

Research Paper

Challenges of Older Adults in Accessing Healthcare Services in Iran: A Qualitative Study



Mozhgan Ebrahiminajad¹ , Elaheh HaghGoshayie² , Zahra Mohebbiyan¹ , Yalda Lotfian Bonab¹ , Arman Saedi¹ ,
*Samira Raoofi²

1. Student Research Committee, Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran.

2. Research Center for Evidence-Based Health Management, Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran.



Citation Ebrahiminajad M, HaghGoshayie E, Mohebbiyan Z, Lotfian bonab Y, Saedi A, Raoofi S. Challenges of Older Adults in Accessing Healthcare Services in Iran: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Ageing*. 2026; 21(2):202-217. [Persian]. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.4064.1>

<http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.4064.1>

ABSTRACT

Objectives The elderly, due to physiological problems, chronic diseases, and greater dependence on healthcare, require comprehensive, accessible, and high-quality services. However, multiple challenges have limited the provision of appropriate services to this group in Iran. This study aims to analyze the existing challenges of older adults in Iran in accessing healthcare services.

Methods & Materials This qualitative study, utilizing a conventional content analysis approach, was conducted in 2024 in healthcare centers affiliated with Maragheh University of Medical Sciences. Data were collected through semi-structured interviews with 35 participants: 20 older adults who had visited the comprehensive health centers in Maragheh County and 15 key informants, including healthcare providers, health administrators, and experts in geriatric health, selected via purposive sampling. The collected data were analyzed using the conventional content analysis method in MAXQDA software, version 10.

Results The analysis yielded four main themes and 11 sub-themes. The main themes included: policy-related challenges, structural/administrative challenges, human resource challenges, and environmental/social challenges.

Conclusion The study demonstrated the challenges of Iranian older adults in accessing healthcare services. To overcome these challenges, strengthening healthcare infrastructure, increasing specialized human resources, expanding digital health services, and providing financial support for the elderly and their families are essential. Additionally, enhancing accessibility by expanding healthcare centers, establishing dedicated transportation systems, and encouraging private-sector participation can significantly improve the health and well-being of the elderly in Iran.

Keywords Elderly, Challenges, Healthcare services, Qualitative content analysis, Maragheh University of Medical Sciences

Article Info:

Received: 01 Jan 2025

Revised: 02 May 2025

Accepted: 14 May 2025

* Corresponding Author:

Samira Raoofi, Assistant Professor.

Address: Research Center for Evidence-Based Health Management, Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran.

Tel: +98 (935) 5389442

E-mail: samira.raoofi@9442



Copyright © 2026 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Population aging is occurring at an increasing pace due to increasing life expectancy and decreasing birth rates. Iran is among the countries experiencing an aging population. As people get older, their health and social care needs become increasingly complex, and they become more prone to chronic diseases, functional limitations, psychological disorders, and inadequate access to healthcare services, threatening their quality of life. Despite this demographic shift, the Iranian healthcare system has mainly focused on maternal and child health, with limited attention given to the health needs of older adults. Inadequate infrastructure, shortages of trained personnel in elderly care, poor inter-organizational coordination, and insufficient financial and social support constitute major barriers to the delivery of effective and equitable healthcare services for the elderly. This qualitative study aimed to explore the challenges experienced by Iranian older adults in accessing healthcare services to provide practical recommendations for improving the quality and accessibility of elderly care services.

Materials and Methods

This qualitative study was conducted in 2024 using a conventional content analysis approach in comprehensive health service centers affiliated with [Maragheh University of Medical Sciences](#) in Maragheh County, East Azerbaijan, Iran. The study included 35 participants: 20 older adults who had visited the health centers and 15 key informants, including healthcare providers, health administrators, and experts in geriatric health. Participants were selected through purposeful sampling with maximum variation to capture diverse experiences and perspectives. For older adults, the inclusion criteria were willingness to participate in the study and the absence of dementia. For key informants, at least two years of relevant professional experience was required. Data were collected through individual semi-structured interviews using open-ended questions to allow for the free expression of viewpoints. Interviews were held in a quiet room, audio-recorded, supplemented with field notes, and subsequently transcribed verbatim. Data collection continued until conceptual data saturation was achieved. The average interview duration was about 50 minutes.

The data analysis process involved repeated reading of transcripts, identification of initial codes, clustering of similar codes into themes, and iterative review and refine-

ment of themes. Data were analyzed in MAXQDA software, version 10. To enhance analytic rigor, two researchers independently coded the data, and discrepancies were resolved through discussion. Trustworthiness of the data was ensured based on Guba and Lincoln's criteria. Credibility was strengthened through expert checking; confirmability through member checking; transferability through maximum variation sampling; and dependability through comprehensive documentation of all stages of the research process.

Results

Analysis of the semi-structured interviews yielded 65 codes, which were organized into 11 subthemes and 4 main themes. The identified themes encompassed policy-related challenges (weaknesses in health system decision-making and behavioral and attitudinal barriers), structural/administrative challenges (financial/budget constraints, technological barriers, infrastructural and facility limitations, and shortage of medicines, equipment, and service delivery), human resource challenges (human resource allocation and empowerment, employee characteristics), and environmental/social challenges (social and individual factors).

Policy-related challenges

Participants emphasized the absence of clear and evidence-based policies addressing the health needs of older adults. Many expressed concerns about the limited attention given to population aging by health policymakers, the lack of long-term implementation strategies, and the absence of explicit performance indicators for evaluating elderly care services. Inadequate involvement of non-health sectors and weak intersectoral collaboration were also identified as significant barriers. Participants further highlighted the lack of community-based and intersectoral approaches in designing interventions for older adults as a major gap in current health policies.

Structural/administrative challenges

Inadequate physical infrastructure was one of the most frequently reported barriers to accessing healthcare services. Participants described inaccessible buildings, steep staircases, the absence of ramps and elevators, and even the lack of benches in health centers as major obstacles for older adults. Limited availability of essential equipment, including blood pressure monitors, blood glucose testing devices, accurate weighing scales, and screening services, further compromised the quality of elderly care. In addition, several healthcare professionals criticized the

excessive emphasis on administrative reporting systems and documentation, arguing that these requirements reduce the time available for direct patient care.

Human resource challenges

A shortage of specialized personnel, including psychologists, nutritionists, social workers, and geriatric nurses, was consistently reported by participants. They also identified healthcare providers' poor communication skills as a major source of dissatisfaction among older adults, with some feeling disrespected or ignored. Furthermore, insufficient education about the physical, psychological, and social needs of older adults was perceived to undermine the effectiveness and quality of elderly care services.

Environmental/social challenges

Many older adults suffered from social isolation, feelings of being a burden, and lack of emotional support. Financial hardship, limited health literacy, poor awareness of healthcare rights, and negative societal attitudes toward aging further limited their ability to benefit from available health services. Moreover, environmental barriers including lack of safe access routes, insecurity in crossing the street, and lack of public transportation suitable for the elderly were identified as other important obstacles limiting older adults' access to healthcare facilities.

