

Research Paper

Explanation of the Structural-functional Challenges of Comprehensive Health Centers in Babol City, Iran, Based on the Guidelines of the World Health Organization's Elderly-friendly Centers

Fatemeh Soleimani Kebria¹ , *Shima Sum¹ , Aram Tirgar¹ , Samaneh Pourhadi¹ , Ahmad Delbari² , Mohsen Shati³ , Elaheh Sadeghi⁴

1. Master Social Determinants of Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
2. Research Center on Ageing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Iran.
3. Clinical Trial Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Health, Office of the Aged, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.



Citation Soleimani Kebria F, Sum Sh, Tirgar A, Pourhadi S, Delbari A, Shati M, Sadeghi E. [Explanation of the Structural-functional Challenges of Comprehensive Health Centers in Babol City, Iran, Based on the Guidelines of the World Health Organization's Elderly-friendly Centers (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2023; 18(1):14-31. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.327.9>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.327.9>



ABSTRACT

Objectives Primary care is the first main interface of health services for the elderly to maintain and improve their health. Therefore, it is essential to evaluate the appropriateness of the way to provide services for this population group, which is one of the most vulnerable classes of society. This study was conducted to explain the structural and functional challenges of comprehensive health centers in Babol City, based on the guidelines of the World Health Organization's elderly-friendly centers to plan aging-friendly.

Methods & Materials The current research was a descriptive qualitative study using the content analysis method with a conventional approach. This research was conducted on elderly people who were referred to comprehensive health centers and their families as well as service providers in the form of in-depth semi-structured interviews until reaching the level of data saturation. Each interview was implemented immediately after implementation, and the content analysis of the interviews was conducted by determining conceptual units, accurate coding, and continuous comparison method until the formation of subgroups and main classes.

Results In this study, 23 elderly people with an average age of 71.47 ± 7.88 , 5 family members, and 14 service providers participated. A total of 72 codes were extracted from all the interviews, which were divided into five main categories of structural factors, behavioral issues, educational characteristics, social support, and functional challenges during the analysis process. A total of twelve subgroups emerged for the five main classes.

Conclusion Several underlying factors exist in the path of making comprehensive health centers elderly-friendly, and which will be impossible to achieve this issue without providing the conditions and eliminating the existing challenges. Therefore, the obtained components may help in identifying, and prioritizing needs, and choosing the type of interventions to adapt comprehensive health centers to the needs of the elderly.

Keywords Elderly, Structural fitness, Functional fitness, Elderly friendly, Comprehensive health center

Article Info:

Received: 29 Nov 2021

Accepted: 08 Mar 2022

Available Online: 01 Apr 2023

*** Corresponding Author:**

Shima Sum

Address: Master Social Determinants of Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

Tel: +98 (911) 1195821

E-mail: sumshima@yahoo.com

Extended Abstract

Introduction

Elderly people need to receive excellent care services for their health problems, while the national healthcare policies are not enough to provide services to solve these problems [1]. In the meantime, as the first line of contact with health care, primary care services should be available and provided according to the needs of elderly people [2]. It is estimated that 80% of healthcare is provided in comprehensive health service centers [3], however, without knowing the basic needs of the elderly and the challenges to access health services in these centers, it is impossible to plan accurately in line with the health and social welfare of this group. Therefore, it is essential to assess the appropriateness of the way of providing services for this population group, which is one of the most vulnerable classes of society. This study aims to explain the structural and functional challenges of comprehensive health centers based on the guidelines of the [World Health Organization's \(WHO\)](#) elderly-friendly centers.

Methods

The present study was a descriptive qualitative study using the content analysis method with a conventional approach. The location of the research was comprehensive health centers in Babol City, Mazandaran Province, Iran, where experts and doctors providing care to the elderly, as well as the elderly covered by all 15 urban and urban-rural centers, entered the study as the research population and participated in the study in the relevant centers during office hours. Sampling was performed in a purposive way until data saturation. A total of 23 elderly people, 5 elderly family members, 7 doctors, and 7 elderly caregivers participated in the study. The methods of data collection were quasi-structured interviews and the interviews were continued until reaching information saturation so that the development of the concept was well done and the continuation of the interview did not add any new data to the previous data. The questions asked were based on the review of the texts and documents available in the guide of elderly-friendly health centers of the [WHO](#) and the duration of the interview was between half an hour and 45 minutes.

All the interviews were recorded with the permission of the participants, and immediately after the completion of each interview, the full text of the interview along with the feelings of the participants was made available.

The collection of information and the process of analysis were done alternately and in parallel. Each interview was saved in a separate file in Word and named according to the interview code. In addition to the principle of setting and constant comparison, coding was done through three stages, open coding, axial coding, and selective coding. Then, the codes were re-read to replace them in the main classes and sub-classes based on the semantic similarity, and finally, the researcher and the participants reached a shared meaning about the classes. To determine the validity of the data, the criteria of acceptability, reliability, verifiability, and transferability were used [4].

Results

The result of the analysis of the obtained data was 420 codes from the elderly and 380 codes from the staff of the centers. The obtained codes were placed in 5 classes and 12 sub-classes, which are:

Structural factors: One of the vital classes was challenges related to structural factors, which were divided into three sub-classes, construction, facilities, and equipment.

Behavioral factors: Another class was the behavioral and communication challenges that the elderly and staff were dealing with, with three sub-classes of staff/service providers (health care providers and doctors), communication/interactions and the elderly.

Educational characteristics: The third class extracted from the present study was the critical subject of education with two sub-classes for employees/service providers and for the elderly.

Social support: Emerged with three sub-classes, financial/economic, social communication, and voluntary service.

Functional challenges: The last class was identified with two crucial sub-classes, service, and motivation.

Discussion

Since primary care is the first main interface of health services for the elderly to maintain and improve their health, it is essential to evaluate the appropriateness of how to provide services for this population group. According to the guidelines of the [WHO](#), in the toolkit used for elderly-friendly healthcare, it is necessary to have the following areas, and these dimensions are also evident in the emerging classes of this qualitative study, the structure of the health center and universal design (class of structural factors), the functional status of the system in terms of

Table 1. Classes and Sub-classes Extracted From the Research

Main Classes	Sub-classes	Examples of Extracted Codes
Structural factors	Structural	The presence of toilets for clients Having a suitable staircase or elevator and a suitable railing in the staircase
	Facilities	The necessity of essential diagnostic services Appropriate distance from the health care service center to the residence of the elderly
	Equipment	Adequate equipment for elderly assessment Wheelchair access, public telephone and public transport
Behavioral issues	Behavioral challenges of employees/service providers	Giving the doctor enough time to speed up the service Trust building
	Communication/interaction	Familiarity of the employee with the language and dialect of the elderly Establishing proper communication
	Behavioral issues of the elderly	Appropriate attitude towards employees (in diagnosis and treatment) Reverse referral
Educational components	Related to employees/service providers	Adequate skills of employees in the comprehensive assessment of aging Adequate and up-to-date practical training classes for employees
	Related to the elderly	Informing the elderly about the signs and symptoms of the disease Sufficient time for consultation
Social support	Financial/economic	Ability to pay for medicine Creating support projects such as providing hearing aids and glasses
	Social communications and emotional support	Having a companion when visiting the center
	Voluntary services	The necessity of non-governmental organizations to support the disabled elderly
Functional challenges	Services	Correct referral to higher levels Increasing consultation time
	Motivational	Free features, such as free tests or access to supplements

the screening protocol, information-advisory-educational system, appointment of the elderly, referral system, as well as the protocol of examinations and counseling of the elderly (classes of behavioral problems and educational characteristics) as well as how to manage community-based health care and the competence of caregivers and health managers (classes of social support and functional challenges) [5, 6]. Planning to solve the identified components may be effective in identifying, prioritizing, and choosing the type of interventions.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This research was approved by the Ethics Committee of [Babol University of Medical Sciences](#) (Code: MUBABOL.HRI.REC.1400.036).

Funding

The financial support of this study was carried out by the research deputy of [Babol University of Medical Sciences](#).

Authors' contributions

All the authors participated in the design, execution, and writing of all parts of this research.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

We appreciate all the dear elderly and respected personnel who helped us in conducting this study, especially answered the interview questions with patience. In addition, we thank the efforts and cooperation of the relevant officials at Babol University of Medical Sciences, undoubtedly, this study would not have been conducted without their support.

مقاله پژوهشی

تبیین چالش‌های ساختاری عملکردی مراکز جامع سلامت شهر بابل مبتنی بر راهنمای سازمان جهانی بهداشت

فاطمه سلیمانی کبریا^۱، شیما سام^{۱*}، آرام تیرگر^۱، سمانه پورهادی^۱، احمد دلبری^۲، محسن شتی^۲، الهه صادقی^۳

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۲. مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳. مرکز کارآزمایی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴. معاونت بهداشتی، دفتر سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Soleimani Kebria F, Sum Sh, Tirgar A, Pourhadi S, Delbari A, Shati M, Sadeghi E. [Explanation of the Structural-functional Challenges of Comprehensive Health Centers in Babol City, Iran, Based on the Guidelines of the World Health Organization's Elderly-friendly Centers (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2023; 18(1):14-31. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.327.9>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.327.9>



اهداف مراقبت‌های اولیه، اولین رابط اصلی خدمات بهداشتی فرد سالمند در جهت حفظ و ارتقای سلامت اوست؛ بنابراین ارزیابی مناسب بودن نحوه ارائه خدمات برای این گروه جمعیتی که از آسیب‌پذیرترین قشر جامعه هستند از اهمیت حیاتی و ویژه‌ای برخوردار است. این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های ساختاری و عملکردی مراکز جامع سلامت شهر بابل مبتنی بر راهنمای مراکز دوستدار سالمند سازمان بهداشت جهانی در جهت برنامه‌ریزی دوستدار سالمند شدن انجام شد.

مواد و روش‌ها پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی توصیفی به روش تحلیل محتوا با رویکرد مرسوم بوده است. این پژوهش روی سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت و خانواده آن‌ها و نیز ارائه‌دهندگان خدمت به صورت مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته تا رسیدن به سطح اشباع داده‌ها انجام شده است. هر مصاحبه بعد از اجرا بلافاصله پیاده شد و تحلیل محتوای مصاحبه‌ها با تعیین واحدهای مفهومی، کدگذاری دقیق و روش مقایسه‌ای مداوم تا شکل‌گیری زیرگروه‌ها و طبقات اصلی انجام شد.

یافته‌ها در این مطالعه ۲۳ سالمند با میانگین سنی $71/47 \pm 7/88$ ، ۵ عضو خانواده و ۱۴ ارائه‌دهنده خدمت شرکت داشتند. از مجموع مصاحبه‌ها ۷۲ کد استخراج شد که طی فرایند تحلیل به ۵ طبقه اصلی عوامل ساختاری، مسائل رفتاری، مشخصه‌های آموزشی، حمایت اجتماعی و چالش‌های عملکردی تقسیم شدند. در مجموع برای ۵ طبقه اصلی، ۱۲ زیرگروه پدیدار شد.

