

Accepted Manuscript

Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)

Title: Identifying Challenges and Barriers to Accessing Health Services among the Elderly in Kermanshah: A Qualitative Study

Authors: Amahtis Heidarzadeh Arani¹, Behzad Karami Matin², Satar Rezai², Sina Ahmadi^{3,*}

1. *Student Research Committee, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran*
2. *Research Center for Environmental Determinants of Health (RCEDH), Health Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.*
3. *Social Development and Health Promotion Research Center, Health Policy and Promotion Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran*

***Corresponding Author:** Sina Ahmadi, Social Development and Health Promotion Research Center, Health Policy and Promotion Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. E-mail: sinaahmadi25@gmail.com

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

Received date: 2026/05/15

Revised date: 2026/07/26

Accepted date: 2026/07/29

First Online Published: 2026/09/11

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

Please cite this article as:

Heidarzadeh Arani A, Karami Matin B, Rezai S, Ahmadi S. [Identifying Challenges and Barriers to Accessing Health Services among the Elderly in Kermanshah: A Qualitative Study (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2026. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4353.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4353.1>

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

عنوان: شناسایی چالش ها و موانع بهره مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان شهر کرمانشاه: یک مطالعه کیفی

نویسندگان: آمه تیس حیدرزاده آرانی^۱، بهزاد کریمی متین^۲، ستار رضایی^۲، سينا احمدی^{۳*}

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. کرمانشاه، ایران
۲. مرکز تحقیقات عوامل محیطی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۳. مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، پژوهشکده سیاستگذاری و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

***نویسنده مسئول:** سينا احمدی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، پژوهشکده سیاستگذاری و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. ایمیل: sinaahmadi25@gmail.com

نشریه: سالمند: مجله سالمندی ایران

تاریخ دریافت: 1405/2/25

تاریخ ویرایش: 1405/5/4

تاریخ پذیرش: 1405/5/7

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

لطفا این گونه استناد شود:

Heidarzadeh Arani A, Karami Matin B, Rezai S, Ahmadi S. [Identifying Challenges and Barriers to Accessing Health Services among the Elderly in Kermanshah: A Qualitative Study (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2026. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4353.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2026.4353.1>

ABSTRACT

Objectives Population aging is one of the most significant demographic transitions of the present century, posing substantial challenges to health systems. This study aimed to identify and explain the barriers and challenges affecting older adults' utilization of health services in Kermanshah, with emphasis on their lived experiences

Methods & Materials This qualitative study was conducted using a inductive content analysis approach. Participants included 20 older adults (10 women and 10 men), aged 65 to 89 years, selected through purposive sampling with maximum variation in age, gender, education, place of residence, insurance type, and income level. Data were collected through in-depth semi-structured interviews and analyzed using Graneheim and Lundman's method. Lincoln and Guba's criteria were applied to ensure data trustworthiness. Data management and coding were performed using MAXQDA2020

Results Data analysis resulted in 239 initial codes, 9 subcategories, and three main categories: macro-level challenges (economic difficulties, inadequate insurance support, and socio-cultural barriers), meso-level challenges (physical and environmental barriers to access, quality-related issues, and digital exclusion), and micro-level challenges (therapeutic self-censorship, personal limitations, and unawareness of available services). Two core concepts emerged: "therapeutic self-censorship," referring to hiding one's health needs due to feeling burdensome, and the "multi-layered deprivation cycle," representing the dynamic interaction of multiple barriers. Digital exclusion specifically refers to the inability of older adults to utilize health technologies, health-related applications, and online appointment systems, thereby limiting their access to services, especially in the context of the pandemic and the increasing reliance on online platforms

Conclusion The barriers to effective use of health services by the elderly in Kermanshah are multi-level and intertwined, encompassing a wide range of economic, structural, environmental, technological, and individual challenges. The findings indicate that weak insurance coverage, lack of adequate supportive policies, digital exclusion, and self-censorship in treatment are among the most important barriers. Therefore, designing and implementing comprehensive interventions tailored to the real needs of the elderly – with an emphasis on reducing economic inequalities, improving physical access, and enhancing digital health literacy – is essential for achieving health equity in this growing population group.

Keywords older adults; Elderly; Health service utilization; Health; Qualitative study; Kermanshah; Treatment

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اینکه سالمندی جمعیت یکی از چالش‌های اساسی سیستم‌های بهداشتی در قرن حاضر است، این مطالعه با هدف شناسایی و تبیین موانع و چالش‌های پیش روی سالمندان در استفاده از خدمات سلامت در کرمانشاه، با تأکید بر تجربیات زیسته آن‌ها انجام شد.

مواد و روش‌ها این مطالعه با رویکرد تحلیل محتوای کیفی استقرایی و مشارکت ۲۰ سالمند (۱۰ زن و ۱۰ مرد) در بازه سنی ۶۵ تا ۸۹ سال که از طریق نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند، صورت گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌عمیق جمع‌آوری و با استفاده از روش گراینهایم و لاندمن تحلیل شدند. اعتبار داده‌ها با معیارهای لینکلن و گوبا سنجیده شد. مدیریت و کدگذاری داده‌ها با نرم‌افزار MAXQDA2020 انجام شد.

یافته‌ها : تحلیل داده‌ها به استخراج ۲۳۹ کد اولیه، ۹ زیرمقوله و ۳ مقوله اصلی منجر شد. مقوله‌های اصلی شامل چالش‌های سطح کلان (مشکلات اقتصادی و ناکافی بودن حمایت‌های بیمه‌ای، ناکافی بودن سیاست‌های حمایتی و چالش‌های اجتماعی و فرهنگی)، چالش‌های سطح میانی (موانع فیزیکی و محیطی در دسترسی به خدمات سلامت، چالش‌های مرتبط با موجودیت و کیفیت خدمات، طرد دیجیتال)، و چالش سطح خرد (مشکلات شخصی سالمندان، خودسانسوری درمانی، ناآگاهی از خدمات ارائه شده در حوزه سالمندان) بود.

نتیجه‌گیری: موانع استفاده مؤثر سالمندان از خدمات سلامت در کرمانشاه، چندسطحی و در هم‌تنیده هستند و طیف وسیعی از چالش‌های اقتصادی، ساختاری، محیطی، فناورانه و فردی را در بر می‌گیرند. یافته‌ها نشان می‌دهد که ضعف پوشش بیمه‌ای، نبود سیاست‌های حمایتی کافی، طرد دیجیتال، و خودسانسوری درمانی از مهم‌ترین موانع به‌شمار می‌روند. بنابراین، طراحی و اجرای مداخلات جامع و متناسب با نیازهای واقعی سالمندان - با تأکید بر کاهش نابرابری‌های اقتصادی، بهبود دسترسی فیزیکی، و ارتقای سواد سلامت دیجیتال - برای تحقق عدالت در سلامت این گروه جمعیتی رو به رشد ضروری است.

کلید واژه‌ها سالمند؛ بهره‌مندی؛ سلامت؛ مطالعه کیفی؛ کرمانشاه؛ درمان

با افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ مرگ و میر، جوامع شاهد پدیده‌ی سالمندی جمعیت هستند (۱، ۲). سالخوردگی جمعیت، یکی از برجسته‌ترین چالش‌های اجتماعی-جمعیتی قرن بیست و یکم است که به دغدغه‌ای مشترک در سطح جهانی تبدیل شده است (۳، ۴). جمعیت جهانی افراد ۶۵ سال و بیشتر در سال ۲۰۲۲ به حدود ۷۷۱ میلیون نفر رسید این مقدار ۳ برابر بیش‌تر از سالمندان سال ۱۹۸۰ است و احتمال دارد تا سال ۲۰۵۰ به ۱.۶ میلیارد نفر افزایش یابد، ۸۰ درصد این رشد در کشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد. برآورد سازمان ملل متحد نشان می‌دهد که ایران نیز با افزایش چشمگیر جمعیت سالمندان مواجه است به گونه‌ای که شمار آن‌ها از نزدیک به ۷ میلیون نفر در سال ۲۰۲۲ به بیش از ۲۲ میلیون نفر در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید (۵).

استان کرمانشاه با نرخ سالمندی حدود ۱۰/۲ درصد هشتمین استان پیر ایران است (۶).

سالمندان به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی، آسیب‌پذیری‌های روانی و شیوع بیماری‌های مزمن، بخش قابل توجهی از مصرف‌کنندگان خدمات سلامت را تشکیل می‌دهند (۷-۹).

در چنین شرایطی ارتقای سلامت سالمندان تنها به توسعه زیر ساخت‌ها یا افزایش ظرفیت ارائه خدمات سلامت وابسته نیست، بلکه به میزان بهره‌مندی موثر سالمندان از این خدمات نیز بستگی دارد. بهره‌مندی از خدمات سلامت^۱ استفاده آگاهانه و بهینه از خدمات بهداشتی است و با وجود هم‌زمان قابلیت دسترسی و تمایل فردی برای دریافت خدمات محقق می‌شود (۱۰). بنابراین، قابلیت دسترسی به تنهایی برای تحقق بهره‌مندی کافی نیست. دسترسی فرصت و توانایی برای رسیدن به خدمات است در حالی که بهره‌مندی به معنی برآورده شدن واقعی نیاز سلامت است (۱۱).

تقریباً یک‌سوم جمعیت جهان به دلیل موانع مختلف، از جمله عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، از بهره‌مندی خدمات بهداشتی بازمانده‌اند (۱۲). در میان سالمندان پرفشاری خون شیوع بالایی دارد و به دلیل نیاز به درمان و مراقبت‌های پرهزینه، بار اقتصادی سنگینی را به همراه می‌آورد (۷). همچنین این امر باعث می‌شود، نظام‌های

¹ Health Services Utilization

سلامت و بیمه با فشارهای مالی فزاینده‌ای مواجه شوند؛ به طوری که تخمین زده می‌شود هزینه‌های سلامت برای این گروه سنی، ۳ تا ۵ برابر بیشتر از افراد جوان‌تر است (۱۳).