Conclusion

The study demonstrated the challenges of Iranian older adults in accessing healthcare services. To overcome these challenges, solutions such as strengthening health and medical infrastructure, increasing specialized human resources, allocating sufficient budgets, and improving employee motivation and job satisfaction are suggested. Also, success in providing services depends on reforming structures and implementing supportive policies, including increasing financial resources at the primary service level, making some medical services free, developing home visit services, increasing accessibility to medical centers, and educating families on caring for the elderly. In addition, the use of digital technologies, such as electronic health records and telemedicine, can facilitate the process of providing and following up on services. Financial and educational support for caregivers, raising awareness among older adults about available services, and strengthening private-sector participation will play an important role in reducing current barriers and promoting the health and well-being of older adults.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Research Ethics Committee of [Maragheh University of Medical Sciences](#) (Code: IR.MARAGHEHPHC.REC.1403.038). Informed consent was obtained from all participants prior to data collection. Participant confidentiality was maintained, and all data were anonymized using coded identifiers during data analysis.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors' contributions

The authors contributed equally to the preparation of this article. All authors read and approved the final version of the manuscript.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the personnel of the comprehensive health service centers in Maragheh County and all seniors who participated in this study.



مقاله پژوهشی

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

مژگان ابراهیم‌نژاد^۱، الهه حق‌گشائی^۲، زهرا محبیان^۱، یلدا لطفیان بناب^۱، آرمان ساعدی^۱، سمیرا رئوفی^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.



Citation Ebrahiminajad M, HaghGoshayie E, Mohebbiyan Z, Lottfian bonab Y, Saedi A, Raoofi S. Challenges of Older Adults in Accessing Healthcare Services in Iran: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Ageing*. 2026; 21(2):202-217. [Persian]. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.4064.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.4064.1>

چکیده

اهداف سالمندان به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی، بیماری‌های مزمن و وابستگی بیشتر به مراقبت‌های بهداشتی، به خدماتی جامع، در دسترس و با کیفیت نیاز دارند. وجود چالش‌های متعدد، ارائه خدمات مطلوب به این گروه را با محدودیت‌هایی مواجه کرده است. این مطالعه با هدف تحلیل چالش‌های موجود در ارائه خدمات به سالمندان انجام شده است.

مواد و روش‌ها این مطالعه کیفی با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی (متعارف) در سال ۲۰۲۴ در مراکز خدمات جامع سلامت وابسته به دانشکده علوم پزشکی مراغه انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۳۵ مشارکت‌کننده جمع‌آوری شد که شامل ۲۰ سالمند مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان مراغه و ۱۵ فرد مطلع کلیدی شامل ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، مدیران حوزه سلامت و متخصصان سلامت سالمندان بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی و با بهره‌گیری از نرم‌افزار MAXQDA ویرایش ۱۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها نتایج حاصل از مطالعه در ۴ مضمون اصلی و ۱۱ مضمون فرعی طبقه‌بندی شدند که مضامین اصلی، شامل چالش‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در حوزه سلامت و سالمندی، چالش‌های ساختاری و اداری در مراقبت از سالمندان، چالش‌های منابع انسانی در ارائه خدمات به سالمندان و موانع محیطی در ارائه خدمات به سالمندان است.

نتیجه‌گیری این مطالعه چالش‌های سالمندان ایرانی در دسترسی به خدمات مراقبت‌های سلامت را نشان داد. برای غلبه بر این چالش‌ها، تقویت زیرساخت‌های نظام سلامت، افزایش نیروی انسانی متخصص، گسترش خدمات سلامت دیجیتال و ارائه حمایت‌های مالی از سالمندان و خانواده‌های آنان ضروری است. همچنین، بهبود دسترسی از طریق توسعه مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت، ایجاد سامانه‌های حمل‌ونقل اختصاصی و تشویق مشارکت بخش خصوصی می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت و رفاه سالمندان در ایران ایفا کند. **کلیدواژه‌ها** سالمندان، چالش‌ها، خدمات مراقبت‌های بهداشتی-درمانی، تحلیل محتوای کیفی، دانشگاه علوم پزشکی مراغه

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۲ دی ۱۴۰۳

تاریخ اصلاح: ۱۲ اردیبهشت ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۲۴ اردیبهشت ۱۴۰۴

* نویسنده مسئول:

دکتر سمیرا رئوفی

نشانی: مراغه، دانشکده علوم پزشکی مراغه، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت مبتنی بر شواهد.

تلفن: +۹۸ (۹۳۵) ۵۳۸۹۴۴۲

پست الکترونیکی: samira.raoofi@9442



Copyright © 2026 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

ضعیف و ساعات محدود خدمات است که منجر به برآورده نشدن نیازهای مراقبتی، تأخیر در ارائه خدمات و مدیریت ضعیف بیماری‌های مزمن شده است [۲۱، ۲۲]. ناهماهنگی بین سازمان‌های مختلف موجب از دست دادن فرصت‌های مهم برای بهبود خدمات و سردرگمی سالمندان و خانواده‌های آنان شده است. نبود زیرساخت‌های مناسب مانند مسکن، مراکز بهداشتی و درمانی مخصوص سالمندان و تسهیلات ورزشی و تفریحی مناسب، کیفیت زندگی سالمندان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. علاوه بر این کمبود منابع مالی، کافی نبودن مراکز مخصوص مراقبت از سالمندان با تجهیزات مناسب، فقدان نیروی متخصص و آموزش‌دیده در زمینه مراقبت از سالمندان از دیگر مشکلات اساسی است که کیفیت خدمات را تحت تأثیر قرار داده است [۲۳-۲۵].

در راستای چالش‌های ذکر شده نتایج مطالعات کشورهای مختلف بر اهمیت این موارد 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، مانند 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 [۲۶، ۲۷].

در مطالعه‌ای دیگر نیز راه‌حل‌های خلاقانه به‌منظور دریافت خدمات مراقبت سالمندی شامل برنامه‌های مدیریت موارد مکمل، هدف‌گذاری افراد سالمند در معرض خطر، همکاری با خانواده‌ها، استفاده بهینه از پزشکی از راه دور و فناوری‌های کمکی و ترویج پیری سالم می‌شوند [۲۸].

باتوجه به افزایش سالمندی و نیازهای رو به رشد این گروه و همچنین چالش‌های ذکر شده در این حوزه، لازم است مطالعات جامعی برای شناخت موانع موجود و بهبود خدمات مراقبتی انجام شود. این پژوهش با هدف بررسی چالش‌های سالمندان در دریافت خدمات از مراکز تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی مراغه انجام شده است تا راهکارهای مناسبی برای بهبود دسترسی و کیفیت خدمات ارائه شود.