نتیجه‌گیری عوامل زیربنایی متعددی در مسیر دوستدار سالمند کردن مراکز جامع سلامت وجود دارد که بدون فراهم کردن شرایط و از بین بردن چالش‌های موجود دستیابی به این امر غیرقابل حصول خواهد بود؛ بنابراین مؤلفه‌های به‌دست‌آمده ممکن است در شناسایی، اولویت‌بندی نیازها و انتخاب نوع آزمایشات برای متناسب‌سازی مراکز جامع سلامت با نیازهای سالمندان کمک کند.

کلیدواژه‌ها سالمند، تناسب ساختاری، تناسب عملکردی، دوستدار سالمند، مرکز جامع سلامت

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۰۸ آذر ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۱۷ اسفند ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۲ فروردین ۱۴۰۲

* نویسنده مسئول:

دکتر شیما سام

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

تلفن: ۱۱۹۵۸۲۱ (۹۱۱) ۰۹۸+

رایانامه: sumshima@yahoo.com

مقدمه

تشویق کرده‌اند [۱۴]. در حال حاضر، سیستم‌های بهداشتی بیشتر پاسخگوی نیازهای مقطعی هستند؛ بنابراین برای افزایش توانمندی عملکردی این گروه نیاز فوری به تغییر رویکرد به سمت مراقبت‌های بهداشتی جامع و یکپارچه احساس می‌شود تا فرد سالمند را قادر به حفظ توانایی‌های جسمی و ذهنی خود کرده و از هر گونه کاستی در این امور پیشگیری کند [۱۵].

در این میان به عنوان اولین خط تماس با مراقبت‌های بهداشتی، خدمات مراقبت‌های اولیه^۲ قرار می‌گیرند که باید در دسترس و متناسب با نیازهای افراد سالمند ارائه شوند [۱۳]. تخمین زده می‌شود که ۸۰ درصد مراقبت‌های بهداشتی در مراکز خدمات مراقبت‌های اولیه ارائه می‌شود. مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مراقبت‌های بهداشتی ضروری هستند که با هزینه‌هایی که جامعه و کشور قادر به تأمین آن هستند در دسترس افراد و خانواده‌ها قرار می‌گیرند [۱۶، ۱۷]. به گزارش سازمان بهداشت جهانی، علیرغم نقش حیاتی این مراکز در ارائه خدمات به سالمندان در دسترسی به این خدمات موانع متعددی وجود دارد. برای مثال، عدم دسترسی به حمل‌ونقل عمومی مطلوب، عدم ساختار بندی مناسب مراکز، پر هزینه بودن خدمات، ضرورت حضور در صف‌های طولانی برای ملاقات با پزشک، اشکال در تکمیل فرم‌های مورد نیاز، پرسنل بیش از حد خسته و با نگرش نامطلوب نسبت به سالمندی و غیره [۱۵].

مطالعاتی که در دنیا در این زمینه انجام شده‌اند نیز مؤید شکاف موجود در این زمینه هستند، به طوری که مواردی نظیر کاستی در علائم و تسهیلات، روند مشاوره، سیستم ارجاع، آموزش بهداشت، مدیریت دارو، پیروی از استانداردهای مراقبت، سیستم بازخورد، مهارت‌های ارتباطی و بالینی کارکنان، خدمات مراقبت در منزل و حمایت‌های اجتماعی ناکافی و نیز هزینه‌های بالا از موارد مورد تأکید بوده و محققان بر ضرورت تغییر ساختار و عملکرد مراکز تأکید کرده‌اند. [۷، ۱۸-۲۱]

شواهد حاکی از آن است که در حال حاضر ایران با کمبودهای فیزیکی، انسانی و اطلاعاتی زیرساخت‌ها و منابع مورد نیاز برای ارائه مراقبت مناسب به سالمندان در تمام سطوح سیستم روبه‌رو است. در واقع، امکانات، منابع و زیرساخت‌ها پاسخگوی نیازهای متنوع افراد سالمند نیستند [۴]. در شرایط مشابه، در بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط، ساختار فعلی این جوامع تأمین‌کننده خدمات بهداشتی مورد نیاز سالمندان نیستند و بازنگری در این سیستم‌ها لازم به نظر می‌رسد [۲۲-۲۵].

طراحی و اجرای مؤثر مرکز بهداشت دوستدار سالمند به تعهد سیاسی در سطح محلی و ملی نیازمند است. چنانچه خدمات این حوزه به نحو مطلوب ارائه شود، می‌تواند عامل مهمی در حفظ سلامت و استقلال سالمندان باشد. همان‌گونه که ذکر

بهبود شرایط زندگی، افزایش طول عمر و امید زندگی موجب ظهور پدیده سالمندی در جوامع شده است که با وجود برکاتی که با خود به همراه دارد، یکی از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی، خصوصاً برای ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی محسوب می‌شود [۱]. افزایش نرخ سالمندی جمعیت یک پدیده مشترک در هر ۲ جامعه توسعه یافته و در حال توسعه است [۲، ۳]. ایران نیز از این امر مستثنا نیست و مانند کشورهای دیگر در حال تغییر الگوی جمعیتی به سمت سالمند شدن است [۴، ۵].

تغییرات پیش‌بینی‌ها حاکی از آن است که تا سال ۲۰۵۰ میلادی این گروه سنی به یکی از گروه‌های جمعیتی بزرگ جهان تبدیل خواهد شد [۳]. این انتقال جمعیت‌شناختی ممکن است با افزایش هم‌زمان میزان بیماری‌های مزمن، چالش‌های روانی اجتماعی و سایر شرایط مرتبط با سالمندی نظیر زمین خوردن همراه شود [۶، ۷]. سالخوردگی جمعیت موجب افزایش تقاضا برای غربالگری و مدیریت بیماری‌های مزمن شده است. این در حالی است که بسیاری از جوامع آمادگی لازم برای رویارویی با این پیامدهای بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی آن را ندارند [۸].

در ایران متوسط کل هزینه بهداشت و درمان خانوارهای دارای سرپرست سالمند کشور همواره رو به افزایش بوده است. به طوری که سهم آن برای سالمندان بیش از ۶ برابر افزایش یافته است که مشکل را دوچندان می‌کند [۹]. در واقع، افراد سالمند نیازمند آن هستند که برای مشکلات سلامت خود از خدمات مراقبت عالی برخوردار شوند، در حالی که سیاست‌های ملی مراقبت‌های بهداشتی به اندازه کافی در راستای فراهم‌آوری خدمات برای حل این مشکلات نیست [۱۰].

آینده سالمندی سالم با یک برنامه‌ریزی بهداشتی و سیاسی در تمام حیطه‌های مرتبط با سلامت پیش می‌رود. چه قشر سالمند سالم و چه قشر سالمند آسیب‌پذیر نیازهای ویژه‌ای دارند که باید در اولویت دولت‌ها قرار گیرند [۱۱]. یکی از این نیازها برخوردار شدن از محیط‌های دوستدار سالمند است. این ایده که محیط بر زندگی سالمندان تأثیر عمیقی دارد، در علم سالمندشناسی سابقه‌ای طولانی دارد [۱۲].

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱، جامعه دوستدار سالمند، جامعه‌ای است که در آن «سیاست‌ها، خدمات، تنظیمات و ساختارها به گونه‌ای پشتیبانی می‌شوند که افراد را قادر می‌کند تا سالمندی فعالی داشته باشند» [۱۳]. سازمان‌های بین‌المللی مطرح مانند سازمان ملل متحد نیز ایجاد یک محیط حمایتی برای افراد سالمند به صورت جوامع سالمند دوست را پیوسته

2. Primary Health Care (PHC)

1. World Health Organization (WHO)

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی توصیفی به روش تحلیل محتوا^۶ با رویکرد مرسوم^۷ بوده است. تحلیل محتوا یکی از رویکردهای تحقیقی است که به منظور تفسیر واحدهای پنهان در محتوای مکتوب به کار می‌رود. هدف این نوع مطالعه، تفسیر محتوای داده‌های متنی با استفاده از فرایند طبقه‌بندی نظام‌مند، کدگذاری و تعیین درون‌مایه‌ها یا الگوهاست. پژوهش کیفی برای بررسی مشکلات پیچیده و وابسته به بستر با رویکردی عمیق و تأکید بر درک تجارب انسان به کار می‌رود [۲۷].

این مطالعه در شهر بابل استان مازندران انجام شده است. مازندران با ۱۲ درصد جمعیت سالمندی دومین استان سالخورده کشور و بابل بزرگ‌ترین شهرستان این استان است. در حال حاضر شهرستان بابل حدود ۸۰ هزار سالمند دارد که بیش از نیمی از آنان زن هستند. در شهر بابل ۱۵ مرکز بهداشت شهری (۱۲ مرکز شهری و ۳ مرکز شهری/روستایی) و ۲۷ مرکز روستایی وجود دارد. مکان پژوهش این مطالعه مراکز جامع سلامت شهر بابل بوده است که کارشناسان و پزشکان ارائه‌دهنده مراقبت به سالمندان و نیز سالمندان تحت پوشش تمام ۱۵ مرکز شهری و شهری/روستایی به عنوان جمعیت پژوهش وارد مطالعه و در مراکز ذی‌ربط در ساعات اداری در مطالعه شرکت کردند. نمونه‌گیری به روش هدفمند تا اشیاع داده‌ها انجام شد. در مجموع ۲۳ سالمند، ۵ عضو خانواده سالمندان، ۷ پزشک و ۷ مراقب سالمند در مطالعه شرکت کردند.

معیارهای ورود به مطالعه برای سالمندان عبارت بودند از: سن ۶۰ سال و بالاتر از هر ۲ جنس، داشتن پرونده خانوار در پایگاه سلامت حداقل در ۳ سال گذشته، داشتن کد خانوار در سامانه سیب و مراجع فعال مرکز بودن که با بررسی سامانه سیب و تأیید مراقبین انتخاب شدند، مطلع و آگاه بودن از پدیده مورد مطالعه، همکاری مطلوب و توانایی انتقال تجارب‌شان به دیگران.

برای خانواده سالمند تمایل به شرکت در پژوهش، نزدیک بودن به سالمند و مراقب اصلی سالمند در خانواده، در ارتباط مداوم و نزدیک با مرکز بهداشت، داشتن کد خانوار در سامانه یکپارچه بهداشت (سیب)، با تجربه کافی در زمینه خدماتی که ارائه می‌شود، داشتن تجربه عمیق راجع به پدیده، مطلع و آگاه بودن از پدیده مورد مطالعه، همکاری مطلوب و توانایی انتقال تجارب‌شان به دیگران.

برای پرسنل و پزشکان نیز تمایل به شرکت در مطالعه، ارائه‌دهنده مستقیم خدمات به سالمندان حداقل در ۶ ماه گذشته، در صورت امکان بومی و آشنا به فرهنگ، زبان و هنجارهای

شد بیشترین موارد نگرانی که از سوی سالمندان و مراقبین آنان توسط سازمان بهداشت جهانی مطرح شده است، دسترسی آسان به خدمات سلامت، مراقبت‌های مطلوب و باکیفیت بوده است [۱۳]؛ بنابراین سازمان بهداشت جهانی با طراحی و انتشار راهنمای مراکز بهداشتی دوستدار سالمند به معرفی مؤلفه‌های مورد نیاز پرداخته و کشورها را به رعایت این اصول در مراکز خدمات مراقبت‌های اولیه ترغیب کرده است [۱۵].

