SALMAND
IRANIAN JOURNAL OF AGEING

2026. Vol 21. Issue 3

Research Paper

Assessment of Environmental Adaptations for Older Adults in Comprehensive Health Centers Affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Soma Mohammadi-Sarab[1], Masoumeh Sadeghipour Roudsari[1], Yadollah Mehrabi[2], Ariana Shadrokh[3], *Parisa Taheri Tanjani[4]

1. Department of Public Health, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Epidemiology, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Biology, Faculty of Science, York University, Toronto, Canad.
4. Department of Internal Medicine, School of Medicine, Taleghani Hospital Clinical Research Development Unit, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation Mohammadi-Sarab S, Sadeghipour Roudsari M, Mehrabi Y, Shadrokh A, Taheri Tanjani P. Assessment of Environmental Adaptations for Older Adults in Comprehensive Health Centers Affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Iranian Journal of Ageing. 2026; 21(3):444-457. [Persian]. http://dx.doi.org/10.22034/sija.2026.4245.1

http://dx.doi.org/10.22034/sija.2026.4245.1

ABSTRACT

Objectives Given the growing trend of aging population in Iran and the key role of comprehensive health centers, this study aims to evaluate the structural alignment of comprehensive health centers belonging to a medical university in Tehran, Iran, with the World Health Organization (WHO) criteria for age-friendly primary health care (PHC) centers.

Methods & Materials This descriptive cross-sectional study, conducted in February-March 2024, included 50 comprehensive health centers affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences (SBUMS) in Tehran. Data were collected using two standard World Health Organization audit checklists: the PHC Access Audit Checklist and the PHC Signage Audit Checklist, as well as direct observation, and presented using descriptive statistics.

Results More than half of the centers were in multi-story buildings, and only 12% had an elevator. In terms of accessibility, all centers had access to public transportation. Only 40% of entrances had appropriate ramps, and protective railings were available in less than half of the centers. Only 28% of centers had emergency exits, and suitable parking was reported in 18%. Restrooms were available in most centers, but grab bars (2%) and emergency alert systems (0%) were almost absent. Internally, most centers had adequate lighting and ventilation, non-slippery floors, and legible signage, but only 12% had additional wheelchairs. Based on signage assessment, nearly all centers had clear, comprehensible signs, but only 28% provided building directions, and none had Braille signage.

Conclusion Although some structural indicators in SBUMS's comprehensive health centers are satisfactory, there are significant gaps in their entrances, restrooms, and signage. Addressing these weaknesses through infrastructure adaptations and the development of national guidelines can be an effective step towards enhancing accessibility, safety, and quality of care for older adults.

Keywords Aged, Comprehensive Health Centers, Primary Health Care, Accessibility, Environmental Adaptation

Article Info:
Received: 08 Oct 2025
Revised: 26 Feb 2026
Accepted: 16 Mar 2026

* ***Corresponding Author:***
Parisa Taheri Tanjani, Associate Professor.
Address: Department of Internal Medicine, Taleghani Hospital Clinical Research Development Unit, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Tel: +98 (912) 7902640
E-mail: dr_parisa_taheri@yahoo.com

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

The rapid growth of the aging population in Iran has increased the demand for accessible and age-friendly primary health care services. Comprehensive health centers play a critical role in delivering preventive and essential care to older adults. However, evidence suggests that physical environments in many primary healthcare settings are not fully adapted to the functional needs of older adults, creating barriers to accessibility, independence, and safety. The World Health Organization (WHO) has introduced specific guidelines and assessment tools to support the development of age-friendly primary health care (PHC) centers. However, there is limited evidence on the structural compliance of such centers in Iran and its large metropolitan areas such as Tehran. This study thus aimed to assess the environmental adaptation components of comprehensive health centers affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences (SBMU), using WHO's standardized checklists, and to identify strengths and weaknesses in their age-friendly structural features.

Materials and Methods

This descriptive cross-sectional study was conducted during February-March 2024. All 50 comprehensive health centers affiliated with SBMU in Tehran were included through census sampling. Data were collected using WHO's two standard PHC audit checklists: The access audit checklist and the signage audit checklist, whose Persian versions had previously demonstrated acceptable validity and reliability. Data collection was conducted by the first author through on-site observations, direct measurement of structural features, and completion of a standardized checklist. Items related to lighting, ventilation, floor safety, and spatial organization were evaluated through systematic visual assessment. Ethical approval and all necessary administrative permissions were obtained prior to the initiation of data collection.

Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency and percentage. Structural compliance was assessed across two primary domains: accessibility and signage. Results were reported as the proportion of centers that received a "yes" response for each item, enabling identification of overall compliance levels and the areas in need of improvement. The findings were subsequently compared with WHO guidelines and relevant international evidence to contextualize gaps in environmental adaptation.

Results

A total of 50 PHC centers were assessed; 44% were in single-story buildings and 56% in multi-story buildings. Among multi-story centers, only 21.4% had an elevator. All centers had access to public transportation, but only 62% were located less than 50 meters from a transportation station. There were stairs at the entrance of 74% of centers, while only 16% had an adequate ramp, and the installation of handrails was limited. Although most entrances had acceptable door widths, only 62% were fully accessible to wheelchair users. Emergency exits were present in 28% of centers, and only 18% had accessible parking areas. Fewer than 10% of centers had public telephones.

Inside the facilities, most centers met basic safety and environmental standards, including adequate lighting, ventilation, non-slippery floors, and well-organized rooms. Reception desks close to the entrance were observed in 94% of centers, and seating areas were adequate in 98%. However, additional wheelchairs were available in only 12% of centers.

Regarding restroom facilities, 90% of centers had restrooms accessible to clients, though only 64.4% had wheelchair user-accessible entrances. Safety equipment in restrooms, such as grab bars (2.2%) and emergency alert systems (0%), was almost completely absent despite the presence of standard height for bathroom fixtures and connections.

Corridors in all centers were unobstructed and wide enough for wheelchair passage, but handrails were present in only 4% of cases.

Signage assessment revealed overall good performance in readability, visibility, use of visual symbols, and clear messaging. Nevertheless, building maps were available in only 28% of centers, and none had Braille signs. Additionally, only 24% had clearly marked emergency exit signs.

Overall, despite strengths in interior safety and lighting, considerable weaknesses persisted in key age-friendly features such as entrance accessibility, restroom safety, availability of mobility support equipment, and inclusive signage for visually impaired users.

Conclusion

Although many structural features of SBMU's comprehensive health centers meet basic safety and environmental standards, significant deficiencies remain in essential age-friendly indicators, particularly in entrances, restroom safety, support equipment, and inclusive signage. The lack of standard ramps, grab bars in restrooms, emergency systems, and Braille signage creates major barriers to independent access for older adults. Comparison with WHO guidelines and international studies revealed similar gaps in other regions, highlighting the global challenge of adapting PHC center environments to the needs of aged populations. Improving these infrastructural elements is crucial for enhancing the usability, safety, and dignity of older adults. Strengthening policy enforcement, allocating resources for structural adaptation, and integrating universal design principles into health facility planning are recommended to support the development of age-friendly primary care services.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of the School of Public Health & Neuroscience Research Center Shahid Beheshti University of Medical Sciences (Code: IR.SBMU.PHNS.REC.1403.135).

