

Accepted Manuscript

Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)

Title: Challenges Faced by the Elderly in Accessing Services from Health Centers Affiliated with Maragheh University of Medical Sciences: A Phenomenological Study

Authors: Mozhgan Ebrahiminajad¹, Elaheh HaghGoshayie^{1,2}, Zahra Mohebbiyan¹, Yalda Lotfian bonab¹, Arman Saedi¹, Samira Raoofi^{1,2,*}

1. *Student Research Committee, Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran.*
2. *Department of Healthcare Management, Research Center for Evidence-Based Health Management, Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran.*

***Corresponding Author:** Samira Raoofi, Student Research Committee, Department of Healthcare Management, Research Center for Evidence-Based Health Management, Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran. Email: samira.raoofi@gmail.com

To appear in: **Salmand: Iranian Journal of Ageing**

Received date: 2025/01/01

Revised date: 2025/02/25

Accepted date: 2025/05/14

First Online Published: 2025/05/28

This is a “Just Accepted” manuscript, which has been examined by the peer-review process and has been accepted for publication. A “Just Accepted” manuscript is published online shortly after its acceptance, which is prior to technical editing and formatting and author proofing. Salmand: Iranian Journal of Ageing provides “Just Accepted” as an optional service which allows authors to make their results available to the research community as soon as possible after acceptance. After a manuscript has been technically edited and formatted, it will be removed from the “Just Accepted” Website and published as a published article. Please note that technical editing may introduce minor changes to the manuscript text and/or graphics which may affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

Please cite this article as:

Ebrahiminajad M, HaghGoshayie E, Mohebbiyan Z, Lotfian bonab Y, Saedi A, Raoofi S. [Challenges Faced by the Elderly in Accessing Services from Health Centers Affiliated with Maragheh University of Medical Sciences: A Phenomenological Study (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2025. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.4064.1>
Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.4064.1>

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

عنوان: تبیین چالش های سالمندان در دریافت خدمات از مراکز بهداشتی تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی مراغه : مطالعه کیفی

نویسندگان: مژگان ابراهیم نژاد^۱، الهه حق گشائی^{۲،۱}، زهرا محبیان^۱، یلدا لطفیان بناب^۱، آرمان ساعدی^۱، سمیرا رئوفی^{۱،۲*}

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران.

۲. مرکز تحقیقات مدیریت سلامت مبتنی بر شواهد، دانشکده علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران.

***نویسنده مسئول:** سمیرا رئوفی، کمیته تحقیقات دانشجویی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت مبتنی بر شواهد، دانشکده علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران. ایمیل: samira.raoofi@gmail.com

نشریه: سالمند: مجله سالمندی ایران

تاریخ دریافت: 1403/10/12

تاریخ ویرایش: 1403/12/7

تاریخ پذیرش: 1404/2/24

این نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» مقاله است که پس از طی فرایند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است. این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرایند ویراستاری منتشر می‌شود. نشریه سالمند گزینه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» را به عنوان خدمتی به نویسندگان ارائه می‌دهد تا نتایج آن‌ها در سریع‌ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشد. پس از آنکه مقاله‌ای فرایند آماده سازی و انتشار نهایی را طی می‌کند، از نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» خارج و در یک شماره مشخص در وبسایت نشریه منتشر می‌شود. شایان ذکر است صفحه آرایی و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می‌شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیطه مسئولیت دفتر نشریه خارج است.

لطفا این گونه استناد شود:

Ebrahiminajad M, HaghGoshayie E, Mohebbiyan Z, Lotfian bonab Y, Saedi A, Raoofi S. [Challenges Faced by the Elderly in Accessing Services from Health Centers Affiliated with Maragheh University of Medical Sciences: A Phenomenological Study (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. Forthcoming 2025. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.4064.1>
Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.4064.1>

Abstract

Background and Objective :Elderly individuals, due to physiological changes, chronic diseases, and greater dependence on healthcare services, require comprehensive, accessible, and high-quality services. However, various challenges have created limitations in providing appropriate services to this group. This study aimed to identify and analyze the challenges in delivering services to the elderly in healthcare centers .

Methods :This qualitative phenomenological study was conducted in 2024 at healthcare centers affiliated with Maragheh University of Medical Sciences. Data were collected through semi-structured interviews with 35 key informants, selected via purposive sampling. The participants included elderly individuals, health caregivers, and key stakeholders in this field. The collected data were analyzed using conventional content analysis with MAXQDA10 software .

Findings :The findings were categorized into four main themes and 11 subthemes: challenges related to health and aging policy-making (weak decision-making in the health system, behavioral and cognitive barriers), structural and administrative challenges in elderly care (financial and budgetary barriers, technological barriers, infrastructural and facility limitations, issues with medication and equipment, and service delivery obstacles), human resource challenges in elderly care (allocation and empowerment of human resources, staff characteristics), and environmental barriers in elderly care (social factors, individual factors) .

Conclusion :Focusing on healthy aging and equity in access to health services is an undeniable necessity in the health system, therefore, it is suggested that policymakers take an effective step in improving services to this vulnerable group by strengthening evidence-based decision-making, improving the infrastructure of health centers, improving the skills of staff, and creating comprehensive approaches to remove environmental barriers.

Keywords: Elderly, Healthcare Services, Challenges, Healthcare Centers, Quality of Healthcare Services, Qualitative Study

چکیده:

زمینه و هدف: سالمندان به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی، بیماری‌های مزمن و وابستگی بیشتر به مراقبت‌های بهداشتی، نیازمند خدماتی جامع، در دسترس و باکیفیت هستند. با این حال، چالش‌های باعث شده‌اند که ارائه خدمات مناسب به این گروه با محدودیت‌هایی روبه‌رو شود. هدف این مطالعه، شناسایی و تحلیل چالش‌های موجود در ارائه خدمات به سالمندان در مراکز بهداشتی و درمانی است.

روش کار: مطالعه کیفی حاضر به شیوه پدیدار شناختی در سال ۱۴۰۳ در مراکز بهداشتی وابسته به دانشکده علوم پزشکی مراغه انجام شد، داده‌های مطالعه از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۳۵ نفر از افراد کلیدی که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده بودند، جمع‌آوری شد و شامل سالمندان، مراقبین سلامت، افراد کلیدی و مطلع در این حوزه بودند. داده‌های جمع‌آوری شده به روش تحلیل محتوای قراردادی و بانرم افزار MAXQDA^{۱۰} تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از مطالعه در چهار مضمون اصلی و ۱۱ مضمون فرعی طبقه‌بندی شدند که شامل: چالش‌های مرتبط با سیاستگذاری در حوزه سلامت و سالمندی (ضعف تصمیم‌گیری در نظام سلامت - موانع رفتاری و تفکری)، چالش‌های ساختاری و اداری در مراقبت از سالمندان (موانع بودجه‌ای مالی - موانع فن‌آوری - موانع زیرساختی و تسهیلاتی - دارو و تجهیزات - ارائه خدمات)، چالش‌های منابع انسانی در ارائه خدمات به سالمندان (تخصیص و توانمندسازی منابع انسانی - ویژگی‌های کارکنان)، موانع محیطی در ارائه خدمات به سالمندان (عوامل اجتماعی - عوامل فردی) می‌باشد.

نتیجه‌گیری: تمرکز بر سالمندی سالم و عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی، ضرورتی انکارناپذیر در نظام سلامت است، از این رو پیشنهاد میشود، سیاستگذاران با تقویت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، بهبود زیرساخت‌های مراکز بهداشتی، ارتقای مهارت‌های کارکنان و ایجاد رویکردهای جامع برای برطرف کردن موانع محیطی، گامی مؤثر در بهبود خدمات به این قشر آسیب‌پذیر بردارند.