نیاز به بهبود زیرساخت‌های مراقبت‌های بهداشتی در سطح اولیه، آموزش پرسنل بهداشتی و بهبود کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی برای سالمندان از اجزای لازم‌الاجرای این مراکز است. از این رو، بررسی وضعیت موجود ساختاری و عملکردی مراکز بهداشتی با تکیه بر ساختار پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی و انجام مطالعاتی در راستای ارزیابی تطبیقی مراکز بهداشتی درمانی ارائه‌دهنده خدمات اولیه بهداشتی سالمندان و کیفیت خدمات ارائه‌شده به این گروه در مراکز اولیه بهداشتی بر پایه اصول مندرج در راهنمای مراکز خدمات اولیه بهداشتی سالمند دوست سازمان بهداشت جهانی ضروری به نظر می‌رسد [۲۶].

این راهنما با بررسی متغیرهایی، از جمله دسترسی سالمند به مراکز بهداشتی (حمل‌ونقل، پارکینگ، در ورودی، طراحی اتاق‌ها، آرایش صندلی‌ها، اندازه عرض درها، دسترسی برای افراد ویلچری و غیره)، ارزیابی علائم و نشانه‌ها^۴ (تابلوهای راهنما، عنوان کارکنان و غیره)، ارزیابی خدمات بالینی و بهداشتی ارائه‌شده در این مراکز، همچنین ارائه مشاوره‌های بهداشتی و آموزش سبک زندگی به ارائه‌الگوی مناسبی برای خدمت‌رسانی به سالمندان می‌پردازد. از جمله موارد دیگر تأکیدشده در این راهنما، راهکارهای چگونگی سازمان‌دهی خدمات برای برخورداران از یک مرکز بهداشت سالمند دوست، نوبت‌دهی سالمند (فلوچارت و چک‌لیست نوبت‌دهی)، سیستم ارجاع بین مرکز بهداشت و بیمارستان، پروتکل معاینات و مشاوره سالمند با حفظ حریم شخصی سالمند، اصول طراحی جهان‌شمول^۵ و ملاحظات طراحی هستند.

با توجه به افزایش روزافزون سالمندان جهان و همچنین ایران، توجه به مسائل سالمندان، از جمله امور مهم در سیاست‌گذاری اجتماعی کشورها محسوب می‌شود. این در حالی است که بدون آگاهی از نیازهای اساسی و پایه سالمندان و چالش‌هایی که برای دستیابی به خدمات سلامت در مراکز جامع سلامت با آن دست به گریبان هستند، نمی‌توان به برنامه‌ریزی دقیقی در راستای سلامت و رفاه اجتماعی این قشر دست یافت؛ بنابراین محققان بر آن شدند تا به تبیین چالش‌های ساختاری عملکردی مراکز جامع سلامت شهر بابل از دیدگاه دریافت‌کنندگان خدمت، سالمندان و خانواده آنان و نیز ارائه‌دهندگان مستقیم خدمت بپردازند.

3. Age Friendly Primary Health Toolkit

4. Signage

5. Universal Design

6. Content Analyses

7. Conventional

تمام مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان ضبط شد و بلافاصله بعد از اتمام هر مصاحبه، متن کامل آن به علاوه احساسات شرکت‌کنندگان، مانند لحن کلام، سکوت، خنده و غیره پیاده شد. در واقع، جمع‌آوری اطلاعات و فرایند تحلیل به طور متناوب و موازی انجام شد، به طوری که بعد از انجام هر مصاحبه، داده‌ها پیاده و تجزیه و تحلیل شد. به دلیل تعداد بالای شرکت‌کنندگان، رونویسی یک فرایند پرزحمت و زمان‌بر بود و برای صحت رونویسی، هر مصاحبه به دفعات گوش داده شد.

هر مصاحبه در فایل مجزایی در برنامه ورد ذخیره و بر اساس کد مصاحبه نام‌گذاری شد. ضمن اصل قرار دادن و مقایسه مداوم طی ۳ مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی اقدام به کدگذاری شد. سپس کدها بازخوانی شد تا بر اساس تشابه معنایی در زیرطبقات و طبقات اصلی جایگزین شوند و در نهایت، پژوهشگر و مشارکت‌کنندگان به اشتراک معنایی درباره طبقات رسیدند. در فرایند آنالیز، کدها در حقیقت بازگوکننده این هستند که کدام داده‌ها می‌توانند در قالب و الگوهای مشابه قرار گیرند. سپس کدهای ایجادشده همراه با واحدهای معنا به برنامه اکسل منتقل شدند تا فرایند آنالیز و گروه‌بندی داده‌ها در طبقات تسهیل شود. در فرایند طبقه‌بندی، تم‌ها و طبقات شناسایی می‌شوند. به مجرد اینکه طبقات برقرار شد، گردآوری آنالیز و نوشتن جزئیات فرایند آغاز شد. برای تعیین صحت داده‌ها^۸ از معیارهای مقبولیت^۹، قابلیت اعتماد^{۱۰}، تأییدپذیری^{۱۱} و انتقال‌پذیری^{۱۲} استفاده شد [۲۷، ۲۸].

یافته‌ها

در ابتدا به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در مطالعه پرداخته می‌شود. در بخش بعدی به تحلیل محتوای کیفی به‌دست‌آمده از مصاحبه پرداخته خواهد شد. میانگین سن مصاحبه‌شوندگان سالمند $71/47 \pm 7/88$ سال بود که شامل ۹ مرد (۳۹ درصد) و ۱۴ زن (۶۱ درصد) بودند (جدول شماره ۱).

یکی از اعضای خانواده ۵ سالمند هم در این مطالعه شرکت داشتند که شامل ۲ زن و ۳ مرد بودند. از این گروه، ۴ مورد فرزند و ۱ مورد نوه سالمند بوده‌اند که میانگین سنی این افراد $37 \pm 9/54$ سال و سطح تحصیلات‌شان از دیپلم تا کارشناسی بود. ۵۰ درصد مصاحبه‌شوندگان شاغل در مراکز بهداشتی، پزشک خانواده و ۵۰ درصد مراقبین سلامت بودند (جدول شماره ۲).

منطقه، داشتن تجربه عمیق راجع به پدیده، همکاری مطلوب و توانایی انتقال تجربشان به دیگران معیارهای ورود به مطالعه بودند. یکی از روش‌های گردآوری داده‌ها که در پژوهش کیفی بیشتر استفاده می‌شود، مصاحبه نیمه ساختاریافته است. این نوع مصاحبه به شرکت‌کنندگان فرصت می‌دهد تا تجربه‌های خود را از پدیده مورد نظر به طور کامل شرح دهند.

مصاحبه‌ها پس از معرفی، آشنایی اولیه و بیان هدف مطالعه آغاز شد. سپس، بر اساس سؤالات هدایتگر از پیش تعیین شده به تدریج سؤالات در زمینه درک و نگاه آنان نسبت به چالش‌های ساختاری عملکردی مراکز جامع سلامت و موانع موجود در دسترسی به این خدمات متمرکز شد. سؤالات مورد پرسش، در قالب راهنمای مصاحبه، بر اساس بررسی متون و مستندات موجود در راهنمای مراکز بهداشتی دوستدار سالمند سازمان بهداشت جهانی گنجانیده و به منظور تعیین روایی آن، توسط چند نفر از استادان متخصص در این زمینه بررسی و بازبینی شد. یک مصاحبه پایلوت برای آشنایی و بررسی پیشرفت کار توسط محقق انجام شد.

در انجام مصاحبه‌ها سعی شد تا حد امکان گفت‌وگوها هدفدار اداره شوند. سؤالات مورد پرسش در قالب راهنمای مصاحبه گنجانیده شدند، اما توالی و نوع سؤالات برای تمام شرکت‌کنندگان مشابه نبوده و در مراحل تحقیق بازنگری شد. نتایج هر مصاحبه، مصاحبه بعدی را هدایت می‌کرد. مدت زمان مصاحبه با توجه به شرایط شرکت‌کنندگان، از جمله توانایی و حوصله شرکت‌کنندگان جهت گفت‌وگو تعیین شد، اما سعی شد بین نیم ساعت تا ۴۵ دقیقه انجام شود.

مصاحبه‌ها معمولاً پس از معرفی، آشنایی اولیه، بیان هدف از مطالعه و جلب اعتماد او با یک سؤال کلی و باز آغاز شد. سپس بر اساس سؤالات هدایتگر از پیش تعیین شده به تدریج سؤالات بر درک و نگاه آنان نسبت به خدمات مراکز بهداشت و چالش‌های موجود در دسترسی به این خدمات و ایده‌آل‌های‌شان متمرکز شد. در صورت لزوم از سؤالات کاوشی مانند «مثلاً چی»، «یعنی چی»، «لطفاً یک مثال بزنید» یا «لطفاً بیشتر توضیح دهید» استفاده شد.

آیا طرح‌بندی علائم و نشانه‌ها در مرکزتان جهت سهولت دسترسی سالمندان به درستی انجام شده است؟ عناصر اصلی مدیریتی برای موفقیت یک مرکز بهداشتی و درمانی برای ارائه خدمت به سالمندان کدام هستند؟ در مرکز شما در فرایند خدمت‌رسانی به سالمند چه موانعی وجود دارد؟

هدف از مصاحبه، رسیدن به درک واحد و مشابهی از پدیده مورد مطالعه است، یعنی درک پدیده همان‌طور که مصاحبه‌شونده‌ها تجربه می‌کند. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع اطلاعات، به طوری که توسعه مفهوم به خوبی انجام شده باشد و ادامه مصاحبه هیچ داده جدیدی به داده‌های قبلی اضافه نکند، ادامه یافتند [۲۸].