Funding

This article was extracted from the Master's thesis of Soma Mohammadi-Sarab in gerontology at the Department of Public Health, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. The authors received no specific grant or financial support from any funding agency, commercial entity, or non-profit sectors.

Authors' contributions

All authors contributed equally to the conception and design of the study, data collection and analysis, interpretation of the results, and drafting of the manuscript. Each author approved the final version of the manuscript for submission.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the managers of the selected comprehensive health centers for their cooperation in this study.

مقاله پژوهشی

ارزیابی مؤلفه‌های مناسب‌سازی محیطی مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران برای سالمندان

سوما محمدی سراب[۱]، معصومه صادقی‌پور رودسری[۱]، یداله محرابی[۲]، آریانا شادرخ[۳]، *پریسا طاهری تنجانی[۴]

۱. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم‌پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. گروه بیولوژی، دانشکده علوم، دانشگاه یورک، تورنتو، کانادا.
۴. گروه پزشکی داخلی، دانشکده پزشکی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation Mohammadi-Sarab S, Sadeghipour Roudsari M, Mehrabi Y, Shadrokh A, Taheri Tanjani P. Assessment of Environmental Adaptations for Older Adults in Comprehensive Health Centers Affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Iranian Journal of Ageing. 2026; 21(3):444-457. [Persian]. http://dx.doi.org/10.22034/sija.2026.4245.1

http://dx.doi.org/10.22034/sija.2026.4245.1

چکیده

اهداف باتوجه‌به روند روبه‌رشد سالمندی در ایران و نقش کلیدی مراکز خدمات جامع سلامت به‌عنوان اولین سطح تماس افراد با نظام سلامت، این مطالعه با هدف ارزیابی مؤلفه‌های مناسب‌سازی محیطی مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای سالمندان انجام شد.

مواد و روش‌ها این مطالعه مقطعی در بهمن و اسفند ماه سال ۱۴۰۳ بر روی تمامی مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تهران انجام شد. داده‌ها با استفاده از دو ابزار استاندارد سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸) برای ارزیابی «دسترس‌پذیری فیزیکی» و «علائم راهنما» بود که روایی و پایایی نسخه فارسی آن‌ها پیش‌تر تأیید شده است. گردآوری داده‌ها از طریق مشاهده مستقیم و تکمیل ابزارها انجام و با آمار توصیفی تحلیل شد.

یافته‌ها در این مطالعه ۵۰ مرکز خدمات جامع سلامت مورد ارزیابی قرار گرفتند؛ بیش از نیمی از مراکز چندطبقه بودند که تنها ۱۲درصد آن‌ها دارای آسانسور بودند. در حوزه دسترسی، همه مراکز به وسایل حمل‌ونقل عمومی دسترسی داشتند اما تنها ۴۰ درصد ورودی‌ها دارای سطح شیب‌دار مناسب بودند و نرده محافظ در کمتر از نیمی از مراکز وجود داشت. خروج اضطراری فقط در ۲۸ درصد از مراکز قابل‌شناسایی بود و پارکینگ مناسب در ۱۸ درصد از مراکز گزارش شد. سرویس بهداشتی در اغلب مراکز موجود بود، اما تجهیزاتی مانند میله محافظ (۲/۰) و سیستم هشدار اضطراری (۰/۰) تقریباً وجود نداشتند. در بخش داخلی، بیشتر مراکز از نور و تهویه کافی، کف غیرلغزنده و علائم خوانا برخوردار بودند، اما وجود ویلچر اضافه بسیار محدود (۱۲/۰) بود. ازنظر علائم راهنما، تقریباً همه مراکز دارای تابلوهای واضح و قابل‌فهم بودند، اما تنها ۲۸ درصد نقشه راهنمای ساختمان داشتند و هیچ‌یک مجهز به علائم بریل نبودند.

نتیجه‌گیری مطابق یافته‌های مطالعه، برخی شاخص‌های ساختاری مراکز خدمات جامع سلامت وضعیت مطلوبی دارند، اما نواقص قابل‌توجه در ورودی‌ها، سرویس‌های بهداشتی و علائم راهنما همچنان وجود دارد. رفع این کاستی‌ها از طریق مناسب‌سازی زیرساخت‌ها و تدوین دستورالعمل‌های ملی می‌تواند گامی مؤثر در جهت ارتقای دسترسی، ایمنی و کیفیت خدمات برای سالمندان باشد.

کلیدواژه‌ها سالمندان، مراکز خدمات جامع سلامت، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، دسترسی‌پذیری، مناسب‌سازی محیطی

اطلاعات مقاله:
تاریخ دریافت: ۱۶ مهر ۱۴۰۴
تاریخ اصلاح: ۰۷ اسفند ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۲۵ اسفند ۱۴۰۴

* **نویسنده مسئول:**
دکتر پریسا طاهری تنجانی
نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان طالقانی، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی داخلی.
تلفن: ۷۹۰۲۶۴۰ (۹۱۲) ۹۸+
پست الکترونیکی: dr_parisa_taheri@yahoo.com

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

جمعیت جهان با سرعت بی‌سابقه‌ای در حال سالمند شدن است [۱]. این روند روبه‌رشد جمعیت سالمندان، پیامدهای اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی گسترده‌ای به همراه دارد [۲، ۳]. با افزایش سن، شیوع بیماری‌های مزمن مانند دیابت، بیماری‌های قلبی و فشار خون بالا افزایش می‌یابد. همچنین ناتوانی‌های مرتبط با سالمندی ازجمله شکستگی ناشی از زمین‌خوردن، پوکی استخوان، اختلالات شناختی، کاهش بینایی و شنوایی و افسردگی شایع‌تر می‌شوند [۴-۸]. این شرایط موجب افزایش تقاضا برای خدمات بهداشتی و فشار بیشتر بر نظام سلامت می‌گردد [۹، ۱۰]. ازآنجاکه سرمایه‌گذاری در پیشگیری بسیار مقرون به صرف‌تر از درمان است [۱۱]؛ سیاست‌های سلامت باید بر ارتقای مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دسترس، فراگیر و با کیفیت، به‌ویژه برای سالمندان، متمرکز شوند [۱۲-۱۴].

مراکز خدمات جامع سلامت به‌عنوان ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه، نخستین سطح تماس افراد با نظام سلامت هستند و نقش محوری در ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، مراقبت از بیماری‌های شایع و مدیریت مشکلات در حال پیشرفت دارند [۱۵]. این مراکز به‌دلیل پوشش گسترده و دسترسی آسان، جایگاهی کلیدی در تأمین مراقبت‌های عادلانه برای سالمندان دارند. برخورداری این مراکز از ویژگی‌های سالمنددوستی، به‌ویژه در بُعد فیزیکی و محیطی، اهمیت فراوانی دارد؛ چراکه محیط‌های دوستدار سالمند امکان حرکت مستقل، ایمن و فعال آنان را تسهیل می‌کنند [۱۶-۱۸].