در نتیجه دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت، به عنوان یکی از ارکان اساسی توسعه جوامع، نقشی حیاتی در ارتقاء سطح سلامتی، بهبود کیفیت زندگی و افزایش رفاه اجتماعی ایفا می‌کند. سیاست‌گذاران با علم به این اهمیت، پس از همگانی کردن خدمات سلامت و تلاش برای بهبود دسترسی، نیازمند درک عمیق عوامل مؤثر بر میزان استفاده افراد از این خدمات هستند تا از کارایی و اثربخشی سیاست‌های خود اطمینان حاصل نمایند. در این راستا، شناسایی و رفع موانع و چالش‌هایی که بر سر راه بهره‌مندی از خدمات سلامت قرار دارند، به یکی از دغدغه‌های اصلی سیاست‌گذاران تبدیل شده است (۱۴، ۱۵).

در مطالعه‌ای با روش ترکیبی (کیفی-کمی) که در سال ۱۴۰۳ توسط بردبار و همکاران انجام شد، چالش‌های ارائه خدمات سلامت سالمندی در ایران مورد شناسایی و ارزیابی قرار گرفت. نتایج تحلیل کیفی منجر به استخراج شش مضمون اصلی شامل چالش‌های آموزشی، زیرساختی و نیروی انسانی، مالی، نظارتی، مشکلات فردی سالمندان و چالش‌های مرتبط با ارائه خدمات شد. یافته‌های مراحل کمی نشان داد مهم‌ترین چالش‌ها شامل پوشش ناکافی بیمه، کمبود بودجه، ناهماهنگی بین نهادهای مسئول، کمبود و توزیع نامتوازن نیروی انسانی، ضعف زیرساخت‌های مراقبت سالمندی و عدم اجرای مؤثر سند ملی سالمندی است (۱۶). در مطالعه کیفی انجام شده توسط پیتر آداتارا^۲ بررسی کیفی موانع استفاده از خدمات مراقبت‌های بهداشتی سرپایی در میان سالمندان غنا مورد بررسی قرارداد و به این نتیجه رسید که دسترسی جغرافیایی محدود، فاصله طولانی تا مراکز درمانی، وضعیت نامطلوب جاده‌ها و هزینه بالای حمل‌ونقل از جمله موانع مهم است که مراجعه سالمندان را دشوار می‌کند (۱۷).

در مطالعه دیگر که در سال ۱۴۰۴ توسط یزدی‌فیض‌آبادی و همکاران انجام شد، موانع دسترسی سالمندان در

² Peter Adatara

چهار دسته اصلی شامل «دسترس پذیری»، «موجودیت خدمات»، «قابلیت پرداخت» و «مدیریت و سیاست گذاری سیستم» قرار گرفتند (۱۸).

با وجود گسترش مطالعات در این حوزه، شواهد موجود همچنان با یک محدودیت اساسی مواجه است. بخش عمده پژوهش‌های پیشین، بر سنجش میزان استفاده از خدمات سلامت یا شناسایی عوامل مرتبط با آن تمرکز داشته‌اند و اگرچه شناخت ارزشمندی از عوامل مؤثر بر بهره‌مندی فراهم کرده‌اند، اما در تبیین چگونگی تجربه سالمندان از این چالش‌ها در بستر واقعی زندگی، محدودیت دارند. در نتیجه، هنوز شناخت عمیقی از این موضوع وجود ندارد که سالمندان چگونه موانع بهره‌مندی از خدمات سلامت را تجربه می‌کنند یا این موانع بر دریافت مراقبت اثر می‌گذارند و در تعامل با یکدیگر عدم بهره‌مندی از خدمات سلامت را شکل می‌دهند. این خلأ دانشی، طراحی مداخلات متناسب با نیازهای واقعی سالمندان و ارتقای پاسخگویی نظام سلامت را با چالش مواجه می‌کند. علاوه بر این، تجربه بهره‌مندی از خدمات سلامت ماهیتی زمینه‌مند دارد و تحت تأثیر ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی، جمعیتی و نحوه سازماندهی نظام سلامت در هر جامعه شکل می‌گیرد. از این‌رو، انتخاب محیط پژوهش باید بر پایه ویژگی‌های زمینه‌ای مرتبط با پدیده مورد مطالعه انجام شود. شهر کرمانشاه از این منظر، بستری مناسب برای مطالعه حاضر محسوب می‌شود. این شهر به‌عنوان یکی از کلان‌شهرهای غرب ایران، طی دهه‌های اخیر با گسترش سریع شهری، مهاجرت روستا به شهر و توسعه سکونتگاه‌های حاشیه‌ای مواجه بوده است؛ تحولاتی که با چالش‌های اقتصادی و اجتماعی و افزایش تقاضا برای خدمات سلامت همراه بوده‌اند. در عین حال، مطالعات مبتنی بر تحلیل‌های فضایی نشان داده‌اند که با وجود توسعه زیرساخت‌های سلامت، توزیع مراکز ارائه خدمات در شهر کرمانشاه به‌طور کامل با الگوی استقرار جمعیت همخوان نیست و نابرابری‌هایی در دسترسی جغرافیایی به خدمات برای سالمندان، همچنان وجود دارد (۱۹، ۲۰).

این هم‌زمانی توسعه خدمات و تداوم شکاف در دسترسی، شهر کرمانشاه را به بستری علمی مناسب برای بررسی تجربه سالمندان از چالش‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت تبدیل می‌کند؛ زیرا امکان مطالعه عواملی را فراهم

می‌سازد که موجب می‌شوند توسعه ظرفیت‌های نظام سلامت لزوماً به بهره‌مندی عادلانه از خدمات منجر نشود. در این راستا بهره‌مندی از خدمات سلامت در استان کرمانشاه مورد بررسی قرار گرفت.

روش مطالعه

مطالعه‌ی حاضر با رویکرد کلی، تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی و استقرایی^۳ انجام شد. براساس این رویکرد، فرآیند مصاحبه به‌صورت نیمه‌ساختاریافته طراحی گردید تا پژوهشگر با حداقل پیش‌فرض‌های نظری، وارد میدان شود و مفاهیم و کدها مستقیماً از دل تجارب زیسته‌ی سالمندان استخراج گردند. همچنین، برای دسته‌بندی نظام‌مند موانع در سطوح خرد، میانی و کلان، از رویکرد تحلیل چارچوب^۴ بهره گرفته شد تا امکان شناسایی روابط علی و پویا میان لایه‌های مختلف فراهم آید.

هدف مطالعه شناسایی چالش‌های سالمندان ساکن شهر کرمانشاه در بهره‌مندی از خدمات سلامت بود. شرکت‌کنندگان، سالمندان ۶۵ سال و بالاتر بودند.

معیارهای ورود شامل: سن ۶۵ سال و بالاتر، ساکن در شهر کرمانشاه، داشتن حداقل یک بار تجربه‌ی دریافت خدمات سلامت در شش ماه اخیر و توانایی بیان مشکلات بود. برای سنجش هوشیاری و توانایی شناختی در مرحله‌ی غربالگری، سه سؤال (تاریخ امروز، مکان فعلی، نام خود) پرسیده شد و کسب حداقل دو پاسخ صحیح، به‌همراه توانایی برقراری مکالمه‌ی روان، معیار ورود در نظر گرفته شد.

معیارهای خروج از مطالعه شامل هرگونه شرایط یا رخدادی بود که مانع ادامه فرایند جمع‌آوری داده‌ها می‌شد؛ از جمله وجود اختلالات شناختی شدید یا دمانس تشخیص‌داده‌شده یا مشهود که برقراری ارتباط مؤثر را مختل می‌کرد، وجود اختلالات شنوایی یا گفتاری اصلاح‌نشده که انجام مصاحبه را غیرممکن می‌ساخت و نیز انصراف شرکت‌کننده از ادامه مشارکت در هر مرحله از پژوهش، یا ناتمام ماندن فرایند مصاحبه به هر دلیل به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند.

³ Conventional/Inductive Qualitative Content Analysis

⁴ Framework Analysis

نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند^۵ طراحی شد تا طیفی متنوع از شرایط و تجربیات سالمندان در نتایج مطالعه بازتاب یابد. به منظور اطمینان از پوشش جامع و بازنمایی طیف وسیعی از تجربیات، ابتدا فهرستی از سالمندان بر اساس ویژگی‌های سالمندان از جمله بازه‌های سنی، وضعیت منطقه سکونت، تحصیلات، و جنسیت تهیه و در مرحله بعد نمونه‌ها انتخاب گردید. این رویکرد چندوجهی در نمونه‌گیری، امکان گردآوری تجربیات زیسته‌شده دقیق‌تری را فراهم آورد و از سوگیری احتمالی ناشی از یک‌دستی داده‌ها جلوگیری کرد.

داده‌های مطالعه از طریق مصاحبه‌ها گردآوری شد. مصاحبه به صورت نیمه‌ساختاریافته و حضوری در مکان‌های راحت و آشنا برای سالمندان، مانند محیط‌های عمومی، خانه‌های آنها و مراکز اجتماعی، انجام شد. با توجه به زبان مصاحبه‌گر (فارسی) و ضرورت دستیابی به غنای بیشتر داده‌ها و درک عمیق‌تر تجربیات گروه‌های جمعیتی مختلف، یک فرد مطلع محلی (کردزبان از منطقه کرمانشاه) به‌عنوان مصاحبه‌گر کمکی یا تسهیل‌گر در فرآیند جمع‌آوری داده‌ها مشارکت داشت.

این فرد علاوه بر آشنایی با فرهنگ و بافت اجتماعی سالمندان منطقه، به دلیل جایگاه اجتماعی خود به‌عنوان یکی از خیرین محلی، دسترسی و ارتباط مؤثری با سالمندان داشت. مصاحبه‌ها با یک سوال عمومی شروع شدند تا سالمند احساس راحتی کند و درباره زندگی روزمره و مراقبت از سلامت خود توضیح دهند و سپس سوالات اصلی مصاحبه در راستای شناسایی مشکلات و چالش‌ها در دو سطح کلان (شامل سیاست‌ها و برنامه‌های دولتی، زیرساخت‌ها و امکانات مراکز درمانی، مسائل اقتصادی-اجتماعی گسترده، و مدیریت و سازماندهی سیستم سلامت) و سطح خرد (شامل مسائل شخصی و خانوادگی، تجربیات فردی، میزان آگاهی و اطلاعات از خدمات سلامت، و نگرش‌ها و باورهای فردی) پرسیده شدند تا چالش‌ها و مشکلات استفاده از خدمات سلامت را بر اساس تجربه شخصی یا تجربه بازگو شده دیگران در سالمندان مورد بررسی قرار دهند.