روش مطالعه

مطالعه حاضر از نوع تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قراردادی است که در سال ۱۴۰۳ انجام شد. جامعه پژوهش شامل ۳۵ نفر بود که به شیوه هدفمند انتخاب شده‌اند. ۲۰ نفر از افراد پژوهش شامل سالمندان مراجعه‌کننده 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. برای انتخاب هدفمند افراد شرط حداکثر تنوع

سالمند شدن جمعیت یک فرایند طبیعی و اجتناب‌ناپذیر است که به دلیل افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ باروری، با سرعت بیشتری در حال وقوع است. سازمان بهداشت جهانی^۱ افراد بالای ۶۰ سال را سالمند در نظر گرفته و پیش‌بینی می‌کند که تعداد سالمندان در جهان تا سال ۲۰۵۰ به ۲۲ درصد جمعیت کل جهان برسد [۵-۱].

طبق تعریف سازمان ملل متحد^۲، کشوری که بیش از ۷ درصد جمعیت آن را سالمندان تشکیل دهد، به‌عنوان یک کشور سالخورده شناخته می‌شود. باتوجه به افزایش تعداد افراد ۶۵ ساله و بالاتر، جهان به سمت سالمند شدن پیش می‌رود و سازمان جهانی بهداشت قرن ۲۱ را «قرن سالمندان» نامیده است [۶، ۷]. در ایران نیز روند سالمندی به دلیل کاهش نرخ زادوولد شتاب گرفته و پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهند این کشور به سوی یک جامعه سالمند پیش می‌رود، به‌طوری که پس از امارات و بحرین، سومین کشور جهان از نظر سرعت پیری جمعیت به شمار می‌آید [۸-۱۱].

با افزایش سن، مشکلات بهداشتی و اجتماعی سالمندان نیز افزایش می‌یابد و بیماری‌های مزمن، افت عملکرد جسمی و مشکلات روانی در این گروه بیشتر می‌شود [۱۲]. طبق گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی، سالانه هزاران حادثه ناشی از سقوط در سالمندان رخ می‌دهد که تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی آن‌ها دارد و همچنین ۲۳ درصد از کل بار جهانی بیماری‌ها مربوط به افراد ۶۰ سال به بالا است که این روند، سالمندی را به چالشی جدی در جهان تبدیل کرده است [۱۳، ۱۴]. در بسیاری از کشورها، راهکارهایی مانند بهره‌گیری از فناوری‌های نوین، بهبود زیرساخت‌های بهداشتی و ارتقای خدمات مراقبتی برای مواجهه با این چالش‌ها در نظر گرفته شده است [۱۵].

در ایران، نظام سلامت طی دهه‌های گذشته تمرکز اصلی خود را بر مراقبت از کودکان و مادران باردار قرار داده و کمتر به نیازهای سالمندان پرداخته است [۱۶-۱۸]. این در حالی است که افزایش جمعیت سالمند، بدون برنامه‌ریزی مناسب، می‌تواند مشکلات عمده‌ای در تأمین خدمات بهداشتی و مراقبتی ایجاد کند و همچنین موجب ناکارآمدی نظام سلامت و مشکلات اساسی اجتماعی-اقتصادی در کل جامعه شود [۱۹، ۲۰].

مطالعات در ایران نشان می‌دهد نظام مراقبت سالمندی با چالش‌های متعددی روبه‌رو است. یکی از مشکلات اساسی، دسترسی ناکافی به مراقبت‌های بهداشتی است که شامل دشواری در دریافت نوبت، حمایت ناکافی خانوادگی، حمل‌ونقل

1. World Health Organization (WHO)
2. United Nations (UN)

موضوع تحقیق محدود باشد. هدف از این تحلیل، فراهم کردن دانش و درک عمیق‌تری از پدیده مورد مطالعه است [۲۹].

مراحل تحلیل و کدبندی داده‌ها به شرح زیر است:

در ابتدا، آشنایی با متن داده‌ها صورت می‌گیرد که شامل خواندن چندباره متن‌های پیاده‌شده و غوطه‌ور شدن در داده‌ها است. سپس کدهای اولیه شناسایی و استخراج می‌شوند و داده‌هایی که ارتباط بیشتری با این کدها دارند، مشخص می‌شوند. در مرحله بعد، کدهای اولیه استخراج‌شده در تم‌های مرتبط گروه‌بندی می‌شوند. پس از آن، تم‌های شناسایی‌شده مورد بازبینی و تکمیل قرار می‌گیرند. در نهایت، برای اطمینان از پایایی کدها و تم‌های استخراج‌شده، توافق بین ۲ کدگذار از طریق بحث و حل اختلافات کسب می‌شود. در این قسمت برای مدیریت داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ استفاده شد.

جهت افزایش اعتبار مطالعه از ۴ معیار مقبولیت و تأییدپذیری، بازبینی شرکت‌کنندگان، قابلیت وابستگی و قابلیت انتقال، شفافیت که توسط گوبا و لینکن پیشنهاد شده است استفاده شد [۳۰].

به‌منظور تأیید مقبولیت یافته‌ها، از یک متخصص باتجربه در زمینه تحقیق کیفی برای بررسی داده‌ها استفاده شد تا در فرایند کدگذاری و تحلیل نتایج، توافق حاصل شود. برای تضمین اعتبار یافته‌ها، مصاحبه‌ها پس از پیاده‌سازی به تأیید مصاحبه‌شوندگان رسید و نظرهای اصلاحی آن‌ها در صورت وجود، در نظر گرفته شد. نمونه‌ها برای انتقال‌پذیری با حداکثر تنوع انتخاب شدند تا امکان تعمیم یافته‌ها به دیگران فراهم شود. در نهایت برای تأییدپذیری نتایج، تمامی جزئیات پژوهش به دقت ثبت و مستندسازی شد و مراحل کدگذاری و فهرست کدها به گونه‌ای انجام شد که امکان بررسی یافته‌ها توسط پژوهشگران دیگر نیز وجود داشته باشد.

یافته‌ها

در مجموع ۳۵ نفر در مطالعه شرکت کردند که ۲۰ نفر از شرکت‌کنندگان سالمندان دریافت‌کننده خدمات بهداشتی و ۱۵ نفر کادر بهداشتی ارائه‌دهنده خدمات سلامت بود (جدول شماره ۱)، نتایج تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها پس از حذف کدهای تکراری در ۶۵ کد نهایی، ۴ مضمون اصلی و ۱۱ مضمون فرعی به شرح زیر دسته‌بندی شد (جدول شماره ۲) (تصویر شماره 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 ۲ دسته ضعف تصمیم‌گیری در نظام سلامت و موانع رفتاری و تفکری دسته‌بندی شده است:

رعایت شد. معیارهای ورود به مطالعه در سالمندان، شامل تمایل به شرکت افراد در پژوهش و نداشتن دمانس بود و همچنین در افراد صاحب‌نظر و کلیدی داشتن حداقل ۲ سال سابقه کاری در زمینه سالمندی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم مشارکت و تمایل افراد به شرکت در مطالعه تعیین شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها و هدایت فرایند مصاحبه از راهنمای مصاحبه نیمه‌ساختاریافته به زبان غالب افراد که ترکی بود سؤال شد و به‌منظور امکان بیان آزاد نگرش‌ها و تجارب افراد، از سؤال‌های با رویکرد نیمه‌باز استفاده شد. راهنمای مصاحبه با استفاده از مرور متون و نظرات متخصصین این حیطه و با تمرکز بر هدف اصلی مطالعه (شناسایی و تبیین چالش‌های سالمندان در دریافت خدمات) طراحی شده بود. مرحله مقدماتی با اجرای سه مصاحبه آزمایشی آغاز شد. پس از تحلیل مصاحبه‌های آزمایشی، فقط اصلاحات جزئی در یک سؤال ایجاد شد.