8. Trustworthiness
9. Credibility
10. Dependency
11. Confirmability
12. Transferability

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش

ردیف	جنس	سن	وضعیت تاهل	نحوه زندگی	وضعیت اشتغال	سطح تحصیلات
۱	زن	۷۶	بیوه	تنها	خانهدار	بی‌سواد
۲	مرد	۷۸	متاهل	همسر و فرزندان	بازنشسته	بی‌سواد
۳	زن	۷۵	بیوه	تنها	خانهدار	بی‌سواد
۴	زن	۸۰	مطلقه	تنها	خانهدار	بی‌سواد
۵	مرد	۶۵	متاهل	همسر و فرزندان	بازنشسته	دیپلم
۶	زن	۶۱	متاهل	همسر	خانهدار	۵ ابتدایی
۷	زن	۷۳	بیوه	فرزند	خانهدار	بی‌سواد
۸	مرد	۸۱	بیوه	تنها	بازنشسته	۵ ابتدایی
۹	زن	۶۷	بیوه	فرزند	خیاط	۵ ابتدایی
۱۰	زن	۶۰	متاهل	همسر و فرزند	کشاورز	۵ ابتدایی
۱۱	مرد	۷۰	متاهل	همسر و فرزند	بازنشسته	لیسانس
۱۲	زن	۷۱	متاهل	همسر و فرزند	خانهدار	بی‌سواد
۱۳	زن	۷۰	متاهل	همسر	خانهدار	بی‌سواد
۱۴	مرد	۸۴	متاهل	همسر	بازنشسته	بی‌سواد
۱۵	زن	۷۵	متاهل	همسر	خانهدار	بی‌سواد
۱۶	مرد	۷۱	متاهل	همسر و فرزند	بازنشسته	لیسانس
۱۷	زن	۶۳	متاهل	همسر و فرزند	خانهدار	۶ ابتدایی
۱۸	زن	۷۵	بیوه	تنها	خانهدار	بی‌سواد
۱۹	مرد	۶۰	متاهل	همسر و فرزند	شغل آزاد	ابتدایی
۲۰	زن	۸۳	بیوه	فرزند	خانهدار	بی‌سواد
۲۱	مرد	۸۲	بیوه	تنها و پرستار	بازنشسته	۵ ابتدایی
۲۲	مرد	۶۴	متاهل	همسر	کشاورز	نهضت
۲۳	زن	۶۰	بیوه	تنها	خانهدار	نهضت

سالمند

عوامل ساختاری: یکی از طبقات بسیار مهم، چالش‌های مرتبط با عوامل ساختاری بود که به ۳ زیرطبقه: ساختمانی، امکانات/تسهیلات و تجهیزات تقسیم‌بندی شد. یکی از زیرطبقات استخراج شده لزوم دوستدار سالمند بودن ساختار ساختمانی مرکز بهداشتی اولیه بود. داشتن پارکینگ مناسب برای مراجعین، همکف بودن ساختمان یا داشتن آسانسور در صورت وجود پله، وجود سرویس بهداشتی برای مراجعین، وجود نرده مناسب در ۲ طرف پله، خروجی‌های اضطراری قابل شناسایی و دسترسی، پارکینگ اختصاصی برای افراد دارای ناتوانی و معلولیت/افراد سالمند در مجاورت ورودی اصلی از ضرورت‌هایی بود که توسط مشارکت‌کنندگان عنوان شد.

پس از جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، دسته‌بندی کدهای موجود در هر طبقه و ایجاد زیرطبقات انجام شد. حاصل تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده، ۴۲۰ کد از طرف سالمندان و ۳۸۰ کد از طرف کارکنان مراکز بوده است. بر اساس هم‌پوشانی، کدهای فوق ادغام شدند و ۷۲ کد باقی ماندند. سپس دسته‌بندی اولیه‌ای از کدها با مقایسه مداوم کدها و داده‌های خام براساس تشابه/تفاوت انجام شد. کدهای به دست آمده در ۵ طبقه و ۱۲ زیرطبقه قرار گرفتند که در **جدول شماره ۳** آورده شده است که عبارت‌اند از: عوامل ساختاری، مسائل رفتاری، حمایت اجتماعی، مشخصه‌های آموزشی و ویژگی‌های عملکردی.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پزشکان یا مراقبین سلامت شرکت‌کننده در پژوهش

ردیف	سن	جنسیت	مدت اشتغال	تحصیلات
۱	۳۷	زن	۷ سال	دکتری
۲	۴۰	زن	۹ سال	دکتری
۳	۴۵	زن	۷ سال	دکتری
۴	۴۹	مرد	۲۴ سال	دکتری
۵	۴۶	مرد	۲۰ سال	دکتری
۶	۵۴	مرد	۲۳ سال	دکتری
۷	۴۲	مرد	۱۲ سال	دکتری
۸	۲۹	زن	۶ سال	کارشناس مامایی
۹	۲۷	زن	۳ سال	کارشناس مامایی
۱۰	۳۱	زن	۶ ماه	کارشناس مامایی
۱۱	۴۵	زن	۱۰ سال	کارشناسی
۱۲	۴۰	زن	۷ سال	کارشناسی
۱۳	۳۹	زن	۵ سال	ارشد جامعه‌شناسی
۱۴	۲۷	زن	۳ سال	کارشناس مامایی

سالمند

همچنین وجود ویلچر برای سالمند ناتوان، آبخوری در سالن انتظار، وجود تلفن عمومی در نزدیکی ورودی یا سالن انتظار، وجود حمل‌ونقل عمومی و به ویژه وجود تجهیزات کافی و سالم برای خدمات مراقبت‌های ادغام یافته سالمندی از ضروریات مهم عنوان شد.

عوامل رفتاری: طبقه دیگر چالش‌های رفتاری و ارتباطی بود که سالمندان و کارکنان با آن دست به گریبان بودند با ۳ زیرطبقه کارکنان/ارائه‌دهندگان خدمت (مراقبین سلامت و پزشکان)، ارتباطات/تعاملات و سالمندان. گاهی موانع رفتاری موجب ایجاد اختلال در روند آموزش و درمان سالمند می‌شود. در زیرطبقه کارکنان، سالمندی می‌گوید: «اصلاً گوش نمی‌ده من چی می‌گم. وقتی حرف می‌زنم نگاهم نمی‌کنه، فقط سریع نسخه می‌نویسه» یا سالمند دیگری اعتراض داشت: «آن قدر بی‌توجهه که داروهای منو اشتباهی نوشت. وقتی داروخانه رفتم فهمیدم» که قطعا این موارد باعث کاهش اعتماد نسبت به پزشک خواهد شد. موانع ارتباطی بین سالمند و مراقب سلامت یا پزشک خانواده یکی از زیرطبقه‌های مهم به دست آمده بود. قطعا ارتباط درست و انتقال پیام وقتی به درستی انجام پذیرد، موجب شناخت مشکل و برطرف کردن آن می‌شود.

مراقبان سلامت و پزشک عنوان کردند: «بعضی از سالمندا نمی‌تونن این همه پله رو بیان بالا یا ویلچر دارن، اما اینجا رمپ نداره. سخته. پس من خودم می‌رم تو حیاط ویزیتش می‌کنم.» یا پزشک دیگری می‌گوید: «اینجا فقط دوسه تا پله داریم، اما همینو به خاطر نداشتن نرده، بعضی‌ها به سختی بالا میان» یا یک مراقب سلامت می‌گوید: «ما واسه ماشین خودمون پارکینگ کافی نداریم چه برسه مراجعه‌کننده.» یکی دیگر از زیرطبقات استخراج‌شده، امکانات مرکز بود. سالمندان و پرسنل معتقد بودند که سالمندان به دلیل بیماری‌های متعدد وابسته به دارو یا آزمایشگاه هستند، مشارکت‌کنندگان سالمند می‌گفتند: «کاش داروخونه و آزمایشگاه هم همین جا داشت که نسخه به دست اینجا و اونجا نریم.»

یا دیگری می‌گفت: «وقتی دکتر آزمایش می‌نویسه غصم می‌گیره تا بخوام برم آزمایشگاه» مراقبین سلامت عنوان کردند: «ما خدمات جدایی به سالمندان نمی‌دیم و امکانات ویژه‌ای براشون نداریم» زیرطبقه سوم تجهیزات مرکز بود. از آنجا که سالمندان معمولا دچار مشکلات اسکلتی-عضلانی هستند و دردهای مزمنی را تجربه می‌کنند، وجود صندلی‌های کافی و مناسب (ارگونومیک) در مراکز بهداشتی ضروری به نظر می‌رسد. مراقبان سلامت می‌گویند: «دوره کرونا سالمند و بیمار توی سالن کنار هم بودند. باید فضای جداگانه‌ای براشون در نظر گرفته بشه.»

جدول ۳. طبقات و زیرطبقات استخراج شده از پژوهش

طبقه اصلی	طبقات فرعی	کدهای استخراج شده
عوامل ساختاری	ساختمانی	وجود سرویس بهداشتی برای مراجعین برخورداری از پله مناسب یا آسانسور برخورداری از نرده مناسب در راه پله‌ها خروجی‌های اضطراری قابل شناسایی و قابل دسترس داشتن پارکینگ مناسب پارکینگ اختصاصی برای افراد مسن و معلولین در مجاورت ورودی اصلی ضرورت وجود آزمایشگاه
	امکاناتی/ تسهیلاتی	ضرورت وجود خدمات تشخیصی ضروری فاصله مناسب مرکز خدمات بهداشتی درمانی تا محل سکونت سالمند برقراری شیفت عصر جهت دسترسی سالمندان تجهیزات کافی برای ارزیابی و غربالگری سالمندان صندلی‌های ارگونومیک در فضای انتظار و اتاق معاینه سالمند دسترسی به ویلچر دسترسی به تلفن عمومی (در نزدیکی ورودی یا سالن انتظار) دسترسی آسان به حمل‌ونقل عمومی
مسائل رفتاری	چالش‌های رفتاری کارکنان/ ارائه‌دهندگان خدمت	زمان‌دهی کافی پزشک در تسریع خدمت اعتمادسازی رویکرد یکپارچه برای بهبود سلامت آشنایی کارمند با زبان و گویش سالمند
	ارتباطات/تعامل	برقراری ارتباط مناسب، به ویژه با سالمندان مبتلا به اختلالات شنوایی و شناختی برقراری تماس تلفنی با سالمندان ناتوان برای پیگیری دیدگاه مناسب نسبت به کارکنان (در تشخیص و درمان) رضایت سالمند از برخورد پزشک یا کارکنان رضایت از معاینه و تشخیص پزشک یادآوری مراقبت‌های دوره‌ای جدی گرفتن بیماری توسط سالمند جدی گرفتن پرهیزهای غذایی مرتبط با سلامت در اولویت قرار دادن سالمندان عدم ترجیح سالمند برای مراجعه مستقیم به متخصص (ارجاع معکوس) ترمیم نگرش سالمند نسبت به لزوم دریافت دارو در هر بار مراقبت پزشک عدم خوددرمانی سالمند مصرف کردن داروهای گیاهی به جای درمان دارویی اعتقاد به طب سنتی
مؤلفه‌های آموزشی	مرتبط با کارکنان/ ارائه‌دهندگان خدمت	مهارت کافی کارکنان در ارزیابی جامع سالمندی مهارت کافی پرسنل در بررسی بالینی سندروم‌های سالمندی تبحر کارکنان در درک و اجرای مراقبت‌های ادغام‌یافته سالمندی به‌روز شدن راهنماها برای غربالگری درست وجود ساختار مناسب برای اجرای استانداردهای مراقبت از سالمندان کلاس‌های آموزشی عملی و کاربردی کافی و به‌روز برای کارکنان عملکرد مروجین بهداشت آموزش‌دیده تأکید بیشتر بر کیفیت مراقبت تا کمیت آن (در دوره‌های آموزش مداوم و پایش‌ها) سیستم ارزشیابی مناسب
	مرتبط با سالمندان	آشنایی کامل سالمند با برنامه ادغام‌یافته سالمندی دسترسی به مطالب بهداشتی کافی برای ارائه به سالمندان آگاه‌سازی سالمند از علائم و نشانه‌های بیماری زمان‌دهی کافی برای مشاوره فرهنگ‌سازی