⁵ Purposeful Sampling

سوالات مصاحبه در طول فرآیند تحقیق قابلیت اصلاح داشتند تا با اهداف مطالعه همسو باقی بمانند و بتوان پاسخ های دقیق تر و مرتبطتری دریافت کرد. مصاحبه ها با رعایت اصل بی طرفی از سوی پژوهشگر انجام شدند. حجم نمونه براساس اصل اشباع داده ها تعیین شد به طوریکه پس از انجام هفدهمین مصاحبه اطلاعات و یافته جدیدی در این زمینه به دست نیامد. با این حال سه مصاحبه دیگر انجام شد تا کفایت و کامل بودن داده ها تایید گردد. هر مصاحبه بین ۴۰ تا ۶۰ دقیقه (میانگین ۵۰ دقیقه) به طول انجامید.

تجزیه و تحلیل داده ها در این مطالعه مبتنی بر رویکرد تحلیل محتوای قراردادی و بهره گیری از چهارچوب ارائه شده توسط گرانهیم و لاندمن^۶ صورت پذیرفت (۲۱). کلیه مصاحبه ها به صورت صوتی ضبط و سپس به صورت دقیق، کلمه به کلمه، پیاده سازی گردید. این پیاده سازی به عنوان ماده خام تحلیل در نظر گرفته شد. سپس چندین نوبت از روی نسخه نوشته شده برای آشنایی با داده ها و تشخیص واحدهای معنایی خوانده شد. در مرحله بعد، واحدهای معنایی خلاصه شدند. خلاصه سازی بدین صورت بود که متن کوتاه شد و واژه های غیر ضروری و تکراری حذف گردید، اما معنای اصلی هر واحد حفظ شد. سپس کدگذاری انجام شد و هر واحد معنایی خلاصه شده برچسب گذاری شد تا مفاهیم کلیدی شناسایی شوند. کدها نزدیک به متن اصلی و با سطح مناسب انتزاع و تفسیر انتخاب شدند تا از دست رفتن اطلاعات مهم جلوگیری شود. پس از کدگذاری، کدها براساس شباهت و تفاوت ها در زیر مقولات و مقولات مرتب شدند و از ترکیب مقولات، مضمون اصلی استخراج گردید.

این فرآیند شامل انتزاع و تفسیر تدریجی بود و هدف آن رسیدن به درک عمیق تر از تجربیات سالمندان و حفظ انسجام منطقی در سطوح مختلف تحلیل بود. تحلیل داده ها به صورت غیر خطی و رفت و برگشتی انجام شد. به این معنا که داده ها چندین بار مرور شدند و در مراحل مختلف تحلیل، تفسیر و انتزاع آن ها با توجه به هدف پژوهش اصلاح و بازنگری شد. برای تحلیل فایل ها از نرم افزار MAXQDA2020، استفاده شد.

⁶ Graneheim and Lundman

در این پژوهش معیارهای اعتبارسنجی پژوهش به منظور اطمینان از دقت و صحت یافته‌ها کیفی بر اساس چارچوب لینکلن و گوبا شامل: باورپذیری⁷، وابستگی⁸، انتقال‌پذیری⁹ و تأییدپذیری¹⁰ مورد توجه قرار گرفت.

برای افزایش باورپذیری داده‌ها، در پایان هر مصاحبه خلاصه‌ای از برداشت پژوهشگر از مطالب بیان‌شده، برای مشارکت‌کننده ارائه می‌شد و از وی خواسته می‌شد درستی تفسیرها را تأیید کرده و در صورت وجود نکته‌ای که به درستی ثبت نشده یا نیاز به تکمیل داشت، آن را بیان کند.

برای ارزیابی وابستگی مستندسازی فرآیند¹¹ و توافق بین کدگذاران¹² انجام شد به این صورت که کدگذاری اولیه مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی انجام شد. سپس متن کامل مصاحبه‌ها به همراه کدهای استخراج‌شده توسط اساتید راهنما و مشاور مورد بازبینی قرار گرفت. اساتید با بررسی کدها، در موارد لازم اصلاح، حذف، ادغام یا پیشنهاد کدهای جدید را ارائه کردند. اختلاف‌نظرها طی جلسات مشترک مورد بحث قرار گرفت و کدهای نهایی بر اساس اجماع نظرات تعیین شدند. همچنین تمامی مراحل تحلیل و تغییرات اعمال‌شده در فرایند کدگذاری مستندسازی شد تا امکان پیگیری و ارزیابی فرایند پژوهش فراهم شود.

برای افزایش قابلیت انتقال نتایج، تلاش شد مشارکت‌کنندگان به صورت نمونه‌گیری هدفمند و با در نظر گرفتن تنوع نسبی از نظر سن، جنس، وضعیت بیمه، محل سکونت و وضعیت اقتصادی - اجتماعی انتخاب شوند تا دیدگاه‌های متفاوت سالمندان در پژوهش منعکس شود. همچنین ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان، زمینه انجام پژوهش و فرایند اجرای مطالعه با جزئیات کافی گزارش شد تا خوانندگان بتوانند درباره میزان قابلیت انتقال یافته‌ها به موقعیت‌های مشابه قضاوت کنند. در نهایت برای تأییدپذیری و اطمینان از بی‌طرفی پژوهشگر، کلیه مراحل تحلیل در قالب دفترچه میدانی¹³ مستندسازی شد. علاوه بر تمامی داده‌های خام شامل متن مصاحبه‌ها،

⁷ Credibility

⁸ Dependability

⁹ Transferability

¹⁰ Confirmability

¹¹ Audit Trail Audit

¹² Inter-coder Reliability

¹³ Audit Trail

یادداشت‌های میدانی و جداول کدگذاری به صورت شفاف نگهداری گردید تا در صورت لزوم امکان بررسی توسط پژوهشگران دیگر وجود داشته باشد.

یافته‌های تحلیلی

در مطالعه حاضر ۲۰ نفر از سالمندان به عنوان نمونه مورد بررسی قرار گرفتند که ۵۰ درصد آنها زن و ۵۰ درصد مرد بودند. همچنین در بین سالمندان، افرادی با تحصیلات متفاوت و وضعیت اجتماعی اقتصادی متفاوت قرار داشتند

جدول ۱: توزیع مضامین استخراج شده براساس شرکت‌کنندگان زن

شرکت‌کننده	سن	تحصیلات	محل/درآمد	بیمه	تعداد کدها در هر مصاحبه
زن ۱	۶۶	بی سواد	باغ ابریشم (پایین)	فاقد بیمه	۱۰
زن ۲	۶۷	ابتدایی	دولت آباد (پایین)	سلامت	۱۱
زن ۳	۷۰	بی سواد	مسکن (متوسط)	خدمات درمان	۱۱
زن ۴	۷۴	راهنمایی	شهرداری (متوسط)	تامین اجتماعی	۱۲
زن ۵	۷۶	دانشگاهی	کارمندان (متوسط به بالا)	تامین اجتماعی	۱۲
زن ۶	۷۸	دیپلم	کارمندان (متوسط به بالا)	تامین اجتماعی	۱۲
زن ۷	۸۱	بی سواد	مدرس (متوسط به بالا)	تامین اجتماعی	۱۱
زن ۸	۸۴	ابتدایی	نوبهار (بالا)	تامین اجتماعی	۱۲
زن ۹	۸۶	دیپلم	کسرا (بالا)	تامین اجتماعی + بیمه تکمیلی	۱۱

زن ۱۰	۸۸	بی سواد	کسرا(بالا)	تامین اجتماعی	۱۱
-------	----	---------	------------	---------------	----

جدول ۲: توزیع مضامین استخراج شده براساس شرکت کنندگان مرد

شرکت کننده	سن	تحصیلات	محل/درآمد	بیمه	تعداد کدها در هر مصاحبه
مرد ۱	۶۵	ابتدایی	باغ ابریشم(پایین)	تامین اجتماعی	۱۱
مرد ۲	۶۸	دانشگاهی	نوبهار(بالا)	خدمات درمان	۱۲
مرد ۳	۷۲	بی سواد	مسکن(متوسط)	تامین اجتماعی	۱۲
مرد ۴	۷۳	بی سواد	شهرداری(متوسط)	سلامت	۱۳
مرد ۵	۷۷	بی سواد	کارمندان(متوسط به بالا)	تامین اجتماعی	۱۳
مرد ۶	۷۹	دیپلم	کارمندان(متوسط به بالا)	نیروهای مسلح	۱۳
مرد ۷	۸۰	بی سواد	مدرس(متوسط به بالا)	فاقد بیمه	۱۳
مرد ۸	۸۳	ابتدایی	دولت آباد(پایین)	نیروهای مسلح	۱۲
مرد ۹	۸۵	دیپلم	کسرا(بالا)	تامین اجتماعی	۱۲
مرد ۱۰	۸۹	بی سواد	کسرا(بالا)	تامین اجتماعی	۱۳

براساس نتایج مطالعه و پس از تفسیر مصاحبه ها، در مرحله اول کدهایی استخراج شدند. سپس این کدها براساس قرابت معنایی در ۹ زیر مقوله طبقه بندی شدند. در مرحله آخر زیر مقولات مورد ارزیابی قرار گرفتند و سه مقوله اصلی شناسایی شدند.^{۱۴}

