندگان در این بخش به عواملی اشاره داشتند که مربوط به ویژگی‌های خود سالمندان است، از جمله باورهای خود سالمند، کم شدن توانایی مراقبت از خود و آگاهی کمتر درباره دانش و وقایع روزآمد که خود می‌توانند منبع چالش‌های بیشتر باشند. روایت مشارکت‌کننده ۲۴، در استناد به چالش «ضعف باور سالمند به خود» در ادامه بیان شده است:

«سالمند گاهی خودش پیش‌دستی می‌کنه و خودش را طرد می‌کنه. احساس می‌کنه وقت مُردنه و هر چیزی از سرش زیاده، درخواست‌هاشو مطرح نمی‌کنه و مورد غفلت قرار می‌گیره».

طبق یافته‌های این مطالعه در جدول شماره ۱، «موانع مرتبط با برنامه‌ریزی و اجرا» و «موانع مالی»، از جمله چالش‌های نظام سلامت ایران در رویارویی با سالمندی آینده شناسایی شد. این نتایج با یافته‌های سایر مطالعات از نظر ضعف تصمیم‌گیری در نظام سلامت، برنامه‌ریزی ضعیف سازمان‌ها، اجرا و عملکرد ضعیف سازمانی، ارزشیابی و نظارت ضعیف برنامه‌ها، عدم تناسب طراحی شهری، مشکلات مالی سالمندان، محدودیت‌های مالی دولت و مشکلات بیمه‌ای هماهنگ است [۱۹-۱۴، ۱۰، ۸]. گوناگونی و چندبُعدی بودن این مشکلات که با محوریت نظام سلامت و دولت در مطالعات مختلف معرفی شده، نشان‌دهنده اهمیت سیاست‌ها و سیاست‌گذاری‌ها در پیشبرد برنامه‌ها است.

مشارکت‌کنندگان نسبت به عدم تصمیم‌گیری مناسب در نظام سلامت و دولت برای سالمندی آینده جهت‌گیری داشتند که طبعاً

نتایج این مطالعه در حوزه مشکلات حوزه آموزش با یافته‌های سایر مطالعات هماهنگ است [۲۳، ۲۴]. آموزش به عنوان نیاز کلیدی برای رویارویی مناسب با حداقل بخش مهمی از چالش‌های سالمندی در این مطالعات مطرح شده است.

نداشتن علم کافی و دانش اختصاصی برای خدمت‌رسانی به سالمندان در حوزه‌های مختلف سلامت، عدم تشویق نظام آموزشی برای ورود جدی دانشجویان به بحث سالمندی، عدم علاقه به سرمایه‌گذاری در تخصص‌های سالمندی، وارداتی بودن علم و اطلاعات و فناوری در این حوزه، کم‌توجهی به طرح‌ها و پیشنهاد‌های صاحب‌نظران، از جمله مسائل نظام آموزشی است.

در حوزه آموزش از بُعد غیرآکادمیک هم ضعف رسانه‌ها، مولتی‌مدیا و صدا و سیما در آماده کردن جامعه برای ورود مؤثرتر به دوره سالمندی مشهود است. برنامه‌ها با پیام‌های مستقیم و غیرمستقیم مصرف‌گرایی و تجمل‌گرایی رسانه‌ها، فضای کمتری برای پرداختن به آموزش در موضوعات دغدغه‌مند مهمی چون سالمندی باقی گذاشته است. اهمیت پرداختن به این چالش از آن رو بیشتر تأیید می‌شود که مطالعاتی به نقش انواع آموزش‌های فرهنگی، رسانه‌ای و حتی فناوریانه به سالمندان، خانواده‌ها و جامعه برای بهبود مراقبت و خدمت‌رسانی به سالمندان تأکید داشتند [۲۳، ۲۴، ۲۹].

طبق یافته‌های این مطالعه «موانع فرهنگی ارزشی»، از جمله چالش‌های نظام سلامت ایران در رویارویی با سالمندی آینده شناسایی شد. این نتایج با یافته‌های مطالعه‌ای از نظر مسائل ساختاری و عملکردی خانواده و ضعف ارزش‌ها هماهنگ است [۱۹].