سازمان بهداشت جهانی[1] با تدوین و انتشار راهنمای مراکز مراقبت‌های اولیه دوستدار سالمند، چارچوبی برای تطبیق ساختارها و خدمات با نیازهای ویژه سالمندان ارائه کرده است [۱۶، ۱۹]. شواهد نشان می‌دهد محیط‌ها و نظام‌های دوستدار سالمند تأثیر مثبتی بر پیامدهایی نظیر کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، سلامت درک شده، رفاه اجتماعی، افزایش فعالیت بدنی و کاهش احساس تنهایی دارند [۲۰]. تاکنون این ابزار در کشورهای مختلف برای ارزیابی مراکز مراقبت‌های اولیه مورد استفاده قرار گرفته است [۱۹، ۲۱-۲۵]. در ایران نیز مطالعاتی درخصوص بررسی مراکز بهداشتی درمانی، ازنظر دوستدار سالمند بودن انجام شده است اما عمده مطالعات بر بیمارستان‌ها [۲۶، ۲۷] و داروخانه‌ها [۲۸، ۲۹] متمرکز بوده‌اند. از معدود مطالعاتی که مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه را ازنظر سالمنددوست بودن بررسی کرده است، مطالعه اعتمادی و همکاران است که در شهرستان ساوه انجام شده است [۳۰]. بااین‌حال، شواهد نشان می‌دهد محیط فیزیکی بسیاری از این مراکز همچنان مانعی برای دسترسی سالمندان است، موضوعی که در مطالعه بیدارپور و همکاران نیز برجسته شده است [۳۱].

با وجود این شواهد، ارزیابی کافی از انطباق ساختاری مراکز خدمات جامع سلامت، به‌عنوان اولین نقطه تماس برای مراقبت‌های اولیه، در مناطق شهری بزرگ، به‌ویژه در تهران، صورت نگرفته است. بنابراین، این مطالعه با هدف ارزیابی مولفه‌های مناسب‌سازی محیطی مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تهران برای سالمندان انجام شد. نتایج این پژوهش می‌تواند مبنایی علمی برای سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت فراهم آورد تا زیرساخت‌های فیزیکی را بهبود بخشیده و کیفیت مراقبت برای جمعیت روبه‌رشد سالمندان را ارتقا دهند.

روش مطالعه

این مطالعه توصیفی-مقطعی با هدف ارزیابی مؤلفه‌های مناسب‌سازی محیطی مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای سالمندان در بهمن و اسفند ماه سال ۱۴۰۳ در شهر تهران انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمامی ۵۰ مرکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود که به روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها، فرم‌های «ممیزی دسترسی‌پذیری»[2] و «ممیزی علائم راهنما»[3] مراکز مراقبت‌های اولیه بهداشتی بودند که توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ برای ارزیابی محیط فیزیکی مراکز مراقبت‌های اولیه طراحی شده‌اند و درمجموع شامل ۶۴ سؤال با پاسخ‌های بله/خیر هستند [۱۶]. در مطالعه حاضر از نسخه فارسی این ابزار استفاده شد که روایی و پایایی آن در مطالعه اعتمادی و همکاران تأیید شده است؛ نتایج آن مطالعه نشان داد به‌جز ۸ گویه، سایر گویه‌ها دارای نسبت روایی محتوا[4] (CVR) و شاخص روایی محتوا[5] (CVI) به‌ترتیب بالاتر از ۰/۵۴ و ۰/۷۹ هستند. همچنین، پایایی ابزار از طریق محاسبه ضریب کاپا بالای ۰/۶ گزارش و تأیید شده است [۳۰]. ساختار این ابزارها حوزه‌هایی ازجمله دسترسی با وسایل حمل‌ونقل عمومی، ورودی، پارکینگ، تلفن همگانی، راهنمای طبقات، سرویس بهداشتی، محل غذاخوری، راه‌پله، راهرو، طراحی علائم، قرارگیری علائم، اندازه حروف علائم و شناسایی پرسنل را پوشش می‌دهد.

پس از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دریافت مجوزهای لازم، داده‌ها توسط پژوهشگر اصلی و از طریق مشاهده مستقیم و تکمیل فرم، مطابق با دستورالعمل و راهنمای اجرایی سازمان بهداشت جهانی، صورت گرفت. تکمیل فرم‌ها با همکاری مدیر یا کارشناس هر مرکز صورت

1. World Health Organization (WHO)

2. PHC access audit checklist
3. PHC signage audit checklist
4. Content Validity Index (CVI)
5. Content Validity Ratio (CVR)

گرفت و اهداف پژوهش پیش از اجرا به مسئولان مراکز توضیح داده شد. هر سؤال براساس وضعیت موجود در مرکز و به‌صورت پاسخ‌های «بله» (وجود ویژگی موردنظر) یا «خیر» (عدم وجود ویژگی) ثبت گردید. در مواردی مانند عرض ورودی‌ها، شیب سطح شیب‌دار، عرض درها و راهروها و اندازه علائم، اندازه‌گیری با استفاده از متر انجام شد؛ سایر شاخص‌ها مانند تهویه، نور، ایمنی سرویس بهداشتی و وضوح علائم به‌صورت مشاهده عینی ارزیابی گردید.

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. وضعیت انطباق ساختاری مراکز با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی و درصد) گزارش گردید و نتایج به‌صورت تعداد و درصد پاسخ‌های مثبت به هر گویه ارائه شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۵۰ مرکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران مورد ارزیابی قرار گرفتند. از این تعداد، ۲۲ مرکز (۴۴ درصد) ساختمان ۱ طبقه داشتند و ۲۸ مرکز (۵۶ درصد) بیش از ۱ طبقه بودند. در میان مراکز چند طبقه (n=۲۸)، ۲۱/۴ درصد آن‌ها دارای آسانسور بودند. در این مطالعه، یافته‌ها براساس ممیزی دسترس‌پذیری و علائم راهنما سازماندهی شدند:

ارزیابی دسترس‌پذیری (جدول شماره ۱ و ۲)

نتایج در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد در حوزه دسترسی، همه مراکز به وسایل حمل‌ونقل عمومی دسترسی داشتند، اما فقط در ۳۱ مرکز (۶۲ درصد)، ایستگاه در فاصله کمتر از ۵۰ متری ورودی مرکز وجود داشت. در ۳۷ مرکز (۷۴ درصد) در ورودی، پله وجود داشت و فقط ۸ (۱۶ درصد) مرکز دارای سطح شیب‌دار[6] مناسب بودند و در اغلب موارد نرده محافظ رعایت نشده بود. در ورودی مرکز، اگرچه اکثر مراکز دارای عرض درب مناسب و بدون مانع بودند اما به‌دلیل وجود پله، نبود آسانسور و سطح شیب‌دار مناسب، فقط ۳۱ مرکز (۶۲ درصد) قابل‌استفاده برای کاربران ویلچردار بود. خروج اضطراری فقط در ۱۴ (۲۸ درصد) مرکز، قابل‌شناسایی بود. در زمینه امکانات جانبی، تنها تعداد محدودی از مراکز پارکینگ جهت استفاده مراجعین یا تلفن عمومی داشتند.