طبقات اصلی	طبقات فرعی	کدهای استخراج شده
حمایت اجتماعی	ارتباطات اجتماعی و حمایت عاطفی	توانایی پرداخت هزینه دارو ایجاد طرح‌های حمایتی مثل تهیه سمک و عینک داشتن همراه در زمان مراجعه به مرکز رساندن سالمند به مرکز بهداشت توسط وسیله نقلیه توجه فرزندان به والدین ضرورت وجود سازمان‌های مردم‌نهاد برای حمایت از سالمندان ناتوان ارائه تخصص یا توانایی‌هایی فردی به سالمندان ناتوان
چالش‌های عملکردی	خدماتی	تبحر پزشک وجود پزشک متخصص در مراکز ارجاع درست به سطوح بالاتر افزایش زمان مشاوره نوبت‌دهی مناسب تسریع در فرایند پذیرش سالمند ویزیت در منزل برای سالمندان ناتوان وجود امکانات مناسب فراخوان ۳ ماهه سالمند، بیماریابی مناسب و برطرف کردن مشکلات رفاهی سالمند کمترین مراجعه بیشترین مراقبت اولویت دادن بهداشت بر درمان
	انگیزشی	برآورده شدن انگیزه‌های مالی کارکنان امکانات رایگان مثل تست‌های رایگان یا دسترسی به مکمل‌ها

سالمند

پزشکی عنوان کرد: «من سالمندی دارم که ناشنواست و بیشتر تنها می‌آید. من با لب‌خوانی تقریباً متوجه می‌شوم که چه مشکلی دارد و به همسرش گفته‌ام اگر مشکل جدیدی برایش ایجاد شد در یک برگه کاغذ برایم یادداشت کند.» یا پزشک‌گانی ابراز کردند: «گاهی سالمند اختلال شناختی دارد و درک کاملی از مطالبی که عنوان می‌کنیم، ندارد و ممکنه مجبور شوم چند بار برایش توضیح دهم و بهتر است که حتماً با همراه مراجعه داشته باشند.» سالمندان ممکن است به مراقبت‌های دوره‌ای اعتقادی نداشته باشند یا به محض ایجاد مشکل به پزشک متخصص مراجعه کنند.

پزشکان و مراقبین عنوان کردند: «سالمند دست به خوددرمانی می‌زنه، دُز دارو را کم یا زیاد می‌کنه، داروهای گیاهی مصرف می‌کنه.» پزشکی عنوان کرد: «هر بار که برای مراقبت می‌آیند، دوست دارند نسخه نوشته شود یا فقط وقتی مریض می‌شوند، مراجعه دارند.» مراقب سلامت و پزشک عنوان کردند: «خیلی دوست دارند دارو سریع اثر کند، در صورتی که مشکلات و بیماری‌های دوره سالمندی پیچیده است. گاهی نیاز به صبر و تحمل دارد.»

پزشکی عنوان کرد: «به نظرم استاندارد برای ارزیابی سالمند وجود داره، اما به‌روزرسانی راهنماها دیر اتفاق می‌افته و این در غربالگری بیماری‌ها اختلال ایجاد می‌کنه.» سالمندی عنوان کرد: «با این برنامه با این اسم آشنا نیستم، اما هر چند وقت یک‌بار برای دریافت مراقبت وزن و فشار سر می‌زنم.» نوه یک سالمند گفت: «کاش کلاس‌های آموزشی درباره بیماری‌های شایع سالمندی و نحوه مراقبت برای ما برگزار می‌شد که بدونیم در شرایط مختلف براشون چه کار کنیم.»

حمایت اجتماعی: با ۳ زیرطبقه مالی/اقتصادی، ارتباطات اجتماعی، خدمات داوطلبانه پدیدار شد. در تحلیل روابط اجتماعی، هر رابطه‌ای که با فردی غیر از خودمان برقرار می‌کنیم،

مشخصه‌های آموزشی: طبقه سوم استخراج شده از مطالعه حاضر موضوع پراهمیت آموزش با ۲ زیرطبقه برای کارکنان/ارائه‌دهندگان خدمت و برای سالمندان بوده است. آموزش، فرصتی اساسی برای گسترش دانش افراد است. می‌توان پیشرفت بشر را حاصل یادگیری از آموزش، فهم دانش نهفته در آن و در مرحله آخر به‌کارگیری آن دانش و آموزش آموخته‌شده دانست. کاستی‌های زیادی از طرف هر ۲ گروه در این زمینه عنوان شد.

فاطمه سلیمانی کبری و همکاران. تبیین چالش‌های ساختاری عملکردی مراکز جامع سلامت شهر بابل مبتنی بر راهنمای سازمان جهانی بهداشت

همه پزشکان و مراقبین سلامت ابراز کردند: «هیچ پاداشی، چه مادی چه معنوی در نظر گرفته نمی‌شود. ماییم و وجدان مان. فکر می‌کنم پدر و مادر خودم هستند. همه سعی‌ام را می‌کنم که راضی باشند» یا یک مراقب سلامت عنوان کرد: «وقتی خودم یک اداره‌ای می‌رم و دوست دارم با احترام با من برخورد بشه، در قبال دیگران هم کارم را درست انجام می‌دم.» مراقبین سلامت زیادی عنوان کردند دادن مکمل به سالمندان، آن‌ها را ترغیب می‌کند تا دوباره بیایند یا مراقب سلامت دیگری می‌گوید: «وقتی یک ورق ویتامین دی بهشون می‌دی، انگار دنیا را بهشون دادی. خوشحال برمی‌گردن خونه.» پزشکی عنوان کرد: «سالمند دوست داره وقتی می‌ره خونه یه چیزی دستش بگیره و بره.» همچنین سالمندی عنوان کرد: «همیشه می‌گن مکمل نداریم. خوب من خودم فشارسنج دیجیتالی دارم. برای چی بیام اینجا مزاحم‌شون بشم.» مشارکت‌کننده‌های سالمند مهم‌ترین عامل انگیزشی در تکرار دفعات مراجعات را روی خوش پرسنل، مکمل یاری و امکانات کافی در مراکز ذکر کردند.

بحث

از آنجا که مراقبت‌های اولیه اولین رابط اصلی خدمات بهداشتی فرد سالمند در جهت حفظ و ارتقای سلامت او است، ارزیابی مناسب بودن نحوه ارائه خدمات برای این گروه جمعیتی که از آسیب‌پذیرترین قشر جامعه هستند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این راستا برخورداری از مراکز بهداشتی و درمانی دوستدار سالمند بسیار حائز اهمیت جلوه می‌کند.

بر اساس رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی در تولکیت استفاده‌شده برای مراقبت‌های بهداشتی دوستدار سالمند برخورداری از حوزه‌های ذیل لازم دیده شده است که این ابعاد در طبقات پدیدار شده این مطالعه کیفی نیز مشهود هستند: ساختار مرکز بهداشت و طراحی جهان‌شمول (طبقه عوامل ساختاری)، وضعیت عملکردی سیستم به لحاظ پروتکل غربالگری، سیستم اطلاع‌رسانی/مشاوره‌ای/آموزشی، نوبت‌دهی سالمند، سیستم‌ارجاع و نیز پروتکل معاینات و مشاوره سالمند (طبقات مسائل رفتاری و مشخصه‌های آموزشی) و همچنین نحوه مدیریت مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر جامعه و صلاحیت مراقبین و مدیران سلامت (طبقات حمایت اجتماعی و چالش‌های عملکردی).

در مطالعه حاضر، مؤلفه‌های مربوط به عوامل ساختاری با ۳ زیرطبقه ساختمانی، امکانات/تسهیلات و تجهیزات پدیدار شد. در این مطالعه یکی از عوامل بازدارنده مراقبت سالمندی سالم، نبود تجهیزات و ساختار فیزیکی مناسب برای ارائه مراقبت از سالمندان بود. وجود فضای فیزیکی مناسب با ایجاد دید مثبت در دریافت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات می‌تواند نقش مؤثری در ارتقای کیفیت خدمات داشته باشد [۲۹].

به عنوان یک رابطه اجتماعی بررسی می‌شود. مشکلات اقتصادی در جامعه موجب افزایش قیمت داروها و هزینه‌های تشخیص و درمان و شدت است، به ویژه برای سالمندانی که درآمد زیادی ندارند، از بیماری‌های مزمن هم‌زمان رنج می‌برند و نیاز به داروهای تخصصی و باکیفیت دارند.

مراقبین سلامت و پزشکان عنوان کردند: «پزشک خانواده قبلاً هزینه ویزیت نمی‌گرفت، اما الآن یک مبلغی دریافت می‌شه و گاهی پیش می‌آد سالمند همین هزینه را نداشته باشه که ما ازش دریافت نمی‌کنیم، اما در بخش دارو هزینه‌ها زیاده و پیش می‌آد که سالمند یا همراهش می‌گن ما نمی‌تونیم این دارو را بگیریم اگر ممکنه یه جایگزین ارزون‌تر نسخه کنید.» وجود سازوکارهای حمایت دولتی و سازمان‌های مردم‌نهاد در هر ۲ زیرطبقه برای سالمندان بی‌بضاعت و کم‌بضاعت و ایجاد ایجاد طرح‌های حمایتی از قبیل: خدمات دندان‌پزشکی، تهیه سمک و عینک برای این قشر آسیب‌پذیر ضرورتی انکارناپذیر است. وجود سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌ها و داوطلبین حمایت‌های اجتماعی نیز می‌تواند در راستای حمایت از سالمندان ناتوان و کم‌توان مؤثر باشد. یک مراقب سلامت می‌گفت: «هر کسی که تخصصی داره، می‌تونه بخشی از مشکل سالمندان را حل کنه. سالمند که فقط مشکل بهداشتی نداره.»

چالش‌های عملکردی: طبقه آخر با ۲ زیرطبقه مهم خدماتی و انگیزشی شناخته شد. در بخش خدمات ضروری یک مرکز بهداشت برای سالمندان کدهای زیادی، از قبیل ضرورت ارجاع درست به سطح بالاتر، ضرورت افزایش زمان مشاوره، ضرورت ویزیت در منزل برای سالمندان ناتوان و ضرورت تسریع در فرایند پذیرش، ضرورت بیماری‌یابی مناسب و همچنین ضرورت اولویت دادن بهداشت بر درمان استخراج شد. یک مراقب سلامت عنوان می‌کند: «سیستم ارجاع به طور کامل فعال نیست و از پزشک به متخصص انجام نمی‌شود.» سالمندان مشارکت‌کننده و خانواده‌های آن‌ها بر لزوم وجود پزشکان متخصص در مراکز بهداشتی حداقل برای چند روز در هفته تأکید داشتند.

سالمندی می‌گفت: «داروهای ما و بیماری‌هامون زیاده و تخصصی. چقدر خوبه که این مراکز که در کل شهر پراکنده هستند و دسترسی به آن‌ها آسون‌تر هست و برای بیماری‌هایی مثل قلب و غدد که بین سالمندان شایع‌تره، متخصص داشته باشن.» انجام بیشترین خدمات در یک بار مراقبت نکته بسیار مهم دیگری بود که یکی از پزشکان به آن تأکید کرد: «بسیاری از سالمندان ناتوان و کم‌حوصله هستند یا کسی را ندارند که آن‌ها را همراهی کند؛ بنابراین بهترین کار این است که مجموعه‌ای از مراقبت در یک ویزیت انجام شود.» زیرطبقه دیگری که از کدهای استخراج‌شده از مصاحبه‌ها ایجاد شد، مسائل انگیزشی تأثیرگذار بر عملکرد کارکنان و سالمندان بود.