کلمات کلیدی: سالمندان، خدمات سلامت، چالش‌ها، مراکز بهداشتی درمانی، کیفیت خدمات سلامت، مطالعه کیفی

در عصر حاضر، پدیده سالمندی به عنوان پدیده ای جهان شمول مطرح است. افزایش امید به زندگی و کاهش باروری در دنیا باعث شده است که سالمندان سریع ترین نرخ رشد را در بین گروه های سنی مختلف داشته باشند (۱). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت در مناطق در حال توسعه، سالمندان افراد بالای ۶۰ سال را شامل می شود (۲، ۳). براساس گزارش این سازمان از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۵۰ نسبت جمعیت سالمندان از ۱۲ درصد به ۲۲ درصد افزایش خواهد یافت که این درصد افزایش حدود دو برابر تعداد سالمندان جهان را شامل می شود (۴). که طبق این آمار پیری جمعیت به یک مسئله چالش برانگیزی در کشور های جهانی تبدیل شده است (۵). ایران نیز مانند سایر کشورهای جهان در حال تغییر الگوی جمعیتی خود به سمت سالمند شدن است (۶). با گذشت دوره های زندگی و با پیشروی سن وضعیت سلامت سالمندان کاهش می یابد (۷). که ۲۳ درصد از کل بار جهانی بیماری مربوط به اختلالات در افراد ۶۰ سال و بالاتر یعنی سالمندان می باشد (۸).

اپیدمی بیماری های مزمن در سراسر جهان به شدت با پیری جمعیت مرتبط است. که باعث افزایش تقاضا برای غربالگری بیماری های مزمن می شود در حالی که بیشتر جوامع آمادگی رویارویی با پیامد های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی آن را ندارند (۹). در تازه ترین گزارش های سازمان بهداشت جهانی اعلام شده است که سالانه تقریباً ۶۸۴ هزار سقوط فاجعه بار در جهان رخ می دهد که اکثر قربانیان این حوادث سالمندان می باشد (۸). که این ساختار جمعیتی جهان شرایطی را ایجاد می کند که هر خانواده به عنوان مکان اصلی مراقبت از سالمندان تبدیل شود (۱۰). سالمندان به دلیل شرایط جسمی و روانی خاص خود، نیازمند مراقبت های ویژه. بیشتر مشکلات بهداشتی که سالمندان با آن مواجهه هستند را با مداخله و پیشگیری می توان به تاخیر انداخت (۱۱). در حالی که در ایران طی دهه های گذشته تمرکز اصلی نظام سلامت بر روی کودکان و مادران باردار و بیماران عفونی بوده است (۱۴-۱۲). مشکلات جمعیت سالمند مستقیماً بر ساختار اقتصادی و اجتماعی کشورها تأثیر می گذارد (۱۵، ۱۶). مانند اختلال در تعادل مالی، کمبود نیروی کار، تغییر در الگوهای سرمایه گذاری، نبود سیستم رفاهی کافی، به ویژه در اقتصادهای در حال توسعه، کاهش احتمالی بهره وری و رشد اقتصادی است (۱۷، ۱۸). بنابراین روند افزایش

جمعیت سالمند در ایران هشدار جدی برای مدیران نظام سلامت و اجتماعی و سیاست گذاران کشور می‌باشد (۱۹). مطالعات مختلف پیشنهاد می‌کنند از تجربیات موفق کشورهای که با افزایش سالمندان مواجه بوده‌اند، استفاده شود. تحقیقات پیشین، مانند بررسی خدمات سالمندی در آمریکا، سوئد و ایران (۱۳۸۶) و مطالعه خدمات مراقبتی سالمندی در آمریکا با نگاهی به ایران (۱۳۸۷)، به تحلیل خدمات سالمندان پرداخته‌اند. نتایج این مطالعات بر اهمیت موارد زیر تأکید دارند: پوشش عمومی بیمه‌های اجتماعی و درمانی، بهره‌گیری از داوطلبان و ظرفیت بخش خصوصی، ارائه مراقبت‌های یکپارچه با همکاری بین‌رشته‌ای، استفاده از فناوری‌های نوین مانن آلارم‌های هوشمند و نرم‌افزارهای مرتبط، نیازسنجی و آموزش نیروی انسانی، حمایت‌های مالی و غیرمالی از خانواده‌های مراقب سالمندان این رویکردها می‌توانند به تدوین برنامه‌های مؤثر برای خدمات سالمندی کمک کنند. (۲۰، ۲۱). در مطالعه ای دیگر نیز راه‌حل‌های خلاقانه به منظور دریافت خدمات مراقبت سالمندی شامل برنامه‌های مدیریت موارد مکمل، هدفگذاری به افراد سالمند در معرض خطر، همکاری با خانواده‌ها، استفاده بهینه از تله پزشکی و فناوری‌های کمکی، و ترویج پیری سالم می‌شوند (۲۲).

مطالعات در ایران نشان می‌دهد که چالش‌های اصلی نظام مراقبت سالمندی شامل ناهماهنگی بین سازمان‌ها، نبود زیرساخت‌های مناسب، ضعف در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، کمبود نیروی متخصص، محدودیت منابع مالی، کمبود مراکز و تجهیزات، و نبود نظام ارجاع و پرونده الکترونیک سلامت است. (۲۳-۲۵).

دسترسی یک جز مهم در سیاست سلامت است. و به عنوان استفاده به موقع از خدمات بهداشتی شخصی برای دستیابی به بهترین نتایج سلامت تعریف شده است (۲۶). با افزایش سن جمعیت، لازم است افراد مسن، خانواده‌ها، و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی برای مواجهه با چالش‌های سالمندی آماده شوند. (۲۷). مشکلات در دسترسی به خدمات مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی از یک سو و افزایش بار فردی و خانوادگی و اجتماعی به دلیل افزایش نیازهای مراقبت بهداشتی با افزایش سن از سوی دیگر منجر به برآورده نشدن نیازهای مراقبت بهداشتی، تاخیر در مراقبت و مدیریت ضعیف بیماری‌های مزمن می‌شود (۲۸).

موانع دسترسی شامل دشواری در دریافت نوبت، حمایت ناکافی خانوادگی، حمل و نقل ضعیف، و ساعات محدود خدمات، از جمله موانع دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی سالمندان هستند (۲۹). پس پدیده سالمندی قبل از تبدیل شدن به یک مشکل اساسی باید با انجام مطالعات به شناخت همه جانبه‌ی وضعیت مراقبت‌های سالمندی کمک کرد بدین ترتیب این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های سالمندان در دریافت خدمات مراقبتی از مراکز بهداشتی انجام شد.

روش کار:

مطالعه کیفی حاضر با رویکرد پدیدار شناختی در نیمه اول سال ۱۴۰۳ انجام شد، جامعه پژوهش شامل ۳۵ نفر از افراد کلیدی و مطلع در این زمینه بودند که به شیوه هدفمند انتخاب شده‌اند، ۲۰ نفر از افراد پژوهش شامل سالمندان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان مراغه و ۱۵ نفر شامل مراقبین سلامت، کارشناسان ستادی معاونت بهداشتی و افراد کلیدی و مطلع در حوزه سلامت سالمندی بودند. معیارهای ورود به مطالعه سالمندان شامل تمایل به شرکت افراد در پژوهش و نداشتن زوال عقلی بود و همچنین در افراد صاحب نظر و کلیدی داشتن حداقل ۲ سال سابقه کاری در زمینه سالمندی بود همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم مشارکت و تمایل افراد به شرکت در مطالعه است.

ابزار گردآوری داده‌ها راهنمای مصاحبه نیمه ساختار یافته بود که از طریق مرور متون و با تمرکز بر هدف اصلی مطالعه: شناسایی و تبیین چالش‌های سالمندان در دریافت خدمات تهیه شده بود و محتوای آن شامل سوالاتی در خصوص چالش‌های دریافت خدمات، عوامل ایجاد کننده این چالش‌ها و اولویت بندی چالش‌ها می‌باشد.