در بخش فضای داخلی، اغلب مراکز دارای پیشخوان پذیرش قابل‌شناسایی و سازماندهی منطقی اتاق‌ها بودند و شرایطی مانند نشیمن مناسب، کف غیرلغزنده و نور کافی به‌طور گسترده رعایت شده بود، اما وجود ویلچر اضافی بسیار محدود بود. همه مراکز دارای فضای غذاخوری یا همان آبدارخانه، جهت استفاده کارکنان بودند، اما هیچ‌کدام امکان دسترسی همگانی به آن را فراهم نکرده بودند. در حوزه سرویس‌های بهداشتی، ۵ مرکز (۱۰ درصد) فاقد سرویس بهداشتی برای مراجعین بودند و مابقی مراکزی که سرویس بهداشتی برای استفاده مراجعین داشتند، بیشتر آن‌ها نزدیک سالن انتظار بوده و ورودی آن‌ها برای ویلچر مناسب بود، اما تجهیزاتی مانند میله‌های محافظ و سیستم هشدار اورژانسی تقریباً وجود نداشت.

در بررسی راهروها، عرض کافی و شرایط بدون مانع تقریباً در همه مراکز رعایت شده بود، اما تنها در ۲ مرکز (۴ درصد) میله‌های محافظ وجود داشتند. جدول شماره ۲ وضعیت راه‌پله را در مراکزی که بیش از یک طبقه (n=۲۸) بودند نشان می‌دهد ۱۷ مرکز از این ۲۸ مرکز (۶۰/۷ درصد) دارای پله‌های مناسب برای افراد سالمند بودند.

ارزیابی علائم راهنما (جدول شماره ۳)

به‌طورکلی وضعیت علائم راهنما، چه در داخل ساختمان و چه در خارج از ساختمان مناسب بود، در بیشتر مراکز، علائم خوانا و قابل‌فهم بودند، اما فقط حدود یک‌چهارم مراکز نقشه یا راهنمای ساختمان داشتند و هیچ‌کدام مجهز به علائم بریل نبودند.

بحث

این مطالعه یکی از معدود پژوهش‌هایی است که به ارزیابی مؤلفه‌های مناسب‌سازی محیطی مراکز خدمات جامع سلامت در ایران پرداخته است و می‌تواند شواهد کاربردی برای سیاست‌گذاران در زمینه مناسب‌سازی زیرساخت‌ها ارائه کند. برای تحلیل یافته‌ها، از دو چارچوب مفهومی بهره گرفته شد: اصول «طراحی فراگیر»[7]، که بر ایجاد محیط‌هایی دسترس‌پذیر و قابل‌استفاده برای تمامی افراد، فارغ از سن یا توانایی‌های فیزیکی تأکید دارد [۳۲] و نظریه «تناسب فرد ـ محیط»[8]، که بر سنجش تطابق میان ویژگی‌های محیطی و نیازهای عملکردی افراد تأکید می‌کند [۳۳]. این چارچوب‌ها کمک می‌کنند تا نقایص ساختاری مشاهده‌شده، نه‌تنها به‌عنوان کاستی‌های فنی، بلکه به‌عنوان موانعی مؤثر بر استقلال، امنیت و کرامت انسانی سالمندان تفسیر شوند. در سطح بین‌المللی نیز مرور نظام‌مند تاوارس[9] و همکاران نشان داد اصول مراقبت سلامت دوستدار سالمند در مقیاسی محدودتر از انتظار اجرا شده و تنها در تعداد اندکی از پژوهش‌ها به‌طورکامل با استفاده از ابزارهای سازمان بهداشت جهانی به کار گرفته شده‌اند [۳۴]. این شکاف اجرایی، ضرورت توجه راهبردی به استقرار مؤلفه‌های زیرساختی و خدماتی دوستدار سالمند را در سیستم‌های مراقبت اولیه بهداشت برجسته می‌کند.

6. Ramp

7. Universal Design

8. Person–Environment Fit

9. Tavares

جدول ۱. خلاصه ارزیابی دسترسی‌پذیری مراکز خدمات جامع سلامت با مؤلفه‌های مناسب‌سازی محیطی برای سالمندان

دسترسی‌پذیری	تعداد (درصد) مراکز خدمات جامع سلامت با پاسخ «بله»
دسترسی به مراکز با وسایل حمل‌ونقل عمومی	۵۰(۱۰۰)
دسترسی به مرکز با وسایل حمل‌ونقل عمومی، با فاصله کمتر از ۵۰ متر	۳۱(۶۲)
وجود پله در ورودی مرکز	۳۷(۷۴)
وجود نرده برای پله (در ۳۷ مرکزی که پله داشتند)	۲۰(۵۴/۱)
وجود سطح شیب‌دار در ورودی مرکز	۲۰(۴۰)
وجود سطح شیب‌دار ملایم (در ۲۰ مرکزی که سطح شیب‌دار داشتند)	۸(۴۰)
وجود نرده برای سطح شیب‌دار (در ۲۰ مرکزی که سطح شیب‌دار داشتند)	۴(۲۰)
عرض ورودی بزرگ‌تر یا مساوی ۹۰۰ میلی‌متر	۴۹(۹۸)
ویلچر رو بودن عرض ورودی مرکز	۳۱(۶۲)
ورودی خالی از موانع	۴۸(۹۶)
قابل‌شناسایی و در دسترس بودن خروج اضطراری	۱۴(۲۸)
وجود پارکینگ قابل‌استفاده برای افراد مراجعه‌کننده	۹(۱۸)
وجود تلفن همگانی در سالن انتظار و یا نزدیکی ورودی مرکز	۴(۸)
وجود پیشخوان پذیرش قابل‌شناسایی نزدیک ورودی مرکز	۴۷(۹۴)
سازماندهی منطقی اتاق‌ها	۳۸(۷۶)
عرض مساوی یا بیشتر از ۹۰۰ میلی‌متر درها	۲۹(۵۸)
وجود شرایط نشیمن راحت برای مراجعین	۴۹(۴۸)
غیرلغزنده بودن کف	۵۰(۱۰۰)
سازماندهی تجهیزات به‌منظور پیشگیری از سقوط	۴۶(۹۲)
کمک کافی کارکنان به مراجعین	۴۶(۹۲)
وجود ویلچر اضافه	۶(۱۲)
نور و تهویه مناسب اتاق‌ها	۵۰(۱۰۰)
وجود محل غذاخوری	۵۰(۱۰۰)
دسترسی همگانی محل غذاخوری	۰(۰)
وجود شیر آب برای شست‌وشوی دست	۵۰(۱۰۰)
وجود سرویس بهداشتی، جهت استفاده مراجعین	۴۵(۹۰)
نزدیک بودن سرویس بهداشتی به سالن انتظار (در ۴۵ مرکزی که سرویس بهداشتی داشتند)	۳۷(۸۲/۲)
ویلچر رو بودن ورودی سرویس بهداشتی (در ۴۵ مرکزی که سرویس بهداشتی داشتند)	۲۹(۶۴/۴)
وجود میله محافظ در سرویس بهداشتی (در ۴۵ مرکزی که سرویس بهداشتی داشتند)	۱(۲/۲)
ارتفاع مناسب اتصالات در سرویس بهداشتی (در ۴۵ مرکزی که سرویس بهداشتی داشتند)	۴۵(۱۰۰)
وجود سیستم هشدار اورژانسی در سرویس بهداشتی (در ۴۵ مرکزی که سرویس بهداشتی داشتند)	۰(۰)
وجود حداقل عرض بدون مانع راهروها برای حرکت ویلچر	۵۰(۱۰۰)
خالی بودن راهروها از موانع	۴۹(۹۸)
وجود نرده یا میله محافظ در راهروها	۲(۴)

