Taghizadeh Fartash AA, et al. *Depiction of Health*. 2026; 17(4): xxx-xxx.
doi:
https://doh.tbzmed.ac.ir

Management of Quality Improvement in Healthcare Services for Older Adults Within the Health System

Amir Abbas Taghizadeh Fartash[1], Farhad Nejhad Haji Ali Irani[1*], Yahya Dadashkarimi[1], Hanieh Eskandari[1]

[1] Department of Public Administration, Bonab Branch, Islamic Azad University, Bonab, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:
Original Article

Article History:
Received: 15 Apr 2026
Revised: 20 Aug 2026
Accepted: 26 Aug 2026
ePublished: xxxx

Keywords:
Health Management,
Aged,
Delivery of Health Care,
Health Services for the Aged,
Healthy Aging

Abstract

Background. The rapid pace of population aging has confronted health systems with new challenges in the provision, quality, and equity of delivering healthcare services for older adults. In this context, health governance and management, as a key factor in directing resources, coordinating stakeholders, and ensuring institutional accountability, plays a decisive role in improving eldercare services. This study was conducted to design a governance-management model for developing and enhancing the quality of the health system, with a focus on improving healthcare services for older adults at Tabriz University of Medical Sciences.

Methods. This study employed an exploratory sequential mixed-methods design (qualitative–quantitative). In the qualitative phase, data were collected through semi-structured interviews with 16 health system experts involved in elder care: two health policy specialists, six health system management experts, and eight physicians and healthcare providers. Participants were selected through purposive sampling. Data were collected over six months (November 2025 to May 2026) at Tabriz University of Medical Sciences and analyzed using thematic analysis. In the quantitative phase, a questionnaire was developed based on the qualitative findings and distributed among 225 specialists, managers, and experts at Tabriz University of Medical Sciences. The data were analyzed using structural equation modeling to validate the proposed model.

Results. The qualitative phase identified four main dimensions of the health governance-management model: evidence-based and data-driven decision-making, integration and quality of services, strategic human resource management, and the experience and well-being of older adults. The quantitative phase confirmed the validity of the model and the significance and explanatory power of its dimensions. Factor loadings ranged from 0.80 to 0.96, with t-values between 7.88 and 7.96. Integration and quality of services had the highest factor loading (0.96), while the experience and well-being of older adults had the lowest (0.80).

Conclusion. The proposed model can serve as a practical framework for strengthening health system governance and management and developing healthcare services for older adults at universities of medical sciences. It can also support quality improvement, enhance the well-being of older adults, and advance the transition toward an elder-centered and accountable health system.

Taghizadeh Fartash AA, Nejhad Haji Ali Irani F, Dadashkarimi Y, Eskandari H. Management of Quality Improvement in Healthcare Services for Older Adults Within the Health System. Depiction of Health. 2026; 17(4): xxx-xxx. doi: . (Persian)

* Corresponding author; Farhad Nejhad Haji Ali Irani, E-mail: Farhad.irani@bonabiau.ac.ir

© 2026 This work is published by Depiction of Health as an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Research Insights

- The growing older population and increasingly complex healthcare needs of older adults have made improving healthcare quality more urgent. Developing and strengthening the management of healthcare quality for older adults is therefore essential to improving the effectiveness, safety, and responsiveness of health systems.
- Previous studies have focused mainly on assessing healthcare quality and older adults' satisfaction, and have paid less attention to the managerial mechanisms behind quality improvement and the interactions among the factors that influence it. The lack of an integrated framework suited to the context of Iran's health system therefore remains an important research gap.
- The main contribution of this study is that it moves beyond the conventional assessment of healthcare quality for older adults and proposes an integrated model for managing the development and continuous improvement of these services. By clarifying the relationships among managerial, structural, and operational factors, the model offers a route from identifying quality determinants to implementing practical improvement strategies.
- By offering an integrated framework, this study can assist healthcare policymakers and managers in designing quality improvement strategies, optimizing healthcare delivery processes, allocating resources more effectively, and strengthening the monitoring and evaluation of services for older adults. Thus, by bringing fragmented quality-related components together within one coherent managerial framework, the study addresses the identified research gap and provides a foundation for the practical improvement of healthcare services for older adults.