داده‌های مطالعه از طریق مصاحبه‌های حضوری و به صورت فردی جمع‌آوری گردید به این صورت که پس از اخذ کد اخلاق IR.MARAGHEHPHC.REC.1403.038 و معرفی نامه از معاونت دانشجویی با افراد مصاحبه شونده هماهنگی‌های لازم انجام و در مکان و زمانی که مورد تایید هر دو طرف بود، مصاحبه‌ها انجام شد، قبل از شروع مصاحبه هدف از مطالعه برای افراد تشریح می‌شد و با کسب اجازه و رضایت شفاهی صدای افراد

ضبط می‌شد و همزمان یادداشت برداری نیز در طول مصاحبه صورت می‌گرفت، همچنین به همه مصاحبه شوندگان اطمینان داده شد که هر موقع که بخواهند می‌توانند پژوهش را ترک کنند.

میانگین زمانی مصاحبه ها ۵۰ دقیقه بود که از ۳۵ دقیقه تا ۶۵ دقیقه متغیر بود، جمع آوری داده های مطالعه تا زمان اشباع داده ها ادامه یافت و در نهایت با ۳۵ نفر مصاحبه صورت گرفت.

جهت تحلیل داده ها از نرم افزار 10 MAXQDA و تحلیل محتوای قراردادی استفاده شد، به این صورت که مصاحبه ها پس از جمع آوری تایپ و توسط دونفر از تیم پژوهش به صورت مستقل کدگذاری شد، بدین صورت که یادداشت ها چندین بار مطالعه شده تا درک کلی از متن به دست آید و سپس متن، خط به خط خوانده شد. سپس مفاهیم از اظهارات و دیدگاه های مشارکت کنندگان در جلسه استخراج شده و در قالب درون مایه های اصلی و کلی قابل طبقه بندی لحاظ شد و در صورت اختلاف از نظرات سایر افراد تیم پژوهش استفاده شد.

برای ارزیابی قوام داده‌های کیفی، چهار معیار مقبولیت، تأییدپذیری، قابلیت وابستگی و قابلیت انتقال، مطابق با چارچوب لینکلن و گوبا (۱۹۸۶) استفاده شد (۳۰). به این ترتیب، تیم تحقیق و یک فرد خارج از تیم در تأیید مقبولیت داده‌ها همکاری کردند و زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها در محیطی آرام اختصاص یافت. داده‌های مصاحبه به‌وسیله راهنمای مصاحبه نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شدند و کدها و طبقات استخراج‌شده توسط پژوهشگران بازبینی گردید. همچنین، خلاصه نتایج مصاحبه‌ها برای تأیید به شرکت‌کنندگان ارسال شد.

یافته ها

در مجموع ۳۵ نفر در مطالعه شرکت کردند که ۲۰ نفر از شرکت کنندگان سالمندان دریافت کننده خدمات بهداشتی و ۱۵ نفر کادر بهداشتی ارائه دهنده خدمات سلامت بود (جدول ۱)، نتایج تحلیل داده های حاصل از مصاحبه ها در چهار مضمون اصلی و ۱۱ مضمون فرعی به شرح زیر دسته بندی گردید (جدول ۲):

۱- چالش‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در حوزه سلامت و سالمندی

سیاست‌گذاری‌های مرتبط با حوزه سالمندی با چالش‌های متعددی مواجه است که تأثیر مستقیمی بر کیفیت خدمات و رفاه سالمندان دارد. این چالش‌ها در دو دسته ضعف تصمیم‌گیری در نظام سلامت و موانع رفتاری و تفکری دسته‌بندی شده است:

در زمینه ضعف تصمیم‌گیری در نظام سلامت، عدم وجود برنامه‌های جامعه‌محور برای سالمندان به‌عنوان یکی از چالش‌های کلیدی مطرح است. بسیاری از سیاست‌ها صرفاً بر اساس دیدگاه‌های کلان و بدون در نظر گرفتن نیازهای واقعی سالمندان تدوین می‌شوند. یکی از ارائه‌دهندگان خدمات گفت: "ما به برنامه‌هایی نیاز داریم که از دل جامعه و بر اساس نیازهای واقعی سالمندان طراحی شده باشد. تصمیماتی که در اتاق‌های جلسات گرفته می‌شود، معمولاً در عمل مؤثر نیستند."

همچنین، نبود قوانین حمایت‌کننده از خانواده‌های مراقبین سالمند و عدم برنامه‌ریزی صحیح برای تربیت نیروی انسانی متخصص، از دیگر موانع مهم است. یکی از کارکنان مراکز بهداشتی بیان کرد: "خیلی وقت‌ها خانواده‌ها خودشان به مراقبت از سالمندان مشغولند، اما هیچ حمایتی از آن‌ها صورت نمی‌گیرد. این موضوع هم برای خانواده‌ها و هم برای سالمندان مشکل‌ساز است."

برنامه‌ریزی‌های پراکنده و ناهماهنگ در زمینه جوانی جمعیت نیز منجر به افزایش مشکلات اجتماعی نظیر سندروم خانه‌های خالی شده است. این موضوع، همراه با اجرای ناقص نظام ارجاع بین سطح یک و دو خدمات، باعث شده که بسیاری از سالمندان نتوانند خدمات لازم را به‌موقع دریافت کنند. یکی از کارشناسان حوزه سلامت اظهار داشت: "نظام ارجاع به درستی اجرا نمی‌شود. بسیاری از سالمندان در انتقال از سطح یک به سطح دو خدمات دچار سردرگمی می‌شوند."

در سطح سیاست‌های کلان کشوری، عدم توجه به برنامه‌هایی همچون "شهرهای دوستدار سالمند" نیز چالشی جدی است. یکی از مدیران حوزه بهداشت گفت: "کشورهای زیادی برنامه‌های جامع برای ایجاد شهرهای دوستدار سالمند دارند، اما این ایده‌ها در سیاست‌گذاری‌های ما هنوز جدی گرفته نشده است."

در زمینه موانع رفتاری و تفکری، افزایش جمعیت سالمندان نسبت به گذشته به دلیل سیاست‌های پیشین یکی از عوامل کلیدی است. سیاست‌های گذشته که تنها بر افزایش جمعیت متمرکز بودند، اکنون بحران سالمندی را به همراه داشته‌اند. یکی از سالمندان گفت: "زمان ما همه چیز روی بچه‌دار شدن بود، اما حالا که ما پیر شدیم، کسی به فکر ما نیست."

علاوه بر این، عدم نگاه به مسأله سالمندی به‌عنوان یک بحران واقعی، از دیگر موانع اصلی است. بسیاری از تصمیم‌گیران این موضوع را جدی نمی‌گیرند. یکی از کارشناسان حوزه سالمندی بیان کرد: "تا زمانی که سیاست‌گذاران به سالمندی به‌عنوان یک بحران نگاه نکنند، هیچ برنامه مؤثری اجرا نخواهد شد." همچنین، عدم اعتقاد به سیاست‌های پیشگیرانه در حوزه سالمندی و فقدان مشارکت فعال جامعه در سیاست‌های رفاهی، باعث شده که اقدامات موجود نتواند نیازهای روزافزون این گروه را برطرف کند. یکی از بهورزان گفت: "جامعه ما هنوز به پیشگیری باور ندارد؛ همه چیز به درمان بعد از وقوع مشکل محدود شده است."

۲- چالش‌های ساختاری و اداری در مراقبت از سالمندان

یکی از مهم‌ترین موانع، مشکلات بودجه‌ای و مالی است که خود را در مواردی همچون عدم پوشش بیمه‌ای مراقبت‌های مورد نیاز سالمندان نشان می‌دهد. یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه گفت: "خیلی از سالمندان نمی‌توانند از خدمات مراقبتی استفاده کنند، چون بیمه هزینه‌های آن را پوشش نمی‌دهد و هزینه‌ها برایشان بسیار سنگین است." علاوه بر این، نبود بسته‌های حمایتی مناسب و رایگان نبودن داروهای سالمندان مشکلات جدی ایجاد کرده است. هزینه‌های بالای خدمات، به‌ویژه برای سالمندان ساکن مناطق روستایی، مانعی بزرگ در دسترسی آن‌ها به مراقبت‌های لازم به شمار می‌رود. یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان افزود: "ما در روستا حتی اگر به مرکز بهداشتی برویم، توانایی پرداخت هزینه‌های دارو یا خدمات را نداریم."