جدول ۲. ارزیابی راه‌پله در مراکز خدمات جامع سلامتی که بیش از یک طبقه بودند.

راه‌پله در مراکزی که بیش از یک طبقه بودند	تعداد (درصد)
	مراکز خدمات جامع سلامت با پاسخ «بله»
مناسب بودن پله‌ها برای افراد سالمند	۱۷(۶۰/۷)
وجود نرده برای پله‌ها	۲۲(۷۸/۶)
سراسری بودن نرده‌ها (در ۲۲ راه‌پله‌ای که نرده داشتند)	۲۰(۹۰/۹)
ارتفاع ۸۰۰–۹۰۰ میلی‌متری نرده‌ها از کف (در ۲۲ راه‌پله‌ای که نرده داشتند)	۱۴(۶۳/۶)

سالمند

یافته‌ها نشان داد مراکز موردبررسی در برخی ابعاد مانند عرض راهروها، نور و تهویه مناسب و تا حدودی دسترسی به حمل‌ونقل عمومی عملکرد قابل‌قبولی داشتند، اما در شاخص‌های کلیدی ایمنی و زیرساختی، به‌ویژه وجود سطح استاندارد، سرویس‌های بهداشتی مناسب برای سالمندان، میله‌های محافظ و امکاناتی نظیر پارکینگ و ویلچر ذخیره، با کاستی‌های جدی مواجه بودند.

در بُعد دسترسی به وسایل حمل‌ونقل عمومی، حدود دوسوم مراکز در فاصله کمتر از ۵۰ متری از ایستگاه‌های اتوبوس، مترو، بی‌آرتی و تاکسی قرار داشتند؛ این میزان، با مطالعه‌ای در مصر هم‌راستا گزارش شده است [۲۳]، اما با نتایج مطالعه‌ای در عربستان که درصد پایین‌تری از دسترسی را نشان داده، متفاوت بود [۲۲]. در ایران نیز مطالعه اعتمادی و همکاران در ساوه، درصد پایین‌تری از دسترسی را گزارش کرده بود [۳۰]. این اختلاف می‌تواند به تفاوت در بافت شهری، سطح توسعه زیرساخت‌ها و تراکم شبکه حمل‌ونقل عمومی در مناطق مختلف مرتبط باشد. نظریه «تناسب فرد-محیط» بیان می‌کند؛ هرچند برخی مراکز ازنظر فاصله از ایستگاه‌های حمل‌ونقل عمومی شرایط مناسبی دارند، اما دسترسی واقعی سالمندان به این وسایل به عوامل دیگری چون کیفیت پیاده‌روها، نبود موانع فیزیکی، وجود نیمکت‌های استراحت در مسیر و امن بودن محیط نیز وابسته است. بنابراین، فاصله کوتاه به‌تنهایی نمی‌تواند تضمین‌کننده دسترسی مؤثر باشد.

ازسوی‌دیگر، براساس اصول «طراحی فراگیر»، محیط اطراف مراکز سلامت نیز باید با نیازهای حرکتی و توانایی‌های جسمی سالمندان همسو باشد تا امکان استفاده برابر و بدون مانع از وسایل حمل‌ونقل فراهم شود. مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهند در طراحی محیط شهری و مراکز خدماتی، به‌کارگیری اصول طراحی فراگیر و توجه به نیازهای سالمندان در حوزه مسکن، فضاهای باز و حمل‌ونقل، نقش مهمی در بهبود دسترسی و تسهیل زندگی روزمره آنان دارد. تجربه فنلاند و کشورهای شمال اروپا نمونه‌ای از این رویکرد است [۳۵].

ورودی مراکز یکی از چالش‌های اصلی بود؛ بیش از نیمی از مراکز فاقد سطح شیب‌دار بودند و بسیاری از سطوح شیب‌دار موجود فاقد نرده یا شیب استاندارد بودند. این الگو مشابه یافته‌های مطالعه در دبی بود که کیفیت طراحی سطوح شیب‌دار از نظر وجود میله‌های محافظ، مطلوب نبود [۲۱]. مطابق اصول «طراحی فراگیر»، ورودی‌های مناسب‌سازی‌شده نه‌تنها از نظر فنی باید استاندارد باشند، بلکه باید امکان دسترسی برابر، ایمن و مستقل را برای تمامی افراد، به‌ویژه افراد کم‌توان مانند سالمندان، فراهم آورند. براساس نظریه «تناسب فرد-محیط»، نبود رمپ مناسب، تطابق محیط فیزیکی با توانایی‌های عملکردی سالمندان را کاهش می‌دهد و باعث افزایش خطر سقوط و وابستگی به همراهان می‌شود؛ موضوعی که درنهایت به تضعیف حس کرامت و خودکارآمدی آنان منجر می‌شود. ازاین‌رو، تجهیز ورودی مراکز به رمپ‌های استاندارد با شیب مناسب و نرده محافظ در دو ارتفاع، نه فقط یک ضرورت فنی، بلکه اقدامی در راستای تحقق عدالت در سلامت، افزایش استقلال حرکتی و ارتقای کرامت انسانی سالمندان است. مطالعات نشان داده‌اند ادغام این اصول در برنامه‌ریزی شهری و طراحی فضاهای عمومی، امکان بهره‌مندی برابر و مستقل سالمندان از محیط‌های شهری و خدمات را فراهم می‌کند [۳۵].