Extended Abstract

Background

Population aging is one of the most significant demographic transformations of the twenty-first century. Across the globe and in Iran, the share of people aged 60 and older is growing at an unprecedented rate. According to the World Health Organization (2024), this age group will make up a substantial proportion of the world's population by 2050. In Iran, declining fertility and rising life expectancy have accelerated this trend. Older adults are among the heaviest users of healthcare services, owing to the high prevalence of chronic disease, multimorbidity, and long-term care needs. This demographic shift places considerable pressure on health systems in terms of resource allocation, service quality, equitable access, and institutional responsiveness.

In this context, health governance plays a decisive role. It can be defined as the set of mechanisms, policies, processes, and interactions among health system actors that guide, coordinate, and monitor activities. Effective governance ensures that resources are directed where they are needed, stakeholders work in coordination, and accountability is maintained. However, the literature reveals a significant research gap. While many studies have examined the clinical, epidemiological, or managerial aspects of elder care, few have designed comprehensive, indigenous health governance models for developing elderly healthcare services at the regional or organizational level. This gap is especially evident in Iranian medical universities, which are the principal trustees of health service provision, policymaking, and management. Tabriz University of Medical Sciences (TUMS), one of the largest scientific and medical centers in northwest Iran, is no exception. No coherent framework has yet been developed to govern elderly healthcare services at TUMS. This study therefore aimed to design a health system governance model for developing elderly healthcare services at Tabriz University of Medical Sciences.

Methods

This applied-developmental study used a sequential exploratory mixed-methods design. In the qualitative phase, 16 experts in health policy, management, and elderly services were purposively selected (through snowball) sampling and interviewed until data saturation was reached. Thematic analysis, comprising open, axial, and selective coding, was applied to the data. Trustworthiness was assessed using Lincoln and Guba's criteria of credibility, transferability, dependability, and confirmability.

In the quantitative phase, a 55-item questionnaire was developed based on the qualitative findings and distributed among managers, experts, and faculty members at TUMS. Following Kline's guideline, 250 questionnaires were distributed, and 225 valid responses were returned, exceeding the recommended minimum sample size of 200. Face and content validity were confirmed by experts. Reliability was established through Cronbach's alpha ($\alpha = 0.907$) and composite reliability.

Results

The qualitative analysis identified four main dimensions comprising 12 components:

1. **Evidence- and data-based decision-making,** including governance transparency and accountability, rational decision-making in elderly health, institutional integration, and stakeholder participation.

PROOF

2. **Service integration and quality,** including a quality orientation toward elderly services, integrated service delivery and referral system management, and the expansion of community-based and rehabilitation services.

3. **Organizational resource management,** including strategic human resource management, financial sustainability and resource efficiency, and institutional capacity building.

4. **Elderly well-being,** including a focus on older adults' quality of life and equity in access to health services.

The quantitative findings showed that all factor loadings were significant. The highest loading belonged to "service integration and quality" (0.96), followed by "evidence- and data-based decision-making" (0.88), and "elderly well-being" (0.80). Organizational resource management had a loading of 0.60. All path coefficients were statistically significant (t-values > 1.96). Model fit indices indicated a good fit, with relative chi-square (χ^2/df) < 3, RMSEA < 0.08, CFI > 0.90, and GFI > 0.90. The proposed model therefore demonstrated acceptable validity and reliability.

Conclusion

The extracted model shows that effective governance of elderly healthcare services is inherently multidimensional. The first dimension, evidence- and data-based decision-making (loading 0.88), provides the rational and transparent foundation for the entire system. Without an integrated health information system, reliable data, systematic performance monitoring, and accountability mechanisms, no other dimension can function effectively. Transparency in resource allocation, rational decision-making, and stakeholder participation are essential prerequisites for any successful intervention in elder care.

The second dimension, service integration and quality, carries the highest loading (0.96) and highlights that fragmentation of services is the most critical challenge facing the health system in responding to the needs of older adults. A lack of coordination among preventive, curative, rehabilitative, and social care levels leads to inefficiency and poor outcomes. Standardized care protocols, an integrated referral system, and expanded community-based and rehabilitation services are key strategies for overcoming fragmentation, reducing hospital burden, and ensuring continuity of care.

The third dimension, organizational resource management (loading 0.60), has a relatively lower weight but is vital to the sustainability of the model. Strategic human resource management, including the development of a specialized geriatric workforce, interdisciplinary training, workload management, and staff motivation, directly affects service quality. Financial sustainability, achieved through needs-based and performance-based budgeting and transparent resource allocation, is equally crucial. Institutional capacity building, including the establishment of specialized geriatric units and the equipping of medical centers, must also be prioritized.