مهارت ارتباطی بیشتری از ارائه‌دهندگان خدمت دارند. پزشکان زن از پزشکان مرد و پزشکان عمومی از پزشکان متخصص مهارت ارتباطی بهتری دارند. تنها ۶۵ درصد پزشکان نسبت به ضرورت آموزش و کاربرد مهارت‌های ارتباطی نگرش مثبت دارند [۳۶].

اعتماد نداشتن بیماران به پزشک، موجب عدم تبعیت از دستورات پزشک و متحمل شدن هزینه‌های سنگین برای بیمار و نظام سلامت می‌شود؛ بنابراین اتخاذ تدابیری برای ارتقای مهارت‌های ارتباطی پزشکان و جلب اعتماد بیماران ضروری به نظر می‌رسد. مؤلفه دیگر در این طبقه، ملزم کردن پزشک به تجویز دارو در هر بار ملاقات بود. تجویز منطقی دارو و گام نهادن به سوی جامعه‌ای با مصرف مناسب، بی‌خطر و کارآمد دارو، از محورهای اصلی توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی است [۳۷].

این در حالی است که افتخاری و همکاران گزارش کرده‌اند میانگین تعداد اقلام تجویزی به ازای هر نسخه در واحدهای مجری برنامه پزشک خانواده نسبت به هدف‌گذاری کشوری برنامه پزشک خانواده و استاندارد جهانی بالاتر بوده است [۳۸] که ممکن است یکی از دلایل آن نگرش سالمندان به لزوم دریافت دارو در هر ویزیت باشد. مؤلفه‌هایی مثل زمان ملاقات، نوبت‌دهی آسان و آشنایی با زبان بیمار نیز تسهیل‌کننده مراجعات معرفی شدند. آقاباقری و همکاران گزارش کرده‌اند بین رضایت از زمان‌بندی قرار ملاقات و زمان انتظار، پخش شدن قرار ملاقات‌ها، انجام قرار ملاقات در زمان دقیق، انتخاب درمانگر و در نظر گرفتن ترجیحات، همبستگی معنادار مثبتی وجود دارد [۳۹].

یکی دیگر از مؤلفه‌های رفتاری، خوددرمانی سالمندان بود. گسترش روزافزون داروهای قابل‌دسترسی اعم از داروهای بدون نسخه یا با نسخه باعث شده است که بیشتر سالمندان نسبت به گذشته داروهای بیشتری مصرف کنند. این در حالی است که از معایب خوددرمانی می‌توان به تشخیص اشتباه بیماری، مصرف دارو با دُزهای بیشتر و نیز مدت زمان طولانی مصرف، اثرات متقابل داروها و بیش‌دارویی اشاره کرد [۴۰] که نیازمند بازبینی جدی است.

طبقه سوم یافته‌های مطالعه حاضر دربرگیرنده چالش‌های آموزشی سالمندان و ارائه‌دهندگان خدمت بوده است. سهم عمده‌ای از مشکلات مراقبت سالمندان با دریافت آموزش ناکافی آنان مرتبط است [۴۱]. این در حالی است که مهم‌ترین کلید دستیابی و تداوم رفتارهای ارتقادهنده سلامت افزایش آگاهی و تغییر نگرش و باور افراد نسبت به آن رفتار است که در سالمندان به شکل پررنگ‌تری مطرح است، چراکه بیشتر آنان دانش پایه‌ای در زمینه مفاهیم سلامت ندارند. درواقع، آموزش از جمله مؤثرترین آزمایشاتی است که در تمام سطوح پیشگیری بدان پرداخته می‌شود. مطالعات مختلفی درباره تأثیر به‌کارگیری آموزش در بیماران سالمند انجام شده و تأثیر آموزش بر رفتارها و برآیندهای آنان تصویر شده است [۴۲، ۴۳].

مطالعات نشان می‌دهد فقدان شرایط مناسب در محیط‌های مراقبتی می‌تواند موجب تشدید استرس، افزایش احتمال حوادث، از جمله سقوط، کاهش تحرک و کاهش استقلال در سالمندان شود [۳۰]. از این رو، متخصصان معتقدند خدمات سالمندان باید با رعایت ملاحظات برای آنان مانند حفظ استقلال و امکان تحرک، تأمین احترام و حق مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها و همچنین متناسب‌سازی محیط فیزیکی به اقتضای توانایی‌ها و محدودیت‌های آنان باشد [۳۱]. مطالعه صافی و همکاران بر این امر صحنه گذاشته است که بیشترین شکاف کیفیت ارائه خدمات مربوط به فضای فیزیکی است [۳۲].

نتایج مطالعه معتقد و همکاران نیز تأیید کرده است که در مراکز بهداشتی و درمانی واقع در غرب تهران، شکاف کیفیت در همه ابعاد ۵ گانه پرسش‌نامه سروکووال (سنجش انتظارات و واقعیات موجود سازمان ارائه‌دهنده خدمت از دیدگاه مراجعه‌کنندگان) وجود دارد که بیانگر اختلاف معنادار بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات بهداشتی در ابعاد ملموسات، قابلیت اطمینان، پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمت، تضمین خدمت، همدلی و دسترسی به مراقبت و واقعیات بوده است [۳۳].

نتایج مطالعه الهمدان و همکاران در عربستان نیز در بسیاری از موارد با نتایج مطالعه حاضر همسو بود و مواردی از کمبود عوامل دسترسی آسان سالمند، مانند حمل‌ونقل عمومی، محدودیت‌های پارکینگ، پله‌ها، رمپ‌ها و پله‌های داخلی و عدم وجود نرده مشاهده شد [۷]. مطالعه جین وو و همکاران نیز بیانگر نیاز مبرم به تغییر ساختاری و عملکردی بخش مراقبت‌های اولیه به خصوص در حوزه‌های حمل‌ونقل به مراکز خدماتی، علائم و تسهیلات کلینیکی، محیط فیزیکی، از جمله مکان مناسب برای نشستن و فضای انتظار، روند مشاوره، هزینه‌های کلینیک، خدمات ارتباطی با جامعه، سیستم ارجاع، آموزش بهداشت، مدیریت دارو، استاندارد مراقبت از سالمندان، سیستم بازخورد و مهارت‌های ارتباطی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی بوده است [۱۸]؛ بنابراین توجه هرچه بیشتر به امکانات محیطی و فیزیکی مناسب سالمندان باید در اولویت قرار گیرد [۳۴].

طبقه دوم به‌دست‌آمده، مسائل رفتاری بود که در روند مراقبت‌های اولیه بهداشتی چالش ایجاد کرده و مانع رضایت‌مندی سالمندان از مراقبت دریافتی و تداوم مراجعات می‌شد. رضایت‌مندی مفهومی است که امروزه در مراقبت‌های پزشکی اهمیت ویژه‌ای یافته است. به طور خلاصه، این مشتریان تا چه حد باور دارند که خواسته‌های‌شان برآورده می‌شود، تنها خط‌مشی کارآمد برای تضمین بقای هر سازمان است [۳۵]. باید توجه داشت که مهارت‌های ارتباطی پزشکان با بیماران سالمند در تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماری‌ها بسیار مؤثر است، در حالی که کمابیش شکاف‌هایی در مراکز کشور مشاهده می‌شود. رضایی و همکاران گزارش کرده‌اند افراد مسن‌تر و باسوادتر توقع

باید خدمات بهداشتی درمانی را در اختیار داشته باشند و امکانات بهتری برای افزایش طول عمر آن‌ها فراهم شود [۵۵]. برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران حوزه نظام سلامت باید توجه داشته باشند که ارائه مراقبت سلامت در مراکز بهداشتی درمانی سطوح اولیه از نظر اقتصادی بسیار اثربخش‌تر و کارآمدتر از مراقبت ارائه‌شده در بیمارستان‌هاست [۵۶].

مراکز بهداشتی و درمانی، وظایف ارائه مراقبت پیشگیرانه و درمانی جامع و قابل دسترس برای دستیابی به متداول‌ترین نیازهای بهداشتی جامعه را به عهده دارند [۵۷]. یکی از چالش‌های مهم مرتبط با سالمندی جمعیت در دنیا، موضوع تهیه و تأمین خدمات سلامت برای سالمندان و تأمین مخارج بهداشتی و درمانی است. افزایش نسبت سالمندان با افزایش تقاضا برای دریافت خدمات سلامت همراه است [۵۸]. برآورد شده است که هزینه فراهم کردن خدمات سلامت برای افراد سالمند، ۳ تا ۵ برابر این هزینه‌ها برای افراد جوان‌تر است [۵۹، ۶۰].

اکنون مطالعات متعددی روی بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور انجام شده است، اما یا در گروه سنی سالمندان نبوده است یا بدون توجه به نوع آن (بستری و سرپایی) بررسی شده یا در سطح کشور نبوده، بلکه در گروه‌های محدود و در سطح بعضی شهرستان‌ها انجام شده است [۶۱، ۶۲].

در مطالعه تاجور و همکاران، مهم‌ترین علل مراجعه نکردن سالمندان هزینه زیاد خدمات، خوددرمانی و نداشتن بیمه بیان شده است و کمترین رضایت آنان از میزان هزینه خدمات سرپایی بوده است [۶۳] که همگی تأییدکننده نتایج مطالعه حاضر است؛ بنابراین برنامه‌ریزی نحوه ارائه خدمات سلامت بر پایه بهره‌مندی مکفی سالمندان لازم به نظر می‌رسد [۶۴].

زیرطبقه دیگر در بحث عملکرد مورد انتظار از مراکز بهداشتی و درمانی پدیده انگیزش بوده است. انگیزه، عاملی است که موجود زنده را به فعالیت وادار می‌کند و فعالیت او را در جهتی سوق می‌دهد. بهادری و همکاران در بررسی الگوی انگیزشی کارکنان بهداشت و درمان به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد الگوی نهایی انگیزش در بُعد عوامل بهداشتی حقوق و شرایط کاری دارای بیشترین میزان تأثیر بوده‌اند و بین عوامل انگیزشی ماهیت مسؤلیت‌ها و وظایف بیشترین وزن رگرسیونی را داشته است، بنابراین توصیه کردند برای ایجاد انگیزش به وضعیت حقوقی و نوع وظایف و مسؤلیت‌ها توجه ویژه‌ای انجام شود [۶۵].

دوگانی و همکاران نیز در بررسی سیستماتیک علل فرسایش شغلی کارکنان خط مقدم مراقبت‌های اولیه بهداشتی در کشورهای در حال توسعه اعلام کرده‌اند ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی نیازمند کارکنانی با انگیزه و ماهر است، اما این در حالی است که بسیاری از آنان با فرسایش شغلی دست به گریبان هستند. مهم‌ترین حیطه‌های فرسایش شغلی میان پزشکان،

البته چنین آموزشی باید مبتنی بر کسب آگاهی و شناخت دقیق نیازهای آموزشی سالمندان باشد. نکته حائز اهمیت پدیدار شده دیگر در مطالعه حاضر، کمبود محسوس آموزش و مهارت‌آموزی پرسنل مراقبت‌کننده سالمند در حیطه‌های مختلف بوده است. امروزه بسیاری از کشورها در جست‌وجوی آموزش‌های مؤثرتر برای کاستن هزینه‌های سیستم‌های بهداشتی و درمانی و پر کردن شکاف میان علم و عمل هستند. طی چند دهه گذشته، آموزش مداوم جامعه پزشکی برای ارتقای سلامت جامعه توسط بیشتر کشورها به کار گرفته شده است [۴۴، ۴۵].

شناسایی اولویت‌های آموزشی در سطوح مختلف می‌تواند موجب بهبود سطح کیفیت آموزش پزشکی و بهداشت و در نتیجه کارایی و اثربخشی هرچه سریع‌تر سیستم سلامت شود. این امر بخشی از سیاست دولت برای توسعه آموزش مداوم پزشکی است [۴۶، ۴۷].

طبقه چهارم، چالش درک حمایت اجتماعی دریافت‌شده با ۳ زیرطبقه حمایت مالی، ارتباطات اجتماعی و خدمات داوطلبانه بوده است. یکی از عوامل مهم تعیین‌کننده سلامت افراد، سلامت اجتماعی است که به اهمیت بُعد اجتماعی انسان اشاره دارد و در سال‌های اخیر توجه ویژه‌ای را جلب کرده است [۴۸].

حمایت‌های اجتماعی، خدماتی هستند که به نیازهای روانی، اجتماعی و عملکردی می‌پردازند. حتی مستقل‌ترین افراد نیز خواهان دریافت حمایت‌های اجتماعی هستند، اما این امر در ارتباط با برآوردن نیازهای سالمندانی که وابسته به دریافت کمک از دیگران هستند به شکل بارزتری نمود پیدا می‌کند [۴۹]. حمایت اجتماعی، عامل مهمی در سالمندی موفقیت‌آمیز بوده و به طور سنتی به عنوان حمایت از طرف خانواده، دوستان و آشنایان در نظر گرفته شده است [۵۰].

حمایت اجتماعی، شبکه‌ای از ارتباطات است که رفاقت، همکاری و تقویت احساسی را فراهم می‌آورد که علاوه بر تسهیل رفتارهای ارتقای سلامت موجب کاهش حوادث تنش‌زای زندگی و تسریع نیل به اهداف شخصی می‌شوند [۵۱]. در این رویکرد، تمرکز بر کیفیت روابط است [۵۲]. یافته‌های نیک‌بخش بیانگر آن بوده است که حتی اگر سالمندان از نظر مادی بی‌نیاز باشند، نباید نیاز به محبت و توجه به ایشان را نادیده گرفت [۵۳]. حسینی و همکاران نیز کاملاً همسو با مطالعه حاضر اعلان داشتند که بین ابعاد حمایت اجتماعی، بُعد عاطفی بیشترین تأثیر را بر سلامت عمومی سالمندان دارد، اما باید توجه کرد که سالمندان در کنار نیازهای عاطفی به حمایت‌های خدماتی، مالی و مشورتی هم نیازمندند که در راهنمای سازمان بهداشت جهانی مد نظر قرار داده شده است [۵۴].

در طبقه پایانی با عنوان چالش‌های عملکردی ۲ زیرطبقه خدماتی و انگیزشی پدیدار شده است. سلامت برای همه افراد یک هدف واحد نیست، بلکه تولید سلامت به این معناست که مردم

همان گونه که از نتایج این پژوهش برمی آید عوامل ساختاری، مسائل رفتاری، مشخصه‌های آموزشی، حمایت اجتماعی و چالش‌های عملکردی از مهم‌ترین دل‌مشغولی‌های سالمندان و ارائه‌دهندگان خدمت به آنان در مراکز جامع سلامت بوده است. برنامه‌ریزی برای رفع مؤلفه‌های شناسایی شده ممکن است در شناسایی، اولویت‌بندی و انتخاب نوع آزمایشات برای سالمند دوست کردن مراکز بهداشتی اولیه مؤثر عمل کند.

امید است یافته‌های این پروژه و شکاف‌های یافت شده راهی برای متناسب‌سازی این مراکز و به‌کارگیری تدابیری برای ترمیم این شکافها باشد؛ بنابراین با توجه به اهمیت مطالعات در این زمینه و کمبود چنین مطالعاتی، نتایج این مطالعه می‌تواند زمینه‌ساز مطالعات آتی، تغییرات ساختاری و بهبود شرایط عملکردی مراکز بهداشتی شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل تأیید و با کد اخلاق MUBABOL.HRI.REC.1400.036 تصویب شد.

حامی مالی

حامی مالی این مطالعه، معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی بابل بوده است.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمام سالمندان عزیز و پرسنل محترمی که در انجام این مطالعه ما را یاری کردند، به ویژه سؤالات مصاحبه را با صبر و شکیبایی پاسخ دادند، سپاس‌گزاری و قدردانی می‌کنیم. علاوه بر این، از زحمات و همکاری مسئولین مربوطه در دانشگاه علوم پزشکی بابل نیز بسیار سپاس‌گزاریم که بی‌شک بدون حمایت‌های آنان انجام این مطالعه امکان‌پذیر نبود.

مراقبین سلامت و پرستاران در بیش از ۶ هزار مقاله‌ای که بررسی شد، فرسودگی عاطفی، پدیده‌های شخصیت‌زدایی و فقدان دستاوردهای فردی بودند. استرس شغلی بیشتر، حجم کاری بالاتر و دریافت نکردن حمایت اجتماعی مناسب از محل کار و عدم امنیت شغلی موجب فرسایش شغلی بالاتری می‌شود [۶۶].

انگیزش را می‌توان نیرویی پیش‌برنده در انجام امور به شمار آورد. انگیزه زمانی به وجود می‌آید که در کارکنان احساس امنیت و ثبات شغلی، مشارکت و همچنین شادایی و نشاط وجود داشته باشد؛ بنابراین ضرورت داشتن عملکردی برانگیزاننده توسط دست‌اندرکاران بهداشت و درمان بسیار ضروری به نظر می‌رسد.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به تشابهات قومی، فرهنگی و جغرافیایی و اجتماعی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش اشاره کرد. افراد با پیشینه قومی، موقعیت جغرافیایی و اجتماعی متفاوت، احتمالاً نگرش‌ها و مطالبات متفاوتی نسبت به موانع مورد مطالعه در پژوهش خواهند داشت. پیشنهاداتی که جهت دست یافتن به اهداف این پژوهش ارائه می‌شود، عبارت‌اند از:

۱. کارگروهی متخصص و صاحب‌نظر برای تدوین، بازنگری و نظارت بر اجرای قوانین و مقررات لازم درباره متناسب‌سازی ساختاری و عملکردی و با عنایت به مؤلفه‌های مورد نظر تشکیل شود.

۲. با توجه به اینکه پروژه‌های مناسب‌سازی ساختاری و عملکردی نیاز به سرمایه‌گذاری عظیم دارد، لازم است با برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی مناسب، مدیریت شود.

۳. مناسب‌سازی به شکل خرد و کلان مدیریت شود. در شکل کلان آن طراحی ساختمان‌های جدید در دستورکار طراحان قرار گیرد و به لحاظ عملکردی نیز خدمات مورد نیاز سالمندان بازبینی و اصلاح شود. در شکل خرد آن به اصلاح ساختمان‌های موجود پرداخته و پایش‌های درستی درباره نحوه خدمت‌رسانی به سالمندان انجام شود.

نتیجه‌گیری نهایی

آینده سالمندی سالم با یک برنامه‌ریزی بهداشتی و سیاسی پیش‌می‌رود. چه قشر سالمند سالم و چه قشر سالمند آسیب‌پذیر یا آسیب‌دیده نیازهای ویژه بهداشتی و درمانی از پیشگیری گرفته تا توان‌بخشی و مراقبت‌های مناسب آخر زندگی را دارند که باید در اولویت دولت قرار گیرد. از آنجا که مراقبت‌های اولیه، اولین رابط اصلی خدمات بهداشتی فرد سالمند برای حفظ و ارتقای سلامت اوست، ارزیابی مناسب بودن نحوه ارائه خدمات برای این گروه جمعیتی که از آسیب‌پذیرترین قشر جامعه هستند، از اهمیت حیاتی و ویژه‌ای برخوردار است. در این راستا برخورداری از مراکز خدمات جامع سلامت دوستدار سالمند در راستای ارتقای سلامت همه‌جانبه سالمندان بسیار حائز اهمیت است.

References

- [1] Kinsella KG, Phillips DR. Global aging: The challenge of success. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2005. [Link]
- [2] Lloyd-Sherlock P. Population ageing in developed and developing regions: Implications for health policy. *Social Science & Medicine*. 2000; 51(6):887-95. [DOI:10.1016/S0277-9536(00)00068-X] [PMID]
- [3] McNicoll G. United Nations, Department of Economic and Social Affairs: World economic and social survey 2004: International migration. *Population and Development Review*. 2005; 31(1):183-5. [Link]
- [4] 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. [DOI:10.3402/gha.v9.32156] [PMID] [PMCID]
- [5] 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. [DOI:10.32598/sija.13.2.236]
- [6] Jacelon CS. Maintaining the balance: Older adults with chronic health problems manage life in the community. *Rehabilitation Nursing*. 2010; 35(1):16-22. [DOI:10.1002/j.2048-7940.2010.tb00026.x] [PMID]
- [7] Alhamdan AA, Alshammari SA, Al-Amoud MM, Hameed TA, Al-Muammar MN, Bindawas SM, et al. Evaluation of health care services provided for older adults in primary health care centers and its internal environment: A step towards age-friendly health centers. *Saudi Medical Journal*. 2015; 36(9):1091. [DOI:10.15537/smj.2015.9.11789] [PMID] [PMCID]
- [8] Samouei R, Keyvanara M. [Explaining the challenges of the Iranian health system in the face of future aging: Qualitative study (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2022; 16(4):608-23. [Link]
- [9] Mirzaie M, Darabi S. Population aging in Iran and rising health care costs. *Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12(2):156-69. [DOI:10.21859/sija-1202156]
- [10] Hoontrakul D, Sritanyarat W, Nuntaboot K, Premgamone A. Development of age-friendly primary health care: case study of one primary care unit. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2008; 12(2):131-41. [Link]
- [11] de Boer AG, Wijker W, de Haes HC. Predictors of health care utilization in the chronically ill: A review of the literature. *Health Policy*. 1997; 42(2):101-15. [DOI:10.1016/S0168-8510(97)00062-6] [PMID]
- [12] Lawton MP, Nahemow L. Ecology and the aging process. 1973. [DOI:10.1037/10044-020]
- [13] WHO. Towards age-friendly primary health care. Geneva: World Health Organization; 2004. [Link]
- [14] Lui CW, Everingham JA, Warburton J, Cuthill M, Bartlett H. What makes a community age-friendly: A review of international literature. *Australasian Journal on Ageing*. 2009; 28(3):116-21. [DOI:10.1111/j.1741-6612.2009.00355.x] [PMID]
- [15] WHO. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO; 2017. [Link]
- [16] WHO. WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata. Geneva: WHO; 1987. [Link]
- [17] Chiou ST, Chen LK. Towards age-friendly hospitals and health services. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009; 49:S3-6. [DOI:10.1016/S0167-4943(09)70004-4] [PMID]
- [18] Woo J, Mak B, Yeung F. Age-friendly primary health care: an assessment of current service provision for older adults in Hong Kong. *Health Services Insights*. 2013; 6:HSI-S12434. [DOI:10.4137/HSI.S12434] [PMID] [PMCID]
- [19] Cloos P, Allen CF, Alvarado BE, Zunzunegui MV, Simeon DT, Eldemire-Shearer D. 'Active ageing': A qualitative study in six Caribbean countries. *Ageing & Society*. 2010; 30(1):79-101. [DOI:10.1017/S0144686X09990286]
- [20] Farid TM, Al Jaziri AMSA, Abdelal SA, Alshaali AJ, Tarayam MMO, Monsef NAK, et al. Perspective of elderly on age-friendliness of services provided in primary healthcare centers of dubai health authority: Focus groups discussions. *Advances in Aging Research*. 2018; 7(06):132. [DOI:10.4236/aar.2018.76011]
- [21] Pretto R, Neves M, D'ávila O, Martins A, Hugo F. Are the physical structures of health units and the primary health care teams adequate to receive and provide care for the elderly. *Journal of Dental Health, Oral Disorders & Therapy*. 2017; 8(6):00306. [DOI:10.15406/jdhodt.2017.08.00306]
- [22] Phillips DR. Ageing in the Asia-Pacific region: Issues, policies and future trends. Oxfordshire: Routledge; 2002. [DOI:10.4324/9780203463086]
- [23] Gómez F, Curcio CL, Duque G. Health care for older persons in Colombia: A country profile. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009; 57(9):1692-6. [DOI:10.1111/j.1532-5415.2009.02341.x] [PMID]
- [24] Akanji BO, Ogunniyi A, Baiyewu O. Healthcare for older persons, a country profile: Nigeria. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002; 50(7):1289-92. [DOI:10.1046/j.1532-5415.2002.50319.x] [PMID]
- [25] Ruza J, Kim JI, Leung I, Kam C, Ng SYM. Sustainable, age-friendly cities: An evaluation framework and case study application on Palo Alto, California. *Sustainable Cities and Society*. 2015; 14:390-6. [DOI:10.1016/j.scs.2014.05.013]
- [26] WHO. Age-friendly PHC centres toolkit. Geneva: World Health Organization; 2008. [Link]
- [27] Mayring P. Qualitative content analysis. A companion to Qualitative Research. 2004; 1(2):159-76. [Link]
- [28] Adib Haj Bagheri M, Parvizi S, Salsali M. [Qualitative research methods (Persian)]. Tehran: Boshra Publications; 2011.
- [29] Richardson A, Potter J, Paterson M, Harding T, Tyler-Merrick G, Kirk R, et al. Office design and health: A systematic review. *New Zealand Medical Journal*. 2017; 130(1467):39. [Link]
- [30] Rahmanpour MS, Tirgar A, Ebadi A, Sum S, Nikpour M. Determining the components of the structural characteristics assessment tool for the age-friendly hospitals. *Journal of Gerontology*. 2019; 4(2):1-0. [DOI:10.29252/joge.4.1.1]

- [31] Alizadeh M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Zanjari N, Ghassemi S. Comparative study of physical and mental health status of old people in aged groups of 60-64 and 65-69 years old in Tehran metropolitan area. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2014; 13(1):50-61. [Link]
- [32] Safi MH, Fereydounfar AA, Arshi S. Quality of primary health Services in the Clinics of Shomal health Center of Tehran. *Community Health*. 2014; 1(1):54-61. [Link]
- [33] Motaghd Z, Monfared ED, Torabi SM, Mousavi A, Eshraghi R, Nemati I, et al. Assessment of quality of services in health centers from the perspective of clients by SERVQUAL method. *Health Research*. 2016; 2(1):49-55. [DOI:10.18869/acadpub.hrjbaq.2.1.49]
- [34] Cameron K, Morris A. Creating a senior-friendly pharmacy. *The Consultant Pharmacist*. 2008; 23(12):962-75. [DOI:10.4140/TCP.n.2008.962] [PMID]
- [35] Bayati A. [Reviewing patients satisfaction of provided services for them hospitals subsidiary to the Arak Medical Sciences University (Persian)]. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2000; 3(4):6-11. [Link]
- [36] Rezaie R, Hosseini SJ, Valaie N. [Communication skills of doctors and their attitudes in Shiraz (Persian)]. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2001; 4(4):19-26. [Link]
- [37] World Health Organization (WHO). WHO medicines strategy: Framework for action in essential drugs and medicines policy 2000-2003. Geneva: WHO; 2000. [Link]
- [38] Delshad Noghabi A, Darabi F, Baloochi Beydokhti T, Shahrainia H, Radmanesh R. Irrational use of medicine status in elderly population of Gonabad. *Quarterly of the Horizon of Medical Sciences*. 2014; 19(5):297-304. [Link]
- [39] Eftekhari Gol R, Mousa Farkhani E, Yousefi B. [Assessment of drug prescriptions based on WHO indicators in Family Physician Program in Razavi Khorasan Province, Iran (Persian)]. *Journal of Mashhad Medical Council*. 2015; 19(1):6-10. [Link]
- [40] Kennedy J. Herb and supplement use in the US adult population. *Clinical Therapeutics*. 2005; 27(11):1847-58. [DOI:10.1016/j.clinthera.2005.11.004] [PMID]
- [41] Arcury TA, Grzywacz JG, Bell RA, Neiberg RH, Lang W, Quandt SA. Herbal remedy use as health self-management among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2007; 62(2):S142-S9. [DOI:10.1093/geronb/62.2.S142] [PMID]
- [42] Aghabagheri H, Mohaghar A, Kazemi A, Mahmoodabad SS. Patients Satisfaction from the appointment schedule; A case study in Shahid Sadoughi Specialized Clinic in Yazd. *The Journal of Toloobehdasht*. 2020; 19(1):48-57. [DOI:10.18502/tbj.v19i1.2816]
- [43] Reed J, Clarke CL. Nursing older people: Constructing need and care. *Nursing Inquiry*. 1999; 6(3):208-15. [DOI:10.1046/j.1440-1800.1999.00033.x] [PMID]
- [44] Hughes M, Heycox K. Promoting reflective practice with older people: Learning and teaching strategies. *Australian Social Work*. 2005; 58(4):344-56. [DOI:10.1111/j.1447-0748.2005.00231.x]
- [45] Hughes LC, Hodgson NA, Muller P, Robinson LA, McCorkle R. Information needs of elderly postsurgical cancer patients during the transition from hospital to home. *Journal of Nursing Scholarship*. 2000; 32(1):25-30. [DOI:10.1111/j.1547-5069.2000.00025.x] [PMID]
- [46] Hosseini J. Programs of continuing medical education programs of community health needs. *Journal of Research in Medical Sciences*. 1998; 1(3):39-43. [Link]
- [47] Anbari Z. [Study the factors of establishing motivation in general physicians in order to enter into continuous education programs in Arak University of Medical Sciences in 2002 (Persian)]. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2002; 5(2):20-3. [Link]
- [48] Lang AJ, Stein MB. Anxiety disorders. How to recognize and treat the medical symptoms of emotional illness. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*. 2001; 56(5):24-7. [Link]
- [49] Miller CA. *Nursing for wellness in older adults*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. [Link]
- [50] Gallagher LP, Truglio-Londrigan M. Community support: Older adults' perceptions. *Clinical Nursing Research*. 2004; 13(1):3-23. [DOI:10.1177/1054773803259466] [PMID]
- [51] Kwong EWY, Kwan AYH. Stress-management methods of the community-dwelling elderly in Hong Kong: Implications for tailoring a stress-reduction program. *Geriatric Nursing*. 2004; 25(2):102-6. [DOI:10.1016/j.gerinurse.2004.02.007] [PMID]
- [52] Seyfzadeh A, Haghghatian M, Mohajerani A. Perceived social support and social isolation in the older adults. *Depiction of Health*. 2019; 10(4):300-9. [Link]
- [53] Hosseini Ramaghani N, Mir Drikvand F, Panahi H. The role of communication skills, social support and daily spiritual experiences in predicting loneliness feeling of the elderly. *Journal of Gerontology*. 2017; 1(4):47-57. [DOI:10.18869/acadpub.joge.1.4.47]
- [54] Hosseini A, Majdi AA, Esmaili AA. [The role of social support in the general health of the elderly (Persian)]. *Journal of Health System Research*. 2017; 13(1):52-7. [Link]
- [55] Asefzadeh SA, Rezapour AZ, Shabani GH, Sarchami R. [Assessing the information management from the health houses to the health centers of Qazvin Province (2008) (Persian)]. *Journal of Inflammatory Diseases*. 2011; 14(4):57-63. [Link]
- [56] Khayati FA, Saberi MH. [Primary Health Care (PHC) an ever strategy for health equity extension (Persian)]. *Journal of Health Administration*. 2009; 12(35):33-40. [Link]
- [57] Macinko J, Almeida C, De Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy and Planning*. 2007; 22(3):167-77. [DOI:10.1093/heapol/czm008] [PMID]
- [58] Holtz C. *Global health care: Issues and policies*. Burlington: Jones & Bartlett Publishers; 2013. [Link]
- [59] Dehdari T, Delvarianzadeh M, Ariaeean N, Khosravi F, Bahar A. [Nutritional status and its related factors in older people residing in nursing homes in Semnan province, Iran, 2017 (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2019; 14(2):224-35. [Link]

- [60] Borhaninejad V, NaghibzadehTahami A, Nabavi H, Rasheidi V, Yazdi-Feyzabadi V. The utilization of health services and its influences among elderly people in Kerman. *Repository of Research and Investigative Information*. 2015; 7(2):229-40. [DOI:10.29252/jnkums.7.2.229]
- [61] Gholami M, Nasiripoor AA, Maleki MR. The relation between social determinant of health with access to health services in Gonbad Kavoods. 2016. [Link]
- [62] Tajik F, Ferdosi M, Rejaliyan F. Determining the socio-economic inequalities in health services utilization among Ischemic Heart Disease patients; case of Falavarjan city. *Health Research*. 2016; 2(1):9-16. [DOI:10.18869/acadpub.hrjbaq.2.1.9]
- [63] Tajvar M, Mosadeghrad A, Yaseri M, Mohammadi M. [Utilization of inpatient services by older people in Iran and its determinants (Persian)]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2020; 17(4):337-50. [Link]
- [64] Hasanvand S, Imani-Nasab MH, Birjandi M, Omidifar R, Sadegifar J. [Utilization of health services among the elderly at Lorestan province: a cross-sectional study (Persian)]. *Yafteh*. 2019; 21(3):48-65. [Link]
- [65] Bahadori M, Raadabadi M, Teymourzadeh E, Yaghoobi M. Confirmatory factor analysis of the herzberg job motivation model for workers in the military health organizations of Iran. *Journal of Military Medicine*. 2015; 17(2):65-71. [Link]
- [66] Dugani S, Afari H, Hirschhorn LR, Ratcliffe H, Veillard J, Martin G, et al. Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low-and middle-income countries: A systematic review. *Gates Open Research*. 2018; 2. [DOI:10.12688/gatesopenres.12779.3] [PMCID]