جدول ۳: مقولات و زیر مقولات شناسایی شده در زمینه چالش های بهره‌مندی پایین

مقوله نهایی	مقولات	زیر مقولات	نمونه کدهای استخراج شده
چالش های سالمندان در بهره‌مندی از خدمات سلامت	چالش های سطح کلان	چالش های اجتماعی و فرهنگی	انگ زدن، برچسب خوردن، شرم و خجالت کشیدن، باورها و هنجارها، تقدیرگرایی، کاهش روابط اجتماعی
		ناکافی بودن سیاست های حمایت از سالمندان	حمایت ناکافی، برنامه های مقطعی و فاقد نگاه سالمند محور
		مشکلات اقتصادی و ناکافی بودن حمایت های بیمه ای	محدودیت بودجه، نبود درآمد و بیمه، وضعیت بد مالی، بی پولی، نداشتن کرایه، مقرون به صرفه نبودن، فقیر بودن، تاخیر در بازپرداخت بیمه، ناتوانی در پرداخت هزینه شخصی
	چالش سطح میانی	چالش های مرتبط با موجودیت خدمات و کیفیت این خدمات	کمبود ظرفیت نگهداری و تجهیزات مراکز درمانی محلی، کمبود متخصص، نابرابری بین خدمات دولتی و خصوصی، طولانی بودن صف انتظار، نبودن چشم پزشک، عدم عرضه ویتامین، نبود متخصص قلب، قطع شدن خدمات رایگان، کمبود مراکز خدمات یکپارچه سالمندان، کمبود امکانات و تجهیزات مناسب،

ناهماهنگی فضاهای درمانی با نیازهای فیزیکی سالمندان، شلوغی مراکز، پله های غیر استاندارد، نبود اتاق، اتاق کوچک، ضعف سیستم گرمایشی و سرمایشی	موانع فیزیکی و محیطی در دسترسی به خدمات سلامت		
ناتوانی در استفاده از فناوری های سلامت، نداشتن شماره تلفن، دانش پایین، ناتوانی در استفاده از سامانه های نوبت دهی آنلاین	طرد دیجیتال (محرومیت دیجیتال)		
افسردگی، روابط اجتماعی محدود، صبر و حوصله کم، ضعف بینایی یا شنوایی، فراموشی، آرتروز، زانودرد و کمردرد، عدم تعادل، مشکلات جسمی و حرکتی، بی انرژی بودن، مشکلات مربوط به زبان	چالش های مرتبط با مشکلات شخصی سالمندان	چالش سطح خرد	
احساس وابستگی، خود درمانی به جای دسترسی رسمی، احساس سربرابردن، پنهان ساختن نیازها	خودسانسوری درمانی (خودبازداری درمانی)		
ناآگاهی از خدمات ارائه شده سلامت، ناآگاهی از مکان ارائه خدمات	ناآگاهی و عدم اطلاع از خدمات ارائه در حوزه سالمندان		

۱. چالش‌های سطح کلان

یافته‌های مطالعه نشان داد که برخی از چالش‌های فرا روی سالمندان در بهره‌مندی از خدمات سلامت، ریشه در عوامل ساختاری و کلانی دارند که فراتر از توانایی‌های فردی آنان عمل می‌کنند. در سطح کلان، سه دسته مقوله اصلی شامل: چالش‌های اجتماعی و فرهنگی، ناکافی بودن سیاست‌های حمایت از سالمندان و مشکلات اقتصادی و ناکافی بودن حمایت‌های بیمه‌ای شناسایی شدند.

۱-۱) چالش‌های اجتماعی و فرهنگی

براساس نتایج مطالعه یکی دیگر از مانع‌های جدی در بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت به مجموعه‌ای از باورها، هنجارها و نگرش‌های فرهنگی ریشه‌دار مانند انگ زدن، برچسب خوردن، شرم و خجالت کشیدن و تقدیرگرایی بر می‌گردد که در ذیل چالش‌های اجتماعی-فرهنگی قرار می‌گیرند، سالمندان گاهی به دلیل ترس از قضاوت شدن یا پذیرفتن برچسب‌هایی همچون ناتوانی و وابستگی، نیازهای درمانی خود را پیگیری نمی‌کنند. علاوه بر این، برخی سالمندان بیماری را اراده خداوند می‌دانند و مراجعه به پزشک را بی‌فایده تلقی می‌کنند. "اگه بچه‌ها بفهمن مریضم، فکر می‌کنن دیگه آخر عمرمه و همه چی تموم شده، روم نمیشه که برم دنبال دوا و درمون" (مصاحبه‌شونده زن شماره ۷). "هر چی خدا بخواد همون میشه، اگه قرار باشه بمیرم که دکتر هم نمیتونه جلوشو بگیره" (مصاحبه‌شونده مرد شماره ۳).

۱-۲) ناکافی بودن سیاست‌های حمایت از سالمندان

یکی دیگر از مقولات شناسایی شده در مطالعه حاضر، ناکافی بودن سیاست‌های حمایت از سالمندان بود. نبود برنامه‌های مستمر و ساختاریافته برای پیگیری سلامت و مراقبت‌های دوره‌ای و توانبخشی از جمله مشکلات و چالش‌های این حوزه بودند. بسیاری از سالمندان معتقد بودند حمایت‌های دولتی بیشتر جنبه شعاری و مقطعی دارد و در عمل تغییری در کیفیت زندگی و دسترسی آن‌ها به خدمات ایجاد نمی‌کند.

"یک وقتی یک سری برنامه می‌دارن برای سالمندها، یادمه پارسالم مدیر کل بهزیستی برای هفته ملی سالمندان خدمات رایگان مشاوره ایی- مددکاری داد و حتی با یه گروه جهادی که چند تا دندون پزشک و یه دندون ساز بود اومدند/اما بعدش دیگه هیچ خبری نیست انگار که هیچ اتفاقی نیفتاده" (مصاحبه‌شونده مرد شماره ۲).

۳-۱) مشکلات اقتصادی و ناکافی بودن حمایت‌های بیمه‌ای

مشکلات اقتصادی و نقص در پوشش‌های بیمه‌ای، یکی از پرتکرارترین و تأثیرگذارترین چالش‌های سطح کلان در این مطالعه بودند. محدودیت بودجه، بی‌پولی، نداشتن کرایه، مقرون به صرفه نبودن، ناتوانی در پرداخت هزینه شخصی و تاخیر در بازپرداخت بیمه از جمله مهمترین مواردی بودند که سالمندان به عنوان موانع بهره‌مندی از خدمات سلامت به آنها اشاره کردند. براساس نتایج مطالعه، حتی در صورت وجود بیمه، هزینه‌های جانبی نظیر رفت‌وآمد، آزمایش‌ها و داروها، آن‌ها را با دشواری مضاعف مواجه می‌کند.

"من سه تا دارو مصرف می‌کنم، فقط یکی از اونارو بیمه می‌ده. اون دو تا رو باید هر ماه با کلی بدبختی از جیبم بدم. راستش بعضی وقتا که پول ندارم قرصام رو نصفه می‌خورم تا بیشتر دوام بیاره" (مصاحبه‌شونده مرد شماره ۹).

۲. چالش‌های سطح میانی

در سطح میانی، چالش‌های مرتبط با موجودیت خدمات و کیفیت آنها، موانع فیزیکی و محیطی و تردد دیجیتال به عنوان مهم‌ترین عوامل تضعیف‌کننده بهره‌مندی سالمندان از نظام سلامت مطرح شدند. یافته‌های کیفی کمبود در زمینه نیروی انسانی و داروها، نابرابری میان خدمات دولتی و خصوصی، طولانی بودن صف انتظار، ناهماهنگی فضاهای درمانی با نیازهای فیزیکی سالمندان، شلوغی مراکز، ناتوانی سالمندان در استفاده از سامانه‌های نوبت‌دهی آنلاین، و دانش پایین دیجیتال، سالمندان را از بهره‌مندی از فناوری‌های سلامت محروم می‌کند.

۱-۲) موانع فیزیکی و محیطی در دسترسی به خدمات سلامت

بر اساس یافته‌های مطالعه، موانع فیزیکی و محیطی یکی از مهم‌ترین چالش‌های سطح میانی در بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت محسوب می‌شود. سالمندان شرکت‌کننده از ناهماهنگی فضاهای درمانی با نیازهای

فیزیکی خود نظیر پله‌های غیراستاندارد و نبود رمپ‌های مناسب، نبود اتاق استراحت یا کوچک بودن اتاق‌های معاینه، و نیز ضعف سیستم‌های گرمایشی و سرمایشی به عنوان موانع جدی یاد کرده‌اند. این عوامل نه تنها دسترسی فیزیکی را برای افراد دارای مشکلات حرکتی، دردهای مزمن مفصلی یا کاربران واکر و ویلچر دشوار می‌سازد، بلکه تجربه مراجعه به مراکز درمانی را به فرآیندی خسته‌کننده و ناامیدکننده تبدیل کرده و انگیزه مراجعات بعدی را به شدت کاهش می‌دهد.

"دکتر آزمایشاموچک کرد گفت باید کورتون بزنم ولی شک داشتند فرستادتم پیش دکتر غدد آنزیمام چک کنند راهش دور بود و از قبل نوبت نداشتم نتونستم برم و درد کشیدم" (مصاحبه کننده زن شماره ۶).

"بیمارستان می‌ری، باید از این همه پله بالا بری. زانو درد دارم، از پله که می‌رم بالا تا برسم به بخش اذیت می‌شم" (مصاحبه‌شونده زن شماره ۲).

علاوه بر این، شلوغی مراکز درمانی و ازدحام جمعیت، از دیگر چالش‌های جدی این بخش بود. سالمندان از ساعت‌ها انتظار در راهروهای شلوغ و پرتردد، نبود فضای کافی برای نشستن، و نامناسب بودن صندلی‌ها برای سالمندان با دردهای مزمن مفصلی سخن گفتند.

"بیمارستان‌ها خیلی شلوغن، معمولا جای نشستن نیست. صندلی‌ها هم فلزی و سفتن، وقتی زیاد منتظر می‌مونم بدنم خسته می‌شه و جایی برای استراحت پیدا نمی‌کنم" (مصاحبه کننده زن شماره ۹).