از سوی دیگر، موانع فناوری نیز نقش پررنگی در کاهش اثربخشی خدمات ایفا می‌کنند. مشکلات ناشی از قطع و وصلی سامانه‌های بهداشتی همچون سامانه سیب و فرآیندهای تکراری و موازی‌کاری در ارائه خدمات مرتبط با این سامانه، از جمله مسائل مطرح شده هستند.

یکی از کارکنان مراکز بهداشتی اظهار داشت: "سامانه مدام قطع می‌شود، و ما مجبوریم اطلاعات را چندین بار وارد کنیم که این کار زمان زیادی می‌گیرد و کیفیت خدمات را پایین می‌آورد." نبود زیرساخت‌های لازم برای استفاده از فناوری‌های جدید در حوزه مراقبت و پیشگیری و همچنین نارسایی‌های اطلاعاتی که تصمیم‌گیری‌های مدیریتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، از دیگر موانع فناوری هستند که شناسایی شده‌اند.

در بخش زیرساختی و تسهیلاتی نیز مشکلات متعددی وجود دارد، بسیاری از مراکز بهداشتی فاقد رمپ‌های مناسب برای سالمندان هستند و فضای این مراکز با نیازهای خاص آنان مطابقت ندارد. یکی از سالمندان گفت: "وقتی به مرکز بهداشت می‌روم، پله‌ها برایم بسیار مشکل‌ساز است و فضای داخل مرکز هم مناسب حال ما سالمندان نیست." همچنین، نبود فضاهای اختصاصی برای آموزش و فاصله زیاد مراکز بهداشتی از محل سکونت سالمندان باعث کاهش دسترسی آن‌ها به خدمات شده است.

کمبود دارو و تجهیزات نیز از دیگر دغدغه‌های مهم در ارائه خدمات به سالمندان است. برخی از داروهای مورد نیاز این گروه سنی در دسترس نیست و مراکز بهداشتی فاقد داروخانه‌های سیار هستند. علاوه بر این، کمبود تجهیزاتی مانند کیت‌های غربالگری و محدودیت تجهیزات موجود، مانعی در ارائه خدمات و اجرای برنامه‌های غربالگری محسوب می‌شود.

در نهایت، کیفیت و دسترسی به خدمات از دیدگاه سالمندان نیز به‌عنوان یکی دیگر از چالش‌های مهم مطرح است. صف‌های انتظار طولانی، کیفیت پایین خدمات ارائه‌شده، و نبود برخی از خدمات ضروری مانند انجام آزمایشات در مراکز، از جمله شکایات سالمندان هستند. یکی از آن‌ها اظهار داشت: "ما ساعت‌ها در صف منتظر می‌مانیم و در نهایت هم خدماتی که ارائه می‌دهند، به درد ما نمی‌خورد." علاوه بر این، خدمات ارائه‌شده اغلب با نیازهای واقعی سالمندان همخوانی ندارد و جذابیت لازم برای ترغیب سالمندان به استفاده از این خدمات را نیز دارا نیست.

۳- چالش‌های منابع انسانی در ارائه خدمات به سالمندان

مشکلات مرتبط با منابع انسانی به‌عنوان یکی از موانع اساسی در ارائه خدمات به سالمندان عمدتاً به دو حوزه تخصیص و توانمندسازی منابع انسانی و ویژگی‌های کارکنان مربوط می‌شوند.

در حوزه تخصیص و توانمندسازی، کمبود نیروی انسانی در تیم سلامت، از جمله پزشکان، مشاوران تغذیه و کارشناسان روان‌شناسی، به شدت احساس می‌شود. یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه اظهار داشت: "ما در مرکز حتی یک مشاور تغذیه نداریم که بتواند مشکلات غذایی سالمندان را بررسی کند." علاوه بر این، بسیاری از کارکنان فرصت کافی برای شرکت در دوره‌های آموزشی را ندارند و مهارت‌های لازم برای ارائه مراقبت‌های خاص و ویژه به سالمندان در میان آن‌ها دیده نمی‌شود. یک بهورز در این زمینه گفت: "ما آموزش لازم برای کار با سالمندان را ندیده‌ایم و گاهی نمی‌دانیم چگونه باید با نیازهای خاص آن‌ها برخورد کنیم." عدم انجام کار به‌صورت تخصصی و فرآیندمحور نیز از دیگر چالش‌های مهم در این حوزه است. نبود فردی مختص آموزش سالمندان در مراکز نیز باعث شده تا بسیاری از سالمندان از اطلاعات و آموزش‌های لازم برای حفظ سلامتی خود بی‌بهره بمانند. در زمینه ویژگی‌های کارکنان، مشکلاتی همچون نداشتن صبر و حوصله کافی در میان برخی کارکنان به دلیل حجم بالای کارها گزارش شده است. یکی از کارکنان مراکز بهداشتی اظهار داشت: "بار کاری ما خیلی زیاد است و وقت نمی‌کنیم به‌درستی به سالمندان توجه کنیم." بالا بودن حجم سوالات سامانه سیب و الزام به تکمیل آن‌ها نیز باعث شده تا سطحی‌نگری در ارائه مراقبت‌ها به وجود بیاید. یکی از پزشکان در این زمینه گفت: "وقتی بیشتر وقت ما صرف پرکردن فرم‌های سامانه می‌شود، دیگر وقتی برای رسیدگی درست به بیماران نمی‌ماند." همچنین، عدم پیگیری مناسب از سوی برخی بهورزان در صورت عدم مراجعه سالمندان و ناآگاهی از اهمیت مراقبت‌های پیشگیرانه باعث شده تا انگیزه لازم برای دریافت خدمات باکیفیت در برخی سالمندان کاهش یابد. یکی از سالمندان اظهار داشت: "اگر به مرکز مراجعه نکنم، هیچ‌کس پیگیر من نمی‌شود."

۴- موانع محیطی در ارائه خدمات به سالمندان

موانع محیطی به عنوان یکی از عوامل اصلی محدودکننده در ارائه خدمات به سالمندان شناخته می‌شوند. این موانع در دو دسته اصلی عوامل اجتماعی و عوامل فردی طبقه بندی شدند:

در بخش عوامل اجتماعی، عدم حمایت کافی از سوی اطرافیان و سایر ارگان‌ها، مانند شهرداری‌ها و دهیاری‌ها، یکی از چالش‌های مهم است. بسیاری از سالمندان از حمایت کافی در زندگی روزمره برخوردار نیستند. یکی از سالمندان گفت: "هیچ‌کس به ما کمک نمی‌کند؛ حتی برای مسائل ساده مثل رفتن به مرکز بهداشت هم کسی همراهی نمی‌کند." از سوی دیگر، یکی از ارائه‌دهندگان خدمات در این باره بیان کرد: "سالمندان به حمایت مداوم نیاز دارند، اما گاهی خانواده‌ها یا نهادهای اجتماعی هیچ نقشی در این زمینه ایفا نمی‌کنند و این باعث می‌شود فشار بیشتری روی سیستم بهداشتی بیاید."