در زمینه امکانات عمومی، تنها ۱۸ درصد مراکز دارای پارکینگ مشخص یا حیاط اختصاصی قابل‌استفاده برای افراد سالمند یا افراد دارای محدودیت‌های حرکتی بودند و تنها ۱۲ درصد مراکز ویلچر ذخیره داشتند. این در حالی است که در مطالعه‌ای در عربستان، تمامی مراکز از وجود ویلچر اضافه برخوردار بودند [۲۲]. این کمبودها در چارچوب نظریه «تناسب فرد-محیط»، نشان‌دهنده عدم انطباق محیط فیزیکی مراکز با نیازهای عملکردی سالمندان هستند، زیرا نبود امکانات جانبی مناسب، استقلال حرکتی و سهولت دسترسی را کاهش می‌دهد. از منظر طراحی فراگیر نیز در دسترس نبودن امکانات پایه‌ای مانند پارکینگ مناسب یا تجهیزات کمکی، نشانه‌ای از نادیده گرفتن اصول طراحی بی‌طرفانه و برابر برای همه کاربران است.

جدول ۳. خلاصه ارزیابی علائم راهنما مراکز خدمات جامع سلامت با مؤلفه‌های مناسب‌سازی محیطی برای سالمندان

علائم راهنما	تعداد (درصد) مراکز خدمات جامع سلامت با پاسخ «بله»
غیردرخشان بودن علائم و زمینه آن‌ها	۴۸(۹۶)
قابل‌تمایز بودن علائم و نمادها از زمینه‌شان	۴۹(۹۸)
نمایش بصری ساده و قابل‌فهم	۵۰(۱۰۰)
استفاده از تصاویر رایج و آشنا	۵۰(۱۰۰)
استفاده از رنگ‌های مختلف	۵۰(۱۰۰)
علائم دست‌ساز مناسب	۵۰(۱۰۰)
وجود علائم بریل	۰(۰)
لحن صمیمانه و استقبال‌کننده پیام‌ها	۵۰(۱۰۰)
استاندارد بودن اندازه حروف و علائم	۵۰(۱۰۰)
وجود تابلوی نام و عنوان شغلی پرسنل	۴۶(۹۲)
قابل‌شناسایی بودن کارکنان با اتیکت شناسایی یا روپوش مناسب	۴۷(۹۴)
معرفی کردن خود (کارکنان) به افراد دارای نقص بینایی و شنوایی	۴۹(۹۸)
وجود راهنمای ساختمان در ورودی یا داخل مرکز	۱۴(۲۸)
در کانون دید بودن علائم	۵۰(۱۰۰)
وجود علائمی در خارج از ساختمان، جهت شناسایی و تمایز آن	۴۹(۹۸)
وجود نشانه‌هایی در مسیر اصلی ترافیک به‌منظور نشان دادن محل مرکز	۵(۱۰)
وجود علائم تغییر جهت	۱۳(۲۶)
مشخص بودن علائم خروج اضطراری	۱۲(۲۴)

سالمند

نبود تلفن همگانی در بیش از ۹۰ درصد مراکز، برخلاف آنچه در دبی گزارش شده است [۲۱]، می‌تواند در مواقع اضطراری یا در صورت نیاز به هماهنگی توسط مراجعان سالمند بدون همراه، چالشی جدی ایجاد کند.

اگرچه ۹۰ درصد مراکز دارای سرویس بهداشتی ویژه مراجعین بودند، اما نبود میله‌های محافظ و سیستم هشدار از ضعف‌های عمده ساختاری این فضاها بود؛ موضوعی که با مطالعه اعتمادی و همکاران در ساوه همخوانی دارد [۳۰]. ورودی سرویس‌های بهداشتی ازنظر عرض استاندارد و امکان عبور ویلچر نسبتاً مناسب، وضعیتی که با تحقیقات انجام‌شده در دبی و عربستان همسو است [۲۱، ۲۲]. بااین‌حال، نبود تجهیزات ایمنی لازم در سرویس‌ها، مغایر با اصول «طراحی فراگیر» است که بر قابلیت استفاده مستقل در تمامی شرایط تأکید دارد. نبود دستگیره‌های حمایتی و سیستم هشدار، نه‌تنها امکان وقوع حوادثی مانند سقوط را افزایش می‌دهد، بلکه سطح امنیت روانی و کرامت انسانی کاربران سالمند را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ موضوعی که از منظر سیاست‌گذاری در حوزه سلامت، نیازمند توجه فوری است.

در بخش طراحی داخلی، نقاط قوتی همچون سازماندهی منطقی اتاق‌ها، پیشخوان پذیرش نزدیک ورودی و فضای نشیمن راحت مشاهده شد؛ یافته‌ای که با مطالعات انجام‌شده در دبی و عربستان نیز همخوانی دارد [۲۱، ۲۲]. این عوامل می‌توانند در ایجاد حس امنیت روانی، کاهش اضطراب و تسهیل فرایند دریافت خدمت در میان سالمندان نقش مؤثری ایفا کنند. رعایت عرض کافی راهروها در تمامی مراکز نیز یکی دیگر از نقاط قوت بود که امکان تردد ایمن ویلچر و سایر وسایل کمکی را فراهم می‌کرد.

بااین‌حال، وجود نرده در راهروها، یکی از نیازهای کلیدی برای پیشگیری از سقوط و حمایت از تعادل حرکتی، تنها در ۴ درصد مراکز فراهم بود؛ وضعیتی که با نتایج مطالعه در عربستان نیز سازگار است [۲۲]. هم‌راستایی این دو می‌تواند ریشه در فقدان استانداردهای اجباری برای ایمنی حرکتی سالمندان، اولویت نداشتن نیازهای این گروه در طراحی اولیه مراکز، یا محدودیت‌های مالی و ساختاری، خصوصاً در ساختمان‌های قدیمی یا وقفی، داشته باشد. این کاستی نه‌تنها نقض اصول «طراحی فراگیر» است، بلکه نشان‌دهنده نادیده گرفتن ظرفیت محیط برای ارتقای استقلال و کرامت انسانی سالمندان است.

مطالعات نشان داده‌اند ایجاد فضاهای طراحی‌شده براساس اصول طراحی همگانی، امکان مشارکت سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی و روزمره را افزایش می‌دهد و حس استقلال، خودکارآمدی و کیفیت زندگی آنان را ارتقا می‌دهد. این رویکرد، گامی مهم در تحقق مفهوم سالمندی موفق و کاهش نیاز به سازوکارهای ویژه برای گروه‌های کم‌توان است [۳۶].

این یافته‌ها به‌وضوح بیانگر وجود شکاف عمیق میان طراحی موجود و الزامات یک محیط توان‌بخش برای سالمندان در مراکز خدمات جامع سلامت است. رفع این شکاف، نیازمند بازنگری اساسی در استانداردهای ساخت یا بازتوسعه مراکز با محوریت قابلیت استفاده برای همه است.