۲-۲) چالش‌های مرتبط با موجودیت خدمات و کیفیت این خدمات

یافته‌های این مطالعه نشان داد که یکی دیگر از مهم‌ترین مقوله‌های سطح میانی مؤثر بر بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت، چالش‌های ناظر بر موجودیت و کیفیت خدمات است. مهم‌ترین کدهای استخراج‌شده در این مضمون شامل کمبود ظرفیت نگهداری و تجهیزات مراکز درمانی محلی، کمبود متخصص (به‌ویژه در حوزه‌های قلب و چشم)، نابرابری بین خدمات دولتی و خصوصی، طولانی بودن صف انتظار، عدم عرضه منظم ویتامین‌ها و داروها، قطع شدن خدمات رایگان محلی، و ضعف در ارتباط با کادر درمان بود. شرکت‌کنندگان از خرابی مکرر دستگاه‌های تشخیصی و درمانی، نبود قطعات یدکی و تأخیر در تعمیر تجهیزات به عنوان عواملی یاد کردند که

آنان را ناگزیر می‌ساخت برای دریافت حتی خدمات ساده به مراکز دورتر مراجعه کنند. این مسئله نه تنها هزینه‌های رفت‌وآمد را افزایش می‌داد، بلکه در مواردی به انصراف کامل از دریافت خدمت منجر می‌شد. کمبود متخصص در مراکز درمانی محل سکونت از دیگر مسائل مطرح شده بود. علاوه بر این در مواردی که متخصص وجود دارد، کیفیت تعامل با او نیز مسئله‌ساز است. به علاوه، کمبود متخصص به معنای افزایش بار مراجعه به متخصصان موجود و در نتیجه طولانی‌تر شدن صف‌های انتظار بود.

نابرابری آشکار میان خدمات دولتی و خصوصی نیز بازتاب گسترده‌ای در مصاحبه‌ها داشت. تفاوت کیفیت، سالمندان کم‌درآمد را به استفاده از خدمات دولتی با کیفیت پایین‌تر محدود می‌کرد و توان مالی را به عاملی تعیین‌کننده در کیفیت خدمات دریافتی تبدیل می‌ساخت. طولانی بودن صف‌های انتظار و نحوه مدیریت نوبت‌دهی از دیگر مسائل مطرح شده بود. همچنین سالمندان برای معاینات چشم یا پیگیری مشکلات قلبی ناچار بودند مسافت‌های طولانی طی کنند که این مسئله به‌ویژه برای افراد با محدودیت حرکتی یا کسانی که به همراه نیاز داشتند، دشواری بیشتری ایجاد می‌کرد. ضعف در ارتباط با کادر درمان به عنوان یکی دیگر از چالش‌های اساسی مطرح شد. سالمندان از رفتار غیرصمیمانه برخی کارکنان، عجله در ویزیت، و نبود وقت کافی برای توضیح مشکلات خود سخن گفتند. این مسئله بر کیفیت تشخیص و درمان تأثیر می‌گذاشت، زیرا اگر سالمند نتواند تمام علائم و نگرانی‌های خود را بیان کند، ممکن است تشخیص نادرست داده شود یا نکات مهمی نادیده گرفته شود. براین اساس می‌توان گفت که کیفیت خدمات و نحوه تعامل با سالمندان، تجربه آنان از نظام سلامت را عمیقاً تحت تأثیر قرار می‌دهد.

"کادر متخصص کمه و اونایی هم هستند بعضیاشون خوبن، ولی با خیلیاشون همیشه راحت حرف زد" (مصاحبه شونده زن شماره ۴).

"بین کیفیت خدمات دولتی و خصوصی هم کلی فرق هست، ولی ما پولمون به هزینه‌های خصوصی نمی‌رسه" (مصاحبه شونده زن شماره ۱).

"صف انتظار طولانی، بعضی‌ها دیر میان ولی دکتر زودتر می‌بینن در حالی که من هنوز تو صفم درست جواب نمی‌دن" (مصاحبه شونده زن شماره ۶).

"کادر درمان خیلی شلوغ‌اند و زمان کافی برای توضیح دادن یا بررسی وضعیت ما ندارند" (مصاحبه شونده مرد شماره ۷).

۲-۳) طرد دیجیتال

گسترش فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات در دهه‌های اخیر، تحولی عمیق در شیوه ارائه خدمات سلامت ایجاد کرده است. سامانه‌های نوبت‌دهی آنلاین، پرونده الکترونیک سلامت، مشاوره از راه دور، و اپلیکیشن‌های موبایل برای پیگیری وضعیت سلامت، از جمله فناوری‌هایی هستند که با هدف تسهیل دسترسی به خدمات و کاهش هزینه‌ها طراحی شده‌اند. با این حال، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که این فناوری‌ها برای بسیاری از سالمندان، نه یک فرصت، بلکه به عاملی برای طرد و محرومیت تبدیل شده است. سالمندان به دلیل عدم آشنایی با فناوری‌های نوین، محدودیت‌های شناختی و جسمی مرتبط با سالمندی، و عدم دسترسی به اینترنت و ابزارهای مناسب، توانایی استفاده از این سامانه‌ها را ندارند و در نتیجه از چرخه دریافت خدمات سلامت حذف می‌شوند. بسیاری از سالمندان هیچ‌گاه فرصت یا ضرورتی برای یادگیری کار با این ابزارها نیافته‌اند. برای این گروه، تلفن همراه هوشمند وسیله‌ای برای تماس ساده است، نه ابزاری برای نوبت‌گیری، پرداخت هزینه، یا ارتباط با پزشک. علاوه بر عدم آشنایی، محدودیت‌های شناختی و جسمی مرتبط با سالمندی نیز استفاده از فناوری‌ها را با دشواری مواجه می‌سازد. کاهش حافظه، کندی در یادگیری، مشکلات بینایی برای خواندن صفحه‌های کوچک، و کاهش مهارت‌های حرکتی ظریف برای کار با صفحه‌های لمسی، همگی یادگیری و استفاده از فناوری‌ها را برای سالمندان دشوار می‌سازد.

"اینترنت هم بلد نیستم، نوبت بگیرم سخته برام. چند روز پیش اینقدر حالم بد شد به بچه‌ها زنگ زدم خودم رفتم دکتر گفتن حضوری نوبت نمی‌دن منم نمی‌تونم با این گوشیا نوبت بگیرم کاش بشه حضوری نوبت گرفت این باعث میشه دیگه دکتر نرم خودم تو خونه قلم بار بزارم شاید قوه بگیرم بهتر شم" (مصاحبه شونده زن شماره ۸).

"میگن نوبت با گوشیه دوست دارم یاد بگیرم ولی نگاه می‌کنم چشم درد می‌گیره" (مصاحبه شونده زن شماره ۵).

۳. چالش های سطح خرد

در سطح خرد، مهمترین چالش های سالمندان شامل مشکلات جسمی و روانی (مانند افسردگی، ضعف بینایی و فراموشی)، پدیده خودسانسوری درمانی (احساس وابستگی، سربار بودن و خوددرمانی) و ناآگاهی از خدمات موجود است. این موانع توانایی مراجعه مستقل به مراکز درمانی را کاهش داده و استفاده از ظرفیت های نظام سلامت را محدود می کند.

۳-۱) خودسانسوری درمانی

زیرمقوله خودسانسوری درمانی به عنوان یکی از پیامدهای پیچیده طرد دیجیتال و احساس سربار بودن در سالمندان، چالشی جدی در مسیر دسترسی عادلانه و مؤثر به خدمات سلامت محسوب می شود. این پدیده، زمانی شکل می گیرد که سالمندان، علی رغم اطلاع از وضعیت سلامتی خود و نیاز بالقوه به مداخله پزشکی، به دلایل مختلفی از طرح نیازهای درمانی یا مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی خودداری می کنند. پدیده خودسانسوری درمانی به عنوان یکی از چالش های سطح خرد، ریشه در عوامل روانی، اجتماعی و فرهنگی متعددی دارد که سالمندان را به پنهان سازی نیازهای درمانی و خودداری از مراجعه به خدمات سلامت سوق می دهد. نخستین عامل، احساس گناه و درک بار مالی است که سالمندان فکر می کنند اطرافیان و فرزندان را دچار هزینه های کمرشکن می کند. سالمند ممکن است هزینه های درمانی یا نیاز به همراهی را فشاری بر دوش خانواده تلقی کرده و خود را سربار ببیند و برای کمتر زحمت دادن از بیان نیازهای درمانی یا پیگیری آن اجتناب کند. دومین عامل، گرایش به خوددرمانی به جای دسترسی رسمی است که ناشی از هزینه های بالای خدمات، پیچیدگی های اداری، ترس از تشخیص بیماری های جدی، یا بی اعتمادی به نظام سلامت بوده و موجب می شود سالمندان مراقبت های ضروری را نادیده گرفته و در نهایت به خودسانسوری درمانی دچار شوند. سومین عامل، ترس از قضاوت و انگ انگاری است؛ سالمندان نگران برچسب هایی همچون پیر، ناتوان یا همیشه مریض هستند و آنان را به پنهان کردن علائم وادار می کند. این ترس، فضایی از ناامنی ایجاد کرده و منجر به خودداری از بیان نیازها و در

نتیجه تشدید خودسانسوری درمانی می‌گردد. در مجموع، این سه عامل در تعامل با یکدیگر، سالمند را در چرخه‌ای از انفعال، محرومیت و کاهش بهره‌مندی از خدمات سلامت گرفتار می‌سازند.

“اگه پسر من نباشه، نمی‌تونم برم دکتر، اونم کار داره نمی‌تونه همیشه بیاد و کلی هزینه رو دست اون بنده خدا می‌ذارم” (مصاحبه شونده زن شماره ۱)

“وقتی زنم بود اینقدر احساس تنهایی نمی‌کردم با وجود بچه‌ها بازم دلم تنه‌است و بعضی وقتها حس می‌کنم سربارشون شدم” (مصاحبه شونده مرد شماره ۴)

“هزینه‌ها گرونه آدم می‌ترسه به بچه‌ها بگه مریضه. واسه همین ترجیح میدم با درمان سنتی دردم رو کمتر کنم که به کسی هم فشار نیاد” (مصاحبه شونده زن شماره ۸).