Finally, elderly well-being (loading 0.80) is the ultimate outcome dimension. All governance efforts are meaningful only when they translate into improved quality of life for older adults and equitable access to services. Elder-centeredness, respect for dignity, psychosocial support, and the reduction of regional and economic disparities are essential components of this dimension.

Proof

امیرعباس تقی‌زاده فرتاش و همکاران. *مجله تصویر سلامت*. ۱۴۰۵؛ ۱۷(٤): xxx- xxx.
doi:
https://doh.tbzmed.ac.ir

مدیریت توسعه و بهبود مدیریت کیفیت خدمات درمانی سالمندان در نظام سلامت

امیرعباس تقی‌زاده فرتاش[۱]، فرهاد نژاد حاج علی ایرانی[۱*]، یحیی داداش کریمی[۱]، هانیه اسکندری[۱]
[۱] گروه مدیریت دولتی، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۵/۰۱/۲۶
اصلاح نهایی: ۱۴۰۵/۰۵/۲۹
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰٤
انتشار برخط: xxxx

کلیدواژه‌ها:
مدیریت سلامت،
سالمندان،
ارائه خدمات درمانی،
خدمات سلامت سالمندان،
سلامت سالمندی

چکیده

زمینه. روند شتابان سالمندی جمعیت، نظام سلامت را با چالش‌های نوینی در حوزه تأمین، کیفیت و عدالت در ارائه خدمات درمانی سالمندان مواجه ساخته است. در این میان، مدیریت سلامت به‌عنوان عامل کلیدی در هدایت منابع، هماهنگی بازیگران و تضمین پاسخ‌گویی نهادی، نقشی تعیین‌کننده در بهبود خدمات سالمندی ایفا می‌کند. پژوهش حاضر با هدف طراحی الگوی مدیریتی برای توسعه و بهبود کیفیت نظام سلامت با رویکرد توسعه خدمات درمانی سالمندان در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد.

روش کار. پژوهش حاضر از نوع آمیخته اکتشافی متوالی (کیفی- کمی) بود. در مرحله کیفی، داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با ۱۶ نفر از متخصصین درگیر در نظام سلامت مرتبط با سالمندان گردآوری شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۲ نفر از حوزه سیاست‌گذاری سلامت، ۶ نفر از متخصصین مدیریت نظام سلامت و ۸ نفر از پزشکان و کادر ارائه‌دهنده خدمات درمانی به سالمندان بودند که به روش هدفمند انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها به مدت ۶ ماه، از آذر ماه ۱۴۰۴ تا اردیبهشت ۱۴۰۵، در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد و داده‌ها با استفاده از تحلیل مضمون تحلیل شد. در مرحله کمی، بر مبنای یافته‌های مرحله کیفی، پرسش‌نامه‌ای طراحی و میان ۲۲۵ نفر از متخصصین و کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی تبریز توزیع گردید. داده‌ها با بهره‌گیری از مدل‌یابی معادلات ساختاری برای اعتبارسنجی الگو تحلیل شدند.

یافته‌ها. یافته‌های مرحله کیفی منجر به شناسایی چهار بُعد اصلی الگوی مدیریت سلامت شامل تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و داده‌ها، یکپارچگی و کیفیت خدمات، مدیریت راهبردی منابع انسانی و تجربه و رفاه سالمندان شد. در مرحله کمی، نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری، اعتبار الگوی پیشنهادی را تأیید کرد؛ به‌گونه‌ای که بارهای عاملی ابعاد اصلی بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۶ و مقادیر آماره t بین ۷/۸۸ تا ۷/۹۶ قرار داشت که بیانگر معناداری و قدرت تبیین مناسب ابعاد الگو بود. در میان ابعاد، یکپارچگی و کیفیت خدمات با بار عاملی ۰/۹۶ بیشترین و تجربه و رفاه سالمندان با بار عاملی ۰/۸۰ کمترین بار عاملی را به خود اختصاص دادند.

نتیجه‌گیری. مطابق یافته‌های مطالعه، الگوی پیشنهادی می‌تواند به‌عنوان چارچوبی عملی برای ارتقای مدیریت نظام سلامت و توسعه خدمات درمانی سالمندان در دانشگاه‌های علوم پزشکی به کار گرفته شود و زمینه‌ساز بهبود کیفیت خدمات، افزایش رفاه سالمندان و حرکت به سوی نظام سلامت سالمندمحور و پاسخ‌گو باشد.