تغییر ساختار خانواده از گسترده به هسته‌ای، از پرجمعیت به کم‌جمعیت و رواج آپارتمان‌نشینی با مترآز کم به تغییر ناخواسته کیفیت زندگی خانواده‌ها و امکان کمتر آن‌ها برای سرویس‌دهی مناسب به اعضای سالمند که مراقبت‌ها و نیازمندی‌های متفاوتی لازم دارند، منجر شده است. تحت فشار بودن مراقبین، اشتغال هم‌زمان زوجین و ناتوانایی‌های مالی به تحت فشار بودن، ناراضی‌تبی و عدم توافق بیشتر زوجین در مواجهه با اعضای سالمندشان منجر می‌شود که پیامد آن می‌تواند شکاف نسلی، کاهش اقتدار سالخوردگان و بی‌تفاوتی نسبت به آن‌ها و در صورت تداوم نهادینه شدن سالمندهراسی یا سالمندآزاری شود. این در حالی است که تحقیقات نشان داده‌اند مراقبت از سالمندان توسط خانواده‌ها به سلامتی منجر می‌شود [۳۰، ۳۱].

طبق یافته‌های این مطالعه «موانع فردی»، از جمله چالش‌های نظام سلامت ایران در رویارویی با سالمندی آینده شناسایی شد. این نتایج با یافته‌های سایر مطالعات از نظر ضعف آگاهی و دانش سالمند و ضعف باور به خود [۲۸] و ناتوانی در مراقبت از خود [۲۳، ۲۷] هماهنگ است. یافته‌های تحقیقات دیگر بر این موضوع صحت گذاشتند که نقش خود جامعه سالمند در بروز یا کاهش چالش‌ها مؤثر است.

پرداختن به اولویت‌هایی چون ایمنی، بیماری‌های واگیر، بیماری‌های مزمن و غیرواگیر، همچنین پاسخگویی بهتر و بیشتر نظام سلامت به جوانان و میان‌سالان تا افراد مسن قابل برداشت است. با این کم‌توجهی‌ها و حرکت کند و پیوسته در موضوع سالمندی به این برداشت نزدیک می‌شویم که دولت و نظام سلامت ایران برای ورود به دوره سالمندی آماده نیست [۹].

طبق یافته‌های این مطالعه «موانع درمانی» و «موانع بهداشتی»، از جمله چالش‌های نظام سلامت ایران در رویارویی با سالمندی آینده شناسایی شد. این نتایج با یافته‌های سایر مطالعات از نظر ضعف بیمارستان و کادر درمان در حوزه سالمندی، چند تخصصی بودن کار با سالمندان، دشواری و زمان‌بر بودن خدمات درمانی برای سالمند، مشکلات مربوط به دارو، شیوع بیشتر بیماری‌های جسمی سالمندان، مشکلات روان‌شناختی و کیفیت زندگی سالمندان و دشواری و زمان‌بر بودن خدمات پیشگیرانه سالمندان هماهنگ است [۲۳-۲۸، ۱۷، ۱۶، ۱۴، ۹، ۸]. مجموع این عوامل که در مطالعات مختلف بررسی شده است، نشان از چالش‌های نظام سلامت در ابعاد، حوزه‌ها و تخصص‌های مختلف دارد.

در حوزه درمان دشواری‌های متعددی برای نظام سلامت در خدمت‌رسانی به سالمندان وجود دارد، از جمله چند تخصصی بودن کار با سالمندان، به طوری که اثرات مضاعف بیماری‌های گوناگون در سالمند، به عدم پاسخگویی مفید تخصص‌های مستقل در فرایند درمان می‌انجامد. افزایش دفعات استفاده از خدمات، طولانی شدن مدت استفاده از خدمات و تداوم تقاضای خدمات، خستگی نظام سلامت را به همراه داشته و می‌تواند ناخواسته به رسیدگی‌های ناکافی منجر شود. از طرفی مسائل مربوط به دارو و مشکلات تداخلات دارویی به دلیل تعدد اقلام دارویی و گاه ناآگاهی متخصصان به انواع تداخلات دارویی در تجویز اقلام زیاد و بعضاً گران بودن یا در دسترس نبودن داروها، از جمله دشواری‌های حوزه درمان است به جز این با افزایش سن و فرسوده شدن بافت‌ها و دستگاه‌های بدن، امکان بروز ناتوانایی‌های جسمی و شناختی و بیماری‌ها در دوره سالمندی افزایش می‌یابد [۲۶-۲۴، ۱۴]. مشکلات روان‌شناختی، تنهایی، بی‌حوصلگی، خلأ روانی عاطفی، آلزایمر و همچنین کم‌خوابی، بی‌حرکی، تغذیه نامناسب، عدم تفریح و سرگرمی متناسب و ایمن و بسیاری موارد دیگر، از جمله مصداق‌های وضعیت بهداشتی و کیفیت زندگی نامطلوب است [۲۷، ۲۳]. این در حالی است که افراد در دوره سالمندی بیش از قبل به معاینات بالینی دوره‌ای و بررسی‌های پاراکلینیکی، فعال نگه داشتن اعضای بدن، ورزش و تحرک، حفظ سلامت روان و مراقبت‌های بهداشتی نیازمند هستند. در واقع، این‌ها ملاحظات هستند که نه تنها در دوره سالمندی که عموماً نادیده گرفته شدند، بلکه از دوران جوانی و میان‌سالی لازم هستند.