۲-۳) چالش‌های مرتبط با مشکلات شخصی سالمندان

مقوله مشکلات شخصی سالمندان بازتاب‌دهنده طیف گسترده‌ای از محدودیت‌های فردی است که توانایی مراجعه مستقل به مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. سالمندان به دلیل شرایط خاص جسمی و روانی خود، از دردها و بیماری‌های مزمن متعددی رنج می‌برند که هر یک به تنهایی یا در تعامل با یکدیگر، فرآیند دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی را با دشواری مواجه می‌سازد. فراموشی که از شایع‌ترین مشکلات شناختی در دوران سالمندی است، موجب می‌شود سالمندان زمان مراجعه، نوبت‌های پزشکی یا حتی مصرف منظم داروها را فراموش کنند. بی‌حوصلگی و کاهش آستانه تحمل، آنان را در مواجهه با فرآیندهای طولانی اداری و انتظار در صف‌های درمانی دلسرد می‌کند. ناتوانی‌های حرکتی ناشی از زانودرد، کمردرد، آرتروز و مشکلات تعادل (از جمله عدم تعادل)، رفت‌وآمد مستقل را حتی در مسیرهای کوتاه غیرممکن می‌سازد؛ به گونه‌ای که بسیاری از سالمندان بدون همراه قادر به طی پله‌ها یا راهروهای طولانی مراکز درمانی نیستند. مشکلات مربوط به زبان (به‌ویژه در سالمندان غیرفارسی‌زبان مناطق کردنشین مانند کرمانشاه)، ارتباط مؤثر با کادر درمان را مختل کرده و مانع از شرح دقیق علائم می‌شود. ضعف بینایی و شنوایی، خواندن برگه‌های نوبت، شنیدن اعلان‌ها و درک توضیحات پزشک را دشوار می‌سازد. مشکلات قلبی-عروقی و بی‌انرژی بودن، ظرفیت تحمل سفرهای درون‌شهری

و انتظار طولانی در مراکز شلوغ را کاهش می‌دهد. برخی ویژگی‌های شخصیتی مانند انزوایی یا عدم اعتماد به نفس نیز سالمندان را از پیگیری درمان باز می‌دارد. کهنوت سن به عنوان عامل زمینه‌ای، تمامی این محدودیت‌ها را تشدید می‌کند، به ویژه در سالمندانی که ویلچری هستند و با موانع فیزیکی مضاعفی روبرو می‌شوند. این مجموعه از مشکلات شخصی، در کنار سایر موانع ساختاری، سالمندان را در وضعیتی آسیب‌پذیر قرار داده و بهره‌مندی آنان از خدمات سلامت را به شدت محدود می‌سازد.

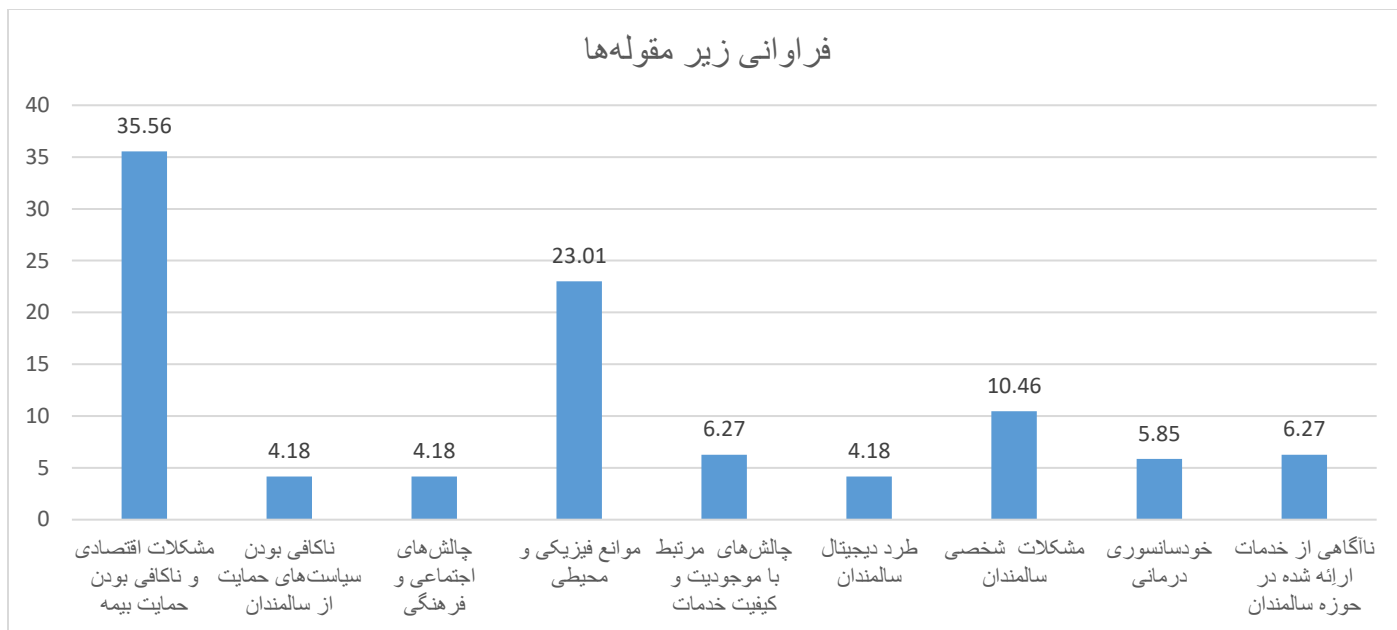
"نیاز دارم برم دکتر. زانودرد دارم، چند روز پیش تو آشپزخونه خوردم زمین خدا رحم کرد سرم ضربه نخورد دیگه پیر شدم و تعادل قبل ندارم هزارتا درد دارم، درد امان نمی‌ده" (مصاحبه‌شونده زن شماره ۱۱)

"مشکل فراموشی دارم. دکتر گفت این قرص رو هر روز سر ساعت بخور. من یادم می‌ره. بعضی وقتا یادم میاد ولی یادم نمیاد خوردم یا نه." (مصاحبه‌شونده مرد شماره ۱۲)

۳-۳) ناآگاهی از خدمات ارائه شده در حوزه سالمندان

ناآگاهی از برنامه‌ها و خدمات حمایتی می‌تواند بر میزان استفاده آن‌ها از منابع موجود و نیز کیفیت زندگی‌شان اثرگذار باشد. یافته‌ها نشان داد بخشی از سالمندان از وجود خدمات، مزایا و برنامه‌های مرتبط با سلامت، مراقبت، رفاه و پیشگیری اطلاع کافی ندارند. این کمبود آگاهی موجب می‌شود سالمندان نتوانند به‌موقع از امکانات حمایتی بهره‌مند شوند و اغلب تنها زمانی به سیستم درمانی مراجعه کنند که بیماری بروز کرده یا شدت یافته است.

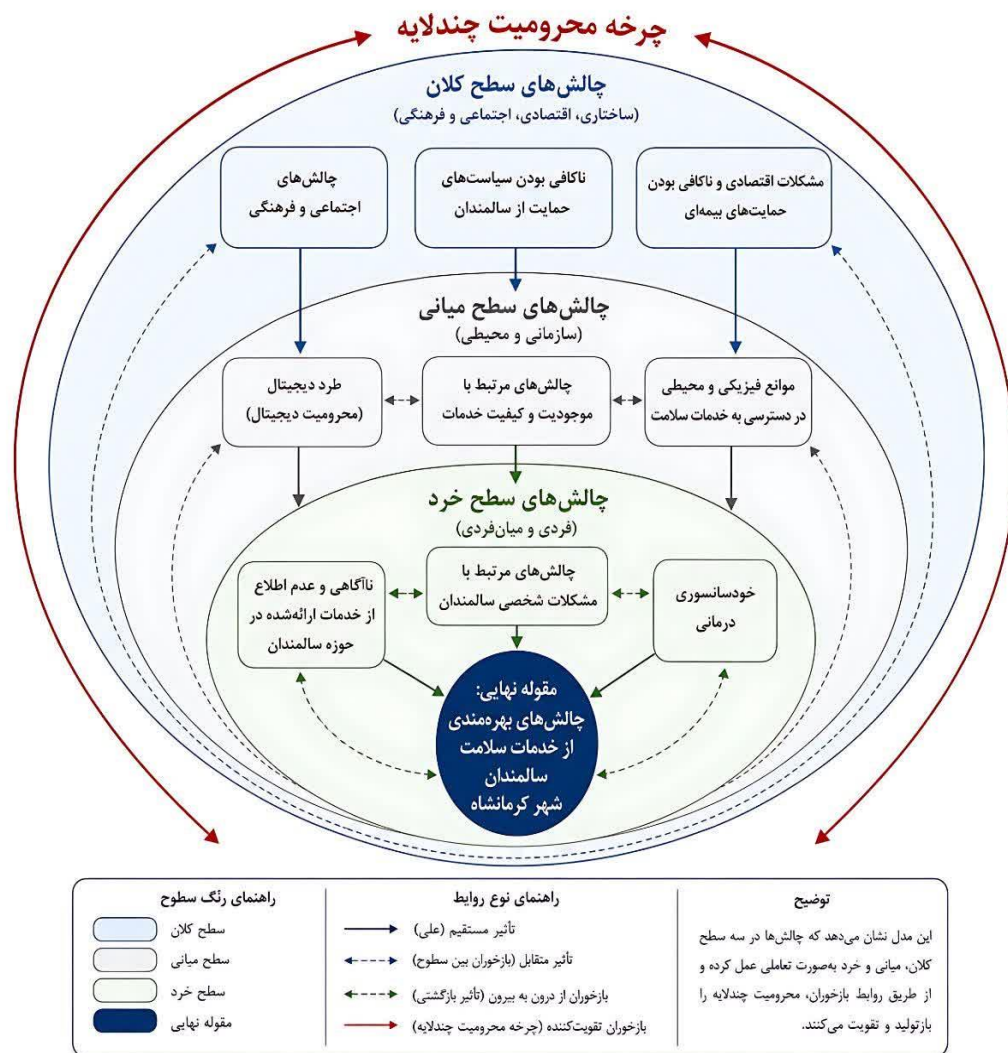
"من از هیچ برنامه حمایتی یا خدمات ویژه برای سالمندان آگاهی ندارم. حتی نمی‌دونم چه کارهایی برای پیشگیری از بیماری انجام بدم. همیشه وقتی مریض میشم به درمان فکر می‌کنم" (مصاحبه‌شونده زن شماره ۱۰)



شکل ۱: نمودار میله‌ای فراوانی زیر مقوله‌ها

مدل مفهومی پژوهش

به‌منظور تبیین روابط میان مقوله‌های استخراج‌شده، پس از تحلیل نهایی داده‌های کیفی، مدل مفهومی پژوهش طراحی شد. این مدل نشان می‌دهد که موانع بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت در سه سطح کلان، میانی و خرد به‌صورت تعاملی عمل می‌کنند و از طریق روابط بازخوران، چرخه‌ای از محرومیت را بازتولید می‌کنند. در این مدل، مقوله نهایی حاصل برهم‌کنش هم‌زمان عوامل ساختاری، سازمانی و فردی است و روابط میان سطوح مختلف، پویایی و تقویت متقابل این چالش‌ها را نشان می‌دهد (شکل ۲).