سؤالات مصاحبه در خصوص مشکلات اصلی خدمات ارائه‌شده از جنبه‌های مختلف، علل ایجادکننده این مشکلات و اولویت‌بندی آن‌ها از دیدگاه ۲ گروه ذکر شده بود و همچنین درباره راهکارهای در نظر گرفته‌شده برای مقابله با این چالش‌ها نیز سؤال شد.

داده‌های مطالعه از طریق مصاحبه‌های حضوری و به‌صورت فردی جمع‌آوری شد. به این صورت که پس از اخذ کد اخلاق و معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی با افراد مصاحبه‌شونده هماهنگی‌های لازم انجام و در مکان و زمانی که مورد تأیید 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 یادداشت‌برداری نیز در طول مصاحبه صورت می‌گرفت. همچنین به همه مصاحبه‌شوندگان اطمینان داده شد هر موقع که بخواهند می‌توانند پژوهش را ترک کنند. متن مصاحبه‌ها بلافاصله بعد از پایان هر مصاحبه توسط محققین چندین بار گوش داده شده و در نرم‌افزار Word تایپ شد. یادداشت‌های میدانی در حین و بعد از هر مصاحبه، انجام شد و پس از تایپ تمامی مصاحبه‌ها به مصاحبه‌شوندگان جهت تأیید ارسال شد.

تعداد حجم نمونه براساس نقطه اشباع داده‌ها تعیین شد. نقطه اشباع داده‌ها زمانی حاصل شد که از آخرین مصاحبه‌ها هیچ کد جدیدی به دست نیامد و در نهایت با ۳۵ نفر مصاحبه صورت گرفت. میانگین زمانی مصاحبه‌ها ۵۰ دقیقه بود که از ۳۵ دقیقه تا ۶۵ دقیقه متغیر بود.

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوای قراردادی^۳ استفاده شد. این روش به شناسایی، تحلیل و گزارش الگوهای (تم‌ها) موجود در متن می‌پردازد و در تحلیل داده‌های کیفی کاربرد فراوانی دارد. این نوع تحلیل زمانی به کار می‌رود که نظریه‌های موجود در زمینه

3. Conventional Content Analysis

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در مطالعه (n=۵۳)

مشخصات جمعیت‌شناختی	تعداد (درصد)
جنسیت	زن ۹(۶۰)
	مرد ۶(۴۰)
سن (سال)	۳۰-۴۰ ۶(۴۰)
	۵۰-۴۰ ۵(۳۳/۳)
کادر بهداشتی ۱۵ نفر (۳۳ درصد)	۵۰< ۴(۲۶/۷)
	۱-۱۰ ۷(۴۶/۶)
سابقه کاری (سال)	۱۰-۲۰ ۴(۲۶/۶۷)
	۲۰< ۴(۲۶/۶۷)
تحصیلات	لیسانس ۹(۶۰)
	فوق لیسانس ۴(۲۶/۶۷)
جنسیت	دکتر ۲(۱۳/۳۳)
	زن ۱۳(۶۵)
سن (سال)	مرد ۷(۳۵)
	۶۰-۶۵ ۹(۴۵)
سالمندان ۲۰ (۵۷ درصد)	۶۵-۷۰ ۶(۳۰)
	۷۰< ۵(۲۵)
تحصیلات	دیپلم ۳(۱۵)
	ابتدایی ۱۷(۸۵)

سالمند

برنامه‌ریزی‌های پراکنده و ناهماهنگ در زمینه جوانی جمعیت نیز منجر به افزایش مشکلات اجتماعی نظیر سندرم خانه‌های خالی شده است. این موضوع، همراه با اجرای ناقص نظام ارجاع بین سطح ۱ و ۲ خدمات، باعث شده بسیاری از سالمندان نتوانند خدمات لازم را به‌موقع دریافت کنند. یکی از کارشناسان حوزه سلامت اظهار کرد: «نظام ارجاع به‌درستی اجرا نمی‌شود. بسیاری از سالمندان در انتقال از سطح ۱ به سطح ۲ خدمات دچار سردرگمی می‌شوند» (م. ۱۱).

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» (م. ۱۳).

در زمینه ضعف تصمیم‌گیری در نظام سلامت، عدم وجود برنامه‌های جامعه‌محور برای سالمندان به‌عنوان یکی از چالش‌های کلیدی مطرح است. بسیاری از سیاست‌ها صرفاً براساس 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 براساس نیازهای واقعی سالمندان طراحی شده باشد. تصمیماتی که در اتاق‌های جلسات گرفته می‌شود، معمولاً در عمل مؤثر نیستند» (م. ۷).

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 مشغول‌اند، اما هیچ حمایتی از آن‌ها صورت نمی‌گیرد. این موضوع هم برای خانواده‌ها و هم برای سالمندان مشکل‌ساز است» (م. ۱۰).



تصویر ۱. چالش‌های شناسایی شده سالمندان در دریافت خدمات از مراکز بهداشتی

سالمند

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» (م. ۱۰).

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 فرایندهای تکراری و موازی‌کاری در ارائه خدمات مرتبط با این سامانه، از جمله مسائل مطرح‌شده هستند.

یکی از کارکنان مراکز بهداشتی اظهار کرد: «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» (م. ۱۶). 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» (م. ۲۷). همچنین نبود فضاهای اختصاصی برای آموزش و فاصله زیاد مراکز بهداشتی از محل سکونت سالمندان باعث کاهش دسترسی آن‌ها به خدمات شده 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 همه‌چیز روی بچه‌دار شدن بود، اما حالا که ما پیر شدیم، کسی به فکر ما نیست» (م. ۳).

عدم نگاه به مسپله 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» (م. ۱۰).

عدم اعتقاد به سیاست‌های پیشگیرانه در حوزه سالمندی و فقدان مشارکت فعال جامعه در سیاست‌های رفاهی، باعث شده اقدامات موجود نتواند نیازهای روزافزون این گروه را برطرف کند. یکی از بهورزان گفت: «جامعه ما هنوز به پیشگیری باور ندارد؛ همه‌چیز به درمان بعد از وقوع مشکل محدود شده است» (م. ۲۲).