در بعد علائم و تابلوها، بیشتر مراکز عملکرد مناسبی در طراحی بصری داشتند، اما فقدان علائم بریل در تمامی مراکز مورد بررسی، معضل قابل‌توجهی محسوب می‌شود؛ موضوعی که در مطالعات انجام‌شده در دبی، عربستان و ساوه نیز مشاهده شده است [۲۱-۲۳، ۳۰]. این کمبود نشان‌دهنده نادیده‌گرفتن نیازهای اساسی افراد دارای اختلال بینایی است و در تعارض با اصل ایمنی و عدالت در دسترسی به خدمات سلامت قرار دارد. نبود تابلوهای بریل، نه‌تنها مانعی برای استقلال این گروه از مراجعان است، بلکه ممکن است به کاهش احساس تعلق و پذیرش اجتماعی آن‌ها در فضاهای رسمی سلامت منجر شود. بنابراین، ادغام این علائم در طراحی محیطی مراکز باید به‌عنوان یک ضرورت اخلاقی و حقوق بشری، در دستور کار سیاست‌گذاران و مدیران حوزه سلامت قرار گیرد.

به‌طورکلی، یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده شکاف‌های قابل‌توجه در زیرساخت‌های فیزیکی مراکز خدمات جامع سلامت هستند؛ شکاف‌هایی که می‌توانند به کاهش تمایل سالمندان به مراجعه، تأخیر در تشخیص و پیگیری درمان بیماری‌ها و درنهایت تشدید نابرابری‌های سلامت منجر شوند. نتایج مطالعه بیدارپور و همکاران نیز مؤید این موضوع بوده است که نامناسب‌بودن موقعیت مکانی مراکز و کیفیت محیط فیزیکی ارائه خدمات، از عوامل اصلی بازدارنده در مراجعه به مراکز سلامت اولیه محسوب می‌شود [۳۱]. درمقابل، بهینه‌سازی محیط فیزیکی این مراکز، علاوه‌بر تقویت حس امنیت و استقلال سالمندان، می‌تواند یکی از راهبردهای مؤثر در تحقق اهداف سالمندی سالم، ارتقای کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های درمانی ناشی از عوارض بیماری‌های مزمن باشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، مقطعی بودن آن و اتکای صرف بر داده‌های حاصل از ابزارهای استاندارد است؛ این امر امکان بررسی ادراکات و تجربه زیسته سالمندان از دسترسی به مراکز را محدود کرده است. همچنین، این مطالعه تنها در محدوده مراکز تحت پوشش یک دانشگاه علوم پزشکی انجام شد؛ بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج به سایر مناطق کشور نیازمند احتیاط است. علاوه‌براین، تمرکز مطالعه بر ارزیابی مؤلفه‌های ساختاری بوده و کیفیت خدمات ارائه‌شده و تجربه مراقبتی مراجعین سالمند مورد بررسی قرار نگرفته است.

باتوجه‌به یافته‌ها، بازنگری و مناسب‌سازی مراکز خدمات جامع سلامت در حوزه‌های ورودی، سرویس‌های بهداشتی و علائم راهنما ضروری است. اجرای اقدامات عملی همچون نصب سطوح شیبدار استاندارد، ایجاد پارکینگ‌های قابل‌دسترس، تقویت سرویس‌های بهداشتی با میله‌های محافظ و سیستم هشدار اورژانسی و طراحی علائم فراگیر شامل خط بریل، می‌تواند نقش مؤثری در بهبود ایمنی، استقلال و تجربه مراجعه سالمندان ایفا کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با بهره‌گیری از روش‌های کیفی، به بررسی تجربه زیسته سالمندان پرداخته و از رویکردهای مداخله‌ای یا طولی برای ارزیابی تأثیر اصلاحات فیزیکی بر پیامدهای سلامت و کیفیت زندگی سالمندان استفاده شود. چنین شواهدی می‌تواند به تقویت عدالت در سلامت و برنامه‌ریزی کارآمدتر برای نظام مراقبت‌های اولیه کمک کند.

نتیجه‌گیری نهایی

نتایج این مطالعه نشان داد اگرچه بسیاری از مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی از نظر برخی شاخص‌های فیزیکی مانند عرض مناسب ورودی‌ها، کف غیرلغزنده و تهویه مطلوب در وضعیت قابل‌قبول قرار دارند، اما کاستی‌های قابل‌توجهی در حوزه‌هایی چون ورودی‌ها، سرویس‌های بهداشتی، علائم راهنما و امکانات پشتیبان (مانند پارکینگ و ویلچر ذخیره) مشاهده می‌شود. چنین وضعیت‌هایی می‌تواند دسترسی و ایمنی سالمندان را محدود کرده و مانعی در مسیر توسعه مراکز سلامت دوستدار سالمند در کشور باشد.

ازآنجاکه نخستین سطح تماس افراد با نظام سلامت، مراکز خدمات جامع سلامت هستند، بهبود وضعیت فیزیکی این مراکز نقشی کلیدی در ارتقای دسترسی، افزایش مراجعه سالمندان و درنهایت، تحقق هدف سالمندی سالم دارد. درواقع، دستیابی به سالمندی سالم بدون تقویت خدمات پیشگیرانه در این مراکز امکان‌پذیر نیست. بنابراین، کاهش موانع فیزیکی و فراهم‌سازی

محیطی ایمن و دردسترس برای سالمندان باید به‌عنوان یکی از اولویت‌های اصلی در نظام بهداشت و درمان کشور مورد توجه قرار گیرد.

در همین راستا، پیشنهاد می‌شود تخصیص منابع مالی و سیاست‌گذاری‌ها در جهت بهبود زیرساخت‌های فیزیکی، تدوین دستورالعمل‌های الزام‌آور و طراحی مراقبت‌های متناسب با نیازهای سالمندان در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه مورد بازنگری و تقویت قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با شناسه اخلاق (IR.SBMU.PHNS.REC.1403.135) تصویب شده است.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه سوما محمدی سراب مقطع کارشناسی ارشد سلامت سالمندی است که در گروه بهداشت عمومی دانشکده بهداشت و ایمنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به‌طور یکسان در مفهوم و طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج و تهیه پیش‌نویس مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تضاد منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از مدیران مراکز جامع سلامت منتخب به‌دلیل همکاری‌شان در این مطالعه تشکر می‌کنند.

