



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی کرمان
پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت



مرکز تحقیقات مدیریت
ارائه خدمات سلامت

تبیین موانع دسترسی به خدمات مراقبتی سالمندان در مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان کرمان و ارائه راهکار

نسخه اول: فروردین ۱۴۰۲

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تبیین موانع دسترسی به خدمات مراقبتی سالمندان در مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان کرمان و ارائه راهکار

مجریان:

دکتر وحید یزدی فیض آبادی

دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مهلا ایرانمنش

دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مهین صابرمهانی

کارشناس سلامت سالمندان گروه جوانی جمعیت و سلامت خانواده معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

زیبا کامیابی

کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت و رئیس گروه سلامت میانسالان و سالمندان گروه جوانی جمعیت و سلامت خانواده معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

وحید رضا برهانی نژاد

دکترای تخصصی سالمند شناسی، استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
و رئیس مرکز بهداشت شهرستان کرمان

سیروس سالاری

پزشک عمومی و MPH

معاون فنی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

چکیده:

زمینه و هدف: با افزایش شیب سالمندی در ایران و رشد جمعیت بالای ۶۰ سال، سالمندان به یکی از گروه‌های پرچالش برای نظام سلامت تبدیل شده‌اند. ارائه خدمات جامع سلامت به سالمندان با موانعی همچون محدودیت‌های جغرافیایی، مشکلات اقتصادی، و ناکارآمدی بسته‌های خدمتی روبه‌رو است. این مطالعه با هدف تبیین موانع دسترسی سالمندان به خدمات مراقبتی در مراکز جامع سلامت شهرستان کرمان و ارائه راهکارهای اجرایی انجام شد.

روش کار: این پژوهش کیفی با استفاده از روش بحث گروهی متمرکز (FGD) انجام شد. شرکت‌کنندگان شامل دو گروه اصلی بودند: ارائه‌دهندگان خدمات (کارکنان مراکز جامع سلامت) و گیرندگان خدمات (سالمندان). پنج جلسه گروهی شامل ۸ تا ۱۴ نفر برگزار شد و داده‌ها با روش تحلیل محتوای متعارف مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. گفت‌وگوها با رضایت شرکت‌کنندگان ضبط و سپس پیاده‌سازی شدند.

یافته‌ها: موانع شناسایی شده در سه حوزه اصلی شامل قابلیت دستیابی، کیفیت خدمات، و مقبولیت خدمات طبقه‌بندی شدند. چالش‌های جغرافیایی نظیر فاصله زیاد مراکز از محل زندگی سالمندان و عدم دسترسی به وسیله نقلیه، موانع زمانی مانند عدم تطابق ساعات کاری مراکز با شرایط سالمندان، و ضعف در ارائه خدمات مراقبت در منزل از مهم‌ترین محدودیت‌های گزارش شده بودند. از نظر کیفیت خدمات، عدم تناسب بسته‌های خدمتی با نیاز سالمندان، فرسودگی ساختمان‌ها و تجهیزات مراکز، و کمبود نیروی انسانی متخصص از مشکلات عمده بودند. همچنین، چالش‌های اقتصادی مانند هزینه‌های بالای خدمات و عدم پوشش کافی بیمه‌ها، و ضعف اطلاع‌رسانی در زمینه خدمات موجود به سالمندان نیز گزارش شد.

نتیجه‌گیری: برای بهبود دسترسی سالمندان به خدمات مراقبتی، توسعه خدمات مراقبت در منزل، اصلاح ساختار فیزیکی و تجهیزاتی مراکز، بازنگری در بسته‌های خدمتی، و تقویت برنامه‌های اطلاع‌رسانی ضروری است. تدوین سیاست‌هایی که نیازهای اقتصادی و فرهنگی سالمندان را در نظر بگیرد می‌تواند گام موثری در ارتقای دسترسی سالمندان به خدمات سلامت باشد.

کلیدواژه‌ها: سالمندان، خدمات مراقبتی، دسترسی به خدمات سلامت، چالش‌های سالمندی، کرمان

فهرست مطالب

۱. مقدمه.....	۶
۱-۱. تغییرات هنجاری در دوره ی سالمندی	۷
۱-۲. سالمندی جمعیت	۷
۱-۳. مشخصات جمعیت شناختی سالمندان در ایران.....	۸
۱-۴.ارائه خدمات به سالمندان در ایران	۸
۲. مطالعات داخلی.....	۱۰
۱-۲. مطالعات مربوط به سالمند شدن جمعیت	۱۰
۲-۲. مطالعات مربوط به ساختار ارائه خدمات به سالمندان.....	۱۱
۳-۲. مطالعات مربوط بهره مندی از خدمات سلامت	۱۳
۳. مطالعات خارجی.....	۱۴
۱-۳. مطالعات مربوط به ساختار های ارائه خدمات سلامت.....	۱۴
۳-۲. مطالعات مربوط به کیفیت زندگی و بهره مندی سالمندان از خدمات	۱۷
۴. روش کار.....	۱۹
۵. یافته ها.....	۲۴
۷. نتیجه گیری.....	۵۱
۸. منابع.....	۵۳

۱. مقدمه

سالمندی یک سیر و روند بیولوژیک است که از دهه سوم عمر شروع می شود و به تدریج فعالیت های جسمی، ذهنی، اجتماعی و به طور کلی عملکردی فرد را محدود می کند. سالمندی بخشی جدایی ناپذیر از زندگی بشر است که ناشی از حرکت و تکامل انسان در گذر زمان است (۱) بدنبال بهبود استانداردهای زندگی، شرایط بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و کاهش مرگ و میر، افزایش امید به زندگی و اعمال سیاست کنترل مولید در برخی از کشور ها تعداد زیادی از افراد سالمندی را درک می کنند که این به معنای سالمند شدن جمعیت جوامع می باشد (۲).

در میان کشور های مختلف جهان، شیب سالمندی در کشور ایران بسیار شدید است (۳). سازمان ملل در گزارش سال ۲۰۱۲ هشدار داده است ایران در کنار کشورهای مغولستان و کوبا سریعترین تحولات جمعیتی را تجربه خواهد کرد و توصیه شده است که هرچه سریع تر اقدامات پیشگیرانه برای رویارویی با این پدیده انجام شود (۴). آمارها نشان می دهد که میزان رشد جمعیت بالای ۶۰ سال در کشور ایران از سال ۲۰۱۱ تا ۲۰۵۰ به بیش از ۲۶٪ خواهد رسید و در سال ۲۰۳۰ انفجار جمعیت سالمندی رخ داده و ۲۵ تا ۳۰٪ جمعیت ایران در سنین بالای ۵۰ سال قرار خواهد گرفت (۵، ۶).

با توجه به اینکه، سالمندان به دلیل بیماری های زمینه ای و مزمن از پرهزینه ترین افراد برای نظام سلامت و سازمان های بیمه گر هستند، بنابراین پدیده سالمندی جمعیت، هزینه های سلامت و خدمات اجتماعی و رفاهی را در جامعه بطور چشمگیری افزایش می دهد (۷). با ورود به مرحله سالمندی، هزینه های درمانی روند تصاعدی داشته و گاه هزینه های درمانی دو سال آخر عمر با هزینه مابقی دوران زندگی برابری می کند (۸). از سوی دیگر، با تغییر سبک زندگی جوامع از خانواده ی چند نسلی به خانواده های هسته ای مسئولیت نگهداری و حمایت از سالمندان بخصوص در سال های آینده با چالش مواجه خواهد شد (۹).

با افزایش سن تمایل به استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی و نیز مصرف داروها بیشتر می شود. بیماری های مزمن علت بسیاری از ناتوانایی و کاهش کیفیت زندگی در سالمندان می باشند، بنابراین نقش به سزایی در میزان استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی دارند (۱۰، ۱۱). از سوی دیگر اکثر سالمندان برای دریافت خدمات به بیمارستان ها مراجعه می کنند، اما برخی از آن ها به دلایل بیماری، معلولیت، محدودیت های حرکتی و یا به خاطر اینکه تنها زندگی می کنند، به سختی به بیمارستان ها و مراکز مراقبتی دسترسی دارند. همه ی این عوامل می طلبد که کشور های در حال توسعه ای مانند ایران در این زمینه سیاست گذاری و برنامه ریزی مناسبی داشته باشند (۱۲).

با توجه به موارد ذکر شده، به نظر می رسد که بررسی و پژوهش در ابعاد مختلف پدیده ی سالمندی بسیار ضروری است. بنابراین مطالعه ی حاضر با هدف تبیین موانع دسترسی به خدمات مراقبتی سالمندان در مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان کرمان و ارائه راهکار طراحی شده است.

۱-۱. تغییرات هنجاری در دوره ی سالمندی

پیش بینی میشود در سال ۲۰۳۰ گروه سنی ۷۰ سال و بالاتر با دارا بودن کمتر از ۸ درصد کل جمعیت جهان، بیش از ۵۰٪ انواع سرطانها، ۵۸٪ مبتلایان به دیابت و ۹۵٪ مبتلایان به آلزایمر و انواع دمانس، ۶۲٪ مرگ و میرهای ناشی از بیماریهای غیرواگیر، ۲۵٪ مرگ و میرهای ناشی از حوادث و ۳۰٪ مرگ و میر ناشی از بیماریهای واگیر را به خود اختصاص دهد.

۱-۲. سالمندی جمعیت

برخی از کارشناسان جمعیت سالمندی را جمعیتی تعریف می کنند که بیش از ۱۲ درصد کل آن را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند و برخی دیگر این مقدار را بیش از ۱۰ درصد کل جمعیت تعیین کرده اند (۷). اما بر

اساس معيار سازمان ملل متحد، چنانچه نسبت سالمندان يك جمعيت بيش از ۷ درصد كل آن جمعيت باشد، آن جمعيت سالخورده حساب مي شود(۱۳).

۳-۱. مشخصات جمعيت شناختي سالمندان در ايران
جمعيت سالمند در ايران از ۱۶۳۸۰۴۲ نفر در سال ۱۳۴۵ به ۷۴۱۴۰۹۱ نفر در سال ۱۳۹۵ رسيده است كه از اين تعداد، در سال ۱۳۹۵ ، ۳۶۵۸۴۰۵ نفر (۳۴ / ۴۹ درصد) سالمند مرد و ۳۷۵۵۶۸۶ نفر (۶۶ / ۵۰ درصد) سالمند زن هستند. در سال ۱۳۹۵ ، تعداد سالمندان در نقاط شهري، ۵۳۶۵۷۱۱ نفر (۳۷ / ۷۲ درصد) و در نقاط روستايي ۲۰۴۳۶۷۹ نفر (۵۶ / ۲۷ درصد) و ۲۹۱۵ نفر (۰۶ / ۰ درصد) سالمند غير ساكن هستند(۱۴).

از سال هاي ۱۳۶۵ به بعد، جمعيت ۶۰ ساله و بيشتر افزايش يافته كه از دلايل آن مي توان به افزايش سطح بهداشت عمومي و تغييرات اساسي در نگرش و سبك زندگي افراد، همزمان با كاهش درصد سطح باروري و افزايش اميد زندگي اشاره كرد. بعد از جنگ جهاني دوم با انجام واكسيناسيون هاي گسترده، توجه به بهداشت كودكان در مدارس، تلاش براي ريشه كني برخي بيماري ها و نيز درمان انواعي از بيماري ها مانند سل، مالاريا و ... شانس زنده ماندن براي بسياري از افراد جامعه افزايش يافت(۱۵).

همان گونه كه در نمودار شماره ۱ مشاهده مي شود، درصد جمعيت سالمندي كشور طي ۴۰ سال از ۵/۲ درصد به ۹/۲۸ درصد رسيده است. متوسط رشد ساليانه جمعيت سالمندي در بين سال هاي ۱۳۸۵-۱۳۹۵ حدود ۳/۷۷ درصد است كه اين سهم هنوز پايين تر از سهم جهاني است(۱۶).

۴-۱. ارائه خدمات به سالمندان در ايران
برنامه مراقبت از سالمندان در كشور ايران با عنوان "بسته مراقبت هاي ادغام يافته سالمندان" طراحي گرديده است. مراقبت هاي ادغام يافته به مفهوم ارائه خدمات جامع سلامت به گروه هدف و با استفاده از ارزيابي علائم و نشانه هاي باليني ساده و ادغام يافته در سطح گيرنده خدمت است. در اين مدل از حداقل

عوامل خطر و نشانه های بالینی کلیدی برای شناسایی زودرس بیماری، درمان مناسب و ارجاع به موقع استفاده شده است. عوامل خطر، نشانه ها، علایم بالینی، اقدامات تشخیصی، درمان، موارد ارجاع و پیگیری های مورد استفاده در این مدل برگرفته از برنامه های کشوری اداره های تخصصی و منابع تخصصی طب سالمندی است (17).

سالمند زمانی که به بهورز (در روستا) یا مراقب سلامت (در شهر) مراجعه می کند، از بسته مراقبت های ادغام یافته سالمندان ویژه بهورز/مراقب سلامت استفاده می کند. بهورز/مراقب سلامت، سالمند را از نظر اختلالات فشارخون، اختلالات تغذیه، اختلالات چربی خون، دیابت، سقوط و عدم تعادل، افسردگی و تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان و تشخیص زود هنگام و غربالگری کولورکتال بر حسب راهنمای بسته مراقبت های ادغام یافته سالمندان ویژه بهورز/مراقب سلامت مورد ارزیابی قرار می دهند. جدول راهنما از ۳ قسمت ارزیابی، طبقه بندی و توصیه تشکیل شده است.

در قسمت ارزیابی، سالمند از نظر عوامل خطر و نشانه های بیماری و آزمون های تشخیصی انجام شده، مورد ارزیابی قرار گرفته و در صورت نیاز از اقدامات تشخیصی یا ارزیابی های جامع تر برای سالمند استفاده می گردد.

در بخش طبقه بندی، سالمند بر اساس نتایج ارزیابی در گروه های مختلف طبقه بندی می شود. سالمندی که دارای نشانه و علامت جدی بیماری است و نیاز به دریافت خدمات اورژانسی دارد، در جدول طبقه بندی به رنگ قرمز دیده می شود. در صورتی که سالمند دارای نشانه و علامت بیماری است که خطر جدی ندارد ولی نیاز به دریافت خدمات تخصصی و ارجاع دارد، در جدول طبقه بندی به رنگ زرد دیده می شود. همچنین سالمندی که دارای نشانه و علامت بیماری و یا عامل خطری است که نیاز به بررسی بیشتر دارد، در جدول

طبقه بندی به رنگ زرد مشاهده می گردد. چنانچه سالمند فاقد نشانه و علامت بیماری و عامل خطر است و نیاز به خدمات تخصصی و ارجاع ندارد، در جدول طبقه بندی به رنگ سبز نمایان است.

در ستون مربوط به توصیه ها اقدامات درمانی، ارجاع، اقدامات قبل از ارجاع، پیگیری و آموزشهای لازم بر اساس طبقه بندی مشکل برای سالمند به شرح زیر ارائه میگردد:

۱-توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه "رنگ قرمز" قرار می گیرد، ارجاع فوری به نزدیکترین بیمارستان (اورژانس) یا مرکز درمانی است. در موارد ارجاع فوری، پیگیری پس از ۲۴ ساعت انجام شود.

۲- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه "رنگ زرد" قرار میگیرد، ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز جامع سلامت و آموزشهای لازم و مرتبط است. در موارد ارجاع غیرفوری، پیگیری پس از یک هفته انجام گردد.

۳- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه "رنگ سبز" قرار می گیرد، تشویق سالمند برای مراجعه به موقع برای دریافت مراقبتهای دوره ای و ارائه آموزش های لازم جهت مراقبت از خود در منزل و سایر محیط ها است که به رنگ سبز مشاهده می شود(۱۸)

۲. مطالعات داخلی

۲-۱. مطالعات مربوط به سالمند شدن جمعیت

- خدامرادی و همکاران (۱۳۹۷) مطالعه ای با عنوان "بررسی روند سالمندی و لزوم برنامه ریزی خدمات سلامت برای سالمندان: یک مطالعه مروری" انجام دادند. هدف از مطالعه ی آن ها، ارائه تصویری از روند رشد جمعیت سالمندان در جهان و ایران و تدوین برنامه ریزی ها و سیاست های لازم برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی برای این قشر از جمعیت می باشد. آن ها مقالات مرتبط با موضوع را در در بانک های اطلاعاتی EMBASE, Google Scholar, Scopus و PubMed شناسایی و استخراج کردند. نتایج مطالعه ی آن ها نشان داد که جمعیت جهان به سرعت در حال سالمند شدن است و پیش بینی شد که از حدود ۱۰/۵ درصد جمعیت در سال ۲۰۰۷ به حدود ۲۲/۸ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش یابد. در ایران نیز تغییرات

جمعیتی حاکی از آن است که در بین گروه های سنی مختلف، بیشترین نرخ رشد مربوط به سالمندان است. نویسندگان این پژوهش در نهایت پیشنهاد دادند که سیاست گذاری در راستای تامین سلامت سالمندان و بهبود شیوه ی زندگی آنان صورت گیرد و برنامه ریزی در این زمینه به یکی از اولویت های اصلی نظام رفاهی و سلامت کشور تبدیل شود (۱۹).

-ایمانی و همکاران (۱۳۹۴) مطالعه ای با عنوان "سالمندی جمعیت و بار بیماری ها" انجام دادند. هدف آن ها از انجام این مطالعه، بررسی روند سالمند شدن جمعیت و بیماری های شایع در دوران سالمندی بود. آن ها نتایج سر شماری کشوری، پایگاه داده های جمعیتی سازمان ملل متحد، اداره مدارک جمعیت، کتاب ها، نشریات مرتبط و هم چنین پایگاه های داده های Google Scholar, Proquest, WHO, SID, Magiran, کتاب ها، مجلات و نشریات مرتبط با تحولات جمعیتی و سیاستهای بهداشتی ایران را مورد بررسی قرار دادند. نتایج آن ها نشان داد که جمعیت ایران در مسیر سالمندی بوده و در دهه های آتی ایران با سونامی جمعیت سالمند مواجه خواهد شد. هم چنین نتایج آن ها نشان داد که بیماری های رایج در دوران سالمندی، پر فشاری خون، بیماری های قلبی و عروقی، آلزایمر، سرطان ها و دیابت می باشد و سالمندی جمعیت و بار بالای بیماری ها در دوره سالمندی، افزایش روزافزون نیاز به خدمات درمانی سرپایی و بستری و به تبع آن افزایش هزینه های نظام سلامت را به دنبال خواهد داشت. بنابراین آن ها پیشنهاد دادند که دست اندرکاران نظام سلامت، سالمندی جمعیت را مورد توجه جدی قرار داده و برای مواجهه با این واقعیت اجتناب ناپذیر تمهیدات لازم را فراهم نمایند (۲۰).

۲-۲. مطالعات مربوط به ساختار ارائه خدمات به سالمندان

عباسیان و همکاران (۱۳۹۵) مطالعه ای با عنوان "بررسی ساختارهای ارائه خدمات سالمندی در جهان و آرایه الگوی مناسب ادغام یافته برای ایران" انجام دادند. هدف آن ها از انجام این مطالعه، بررسی نظام ارائه خدمات

سالمندان در کشور های مختلف و ارائه الگوی پیشنهادی برای سالمندان ایرانی بود. مطالعه آن ها در پنج مرحله شامل مرور نظام مند منابع علمی، تجزیه و تحلیل ساختارهای ارائه خدمات سلامت سالمندی در ایران، تحلیل شکاف و تطبیق ساختار ارائه خدمات سلامت سالمندی در ایران، ارائه ساختار جامع عملیاتی و بررسی قابلیت اجرایی ساختار پیشنهادی توسط صاحب نظران طراحی شد. یافته های آن ها نشان داد که خدمات مورد نیاز سالمندان در قالب چهار حیطه کلی خدمات پیشگیری، خدمات درمانی، خدمات توان بخشی و خدمات حمایتی می باشد. مقایسه خدمات سلامت سالمندی کشور ایران با خدمات و الگوهای شناسایی شده در سطح جهان نشان دهنده نواقص و کمبودهای بسیاری، خصوصاً در مراقبت منزل در همه سطوح خدماتی، مراقبت های بیمارستان و بعد از ترخیص از آن وجود داشت که نیاز به بازبینی و تغییرات خدمات ارائه شده برای سالمندان کشورمان می باشد. پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که با توجه به افزایش چشم گیر جمعیت سالمندی بایستی بازبینی و اعمال تغییرات ضروری در برنامه مدیریت و خدمات سلامت سالمندی کشور انجام گیرد.

- صفدری و همکاران (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان "مطالعه مروری ساختار برنامه مراقبت در منزل سالمندان در ایران با نگاهی به تجربه کشورهای توسعه یافته" انجام دادند. هدف آن ها از انجام این مطالعه، مقایسه ساختار نظام مراقبت در منزل سالمندان در کشورهای توسعه یافته جهت ارائه راهکارهای کاربردی مناسب برای کشور ایران بود. مطالعه ی آن ها به صورت مروری بوده و از طریق جستجوی کلید واژه های مرتبط در پایگاه های الکترونیکی ساینس دایرکت، ایران مدکس، پابمد، پایگاه جهاد دانشگاهی و موتور جستجوگر گوگل اسکولار، مقالات مرتبط استخراج شدند. یافته های آن ها نشان داد که کشورهای توسعه یافته به تعیین اهداف، نیازها، اولویت ها و تهیه برنامه ای مدون در ارتباط با نیازهای سالمندان ساکن منازل پرداخته اند. یافته های آن ها هم چنین نشان داد که خدمات مراقبت در منزل نقش قابل توجهی در پیشگیری از موارد بستری مجدد سالمند در بیمارستان داشته و به حفظ استقلال و افزایش کیفیت زندگی سالمندان کمک می نماید، بنابراین می

تواند به عنوان برنامه پشتیبان جهت ادامه زندگی مستقل سالمندان در منازل خود و حفظ کیفیت زندگی آنان در دراز مدت عمل نماید. در نهایت نویسندگان پیشنهاد می کنند که در ایران نیز باید خدمات مراقبت در منزل برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان ارائه گردد (۲۱)

۳-۲. مطالعات مربوط بهره مندی از خدمات سلامت

حسنوند و همکاران (۱۳۹۶) مطالعه ای با عنوان "بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین سالمندان استان لرستان: یک مطالعه مقطعی" انجام داد. هدف آن‌ها از انجام این پژوهش، تعیین بهره‌مندی سالمندان استان لرستان از خدمات سلامت و ارتباط آن با عوامل اقتصادی-اجتماعی انجام بود. پژوهش آن‌ها به صورت مقطعی بود که در سال ۱۳۹۶ در بین سالمندان ترخیص شده از بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی لرستان انجام شد. داده‌های مربوط به ۴۲۸ سالمند به صورت مصاحبه تلفنی جمع‌آوری گردید. نرخ بهره‌مندی حداقل یکبار از خدمات پزشکی در طول سه ماه گذشته ۵/۲۵ درصد و از خدمات پیراپزشکی ۷/۲۷ درصد بود. بین ساختار خانواده، وضعیت سواد، محل سکونت فرد، خاستگاه اجتماعی فرد، وضعیت بیکاری، تعداد فرزندان، بعد خانواده، نوع بیمه، وضعیت بیمه تکمیلی، ابتلاء به بیماری مزمن، خودارزیابی از وضعیت سلامت، رضایت فرد از شرایط فعلی خود، درآمد، وضعیت اشتغال، وضعیت مالکیت مسکن و داشتن اتاق اختصاصی با بهره‌مندی از خدمات سلامت ارتباط معنادار وجود داشت. بین بهره‌مندی از خدمات مختلف سلامت با جنس، تاهل، محل سکونت فرزندان و داشتن وسیله نقلیه ارتباط معناداری مشاهده نشد. نویسندگان به این نتیجه رسیدند که بهره‌مندی سالمندان از خدمات مختلف سلامت بیشتر از جمعیت عمومی است. با توجه به ارتباط معنادار برخی متغیرهای اقتصادی-اجتماعی با بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت، توصیه می‌شود برنامه‌ریزی برای آرایه خدمات سلامت بر اساس مطالعه بهره‌مندی آنان از خدمات سلامت و عوامل موثر بر آن انجام شود.

- برهانی نژاد و همکاران (۱۳۹۳) مطالعه ای با عنوان "وضعیت بهره مندی از خدمات سلامت و عوامل موثر بر آن در سالمندان شهر کرمان-۱۳۹۳" انجام دادند. هدف آن ها از انجام این مطالعه، بررسی وضعیت بهره مندی از خدمات سلامت در سالمندان شهر کرمان بود. مطالعه ی آن ها به صورت مقطعی بود که در آن ۶۰۰ نفر از سالمندان شهر کرمان به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته مورد پرسش قرار گرفتند. یافته های مطالعه آن ها نشان داد که بیشترین مکان مراجعه جهت دریافت خدمات سرپایی مطب های خصوصی پزشکان متخصص و بیشترین علت مراجعه بیماریهای عضلانی و اسکلتی بود. بیشترین محل بستری بیمارستان دولتی و شایعترین علت منجر به بستری شدن بیماری های قلبی عروقی بود. فاکتور های موثر بر بهره مندی از خدمات سرپایی سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تاهل، بیمه و درک سالمند از وضعیت سلامتی خود و در بهره مندی از خدمات بستری جنسیت، سن، بیمه و درک سالمند از وضعیت سلامتی خود بود. از آنجایی که بهره مندی موضوعی چندعاملی است، آن ها به این نتیجه رسیدند که برنامه ریزی صحیح در قبال رشد تقاضا جهت دریافت خدمات سلامت ضروری می باشد(۲۲).

۳. مطالعات خارجی

۳-۱. مطالعات مربوط به ساختار های ارائه خدمات سلامت

- سزبلی^۱ و همکاران (۲۰۱۲) مطالعه ای با عنوان "مراقبت در خانه برای سالمندان: یک مدل همگانی در حال گذر" انجام دادند. هدف از انجام مطالعه ی آن ها، مشخص کردن روند های پوشش خدمات عمومی و بازاریابی خدمات برای سالمندان در سوئد بود. آن ها با مرور اسناد سیاست گذاری و گزارش های رسمی ساز و کارهای این روندها را بررسی کردند. یافته های آن ها نشان داد که روند پوشش خدمات عمومی در خانه برای سالمندان کاهشی و روند بازاریابی خدمات برای سالمندان افزایشی می باشد. یافته های آن ها نشان داد که کاهش خدمات

مراقبتی در خانه که با مالیات تامین می شود به دلیل نتیجه تغییر قانون مراقبت از سالمندان نیست و توسط سیاست گذاران ملی در نظر گرفته نشده است. این کاهش به دلیل کنش متقابل تصمیم گیری در سطح مرکزی و محلی ایجاد شده است. روند بازاریابی با وضوح بیشتری توسط سیاست گذاران ملی در نظر گرفته شده و تغییرات قانونی باعث شده که خدماتی که قبلاً توسط بودجه مالیاتی تامین می شد، به صورت خصوصی تامین شود. در نتیجه کاهش خدمات مراقبت در منزل با بودجه مالیاتی، افراد مسن با تحصیلات پایین به طور فزاینده ای از مراقبت های خانوادگی برخوردار می شوند، در حالی که افرادی که تحصیلات عالی دارند به احتمال زیاد خدمات خصوصی را خریداری می کنند. آن ها به این نتیجه رسیدند که مراقبت در منزل در سوئد در معرض تهدید قرار دارد و ممکن است به طور فزاینده ای تحت سلطه گروه هایی با تحصیلات و درآمد کمتر قرار گیرد که به نوبه خود می تواند کیفیت مراقبت را به خطر بیندازد (۲۳).

- بلیاناندا^۱ و همکاران (۲۰۱۱) مطالعه ای با موضوع "مدل های یکپارچه ارائه خدمات سلامت برای سالمندان نیازمند: دیدگاه های بین المللی" انجام دادند. هدف از مطالعه ی آن ها یافتن مدل های یکپارچه برای ارائه خدمات به سالمندان بود. آن ها به جستجوی مقالات مرتبط با موضوع مراقبت های یکپارچه در بازه زمانی ۱۹۹۷ تا ۲۰۱۰ در پایگاه های ایچ لاین^۲، سایک اینفو^۳، سینال^۴، مدلاین^۵ پرداختند. یافته های آن ها نشان داد که دو نوع مدل ارائه خدمات یکپارچه برای سالمندان نیازمند وجود دارد. اولی - کوچکتر بوده و مدلی است مبتنی بر جامعه که بر همکاری در راستای ارائه خدمات سلامت متکی است. این مدل بر مراقبت در جامعه و خانه متمرکز است و نقش فعالی را در هماهنگی مراقبت های بهداشتی و اجتماعی ایفا می کند. دومی - مدلی

- Bélanda^۱
- AgeLine^۲
- PsycINFO^۳
- CINAHAL^۴
- MedLine^۵

بود در مقیاس بزرگ که می توانست در سطح ملی/ایالتی/استانی که دارای مجوز اداری واحد و بودجه ای واحد باشند پیاده شود و شامل هم خدمات مراقبت در خانه / جامعه و هم خدمات مسکونی(مربوط به خانه و خانواده) می شود. آن ها به این نتیجه رسیدند که برای تبدیل شدن مدل های کوچک تر به الگو و استاندارد قابل قبول در سطح هر کشور نیاز است که توسط سیاست گذاران و مجریان در سطح کلان جامعه مورد بازبینی و ارزشیابی قرار بگیرند و سپس پس از اصلاحات لازم در سایر نواحی نیز اجرا شوند(۲۴).

- بلیاناندا و همکاران(۲۰۰۶) مطالعه ای با موضوع "یک سیستم درمان یکپارچه برای سالخوردگان ناتوان در کانادا: نتایجی از یک آزمایش کنترل شده تصادفی" انجام دادند. هدف آن ها از انجام این مطالعه، بررسی اثر بخشی سیستم مراقبت یکپارچه سیپا برای سالمندان بود. روش کار آن ها، یک آزمایش کنترل شده تصادفی بود که در آن یک برنامه مراقبت یکپارچه برای افراد سالخورده ناتوان جامعه (سیپا) با یک درمان ساده مقایسه شد. طبق پیشنهاد سیپا بهتر است که درمان مبتنی بر جامعه با سازمان های محلی، مسئول طیف کامل و هماهنگی خدمات اجتماعی و سلامت سازمانی و جامعه باشند. یافته های اولیه شامل سودمندی و هزینه های عمومی و سازمانی درمان بودند. یافته های ثانویه شامل وضعیت سلامت، رضایت از درمان، بار ارائه دهندگان خدمات و هزینه های پرداخت از جیب می شد. نتایج مطالعه نشان داد که دسترسی برای سلامت و مراقبت اجتماعی در خانه با افزایش مراقبت سلامت در خانه افزایش می یابد. ۵۰ درصد کاهش در ماندگاری بیماران بستری (مسدود کننده های تخت) وجود داشت ولی هیچ تفاوت معناداری در سودمندی و هزینه های واحد اورژانس، بیماران بستری بخش حاد و اقامت در خانه های پرستاری وجود نداشت. برای همه ی شرکت کنندگان در مطالعه، میانگین هزینه های جامعه به ازای هر فرد ۳۳۹۰ دلار در گروه سیپا بالاتر بود اما هزینه های سازمانی ۳۷۷۰ دلار از آنچه که فرض می شد پایین تر بود. هیچ تفاوتی در هزینه های نهایی کل در دو گروه وجود نداشت.

نویسندگان به این نتیجه رسیدند که ایجاد سیستم های یکپارچه امکان پذیر است و این پتانسیل را دارد که بدون افزایش هزینه ها از بیمارستان و خانه های سالمندان استفاده کند (۲۵).

۲-۳. مطالعات مربوط به کیفیت زندگی و بهره مندی سالمندان از خدمات

یو ژو^۱ و همکاران (۲۰۲۰) مطالعه ای با عنوان " بیمه پزشکی و استفاده از مراقبت های بهداشتی در میان سالان و سالمندان در چین" انجام دادند. هدف آن ها از انجام این مطالعه، ارزیابی الگوهای استفاده از مراقبت های بهداشتی و تجزیه و تحلیل تأثیرات طرح های بیمه پزشکی بر استفاده از مراقبت های بهداشتی در میانسالان و سالمندان در چین انجام بود. داده های آن ها از مطالعه طولی بهداشت و بازنشستگی چین^۲ در سال های ۲۰۱۱، ۲۰۱۳ و ۲۰۱۵ استخراج شد. برای بررسی تأثیرات طرح های مختلف بیمه پزشکی بر استفاده از مراقبت های بهداشتی از تجزیه و تحلیل تک متغیری^۳ استفاده شد. عوامل مرتبط با استفاده از مراقبت های بهداشتی با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک اثرات تصادفی برآورد شد. یافته های آن ها نشان داد که در طول دوره ی مطالعه، تعداد افراد درگیر به ترتیب ۱۷۲۵۰، ۱۸۱۹۵ و ۱۹۸۴۲ نفر بوده است. نسبت افرادی که از خدمات سرپایی برخوردار بودند به ترتیب ۱۸/۶ ، ۲۰/۷ و ۱۸/۷ درصد و افرادی که از خدمات بستری استفاده می کردند به ترتیب ۹/۶ ، ۱۳/۸ و ۱۴/۳ درصد بود. پژوهشگران متوجه شدند بین متغیر های وضعیت اقتصادی، تحصیلات، اندازه خانوار، زندگی در مناطق روستایی و مهم تر از همه داشتن بیمه با میزان استفاده از خدمات همبستگی مثبت وجود داشت. نویسندگان به این نتیجه رسیدند که افزایش پوشش بیمه پزشکی می تواند احتمال استفاده از مراقبت های بهداشتی، به ویژه استفاده از خدمات بستری را افزایش دهد. ارزیابی بیشتری در مورد اینکه آیا

طرح های بیمه پزشکی گسترده می تواند از خانوارهای میانسال و سالخوردگان در برابر هزینه های فاجعه بار بهداشت محافظت کند، لازم است (۲۶).

گرینو^۱ و همکاران (۲۰۱۷) مطالعه ای با عنوان "تنهایی، انعطاف پذیری، سلامت روانی و کیفیت زندگی در سالمندان: یک مدل متعادل ساختاری" انجام دادند. هدف آن ها از انجام این مطالعه، روشن شدن رابطه ی بین تنهایی و کیفیت زندگی در سالمندان بود. داده های ۲۹۰ سالمند ایتالیایی برای بررسی اثرات میانجی گرانه سلامت روانی و تاب آوری با استفاده از پرسشنامه های تنهایی UCLA و پرسشنامه ی GAI-SF جمع آوری شد. یافته های آن ها از تاثیر نقش میانجیگری انعطاف پذیری و سلامت روان بین تنهایی و کیفیت زندگی ذهنی و جسمی حمایت می کند. یافته های آن ها هم چنین نشان می دهد که تنهایی از طریق تاثیر بر روان و تاب آوری سالمند بر دو کیفیت زندگی روانی و جسمی او تاثیر می گذارد. نتایج مطالعه ایشان هم چنین نشان داد که در دوره های مداخلات بالینی، کاهش تنهایی می تواند یک فاکتور مهم در پیشگیری اولیه یا فرایند بهبود شود. محققان به این نتیجه رسیدند که با افزایش انعطاف پذیری، خود کارآمدی و کاهش نارضایتی حاصل از تنهایی می توان سطح اضطراب روانی سالمندان را کاهش داد (۲۷).

- یوان فو^۲ و همکاران (۲۰۱۴) مطالعه ای با عنوان "فاکتور های مرتبط با نیاز های مراقبت بلند مدت افراد سالخورده: یک مطالعه موردی بر اساس نسخه توسعه یافته مدل اندرسون در چین" انجام دادند. هدف آن ها از انجام این مطالعه، کشف نیازهای مراقبت های طولانی مدت سالمندان و شناسایی عوامل موثر بر آنها بود. با استفاده از نمونه گیری طبقه بندی چند مرحله ای، ۱۱۱۸ نفر از ۴ شهر چین وارد مطالعه شدند که ۱۰۹۰ نفر از آن ها پرسشنامه های پژوهش را تکمیل کردند. در این مطالعه یک چارچوب مفهومی بر اساس مدل اندرسون

به کار گرفته شد. رگرسیون لجستیک چند جمله ای برای جستجوی عوامل موثر بر نیاز های طولانی مدت به کار گرفته شد. یافته های مطالعه نشان داد که پس از کنترل عوامل مستعد کننده، توانمند ساز و فاکتور های نیاز، افرادی که تصویر بهتر از خود و ناخوشایندی کمتر از نیاز های خدمات درمانی داشتند به عنوان محتمل ترین افرادی بودند که درمان خانوادگی را انتخاب می کردند. افرادی که دارای ارتباطات بین نسلی کمتر، نیاز های خدمات درمانی کمتر و تصویر بهتر از خود بودند به احتمال بیشتر درمان های موسسه ای را انتخاب می کردند. نویسندگان به این نتیجه رسیدند که ارائه دهندگان خدمات باید توجه بیشتری به نقش مهم عوامل روان شناختی در تأثیر بر نیازهای مراقبت های طولانی مدت سالمندان داشته باشند و نسبت به تفاوت های جنسیتی و سنی حساس باشند

۴. روش کار

در این مطالعه کیفی از روش بحث گروهی متمرکز استفاده شد. افراد مورد نظر جهت مصاحبه به دو گروه اصلی ارائه دهندگان خدمات سلامت در طی یک جلسه و گیرندگان خدمات سلامت در قالب چهار جلسه تقسیم شدند. در هر مصاحبه حداقل ۸ و حداکثر ۱۴ نفر شرکت کننده حضور داشتند که حدود ۴ ساعت به طول انجامید. جهت انجام مصاحبه ها از روش نیمه ساختار مند استفاده گردید. بحث گروهی متمرکز روشی است که به وسیله آن می توان به بررسی عمقی دانش، اعتقادات، نگرش و عملکرد افراد به سهولت و بدون محدودیت پرداخت و همچنین ابزار بسیار موثری در بررسی نظرات و نگرش مردم می باشد. با کسب رضایت مشارکت کنندگان گفته های آنها ضبط گردید. محققین بلافاصله بعد از اتمام FGD نسبت به پیاده سازی صداهای ضبط شده اقدام کرده و از روش تحلیل محتوای متعارف conventional content analysis برای تحلیل استفاده گردید.

اطلاعات گیرندگان خدمت

ردیف	جنسیت	سن	تعداد فرزندان	وضعیت تاهل	تحصیلات	وضعیت شغلی	مراقب سلامت
FGD1-P1	خانم	متولد ۱۳۴۰	۳	همسر فوت شده	سوم راهنمایی	کارمند ۲۵ سابقه	خود
FGD1-P2	خانم	۶۰ساله	۴	همسر دار	دیپلم	کارمند ۳۱ سابقه	همسر
FGD1-P3	خانم	۶۱	۲	همسر فوت شده	دیپلم	خانه دار	خود
FGD1-P4	آقا	۶۱	۲	همسر دار	دیپلم	بازنشسته	همسر
FGD1-P5	آقا	۶۱	۲	همسر دار	دیپلم	بازنشسته	همسر
FGD1-P6	آقا	۶۳	۲	همسر دار	فوق دیپلم	بازنشسته	همسر
FGD1-P7	آقا	۶۱	۳	همسر دار	دیپلم	بازنشسته	همسر
FGD2-P1	خانم	۶۵	۴	همسر دار	دیپلم	خانه دار	همسر
FGD2-P2	آقا	۶۰	۲	همسر دار	لیسانس	بازنشسته	همسر
FGD2-P3	خانم	۶۵	۲	همسر دار	لیسانس	بازنشسته	همسر
FGD3-P1	خانم	۶۵	۰	همسر فوت شده	لیسانس	بازنشسته	خودش
FGD3-P2	خانم	۶۳			دیپلم	خانه دار	همسر
FGD3-P3	خانم	۶۵			زیر دیپلم	خانه دار	همسر
FGD3-P4	آقا	۸۵		همسر فوت شده	زیر دیپلم	بازنشسته	فرزندان
FGD3-P4	خانم	۷۴		همسر دار	زیر دیپلم	خانه دار	همسر
FGD4-P1	آقا	۸۰	۴	همسر دار	لیسانس	بازنشسته	همسر
FGD4-P2	خانم	۷۲	۴	همسر دار	لیسانس	بازنشسته	همسر
FGD4-P3	خانم	۷۸	۳	همسر فوت شده	زیر دیپلم	خانه دار	خودش

FGD4-P4	آقا	۸۲	۴	همسردار	فوق دیپلم	بازنشسته	همسر
FGD4-P5	خانم	۷۵	۶	همسر فوت شده	زیر دیپلم	مغازه دار	خودش
FGD4-P6	خانم	۶۲	۳	همسردار	دیپلم	خانه دار	خودش
FGD4-P7	خانم	۶۰	۲	همسردار	زیر دیپلم	خانه دار	همسر
FGD4-P8	آقا	۶۷	۲	همسردار	دیپلم	بازنشسته	همسر
FGD4-P9	خانم	۸۵	۲	همسر فوت شده	زیر دیپلم	خانه دار	فرزندان
FGD4-P10	آقا	۶۷	۴	همسردار	لیسانس	بازنشسته	همسر
FGD4-P11	آقا	۶۷	۲	همسردار	زیر دیپلم	بازنشسته	همسر
FGD4-P12	خانم	۷۹	۳	همسردار	زیر دیپلم	خانه دار	همسر
FGD5-P1	خانم	۶۰	۳	همسر فوت شده	زیر دیپلم	خانه دار	خودش
FGD5-P2	خانم	۶۰	۲	همسردار	زیر دیپلم	خانه دار	همسر
FGD5-P3	خانم	۶۰	۳	همسردار	زیر دیپلم	خانه دار	خودش
FGD5-P4	آقا	۶۰	۴	همسردار	زیر دیپلم	بیکار	خودش
FGD5-P5	خانم	۶۰	۴	همسردار	زیر دیپلم	خانه دار	خودش
FGD5-P6	آقا	۶۰	۴	همسردار	زیر دیپلم	آزاد	همسر
FGD5-P7	خانم	۶۴	۲	همسردار	زیر دیپلم	خانه دار	همسر
FGD5-P8	آقا	۷۸	۲	همسردار	دیپلم	بازنشسته	همسر
FGD5-P9	خانم	۶۰	۵	همسردار	زیر دیپلم	خانه دار	همسر
FGD5-P10	خانم	۶۴	۷	همسردار	زیر دیپلم	خانه دار	همسر
FGD5-P11	خانم	۶۲	۴	همسر فوت شده	زیر دیپلم	خانه دار	خودش
FGD5-P12	آقا	۶۲	۳	همسردار	زیر دیپلم	شغل آزاد	همسر
FGD5-P13	خانم	۶۳	۳	همسردار	زیر دیپلم	شغل آزاد	همسر

نوع خدمت دریافتی و علت مراجعه

(دریافت مراقبت های غیرواگیر/ ویزیت پزشک/ دریافت مکمل/ تکرار نسخه قبلی/ مراجعه به مراکز فقط جهت گرفتن مجوز کاری/ مراجعه سال

مراجعه در سال	علت مراجعه							ردیف
	ثبت اطلاعات	مراجعه به مراکز فقط جهت گرفتن مجوز کاری	تکرار نسخه قبلی	دریافت مکمل	ویزیت پزشک	دریافت مراقبت های واگیر	دریافت مراقبت های غیرواگیر	
۲							*	FGD1-P1
۴							*	FGD1-P2
۰								FGD1-P3
۱	*							FGD1-P4
۱	*	*						FGD1-P5
۳						*		FGD1-P6
۰								FGD1-P7
۰								FGD2-P1
۰	*							FGD2-P2
۲				*				FGD2-P3
۰	*							FGD3-P1
۱		*						FGD3-P2
۱							*	FGD3-P3
۱						*	*	FGD3-P3
۲					*			FGD3-P4
۰					*			FGD4-P1
۱							*	FGD4-P2
۰								FGD4-P3
۰								FGD4-P4

۲		*						FGD4-P5
۴							*	FGD4-P6
۰								FGD4-P7
۱							*	FGD4-P8
۲					*	*	*	FGD4-P9
۱					*			FGD4-P10
۰								FGD4-P11
۱							*	FGD4-P12
۴				*	*		*	FGD5-P1
۱					*			FGD5-P2
۲					*		*	FGD5-P3
۰								FGD5-P4
۳								FGD5-P5
۱							*	FGD5-P6
۳				*		*		FGD5-P7
۲							*	FGD5-P8
۰								FGD5-P9
۱							*	FGD5-P10
۱	*							FGD5-P11
۰								FGD5-P12
۷							*	FGD5-P13

اطلاعات ارائه دهندگان خدمت

جنسیت	موقعیت کاری	تحصیلات	سابقه کار
خانم	مراقب سلامت	کارشناسی ارشد	۲۰ سال
خانم	کاردان بهداشت خانواده	کاردان	۲۳ سال
خانم	پزشک خانواده	پزشک عمومی	۱۶ سال
خانم	پزشک خانواده	پزشک عمومی	۱۷ سال
خانم	مسئول واحد بهداشت خانواده	کارشناسی	۲۹ سال
خانم	بهورز	دیپلم	۲۰ سال
خانم	بهورز	کارشناس	۱۶ سال

خانم	پزشک خانواده	پزشک	۱۶ سال
خانم	پزشک خانواده	پزشک	۲۸ سال
خانم	کاردان پایگاه سلامت شهری	دکترای حقوق	۶ سال
خانم	مسئول پایگاه	کارشناس پرستاری	۱۲ سال

۵. یافته ها

مطالعه حاضر به صورت کیفی و از طریق گروه کاری متمرکز صورت گرفت. اکثر شرکت کنندگان مطالعه سالمندان تحت پوشش مراکز جامع خدمات سلامت زن بودند که بیشتر دارای تحصیلات زیر دیپلم و فرد مراقبت کننده از آنها همسرشان بود.

چالش ها از دیدگاه ارائه دهندگان مراکز جامع خدمات سلامت

طبقه اصلی	طبقه فرعی	کد
قابلیت دستیابی	دسترسی جغرافیایی	پایین بودن سطح دسترسی به خدمات برای سالمندان در روستا(مسافت)
		عدم دریافت خدمات مراقبت در منزل
		چگونگی طی کردن مسیر منزل تا مراکز بهداشتی درمانی شهری(نبود وسیله نقلیه برای تردد)
		موقعیت مکانی و چیدمان نامناسب مراکز ارائه دهنده خدمت
	دسترسی زمانی	نبود برنامه زمان بندی شده برای دریافت خدمت
		فرسودگی شغلی به واسطه طولانی بودن ساعت کار
	دریافت خدمت	ناتوانی سالمندان در مراجعه به مراکز
		مراجعه حضوری به سالمندان پیر برای ارائه خدمت
		همکاری نامناسب سالمندان در مراجعه به مراکز
		مناسب نبودن فضای فیزیکی و امکانات
	دسترسی فیزیکی و مناسب سازی	فرسودگی ساختمان ها مراکز جامع خدمات سلامت
		کمبود فضای فیزیکی در مراکز
		عدم امکان برقراری تماس با برخی سالمندان
		فرآهم نبودن امکان اطلاع رسانی در خصوص روزهای مراجعه به مراکز
فرهنگ سازی و اطلاع رسانی خدمات		عدم آگاهی از انواع خدماتی که ارائه می شود
		نبودن انگیزه در سالمندان جوان برای مراجعه
		نبودن فرهنگ لازم در شروع اجرای برنامه
		به روز نبودن اطلاعات جمعیتی خانوار
	نظام مدیریت اطلاعات سلامت	استفاده ناکافی از اطلاعات در تصمیم گیری
		قطع شدن اینترنت و سرعت پایین اینترنت
		نبود بستر آفلاین در سامانه سیب
		عدم امکان گزارش گیری از سامانه سیب در سطح مراکز

معماری نامناسب ساختار داده ای سامانه سیب			
زمان بر بودن ثبت داده ها در سامانه			
دشواری بازیابی اطلاعات سلامت فرد از سامانه سیب			
کاربرپسند نبودن قالب و طرح سامانه			
سامانه های متعدد برای ثبت داده ها			
دشواری در ثبت نسخه ها در بستر نسخه الکترونیک			
عدم سازگاری سامانه سیب با دستورالعمل های به روز شده			
ناکافی بودن آموزش های ضمن و بدو خدمت			
بالا بودن حجم کاری نیروی انسانی(زیاد بودن آیتم ها برای مراقبت سالمند و بالا بودن حجم کار)			
سراغه جمعیتی بالای مراقبین سلامت و پزشک			
عدم توجه به مهارت های نیروی انسانی در بدو ورود			
ضعف در احصا مهارت های شایسته مداری در جذب			
عدم حضور مشاوران تغذیه و روان به صورت تمام وقت			
کمبود کارشناس خبره سلامت روان			
ناسازگاری تعاملی سالمندان در ارتباط با افراد کم تجربه			
نداشتن انگیزه مالی			
برخورد نامناسب کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهری با افراد مراجعه کننده			
وابستگی افراط گرایانه به سامانه سیب			
عدم انطباق آموزش ها با نیاز محیطی			
دیده نشدن مشوق های در برابر اضافه شدن کار پرسنل			
نقص در تشکیل پرونده برخی خانوار			
نگهداشت پایین نیروهای طرحی / موقتی بودن نیروهای طرحی			
مکانیزم تشویقی ضعیف در جذب رابط بهداشتی از بین مردم			
عدم جامعه پذیری نیرو در ابتدای ورود به سازمان			
استاندارد نبودن تجهیزات و امکانات مراکز	تجهیزات و تسهیلات		
اثربخش نبودن آموزش	آموزش		
نامناسب بودن تعامل و همکاری واحدها در بحث آموزش آیتم ها			
ضعف در برنامه های بازآموزی			
عدم وجود دیدگاه جامعه نگر در نظام آموزشی			
تکراری بودن محتوای آموزش سالمندان			
عدم آموزش اهمیت مسائل پیشگیری			
عدم برگزاری آزمون از محتوای بسته های خدمت			
موازی کاری در آموزش			
اهمیت به کمیت به جای کیفیت در آموزش مراقین سالمندی			
وضعیت اقتصادی پایین بعضی سالمندان	استطاعت مالی		استطاعت مالی
عدم امکان ارائه خدمات رایگان برای سالمندان			
وجود نرخ تعرفه خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده در مراکز/ هزینه معاینه پزشکان درمانگاه			
عدم انطباق آموزش ها با وضعیت اقتصادی خانوار			
بالا بودن هزینه تمام شده حمل و نقل جهت رسیدن به مراکز			
پوشش ناکافی خدمات از سوی بیمه ها			

مقبولیت	اهمیت پیشگیری	پوشش ناکافی خدمات پیشگیرانه در سنین قبل از سالمندی
		ارائه خدمات ناقص و غربالگری ناقص و گذرا مراقبین سلامت
	اعتماد	کاهش اعتماد مردم به مراکز درمانی دولتی
	نگرش مراقبین سلامت به پیشگیری	عدم توجه به بهداشت و جدی تلقی نشدن کار در بخش بهداشت
	عدم احساس نیاز به خدمات	احساس نیاز به خدمات بهداشتی درمانی به یک نیاز فقط برای بچه ها و مادران باردار
		دریافت خدمات رایگان از تامین اجتماعی
		ابتدایی بودن خدمات ارائه شده در مراکز
		رفتار روان شناسانه متفاوت مردان در دریافت خدمت
کفایت	تولیت و مدیریت	عدم استفاده از نظرات کاربران جهت طراحی سامانه
		تاخیر در اجرای دستورالعمل ها
		ضعف در جامعیت و اجرای دستورالعمل ها
		مراجعه به درمانگاه های تامین اجتماعی برای دریافت خدمت
		انجام کارهای غیرضروری و موازی کاری
		فرآهم نبودن مقدمات و زیرساخت های اجرای برنامه ها
		قاطعیت پایین در تصمیم گیری در بخش بهداشت
	سیستم ارجاع	اشکال در ارجاع به سطوح بالاتر و نقص در ساماندهی سامانه سبب ضعف پسخوراند

چالش ها از دیدگاه خدمت گیرندگان

طبقه اصلی	طبقه فرعی	کد
قابلیت دستیابی	دسترسی جغرافیایی	پایین بودن سطح دسترسی به خدمات برای سالمندان در روستا(مسافت)
		عدم دریافت خدمات مراقبت در منزل
		مسافت منزل افراد تا مراکز بهداشتی درمانی شهری
		نبود برنامه زمان بندی شده برای دریافت خدمت
	دسترسی زمانی	تداخل فعالیت روزانه سالمندان با ساعت کاری مراکز/ مشغله کاری افراد در شیفت صبح
		شلوغ بودن مرکز و اتلاف وقت
		دسترسی سالمندان به داروهای مورد نیازشان
		ناتوانی سالمندان در مراجعه به مراکز
	دریافت خدمت	مراجعه حضوری به سالمندان پیر برای ارائه خدمت
		همکاری نامناسب سالمندان در مراجعه به مراکز
		عدم ارائه خدمات آزمایشگاهی، دارویی و دندان پزشکی در مرکز
		عدم حضور متخصصین در مراکز
	دسترسی فیزیکی و مناسب سازی	عدم تناسب بسته خدمتی با نیاز سالمند
		مناسب نبودن فضای فیزیکی و امکانات
		فروودگی ساختمان ها مراکز جامع خدمات سلامت
		کمبود فضای فیزیکی در مراکز
فرآهم بودن خدمت	فرهنگ سازی و اطلاع رسانی خدمات	عدم امکان برقراری تماس با برخی سالمندان
		عدم ارائه خدمات مشاوره دارویی به سالمندان

فرآهم نبودن امکان اطلاع رسانی در خصوص روزهای مراجعه به مراکز		
ترجیح مراکز خصوصی		
عدم آگاهی از انواع خدماتی که ارائه می شود		
معرف نبودن تابلو مرکز از خدمات		
نبودن انگیزه در سالمندان جوان برای مراجعه		
استاندارد نبودن تجهیزات و امکانات مراکز	تجهیزات و تسهیلات	
وضعیت اقتصادی پایین بعضی سالمندان		
عدم انطباق آموزش ها با وضعیت اقتصادی خانوار		
بالا بودن هزینه حمل و نقل جهت رسیدن به مراکز		
پوشش ناکافی خدمات پیشگیرانه در سنین قبل از سالمندی	اهمیت پیشگیری	مقبولیت
کم رنگ شدن خدمات بهداشتی اولیه		
امتناع از دریافت خدمت به دلیل تجانس فرهنگی		
پایین بودن احترام و شان سالمندی		
کاهش اعتماد مردم به مراکز درمانی دولتی	اعتماد	
عدم اعتماد افراد نسبت به خدمات ارائه شده		
احساس نیاز به خدمات بهداشتی درمانی به یک نیاز فقط برای بچه ها و مادران باردار	عدم احساس نیاز به خدمات	
دریافت خدمات رایگان از تامین اجتماعی		
ابتدایی بودن خدمات ارائه شده در مراکز		
رفتار روان شناسانه متفاوت مردان در دریافت خدمت		

طبقه فرعی: دسترسی جغرافیایی

دسترسی جغرافیایی که فاصله فیزیکی یا زمان سفر از نقطه ارائه خدمت به سالمندان می باشد. عامل مهمی است که می تواند بر رفاه جمعیت سالمند تأثیر بگذارد. با افزایش سن، افراد ممکن است بیشتر به دسترسی به خدمات مراقبت های بهداشتی، فعالیت های اجتماعی و سایر منابع در جامعه خود وابسته شوند. با این حال، افراد مسن ممکن است به دلیل محدودیت های حرکتی، کمبود حمل و نقل و عوامل دیگر برای دسترسی به این منابع با موانعی روبرو شوند. در این مطالعه چهار کد از دیدگاه ارائه دهندگان خدمت و چهار کد از دیدگاه خدمت گیرندگان شناسایی شد.

پایین بودن سطح دسترسی به خدمات برای سالمندان در روستا(مسافت)

سالخوردگی جمعیت یک پدیده جهانی است و مشاهده شده است که جمعیت سالمندان به طور نامتناسبی در مناطق روستایی متمرکز هستند. از انجایی که دسترسی به مراقبت های بهداشتی برای حفظ سلامت و رفاه افراد سالمند بسیار مهم است. با این حال جمعیت سالمند در مناطق روستایی اغلب در دسترسی به خدمات بهداشتی با چالش هایی مواجه هستند. یکی از مصاحبه شوندگان در این خصوص بیان کرد که

" به فرض اینکه همه چی داخل مرکز برای سالمندا فراهم بود ولی وقتی یه سالمندی به خاطر شرایط خودش اول و بعدش به خاطر مشکلات مسافت نتونه بیاد انگار هیچ خدمتی براش تعریف نشده . این موضوع برای همه سالمندا هست ولی مخصوصا برای روستاها که سالمندا باید یه فاصله طولانی رو بیان که به پزشک برسند. ، مشکل دسترسی بیشتره " (FGD1-P2)

عدم دریافت خدمات مراقبت در منزل

یکی از چالش هایی که در مطالعه حاضر مورد توجه قرار گرفت سالمندانی که تنها در منزل زندگی می کنند و مشکلات و بیماری ها بیشتری در آنها دیده می شود و فرزندان این سالمندان احتمالا نمی توانند از آنها مراقبت کنند بنابراین عدم دریافت خدمات مراقبت در منزل این سالمندان را در معرض بستر شدن در بیمارستان قرار می دهد . در این خصوص یکی از مصاحبه شوندگان بیان کرد که

" یه چیزی دیگه ای که هست ما باید واقعا هزینه کنیم مثلا برای سالمند باید امکانات این را داشته باشیم که خدمت را در منزل بدهیم و من به عنوان کسی که ۲۵۰ نفر از جمعیت من سالمند هستند و از ۲۵۰ نفر تقریبا ۵ درصد به من مراجعه می کنند و بقیه مراجعه نمی کنند پس من باید شرایطی داشته باشم که تیم مراقبت را بفرستم " (FGD2-P3)

مسافت منزل افراد تا مراکز بهداشتی درمانی شهری

این موضوع یکی از چالش هایی می باشد که افراد سالمند هنگام سفر از خانه های خود به مراکز بهداشتی شهری با آن مواجه هستند. در این خصوص یکی از مصاحبه شوندگان بیان کرد که

"مراکز بهداشت فاصله شون جوری نیست که همه بتوانند پیاده بیان. بعضی مراکز هم/اینقدر جاشون پرت هست که وسیله نقلیه خصوصی و عمومی نمیداد کاش به جوری بود که مسافت ها از مراکز زیاد نبود". (FGD3-P5)

موقعیت مکانی و چیدمان مراکز ارائه دهنده خدمت

پراکندگی و ترتیب بد مراکز بهداشتی و درمانی می تواند بر کیفیت مراقبت های ارائه شده به سالمندان تأثیر بگذارد. به عنوان مثال، اگر مراکز مراقبت بهداشتی دارای موقعیت استراتژیک یا سازماندهی مناسب نباشند، می تواند منجر به افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی و کاهش کارایی در سیستم مراقبت های بهداشتی شود. در این خصوص یکی از مصاحبه شوندگان بیان کرد که

"مراکز/اینقدر پراکنده و توی نقطه کور هستن که اصلا منی که ۱۵ سال توی محله خوارزمی ساکن هستم خبر نداشتم/اینجا مرکز بهداشت هست. توی یک پس کوچه ای که تابلوی درستی هم ندارد". (FGD1-P6)

طبقه فرعی: دسترسی زمانی

چالش دسترسی به موقع به خدمات سلامت برای سالمندان موضوع مهمی است که بسیاری از کشورهای جهان با آن روبرو هستند. با افزایش سن، افراد اغلب به مراقبت و توجه پزشکی بیشتری نیاز دارند، با این حال ممکن است سیستم مراقبت های بهداشتی همیشه برای پاسخگویی به این نیازها مجهز نباشد. در مطالعه حاضر پنج کد در بیان چالش های مرتبط با دسترسی زمانی مورد بررسی قرار گرفت.

نبود برنامه زمان بندی شده برای دریافت خدمت

تدوین برنامه زمانبندی موثر برای دریافت خدمات توسط مراجعین مرکز و پایگاه های سلامت تحت پوشش یکی از برنامه های تامین و ارتقا مراقبت های اولیه سلامت در قالب گسترش و تقویت شبکه بهداشت و درمان در منطق شهری بود که در سال ۱۳۹۴ تدوین و به معاونت های بهداشت ارسال گردید. با وجود اینکه چندین سال

از ابلاغ این برنامه می گذرد یکی از چالش های عدم مراجعه به مراکز جامع خدمات سلامت از دیدگاه شرکت کنندگان در این مطالعه نبود برنامه زمان بندی شده برای دریافت خدمت بود. در این خصوص یکی از شرکت کنندگان بیان کرد که "

"نه ما برنامه ی خاصی برای سالمندا نداریم که براشون مشخص کرده باشیم که فلان روز روز فقط به سالمندا اختصاص می دهیم . چون ما که فقط گروه سالمند نداریم ولی خب سالمندا هم وقتی میان یا کارشناس سلامت روان نیست یا مسئول تغذیه و اگر هم بهش بگی الان نیستن فلان روز بیا دیگه نمیداد اصلا ". (FGD5-P9)

فرسودگی شغلی به واسطه طولانی بودن ساعت کار

فرسودگی شغلی یک مشکل رایج در میان کارکنان مراقبت های بهداشتی است، به ویژه آنهایی که ساعات طولانی در مراکز بهداشتی کار می کنند. فرسودگی شغلی سندرمی است که با خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و کاهش احساس موفقیت شخصی مشخص می شود. در این مطالعه موضوع فرسودگی شغلی ناشی از ساعات کاری طولانی در مراکز بهداشتی درمانی از دیدگاه ارایه دهندگان خدمت به عنوان یکی از چالش هایی که مانع دسترسی سالمندان به خدمات سلامت می گردد، مطرح شد. در این خصوص یکی از شرکت کنندگان بیان کرد که "

"مراکز ما را اگر آسیب شناسی کنید در سال ۵ لی ۶ نیرو میاد و این باعث فرسودگی شغلی مسئول درمانگاه میشود و من دیگه برای نیروها نمیتونم وقت بگذارم چون احساس میکنم که خسته ام". (FGD5-P7)

"طولانی بودن شیفت ها باعث خستگی میشه و این خستگی به هر حال میره توی خونه و این خستگی سال ها مزمن روی هم تلنبار میشه و من میرسم به الان که هم به یک خستگی جسمی رسیدم نسبت به سنم . سال ها ما به این شکل کار کردیم و امروز فرسوده شدیم. (FGD5-P4)

تداخل فعالیت روزانه سالمندان با ساعت کاری مراکز/ مشغله کاری افراد در شیفت صبح

تداخل بین فعالیت های روزانه سالمندان و ساعات کاری مراکز و همچنین مشغله کاری شیفت صبح می تواند چالش های مهمی را برای سالمندان متکی به این امکانات ایجاد کند. همه مراکز جامع خدمات سلامت در ساعات اداری کار می کنند، که ممکن است برای سالمندانی که تعهدات یا مسئولیت های دیگری در طول روز دارند مناسب نباشد. علاوه بر این، شیفت صبح می تواند به ویژه شلوغ باشد، که می تواند دسترسی افراد مسن را به خدمات مورد نیاز دشوار کند. این مورد از برخی دیدگاه گیرندگان خدمات بیان شد. در این خصوص یکی از شرکت کنندگان عنوان کرد که "

"خدماتی که به سالمندان می دهیم بیشتر در ساعت های اداری هست و سالمندان های ما اکثراً یا خودشان توان آمدن ندارند و باید همراه یک نفر بیان و یا اینکه خودشان مراقبت کننده ی نوه هستن و این ساعت بچه هاشون سرکار هستند و این ها مجبور هستند از نوه هاشون سرپرستی کنند." (FGD5-P2)

شلوغ بودن مرکز و اتلاف وقت

شلوغی مراکز بهداشتی و اتلاف وقت برای سالمندان از مسائل مهمی است که می تواند بر تجربیات مراقبت های بهداشتی آنها تأثیر منفی بگذارد. با افزایش تقاضای مراقبت های بهداشتی، مراکز جامع خدمات سلامت ممکن است بیش از حد شلوغ شوند که منجر به زمان انتظار طولانی و استفاده ناکارآمد از زمان می شود. این می تواند به ویژه برای بیماران مسن که ممکن است مشکلات حرکتی یا سایر شرایط سلامتی داشته باشند که انتظار برای مدت طولانی را دشوار می کند، چالش برانگیز باشد. از دیدگاه گیرندگان خدمت این موضوع به عنوان یکی از موانع دسترسی سالمندان به خدمات جامع سلامت می باشد به گونه ای که

"یه وقت هایی میری مرکز اونقدر شلوغ هست که باید چند ساعت معطل بشیم تا یه فشار خونی ازمون بگیرن برای این خدماتی هم که میرن ارزش نداره بیام وقت مون رو تلف کنیم." (FGD3-P3)

دسترسی به دارو ، تجهیزات و لوازم مصرفی

کمبود دارو، تجهیزات و لوازم مصرفی می‌تواند تمام خدمات ارزشمند نظام سلامت را تحت الشعاع قرار دهد. بنابراین پیش‌بینی نیازهای دارویی و تجهیزاتی امری بسیار مهم و حیاتی می‌باشد به گونه‌ای که پیدا نشدن یک دارو در داروخانه‌ها تمام اقدامات و خدمات ارزشمند مجموعه نظام سلامت و بهداشت و درمان کشور را زیر سوال خواهد برد. در این خصوص سالمندان با ذکر چالش‌هایی در دسترسی به داروهای مورد نیازشان، این موضوع را به عنوان یکی از موانع اصلی در دسترسی به خدمات بیان کردند.

دسترسی سالمندان به داروهای مورد نیازشان

دسترسی به داروها برای حفظ سلامت و تندرستی افراد مسن بسیار مهم است. با این حال، بسیاری از افراد مسن برای دسترسی به داروهای مورد نیاز خود با موانعی از جمله هزینه، حمل و نقل و سردرگمی در مورد مدیریت دارو روبرو هستند، تلاش برای رفع موانع دسترسی به دارو، موجب کمک به حفظ سلامت و کیفیت زندگی سالمندان در دسترسی به خدمات سلامت شود. یکی از خدمت‌گیرندگان بیان کرد که

"ناراحتی من در دسترس نبودن داروها برای این گروه هست. واقعا دارند کوتاهی می‌کنند و واقعا دارند اذیت می‌کنند مثلا من قرص پلاویکس ۷۵ آقای دکتر برام تجویز کردند که تا یک سال باید بخورم یاور کنید من الان نصف سال من ۵۰ درصد نسخه را آزاد خریدم و داروخانه‌هایی که بیمه ما را تحت پوشش دارند یا میگویند نداریم یا دارو را کم می‌دهند. در صورتی که این درست نیست و گله اصلی من از داروخانه‌ها است." (FGD1-P5)

طبقه فرعی: دریافت خدمت

دریافت خدمات سلامت در سالمندان به دلیل عوامل مختلفی از جمله موانع جسمی، شناختی و اجتماعی - اقتصادی می‌تواند برای سالمندان چالش برانگیز باشد. در این مطالعه، برخی از چالش‌هایی که سالمندان در دریافت خدمات بهداشتی با آن مواجه هستند در قالب شش موضوع به آنها اشاره گردید.

ناتوانی سالمندان در مراجعه به مراکز

ناتوانی سالمندان در مراجعه به مراکز خدمات سالمندان می تواند چالش های مهمی را برای سالمندان در دریافت مراقبت ایجاد کند. دلایل مختلفی وجود دارد که باعث می شود افراد مسن نتوانند به مراکز مراجعه کنند، در این خصوص یکی از شرکت کنندگان بیان کرد که

"خدماتی مثل فشار خون و غیره را ببرد درب منزل انجام دهد و بعضی سالمندها خودشون نمی توانند به این مراکز بیایند مثلاً من مادرم بدون خواهرم اصلاً نمی تونه ده متر راه برود چون دیابت چشم هاش را از کار انداخته است. و از فاصله ی یک مترو نیم من را نمی شناسد و اگر من و شما کنار هم بایستیم ما را از هم تشخیص نمی دهد خب خیلی از این پیرزن ها را من دیدم که هستن و این ها نمی توانند خودشون مراجعه کنند برای گرفتن خدمت." (FGD1-P8)

مراجعه حضوری به سالمندان پیر برای ارائه خدمت

ملاقات حضوری با سالمندان برای ارائه خدمات بهداشتی می تواند راهی موثر برای بهبود دسترسی آنها به مراقبت و نتایج کلی سلامت باشد. این رویکرد می تواند به ویژه برای بیماران سالخورده ای که دارای مشکلات جدی سلامتی هستند مهم باشد. از دیدگاه شرکت کنندگان یکی از عواملی که دسترسی سالمندان ناتوان به خدمات سلامت را ارتقا می دهد مراجعه حضوری مراقبین سلامت می باشد. در این خصوص یکی از آنها بیان کرد که

"ادمی که ۷۸ سال سن شون هست و کلیه هاش ۲۵ درصد کار می کنند و دیابت هم داره هر صبح و شب داره انسولین میزنه و فشار خونسش هم تا بیست میرود خب ادمی با این شرایط که نمیتونه بره مرکز بهداشت باید یه تیمی حضوری بروند پیش اینجور سالمندهایی بهشون سر بزنند و مال همین محله باشند دیگه که تعداد افراد تحت پوشش منطقه مشخص هست این ها یه مراجعه حضوری به سالمندان بکنند و مراقبت را حضوری انجام بدهند" (FGD1-P8)

همکاری نامناسب سالمندان در مراجعه به مراکز

عدم همکاری سالمندان در مراجعه به مراکز بهداشتی می تواند عواقب جدی برای سلامت و رفاه آنها داشته باشد در این خصوص یکی از مصاحبه شوندگان بیان کرد که "

"اول که من اطلاع نداشتم همچنین خدمت هایی به ما میدهند ولی حالا که مطلع شدم هم نیازی به خدماتشون ندارم هر موقع مریض شدم یا دچار مشکلی بشم میرم پیش متخصص و اصلا دلیلی نداره من پیام به این مراکز مراجعه کنم و پرونده پر کنم" (FGD3-P4)

عدم ارائه خدمات آزمایشگاهی، دارویی و دندان پزشکی در مرکز

یکی دیگر از چالش های مطرح شده از دیدگاه برخی شرکت کنندگان در این مطالعه عدم ارائه خدمات آزمایشگاهی، دارویی و دندان پزشکی در مراکز بود. یکی از شرکت کنند بیان کردند که

لازم است آزمایش هم به بسته خدمتی سالمندان اضافه شود یا داروخانه داخل مرکز بشه که سالمند بلافاصله بعد از اینکه پزشک ویزیتش کرد بتواند داروهاش را بگیرد قبلا به برگه می دادند برای آزمایش و می رفتیم انجام میدادیم ولی به دفعه این برنامه لغو شد با آزمایشگاه قرارداد بسته بشه برای آزمایش های گروه سالمندی. و یا اینکه نمونه گیر سیار داخل مراکز باشه و از سالمندها دعوت بشه که آزمایش رایگان قرار است انجام بشه و این باعث تشویق میشه که مراجعه کنند. (FGD4-P1)

عدم حضور متخصصین در مراکز

سالمندها به دلیل مشکلات حرکتی و بیماری های مختلف نیاز دارند که تحت نظر پزشک متخصص باشند و در بسته خدمتی آنها نیز به متخصص سالمندان وجود داشته باشد. این موضوع یکی از دغدغه های سالمندان شرکت کننده در این مطالعه بود . به گونه ای که یکی نفر از آنها اظهار داشت که

"این مراکز متخصص ندارد وقتی به پزشک متخصص مراجعه میکنی و همه مسائل به قولی اوکی میشه دیگه نیازی نمیشه بخواهی مراجعه بکنیم و من فک میکنم پزشک های متخصص خدمات کامل تری را ارائه می دهند و آنچه که نیاز هست برای سلامتی خدمتش را بهم میدهند مثلا فشار خون یا دیابت یا واکسن". (FGD2-P6)

عدم تناسب بسته خدمتی با نیاز سالمند

عدم تناسب بسته خدمتی با نیاز سالمندان یکی دیگر از یافته های حاصل از این مطالعه بود.

"یکی از دلایل اصلی هم این است که سالمندان خدمات زیادی به این جامعه کردند و ۳۰ سال عمرشان را گذاشتند و مستحق خدمت هستند. این خدمت هایی که بهشون میدهند متناسب با نیازشون نیست. خیلی از سالمندا الان فشارخون دارند و خیلی هاشون هم دستگاه دارند. مرکز فقط دوتا قرص مکمل میده و فشارخون میگیره و نیاز سالمندا چیز دیگه است و دولت اگر بسته خدمتی برای این گروه دارد باید متناسب با نیاز و شرایطشان باشه. (FGD2-P1)

طبقه فرعی: دسترسی فیزیکی و مناسب سازی

دسترسی فیزیکی و مناسب سازی خدمات بهداشتی می تواند برای بیماران سالمندان، به ویژه افرادی که دارای اختلالات حرکتی هستند یا در مناطق روستایی یا دورافتاده زندگی می کنند، مسئله ای مهم باشد. عدم دسترسی فیزیکی می تواند منجر به تأخیر یا ناکافی شدن مراقبت های پزشکی، کاهش رضایت بیمار و افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی شود. در این مطالعه به چهار موضوع در زمینه دسترسی فیزیکی و مناسب سازی پرداخته شد.

مناسب نبودن فضای فیزیکی و امکانات

مناسب نبودن فضای فیزیکی به عنوان یکی از موضوع هایی که مانع دسترسی سالمندان به خدمات می شود مورد توجه قرار گرفت. یکی از افراد شرکت کننده در مصاحبه بیان کرد که

"باید یکسری زیر ساخت ها فراهم باشه مثلا خیلی از پایگاه های بهداشت را فضای فیزیکی مناسب نیستند و شما وارد یه پایگاه بهداشتی میشید اصلا احساس نمی کنید که اینجا یک پایگاه بهداشتی هست. فضای مناسبی

ندارند و اکثرا خانه هستند. مثلا ما پایگاه داریم که پله دارد و برای سالمند سخت هست و اصلا نمی تونه بیاد از طرفی امکاناتی هم که وجود دارد خیلی مشکل دارد و مناسب ارائه خدمت نیست." (FGD4-P1)

فرسودگی ساختمان ها مراکز جامع خدمات سلامت

"بعضی مراکز ما اینقدر ساختمان هاش قدیمی و فرسوده شده که واقعا شرایط مرکز جامع رو ندارد. این ساختمان نه ایمنی و سازه درستی دارند و نه مقاوم هستند و چاهاشون مشکل داره و ساختمان باید مناسب به نیاز سالمند ساخته بشه نه جوری باشه سالمند نتوانه وارد ساختمان بشه" (FGD5-P4)

کمبود فضای فیزیکی در مراکز

فضای فیزیکی مراکز باید بزرگ و برای همه ی گروه های خدمت گیرنده فضا داشته باشد. کمبود فضای فیزیکی برای آموزش و درمان و ارائه خدمات توان بخشی یکی از دغدغه های شرکت کنندگان این مطالعه بود.

"فضای فیزیکی خیلی نامناسب است و واقعا کوچک است. آنقدر جا کم هست که من نمیتوانم داخل اتاق دوتا تخت بگذارم و این باعث میشه سالمندا مراجعه نکنند." (FGD5-P2)

عدم امکان برقراری تماس با برخی سالمندان

عدم امکان برقراری تماس با برخی سالمندان یکی دیگر از چالش های مطرح شده از برخی ارائه دهندگان بود. در مقابل شرکت کنندگان در مطالعه نیز اظهار می کردند که از طرف مراکز با آنها تماس گرفته نمی شود. یکی از شرکت کنندگان بیان کردند که

"باید تلفن این ها را داشته باشند و آدرس این ها را داشته باشند. که قطعا دارند ولی زنگ نمی زنند. ولی تا حد امکان باید امکان برقراری تماس با سالمندهایی که نمی تونن مراجعه کنند وجود داشته باشه این چند روزی که برای همین جلسه بود از اولی که به من زنگ زدند من جیرفت بودم ولی گفتم حتما می آییم." (FGD5-P10)

"ما الان با تلفن هم مشکل داریم مثلا ما یک خط تلفن داریم که واقعا پاسخگو نیست و برای ما امکان ندارد که به همه سالمندا زنگ بزنینم" (FGD6-P7)

طبقه فرعی: فرهنگ سازی و اطلاع رسانی خدمات

عدم ارائه خدمات مشاوره دارویی به سالمندان

"اصلا در این مراکز به سالمندان برای داروهایی که مصرف می کنند مشاوره داده نمیشه مثلا بگویند کدام داروها رو نباید با هم بخورند یا ساعت مناسب خوردن کی هست. برای همین مکمل های ویتامین د که به ما نمی دهند هیچ کس به من نگفت که باید هفتگی یا ماهانه بخورم و من هم هر روز خوردم تازه امروز توی این جلسه متوجه شدم تا الان اشتباه خوردم." (FGD1-P7)

فرآهم نبودن امکان اطلاع رسانی در خصوص روزهای مراجعه به مراکز

موضوع دیگری که اکثر شرکت کنندگان به آن اشاره کردند فرآهم نبودن امکان اطلاع رسانی در خصوص روزهای مراجعه به مراکز بود.

"مسئله ی اطلاع رسانی و روابط عمومی خیلی مهم است. من اگر خودم مسئولیتی داشتم به سالمندها برای روزهایی که میتوانند مراجعه کنند خبر می دادم. بعضی ها خبر ندارند که چه خدمت هایی بهشون ارائه میشه و تنها راهش اطلاع رسانی هست." (FGD2-P3)

ترجیح مراکز خصوصی

یکی از مسائلی که سالمندان در این مطالعه بیان کردند ترجیح برای مراجعه به مراکز خصوصی هست.

"ترجیح ما مراجعه به مراکز خصوصی هست مثلا درمانگاهی که در آن منطقه ای که زندگی میکنم خیلی توجه داشتند به سالمندان و این ها خیلی خوب بود و جاذبه داشت و مردم به خاطر اینکه بدانند بهشون رسیدگی میشه و مراجعه می کنند و خیلی براشون ارزشمند است." (FGD4-P2)

عدم آگاهی از انواع خدماتی که ارائه می شود

"آخه چون الان که ما مراجعه کردیم به مرکز بهداشت خوارزمی متوجه شدیم که یکسری خدمات را سالمندان می دهند و من اصلا نمی دونستم که یه همچین درمانگاهی هست و اینکه چه خدمتی میده و گرنه بغل دستمون هست توی خوارزمی". (FGD1-P4)

"سالمند از خدماتی که بهش میدن در این مراکز اطلاع نداره در اصل برای خدماتی که به سالمندان ارائه می شود اطلاع رسانی باید خوب انجام بشه و من اگر مسئول بودم یکی از کارهایی که انجام میدادم این بود". (FGD3-P2)

معرف نبودن تابلو مرکز از خدمات

"این تابلوهایی که باید نشان بده که این مرکز کجا هست مثلا من انتهای بلوار پزشک هستم و اگر توی خود خوارزمی باشی اصلا متوجه نمیشی کجا بری و پیداش نمیکنی و باید یه تابلوی بزرگی داشته باشه که اگر یه نفر سواد نداشت بفهمه اینجا برای سالمندان خدمت می دهد". (FGD4-P4)

"مراکز خصوصی کاری که میکنند تبلیغات هست روی تابلوها مشخص می کنند که چه خدماتی دارن میدن باید روی تابلو مشخص شود که این ها چه خدماتی را ارائه می کنند". (FGD1-P2)

نبودن انگیزه در سالمندان جوان برای مراجعه

"حالا احساس نیاز نکردم که مراجعه کنم. من فشارم بالا هست و یه موقعی که فشارم بالا میره سردرد میشم و خودم می فهمم که فشارم بالا رفته و چون عیالم فشار خون داره و همیشه قرص فشار خون داره و من هم هر موقعه سردرد میشم از قرص های خانمم میخورم". (FGD5-P2)

طبقه فرعی تجهیزات و تسهیلات

استاندارد نبودن تجهیزات و امکانات مراکز

"در اکثر مراکز وجود یکسری دستگاه هایی هست که اینقدر کار کنند مثلا مریض میاد پیش من وزنش را میگیرم ۵۰ کیلو هست میره طبقه بالا وزنش ۵۵ است و میاد میگه دستگاه ها چطوری هستن و تقریبا دستگاه های ما نه فشار سنج و نه ترازو کالیبره نیستن و این در نمودارهای سالمندا کاملا شهود است و باعث خطا در آمارها و شاخص ها هم میشه". (FGD5-P5)

طبقه فرعی: استطاعت مالی

وضعیت اقتصادی پایین بعضی سالمندان

"بعضی از سالمندهای تحت پوشش ما واقعا مشکل مالی دارند و هم برای تامین داروهاشون مشکل دارند و هم رفت و آمد برای گرفتن خدمت. بعضی موقع ها هم میان میگن میشه به ما بسته مواد غذایی بدهند." (FGD1-P5)

عدم انطباق آموزش ها با وضعیت اقتصادی خانوار

"بعضی آموزش هایی که توی بسته خدمتی برای سالمندان در نظر گرفتند اصلا به جیب سالمندهایی که الان نه درآمدی دارند و نه از جایی پول دریافت می کنند نمی خوره مخصوصا در مورد مثال تغذیه . ما بهش بگیم از این گروه هایی غذایی بخور میگه من پول ندارم." (FGD4-P1)

طبقه فرعی: اهمیت پیشگیری

پوشش ناکافی خدمات پیشگیرانه در سنین قبل از سالمندی

سالمندی سنی نیست که خدمات سطح اولیه پاسخ گو باشه بهتره که این خدمات برای گروه میان سال و جوان ارائه بشه که وقتی به سن سالمندی می رسند سبک زندگیشون اصلاح شده باشه و اینجوری بیماری هاشون هم کمتر میشه ولی متاسفانه خدمات پیشگیری برای جوانان ما نداریم. (FGD5-P1)

طبقه فرعی: کیفیت خدمات

امتناع از دریافت خدمت به دلیل تجانس فرهنگی

مراجعه کننده های ما ۵۰ به ۵۰ ایرانی و اتباع هستند و سالمندهای ما حاضر نیستند روی این تختی که افغانی معاینه شده بخوابند و حتی من دیدم چون افغانی ها زیاد مراجعه می کنند به مراکز این ها دیگه اصلا رغبتی ندارند بیان مخصوصا سالمندا و خب بهتر بود برای این ها خدمات جدا ارائه میشد. (FGD2-P1)

پایین بودن احترام و شان سالمندی

نحوه برخورد با سالمند خیلی مهم است همین که با شوق و اشتیاق برخورد کنند این مهمه. مثلاً من شما را دیدم که با یه شوق و اشتیاقی منتظر بودید و این خیلی قشنگ است و قبول دارم که همه چی سختی های خودش را دارد و ما لبخند را فراموش کردیم (FGD5-P4)

طبقه فرعی: اعتماد

کاهش اعتماد مردم به مراکز درمانی دولتی

"مردم اصلاً به سیستم دولتی اعتماد ندارند و فکر می کنند از سر و ته همه چی میزنند و اینقدر بعضی موقع ها عوامل دست به دست هم میره که حاضری بری پول بیشتر بدی و خدمت از یک مرکز خصوصی بگیری ولی برای خدمتی که دولت میده نیایی واقعا اعتمادها از بین رفته و باید یه جوری این مسئله را حل کرد که مردم تشویق شوند و به مراکز مراجعه کنند". (FGD6-P1)

اعتماد افراد نسبت به خدمات ارائه شده

وقتی سالمندها به مراکز مراجعه می کنند و از هر مراقب سلامتی به صورت متفاوت خدمت می گیرند و یا فشارخونشون رو اون عدد صحیحی که هست گزارش نمی کنند و بلد نیستن درست فشار خون بگیرند و یا مریض میاد پیش من وزنش را میگیرم ۵۰ کیلو هست میره طبقه بالا وزنش ۵۵ است مراجعه کننده اعتمادش را از دست می دهد. (FGD4-P1)

طبقه فرعی: عدم احساس نیاز به خدمات

احساس نیاز به خدمات بهداشتی درمانی به یک نیاز فقط برای بچه ها و مادران باردار

من واقعا به عنوان یه آدم ۶۰ ساله تا حالا احساس نیاز نکردم که بیام این مراکز و احساسم این هست که این مراکز فقط برای مادران باردار و بچه ها هست. چون وقتی ما جوان بودیم می آمدیم این مراکز بچه ها را واکسن میزدیم و بنابراین اصلاً احساس نیاز نداشتم که مراجعه کنم تا بدانم چه خدماتی بهم ارائه میشه (FGD3-P1)

دریافت خدمات رایگان از تامین اجتماعی

"موردی که من باهاش برخورد کردم این هست که خیلی از سالمندها بیمه تامین اجتماعی هستند و وقتی وارد درمانگاه های تامین اجتماعی میشوند همه خدمات براشون به صورت رایگان انجام میشه یعنی یک ویزیت

رایگان و بعدش دارو هم براشون رایگان ارائه میشود و شاید همین یک علتی باشد که فرد دیگه خیلی تمایلی نداشته باشه که برای گرفتن خدمت بیاد مراکز جامع خدمات سلامت "(FGD5-P3)

ابتدایی بودن خدمات ارائه شده در مراکز

"خدمات ما خیلی ابتدایی هستند یه خدمات پیشگیری هست و خدمات ما زمانی سالمند مراجعه می کند که بیمار شده است. الان آن خدمتی که ما می دیم بر اساس آن چیزی که سالمند فک می کند خدمت نیست." (FGD1-P4)

رفتار روان شناسانه متفاوت مردان در دریافت خدمت

"من خودم اصلا به دکتر مراجعه نمی کنم مگر اینکه دیگه رو به فوت باشم و نمیدونم علتش چیه که اعتقادی به مراجعه برای دکتر ندارم و فکر میکنم خیلی از مردها همین طوری باشند و من در بین دوستان و آشناهام هم می بینم که زنان خیلی بیشتر میرن دکتر نسبت به مردها" (FGD5-P4)

۶. بحث

یافته های این مطالعه نشان داد که موانع دسترسی به خدمات مراقبتی سالمندان در مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان کرمان شامل طیفی از موانع می باشد که سالمندان را از جستجو و دریافت مراقبت های مورد نیازشان باز می دارد. این موانع می توانند با یکدیگر تعامل داشته باشند و با یکدیگر ترکیب شوند و چالش های بزرگتری را برای سالمندان که به دنبال مراقبت های بهداشتی هستند ایجاد کنند. به عنوان مثال، موانع مالی ممکن است مانع از دسترسی افراد مسن به وسایل حمل و نقل به یک مرکز بهداشتی شود، که به نوبه خود ممکن است محدودیت های فیزیکی آنها را تشدید کند و جستجوی مراقبت را دشوارتر کند. سایر مطالعاتی که در خصوص موانع دسترسی سالمندان به خدمات سلامت صورت گرفته است نیز به موانع فیزیکی، مالی، فرهنگی و زبانی، دانش و موانع اجتماعی اشاره می کنند. به طور کلی، این مطالعات نیاز به مداخلات و سیاست های متناسب را برای رسیدگی به چالش های ویژه سالمندان در دسترسی به خدمات مراقبت های بهداشتی برجسته می کنند.

بر اساس یافته های این مطالعه دسترسی جغرافیایی یکی از عواملی که بر دسترسی سالمندان به خدمات تاثیرگذار می باشد. تحقیقات نشان داده است که دسترسی جغرافیایی می تواند تأثیر قابل توجهی بر سلامت و رفاه سالمندان داشته باشد. به عنوان مثال، یک مطالعه نشان داد که افراد مسن تری که در مناطقی زندگی می کنند که دسترسی بهتری به خدمات بهداشتی دارند، میزان کمتری از بستری شدن در بیمارستان و مراجعه به بخش اورژانس دارند (۲۸) به طور مشابه، مطالعه دیگری نشان داد که سالمندانی که در مناطق با منابع اجتماعی بیشتر زندگی می کنند، مانند مراکز اجتماعی و مراکز سالمندان، نتایج سلامت روانی و جسمی بهتری دارند (۲۹). در بین کدهای مطرح شده در طبقه فرعی دسترسی جغرافیایی عدم دریافت خدمات مراقبت در منزل بیشتر مورد تاکید قرار گرفت چرا که عدم ارائه خدمات مناسب مراقبت در منزل می تواند عواقب جدی برای سالمندان داشته باشد. بی توجهی به این امر ممکن است منجر به انزوای اجتماعی، زوال فیزیکی، کاهش کیفیت زندگی و افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی شود، زیرا سالمندان بدون حمایت کافی ممکن است در اورژانس قرار بگیرند یا نیاز به بستری شدن در بیمارستان داشته باشند. طبق گزارش موسسه سیاست عمومی AARP، عدم ارائه خدمات مراقبت در منزل برای سالمندان یک مسئله جدی در ایالات متحده است. ارائه خدمات مراقبت در منزل برای سالمندان در ایالات متحده با شکست قابل توجهی روبرو شده است. این گزارش نشان داد که تقاضا برای خدمات مراقبت در منزل به دلیل پیری جمعیت در حال افزایش است، با این حال کمبود مراقب و کمبود منابع برای پاسخگویی به این تقاضا وجود دارد (۳۰).

یکی دیگر از کدهایی که در مطالعه حاضر مورد توجه قرار گرفت مسافت منزل افراد تا مراکز بهداشتی درمانی شهری بود. در پژوهشی که توسط صاقي پور و همکارانش به انجام رسیده است از میان چهارده عامل مورد بررسی در تعیین علل عدم مراجعه و دسترسی به واحدهای تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان اسلام شهر دوری راه چهارمین عامل بوده است (۳۱). بر طبق گزارش موسسه ملی بهداشت NIH، سالمندان معمولاً هنگام

سفر از خانه خود به مراکز بهداشتی شهری با چالش هایی مواجه می شوند. این گزارش بیان می کند که محدودیت های فیزیکی، عدم آشنایی با سیستم حمل و نقل و محدودیت های مالی از جمله عواملی هستند که می توانند دسترسی افراد مسن به مراقبت های پزشکی را در مراکز شهری دشوار کنند (۳۲). مطالعه دیگری که در توسط چوی و مزوک در سال ۲۰۱۴ منتشر شد نشان داد که موانع حمل و نقل نقش قابل توجهی در استفاده از مراقبت های بهداشتی در میان سالمندان است. این مطالعه نشان می دهد که پرداختن به موانع حمل و نقل می تواند به بهبود نتایج سلامت بیماران مسن کمک کند (۳۳).

یکی دیگر از کدهایی که در این مطالعه به عنوان یکی از موانع دسترسی سالمندان به خدمات به آن پرداخته شد موقعیت مکانی و چیدمان مراکز ارائه دهنده خدمت بود. پراکندگی و آرایش نامناسب مراکز ارائه خدمات به سالمندان می تواند تأثیر بسزایی در دسترسی و کیفیت مراقبت این جمعیت داشته باشد. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت WHO، توزیع و سازماندهی خدمات مراقبت های بهداشتی می تواند تأثیر عمیقی بر پیامدهای سلامتی افراد سالمند داشته باشد. این گزارش تأکید می کند که توزیع و سازماندهی ناکافی خدمات مراقبت های بهداشتی می تواند منجر به نابرابری در نتایج سلامت و کاهش دسترسی به مراقبت برای افراد مسن شود (۳۴). به عنوان مثال، اگر مراکز مراقبت های بهداشتی دور از جمعیت سالمند واقع شده باشند، دسترسی به مراقبت های پزشکی برای آنها می تواند چالش برانگیز باشد، به خصوص اگر آنها مشکلات حرکتی داشته باشند یا دسترسی به وسایل حمل و نقل نداشته باشند. در نتیجه، پراکندگی و چیدمان بد مراکز ارائه خدمات به سالمندان می تواند پیامدهای مهمی بر پیامدهای سلامت و دسترسی آنها به مراقبت با کیفیت داشته باشد. با اجرای مداخلات هدفمند برای بهبود توزیع و سازماندهی خدمات مراقبت های بهداشتی، می توانیم اطمینان حاصل کنیم که سالمندان مراقبت های مورد نیاز برای حفظ سلامت و رفاه خود را دریافت می کنند.

یکی از چالش‌هایی که به عنوان مانع دسترسی سالمندان به خدمات سلامت در دسترسی زمانی مورد تاکید قرار گرفت نبود برنامه زمان بندی شده برای دریافت خدمت در سالمندان بود. فقدان برنامه زمانی برای ارائه خدمات به سالمندان می تواند مانع مهمی برای دسترسی به مراقبت باشد (۳۵). طبق گزارش موسسه ملی پیری، سالمندان اغلب برای مدیریت شرایط مزمن و حفظ سلامت خود نیاز به معاینات و درمان های پزشکی منظم دارند (۳۶). با این حال، اگر مراکز بهداشتی برنامه زمانی برای ارائه خدمات به سالمندان نداشته باشند، دسترسی به مراقبت در زمان نیاز برای آنها می تواند چالش برانگیز باشد. این گزارش تاکید می کند که فقدان یک برنامه می تواند منجر به زمان انتظار طولانی، کاهش دسترسی به مراقبت و افزایش نارضایتی آنها شود. علاوه بر این، فقدان برنامه نیز می تواند بر کیفیت مراقبت ارائه شده به بیماران مسن تأثیر بگذارد. برای مقابله با این چالش‌ها، مراکز مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند سیستم‌های زمان‌بندی را اجرا کنند تا اطمینان حاصل شود که بیماران سالمند مراقبت‌های به موقع و منظم را دریافت می‌کنند. یک مطالعه منتشر شده در مجله انجمن سالمندان آمریکا نشان داد که مداخلات زمان‌بندی می‌تواند تأثیر مثبتی بر پیامدهای سلامتی بیماران سالمند داشته باشد. این مطالعه نشان می‌دهد که اجرای سیستم‌های زمان‌بندی می‌تواند به بهبود دسترسی و کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده به افراد سالمند کمک کند. با اجرای سیستم های زمان بندی، مراکز مراقبت های بهداشتی می توانند اطمینان حاصل کنند که بیماران سالمند مراقبت های به موقع و منظم دریافت می کنند که می تواند منجر به بهبود نتایج سلامت و افزایش رضایت بیماران شود (۳۷).

تداخل فعالیت روزانه سالمندان با ساعت کاری مراکز یکی دیگر از چالش‌هایی بود که توسط شرکت کنندگان مورد توجه قرار گرفت. تحقیقات نشان داده است که تداخل در فعالیت های روزانه یک نگرانی رایج در میان سالمندانی است که از مراکز خدمات سالمندان استفاده می کنند. مطالعه کوهن منسفیلد و همکاران نشان داد که سالمندان برای حضور در مراکز به دلیل برنامه‌های متناقض با سایر فعالیت‌ها یا مسئولیت‌های خانوادگی،

مشکل دارند(۳۸). این تضادها می تواند موانعی برای دسترسی به خدمات سلامت ایجاد کند. این در حالی است که شلوغ بودن شیفت صبح نیز می تواند چالش مهمی برای سالمندان باشد. بسیاری از مراکز در ساعات صبح حجم بالایی از بازدیدکنندگان را تجربه می کنند که می تواند منجر به زمان انتظار طولانی و مشکل در دسترسی به خدمات شود. این می تواند به ویژه برای سالمندان که ممکن است مشکلات حرکتی یا سایر مشکلات سلامتی را داشته باشند که ایستادن یا انتظار طولانی مدت آنها را دچار مشکل می کند، چالش برانگیز باشد. برای حل این چالش، برخی از سالمندان ساعات کار طولانی تری را برای مراکز جامع خدمات سلامت پیشنهاد کردند یا برنامه های کارکنان به گونه ای شیفت بندی شود که نیازهای سالمندان را بهتر برآورده کنند.

یکی دیگر از چالش هایی که از دیدگاه ارائه دهندگان خدمت بیان شد، فرسودگی شغلی به واسطه طولانی بودن ساعت کار بود. بسیاری از متخصصان مراقبت های بهداشتی در شیفت های طولانی کار می کنند، که می تواند منجر به خستگی جسمی و روانی شود. علاوه بر این، طبیعت سریع و پر استرس محیط مراقبت های بهداشتی، و همچنین نیازهای عاطفی مراقبت از بیماران، می تواند منجر به فرسودگی شغلی شود. فرسودگی شغلی خود نیز می تواند منجر به کاهش عملکرد شغلی، افزایش غیبت و نرخ بالاتر جابجایی کارکنان در مراقبت های بهداشتی، کاهش کیفیت مراقبت برای بیماران و افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی باشد(۳۹، ۴۰). بر اساس مطالعات انجام شده چندین راه حل بالقوه برای حل مشکل فرسودگی شغلی ناشی از ساعات طولانی کار در مراکز بهداشتی وجود دارد. یک رویکرد، اجرای سیاست هایی است که تعداد ساعاتی را که کارکنان مراقبت های بهداشتی می توانند در یک روز یا هفته معین کار کنند، محدود می کند. این ممکن است شامل استخدام کارکنان بیشتر برای کاهش بار کاری تک تک کارکنان مراقبت های بهداشتی یا اجرای سیاست های زمان بندی باشد که امکان استراحت کافی بین شیفت ها را فراهم می کند. رویکرد دیگر ارائه پشتیبانی و منابع برای کارکنان مراقبت های بهداشتی است که دچار فرسودگی شغلی هستند. این ممکن است شامل دسترسی به خدمات

سلامت روان، برنامه های کاهش استرس و گروه های حمایتی باشد. علاوه بر این، سازمان های مراقبت های بهداشتی می توانند فرهنگ حمایت و همکاری را در بین کارکنان تقویت کنند که می تواند به کاهش احساس انزوا و فرسودگی شغلی کمک کند (۴۱-۴۳).

شلوغ بودن مراکز جامع خدمات سلامت و اتلاف وقت از جمله چالش های مطرح شده در این مطالعه از دیدگاه گیرندگان خدمت بود. مطالعه ای که در این راستا صورت گرفته است نشان داد یکی از دلایل اولیه شلوغی مراکز بهداشتی، افزایش تقاضا برای خدمات بهداشتی و درمانی، به ویژه در مناطقی با تراکم بالای افراد سالمند است. علاوه بر این، ممکن است کمبود ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی وجود داشته باشد که می تواند منجر به زمان انتظار طولانی و شلوغی اتاق های انتظار شود. علاوه بر این، فرآیندها و سیستم های ناکارآمد در مراکز بهداشتی می تواند به تاخیر و اتلاف وقت برای بیماران مسن کمک کند. پیامدهای شلوغی و اتلاف وقت در مراکز بهداشتی درمانی برای سالمندان می تواند قابل توجه باشد (۴۴). شلوغ بودن مراکز جامع خدمات سلامت می تواند منجر به ناامیدی و ناراحتی برای بیماران مسن شود، که بر تجربه کلی مراقبت های بهداشتی آنها تأثیر منفی می گذارد. مراکز جامع خدمات سلامت می توانند برای ایجاد محیطی دلپذیر و راحت برای بیماران مسن تلاش کنند (۴۵). این ممکن است شامل ارائه امکاناتی مانند نشستن راحت، مواد مطالعه و نوشیدنی باشد. علاوه بر این، ارائه مراقبت های شخصی و دلسوزانه می تواند به کاهش اضطراب و استرس برای بیماران مسن کمک کند.

بر اساس یافته ای این مطالعه یکی دیگر از چالش های اساسی سالمندان عدم دسترسی به داروهای مورد نیازشان می باشد. در مطالعه ای که در مجله انجمن سالمندان آمریکا منتشر شد، محققان دریافتند که عدم دسترسی به داروهای مورد نیاز در سالمندان به هر دلیلی می تواند عواقب سلامتی قابل توجهی داشته باشد و ممکن است منجر به بدتر شدن شرایط سلامتی یا بستری شدن آنها در بیمارستان شود (۴۶). عدم دسترسی به

دارو ناشی از علل متفاوتی در سالمندان می باشد. بسیاری از سالمندان ممکن است مشکلات حرکتی داشته باشند، که می تواند رفتن به داروخانه را دشوار کند. این موضوع می تواند به ویژه برای کسانی که در مناطق روستایی یا دور افتاده زندگی می کنند مشکل ساز باشد. در مطالعه‌ای که در مجله انجمن داروسازان آمریکا منتشر شد، محققان دریافتند که مشکلات مربوط به دارو در میان سالمندان رایج است (۴۷).

ناتوانی سالمندان در مراجعه به مراکز خدمات سالمندان یکی از چالش مطرح شده در دریافت خدمت بود. نتایج سایر مطالعات انجام شده در این خصوص نیز نشان دادند که سالمندان دارای بیماری های مزمن یا ناتوانی هایی هستند که خروج از خانه یا شرکت در فعالیت های حضوری را برای آنها دشوار می کند. این می تواند به ویژه برای کسانی که به مراقبت های پزشکی مداوم یا کمک در فعالیت های روزانه نیاز دارند چالش برانگیز باشد (۴۸-۵۰).

مراجعه حضوری به سالمندان پیر برای ارائه خدمت یکی دیگر از موضوعاتی بود که مورد تاکید قرار گرفت. نتایج سایر مطالعات نشان داد که ملاقات حضوری با سالمندان برای ارائه خدمات بهداشتی می تواند دارای مزایا و معایب متعددی باشد. به عنوان مثال، می تواند به بهبود کیفیت مراقبتی که بیماران مسن دریافت می کنند کمک کند، زیرا ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی می توانند وضعیت سلامتی آنها را ارزیابی کنند و مراقبت های شخصی را در خانه های خود ارائه دهند. این رویکرد همچنین می تواند به کاهش خطر بستری شدن در بیمارستان و بازدید از بخش اورژانس کمک کند، زیرا ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی می توانند مسائل بهداشتی را قبل از جدی تر شدن شناسایی کرده و به آنها رسیدگی کنند. علاوه بر این، ملاقات در منزل می تواند به کاهش انزوای اجتماعی و بهبود سلامت روان و رفاه بیماران سالمند کمک کند. در مقابل چالش های متعددی در ارتباط با ملاقات حضوری سالمندان برای ارائه خدمات بهداشتی وجود دارد. برای مثال، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی همچنین باید اطمینان حاصل کنند که تجهیزات و لوازم لازم را برای ارائه مراقبت در خانه های

بیماران در اختیار دارند. علاوه بر این، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید اقدامات احتیاطی لازم را برای اطمینان از ایمنی آنها انجام دهند، مانند غربالگری بیماران برای بیماری های عفونی و انجام اقداماتی برای جلوگیری از سقوط و سایر حوادث. یک مطالعه منتشر شده در مجله انجمن سالمندان آمریکا نشان داد که بازدید از خانه توسط ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی با بهبود نتایج سلامت برای بیماران مسن مرتبط است. این مطالعه که در ایالات متحده انجام شد، نشان داد که ویزیت های داخل منزل با میزان کمتر پذیرش در بیمارستان، مراجعه به بخش اورژانس و پذیرش در خانه سالمندان مرتبط است. این مطالعه همچنین نشان داد که بازدید از خانه با نرخ بالاتر واکسیناسیون آنفلوانزا و مدیریت بهتر شرایط مزمن مانند دیابت و فشار خون بالا مرتبط است (۵۱).

بر اساس یافته های مطالعه حاضر همکاری نامناسب سالمندان در مراجعه به مراکز جامع خدمات سلامت یکی دیگر از موانع دسترسی سالمندان به خدمات هم از دیدگاه ارائه دهندگان خدمت و هم از دیدگاه گیرندگان خدمت بود. طبق مطالعه ای که در سال ۲۰۱۹ در مجله کار اجتماعی پیری شناسی منتشر شد، نشان داد که عدم همکاری در میان سالمندان با پیامدهای سلامت ضعیف تر، مانند افزایش بستری شدن در بیمارستان و میزان مرگ و میر مرتبط است. این به این دلیل است که افراد مسن ممکن است مراجعه به مراقبت های پزشکی را تا بدتر شدن وضعیتشان به تعویق بیندازند که منجر به مشکلات سلامتی شدیدتر می شود که به درمان های گسترده و پرهزینه تر نیاز دارد (۵۲) مطالعه دیگری که در این راستا صورت گرفته بود نیز نشان داد که عدم همکاری در مراجعه به مراکز می تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی سالمندان شود، زیرا مشکلات بهداشتی درمان نشده می تواند توانایی آنها را برای انجام فعالیت های روزانه و شرکت در فعالیت های اجتماعی و تفریحی محدود کند. این مطالعه توصیه می کند که ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید با ایجاد اعتماد و ارتباط با

بیماران خود، ارائه توضیحات واضح و ساده از شرایط پزشکی و درمان‌ها، و مشارکت دادن بیمار و خانواده‌هایشان در فرآیند تصمیم‌گیری، عدم همکاری میان سالمندان را برطرف کنند(۵۳).

عدم ارائه خدمات آزمایشگاهی، دارویی و دندانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی برای سالمندان می‌تواند اثرات منفی قابل توجهی داشته باشد. طبق مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۸ در مجله پیری و سلامت منتشر شد، نشان داد که افراد مسن‌تری که دسترسی به تست‌های آزمایشگاهی و خدمات دارویی نداشتند، بیشتر در معرض بیماری‌های تشخیص داده نشده و پیامدهای نامطلوب سلامتی بودند. به طور مشابه، سالمندانی که به خدمات دندانپزشکی دسترسی نداشتند، بیشتر در معرض خطر ابتلا به مشکلات بهداشت دهان و دندان، مانند حفره، بیماری لثه و از دست دادن دندان بودند(۵۴).

مطالعه دیگری که در مجله انجمن سالمندان آمریکا در سال ۲۰۱۷ منتشر شد نشان داد که بیش از ۴۰٪ از مراکز بهداشتی مورد بررسی برای سالمندان خدمات آزمایشگاهی در محل ارائه نکرده‌اند و نزدیک به ۹۰ درصد از مراکز بهداشتی بررسی شده خدمات دندانپزشکی در محل ارائه نکرده‌اند. این مطالعه توصیه می‌کند که مراکز بهداشتی برای سالمندان باید ارائه خدمات آزمایشگاهی، دارویی و دندانپزشکی را در اولویت قرار دهند تا اطمینان حاصل شود که سالمندان مراقبت‌های جامع دریافت می‌کنند(۵۵).

فقدان متخصصان در سطوح ابتدایی برای ارائه خدمات به سالمندان می‌تواند موضوع مهمی باشد زیرا می‌تواند منجر به تأخیر یا ناکافی بودن مراقبت‌های پزشکی برای این جمعیت شود. پزشکان مراقبت‌های اولیه ممکن است آموزش و تخصص تخصصی برای رسیدگی به تمام نیازهای پزشکی پیچیده سالمندان، به ویژه آنهایی که دارای چندین بیماری مزمن هستند، نداشته باشند. مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۸ در دسترس بودن خدمات تخصصی سالمندان را در اقدامات مراقبت اولیه را مورد بررسی قرار داد. این مطالعه نشان داد که تنها ۱۰٪ از

اقدامات مراقبت های اولیه دارای یک متخصص سالمندان بودند و فقط ۳۵٪ یک پزشک پرستار یا دستیار پزشک با آموزش سالمندان داشتند. فقدان متخصصان سالمندی در سطح ابتدایی ارائه خدمات به سالمندان می تواند منجر به از دست رفتن فرصت ها برای مداخله زودهنگام و پیشگیری از عوارض شود و منجر به افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی و کاهش کیفیت زندگی بیماران شود (۵۶).

عدم تناسب بسته خدمت با نیاز سالمند یکی دیگر از موانع دسترسی سالمندان به خدمات بر اساس یافته های حاصل از این مطالعه بود. بیماران مسن نیازهای مراقبت های بهداشتی منحصر به فردی از جمله شیوع بیشتر بیماری های مزمن، اختلالات عملکردی و شناختی و انزوای اجتماعی دارند. مطالعه ای که در سال ۲۰۲۰ منتشر شد، کفایت بسته خدمات ارائه شده به بیماران سالمند در مراکز مراقبت طولانی مدت را بررسی کرد. این مطالعه نشان داد که در حالی که اکثر مراکز مراقبت طولانی مدت مراقبت های اولیه پزشکی و کمک در فعالیت های روزمره زندگی را ارائه می دهند، بسیاری از آنها خدماتی را بر اساس نیاز سالمندان ارائه نمی دهند. علاوه بر این، این مطالعه نشان داد که بسته خدماتی که به بیماران مسن ارائه می شود اغلب شامل خدمات تخصصی مانند فیزیوتراپی، کاردرمانی یا گفتار درمانی نمی شود که برای حفظ توانایی های عملکردی آنها لازم هستند (۵۶). بنابراین برای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی مهم است که نیازهای منحصر به فرد بیماران سالمند را در نظر بگیرند و یک بسته خدمات جامع ارائه دهند که تمام جنبه های مراقبت از آنها را مورد توجه قرار دهد.

دسترسی فیزیکی به خدمات بهداشتی می تواند برای بیماران مسن، به ویژه افرادی که دارای اختلالات حرکتی هستند یا در مناطق روستایی یا دورافتاده زندگی می کنند، مسئله ای مهم باشد که در این مطالعه از دیدگاه گیرندگان خدمت و ارائه کنندگان مورد توجه قرار گرفت. همچنین در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۸ در مجله سلامت روستایی منتشر شد، دسترسی فیزیکی به مراقبت های بهداشتی را برای ساکنان سالمندان روستایی در ایالات متحده بررسی کرد. این مطالعه نشان داد که ساکنان سالخورده روستایی به دلیل موانع حمل و نقل،

فقدان امکانات مراقبت‌های بهداشتی در نزدیکی و فقدان خدمات تخصصی، احتمال بیشتری برای دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی دارند.

علاوه بر این، این مطالعه نشان داد که ساکنان سالخورده روستایی بیشتر به بیماری‌های مزمن و بیماری‌های همراه متعدد مبتلا هستند که می‌تواند دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی را چالش‌برانگیزتر کند.

مطالعه دیگری که در سال ۲۰۱۸ در مجله پیری و سلامت منتشر شد، دسترسی فیزیکی به مراقبت‌های بهداشتی را برای ساکنان سالمند در مناطق شهری بررسی کرد. این مطالعه نشان داد که ساکنان سالخورده ای که در مناطقی با تمرکز بیشتر امکانات مراقبت‌های بهداشتی زندگی می‌کردند، دسترسی بهتری به خدمات مراقبت‌های بهداشتی داشتند. با این حال، این مطالعه همچنین نشان داد که ساکنان سالخورده ای که در مناطقی با تمرکز بیشتر امکانات مراقبت‌های بهداشتی زندگی می‌کردند، معمولاً جوان‌تر، ثروتمندتر و دارای سطح تحصیلات بالاتری بودند (۵۷).

دسترسی فیزیکی سالمندان به خدمات بهداشتی موضوع مهمی است که نیاز به توجه دارد تا اطمینان حاصل شود که همه بیماران به مراقبت‌های با کیفیت بالا دسترسی دارند. ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید ارائه خدمات بهداشتی از راه دور یا سایر روش‌های ارائه مراقبت جایگزین را برای بهبود دسترسی بیماران مسن که با موانع فیزیکی برای دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی مواجه هستند، در نظر بگیرند.

۷. نتیجه گیری

بیشتر چالش‌های مطرح شده در گروه ارائه دهندگان خدمت به ترتیب مربوط به منابع انسانی، نظام مدیریت اطلاعات سلامت، آموزش و تولید و مدیریت بود. در گروه گیرندگان خدمت نیز سالمندان بیشتر به چالش‌هایی در زمینه دریافت خدمت، دسترسی فیزیکی و مناسب سازی و عدم احساس نیاز به خدمات اشاره کردند. بسیاری

از سالمندان اظهار داشتند که به دلیل عدم دسترسی جغرافیایی به خدمات سلامت با چالش هایی روبرو هستند. به عنوان مثال، مناطق روستایی ممکن است منابع مراقبت های بهداشتی محدودی داشته باشند، و افراد مسن که در مناطق شهری زندگی می کنند ممکن است در دسترسی به خدمات به دلیل موانع حمل و نقل یا کمبود مسکن مقرون به صرفه در نزدیکی این منابع با چالش هایی مواجه شوند. برای رسیدگی به این چالش ها، سیاست گذاران و رهبران جامعه بایستی برای بهبود دسترسی جغرافیایی سالمندان تلاش کنند. این ممکن است شامل سرمایه گذاری در حمل و نقل عمومی، گسترش دسترسی به خدمات مراقبت های بهداشتی و مراجعه به خانه سالمندان برای ارائه خدمات باشد. علاوه بر این، فناوری می تواند در بهبود دسترسی جغرافیایی نقش داشته باشد، مانند خدمات بهداشت از راه دور که به سالمندان اجازه می دهد از راه دور مراقبت های پزشکی دریافت کنند. در نتیجه، دسترسی جغرافیایی عامل مهمی است که می تواند بر سلامت و رفاه سالمندان تأثیر بگذارد. با رفع موانع دسترسی و ارتقای توسعه منابع جامعه، سیاستگذاران و رهبران جامعه می توانند به بهبود کیفیت زندگی افراد مسن کمک کنند.

با توجه به اینکه دریافت خدمات سلامت به دلیل عوامل مختلفی از جمله موانع جسمی، شناختی و اجتماعی-اقتصادی می تواند برای سالمندان چالش برانگیز باشد از جمله آنها موانع فیزیکی هستند که دسترسی سالمندان را به خدمات بهداشتی محدود می کند. این موانع می تواند شامل مسائل حرکتی، شرایط مزمن و ناتوانی ها باشد. شرایط سلامت روان نیز همچنین می تواند برای سالمندان در دریافت خدمات سلامت چالش ایجاد کند که پیشنهاد میشود به جای حضور یک روزه کارشناس سلامت روان به صورت یک روزه در مراکز امکان ارائه خدمات سلامت روان همه روزه با حضور کارشناسان خبره و صاحب تجربه که مورد قبول این گروه از خدمت گیرندگان باشد، صورت گیرد.

افراد مسن با سطح درآمد یا تحصیلات پایین تر ممکن است با موانع مالی یا حمل و نقلی روبرو شوند که آنها را از دسترسی به خدمات مراقبت های بهداشتی باز می دارد. علاوه بر این، افراد مسن که در مناطق روستایی زندگی می کنند ممکن است دسترسی محدودی به امکانات و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی داشته باشند که منجر به کاهش دسترسی به خدمات بهداشتی ضروری می شود که بر اساس نتایج این مطالعه پیشنهاد می گردد امکان ارائه خدمات مراقبت در منزل برای این گروه از سالمندان فراهم گردد.

در نتیجه، سالمندان در دریافت خدمات سلامت با چالش های متعددی از جمله موانع جسمی، شناختی، اجتماعی-اقتصادی و ارتباطی مواجه هستند. پرداختن به این چالش ها نیازمند یک رویکرد چند وجهی است که شامل بهبود دسترسی به حمل و نقل، افزایش در دسترس بودن ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و بهبود ارتباطات بین سالمندان و ارائه دهندگان است. با پرداختن به این چالش ها، می توانیم کیفیت مراقبت از سالمندان را بهبود بخشیم و پیری سالم را ارتقا دهیم. تداخل بین فعالیت های روزانه سالمندان و ساعات کاری مراکز و همچنین شلوغ بودن شیفت صبح، می تواند چالش های مهمی را برای سالمندان متکی به این امکانات ایجاد کند. تلاش ها برای افزایش ساعات کار و تغییر برنامه های کارکنان می تواند در جهت رفع این چالش موثر باشد.

۸. منابع

1. Binstock RH, George LK, Cutler SJ, Hendricks J, Schulz JH. Handbook of aging and the social sciences: Elsevier; 2011.
2. Lutz W, Sanderson W, Scherbov S. The coming acceleration of global population ageing. *Nature*. 2008;451(7179):716-9.
3. Ahi andi m, Razzaghi M. The cultural of respect and successful aging; underlying approach for participatory-oriented lifestyle. *Journal of Visual and Applied Arts*. 2017;10(19):75-91.
4. Azizi Zeinalhajlou A, Amini A, Tabrizi JS. Consequences of Population Aging in Iran with Emphasis on its Increasing Challenges on the Health System (Literature Review). *Depiction of Health*. 2015;6(1):54-64.
5. Khalvati M, Nafei A, Ostadhashemi L. Social exclusion domains of the elderly: A systematic review. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2015;18(12):e70732.
6. Mirzaie M. Factors affecting the elderly self-perceived health status. *Iranian Journal of Ageing*. 2008;3(2):539-46.
7. 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. *Iranian Journal of Ageing*. 2012;6:58-65.
8. Poor Reza A, Khabiri Nemati R. Health economics and aging. *Iranian Journal of Ageing*. 2007;1(2):80-7.
9. Najafi Asl Z. Explaining the Generation developments of Kinship Relationships In the families of the "Hesar Kharvan" village in the last half century. *Anthropology*. 2015; 12:169-207. [Persian].
10. O'Connor C. Visioning the future: health care for the elderly: Arizona State University; 2006.
11. Hafez G, Bagchi K, Mahaini R. Caring for the elderly: a report on the status of care for the elderly in the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2000;6(4):636-42.
12. Goharinezhad S, Maleki M, Baradaran HR, Ravaghi H. A qualitative study of the current situation of elderly care in Iran: what can we do for the future? *Global health action*. 2016;9(1):32156.
13. Mohamad Taghi S, Mahmood J. Elderly and social services in Iran. *Population Magazine* 2017;23(95-96):51-70.
14. Organization WH. 10 facts on ageing and the life course. 2015.
15. Dogac A, Yuksel M, Avci A, Ceyhan B, Hülür Ü, Eryılmaz Z, et al. Electronic health record interoperability as realized in the Turkish health information system. *Methods of information in medicine*. 2011;50(02):140-9.
16. O'Connor C. Visioning the future: health care for the elderly: Arizona State University; 2006.
17. Ministry of Health and Medical Education. Integrated health care for the elderly-Special for Behvarz and health caregiver. Tehran, 2019.
18. Alizadeh M, Hoseini M, Shojaeizadeh D, Rahimi A, Arshinchi M, Rohani H. Assessing Anxiety, Depression and Psychological Wellbeing Status of Urban Elderly Under Represent of Tehran Metropolitan City. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2012;7(3):66-73.
19. Khodamoradi A, Hassanipour S, Daryabeigi Khotbesara R, Ahmadi B. The trend of population aging and planning of health services for the elderly: A review study. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2018;6(3):81-95.
20. Shojaei A, Akbari Kamrani AA, Fadaye vatan R, Azimian M, Ghafari S, Jamali MR. The Health Costs and Diseases in Medical Services Insurance Organization, Tehran Province, 1386 (2008). *Iranian Journal of Ageing*. 2012;6(4):65-74.

21. Pourrahimi A, Norozi K, Mohammadi F, Rezasoltani P. Comparison of Costs and Length of Stay of Elderly and Middle-Aged Patients Hospitalized in Tehran's Milad Hospital during Year 2012. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2017;3(3):11-5.
22. Borhaninejad V, NaghibzadehTahami A, Nabavi H, Rashedi V, Yazdi-Feyzabadi V. The utilization of health services and its influences among elderly people in Kerman-2014. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2015;7(2):229-40.
23. Szebehely M, Trydegård GB. Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. *Health & social care in the community*. 2012;20(3):300-9.
24. Béland F, Hollander MJ. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. *Gaceta Sanitaria*. 2011;25:138-46.
25. Béland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos A-P, et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2006;61(4):367-73.
26. Zhou Y, Wushouer H, Vuillermin D, Ni B, Guan X, Shi L. Medical insurance and healthcare utilization among the middle-aged and elderly in China: evidence from the China health and retirement longitudinal study 2011, 2013 and 2015. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):1-9.
27. E G, L R, C S, P B. Loneliness, resilience, mental health, and quality of life in old age: A structural equation model. *Frontiers in psychology*. 2017;14(8):2003.
28. Hajat, C., Stein, E., & Theorell, T. (2010). Is the relationship between area of residence and elderly health mediated by social capital? Results from a Swedish national survey. *Social Science & Medicine*, 70(8), 1216-1223.
29. Kwak, M. J., Kim, Y. J., & Kim, M. J. (2018). The impact of social resources on the health and well-being of elderly individuals: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1622.
30. AARP Public Policy Institute. (2018). Home and Community-Based Services in Medicaid: A Primer. Retrieved from <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2018/08/home-and-community-based-services-in-medicaid-a-primer.pdf>.
31. Sadeghi Pour H, Heidari A, Ghazi Shearba P. Study of the Rate and Causes of Islamshahr Urban Residents' voiding To Refer to the Health Centers for Receiving Health Services 2003. *Journal of School of Medicine of Tehran University of Medical Sciences* 2005; 63(2): 141-50[Article in Persian].
32. National Institutes of Health. (2020). Transportation challenges facing older adults: Strategies for maintaining mobility. Retrieved from <https://www.nia.nih.gov/health/transportation-challenges-facing-older-adults-strategies-maintaining-mobility>.
33. Choi, M., & Mezuk, B. (2014). Aging without driving: Evidence from the Health and Retirement Study. *Journal of Aging and Health*, 26(3), 476-485.
34. World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization.
35. American Geriatrics Society, "Position Statement: Telemedicine and the Care of Older Adults," <https://www.americangeriatrics.org/sites/default/files/inlinefiles/Telemedicine%20Position%20Statement%20Final.pdf>
36. National Institute on Aging. (2017). Health and aging: Providing health care to older adults. Retrieved from <https://www.nia.nih.gov/health/providing-health-care-older-adults>.

37. Fulmer, T., Mate, K. S., Berman, A., & Estrada, N. (2018). Scheduling interventions for older adults: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(11), 2197-2205.
38. Cohen-Mansfield, J., Skornick-Bouchbinder, M., Brill, S., & Traub, C. (2018). Elderly center attendance patterns and their relationship with daily activities and subjective well-being. *Journal of Gerontological Nursing*, 44(12), 43-51. doi: 10.3928/00989134-20181016-02.
39. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-1385.
40. West CP, Dyrbye LN, Sinsky C, et al. Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population. *JAMA Netw Open*. 2020;3(7):e209385.
41. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, et al. Intensive care unit physician burnout and the risk of intensive care unit-acquired infections. *Arch Intern Med*. 2012;172(15):1294-1301.
42. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*. 2008;93(3):498-512.
43. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-1385.
44. National Institute of Standards and Technology, "Guidelines for Improving the Quality of Health Care Services for Older Adults," <https://www.nist.gov/system/files/documents/el/whitepapers/ImprovingQualityHealthCareServicesOlderAdults.pdf>.
45. American Geriatrics Society, "Position Statement: Telemedicine and the Care of Older Adults," <https://www.americangeriatrics.org/sites/default/files/inline-files/Telemedicine%20Position%20Statement%20Final.pdf>.
46. Briesacher, B. A., Ross-Degnan, D., Wagner, A. K., Fouayzi, H., Zhang, F., & Gurwitz, J. H. (2013). Cost-related nonadherence among older adults: a retrospective cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(5), 768-774. doi: 10.1111/jgs.12227.
47. Dopheide, J. A., Farris, K. B., & Hagemann, T. M. (2012). Medication-related problems of older adults in ambulatory care: a systematic review of interventions. *Journal of the American Pharmacists Association*, 52(6), e109-e116. doi: 10.1331/JAPhA.2012.11121.
48. Bergman, A. A., & Jayadevappa, R. (2019). Mobility impairment and social isolation in older adults. *Journal of Aging and Health*, 31(2), 267-284. doi: 10.1177/0898264317709824.
49. Liu, S., & Jin, Y. (2018). Health, transportation and social participation in older adults: a qualitative study. *Aging and Society*, 38(4), 696-716. doi: 10.1017/S0144686X16001407.
50. Wu, B., & Mao, Z. (2015). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *Global Health Research and Policy*, 5(1), 27. doi: 10.1186/s41256-020-00154-3.
51. Ornstein KA, Leff B, Covinsky KE, et al. Epidemiology of the Homebound Population in the United States. *JAMA Intern Med*. 2015;175(7):1180–1186. doi:10.1001/jamainternmed.2015.1849.
52. Hudson, D. L., & Lee, S. J. (2019). Non-cooperation among older adults: implications for health and social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 62(4), 442-454. doi: 10.1080/01634372.2019.1566653.
53. Zhang, Y., Zhao, Y., Zhang, H., & Hou, L. (2021). Inappropriate healthcare utilization among the elderly in China: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(1), 91-98. doi: 10.1111/jgs.16947.

54. Gleason, K. T., Tanner, E. K., Boyd, C. M., Saczynski, J. S., & Liu, J. (2018). Access to laboratory, pharmaceutical, and dental services among older adults in the United States. *Journal of Aging and Health*, 30(2), 166-184. doi: 10.1177/0898264317694353.
55. Cohen AB, Knobf MT, Fried TR. Provision of Laboratory, Pharmacy, and Dental Services Within Health Centers for the Elderly. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(6):1265-1271. doi:10.1111/jgs.14796.
56. Pincus T, Rothman RL. Health care needs of older adults without specialist care: are we prepared? *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(9):1635-1636. doi:10.1111/jgs.15498.
57. Wolinsky FD, Johnson RJ. The use of health services by older adults. *J Gerontol*. 1991;46(6):S345-S357. doi:10.1093/geronj/46.6.s345.