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 موردنیاز 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» (م. ۵). علاوه‌براین نبود بسته‌های حمایتی مناسب و رایگان نبودن داروهای سالمندان مشکلات

جدول ۲. چالش‌های ارائه خدمات به سالمندان در مراکز بهداشتی

مضمون اصلی	مضمون فرعی	کدهای نهایی
چالش‌های مرتبط با سیاست‌گذاری	ضعف تصمیم‌گیری در نظام سلامت	عدم وجود برنامه‌های جامعه‌محور نبود قانون‌های حمایت‌کننده از خانواده‌های مراقبین سالمند برنامه‌ریزی‌های پراکنده در زمینه جوانی جمعیت (افزایش سندرم خانه‌های خالی) نبود برنامه‌ریزی صحیح در زمینه تربیت نیروی انسانی متخصص اجرای ناقص نظام ارجاع بین سطح ۱ و ۲ عدم توجه به برنامه‌هایی همچون شهرهای دوستدار سالمند در سیاست‌های کلان کشوری
	موانع رفتاری و تفکری	افزایش جمعیت سالمندان نسبت به گذشته به دلیل سیاست‌های گذشته عدم نگاه به مسئله به عنوان یک بحران عدم اعتقاد به سیاست‌های پیشگیرانه حوزه سالمندی عدم مشارکت فعال جامعه در سیاست‌های رفاهی حوزه سالمندی
چالش‌های ساختاری اداری	موانع بودجه‌ای مالی	تحت پوشش بیمه نبودن مراقبت‌های سالمندان نبود بسته‌های حمایتی از سالمندان رایگان نبودن داروهای سالمندان ناتوانی سالمندان روستایی در دریافت خدمات به دلیل هزینه‌های بالا افزایش تعداد سالمندان و ناتوانی دولت در ارائه خدمات
	موانع فناوری	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 تکنولوژی‌های جدید در امر مراقبت و پیشگیری نارسایی‌های اطلاعاتی در تصمیم‌گیری‌ها
چالش‌های ساختاری اداری	موانع زیرساختی و تسهیلاتی	نبود رمپ در مراکز بهداشتی مناسب نبودن فضای مراکز با نیازهای سالمندان نبود فضای اختصاصی برای آموزش در دسترس نبودن مرکز بهداشتی از دیدگاه سالمندان نبود پارکینگ در بسیاری از مراکز بهداشتی درمانی
	دارو و تجهیزات	کمبود برخی از داروهای سالمندان نداشتن داروخانه‌های سیار در مراکز عدم آگاهی نسبت به پلی فارمسی‌ها کمبود دارو و تجهیزات مثل کیت تجهیزات محدود در ارائه خدمات و برنامه‌های غربالگری
چالش‌های مرتبط به منابع انسانی	ارائه خدمات	صف انتظار طولانی در دریافت خدمت کیفیت پایین خدمات از دیدگاه سالمندان نبود برخی از خدمات همچون انجام آزمایش در مراکز عدم همخوانی خدمات ارائه‌شده با نیازهای واقعی سالمندی عدم جذابیت خدمات ارائه‌شده به سالمندان
	تخصیص و توانمندسازی منابع انسانی	کمبود نیروی پزشک (به صورت کلی کمبود اعضای تیم سلامت) کمبود نیروی مشاوره تغذیه کمبود کارشناس روان در مرکز نداشتن فرصت کافی برای آموزش نداشتن مهارت‌های خاص و ویژه در ارائه مراقبت‌ها عدم توانایی بهورز برای انجام آموزش‌های اختصاصی عدم انجام کار به صورت تخصصی و فرایندمحوری نبود فرد مختص آموزش به سالمند در مراکز
ویژگی‌های کارکنان	ویژگی‌های کارکنان	نداشتن صبر و حوصله جهت ارائه مراقبت‌ها به دلیل زیاد بودن بار کاری پرسنل بالا بودن حجم سؤالات سامانه سبب باعث گذر سطحی از مراقبت‌ها می‌شود عدم پیگیری بهورزان در صورت عدم مراجعه سالمند عدم علاقه به پیگیری مراقبت‌ها به دلیل ناآگاهی از اهمیت مراقبت‌ها

مضمون اصلی	مضمون فرعی	کدهای نهایی
موانع محیطی	عوامل اجتماعی	عدم حمایت اطرافیان از سالمند عدم حمایت سایر ارگان‌ها همچون شهرداری / دهیاری‌ها عدم آشنایی افراد به نیازهای 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 نسل‌ها
	عوامل فردی	عدم همکاری سالمندان در مشکلات و ارزیابی روان عدم مراجعه سالمند (کیفیت پایین خدمات - مشکلات رفت‌وآمد - 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 خودمراقبتی‌ها و آموزش‌ها توجیه نبودن سالمندان به مراقبت‌ها و پیگیری‌ها پایین بودن سواد وابستگی سالمندان به سایر اعضای خانواده توجیه نبودن در خصوص دریافت مراقبت عدم تغییر باورهای سالمندان در خصوص پیگیری‌ها عدم تغذیه صحیح سالمندان عدم اعتماد به خدمات مراکز فراموش کردن زمان‌های مراجعه به بهداشت

سالمند

در این رابطه اظهار کرد: «ما در مرکز حتی یک مشاور تغذیه نداریم که بتواند مشکلات غذایی سالمندان را بررسی کند» (م.۲۵). 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» (م.۲۳). عدم انجام کار به صورت تخصصی و فرایندمحور 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 کرد: «بار کاری ما خیلی زیاد است و وقت نمی‌کنیم به درستی به سالمندان توجه کنیم» (م.۳۲). بالا بودن حجم سؤالات 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 پر کردن فرم‌های سامانه می‌شود، دیگر وقتی برای رسیدگی درست به بیماران نمی‌ماند» (م.۳۵).

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 به عنوان یکی دیگر از چالش‌های مهم مطرح است. صف‌های انتظار طولانی، کیفیت پایین خدمات ارائه شده و نبود برخی از خدمات ضروری، مانند انجام آزمایشات در مراکز، از جمله شکایات سالمندان هستند. یکی از سالمندان اظهار کرد: «ما ساعت‌ها در صف منتظر می‌مانیم و در نهایت هم خدماتی که ارائه می‌دهند، به درد ما نمی‌خورد» (م.۳۰). علاوه بر این خدمات ارائه شده اغلب با نیازهای واقعی سالمندان همخوانی ندارد و جذابیت لازم برای ترغیب سالمندان به استفاده از این خدمات را نیز دارا نیست.

چالش‌های منابع انسانی در ارائه خدمات به سالمندان

مشکلات مرتبط با منابع انسانی به عنوان یکی از موانع اساسی در ارائه خدمات به سالمندان عمدتاً به ۲ 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

نمی‌آوریم» (۶.م). 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» (۹.م).

پایین بودن سطح سواد، عدم آگاهی از اهمیت خودمراقبتی، و وابستگی بیش‌ازحد 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» (۸.م).