پیام‌های کلیدی

- افزایش جمعیت سالمندان و نیازهای درمانی پیچیده آنان، ضرورت ارتقای کیفیت خدمات سلامت را دوچندان کرده است. از این‌رو، توسعه و بهبود مدیریت کیفیت خدمات درمانی سالمندان برای افزایش اثربخشی، ایمنی و پاسخ‌گویی نظام سلامت، ضرورتی اساسی محسوب می‌شود.
- مطالعات پیشین عمدتاً بر سنجش کیفیت خدمات و رضایت سالمندان متمرکز بوده‌اند و کمتر به تبیین سازوکارهای مدیریتی و تعامل عوامل مؤثر بر بهبود کیفیت پرداخته‌اند. از این‌رو، ارائه چارچوبی یکپارچه و متناسب با شرایط نظام سلامت ایران همچنان یک خلأ علمی محسوب می‌شود.

* پدیدآور رابط؛ فرهاد نژاد حاج علی ایرانی، آدرس ایمیل: Farhad.irani@bonabiau.ac.ir

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کریتیو کامنز (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) CC-BY-NC منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

- نوآوری اصلی این مقاله، عبور از ارزیابی صرف کیفیت خدمات درمانی سالمندان و ارائه الگویی یکپارچه برای مدیریت توسعه و بهبود مستمر این خدمات است؛ الگویی که با تبیین ارتباط میان عوامل مدیریتی، ساختاری و اجرایی، مسیر تبدیل شناخت عوامل مؤثر به راهبردهای عملی ارتقای کیفیت در نظام سلامت را مشخص می‌کند.
- پژوهش حاضر با ارائه چارچوبی یکپارچه، می‌تواند به خط‌مشی‌گذاران و مدیران نظام سلامت در تدوین راهبردهای ارتقای کیفیت، بهبود فرایندهای درمانی، تخصیص بهینه منابع و تقویت نظارت و ارزیابی خدمات سالمندان کمک کند. بدین‌ترتیب، این پژوهش با تبدیل مؤلفه‌های پراکنده کیفیت به یک چارچوب مدیریتی منسجم، در جهت پر کردن شکاف علمی و فراهم‌سازی زمینه بهبود عملی خدمات درمانی سالمندان گام برمی‌دارد.

مقدمه

در دهه‌های اخیر، تغییرات جمعیتی در بسیاری از کشورها به سمت افزایش سهم سالمندان در ساختار جمعیت حرکت کرده است.[1] افزایش امید به زندگی، پیشرفت‌های پزشکی و کاهش نرخ باروری از مهم‌ترین عواملی هستند که روند سالمندشدن جمعیت را تسریع کرده‌اند. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، جمعیت افراد ۶۰ سال و بالاتر در جهان با سرعتی چشمگیر در حال افزایش است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ این گروه سنی سهم قابل‌توجهی از جمعیت جهان را تشکیل دهند.[2] این تحول جمعیتی پیامدهای گسترده‌ای برای نظام‌های اجتماعی و اقتصادی به‌همراه دارد؛ با این حال، بیشترین فشار آن بر نظام‌های سلامت نمود می‌یابد؛ زیرا سالمندان به دلیل ابتلا به بیماری‌های مزمن، چندبیماری و نیاز به مراقبت‌های مداوم، بیشترین سهم استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی را به خود اختصاص می‌دهند. در چنین شرایطی، نظام‌های سلامت ناگزیرند ساختارها، سیاست‌ها و شیوه‌های مدیریت خود را به‌گونه‌ای بازطراحی کنند که بتوانند پاسخگوی نیازهای پیچیده و رو به افزایش سالمندان باشند.[3]