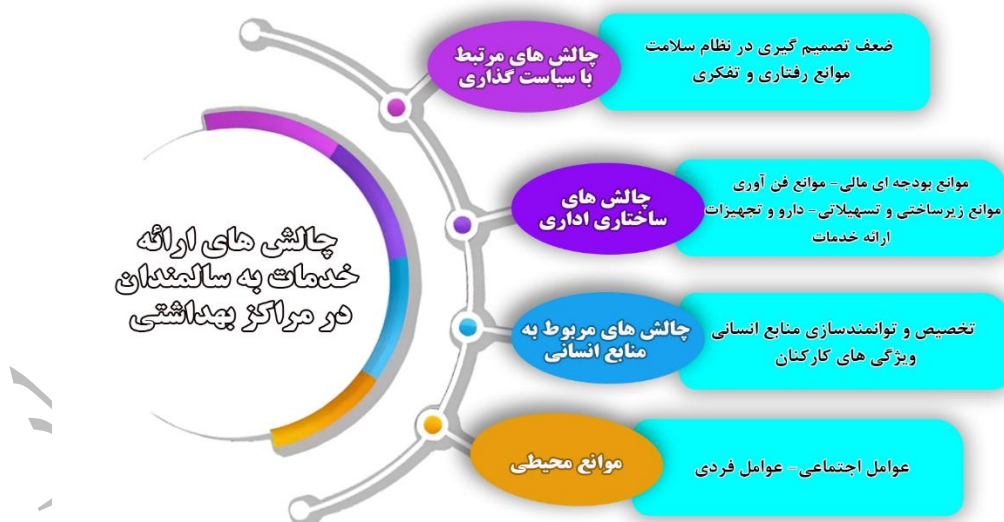
عدم آشنایی افراد جامعه با نیازهای سالمندان و مناسب نبودن شرایط خانه‌ها برای سالمندان نیز از دیگر مشکلات عمده است. بسیاری از سالمندان در محیطی زندگی می‌کنند که خطر سقوط یا آسیب در آن زیاد است. یکی از کارکنان بهداشتی گفت: "وقتی به خانه سالمندان می‌رویم، می‌بینیم که شرایط ایمنی اصلاً رعایت نشده است. حتی چیز ساده‌ای مثل نرده کنار پله‌ها یا سرویس بهداشتی مناسب وجود ندارد."

کاهش ارزش اجتماعی سالمندان و مشکلاتی که از کاهش تعداد فرزندان در خانواده‌ها ناشی می‌شود نیز به عنوان چالش‌هایی جدی مطرح است. یکی از سالمندان اظهار داشت: "الان دیگر ما مثل قدیم در خانواده جایگاهی نداریم. بچه‌ها درگیر کارهای خودشان هستند."

در بخش عوامل فردی، عدم همکاری سالمندان با ارائه‌دهندگان خدمات یکی از مشکلات اساسی است. بسیاری از سالمندان از مشارکت در ارزیابی‌های روان‌شناختی خودداری می‌کنند. یکی از ارائه‌دهندگان خدمات در این باره گفت: "برخی سالمندان اصلاً قبول نمی‌کنند که مشکلات روانی‌شان بررسی شود. وقتی سعی می‌کنیم کمکشان کنیم، مقاومت نشان می‌دهند."

علاوه بر این، بسیاری از سالمندان به دلیل کیفیت پایین خدمات، مشکلات رفت و آمد، یا صف‌های انتظار طولانی از مراجعه به مراکز بهداشتی خودداری می‌کنند. یکی از سالمندان اظهار داشت: "ما ساعت‌ها منتظر می‌مانیم و آخر هم چیزی که می‌خواهیم، به دست نمی‌آوریم." یک کارشناس بهداشت نیز افزود: "صف‌های طولانی و کمبود نیرو باعث شده سالمندان از مراجعه منصرف شوند و این برای پیگیری وضعیت سلامتشان مشکل ایجاد می‌کند." پایین بودن سطح سواد، عدم آگاهی از اهمیت خودمراقبتی، و وابستگی بیش از حد سالمندان به اعضای خانواده نیز از موانع دیگر هستند. یکی از بهورزان گفت: "سالمندان انتظار دارند خانواده همه کارهایشان را انجام دهد، اما خودشان نقشی در بهبود وضعیت سلامتی‌شان ایفا نمی‌کنند."

مشکلات تغذیه‌ای نیز به عنوان یک مانع دیگر مطرح است. سالمندان اغلب رژیم غذایی مناسبی ندارند که این امر بر سلامت عمومی آن‌ها تأثیر منفی گذاشته است. یکی از ارائه‌دهندگان خدمات اظهار داشت: "ما بارها توصیه می‌کنیم که تغذیه‌شان را تغییر دهند، اما اغلب این موضوع را جدی نمی‌گیرند و به عادت‌های قبلی‌شان پایبند می‌مانند و یا در برخی مواقع توانایی مالی برای خرید موارد تغذیه‌ای را ندارند."



شکل ۱- چالش‌های شناسایی شده سالمندان در دریافت خدمات از مراکز بهداشتی

بحث

مراقبتهای اولیه اولین رابط اصلی خدمات بهداشتی فرد سالمند در جهت حفظ و ارتقای سلامتی است و مناسب بودن نحوه ارائه خدمات برای این گروه جمعیتی که از آسیب پذیرترین قشر جامعه هستند، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف شناسایی و تبیین چالش های سالمندان در دریافت خدمات از مراکز بهداشتی تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی مراغه انجام گردید. این چالش های شناسایی شده در چهار حیطه : چالش های مرتبط با سیاستگذاری در حوزه سلامت و سالمندی، چالش های ساختاری و اداری در مراقبت از سالمندان، چالش های منابع انسانی و موانع محیطی دسته بندی شدند.

در مطالعه بیدارپور و همکاران (۳۱) عدم اطلاع از خدمات موجود، نامناسب بودن مکان مراکز و پایگاه های بهداشتی، نامناسب بودن برخورد کارکنان ارائه دهنده خدمات، زمان بر بودن انجام خدمات در مراکز، اولویت دادن به مراجع به بخش خصوصی، نامناسب بودن مکان مراکز و پایگاه های بهداشتی، مشکلات سخت افزاری و نرم افزاری سیستم ارائه خدمات را شناسایی کرده اند که با مطالعه حاضر همسو میباشد. و همچنین در مطالعه بختیار پیروز و همکاران عدم وجود سازمانی واحد و با اختیارات کافی به عنوان متولی خدمات سالمندی، یکپارچه نبودن ارائه خدمات به سالمندان از مراقبت های اولیه تا مراقبت های تخصصی؛ کمبود/ توزیع نامناسب نیروی انسانی متخصص و حد واسط سالمندی؛ عدم پوشش بیمه ای خدمات مراقبت در منزل و خانه سالمندان؛ فقدان / ضعف در فعالیت های دوستدار سالمند در مراکز ارائه خدمت را به عنوان چالش های موجود در دریافت خدمات سالمندان شناسایی کرده اند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۹).

و در مطالعات safdari در ۲۰۱۶ (۲۵) و firoozeh در ۲۰۰۹ (۲۴) نبود سازمان مشخص متولی سلامت سالمندان و غیرفعال بودن شورای سلامت سالمندی پرداختند. برخی دیگر از مطالعات نیز همانند مطالعه حاضر همکاری بین بخشی بین ذینفعان اصلی سلامت سالمندی را ضعیف ارزیابی کرده بودند (۲۵-۲۳، ۳۲-۳۴) و در سایر مطالعات نیز سیاستگذاری در حوزه سلامت سالمندی را به دلایلی از جمله فقدان سیاستهای سلامت

محور تقدم درمان بر پيشگيري و فقدان جهت گيري راهبردي در برنامه هاي سلامت سالمندي نامناسب بده عنوان چالش اصلي بيان کرده بودند (۳۲).

از آنجا که عمده ترين مشکل در ارائه خدمات بهداشتي درمانی، مسئله اقتصادي آن است و مراکز ارائه دهنده خدمات سالمندي يکي از مهمترين و پرهزينه ترين واحدها در هر کشوري محسوب مي شود، منطقي به نظر ميرسد که بخش مهمي از مطالعات اقتصادي مربوط به خدمات بهداشتي و درمانی بر اقتصاد سالمندي متمرکز شود که با مطالعه حاضر همخواني دارد (۳۵).

اغلب مطالعات نشان داده اند که افزايش فقر و وابستگي اقتصادي در دوران سالمندي، دسترسي اقتصادي اين گروه به مراقبت هاي سلامت را کاهش داده و آنها را بيشتر در معرض هزينه هاي کمرشکن سلامت قرار مي دهد. همچنين، برخي پژوهش ها گزارش کرده اند که بيمه سلامت سالمندان به دلایلي همچون پوشش ناکافي بيمه هاي خدمتي مورد نياز، از جمله خدمات توانبخشي، و عدم تأثيرگذاري بيمه ها در کاهش احتمال مواجهه خانوارها با هزينه هاي کمرشکن، کارآمدی لازم را ندارد (۲۳، ۲۴، ۳۳، ۳۶).