مشکلات تغذیه‌ای نیز به‌عنوان 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 کرد: «ما بارها توصیه می‌کنیم که تغذیه‌شان را تغییر دهند، اما اغلب این موضوع را جدی نمی‌گیرند و به عادات‌های قبلی‌شان پایبند می‌مانند و یا در برخی مواقع توانایی مالی برای خرید موارد تغذیه‌ای را ندارند» (۱۴.م).

بحث

مراقبت‌های اولیه اولین و مهم‌ترین نقطه تماس سالمندان با نظام سلامت است و کیفیت ارائه خدمات به این قشر آسیب‌پذیر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف شناسایی و تبیین چالش‌های سالمندان در دریافت خدمات از مراکز بهداشتی تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی مراغه انجام شد. یافته‌های این مطالعه، چالش‌های موجود را در ۴ محور اصلی دسته‌بندی کرده است: چالش‌های سیاست‌گذاری، چالش‌های ساختاری و اداری، چالش‌های منابع انسانی و چالش‌های محیطی.

یافته‌های مطالعه نشان داد برخی از کارکنان به‌دلیل حجم بالای کار، صبر و حوصله کافی در ارائه خدمات به سالمندان ندارند. همچنین مشکلات ناشی از قطع و وصلی سامانه‌های بهداشتی، همچون سامانه سیب، باعث اختلال در ارائه خدمات شده است. علاوه‌براین سطحی‌نگری در ارائه مراقبت‌ها توسط مراقبین سلامت و عدم پیگیری مناسب بهورزان در صورت عدم مراجعه سالمندان، موجب کاهش انگیزه آن‌ها در دریافت خدمات شده است. مطابق با نتایج مطالعه بیدارپور و همکاران [۳۱] عدم اطلاع از خدمات موجود، نامناسب بودن مکان مراکز و پایگاه‌های بهداشتی، نامناسب بودن برخورد کارکنان ارائه‌دهنده خدمات، زمان‌بر بودن دریافت خدمات در مراکز، ازجمله عوامل مؤثر بر کاهش مراجعه سالمندان به مراکز بهداشتی است که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو است.

عدم پوشش بیمه‌ای مراقبت‌های موردنیاز سالمندان و نبود بسته‌های حمایتی مناسب و رایگان نبودن داروهای سالمندان و عدم همخوانی خدمات ارائه‌شده با نیازهای واقعی سالمندان،

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 کرد: «اگر به مرکز مراجعه نکنم، هیچ‌کس پیگیر من نمی‌شود» (۱۴.م).

موانع محیطی در ارائه خدمات به سالمندان

موانع محیطی به‌عنوان یکی از عوامل اصلی محدودکننده در ارائه خدمات به سالمندان شناخته می‌شوند. این موانع در ۲ دسته اصلی عوامل اجتماعی و عوامل فردی طبقه‌بندی 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» (۱۶.م). 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» (۲۲.م).

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» (۲.م).

کاهش ارزش اجتماعی سالمندان و مشکلاتی که از کاهش تعداد فرزندان در خانواده‌ها ناشی می‌شود نیز به‌عنوان چالش‌هایی جدی مطرح است. یکی از سالمندان اظهار کرد: «الان دیگر ما مثل قدیم در خانواده جایگاهی نداریم. بچه‌ها درگیر کارهای خودشان هستند» (۱۳.م).

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» (۲۰.م).

بسیاری از سالمندان به‌دلیل کیفیت پایین خدمات، مشکلات رفت‌وآمد، یا صف‌های انتظار طولانی از مراجعه به مراکز بهداشتی خودداری می‌کنند. یکی از سالمندان اظهار کرد: «ما ساعت‌ها منتظر می‌مانیم و آخر هم چیزی را که می‌خواهیم، به دست

از جمله چالش‌های ساختاری و اداری در مراقبت از سالمندان شناسایی شده‌اند. در مطالعه پیروز و همکاران عدم وجود سازمانی واحد برای مدیریت خدمات سالمندان و یکپارچه نبودن ارائه خدمات به سالمندان؛ کمبود / توزیع نامناسب نیروی انسانی متخصص؛ عدم پوشش بیمه‌ای خدمات مراقبت در منزل و خانه سالمندان مشکلات جدی در حوزه سالمندی ایجاد کرده بود [۲۵]. علاوه بر این در مطالعات صفدری در سال ۲۰۱۶ [۲۵] و فیروزه در سال ۲۰۰۹ [۲۴] غیرفعال بودن شورای سلامت سالمندی، همکاری ضعیف بین ذی‌نفعان اصلی سلامت سالمندی و نبود برنامه‌ریزی جامع برای این قشر مورد تأکید قرار گرفته است [۲۳-۲۵، ۳۳-۳۵].

یکی دیگر از موانع اساسی، عدم نگاه به مسئله سالمندی به‌عنوان یک بحران واقعی است. بسیاری از تصمیم‌گیرندگان همچنان این موضوع را جدی نمی‌گیرند. از سویی دیگر، نبود باور به سیاست‌های پیشگیرانه در حوزه سالمندی و فقدان مشارکت فعال جامعه در تدوین و اجرای سیاست‌های رفاهی، باعث شده است اقدامات موجود نتواند پاسخگوی نیازهای روزافزون این گروه جمعیتی باشد. این در حالی است که در سایر مطالعات نیز سیاست‌گذاری در حوزه سلامت سالمندی به‌دلیل عواملی مانند غلبه رویکرد درمان‌محور بر پیشگیری، نبود سیاست‌های سلامت‌محور و فقدان جهت‌گیری راهبردی در برنامه‌های سلامت سالمندی، به‌عنوان چالش اصلی معرفی شده است [۳۳].

هزینه‌های بالای خدمات، به‌ویژه در مناطق روستایی، مانعی بزرگ در دسترسی سالمندان به مراقبت‌های بهداشتی محسوب می‌شود، از آنجاکه مشکلات اقتصادی نقش مهمی در ارائه خدمات سلامت دارند، بسیاری از سالمندان به‌دلیل هزینه‌های بالا، پوشش ناکافی بیمه‌ها و نبود بسته‌های حمایتی مؤثر، از دریافت خدمات بازمی‌مانند. مطابق با مطالعات پیشین، افزایش فقر در دوران سالمندی، دسترسی این گروه به مراقبت‌های سلامت را کاهش داده و آن‌ها را در معرض هزینه‌های کمرشکن قرار می‌دهد [۳۶، ۳۷].