طبق یافته‌های این مطالعه «موانع آموزشی»، از جمله چالش‌های نظام سلامت ایران در رویارویی با سالمندی آینده شناسایی شد.

مشارکت‌کنندگان برای بازگو کردن موانع، توسط گروه‌های مختلف تعدیل شد و به نوعی تنوع و گستردگی اطلاعات حاصل شد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

روند اجرای این مطالعه در کمیته تخصصی صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران کشور به عنوان یک کمیته اخلاقی محلی به تأیید و تصویب رسید. همه مراحل با تأیید ناظر تخصصی طرح انجام شده است. در مورد محرمانه نگه داشتن اطلاعات و رعایت اصول اخلاقی و اینکه شاید نیاز به چند جلسه مصاحبه باشد، اعتماد و رضایت مشارکت‌کنندگان دریافت شد. به مشارکت‌کننده‌ها اعلام شد حق دارند در صورت عدم تمایل به ادامه، هر زمان اعلام کردند از مطالعه خارج شوند. همان‌طور که به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد از اطلاعات ارائه‌شده به‌گونه‌ای استفاده شد که محرمانگی و حریم فردی و خصوصی آن‌ها رعایت شود.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی پسادکتری با شماره تصویب ۹۸۰۲۸۲۷۳ است و با حمایت مالی صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران^{۱۸} انجام شد.

مشارکت‌نویسندگان

همه نویسندگان در نگارش مقاله مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

این مقاله تعارض منافع ندارد.

به جز آنچه در خانواده‌ها و جامعه در حال شکل‌گیری است، قالب شدن تفکر سالمندهراسی در خود سالمندان، احساس سربراری و پیش‌دستی سالمند در طرد خودش، از جمله چالش‌های مهمی است که به عدم مطالبه‌گری و نپذیرفتن ارزشمندی و واقعیت زندگی پیش رو به عنوان مرحله‌ای از زندگی منجر می‌شود. عدم آگاهی سالمند از آگاهی‌ها و فناوری‌های موجود در این زمینه و عدم همراهی با آگاهی‌های اجتماعی و تغییرات فرهنگی، دامن‌زننده آسیب‌های فردی به خود است.

در این زمینه، پژوهشی نیز شاخص‌های آگاهی‌بخشی برای ارتقای زندگی سالمندان را به‌طور اختصاصی‌تر در قالب آموزش بهبود و ارتقای کمیت و کیفیت زندگی، آموزش بهداشت و تندرستی، آموزش‌های پیشگیرانه، آموزش چند فرهنگی شدن، آموزش فناوری اطلاعات و ارتباطات و شبکه‌های اجتماعی مجازی و بهره‌گیری از آن مطرح کرده است [۲۹]. طبعاً پیامد چنین آموزش‌هایی احساس ارزشمندی فردی بیشتر برای سالمندان و تقویت جایگاه و نقش سالمندان در جامعه خواهد بود.

نتیجه‌گیری نهایی

با توجه به چالش‌های مطرح‌شده متعدد که برگرفته از دانش و تجارب صاحب‌نظران حوزه سلامت و سالمندی بود، نتایج این مطالعه می‌تواند چالش‌ها و تهدیدها را در مسیر سالمندی آینده برای سیاست‌گذاران و قانون‌گذاران برای برنامه‌ریزان و مجریان برنامه‌ها نمایان کرده تا این افراد بتوانند از این یافته‌ها برای سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرای دقیق‌تر و کارآمد متناسب با ویژگی‌ها و نیازهای جامعه سالمند استفاده کنند. در این زمینه لازم است سیاست‌گذاران به بهبود شاخص‌های مدیریتی در تعریف سیاست‌های مبتنی بر نیاز جامعه، اجرا و نظارت مناسب همچنین تأمین و تسهیل مالی اقدام کنند. مدیران به کمک مدیریت اثربخش، آموزش‌های تخصصی به کارکنان و فرهنگ‌سازی در جامعه و خانواده‌ها می‌توانند برای کنترل موانع گفته‌شده در مطالعه و دستیابی به فرصت برای رویارویی آماده و مناسب با سالمندی آینده اقدام مؤثرتری داشته باشند. به پژوهشگران توصیه می‌شود از بستری که این مطالعه برای معرفی موانع فراهم کرده، استفاده کنند و به مطالعات مستقلی برای ارزیابی ابعاد گوناگون هر یک از این موانع و ارائه مدل‌های راهکاری کاربردی بپردازند.