يکي ديگر از عوامل تأثيرگذار، مشکلات نرم افزاري در سيستم ارائه خدمات است که هم باعث ازدحام در مراکز و هم نارضائتي افراد در زمان مراجعه مي شود. ازدحام در مراکز به عنوان يکي از موانع اصلي در ارائه خدمات در مطالعات قبلي نيز ذکر شده است. در ايران، پس از اجراي طرح تحول بهداشت و معرفي سامانه سيب براي ثبت مراقبت ها و خدمات، تکميل اين نرم افزار زمان بر بوده و بر اساس نظر ارائه دهندگان خدمت، ثبت همزمان مراقبت ها در نرم افزار و طولاني بودن فرآيند ثبت، يکي از علل اصلي ايجاد ازدحام در مراکز، نارضائتي مراجعين و ارائه دهندگان خدمت، و به دنبال آن کاهش مراجعات افراد است (۳۷، ۳۸).

مشکلات دسترسي، از جمله مسافت طولاني و فضاي فيزيکي نامناسب مانند وجود پله ها و نبود آسانسور، از جمله موانع مراجعه به مراکز بهداشتي محسوب مي شود. شواهد نشان داده است که نزديکي مراکز بهداشتي به محل سکونت نقش مهمي در استفاده از خدمات بهداشتي اوليه ايفا مي کند (۳۹، ۴۰). در مناطق روستايي ايالات

متحدہ نیز، عدم وجود و سایل حمل و نقل عمومی یکی از دلایل عدم مراجعه مردم به مراکز بهداشتی ذکر شده است (۴۱). شرایط فیزیکی و معماری نامناسب در محیط‌های عمومی و درمانی مشکلاتی را برای سالمندان به وجود آورده است. توجه به شهرسازی و طراحی محیط مراکز بهداشتی-درمانی مطابق با محدودیت‌های حرکتی و فیزیکی سالمندان از جمله اصول اولیه‌ای است که برای کاهش هزینه‌های سلامت این گروه باید انجام شود (۲۲). بسیاری از افراد به دلیل مشکلات موجود در مراکز دولتی، برای دریافت خدمات به مراکز خصوصی مراجعه می‌کنند. علل این مراجعه می‌تواند به عوامل مختلفی مانند عدم وجود خدمات کافی و کیفیت پایین خدمات در مراکز دولتی برگردد. ناکافی بودن خدمات، یکی از دلایل عدم مراجعه به مراکز بهداشتی در نیجریه گزارش شده است. همچنین عدم درک کافی کارکنان بهداشتی از اهمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه منجر به ارائه خدمات با کیفیت پایین و در نتیجه عدم استفاده مردم از این خدمات می‌شود (۴۲، ۴۳).

منابع انسانی همواره عنصر کلیدی در نظام سلامت برای ارائه خدمات به شمار می‌رود و کمبود کارکنان حرفه‌ای و تخصصی در این حوزه می‌تواند مانع بزرگی در دستیابی به اهداف توسعه سازمانی باشد. یکی از چالش‌های شناسایی شده در مسیر اجرای طرح ادغام خدمات سلامت سالمندی، کمبود نیروی انسانی متخصص، به‌ویژه نبود پزشک در خانه‌ها و مراکز بهداشت و درمان است. بسیاری از سالمندان در مراحل درمانی به پایگاه سلامت و خنله‌های بهداشت مراجعه می‌کنند و انتظار دارند در این مراکز معاینات پزشکی دریافت کرده و تحت نظر پزشک، روانشناس و کارشناس تغذیه قرار بگیرند، که این امر به دلیل نبود پزشک در این مراکز امکان‌پذیر نیست. این کمبودها به‌ویژه در شرایطی مانند عدم وجود آزمایشگاه، داروخانه و خدمات پاراکلینیکی در برخی پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت مشاهده می‌شود. امیری دلویی و همکاران در پژوهشی بیان کردند که کمبود تسهیلات برای بهبود رفاه بیمار، کمبود نیروی انسانی و شلوغی مراکز از جمله چالش‌های اساسی در طرح ارتقای کیفیت خدمات برای سالمندان است (۴۴).

عدم آگاهی از خدمات ارائه شده و عدم اعتماد به حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران (به ویژه بیماران بخش روان) از مهم‌ترین موانع مراجعه به مراکز بهداشتی محسوب می‌شود. عدم آگاهی از خدمات بهداشتی در کشورهای نیجریه و بنگلادش نیز مورد مطالعه قرار گرفته است (۴۵)(۴۶).

نتیجه‌گیری

چالش‌های شناسایی شده در این پژوهش در چهار مضمون اصلی و یازده مضمون فرعی دسته‌بندی شده‌اند که اطلاعات مفیدی را برای مدیران و سیاست‌گذاران حوزه بهداشت، کارکنان این حوزه، سالمندان و خانواده‌های آنها فراهم می‌آورد. هر یک از ذینفعان می‌توانند با توجه به انتظارات و جایگاه خود، از این یافته‌ها بهره‌برداری کرده و در جهت بهبود فرآیند ارائه خدمت برنامه‌ریزی و اقدام نمایند.

با توجه به چالش‌های شناسایی شده و با علم به این که ایران، به‌ویژه در دو دهه آینده، با رشد سریع پدیده سالمندی جمعیت و به تبع آن افزایش هزینه‌های سلامت روبه‌رو خواهد شد، راهکارهای اجرایی در حوزه‌های مختلف ارائه شده است. این راهکارها شامل تقویت امکانات و زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی در پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت، استفاده و تقویت نیروی انسانی آموزش‌دیده در این پایگاه‌ها، تخصیص بودجه مناسب برای طرح‌های مذکور و تقویت انگیزش و رضایت شغلی کارکنان درگیر در این طرح‌ها می‌باشد. عمده موفقیت این مراقبت‌ها و ارائه خدمات، وابسته به اصلاح عوامل ساختاری، اجرایی، منابع انسانی و مالی مراکز و خانواده‌های سالمندان است. از مهم‌ترین اقدامات، افزایش دسترسی به خدمات از طریق توسعه مراکز نزدیک به محل زندگی سالمندان و ایجاد سیستم‌های حمل‌ونقل اختصاصی است. همچنین، بهبود زیرساخت‌های دیجیتال از جمله پرونده الکترونیک سلامت و خدمات تله‌مدیسین می‌تواند فرآیند دریافت خدمات را تسهیل کند. آموزش نیروی انسانی متخصص و تشکیل تیم‌های بین‌رشته‌ای نیز برای ارائه مراقبت‌های جامع ضروری است. از سوی دیگر، حمایت از خانواده‌های مراقب سالمندان، هم به‌صورت مالی و هم از طریق آموزش، نقش مهمی در بهبود کیفیت مراقبت دارد. علاوه بر این، آگاهی‌بخشی به سالمندان درباره خدمات موجود و نحوه استفاده از آنها، همراه با کاهش هزینه‌های درمانی

و تقویت مشارکت بخش خصوصی، می‌تواند بسیاری از موانع فعلی را برطرف کند. این راهکارها به ارتقای رفاه و سلامت سالمندان کمک شایانی خواهد کرد.