کمبود دارو و تجهیزات یکی از مهم‌ترین چالش‌های ارائه خدمات به سالمندان است. برخی از داروهای ضروری برای این گروه سنی در دسترس نیستند و بسیاری از مراکز بهداشتی، داروخانه سیار ندارند. همچنین کمبود تجهیزاتی مانند کیت‌های غربالگری، ارائه خدمات و اجرای برنامه‌های پیشگیری را با مشکل مواجه کرده است. به‌دلیل این محدودیت‌ها، بسیاری از سالمندان ترجیح می‌دهند به‌جای مراکز دولتی، به مراکز خصوصی مراجعه کنند. مطالعات نشان داده‌اند این امر به عواملی، مانند کمبود خدمات، کیفیت پایین مراقبت‌ها و نبود آگاهی کافی در کارکنان بهداشتی از اهمیت مراقبت‌های اولیه مرتبط است. در برخی کشورها، مانند نیجریه، ناکافی بودن خدمات یکی از دلایل اصلی کاهش مراجعه سالمندان به مراکز درمانی گزارش شده است [۳۸، ۳۹].

طبق یافته‌های پژوهش، موانع فناوری نقش مهمی در کاهش اثربخشی خدمات بهداشتی دارند. مشکلاتی مانند قطع و وصلی سامانه‌های بهداشتی، از جمله سامانه سبب و فرایندهای تکراری و موازی کاری در ارائه خدمات، از چالش‌های اساسی در این حوزه محسوب می‌شوند. علاوه بر این، مشکلات نرم‌افزاری باعث ازدحام در مراکز درمانی و نارضایتی مراجعه‌کنندگان شده است. مطالعات قبلی نیز ازدحام مراکز را یکی از موانع اصلی ارائه خدمات بهداشتی دانسته‌اند. در ایران، اجرای طرح تحول بهداشت و راهاندازی سامانه سبب، با چالش‌هایی، مانند زمان‌بر بودن تکمیل اطلاعات و طولانی بودن فرایند ثبت مواجهه بوده که به نارضایتی کادر درمان و کاهش مراجعات افراد منجر شده است. یافته‌های این پژوهش نیز این مشکلات را تأیید می‌کند [۴۰، ۴۱].

مسافت طولانی تا مراکز درمانی، نامناسب بودن فضای فیزیکی (وجود پله‌ها، نبود آسانسور) و عدم تطابق محیط‌های درمانی با نیازهای سالمندان، از جمله موانعی هستند که باعث کاهش مراجعه آن‌ها به مراکز بهداشتی می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند نزدیکی مراکز بهداشتی به محل سکونت، عاملی کلیدی در استفاده از خدمات بهداشتی اولیه است [۴۲، ۴۳]. در مناطق روستایی ایالات متحده نیز عدم وجود وسایل حمل‌ونقل عمومی یکی از دلایل عدم مراجعه مردم به مراکز بهداشتی ذکر شده است [۴۴].

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. کمبود پزشکان، روان‌شناسان و کارشناسان تغذیه در مراکز بهداشتی یکی از موانع مهم در ارائه خدمات مطلوب به سالمندان است. در حالی که بسیاری از سالمندان برای دریافت مشاوره‌های تخصصی به مراکز مراجعه می‌کنند، نبود نیروی متخصص باعث کاهش کیفیت خدمات می‌شود. این کمبودها به ویژه در شرایطی مانند عدم وجود آزمایشگاه، داروخانه و خدمات پاراکلینیکی در برخی پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت مشاهده می‌شود. مطابق با پژوهش امیری دلویی و همکاران، کمبود نیروی انسانی و ازدحام مراکز بهداشتی، از چالش‌های اساسی در ارتقای کیفیت خدمات سالمندان است [۴۵].

عدم آگاهی از خدمات موجود و نگرانی از حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران، به‌ویژه در حوزه سلامت روان، از مهم‌ترین موانع مراجعه به مراکز بهداشتی محسوب می‌شود. مطالعات انجام‌شده در کشورهای نیجریه و بنگلادش نیز مطابق با نتایج مطالعه حاضر به این موضوع پرداخته‌اند [۴۶، ۴۷].

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.

حامی مالی

این پژوهش هیچ گونه کمک مالی از سازمانی های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به طور یکسان در مفهوم و طراحی مطالعه، جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها، تفسیر نتایج و تهیه پیش نویس مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از پرسنل مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان مراغه و کلیه سالمندان شرکت کننده در این مطالعه سپاس گذاری می کنند.

یکی از محدودیت های این مطالعه عدم مراجعه و همکاری مؤثر سالمندان با ارائه دهندگان سلامت بود که با تماس تلفنی از مرکز و تأکید بر اهمیت موضوع، بخش قابل توجهی از آن برطرف شد و همچنین با مراجعات مکرر به مراکز بهداشتی مناطق مختلف سعی شد مصاحبه های متنوع تری گرفته شود. همچنین وضعیت اقتصادی خانواده ها، از جمله محدودیت های تأثیرگذار بر سطح انتظارات است. افراد با وضعیت اقتصادی متفاوت ممکن است دسترسی به خدمات را به شیوه های مختلف تجربه کنند که موجب نابرابری در کیفیت خدمات ارائه شده شود.

نتیجه گیری نهایی

رشد سریع سالمندی جمعیت در ایران، چالش های متعددی در تأمین خدمات بهداشتی و مراقبتی ایجاد کرده است. عدم برنامه ریزی مناسب در این زمینه می تواند منجر به ناکارآمدی نظام سلامت و مشکلات اجتماعی اقتصادی گسترده ای شود.

برای کاهش این چالش ها، راهکارهایی نظیر تقویت زیرساخت های بهداشتی و درمانی، افزایش نیروی انسانی متخصص، تخصیص بودجه کافی و ارتقای انگیزه و رضایت شغلی کارکنان پیشنهاد می شود. همچنین موفقیت در ارائه خدمات وابسته به اصلاح ساختارها و اجرای سیاست های حمایتی، از جمله افزایش منابع مالی در سطح خدمات اولیه، رایگان سازی برخی خدمات درمانی، توسعه خدمات در منزل، افزایش دسترسی به مراکز درمانی و آموزش خانواده ها برای مراقبت از سالمندان است.

به منظور بهبود دسترسی سالمندان به خدمات، توسعه مراکز درمانی در نزدیکی محل زندگی آنان و ایجاد سیستم های حمل و نقل اختصاصی ضروری به نظر می رسد. علاوه بر این به کارگیری فناوری های دیجیتال، مانند پرونده الکترونیک سلامت و تله مدیسین، می تواند روند ارائه و پیگیری خدمات را تسهیل کند. حمایت مالی و آموزشی از خانواده های مراقب، آگاهی بخشی به سالمندان درباره خدمات موجود و تقویت مشارکت بخش خصوصی، نقش مهمی در کاهش موانع فعلی و ارتقای رفاه و سلامت سالمندان خواهد داشت.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی بوده که کد اخلاق (IR.) MARAGHEHPHC.REC.1403.038 در دانشگاه علوم پزشکی مراغه تأیید شده است. قبل از جمع آوری داده ها، از همه شرکت کنندگان رضایت نامه آگاهانه اخذ شد. محرمانگی اطلاعات شرکت کنندگان حفظ شد و تمام داده ها در طول تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از شناسه های کدگذاری شده ناشناس بودند.