از جمله محدودیت‌های مطالعه این بود که گاه مدیر یا کارشناس دعوت‌شده از سازمان مرتبط با سالمندی، تا حدی با پیش‌داوری مثبت نسبت به خدمات و نقش سازمان خود برای سالمندان و پیش‌داوری منفی نسبت به کارکرد و نقش سازمان‌های دیگر اعلام نظر می‌کردند که با مطرح کردن پرسش‌های بیشتر از طرف پژوهشگر تا حدی در پاسخ‌های بعدی تعدیل می‌شد و متعاقباً نکته قوت مطالعه این بود که پژوهشگر امکان داشت با نمایندگانی از سازمان‌های مرتبط مختلف مصاحبه کند و جهت‌گیری برخی

References

- [1] State Welfare Organization of Iran, Plan and Budget Organization, Ministry of Health and Medical Education. National Aging Document of Iran. Tehran: Secretariat of the National Council of the Elderly; 2020. <https://hc.sums.ac.ir/Dorsapax/userfiles/Sub462/Dabirkhane-Files/National-document.pdf>
- [2] Ogura S, Jakovljevic MM. Editorial: Global population aging - health care, social and economic consequences. *Frontiers in Public Health*. 2018; 6:335 [DOI:10.3389/fpubh.2018.00335] [PMID] [PMCID]
- [3] WHO. 10 facts on ageing and the life course. Geneva: World Health Organization ; 2012. <https://www.silverinnings.com/old/docs/Facts%20n%20Issues/10%20facts%20on%20.pdf>
- [4] Azizi Zeinalhajlu A, Amini A, Sadegh Tabrizi J. [Outcomes of population aging in Iran with emphasis on the growing challenge of the health system (Review Study) (Persian)]. *Depiction of Health*. 2015, 6(1):54-64. <https://doh.tbzmed.ac.ir/fa/Article/doh-117>
- [5] World Health Organization (WHO). Global health and ageing. Geneva: World Health Organization; 2012. https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/2017-06/global_health_ageing.pdf
- [6] Han Y, He Y, Lyu J, Yu C, Bian M, Lee L. Aging in China: Perspectives on public health. *Global Health Journal*. 2020; 4(1):11-7. [DOI:10.1016/j.glohj.2020.01.002]
- [7] Tajvar M, Yaseri M, Karami B, Mohammadi M. [Pattern of outpatient health service utilization by older people in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2021; 15(4):410-27. [DOI:10.32598/sIran.J.Ageing.15.4.2921.1]
- [8] De Biasi A, Wolfe M, Carmody J, Fulmer T, Auerbach J. Creating an age-friendly public health system. *Innovation in Aging*. 2020; 4(1):igz044. [DOI:10.1093/geroni/igz044] [PMID] [PMCID]
- [9] Nunes BP, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity in older adults: Magnitude and challenges for the Brazilian health system. *BMC Public Health*. 2015; 15:1172. [DOI:10.1186/s12889-015-2505-8] [PMID] [PMCID]
- [10] Gholipour Z, Farahani M, Riahi L, Hajinabi K. [Priorities of active aging policy in Iran (Persian)]. *Depiction of Health*. 2020; 11(1):52-61. [DOI:10.34172/doh.2020.06]
- [11] Feng Z, Glinskaya E, Chen H, Gong S, Qiu Y, Xu J, et al. Long-term care system for older adults in China: Policy landscape, challenges, and future prospects. *The Lancet*. 2020; 396(10259):1362-72. [DOI:10.1016/S0140-6736(20)32136-X]
- [12] Buyl R, Beogo I, Fobelets M, Deletroz C, Van Landuyt P, Dequanter S, et al. e-Health interventions for healthy aging: A systematic review. *Systematic Reviews*. 2020; 9(1):128. [DOI:10.1186/s13643-020-01385-8] [PMID] [PMCID]
- [13] Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. https://www.google.com/books/edition/Essentials_of_Nursing_Research/7GtP8VCw=en&gbp=0
- [14] Ahmadi Timurlui A. [Analyzing the health policies of the elderly in the country and providing a model (Persian)]. [PhD dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2014.
- [15] Azad Armaki T, Koosheshi M, Parvaei S. [Critical approach to commodification of health and exclusion of the poor elderly (Persian)]. *Quarterly of Social Studies and Research in Iran*. 2021; 10(1):175-212. [DOI:10.22059/JISR.2020.279953.857]
- [16] Barry S, Fhallúin MN, Thomas S, Harnett PJ, Burke S. Implementing integrated care in practice-learning from MDTs driving the integrated care programme for older persons in Ireland. *International Journal of Integrated Care*. 2021; 21(1):15. [PMID] [PMCID]
- [17] Karami Matin B, Rezaei S, Ali Nia S, Shalmohammadi F, Kazemi Kariani A. [Aging in Iran 1410, a warning to the health system (Persian)]. *Teb va Tazkiye*. 2013; 22(2):9-18. http://www.tebvatazkiye.ir/article_79449.html?lang=fa
- [18] Imani A, Dastgiri S, Azizi Zinal Hajlu A. [Population aging and disease burden (review study) (Persian)]. *Depiction of Health*. 2015; 6(2):54-61. <https://doh.tbzmed.ac.ir/fa/Article/doh-125>
- [19] Murata C, Yamada T, Chen CC, Ojima T, Hirai H, Kondo K. Barriers to health care among the elderly in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2010; 7(4):1330-41. [DOI:10.3390/ijerph7041330] [PMID] [PMCID]
- [20] Chen Z, Yu J, Song Y, Chui D. Aging Beijing: Challenges and strategies of health care for the elderly. *Ageing Research Reviews*. 2010; 9(Suppl 1):S2-5. [DOI:10.1016/j.arr.2010.07.001] [PMID]
- [21] Ghamami M, Mohajeri M, Javid J, Hekmatnia M. [The pathology of population policy legislation and presentation of desirable indicators (Persian)]. *Journal of Strategic Studies of Women*. 2020, 22 (86):31-58. [DOI:10.22095/JWSS.2020.202681.2140]
- [22] Shahipour S, Abbasian A. [Analysis of the relationship between leading urban policies and the presence of the elderly in urban spaces (Case Study: Tehran District 3) (Persian)]. *Quarterly of New Attitudes in Human Geography (Autumn)*. 2020; 12(4):726-40. http://geography.journals.iau-garmsar.ac.ir/article_676013.html
- [23] Khodabandeh Shahraki S, Dehghan Nayeri N, Abazari F, Pouraboli B. Challenges in caring for the elderly in Iran: A systematic review. *Ethiopian Medical Journal*. 2018; 56(2):189-96. <https://emjema.org/index.php/EMJ/article/view/717>
- [24] Hussain R, Janicki MP, Knox M, Wark S, Parmenter T. Perspectives about support challenges facing health workers assisting older adults with and without intellectual disability in rural versus urban settings in Australia. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2019; 44(2):174-83. [DOI:10.3109/13668250.2017.1326589]
- [25] Voumard R, Rubli Truchard E, Benaroyo L, Borasio GD, Büla C, Jox RJ. Geriatric palliative care: A view of its concept, challenges and strategies. *BMC Geriatrics*. 2018; 18(1):220. [DOI:10.1186/s12877-018-0914-0] [PMID] [PMCID]
- [26] Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Polypharmacy: A challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Public Health Journal*. 2017; 51 (Suppl 2):19s. [DOI:10.11606/S1518-8787.2017051007136]
- [27] Sivakumar PT, Harbishettar V, Antony S, Thirumoorthy A. Creating age friendly health systems in India: Challenges and opportunities. *Journal of Geriatric Care and Research*. 2018; 5(1):1-2. https://www.academia.edu/download/56833726/Journal_of_Geriatric_Care_and_Research_2018_06.pdf#page=7

- [28] Reynolds K, Medved M, Mackenzie CS, Funk LM, Koven L. Older adults' narratives of seeking mental health treatment: Making sense of mental health challenges and "muddling through" to care. *Qualitative Health Research*. 2020; 30(10):1517-28. [DOI:10.1177/1049732320919094] [PMID]
- [29] Mirzaei M, Nazarzadeh M. Globalization and the need for strategic changes in providing content and family education programs to members of elderly families in Iran. *The Rights of Nations*. 2021; 33:751-64. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1762143>
- [30] Schröder-Butterfill E. Inter-generational family support provided by older people in Indonesia. *Ageing and Society*. 2004; 24(4):497-530. [DOI:10.1017/S0144686X0400234X] [PMID] [PMCID]
- [31] Sukamdi S, Listyaningsih U, Faturochman F. [Kondisi Sosial Ekonomi Dan Perawatan Yang Diinginkan penduduk lanjut usia (Indonesian)]. *Populasi*. 2000; 11(1):37-58. [DOI:10.22146/jp.12331]

This Page Intentionally Left Blank