شکل ۲: مدل مفهومی چرخه محرومیت چندلایه چالش‌های بهره‌مندی سالمندان شهر کرمانشاه از خدمات سلامت (استخراج شده از داده‌های پژوهش)

بحث

بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت تنها به وجود مراکز درمانی یا برخورداری از بیمه وابسته نیست، بلکه حاصل تعامل پیچیده عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سازمانی و فردی است. تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان نشان داد که این عوامل به صورت منفرد عمل نمی‌کنند، بلکه در تعامل با یکدیگر، موانع بهره‌مندی از خدمات سلامت را تشدید می‌کنند. در میان عوامل شناسایی‌شده، مشکلات اقتصادی و محدود بودن پوشش بیمه‌ای

برجسته‌ترین موانع بهره‌مندی از خدمات سلامت بودند؛ نتیجه‌ای که با مرور نظام‌مند کابانیرو-گارسیا و همکاران (۲۰۲۴) (۲۲) و مطالعه یزدی‌فیض‌آبادی و همکاران (۲۰۲۵) (۱۸) همخوانی دارد.

با این وجود، داده‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که برخورداری از بیمه به‌تنهایی تضمین‌کننده بهره‌مندی مؤثر از خدمات سلامت نیست. مشارکت‌کنندگانی که تحت پوشش بیمه سلامت بودند نیز از ناکافی بودن پوشش بیمه‌ای، هزینه‌های بالای دارو و خدمات تشخیصی و سهم قابل‌توجه پرداخت از جیب به‌عنوان موانع اصلی بهره‌مندی از خدمات یاد کردند. این نتیجه با یافته‌های نورایی‌مطلق و همکاران (۲۰۱۵) (۲۳) تفاوت دارد و بیانگر آن است که در شرایط کنونی، جامعیت و کیفیت پوشش بیمه‌ای، بیش از اصل برخورداری از بیمه، تعیین‌کننده بهره‌مندی واقعی از خدمات سلامت است.

عوامل اجتماعی و فرهنگی نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در رفتار درمانی سالمندان داشتند. واینتراب و همکاران (۲۰۲۳) (۲۴). نشان دادند که تنهایی و انزوای اجتماعی با پیامدهای نامطلوب سلامت و کاهش استفاده از خدمات درمانی در سالمندان ارتباط دارد. همچنین کابانیرو-گارسیا (۲۰۲۲) موانع فرهنگی و اطلاعاتی و ماونگ و همکاران (۲۰۲۵) (۲۵) موانع نهادی^{۱۵} را از عوامل مؤثر بر کاهش دسترسی سالمندان به خدمات سلامت معرفی کرده‌اند.

در بافت فرهنگی کرمانشاه، بسیاری از سالمندان برای حفظ استقلال، پرهیز از ایجاد نگرانی برای اعضای خانواده و اجتناب از احساس سرباربودن، بیماری خود را تا حد امکان پنهان می‌کنند و تنها در مراحل پیشرفته بیماری خانواده را در جریان قرار می‌دهند. بنابراین، بخشی از تأخیر در مراجعه را نمی‌توان صرفاً با محدودیت‌های اقتصادی یا ضعف سیاست‌های حمایتی تبیین کرد، بلکه این رفتار در چارچوب ارزش‌های فرهنگی، کرامت فردی و الگوهای روابط خانوادگی نیز قابل درک است.

¹⁵ institutional barriers

موانع مرتبط با ارائه خدمات نیز ماهیتی چندبعدی داشتند و مرز روشنی میان مشکلات فیزیکی، سازمانی و دیجیتال مشاهده نشد. فاصله زیاد مراکز درمانی، مشکلات حمل و نقل، محدودیت‌های فیزیکی، ازدحام مراکز، زمان انتظار طولانی، پیچیدگی فرایندهای اداری و دشواری استفاده از سامانه‌های الکترونیکی، در کنار یکدیگر تجربه‌ای مشترک از دشواری دسترسی را برای سالمندان ایجاد کرده بودند. فولورونشو و همکاران (۲۰۲۵) (۲۶)، کوان چینگ و وونگ و همکاران (۲۰۲۵) (۲۷)، اسکالپلو و همکاران (۲۰۲۴) (۲۸) نیز نقش این موانع را در کاهش استفاده سالمندان از خدمات سلامت تأیید کرده‌اند. با این حال، داده‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که طرد دیجیتال تنها ناشی از پایین بودن مهارت‌های دیجیتال سالمندان نیست، بلکه پیامد طراحی سامانه‌هایی است که با محدودیت‌های بینایی، حرکتی و شناختی این گروه سازگار نیستند. بنابراین، دیجیتالی شدن خدمات، بدون توجه به توانمندی‌های عملکردی سالمندان، می‌تواند به جای کاهش نابرابری، خود به عاملی برای تشدید نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت تبدیل شود.

ساختار فضایی شهر کرمانشاه نیز در تفسیر این یافته‌ها اهمیت دارد. الماسی و همکاران (۲۰۲۱) (۲۰) نشان دادند که توسعه مراکز سلامت طی دو دهه گذشته با پراکنش جمعیت سالمند همخوانی نداشته و با افزایش مراکز سلامت، سالمندان دسترسی بهتری نداشتند. زنگنه و همکاران (۲۰۲۲) (۱۹) نیز گزارش کردند که الگوی استقرار مراکز سلامت با توزیع جمعیت شهری انطباق کافی ندارد. این ناهماهنگی فضایی موجب می‌شود فاصله جغرافیایی برای سالمندان تنها به معنای افزایش مسافت نباشد، بلکه با افزایش هزینه رفت و آمد، نیاز به همراه، خستگی ناشی از جابه‌جایی و دشواری استفاده از حمل و نقل عمومی همراه شود و اثر سایر موانع اقتصادی و جسمانی را نیز تشدید کند. از این رو، بخشی از نابرابری در بهره‌مندی از خدمات سلامت را باید در چارچوب ساختار فضای شهر و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی کرمانشاه تفسیر کرد.

نوآورانه‌ترین یافته این پژوهش، مفهوم‌پردازی «خودسانسوری درمانی» است. برخلاف مفهوم خوددرمانی که سپهری و همکاران (۲۰۰۸) (۲۹) (۲۴) آن را به عنوان یکی از پیامدهای محدودیت دسترسی به خدمات سلامت

توصیف کرده‌اند، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که برخی سالمندان حتی پیش از تصمیم‌گیری درباره نوع درمان، به دلیل فشارهای اقتصادی، محدود بودن پوشش بیمه‌ای، تجربه‌های نامطلوب از نظام سلامت، محدودیت‌های جسمانی و احساس سربار بودن برای خانواده، بیماری خود را پنهان کرده یا مراجعه به مراکز درمانی را به تعویق می‌اندازند. در این میان، هنجارهای فرهنگی مرتبط با حفظ استقلال و پرهیز از وابستگی نیز این رفتار را تقویت می‌کند. نوآوری پژوهش حاضر، فراتر از شناسایی موانع، در تبیین نحوه تعامل آن‌ها در قالب چرخه محرومیت چندلایه نهفته است. در این چرخه، فشارهای اقتصادی، کاستی‌های ساختاری، موانع سازمانی، محدودیت‌های فردی و زمینه‌های فرهنگی به‌طور هم‌زمان بر رفتار درمانی سالمندان اثر می‌گذارند؛ تأخیر در مراجعه موجب تشدید بیماری، افزایش هزینه‌های درمان، کاهش توان جسمانی و وابستگی بیشتر سالمند می‌شود و این وضعیت، احتمال مراجعه به‌موقع در آینده را نیز کاهش می‌دهد. بدین ترتیب، موانع موجود به‌صورت مستمر یکدیگر را تقویت کرده و چرخه‌ای از محرومیت را بازتولید می‌کنند که پیامد آن کاهش بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت است.

نتیجه‌گیری نهایی

بر اساس یافته‌ها، موانع بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت در کرمانشاه، چرخه محرومیت پویا و درهم‌تنیده‌ای را میان سه سطح کلان، میانی و خرد شکل می‌دهند. فشار اقتصادی و ناکارآمدی بیمه در سطح کلان، سالمندان را به مراکز شلوغ و کم‌تجهیز در سطح میانی سوق می‌دهد؛ موانع فیزیکی و طرد دیجیتال در این سطح، دسترسی مؤثر را با دشواری مواجه می‌سازد و تجربه نامطلوب مراجعه، در سطح خرد با احساس سربار بودن و وابستگی اقتصادی همراه شده و به خودسانسوری درمانی، پنهان‌سازی نیازها و خوددرمانی می‌انجامد که پیامد آن، تشدید بیماری و افزایش هزینه‌های آتی بوده و زنجیره با بازگشت به سطح کلان تکمیل می‌شود. بنابراین، شکستن این چرخه‌ی معیوب، مستلزم مداخلات هم‌زمان و چندسطحی در ابعاد اقتصادی، ساختاری و فردی است.