محدودیت های مطالعه

نتایج مطالعات کیفی به‌طور قابل ملاحظه‌ای به تفسیر و مشاهدات محقق بستگی دارند. موانع و چالش‌های موجود در مطالعات کیفی شامل مسائل مختلفی نظیر سوگیری محقق، دشواری در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، محدودیت در تعمیم‌پذیری نتایج، نیاز به زمان و منابع بیشتر نسبت به مطالعات کمی و چالش‌های اخلاقی مرتبط با حفظ حریم خصوصی شرکت‌کنندگان است.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه عدم مراجعه و همکاری مؤثر سالمندان با ارائه‌دهندگان سلامت بود که با تماس تلفنی از مرکز و تأکید بر اهمیت موضوع، بخش قابل توجهی از آن برطرف شد. دیگر محدودیت‌ها شامل تشابهات قومی، فرهنگی، اجتماعی و جغرافیایی است، چرا که افراد با قومیت‌ها، شرایط، فرهنگ‌ها و جغرافیای متفاوت می‌توانند نظرات و انتظارات متفاوتی داشته باشند. همچنین وضعیت اقتصادی خانواده‌ها از جمله محدودیت‌های تأثیرگذار بر سطح انتظارات است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با کد اخلاق IR.MARAGHEHPHC.REC.1403.038 میباشد. از تمام سالمندان عزیز و پرسنل محترمی که در انجام این مطالعه ما را یاری کردند سپاسگزاری و قدردانی میکنیم.

۱. Organization WH. WHO| 10 facts on ageing and the life course. WHO 2011. 2012.
۲. Lotfalinezhad E, Abolfathi Momtaz Y, Nazariapanah NS, Honarvar MR, Arab Ameri F, Azimi MS. Effectiveness of integrated and comprehensive geriatric care program of Ministry of Health on physical and mental health of older adults in Golestan province. *Iranian Journal of Ageing*. 2021;16(3):438-51.
۳. Heidari F, Mottaghi R. The effectiveness of life skills training on cognitive flexibility and quality of life in elderly people with diabetes mellitus type-2: A quasi-experimental study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2023;22(4):367-84.
۴. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *The lancet*. 2015;385(9967):563-75.
۵. Segalin B, Kumar P, Micadei K, Fornaro A, Gonçalves FL. Size-segregated particulate matter inside residences of elderly in the Metropolitan Area of São Paulo, Brazil. *Atmospheric environment*. 20۰۵۱-۱۴۸:۱۳۹;۱۷
۶. Taraghi Z, Ilali ES. A comparison of older adults' and managers' attitudes towards age-Friendly City indexes. *Iranian Journal of Ageing*. 2018;13(2):236-49.
۷. Press CS. Department of Rural Socio-Economic Survey, National Bureau of Statistics, China Statistical Yearbook (County-Level). China Statistics Press: Changsha, China; 2020.
۸. Karar ME, Shehata HI, Reyad O. A survey of IoT-based fall detection for aiding elderly care: Sensors, methods, challenges and future trends. *Applied Sciences*. 2022;12(7):3276.
۹. Kinsella KG, Phillips DR. Global aging: The challenge of success: Population Reference Bureau Washington, DC; 2005.
۱۰. HU E, NL R, LU S. The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2010–2۰۱۲). (۰۶۰
۱۱. De Carvalho IA, Epping-Jordan J, Pot AM, Kelley E, Toro N, Thiyagarajan JA, et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. *Bulletin of the World Health Organization*. 2017;95(11):756.
۱۲. Noroozian M. The elderly population in iran: an ever growing concern in the health system. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2012;6(2):1.
۱۳. Beard JR, Officer A, De Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel J-P, et al. The World report on ageing and health :a policy framework for healthy ageing. *The lancet*. 2016;387(10033):2145-54.
۱۴. Bloom DE, Chatterji S, Kowal P, Lloyd-Sherlock P, McKee M, Rechel B, et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *The Lancet*. 2015;3۰۷-۶۴۹:(۹۹۶۸)۸۵
۱۵. Imran, Iqbal N, Ahmad S, Kim DH. Health monitoring system for elderly patients using intelligent task mapping mechanism in closed loop healthcare environment. *Symmetry*. 2021;13(2):357.
۱۶. Rahimi A, Anosheh M, Ahmadi F, Foroughan M. Exploring the nature of the elderly people life style: a grounded theory. *Iranian Journal of Ageing*. 2016;10(4):112-31.
۱۷. Tayeri S, Jafari M, Alimohammadzadeh K, Hosseini SM, Shahanaghi K. A conceptual model for Iranian older women's health: A review study. *Iranian Journal of Ageing*. 2021;16(3):304-29.
۱۸. Cristea M, Noja GG, Stefea P, Sala AL. The impact of population aging and public health support on EU labor markets. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(4):1439.

۱۹. Piroozi B, Abdullah FZ, Mohamadi-Bolbanabad A, Safari H, Amerzadeh M, Rezaei S, et al. Assessing unmet health-care needs of the elderly in west of Iran: A case study. *International Journal of Human Rights in Healthcare*. 2021;14(5):452-64.
۲۰. Zadeh NS, Akbari F, Khouzani PK, Zavare ASN. Comparative study of elderly care services among Iran, United States of America, and Sweden. 2020.
۲۱. Shoaee F, Nejati V. Elderly Care Services in the United States with a Glance at Iran. *Iran J Ageing*. 2009;3(7):68-7۷.
۲۲. Young HM. Challenges and solutions for care of frail older adults. *Online journal of issues in nursing*. 2003;8.(۷)
۲۳. Goharinezhad S, Maleki M, Baradaran HR, Ravaghi H. A qualitative study of the current situation of elderly care in Iran: what can we do for the future? *Global health action*. 2016;9(1):32156.
۲۴. Firoozeh Mostafavi Darani FMD, Abedi H, Haliza Mohd. Riji HMR. Conditions affecting the elderly primary health care in urban health care centers of Iran. 2009.
۲۵. Safdari R, Sadeghi F, Mohammadiazar M. Aged care and services programs in Iran: Looking at the performance of relevant organizations. *Payavard Salamat*. 2016;10(2):155-66.
۲۶. Din NC, Ghazali SE, Ibrahim N, Ahmad M, Said Z, Ghazali AR, et al. Health needs assessment of older people in an agricultural plantation. *International Journal of Gerontology*. 2014;8(3):120-6.
۲۷. Weston R, Soriano G, Qu L. The changing shape of Australia's population: Australian Institute of Family Studies; 2001.
۲۸. Vecchio N, Davies D, Rohde N. The effect of inadequate access to healthcare services on emergency room visits. A comparison between physical and mental health conditions. *PloS one*. 2018;13(8):e0202559.
۲۹. Sukkird V, Shirahada K. Technology challenges to healthcare service innovation in aging Asia: Case of value co-creation in emergency medical support system. *Technology in Society*. 2015;43:122-8.
۳۰. Lincoln YS, Guba EG. But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New directions for program evaluation*. 1986.۸۴-۷۳:(۳۰)۱۹۸۶;
۳۱. Bidarpoor F, Rahmani K, Akhavan B, Rahimzadeh A, Pourmoradi A. Identifying reasons of non-attendance of urban households in the comprehensive centers of health services in Sanandaj: a combination of two quantitative and qualitative approaches. 2019.
۳۲. Goharinezhad S, Maleki M, Baradaran HR, Ravaghi H. Futures of elderly care in Iran: A protocol with scenario approach. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016;30:416.
۳۳. Dizaj JY, Emamgholipour S, Pourreza A, Nommani F, Molemi S. Effect of aging on catastrophic health expenditure in Iran during the period 2007-2016. 2018.
۳۴. Nayeri ND, Abazari F, Pouraboli B. Challenges in caring for the elderly in Iran: A systematic review. *Ethiopian Medical Journal*. 2018;56.(۷)
۳۵. Tkatch R, Musich S, MacLeod S, Alsgaard K, Hawkins K, Yeh CS. Population health management for older adults: review of interventions for promoting successful aging across the health continuum. *Gerontology and geriatric medicine*. 2016;2:2333721416667877.
۳۶. Shati M, Mohamadi Bolbanabad A, Zokaei M, Mohamadi Bolbanabad S, Ghaderi E, Moradi G, et al. Challenges in the elderly care system in Iran: A qualitative study. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2023;28(3):101-14.
۳۷. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Academic emergency medicine*. 2004;11(12):1302-10.