References

[1] UN Refugee Agency. Older persons. Geneva: UN Refugee Agency; 2024. [Link]

[2] Kinsella K, Phillips DR. Global aging: The challenge of success. Population Bulletin. 2005; 60(1):3-40. [Link]

[3] Rasel M, Ardalan A. [The future of ageing and its health care costs: A warning for health system (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2007; 2(2):300-5. [Link]

[4] Barber SL, Rosenberg M. Aging and universal health coverage: Implications for the Asia Pacific region. Health Systems & Reform. 2017; 3(3):154-8. [DOI:10.1080/23288604.2017.1348320] [PMID]

[5] Beard JR, Officer AM, Cassels AK. The world report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015. [Link]

[6] 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]

[7] Jacelon CS. Maintaining the balance: older adults with chronic health problems manage life in the community. Rehabilitation Nursing. 2010; 35(1):16-22. [DOI:10.1002/j.2048-7940.2010.tb00026.x] [PMID]

[8] Courtney-Long EA, Carroll DD, Zhang QC, Stevens AC, Griffin-Blake S, Armour BS, et al. Prevalence of disability and disability type among adults-United States, 2013. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). 2015; 64(29):777-83. [DOI:10.15585/mmwr.MM6429a2] [PMID]

[9] Ezeh AC, Bongaarts J, Mberu B. Global population trends and policy options. The Lancet. 2012; 380(9837):142-8. [DOI:10.1016/S0140-6736(12)60696-5] [PMID]

[10] Lubitz J, Beebe J, Baker C. Longevity and Medicare expenditures. New England Journal of Medicine. 1995; 332(15):999-1003. [DOI:10.1056/NEJM199504133321506] [PMID]

[11] Chia F, Huang WY, Huang H, Wu CE. Promoting Healthy Behaviors in Older Adults to Optimize Health-Promoting Lifestyle: An Intervention Study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023; ;20(2):1628. [DOI:10.3390/ijerph20021628] [PMID]

[12] Karami Matin B, Rezaei S, Alinia S, Shaahmadi F, Kazemi Karyani A. Ageing in Iran in 1410, a warning to health care system. Medicine and Spiritual Cultivation. 2013; 22(2):9-18. [Link]

[13] Nashat N, Hadjij R, Al Dabbagh AM, Tarawneh MR, Alduwaisan H, Zohra F, et al. Primary care healthcare policy implementation in the Eastern Mediterranean region; experiences of six countries: Part II. European Journal of General Practice. 2020; 26(1):1-6. [DOI:10.1080/13814788.2019.1640210] [PMID]

[14] Tanjani PT, Motlagh ME, Nazar MM, Najafi F. The health status of the elderly population of Iran in 2012. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2015; 60(2):281-7. [DOI:10.1016/j.archger.2015.01.004] [PMID]

[15] World Health Organization. Primary health care: Closing the gap between public health and primary care through integration. Geneva: World Health Organization; 2018. [Link]

[16] World Health Organization. Age-friendly PHC centres toolkit. Geneva: World Health Organization; 2008. [Link]

[17] Shih CI, Hsu YH, Yang HF, Hung HL, Chia SL, Wang YW, et al. Development of an Age-Friendly Health Service Recognition Framework for Primary Health Centers in Taiwan. International Journal of Gerontology. 2021; 15(1):58. [Link]

[18] Soleimani Kebria F, Sum S, Tirgar A, Pourhadi S, Delbari A, Shati M, et al. [Explanation of the Structural-functional Challenges of Comprehensive Health Centers in Babol City, Iran, Based on the Guidelines of the World Health Organization's Elderly-friendly Centers (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2023; 18(1):14-31. [DOI:10.32598/sija.2022.327.9]

[19] World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017. [Link]

[20] Garner IW, Holland CA. Age-friendliness of living environments from the older person's viewpoint: Development of the Age-Friendly Environment Assessment Tool. Age and Ageing. 2019; 49(2):193-8. [DOI:10.1093/ageing/afz146] [PMID]

[21] Abdellatif TMF, Al Jaziri AMSA, Taryam MMO, Monsef NA, Buharoun AI, Elbadawi SAM, et al. Dubai primary health care centers conformation to WHO age-friendly primary healthcare recommendations. Advances in Aging Research. 2017; 6(6):83-92. [DOI:10.4236/aar.2017.66009]

[22] Alhamdan AA, Alshammari SA, Al-Amoud MM, Hameed TA, Al-Muammar MN, Bindawas SM, et al. Evaluation of health care services provided for older adults in primary health care centers and its internal environment: A step towards age-friendly health centers. Saudi Medical Journal. 2015; 36(9):1091-6. [DOI:10.15537/smj.2015.9.11789] [PMID]

[23] El-Gilany AH, El-Bastawesy S, Ibrahim AM. Internal physical environment of health care facilities and services provided for elderly in Port Said, Egypt. International Journal of Nursing Didactics. 2018; 8(11):17-22. [Link]

[24] Pretto R, Neves M, D'ávila O, Martins A, Hugo F. Are the physical structures of health units and the primary health care teams adequate to receive and provide care for the elderly. Journal of Dental Health, Oral Disorders & Therapy. 2017; 8(6):00306. [DOI:10.15406/jdhodt.2017.08.00306]

[25] Woo J, Mak B, Yeung F. Age-friendly primary health care: An assessment of current service provision for older adults in Hong Kong. Health Services Insights. 2013; 6:69-77. [DOI:10.4137/HSI.S12434] [PMID]

[26] Abasian S, Shareinia H, Valizadeh Zare N, Sadeghmoghadam L. [The compliance of teaching hospitals in Khorasan Razavi province of Iran with the criteria of age-friendly hospitals (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2023; 18(3):348-61. [DOI:10.32598/sija.2023.972.5]

[27] Tajvar M, Torabi M, Dargahi H, Atashbahar O, Sajadi H. [Assessing Hospitals in Isfahan, Iran Based on the World Health Organization's age-friendly Criteria: A Mixed Method Study (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2023; 18(2):234-51. [DOI:10.32598/sija.2023.3536.1]

[28] Bastani P, Marzaleh MA, Dehghani M, Falahatzadeh M, Rahmati E, Tahernezhad A. The status of Iranian hospital pharmacies according to age-friendly pharmacies criteria. Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research. 2017; 8(4):120-4. [DOI:10.4103/japtr.JAPTR_118_17] [PMID]

[29] Bastani P, Dehghani M, Ahmadi Marzaleh M. [Assessing shiraz pharmacies according to senior-friendly criteria (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2017; 12(1):116-23. [DOI:10.21859/sija-1201116]

[30] Etemadi M, Karimy M, Hosseini Koukamari P, Khoshnazar Z. Evaluating the Compliance of Saveh Primary Healthcare Centers with World Health Organization's Age-Friendly Standards. Quarterly Journal of Management Strategies in Health System. 2023; 8(1):34-48. [DOI:10.18502/mshsj.v8i1.12888]

[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. Iranian Journal of Epidemiology. 2019; 14(4). [Link]

[32] Center for Universal Design. The principles of universal design. Version 2.0. Raleigh (NC): North Carolina State University; 1997. [Link]

[33] Lawton MP, Nahemow L. Ecology and the aging process. In: Eisdorfer C, Lawton MP, editors. The psychology of adult development and aging. Washington: American Psychological Association; 1973. [DOI:10.1037/10044-020]

[34] Tavares J, Santinha G, Rocha NP. Age-friendly health care: A systematic review. Healthcare. 2021; 9(1):83. [DOI:10.3390/healthcare9010083] [PMID]

[35] Verma I. Adapting Cities for Older Adults Through Universal Design. Studies in Health Technology and Informatics. 2024; 320:255-62. [DOI:10.3233/SHTI241012] [PMID]

[36] Carr K, Weir PL, Azar D, Azar NR. Universal Design: A Step toward Successful Aging. Journal of Aging Research. 2013; 2013:324624. [DOI:10.1155/2013/324624] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank