Challenges in the Elderly Care System in Iran: A Qualitative Study

Mohsen Shati[1], Amjad Mohamadi-Bolbanabad[2], Mehdi Zokaei[3], Seyran Mohamadi-Bolbanabad[4], Ebrahim Ghaderi[5], Ghobad Moradi[6], Hossein Safari[7], Reza Faday Vatan[8], Majid Rahimi[9], Salime Goharinezhad[10], Bakhtiar Piroozi[11]

1.Assistant Professor, Mental Health Research Center (MHRC), School of Behavioral Sciences and Mental Health, Tehran Institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000-0001-7738-2180

2. Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0001-5567-641X

3. MD, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0003-2948-4048

4. MSc, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-1203-8941

5.Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-2303-1657

6.Professor, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0003-2612-6528

7.Assistant Professor of Health Policy, Health Promotion Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000-0002-2472-2185

8.Associate Professor University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Aging Research Center, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000-0001-8458-5584

9.Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. ORCID ID: 0000-0002-2954-4971

10.Assistant Professor, Preventive Medicine and Public Health Research Center, Psychosocial Health Research Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000-0001-8565-3606

11.Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. (Corresponding Author). Tel: +98-9108161432, Email: bpiroozi@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-6973-5764

ABSTRACT

Background and Aim: A comprehensive understanding of the current state of geriatric care in Iran is necessary in order to strengthen and align it for responding to the current and future needs of the elderly in the country. The purpose of this study was to identify the challenges and barriers in the elderly care system in Iran.

Materials and Methods: This was a qualitative study. Forty semi-structured interviews were carried out with various participants involved in providing care to the elderly across the country in 2019. Participants were selected using maximum variation sampling. Using MAXQDA10 software, data were analyzed by the qualitative content analysis method based on six building blocks of health systems developed by the world health organization.

Results: Challenges and barriers in the elderly care system were categorized into six groups: service delivery, health workforce, health information system, access to essential medicine, financing, and governance/leadership. Also, some of the most important challenges of the elderly care system included: absence of a single organization with sufficient power as the steward for providing the elderly services, lack of integration of services for the elderly from primary care to specialized care; shortage or inadequate distribution of skilled manpower; lack of insurance coverage for home care services for the elderly; lack of registry system or database for the elderly; lack of or weakness in elderly-friendly activities in the service centers.

Conclusion: The current elderly care system in Iran faces many challenges in all six building blocks of the World Health Organization. Reforming and redesigning the elderly care system based on the findings of this study is necessary and urgent in order to meet the needs of the elderly in the country.

Keywords: Elderly, Challenge, Health service, Iran

Received: April 4, 2022 **Accepted:** Sep 14, 2022

How to cite the article: Mohsen Shati, Amjad Mohamadi-Bolbanabad, Mehdi Zokaei, Seyran Mohamadi-Bolbanabad, Ebrahim Ghaderi, Ghobad Moradi, Hossein Safari, Reza Faday Vatan, Majid Rahimi, Salime Goharinezhad, Bakhtiar Piroozi. Challenges in the Elderly Care System in Iran: A Qualitative Study.ŚJKU 2023;28(3):101-114.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/sjku.28.3.101]

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و هشت / مرداد و شهریور ۱۴۰۲/۱۱۴-۱۰۱

چالش‌های نظام مراقبت از سالمندان در ایران: یک مطالعه کیفی

محسن شتی[۱]، امجد محمدی بلبان آباد[۲]، مهدی ذکایی[۳]، سیران محمدی بلبان آباد[۴]، ابراهیم قادری[۵]، قباد مرادی[۶]، حسین صفری[۷]، رضا فدای وطن[۸]، مجید رحیمی[۹]، سلیمه گوهری نژاد[۱۰]، بختیار پیروزی[۱۱]

۱. استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. کد ارکید:-0000 0001-7738-2180

۲. استادیار، مرکز عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: 0000-0001-5567-641X

۳. پزشک، مرکز عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید:0000-0003-2948-4048

۴. کارشناس ارشد، مرکز عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید:-0000-0002-1203 8941

۵. دانشیار، مرکز عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید:0000-0002-2303-1657

۶. استاد، مرکز عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید:0000-0003-2612-6528

۷. استادیار، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. کد ایران:0000-0002-2472-2185

۸ دانشیار، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. کد ارکید:0000-0001-8458-5584

۹. استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. کد ارکید:0000-0002-2954-4971

۱۰. استادیار، مرکز تحقیقات طب پیشگیری و سلامت جمعیت، پژوهشکده آسیب‌های اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. کد ارکید: -0000-0001 8565-3606

۱۱. استادیار، مرکز عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسئول). پست الکترونیک:bpiroozi@gmail.com، تلفن: ۰۰۹۸۹۱۰۸۱۶۱۴۳۲، کد ارکید: 0000-0002-6973-5764

چکیده

زمینه و هدف: شناخت همه جانبه وضعیت فعلی مراقبت‌های سالمندی در ایران به منظور تقویت و همسو نمودن آن در راستای پاسخ به نیازهای فعلی و آتی سالمندان در کشور ضروری است. هدف این مطالعه شناسایی چالش‌ها و موانع سیستم مراقبت از سالمندان در ایران است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با رویکرد کیفی انجام شد. چهل مصاحبه نیمه ساختاریافته با ذینفعان مختلف ارائه مراقبت به سالمندان در سطح کشور در سال ۱۳۹۸ بود. مشارکت کنندگان با استفاده از نمونه‌گیری با حداکثر تنوع انتخاب شدند. برای تحلیل یافته‌ها از روش آنالیز محتوی کیفی هدایت شده بر اساس شش بلوک ساختاری سازمانی جهانی سلامت با کمک نرم‌افزار MAXQDA10 انجام شد.

یافته‌ها: چالش‌ها و موانع سیستم مراقبت از سالمندان در شش طبقه ارائه خدمت، نیروی انسانی سلامت، سیستم اطلاعات سلامت، دسترسی به داروهای اساسی، تأمین مالی و حاکمیت / رهبری دسته‌بندی شد. همچنین، برخی از مهم‌ترین چالش‌های سیستم مراقبت از سالمندان موارد زیر بودند: عدم وجود سازمانی واحد و با اختیارات کافی به عنوان متولی خدمات سالمندی، یکپارچه نبودن ارائه خدمات به سالمندان از مراقبت‌های اولیه تا مراقبت‌های تخصصی؛ کمبود/ توزیع نامناسب نیروی انسانی متخصص و حد واسط سالمندی؛ عدم پوشش بیمه‌ای خدمات مراقبت در منزل و خانه سالمندان؛ فقدان سیستم ریجستری یا بانک اطلاعاتی برای افراد سالمندان؛ فقدان / ضعف در فعالیت‌های دوستدار سالمند در مراکز ارائه خدمت.

نتیجه‌گیری: نظام فعلی مراقبت از سالمندان در ایران در هر شش بلوک ساختاری سازمان جهانی سلامت با چالش‌های متعددی مواجه است. اصلاح و بازطراحی نظام مراقبت سالمندی بر اساس یافته‌های این مطالعه جهت پاسخگویی به نیازهای سالمندان کشور امری ضروری و فوری است.

کلمات کلیدی: سالمندی، چالش، خدمت سلامت، ایران

وصول مقاله:۱۴۰۱/۱/۱۵ اصلاحیه نهایی:۱۴۰۱/۶/۲۳ پذیرش:۱۴۰۱/۶/۲۳

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/sjku.28.3.101]

مقدمه

موفقیت جامعه بشری در پیشرفت علوم پزشکی، بهبود سطح سلامت مردم و ارتقای سبک زندگی، جهان را در آستانه سالمندی قرار داده است(۱). بر اساس گزارش سازمان جهانی سلامت بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۵۰ نسبت جمعیت سالمندان جهان تقریباً دو برابر خواهد شد و از ۱۲٪ (۹۰۰ میلیون نفر) به ۲۲٪ (۲ میلیارد نفر) افزایش خواهد یافت (۲). این در حالی است که سرعت تغییرات جمعیتی در کشورهای درآمد کم و متوسط بیشتر است و پیش بینی‌ها نشان می دهند در سال ۲۰۵۰ حدود ۸۰٪ افراد سالمند جهان، در این کشورها زندگی می‌کنند (۳)؛ بنابراین اگرچه افزایش امید به زندگی یک دستاورد و آرمان ارزشمند برای نظام‌های سلامت است؛ اما لزوماً افراد سالمند، سالمندی سالم و فعالی را تجربه نمی‌کنند. شواهدی مبنی بر اینکه این افزایش عمر همواره همراه با سلامتی باشد بسیار کمیاب است (۲-۵). بدین ترتیب افزایش جمعیت سالمندان و افزایش بار ناشی از بیماری‌های مزمن در سال‌های آتی از بزرگترین چالش‌های نظام‌های سلامت در اغلب کشورهای جهان از جمله ایران خواهد بود. سالمندانی که از نظر اجتماعی- اقتصادی در شرایط نامطلوبی قرار دارند سهم بیشتری از بار بیماری‌های را متحمل می شوند و معمولاً چند نوع از ناتوانی و بیماری را به‌طور هم‌زمان با هم تجربه می‌کنند (۶-۸). این در حالی است که بیشتر مشکلات بهداشتی که سالمندان با آن مواجه هستند را می‌توان با مداخله به هنگام و مناسب پیشگیری کرده و یا بروز آن‌ها را به تأخیر انداخت (۹). علی‌رغم اهمیت این موضوع در کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران، تمرکز مراقبت‌های بهداشتی درمانی با نیازهای فعلی و آتی جامعه هم خوانی نداشته است و طی دهه‌های گذشته تمرکز اصلی نظام سلامت در ایران بر کودکان، مادران باردار و بیماری‌های عفونی بوده است و توجه چندانی به سالمندان نشده است (۱۰-۱۲).

بر اساس آمارهای موجود جمعیت سالمندان در ایران با سرعتی بیش از سرعت میانگین جهانی در حال افزایش است. سهم جمعیت سالمندان در ایران در سال‌های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵، ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ به ترتیب ۵,۴٪، ۶,۶٪، ۷,۳٪، ۸,۲٪ و ۹,۳٪ بوده است (۱۳). بر اساس پیش‌بینی‌های سازمان بین‌المللی کمک به سالمندان (Help Age) سهم جمعیت سالمندان در ایران در سال‌های ۲۰۳۰ و ۲۰۵۰ به ترتیب به ۱۴/۸٪ و ۲۹/۴٪ خواهد رسید (۱۴)؛ بنابراین روند افزاینده سهم جمعیت سالمند در سال‌های گذشته و پیش‌بینی‌های موجود در ایران نشان از ظهور پدیده سالخوردگی جمعیت با شتابی بیش از میانگین جهانی در آینده‌ای نزدیک دارد. این موضوع هشداری جدی برای سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت و اجتماعی کشور خواهد بود، چراکه نظام فعلی مراقبت از سالمندان در کشور پاسخگوی نیازهای فعلی و آتی سالمندان نیست و با چالش‌های متعددی مواجه است. به طوری که بر اساس مطالعه‌ای در غرب ایران نیازهای سلامت برآورده نشده در جمعیت سالمندان برای خدمات سرپایی (۴۶,۶٪) و بستری (۱۷٪) قابل توجه بوده است(۱۵). در مطالعه‌ای دیگر در شهر کرمان مقدار این شاخص بیش از ۳۰٪ گزارش شده است(۱۶). بر اساس دیگر مطالعات انجام شده وجود سازمان‌ها و دستگاه‌های موازی و ناهماهنگی آن‌ها، عدم توجه به زیر ساخت‌ها و پیش نیازها در تدوین سیاست ها، عدم به‌کارگیری شواهد مناسب در سیاست‌گذاری‌ها، ضعف همکاری و مشارکت بین بخشی، ضعف مشارکت ذینفعان در سیاست‌گذاری‌ها، کمبود نیروی انسانی متخصص، کمبود مراکز و تجهیزات مراقبت از سالمندان، منابع مالی محدود، فقدان نظام ارجاع مناسب و فقدان پرونده الکترونیک سلامت از جمله چالش‌های نظام مراقبت سالمندی در ایران است (۱۷-۱۹)؛ بنابراین با توجه به اینکه سالمند شدن جمعیت تأثیر چشم‌گیری بر نظام‌های سلامت، اجتماعی و رفاهی کشور خواهد داشت، ضروری است قبل از تبدیل

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/sjku.28.3.101]

پدیده سالمندی به یک مشکل لاینحل کشور با انجام مطالعاتی که به شناخت همه جانبه وضعیت فعلی و آتی مراقبت‌های سالمندی کمک کند، برای پاسخگویی به نیازهای سالمندان برنامه ریزی‌های مناسبی صورت پذیرد. بدین ترتیب هدف این مطالعه شناسایی چالش‌ها و موانع سیستم مراقبت از سالمندان در ایران در زمینه‌های تولیت، ارائه خدمات، نیروی انسانی، نظام اطلاعاتی، تأمین مالی و دسترسی به داروها و تجهیزات اساسی بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوی کیفی است (۲۰). روش تحلیل محتوی کیفی، روشی مناسب برای کسب نتایج معتبر و پایا از داده‌های متنی است. این روش باعث ایجاد دانش، ایده جدید و ارائه حقایق می‌شود(۲۱). Polit و Beck تحلیل محتوی کیفی را فرایند سازمان‌دهی و یکپارچه‌سازی داستان، نوشته‌ها و داده‌های کیفی می‌دانند به‌گونه‌ای که منجر به پیدایش درون مایه‌ها و مفاهیم می شود(۲۲). تعداد ۴۰ مصاحبه نیمه ساختاریافته با سیاست‌گذاران، مدیران، و کارشناسان سازمان‌ها و نهادهای ذینفع در ارائه خدمات سلامت به سالمندان در سطح کشور از اردیبهشت تا آذر ۱۳۹۸ انجام گرفته است. لیست تعداد مصاحبه‌های از هر کدام از سازمان‌های ذینفع در جدول (۱) آورده شده است (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌های فردی

وابستگی سازمانی مصاحبه شوندگان	مدیر	کارشناس	تعداد مصاحبه‌ها
دبیرخانه شورای سالمندی کشور	۲	–	۲
مراکز تحقیقات سلامت سالمندی	۲	–	۲
انجمن‌های سالمندی کشور	۲	–	۲
شهرداری‌ها	۲	۱	۳
اعضای هیئت‌علمی گروه‌های سالمند شناسی دانشگاه‌های کشور	۳*	–	۳
مرکز پژوهش‌های مجلس	۱	–	۱
سازمان تأمین اجتماعی	۲	–	۲
انجمن آلزایمر و دمانس ایران	۲	–	۲
سازمان بهزیستی	۲	۲	۴
کانون بازنشستگان کشوری	۱	۱	۲
مراکز خصوصی سالمندی	۲	–	۲
صندوق جمعیت سازمان ملل متحد	۱	–	۱
مؤسسات خیریه و غیردولتی (شامل کهریزک تهران و کرج)	۳	۱	۴
اداره سالمندی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱	۱	۲
گروه سلامت خانواده، جمعیت و مدارس معاونت بهداشتی در کل کشور	۴	۳	۷
کمیته امداد	۱	–	۱
تعداد کل مصاحبه‌ها	۳۱	۹	۴۰

* اعضای هیئت‌علمی دانشگاه

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/sjku.28.3.101]

روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و به‌صورت نمونه‌گیری با حداکثر تنوع بود به‌گونه‌ای که از همه ذینفعان مشارکت کننده وارد مطالعه شدند. حجم نمونه تا به اشباع رسیدن اطلاعات ادامه داشت که معیار آن عدم وجود کدهای جدید در چند مصاحبه متوالی بود. مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه به طول می انجامید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه‌ساختارمند بود. سؤالات مصاحبه به شرح زیر بود:

۱.نظام ارائه خدمات سلامت به سالمندان در کشور را چگونه می‌بینید؟ (آیا وضعیت فعلی مناسب است؟ اگر نیست چه جاهایی به نظرتان نیاز به ارتقا دارد؟ اگر مصاحبه‌شونده سؤال را کلی ارزیابی کردند می‌توان سؤالات را در سطح ۶ حوزه سازمان جهانی بهداشت شامل ارائه خدمت، تأمین مالی، نیروی انسانی، تولیت/رهبری، نظام اطلاعاتی و دسترسی به داروها ریزتر کرد).

۲.به نظر شما نظام ارائه خدمات سلامت به سالمندان با چه چالش‌هایی مواجه است؟ (اگر مصاحبه شونده یک یا چند چالش را ذکر کرد سؤالات تعقیبی زیر پرسیده شود: می‌توانید بیشتر این چالش رو باز کنید؟ آیا چالش‌ها همین‌ها بودند و موارد دیگری به ذهنتان نمی‌رسد؟ در خصوص چالش‌ها به تفکیک شش بلوک سازمان جهانی بهداشت شامل ارائه خدمت، تأمین مالی، نیروی انسانی، تولیت/رهبری، نظام اطلاعاتی و دسترسی به داروها سؤال شود).

مصاحبه‌ها با تعیین وقت قبلی و در دفاتر کار مشارکت‌کنندگان توسط دو نفر از نویسندگان (سیران محمدی بلبان آباد و امجد محمدی بلبان آباد) انجام گرفت. محتوی مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط می‌شد و هم‌زمان نت‌برداری توسط انجام می‌گرفت. بعد از پایان هر مصاحبه بلافاصله مصاحبه‌ها کلمه به کلمه در فایل Word ۲۰۱۳ پیاده سازی می‌شدند. بعد از کدگذاری و تحلیل هر مصاحبه، هماهنگی برای مصاحبه بعدی انجام می‌گرفت. مصاحبه‌ها با استفاده از روش آنالیز محتوی کیفی هدایت (Qualitative directed content analysis) و بر اساس چهارچوب مفهومی شش هسته اصلی نظام سلامت شامل ۱. ارائه خدمت، ۲. نیروی انسانی سلامت، ۳. سیستم اطلاعات سلامت، ۴. دسترسی به داروهای اساسی، ۵. تأمین مالی، ۶. و حاکمیت / رهبری(۲۳) و با کمک نرم‌افزار MAXQDA10 تحلیل شد. ابتدا متن مصاحبه‌ها یک دور کامل خوانده می‌شد و سپس کدگذاری باز انجام می‌گرفت، بعد از آن کدهای استخراجی در شش طبقه اصلی نظام سلامت قرار می‌گرفتند. برای افزایش صحت و سقم از روش هایی بررسی همکاران (peer review)، کنترل مشارکت کنندگان (member check)، نمونه گیری با حداکثر تنوع (maximum variation)، شرح دقیق مراحل پژوهش و تحلیل و استفاده از نقل قول‌های مشارکت کنندگان در سراسر یافته‌ها استفاده شد.

پروپوزال این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان به شماره IR.MUK.REC.1398.133 به تصویب رسیده است. انجام مصاحبه و محتوی مصاحبه‌ها با رضایت کامل شفاهی مشارکت کنندگان ضبط می شد و به مشارکت‌کنندگان این اطمینان داده شده که بعد از پیاده سازی مصاحبه‌ها فایل ضبط شده معدوم شود و در تدوین گزارش ها، استفاده نقل قول‌ها بدون نام و با استفاده از کدهای مشخص استفاده خواهد.

یافته‌ها

بر اساس دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان، چالش‌های نظام سلامت ایران در حوزه سالمندی در شش بلوک ساختاری سازمان جهانی بهداشت شامل حاکمیت/ رهبری، ارائه خدمت، نیروی انسانی سلامت، تأمین مالی، نظام اطلاعات سلامت، دسترسی به داروهای اساسی قرار داده شد (جدول ۲).

۱.حاکمیت / رهبری

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/sjku.28.3.101]

اغلب مشارکت‌کنندگان نظام *ارائه خدمت به سالمندان را به دلایلی مانند* تضاد و تناقض بین وزارت بهداشت و وزارت رفاه، موازی کاری در ارائه خدمات، نبود سازمان مشخص متولی سلامت سالمندان، غیر فعال بودن/ فعالیت کم شورای سلامت سالمندی و همکاری ضعیف بین بخشی بین ذینفعان اصلی سلامت سالمندی نامناسب ارزیابی می‌کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان در خصوص چالش‌های حاکمیت/ رهبری اظهار داشت:

«هنوز چالش بین سازمان بهزیستی، وزارت کشور، وزارت بهداشت و جاهای دیگر بر سر تصدی گری واقعی سالمندان وجود دارد. ما الان تعامل خوبی با بهزیستی نداریم. برنامه‌های کاری مشترکی رو با هم نداریم. سند ملی سالمندان، سند منزلت سالمندان و اسناد مختلفی تدوین شده این اسناد قبل از اینکه به فاز اجرایی و عملیاتی برسه و ضمانت اجرایی پیدا کنه به فراموشی سپرده شده است»(P.5).

برخی از مشارکت کنندگان اظهار داشتند تشکیل شورای ملی سالمندی برای به منظور برنامه ریزی و سیاست گذاری حوزه ارائه خدمت به سالمندان مناسب است؛ اما عقیده داشتند اگر به جای وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، در ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می‌گرفت می‌توانست کارکرد مناسبی تری داشته باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص بیان داشت:

«واقعاً شاید شورای ملی سالمندان جای خوبی است؛ ولی شورای ملی سالمندی در ۷ تا ۱۰ سال گذشته فقط یک جلسه گذاشته است. مکان مناسبی است به شرطی که از زیر نظر وزارت رفاه به وزارت بهداشت محول شود. کار کارشناسی وزارت بهداشت قوی‌تر است. عملاً وزارت رفاه امکان ارائه خدمات رسانی نداره. بهزیستی یک سازمان کوچکی است که نه حوصله کارشناسیش خیلی قویه نه حوصله ارائه خدمتش نسبت به وزارت بهداشت. وزارت بهداشت تو این کار یه جورایی دسته دوم قرار گرفته.»(P.11).

جدول ۲. طبقات و زیر طبقات چالش‌ها و نقاط ضعف نظام سلامت ایران در حوزه سالمندی

۱- حاکمیت / رهبری

- عدم وجود سازمان واحد و با اختیارات کافی به عنوان متولی خدمات سالمندی
- عدم تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های سالمندی با مشارکت همه ذینفعان برنامه
- عدم وجود/ ضعف سیستم‌های پایش و نظارت برنامه‌ها و سیاست‌های ابلاغی به سازمان‌های ذینفع برنامه سالمندی
- عدم وجود تولیت واحد در ارائه خدمات و سیاست‌گذاری سلامت سالمندان
- غیر فعال بودن/ فعالیت کم شورای سلامت سالمندی
- وجود دستگاه‌ها موازی و غیر حرفه‌ای
- ضعف در همکاری بین بخشی بین ذینفعان اصلی
- فقدان جهت گیری راهبردی در برنامه‌های سلامت سالمندی

۲- ارائه خدمت

مراقبت‌های سطح اول

- عدم اجرای برنامه واکسیناسیون برای سالمندان حداقل برای برخی بیماری‌های شایع از جمله بیماری آنفولانزا
- یکپارچه نبودن ارائه خدمات به سالمندان از مراقبت‌های اولیه تا مراقبت‌های تخصصی/ اولویت دادن به سالمندان ارجاع داده شده از مراکز سطح اول مراقبت در کلینیک‌ها و مراکز سطوح بالاتر
- سواد سلامت/رفتار خود مراقبتی ضعیف اغلب سالمندان
- فقدان فضاهای شهری دوستدار سالمند و افراد دارای معلولیت
- عدم توجه به برنامه‌های چک آپ سالانه برای سالمندان

مراقبت‌های درمانی

- عدم وجود پروتکل کشوری ارزیابی جامع سالمندی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/sjku.28.3.101]

فقدان/ کمبود کلینیک‌ها مراکز تخصصی بهداشتی و درمانی سالمندی

کیفیت پایین/مناسب نبودن فضاهای بهداشتی درمانی برای سالمندان

- عدم وجود/ کمبود بخش‌های سالمندی در بیمارستان‌ها
- عدم وجود/ پایین بودن مراقبت در منزل برای سالمندان توانخواه
- تمرکز امکانات در کلان‌شهرها

مراقبت‌های توانبخشی و بازتوانی

- ادغام نبودن خدمات توانبخشی در نظام مراقبت کشور
- فقدان/ ضعف سیستم پیگیری بعد از ترخیص برای ارائه خدمات توانبخشی به سالمندان
- فقدان / کمبود مراکزی برای بیماری‌های خاص سالمندی (مثل آلزایمر) برای تشخیص، درمان و توانبخشی آن‌ها
- فقدان مراقبت‌های تسکین دهنده و مراقبت‌های پایان
- عدم وجود ارتباط بین سطوح مختلف پیشگیری تا توانبخشی، فقدان مراقبت‌های تسکین دهنده و مراقبت‌های پایان عمر

۳- نیروی انسانی سلامت

- کمبود/ توزیع نامناسب نیروی انسانی متخصص و حد واسط سالمندی
- کمبود پزشکان، پرستاران و سایر نیروهای ارائه دهنده خدمات تخصصی برای سالمندان مانند پزشکان متخصص سالمندی، پرستار سالمندی
- فقدان/ضعف دانش و مهارت نیروی انسانی از جمله مراقبین سالمندان (Caregivers) در مراکز مختلف نگهداری سالمندان از جمله مراکز شبانه‌روزی، مراکز روزانه، مراکز توانبخشی و مراکز ارائه دهنده مراقبت در منزل
- توجه ناکافی به سالمندی در کوریکولوم‌های آموزشی تربیت نیروی انسانی (پزشک، پرستار، پیراپزشک)
- وجود دیدگاه پیر انگاری در درمان سالمندان

۴- تأمین مالی

- عدم پوشش بیمه‌ای خدمات مراقبت در منزل و خانه سالمندان برای سالمندان و یا عدم وجود بیمه‌های مختص سالمندان
- پایین بودن سهم ارائه خدمت سالمندی از بودجه عمومی کشور و متناسب نبودن آن با افزایش جمعیت سالمندان و بار بیماری‌های مرتبط با آن
- حمایت مالی ناکافی دولت از سالمندان
- کمبود/فقدان سیستم‌ها و انجمن‌های حمایتی از سالمندان
- کم بودن عمق پوشش هزینه‌ها توسط بیمه‌های پایه برای برخی خدمات و بالا بودن سهم پرداخت از جیب مصرف کننده
- مشارکت کم خیرین در ارائه خدمات به سالمندان
- ضعف مالی جمعیت زیادی از سالمندان به دلیل بیکاری و عدم دریافت حقوق بازنشستگی و مستمری

۵- نظام اطلاعات سلامت

- فقدان سیستم ریجستری یا بانک اطلاعاتی برای افراد سالمندان
- عدم وجود/ ضعف پرونده الکترونیک به منظور دسترسی به تاریخچه بیماری‌های آن‌ها
- فقدان/ کمبود پیمایش‌های دوره‌ای برای ارزیابی نیازها و شاخص‌های بهداشتی درمانی مرتبط با سالمندان

۶- دسترسی به داروهای اساسی

- فقدان / ضعف در فعالیت‌های دوستدار سالمند در داروخانه‌ها از جمله تأمین همه نیازهای دارویی سالمندان، دادن مشاوره‌های دارویی، استفاده از برچسب‌های استاندارد دارویی و ...
- امکان وجود تداخلات دارویی به دلیل مراجعه به متخصصین مختلف و نداشتن پرونده الکترونیک
- فراهم نبودن / حذف مکمل‌های دارویی ذکر شده در پروتکل‌های وزارت بهداشت در مراکز جامعه سلامت
- عدم دسترسی سالمندان بی بضاعت و تحت پوشش نهادهای حمایتی به داروها و مکمل‌های اساسی
- عدم تبعیت از درمان دارویی/عدم تکمیل طول دوره درمان

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/sjku.28.3.101]

۲- ارائه خدمت

خدمات ارائه شده به سالمندان در ایران ساماندهی و پوشش مطلوبی ندارد و با چالش‌هایی از جمله فقدان کلینیک‌های و بیمارستان‌های تخصصی سالمندی، تجمع امکانات در کلان‌شهرها، فقدان فضاهای دوستدار سالمند، عدم وجود لینک بین سطوح مختلف پیشگیری تا توانبخشی، فقدان مراقبت‌های تسکین دهنده و مراقبت‌های پایان، عدم توجه به برنامه‌های چک آپ سالانه برای سالمندان، کیفیت پایین مراقبت در خانه‌های سالمندان و مراکز مراقبت روزانه و رفتار خود مراقبتی ضعیف سالمندان مواجهه است. مشارکت‌کنندگان چالش‌های حوزه ارائه خدمت را این‌گونه توصیف می‌کردند:

«خدمات سالمندی خدمات گسترده‌ای است و یکپارچه نیستند ... از خدماتی که در منزل ارائه میشه تا میاد به خدماتی که در فاز حاد بیمارستان‌ها ارائه میشه تا فاز بعد در مراکز توانبخشی، مراکز پرستاری در منزل و مراکز طولانی مدت، اینها باید یکپارچه بشه ...» (P.11).

عدم وجود لینک بین سطوح مختلف یا عدم وجود یکپارچگی خدمات می‌تواند باعث سرگردانی سالمندان در بین مطب‌های مختلف، دریافت درمان‌های متفاوت و عدم پیگیری درمان را در پی داشته باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص بیان داشت:

«به هر حال یه مریضی میاد تو سیستم شما شناساییش می‌کنید و بهش می‌گید شما دیابت داری ... این فرد باید به درمانگاه دیابت ارجاع بشه، خب آیا وقتی که درمانگاه دیابتی که ما می‌گیم سالمندی که بره اونجا و یا جاهای دیگه که نوبت‌های آنچنانی میدین پیش بینی کردیم که یک لاینی رو طراحی کنیم که سالمند تو اون لاین جلو بره ؟ این کلینیک تخصصی سالمندی رو ما بزاریم که سالمند بره اونجا همه خدماتش رو اونجا ... یا اینکه لاین هایی رو برای ارائه خدمت به سالمندان توی سیستم طراحی کنیم» (P.5).

یکی از مشارکت کنندگان فقدان فضاهای دوستدار سالمند در مراکز بهداشتی و درمانی را این‌گونه توصیف می‌کرد:

«ما از لحاظ ساختاری هنوز سیستم هامون آمادگی ارائه خدمت به سالمندان رو ندارن؛ یعنی بیمار سالمندمون در یک اتاقی بستری میشه که یک جوان بستری میشه. اصولاً این اتاق مناسب سازی نیست برای یک سالمند» (P.3).

۳- نیروی انسانی

نیروی انسانی آموزش دیده در تمامی سطوح ارائه خدمت از مهم‌ترین زیرساخت‌های اجرای برنامه‌های مراقبتی سالمند است که در کشور ما با کمبود جدی روبرو است. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که با ابلاغ بسته مراقبت‌های ادغام یافته سالمندی در مراکز جامع سلامت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی، نیروهای انسانی آموزش دیده و تخصصی برای آن دیده نشده است و به همین دلیل نتوانسته با استقبال گروه هدف همراه باشد.

یکی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص کمبود نیروهای آموزش دیده در مراکز نگهداری سالمندان بیان داشت:

«ما در تهران بیش از یک میلیون و سیصد چهارصد سالمند داریم، [در مراکز نگهداری سالمندان] یه مربی آموزش دیده نداریم. خلأ بزرگ نیروی انسانی توانمند در مراکز نگهداری سالمندی داریم ... ما نیروهای آموزش دیده در مراکز بهداشتی‌مون نداریم» (P. 19).

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند عدم توجه به موضوعات و مشکلات سلامت سالمندی در کوریکولوم‌های آموزشی از دیگر چالش‌های مهم نیروی انسانی حوزه سالمندی است. غیرتخصصی بودن و آموزش دیده نبودن نیروهای مراقبت از سالمندان می توان پیامدهایی مانند فقدان دانش و نگرش مراقبت از سالمندان در پرستاران و مراقبین و وجود دیدگاه پیر انگاری در درمان سالمندان در پی داشته باشد. برخی مشارکت‌کنندگان در این خصوص بیان داشتند:

«یه پزشک عمومی که داره فارغ التحصیل میشه، چطور ما برنامه مانا رو به پزشک‌ها در دوره اکسترنی برگزار آموزش

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/sjku.28.3.101]

می‌دیم ... وقتی می‌گیم تا ۲۰۵۰ بیست و پنج درصد جمعیت سالمند میشه باید آموزش ببینند. ذهنشون حساس بشه و دغدغه ی ذهنیشون به اصطلاح تنظیم بشه رو پدیده ی سالمندی و ارائه خدمت به اینها» (P. 20).

«چون ما نیروهامون سالمند رو نمی شناسن مثلاً اگر یه سالمند به یه پزشک عمومی که مراجعه کنه یا توی یه مرکز سالمندی یه سالمند به مربی بگه مشکل خاصی دارم ممکنه اون پزشک که تو حیطه سالمندی آموزش تخصصی ندیده یا اون مربی که آموزش ندیده همه بیماری‌ها و مشکلات سالمند رو ناشی از پیری و کهولت سن بدونن و دنبال درمان واقعی نباشن» (P. 9).

۴- تأمین مالی

بسیاری از مشارکت‌کنندگان عقیده داشتند تأمین مالی ارائه خدمات به سالمندان با چالش‌هایی از قبیل تحت پوشش بیمه نبودن بسیاری از خدمات مرتبط با سالمندان از جمله مراقبت در منزل، مراقبت در خانه سالمندان و برخی مراقبت‌های توانبخشی، سهم پایین سلامت سالمندی از بودجه عمومی کشور و مشارکت پایین خیرین در ارائه خدمات به سالمندان رو به رو است. این چالش‌ها می‌تواند دسترسی اقتصادی و مالی سالمندان به مراقبت‌های سلامت مورد نیاز را کاهش داد و یا باعث بروز هزینه‌های کمرشکن در سالمندان شود. همچنین، مشارکت‌کنندگان افزایش فقر و وابستگی اقتصادی در دوران سالمندی را یکی دیگر از عوامل کاهش دسترسی اقتصادی آن‌ها به مراقبت‌های سلامت قلمداد می‌کردند. برخی از مشارکت‌کنندگان در خصوص چالش‌های بیمه‌ای مراقبت‌های سالمندان بیان داشتند:

«... در سالمندی بیشتر هزینه‌ی پیشگیری، مثلاً خدمات غربالگری بیمه قبول نمی کنه. هزینه‌های توانبخشی هزینه‌های کار درمانی، کار در منزل، این هزینه‌های شامل پوشش بیمه ای نمیشه. در حالی که نیاز سالمندان به این خدمات خیلی بالا هستش ...» (P. 7).

«کشور ما از لحاظ بیمه‌های سالمندی به شدت در مضیقه است. اولاً بیمه‌ها کامل نیست و دوم بیمه‌ها به هیچ وجه شامل خدمات سالمندی نمی‌شود. سوم اینکه بیمه‌های با پرداخت از جیب بالا هستند و اکثر سالمندان توانایی پرداخت ندارند ...» (P. 25).

۵- سیستم اطلاعات سلامت

به باور اکثر مشارکت‌کنندگان، ما در کشور یک نظام اطلاعاتی جامع و یکپارچه در خصوص اطلاعات کامل رفاهی، سلامتی و معیشتی سالمندان نداریم؛ البته تا حدودی برخی سازمان‌ها از جمله سازمان‌ها بازنشستگی اطلاعات سالمندان را دارند؛ اما این اولاً مربوط به بخشی از جامعه است و در ثانیاً اطلاعاتی جامعی در خصوص وضعیت سلامتی، معیشتی و رفاهی سالمندان را پوشش نمی‌دهد. یکی دیگر از چالش‌های مورد اشاره فقدان پرونده الکترونیک و در نتیجه عدم دسترسی به تاریخچه بیماری‌های سالمندان است که می‌تواند منجر به بروز تداخلات دارویی در سالمندان، انجام درمان‌های تکراری و غیرضروری و عدم اطلاع پزشکان از تاریخچه بیماری و تصمیم‌گیری بر اساس آن‌ها شود. یکی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص بیان داشت:

«با توجه به اینکه سالمندان ما اگر مشکل قلبی داره به متخصص قلب مراجعه میکنه، یک سری داروهای قلبی میگیره. اگر مشکل روحی و روانی و شناسی و مغز و اعصاب داره به متخصص مربوطه مراجعه میکنه و هر کدوم از اینها داروهای خودشون رو میدن. درستم هست ... اما خلائی که وجود داره اینها نمی تونن ببین این سالمند چه بیماری‌های دیگه داره و چه دارویی مصرف میکنه. ببینه که داروی که متخصص قلب میده تداخل نداره با دارویی که متخصص ارتوپدی داده.» (P.23).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/sjku.28.3.101]

همچنین مشارکت‌کنندگان معتقد بودند در جامعه ما کمبود پیمایش‌های دوره‌ای برای ارزیابی نیازها و شاخص‌های بهداشتی درمانی مرتبط با سالمندان وجود دارد. یکی از مشارکت‌کنندگان این چالش را این‌گونه توصیف می‌کرد:

«به هر حال الان چند سالی شورای ملی سالمندی، هنوز یک پیمایش ملی که بتونه ثبت بشه و اطلاعات به ما بده انجام نداده ... سیستم اطلاعاتی خیلی قوی نداریم تو کشور و تا وقتی که پژوهش‌های بعدی انجام نشه و وضعیت سلامتی دقیق رصد نشه ما نمی‌تونیم خدمات خوبیم بدیم ... بنابراین ما همیشه اطلاعاتمون ضعیفه. چون توی تمام کشورهای دنیا بین ۳ تا ۵ سال هر سال یک پیمایش سالمندی تو کشور انجام میشه. الان تو کشورهای پیشرفته دیگه شده هر سال» (P.12).

۶- دسترسی به داروهای اساسی

اغلب مشارکت‌کنندگان دسترسی به داروهای اساسی در کشور را مناسب ارزیابی می‌کردند و معتقد بودند بیمه‌های پوشش مناسبی از داروهای سالمندی ارائه می‌دهند. با این وجود اذعان داشتند که مشکلاتی در حوزه دارویی شامل موارد زیر موجود است: عدم تبعیت از درمان دارویی/عدم تکمیل طول دوره درمان، فقدان / ضعف در فعالیت‌های دوستدار سالمند در داروخانه‌ها، امکان وجود تداخلات دارویی به دلیل مراجعه به متخصصین مختلف و نداشتن پرونده الکترونیک، فراهم نبودن / حذف برخی مکمل‌های دارویی ذکر شده در پروتکل‌های وزارت بهداشت در مراکز جامعه سلامت و عدم دسترسی سالمندان بی بضاعت و تحت پوشش نهادهای حمایتی به داروها و مکمل‌های اساسی. مشارکت کنندگان مشکلات دارویی سالمندان را این‌گونه توصیف می‌کردند:

«دارو وجود داره؛ اما در دسترس نیست. به چه دلیل؟ به دلیل اینکه سالمند پای رفتن به داروخونه و گرفتن دارو رو نداره ... داروها گرانند و چون سالمندان ما بیمه نیستند بخشی شون و بخش اعظمشون بیمه تکمیلی ندارند، تهیه دارو خصوصاً داروهای خارجی که پوشش بیمه ایی خوبی نداره، برای این‌ها مشکله ...» (P. 12)

«مشکل ما تداخلات دارویی هست. سالمند ممکنه چند مشکل هم‌زمان داشته باشه و از متخصصین مختلف داروهای مختلفی بگیره ... اما مشکلی که در حوضه داروی وجود داره اینکه یک نفر نیست که اینها رو یک کاسه بکنه ... که ببینه که داروی که متخصص قلب میده تداخل نداره با دارویی که متخصص ارتوپدی داده.» (P. 23).

بحث

اگر سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت تصمیم بگیرند که یک سیستم کارآمد و مؤثر برای پاسخگویی به نیازهای فعلی و آتی سالمندان طراحی کنند، دستیابی به درک روشنی از وضعیت فعلی و چالش‌های کلیدی سیستم مراقبت از سالمندان نیاز خواهند داشت. بر اساس دیدگاه‌های صاحب‌نظران در مجموع، چالش‌ها و نقاط ضعف نظام سلامت ایران در حوزه سالمندی ۶ طبقه اصلی دسته بندی شد. یکی از اصلی‌ترین چالش‌های اصلی شناسایی شده در این مطالعه ارائه خدمات غیر یکپارچه، ناکامل و متمرکز بر خدمات درمانی به سالمندان بود که در طبقه حاکمیت/ رهبری در نظام سالمندی قرار داشت. بدین معنی که در نظام سلامت ایران هنوز سازمان واحد متولی خدمات سالمندی وجود ندارد و سیاست‌ها و برنامه‌های سالمندی بدون دخالت ذینفعان و وجود سیستم‌های پایش و نظارت تدوین می‌گردید که در سایر مطالعات در ایران نیز گزارش شده بود. با توجه به شتاب رشد جمعیت سالمندان در کشور تشکیل سازمان ملی سالمندی پیشنهاد می‌گردد. در مطالعات Goharinezhad در سال ۲۰۱۶ به تضاد و تناقض بین وزارت بهداشت و وزارت رفاه (۱۷) و وجود دستگاه‌ها موازی و غیر حرفه‌ای (۲۴) در حوزه نظام مراقبت سالمندی اشاره نمود. در مطالعات Safdari در سال ۲۰۱۶ (۱۹) و Firoozeh در سال ۲۰۰۹ (۱۸) به نبود سازمان مشخص

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/sjku.28.3.101]

متولی سلامت سالمندان و غیر فعال بودن شورای سلامت سالمندی پرداختند. برخی دیگر از مطالعات نیز همکاری بین بخشی بین ذینفعان اصلی سلامت سالمندی را ضعیف ارزیابی کرده بودند (۱۷-۱۹و۲۴-۲۶). در سایر مطالعات نیز سیاست‌گذاری در حوزه سلامت سالمندی را به دلایلی از جمله فقدان سیاست‌های سلامت محور و تقدم درمان بر پیشگیری، وجود سیاست‌گذاری مبتنی بر ایدئولوژی نه مبتنی بر شواهد (۲۴)، و فقدان جهت‌گیری راهبردی در برنامه‌های سلامت سالمندی نامناسب(۲۶) به عنوان چالش اصلی بیان کرده بودند. چالش بعدی شناسایی شده مربوط به خدمات ارائه شده به سالمندان در ایران بود از دید صاحبنظران خدمات ارائه شده در هر یک از سطوح مراقبت‌های اولیه، درمانی و توانبخشی و بازتوانی ساماندهی و پوشش مطلوبی ندارد. در سایر مطالعات نیز اشاره شده است که خدمات ارائه شده به سالمندان در ایران با چالش هایی از جمله فقدان کلینیک‌ها و بیمارستان‌های تخصصی سالمندی، تجمع امکانات در کلان شهرها، فقدان فضاهای دوستدار سالمند، عدم وجود لاین ویژه و اولویت برای درمان سالمندان در بیمارستان‌ها، عدم وجود لینک بین سطوح مختلف پیشگیری تا توانبخشی، فقدان مراقبت‌های تسکین دهنده و مراقبت‌های پایان، عدم توجه به برنامه‌های چک آپ سالانه برای سالمندان، کیفیت پایین مراقبت در خانه‌های سالمندان و مراکز مراقبت روزانه، و رفتار خودمراقبتی ضعیف سالمندان مواجهه است (۲۷و۲۵و۲۴و۱۷).

کمبود نیروی انسانی متخصص سالمندی و توزیع نامناسب آن یکی از مهم‌ترین چالش‌هایی است که در حوزه سلامت سالمندی در مطالعات مختلف گزارش شده بود و در مطالعه حاضر نیز به آن اشاره گردید. نتایج مطالعات Firoozeh در سال ۲۰۰۹ (۱۸)، Nayeri در سال ۲۰۱۸ (۲۵) و Goharinezhad سال ۲۰۱۶ (۲۴) نشان داد که کمبود/ توزیع نامناسب نیروی انسانی متخصص و حد واسط سالمندی، فقدان/ضعف دانش و مهارت نیروی انسانی، فقدان دانش و نگرش مراقبت از سالمندان در پرستاران و مراقبین، وجود دیدگاه پیرانگاری در درمان سالمندان و عدم توجه به موضوعات و مشکلات سلامت سالمندی در کوریکولوم‌های آموزشی از جمله چالش‌های حوزه سلامت سالمندی مطرح بود. حتی برخی مطالعات نیز بیان داشتند نظام سلامت ایران بایستی به دنبال افزایش ظرفیت جذب نیروهای تخصصی و توانمند در حوزه سالمندی و آموزش نیروی انسانی درگیر با مراقبت‌های سالمندی باشد. همچنین استقرار نظام جامع برنامه‌ریزی نیروی انسانی خدمات سلامت سالمند و قانون مند نمودن قوانین و مقررات و بخشنامه های نیروی انسانی خدمات سلامت سالمندان از جمله ضروریت‌های مطرح شده بود (۲۹و۲۸). تربیت پزشکان، پرستاران، و سایر نیروهای ارائه دهنده خدمات تخصصی برای سالمندان و توزیع عادلانه منابع پیشنهاد می‌گردد.

تأمین مالی به عنوان یکی از چالش‌های شناسایی شده در نظام ارائه خدمات به سالمندان در این مطالعه و در مطالعات مختلف نیز به طور مشابه به مکفی نبودن درآمد بخش زیادی از سالمندان، عدم وجود سیستم بیمه‌ای مناسب برای سالمندان، حمایت مالی ناکافی دولت از سالمندان و کمبود/فقدان سیستم‌ها و انجمن‌های حمایتی از سالمندان اشاره شده بود. اغلب مطالعات گزارش کرده بودند که افزایش فقر و وابستگی اقتصادی در دوران سالمندی باعث کاهش دسترسی اقتصادی آن‌ها به مراقبت‌های سلامت و افزایش مواجهه آن‌ها با هزینه‌های کمرشکن سلامت شده است (۲۶و۱۸و۱۷). برخی دیگری از مطالعات گزارش کرده بودند که بیمه سلامت سالمندان به دلایلی مانند پوشش ناکافی بسته‌های خدمتی مورد نیاز سالمندان از جمله خدمات توانبخشی و عدم تأثیرگذاری بیمه‌ها بر احتمال مواجه شدن خانوارها با هزینه‌های کمرشکن مناسب نیست (۲۴-۲۶و۱۹)، که در مطالعه حاضر نیز به آن اشاره شده بود.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/sjku.28.3.101]

بدون توجه به نیازهای سلامت سالمندان دسترسی به هدف پوشش همگانی سلامت امکان‌پذیر نخواهد بود.

سیستم اطلاعات سلامت در بخش سلامت سالمندان در ایران وجود دارد؛ اما با چالش‌هایی مواجهه است. افزایش اعتبارات وزارتخانه‌های مختلف برای برنامه‌ها و فعالیت‌های ارائه خدمت به سالمندان و تحت پوشش بیمه قرار دادن خدمات مراقبت در منزل و خانه سالمندان برای سالمندان و یا طراحی بیمه‌های مختص سالمندان پیشنهاد می‌گردد.

فقدان پرونده الکترونیک و در نتیجه عدم دسترسی به تاریخچه بیماری‌ها از مهم‌ترین چالش‌هایی است که در بسیاری از مطالعات به آن اشاره شده است. همچنین فقدان سیستم اطلاعات جامع اطلاعاتی برای سالمندان و ارجاع دستی سالمندان توسط مراکز بهداشتی درمانی به مراکز تخصصی تر چالش‌های دیگری بودند که در مطالعات گزارش شده است (۱۷و۱۹و۲۴). در مطالعه حاضر نیز بیان شد که ما در کشور فاقد یک نظام اطلاعاتی جامع و یکپارچه منجر به شناسایی نیازهای رفاهی، سلامتی، معیشتی و بهداشتی درمانی مرتبط با سالمندان، هستیم که در سایر مطالعات در ایران نیز بیان شده بود. در اولویت قرار دادن سالمندان برای راه اندازی پرونده الکترونیک به منظور دسترسی به تاریخچه بیماری‌های آن‌ها و راه‌اندازی و توسعه زیرساخت‌های پزشکی از راه دور و هوش مصنوعی پیشنهاد می‌گردد.

در نهایت دسترسی به داروهای اساسی یکی از چالش‌های اساسی مطرح شده از دید صاحب‌نظران بود. در مطالعه Nayeri، به عدم تبعیت از درمان دارویی/عدم تکمیل طول دوره درمان اشاره شده بود که برخی از آن به دلیل آموزش‌های ناکافی نحوه مصرف دارو توسط پزشکان و سایر درمانگران اتفاق افتاده بود (۲۵). در مطالعه Parsa نیز دسترسی سالمندان به دلیل عدم پوشش بیمه‌ای برخی داروها محدود بود (۳۰). در مطالعه حاضر نیز هرچند دسترسی به داروهای اساسی در کشور مناسب ارزیابی شده بود، هنوز مابقی مشکلات ذکر شده در مطالعات فوق باقی مانده است. رایگان کردن داروهای اساسی برای سالمندان بی بضاعت و تحت پوشش نهادهای حمایتی و افزایش دسترسی به داروهای مورد نیاز سالمندان با توسعه و سرمایه‌گذاری در شرکت‌های داروسازی داخلی و تولید داروها در داخل کشور پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

نظام فعلی مراقبت از سالمندان در ایران پاسخگوی نیازهای سلامت سالمندان نیست و در هر شش بلوک ساختاری سازمان جهانی سلامت با چالش‌های متعددی مواجه است. با توجه به وضعیت موجود و رشد سریع سالمندی در کشور اصلاح و بازطراحی نظام مراقبت سالمندی جهت پاسخگویی به نیازهای سالمندان امری ضروری و فوری است. ضرورت دارد قبل از آنکه پدیده سالمندی جمعیت در کشور به یک مشکل لاینحل و بحران تبدیل شود به آن پرداخته شود. داشتن درک روشنی از چالش‌ها و ضعف‌های موجود سیستم مراقبت سالمندان در کشور جهت طراحی مداخلات مؤثر ضروری است یافته‌های این مطالعه شواهد قابل اعتمادی را به سیاست گذاران ارائه می دهد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مالی سازمان جهانی سلامت انجام شده و دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان است از همکاران اداره سالمندان دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران، سازمان جهانی سلامت و همه افراد و سازمان‌های که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر می‌کنیم. هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه، افراد و یا دستگاه‌ها تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارند

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/sjku.28.3.101]

References

1.Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. Lancet. 2015;385(9967):563-75.
2.World Health Organization. World report on ageing and health: World Health Organization; 2015.
3.World Health Organization. Ageing and health. World Health Organization. 2018; Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health (Accessed Jun 2020).
4.Sivertsen H, Bjørkløf GH, Engedal K, Selbæk G, Helvik A-S. Depression and quality of life in older persons: a review. Dement Geriatr Cogn Disord. 2015;40(5-6):311-39.
5.Vanleerberghe P, De Witte N, Claes C, Schalock RL, Verté D. The quality of life of older people aging in place: a literature review. Qual Life Res. 2017;26(11):2899-907.
6.Prince MJ, Wu F, Guo Y, Robledo LMG, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. Lancet. 2015;385(9967):549-62.
7.Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev. 2011;10(4):430-9.
8.Banerjee S. Multimorbidity—older adults need health care that can count past one. Lancet. 2015;385(9968):587-9.
9.de Carvalho IA, Epping-Jordan J, Pot AM, Kelley E, Toro N, Thiyagarajan JA, et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. Bull World Health Organ. 2017;95(11):756.
10.Noroozian M. The elderly population in iran: an ever growing concern in the health system. Iran Psychiatry Behav Sci. 2012;6(2):1.
11.Beard JR, Officer A, De Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel J-P, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. Lancet. 2016;387(10033):2145-54.
12.Bloom DE, Chatterji S, Kowal P, Lloyd-Sherlock P, McKee M, Rechel B, et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. Lancet. 2015;385(9968):649-57.
13.SCI. Statistical Centre of Iran. Population and Housing Censuses. 2016; Available at: https://www.amar.org.ir/english/Population-and-Housing-Censuses (Accessed Sep 2021)
14.Teerawichitchainan B, Knodel J. Data mapping on ageing in Asia and the Pacific: Analytical report. 2018.
15.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. Int. J. Hum. Rights Healthc. 2021 Jun 15;14(5):452-64.
16.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. J North Khorasan Univ Med Sci. 2015; 7 (2); 229-240.
17.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?. Glob health action. 2016;9(1):32156.
18.Firoozeh MD, Abedi HA, Haliza M. Conditions affecting the elderly primary health care in urban health care centers of Iran. Research Journal of Medical Sciences. 2009;3(6):202-13.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/sjku.28.3.101]

19.Safdari R, Sadeghi F, Mohammadiazar M. Aged Care and Services Programs in Iran: Looking at the Performance of Relevant Organizations. payavard Salamat. 2016; 10 (2) :155-166.
20.Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15(9):1277-88.
21.Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs. 2008 Apr;62(1):107-15.
22.Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and methods: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
23.World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies: World Health Organization; 2010.
24.Goharinezhad S, Maleki M, Baradaran HR, Ravaghi H. Futures of elderly care in Iran: A protocol with scenario approach. Med J Islam Repub Iran. 2016;30:416.
25.Nayeri ND, Abazari F, Pouraboli B. Challenges in caring for the elderly in Iran: A systematic review. Ethiop. Med. J. 2018;56(2):1-8.
26.Yahyavi Dizaj J, Emamgholipour S, Pourreza A, Nommani F, Molemi S. Effect of Aging on Catastrophic Health Expenditure in Iran During the Period 2007-2016. J Sch Public Health Inst Public Health Res. 2018;16(3):216-27.
27.Mahdizadeh M, Solhi M. Relationship between self-care behaviors and health literacy among elderly women in Iran, 2015. Electron physician. 2018;10(3):6462.
28.Samimi-Sedeh G, Mahfoozpour S, Hesam S, Tabibi S .The Necessity of Aligning the Human Resources Strategies of Health System with the Mega-Trends of the Older People Health Domain. Depiction of Health. 2018;9(3):172-85.
29.Karimi S, Javadi M, Iravani M, Chavoshi E. Investigating health team view points about cost-effective alternatives in elderly caring. J J Sch Public Health Inst Public Health Res. 2013;11(1):71-84.
30Parsa P, Rezapur-Shahkolai F, Araghchian M, Afshari M, Moradi A. Medical procedure problems from the viewpoint of elderly referrals to healthcare centers of Hamadan: A qualitative study. Iran. J. Ageing. 2017;12(2):146-55.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/sjku.28.3.101]