٣٨. Rust G, Ye J, Baltrus P, Daniels E, Adesunloye B, Fryer GE. Practical barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. *Archives of internal medicine*. 2008;168(15):1705-10.
٣٩. Feikin DR, Nguyen LM, Adazu K, Ombok M, Audi A, Slutsker L, et al. The impact of distance of residence from a peripheral health facility on pediatric health utilisation in rural western Kenya. *Tropical medicine & international health*. 2009;14(1):54-61.
٤٠. Noor A, Zurovac D, Hay S, Ochola S, Snow R. Defining equity in physical access to clinical services using geographical information systems as part of malaria planning and monitoring in Kenya. *Tropical Medicine & International Health*. 2003;8(10):917-26.
٤١. Douthit N, Kiv S, Dwolatzky T, Biswas S. Exposing some important barriers to health care access in the rural USA. *Public health*. 2015;129(6):611-20.
٤٢. Adeyemo DO. Local government and health care delivery in Nigeria: a case study. *Journal of Human Ecology*. 2005;18(2):149-60.
٤٣. Sule S, Ijadunola K, Onayade A, Fatusi A, Soetan R, Connell F. Utilization of primary health care facilities: lessons from a rural community in southwest Nigeria. *Nigerian journal of medicine*. 2008;17(1):98-106.
٤٤. Amiri Delui M, Abedi H, Tahmasebi S, Ebrahimi N, Sadeghmoghadam L. Improving the Quality of Services for the Elderly Referred To 22-Bahman Hospital: An Action Research. *Journal of Gerontology*. 2018;3(1):55-63.
٤٥. Ndikom CM, Ofi BA. Awareness, perception and factors affecting utilization of cervical cancer screening services among women in Ibadan, Nigeria: a qualitative study. *Reproductive health*. 2012;9:1-8.
٤٦. Yaya S, Bishwajit G, Ekholuenetale M, Shah V. Awareness and utilization of community clinic services among women in rural areas in Bangladesh: a cross-sectional study. *PloS one*. 2017;12(1):e0187303.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه (n=۳۵)			
کادر بهداشتی ۱۵ نفر (۴۳٪)	جنسیت	زن	تعداد (%)
		مرد	
	سن (سال)	۳۰-۴۰	
		۴۰-۵۰	
		۵۰ >	
	سابقه کاری (سال)	۱-۱۰	
		۱۰-۲۰	
		۲۰ >	
	تحصیلات	لیسانس	
		فوق لیسانس	
		دکتر	
سالمندان ۲۰ (۵۷٪)	جنسیت	زن	
		مرد	
	سن (سال)	۶۰-۶۵	
		۶۵-۷۰	
		۷۰ >	
	تحصیلات	باسواد	
		بی سواد	

جدول ۲: چالش های ارائه خدمات به سالمندان در مراکز بهداشتی		
مضمون اصلی	مضمون فرعی	کدهای نهایی
چالش های مرتبط با سیاستگذاری	ضعف تصمیم گیری در نظام سلامت	عدم وجود برنامه های جامعه محور نبود قانون های حمایت کننده از خانواده های مراقبین سالمند برنامه ریزی های پراکنده در زمینه جوانی جمعیت (افزایش سندروم خانه های خالی) نبود برنامه ریزی صحیح در زمینه تربیت نیروی انسانی متخصص اجرای ناقص نظام ارجاع بین سطح یک و دو عدم توجه به برنامه هایی همچون شهرهای دوستدار سالمند در سیاست های کلان کشوری
	موانع رفتاری و تفکری	افزایش جمعیت سالمندان نسبت به گذشته به دلیل سیاست های گذشته عدم نگاه به مساله به عنوان یک بحران عدم اعتقاد به سیاست های پیشگیرانه حوزه سالمندی عدم مشارکت فعال جامعه در سیاست های رفاهی حوزه سالمندی
چالش های ساختاری-اداری	موانع بودجه ای - مالی	تحت پوشش بیمه نبودن مراقبت های سالمندان نبود بسته های حمایتی از سالمندان

رایگان نبودن داروهای سالمندان ناتوانی سالمندان روستایی در دریافت خدمات به دلیل هزینه های بالا افزایش تعداد سالمندان و ناتوانی دولت در ارائه خدمات		
مشکلات مربوط به قطع و وصلی سامانه سبب فرایندهای تکراری و موازی کاری در ارائه خدمات مربوط به سامانه ناتوانی و نبود زیرساخت در استفاده از تکنولوژی های جدید در امر مراقبت و پیشگیری نارسایی های اطلاعاتی در تصمیم گیری ها	موانع فن آوری	
نبود رمپ در مراکز بهداشتی مناسب نبودن فضای مراکز با نیاز های سالمندان نبود فضای اختصاصی برای آموزش در دسترس نبودن مرکز بهداشتی از دیدگاه سالمندان نبود پارکینگ در بسیاری از مراکز بهداشتی درمانی	موانع زیرساختی و تسهیلاتی	
کمبود برخی از داروهای سالمندان نداشتن داروخانه های سیار در مراکز عدم آگاهی نسبت به پلای فارمسی ها کمبود دارو و تجهیزات مثل کیت تجهیزات محدود در ارائه خدمات و برنامه های غربالگری	دارو و تجهیزات	
صف انتظار طولانی در دریافت خدمت کیفیت پایین خدمات از دیدگاه سالمندان نبود برخی از خدمات همچون انجام آزمایش در مراکز عدم همخوانی خدمات ارائه شده با نیازهای واقعی سالمندی عدم جذابیت خدمات ارائه شده به سالمندان	ارائه خدمات	
کمبود نیروی پزشک (بصورت کلی کمبود اعضای تیم سلامت) کمبود نیروی مشاوره تغذیه کمبود کارشناس روان در مرکز نداشتن فرصت کافی برای آموزش نداشتن مهارت های خاص و ویژه در ارائه مراقبت ها عدم توانایی بهورز برای انجام آموزش های اختصاصی عدم انجام کار به صورت تخصصی و فرایند محوری نبود فرد مختص آموزش به سالمند در مراکز	تخصیص و توانمندسازی منابع انسانی	چالش های مربوط به منابع انسانی
نداشتن صبر و حوصله جهت ارائه مراقب ها به دلیل زیاد بودن بار کاری پرسنل بالا بودن حجم سوالات سامانه سبب باعث گذر سطحی از مراقبت ها می گردد عدم پیگیری بهورزان در صورت عدم مراجعه سالمند عدم علاقه به پیگیری مراقبت ها به دلیل ناآگاهی از اهمیت مراقبت ها	ویژگی های کارکنان	
عدم حمایت اطرافیان از سالمند عدم حمایت سایر ارگان ها همچون شهرداری/ دهیاری ها عدم آشنایی افراد به نیاز های سالمندان مناسب نبودن شرایط خانه با نیاز سالمند و احتمال سقوط آن کاهش ارزش سالمندان در جامعه عدم توانایی حمایت خانواده از سالمندان به دلیل کاهش تعداد فرزندان اختلاف فرهنگی و عقیدتی بین نسل ها	عوامل اجتماعی	موانع محیطی
عدم همکاری سالمندان در مشکلات و ارزیابی روان	عوامل فردی	

عدم مراجعه سالمند (کیفیت پایین خدمات- مشکلات رفت و آمد- رعایت نکردن سیستم ارجاع -عدم آگاهی در خصوص ارجاع- صف انتظار طولانی خدمت- ناتوانی جسمی و عدم توانایی حرکتی) ترجیح دادن خدمات خصوصی اهمیت ندادن به خودمراقبتی ها و آموزش ها توجه نبودن سالمندان به مراقبت ها و پیگیری ها پایین بودن سواد وابستگی سالمندان به سایر اعضای خانواده توجه نبودن در خصوص دریافت مراقبت عدم تغییر باورهای سالمندان در خصوص پیگیری ها عدم تغذیه صحیح سالمندان -عدم اعتماد به خدمات مراکز فراموش کردن زمان های مراجعه به بهداشت		
--	--	--