محدودیت‌ها

اگرچه این مطالعه با آشکارسازی موانع پنهان بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت، گامی مهم در جهت سیاست‌گذاری مؤثر در این حوزه برداشته است، اما دارای محدودیت‌هایی نیز بود. این پژوهش تنها در شهر کرمانشاه انجام شد؛ از این رو، با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و ساختاری، تعمیم یافته‌ها به سایر مناطق کشور باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین به دلیل ماهیت کیفی پژوهش و حجم نمونه، امکان برآورد میزان شیوع یا سهم نسبی هر یک از موانع فراهم نبود. افزون بر این، داده‌ها صرفاً از طریق مصاحبه با سالمندان گردآوری شد و امکان مشاهده مستقیم تعامل سالمندان با مراکز درمانی، فرآیندهای ارائه خدمات و رفتار کادر درمان وجود نداشت؛ در حالی که استفاده از روش مشاهده می‌توانست به غنای داده‌ها و اعتباربخشی بیشتر یافته‌ها کمک کند. از سوی دیگر، این پژوهش در یک مقطع زمانی مشخص انجام شد و تغییرات احتمالی در سیاست‌های سلامت، شرایط اقتصادی و اجتماعی و نحوه ارائه خدمات ممکن است بر تجربه سالمندان از دسترسی به خدمات سلامت تأثیر بگذارد. با وجود این محدودیت‌ها، غنای داده‌های حاصل از تجارب زیسته مشارکت‌کنندگان، اعتبار یافته‌ها را تقویت کرده و می‌تواند مبنایی برای طراحی مطالعات چندمرکزی، پژوهش‌های ترکیبی و مداخلات چندسطحی به منظور بهبود دسترسی سالمندان به خدمات سلامت در ایران باشد.

پیشنهادهای سیاستی و پژوهشی

با توجه به یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران حوزه سلامت با تقویت حمایت‌های بیمه‌ای و کاهش پرداخت از جیب سالمندان، توسعه خدمات سلامت دوستدار سالمند، مناسب‌سازی فضاهای درمانی و حمل‌ونقل و حفظ و تقویت مسیرهای دسترسی غیرالکترونیکی به خدمات سلامت در کنار سامانه‌های الکترونیک، زمینه دسترسی عادلانه‌تر سالمندان به خدمات سلامت را فراهم کنند. همچنین بازطراحی سامانه‌های نوبت‌دهی و خدمات الکترونیک با رابط کاربری ساده‌تر، امکان دریافت خدمات از طریق تماس تلفنی یا مراجعه حضوری و مشارکت فعال اعضای خانواده در فرایند دریافت خدمات، می‌تواند بخشی از موانع ناشی از طرد دیجیتال را کاهش دهد. علاوه بر این، توسعه خدمات مراقبت در منزل و گسترش برنامه‌های غربالگری و پایش سلامت سالمندان، به‌ویژه در مناطق کم برخوردارتر، می‌تواند به کاهش نابرابری‌های موجود کمک کند. از منظر پژوهشی، انجام

مطالعات کمی و ترکیبی برای سنجش میزان شیوع و اهمیت نسبی موانع شناسایی شده، پژوهش‌های چندمرکزی در مناطق مختلف کشور برای مقایسه تفاوت‌های جغرافیایی و فرهنگی، و مطالعات مداخله‌ای برای ارزیابی اثربخشی برنامه‌های حمایتی و اصلاح فرایندهای ارائه خدمات سلامت پیشنهاد می‌شود. همچنین بررسی عمیق‌تر پدیده خودسانسوری درمانی و نقش نااطمینانی مالی در تصمیم‌گیری سالمندان برای مراجعه به خدمات سلامت می‌تواند به توسعه دانش موجود و طراحی سیاست‌های مؤثرتر در این حوزه کمک کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از طرح پژوهشی ((شناسایی چالش‌ها و موانع بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان شهر کرمانشاه: یک مطالعه کیفی)) با کد اخلاق IR.KUMS.REC.1404.099 با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام شده است. در این راستا از دانشگاه و همچنین از سرکار خانم عباسی خیرمسجد امام رضا و فعال فرهنگی کانون پرورش فکری مرکز شماره ۲ کرمانشاه به‌عنوان مصاحبه‌گر کمکی تشکر و قدردانی می‌شود.

1. the WPEDTSWLSa, emerging construct of life satisfaction TJoPP, 3:2, 137-152, DOI:, 10.1080/17439760701756946.
2. Soltani MH, Sahaf R, Mohammadi Shahbolaghi F, Ghaffari S, Khosravi A, Gohari MR. Elderly, Duration of Hospitalization and Hospital Cost in Milad Hospital in Iran. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2012;6(0):58-65.
3. Soleimanvandi Azar N, Mohaqeqi Kamal SH, Sajadi H, Ghaedamini Harouni GR, Karimi S, Foroozan AS. Barriers and Facilitators of the Outpatient Health Service Use by the Elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2020;15(3):258-77.
4. Sabaghchi M, Askari-Nodoushan A, Ruhani A. Elderly Care at the Crossroads of Therapy and Family Support: A Qualitative Inquiry in Yazd City. *Journal of Applied Sociology*. 2024;35(2):101-30.
5. Aghaei N, Sadeghi R, Koosheshi M, Zeinab HE. A 100-year Projection of Population Aging in Iran Through the Decomposition of Population Momentum. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2026;20(4):500-13.
6. Rahmati M, & Mohammadi, Chnoor. (2022). Modeling Structural Equations of The Characteristics of The Elderly Friendly City of Kermanshah. *GEOGRAPHY AND TERRITORIAL SPATIAL ARRANGEMENT*, 12(43), 123-148. SID. <https://sid.ir/paper/1034270/en>.
7. Karami S, Rajabi H. Effects of Resistance Training on Selected Hemodynamic and Functional Factors in Older Men. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2024;19(3):382-97.
8. N A BMPAtTitEWTDBoICaS-cSJoRM.
9. FA S KB, M DM, A S. The effectiveness of the native educational package of the needs of the young elderly on the quality of life and depression of the young elderly. *Journal of Gerontology*. 2024;9(2):58-72.
10. HASANVAND S. INmh, BIRJANDI M., Omidifar r., SADEGIFAR J.. Utilization of health services among the elderly at Lorestan province: a cross-sectional study. *YAFTEH[Internet]*. 2019;21(3 (81)):48-65. Available from: <https://sid.ir/paper/79890/en>.
11. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*. 2013;12(1):18.
12. Nezamzadeh Ezhiéh Mozghan NS, MOEENI MARYAM. Factors Related to the Utilization of In-patients Health Services in Iran: Application of Andersen's Behavioral Model of Health Services Use. *HEALTH INSURANCE[Internet]*. 2022;5(2):86-95. <https://sid.ir/paper/1022292/en>.
13. Tajvar M, Yaseri M, Karami B, Mohammadi M. Pattern of Outpatient Health Service Utilization by Older People in Iran. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2021;15(4):410-27.
14. De Córdova MIP MN, Curi EJM, Gómez TG, Quirarte NHG, Barrios FF. Personal and social, people dohsubMopljoo, 201.201-193:(3)5;0 n.
15. Mohammadbeigi A HJ, Eshrati B, Rezaianzadeh A. Socioeconomic inequity in health, care utilization IJoeagh-.
16. Bordbar S, Shojaei P, Asadollahi A, Ravangard R, Shirazi F, Askarian M, et al. Identifying and evaluating the challenges of geriatric healthcare service provision in Iran: evidence from a mixed-methods study. *Scientific reports*. 2025;15(1):28002.
17. Adata P, Adoliwine Amooba P. A qualitative exploration of barriers to the utilisation of outpatient healthcare services among older persons in the Ho Municipality of Volta Region of Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2021;15:100347.
18. Yazdi-Feyzabadi V, Sabermahani M, Borhaninejad V, Iranmanesh M. Breaking barriers: challenges faced by the older adults in accessing primary healthcare in a developing country. *BMC Geriatr*. 2025;25(1):946.

19. Zanganeh A, Ziapour A, Naderlou R, Teimouri R, Janjani P, Yenneti K. Evaluating the access of slum residents to healthcare centers in Kermanshah Metropolis, Iran (1996-2016): A spatial justice analysis. *Heliyon*. 2023;9(1):e12731.
20. Almasi A, Saeidi S, Zanganeh A, Khezeli M, Salimi Y, Soofi M, et al. Geographical Access of the Elderly to Health Care Centers During a 20-Year Period (1996-2016): a Case Study of Kermanshah, Iran. *Journal of general internal medicine*. 2021;36(10):3249-51.
21. Khankeh H. *Applied Qualitative research in healthcare*. Salemi s Ss, editor. Tehran: University of Social Wealfare and Rehabilitation Sciences; 1402.
22. Cabañero-Garcia E, Martinez-Lacoba R, Pardo-Garcia I, Amo-Saus E. Barriers to health, social and long-term care access among older adults: a systematic review of reviews. *Int J Equity Health*. 2025;24(1):72.
23. Nooraiee Motlagh S SA, Barooni M, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR, Hadian M. Determining factors related to health services utilization: case of Tehran. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2015;21(127):61-72.[Persian].
24. Weintraub JA, Kaeberlein M, Perissinotto C, Atchison KA, Chen X, D'Souza RN, et al. Geroscience: Aging and Oral Health Research. *Advances in dental research*. 2023;31(1):2-15.
25. Maung KT, Phou S, Hunsberger M, Santosa A, Ng N, Sopheab H, et al. Barriers and enablers to healthcare access for older adults in Cambodia: perspectives of healthcare professionals - a qualitative study. *BMJ Open*. 2025;15(9):e101776.
26. Folorunsho S, Ajayi V, Sanmori M, Suleiman M, Abdullateef R, Abdulganiyu A. Access to and Utilization of Dental Care Services by Older Adults in Nigeria: Barriers and Facilitators. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry*. 2025;45(3):e70040.
27. Wong AKC, Liu T, Liu LZ, Bayuo J, Tao X, Wong FKY. Healthcare and Social Needs of Older Adults in Underserved Urban Communities: Insights from Community Health Workers. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2025;102(5):1057-68.
28. Scalpello S, Carcieri C, Bosio A, Torrenco S, Fazzina G, Azzolina MC, et al. [Not Available]. *Recenti progressi in medicina*. 2024;115(11):554-5.
29. Sepehri A MS, Simpson W, Sarma S, Taking account of context: how important are, household characteristics in explaining adult health-seeking behavior? The case of Vietnam H, 2008;23:397–407[Persian]. PP.