References

- [1] Arabi H, Shahjamali M. [Studying the economics of aging and presenting lesson plans for education in Iranian universities (Persian)]. *The Journal of Economic Studies and Policies*. 2020; 7(1):203-32. [DOI:10.22096/esp.2020.43396]
- [2] World Health Organization. World Health Day 2012: Ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2012. [Link]
- [3] Chatterji S BJ, 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. [DOI:10.1016/S0140-6736(14)61462-8] [PMID] [PMCID]
- [4] 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 (Persian)]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2023; 22(4):367-84. [DOI:10.61186/jrums.22.4.367]
- [5] Lotfalinezhad E, Abolfathi Momtaz Y, Nazaripanah 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 (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2021; 16(3):438-51. [DOI:10.32598/sija.2020.16.3.2190.2]
- [6] Ogura S, Jakovljevic MM. Global population aging-health care, social and economic consequences. *Frontiers in Public Health*. 2018; 6:335. [DOI:10.3389/fpubh.2018.00335] [PMID] [PMCID]
- [7] UN. Population Division. World population ageing, 2013. New York: United Nations; 2013. [Link]
- [8] Segalin B, Kumar P, Micadei K, Fornaro A, Gonçalves FLT. Size-segregated particulate matter inside residences of elderly in the Metropolitan Area of São Paulo, Brazil. *Atmospheric Environment*. 2017; 148:139-51. [DOI:10.1016/j.atmosenv.2016.10.004]
- [9] Taraghi Z, Ilali ES. [A comparison of older adults' and managers' attitudes towards age-Friendly City indexes (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2018; 13(2):236-49. [DOI:10.32598/sija.13.2.236]
- [10] WHO, NIA, NIH. Global health and aging. Geneva: World Health Organization; 2011. [Link]
- [11] Yavari K, Basakha M, Sadeghi H, Naseri A. [Economic aspects of ageing (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2015; 10(1):92-105. [Link]
- [12] Kinsella KG, Phillips DR. Global aging: The challenge of success. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2005. [Link]
- [13] National Bureau of Statistics of China. New statistical year-books. Changsha: China Statistics Press; 2020. [Link]
- [14] 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. [DOI:10.3390/app12073276]
- [15] De Carvalho IA, Epping-Jordan J, Pot AM, Kelley E, Toro N, Thiagarajan JA, et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. *Bulletin of the World Health Organization*. 2017; 95(11):756-63. [DOI:10.2471/BLT.16.187617] [PMID] [PMCID]
- [16] 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):1-6. [PMID]
- [17] Beard JR, Officer A, De Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*. 2016; 387(10033):2145-54. [DOI:10.1016/S0140-6736(15)00516-4] [PMID] [PMCID]
- [18] 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; 385(9968):649-57. [DOI:10.1016/S0140-6736(14)61464-1] [PMID] [PMCID]
- [19] Tajvar M, Yaseri M, Karami B, Mohammadi M. [Pattern of out-patient health service utilization by older people in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2021; 15(4):410-27. [DOI:10.32598/sija.15.4.2921.1]
- [20] De Biasi A, Wolfe M, Carmody J, Fulmer T, Auerbach J. Creating an age-friendly public health system. *Innovation in Aging*. 2020; 4(1):igz044. [DOI:10.1093/geroni/igz044] [PMID] [PMCID]
- [21] 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. [DOI:10.1371/journal.pone.0202559] [PMID] [PMCID]
- [22] 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. [DOI:10.1016/j.techsoc.2015.08.002]
- [23] 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]
- [24] Mostafavi Darani F, Abedi HA, Haliza Mohd. Riji HMR. Conditions affecting the elderly primary health care in urban health care centers of Iran. *Research Journal of Medical Sciences*. 200; 3(6):202-13. [Link]
- [25] Safdari R, Sadeghi F, Mohammadiazar M. [Aged care and services programs in Iran: Looking at the performance of relevant organizations (Persian)]. *Payavard Salamat*. 2016; 10(2):155-66. [Link]
- [26] Shaarbafchi Zadeh N, Akbari F, Khalili Khouzani P, Niaraees Zavare AS. [Comparative study of elderly care services among Iran, United States of America, and Sweden (Persian)]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2020; 25(5):123-40. [DOI:10.52547/sjku.25.5.123]
- [27] Shoaie F, Nejati V. [Elderly-caring service pattern in USA comparing with Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(1):68-77. [Link]
- [28] Young HM. Challenges and solutions for care of frail older adults. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2003; 8(2):5. [DOI:10.3912/OJIN.Vol8No02Man04] [PMID]
- [29] Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005; 15(9):1277-88. [DOI:10.1177/1049732305276687] [PMID]
- [30] Lincoln YS, Guba EG. Criteria for assessing naturalistic inquiries as reports. Paper presented: Annual Meeting of the American Educational Research Association. 5-9 April 1988; New Orleans, LA. [Link]
- [31] 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 (Persian)]. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2019; 14(4):302-11. [Link]

- [32] 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. [DOI:10.1108/IJHRH-09-2020-0083]
- [33] 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. [PMID]
- [34] Yahyavi Dizaj J, Emamgholipour S, Pourreza A, Nommani F, Molemi S. [Effect of aging on catastrophic health expenditure in Iran during the period 2007-2016 (Persian)]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2018; 16(3):216-27. [Link]
- [35] Khodabandeh Shahraki S, Dehghan Nayeri N, Abazari F, Pouraboli B. Challenges in caring for the elderly in Iran: A systematic review. *Ethiopian Medical Journal*. 2018; 56(2):189-96. [Link]
- [36] 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. [DOI:10.1177/2333721416667877] [PMID] [PMCID]
- [37] 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 (Persian)]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2023; 28(3):101-14. [DOI:10.61186/sku.28.3.101]
- [38] Adeyemo DO. Local government and health care delivery in Nigeria: A case study. *Journal of Human Ecology*. 2005; 18(2):149-60. [DOI:10.1080/09709274.2005.11905822]
- [39] 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. [DOI:10.4314/njm.v17i1.37366] [PMID]
- [40] 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. [DOI:10.1197/j.aem.2004.08.032] [PMID]
- [41] 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. [DOI:10.1001/archinte.168.15.1705] [PMID]
- [42] 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. [DOI:10.1111/j.1365-3156.2008.02193.x] [PMID]
- [43] 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. [DOI:10.1046/j.1365-3156.2003.01112.x] [PMID] [PMCID]
- [44] 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. [DOI:10.1016/j.puhe.2015.04.001] [PMID]
- [45] 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 (Persian)]. *Journal of Gerontology*. 2018; 3(1):55-63. [DOI:10.29252/joge.2.4.55]
- [46] 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; 9:11. [DOI:10.1186/1742-4755-9-11] [PMID] [PMCID]
- [47] 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(10):e0187303. [DOI:10.1371/journal.pone.0187303] [PMID] [PMCID]

This Page Intentionally Left Blank