یکی از مفاهیم کلیدی در مدیریت و هدایت نظام‌های سلامت، مدیریت سلامت است.[4] مدیریت سلامت به مجموعه‌ای از سازوکارها، فرآیندها، سیاست‌ها و تعاملات میان بازیگران مختلف نظام سلامت اطلاق می‌شود که هدف آن هدایت، هماهنگی و نظارت بر فعالیت‌های نظام سلامت برای دستیابی به اهداف سلامت جامعه است. مدیریت نظام سلامت را می‌توان به‌صورت یک سامانه میان‌ساختاری تعریف کرد که شامل نهادها، قوانین، فرایندها، منابع و تعاملات میان بازیگران مختلف می‌شود تا اهداف اساسی نظام سلامت مانند سلامت جمعیت، محافظت مالی و رضایت کاربران از خدمات تحقق یابد. این فرآیندها شامل خط‌مشی‌گذاری، برنامه‌ریزی استراتژیک، تنظیم مقررات، هدایت و نظارت، و ارزیابی عملکرد هستند که به‌منظور ارتقای کیفیت و عدالت در ارائه خدمات به کار گرفته می‌شوند.[5] در حوزه سلامت سالمندان نیز مدیریت مؤثر می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در برنامه‌ریزی خدمات، تخصیص منابع، هماهنگی میان سطوح مختلف ارائه خدمات و تضمین دسترسی عادلانه سالمندان به مراقبت‌های مورد نیاز ایفا کند.

با افزایش جمعیت سالمندان، بسیاری از کشورها تلاش کرده‌اند با توسعه سیاست‌ها و برنامه‌های مبتنی بر مدیریت مؤثر، نظام‌های سلامت خود را با نیازهای این گروه جمعیتی تطبیق دهند. مرور ادبیات نشان می‌دهد که مدیریت نظام سلامت در سال‌های اخیر به‌عنوان یکی از محورهای اصلی ارتقای کارآمدی و پاسخگویی نظام‌های سلامت مورد توجه قرار گرفته است. در این زمینه، شاهرخی و همکاران در یک مطالعه کیفی، هشت مؤلفه کلیدی مدیریت مؤثر را در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران شناسایی کردند که شامل استقلال، سلامت نظام اداری، چابکی، شایسته‌سالاری، توسعه سرمایه انسانی و اجتماعی، سلامت‌محوری و توسعه زیرساخت‌هاست.[6] در ادامه این مسیر، حائری و همکاران با تمرکز بر نقش نهادهای مدنی، مدلی پنج‌بعدی برای مدیریت نظام سلامت ارائه کردند و نشان دادند که مدیریت شبکه‌ای و مشارکت اجتماعی بیشترین اهمیت را در میان ابعاد مدل دارا می‌باشند.[7]

در سطح بین‌المللی نیز یافته‌های مطالعات اخیر بر پیچیدگی مدیریت در نظام‌های سلامت اصلاح‌شده تأکید دارند. پاتلا (Paatela) و همکاران نشان دادند که انتقال گسترده وظایف و تمرکز مالی در سطح دولت، موجب

تغییرات بنیادین در نقش‌ها، توازن قدرت و رقابت میان اهداف مالی و سلامت شده است.[8] اسکالمن (Schulmann) و همکاران نیز گزارش کردند که ضعف در پاسخگویی، شفافیت و تعریف نقش‌ها از مهم‌ترین دلایل کندی پیشرفت اصلاحات و ایجاد بی‌اعتمادی نهادی بوده است.[9]

در نگاه نظری، فوتوری و تیدیوسی (Fattore & Tediosi) تأکید کردند که ارزش‌ها و فرهنگ سازمانی نقش تعیین‌کننده‌ای در نحوه مدیریت و مشروعیت اداره نظام‌های سلامت دارند و توجه به این ابعاد می‌تواند به ارتقای پوشش همگانی سلامت کمک کند.[5] همچنین کیک‌بوش و گلایشر (Kickbusch & Gleicher) با تمرکز بر همکاری بین بخشی، مشارکت کنشگران متعدد و ساختارهای حاکمیتی، بر ضرورت انتقال مفاهیم مدیریت از سطح سیاست‌گذاری به مراکز ارائه خدمت تأکید کردند تا امکان ارزیابی و بهبود عملکرد در سطح عملی فراهم شود.[10]

در ایران نیز پدیده سالمندی جمعیت به‌تدریج به یکی از چالش‌های مهم نظام سلامت تبدیل شده است. بر اساس گزارش‌های رسمی، روند افزایش جمعیت سالمندان در کشور طی دهه‌های آینده شتاب بیشتری خواهد گرفت و این امر نیازمند برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری مناسب در حوزه خدمات سلامت است. در این زمینه، برخی پژوهش‌های داخلی به بررسی چالش‌ها و نیازهای سلامت سالمندان پرداخته‌اند[11] و رشد شتابان جمعیت سالمند در ایران، نظام سلامت را با فشار فزاینده‌ای در حوزه تأمین منابع، ارائه خدمات تخصصی، مدیریت بیماری‌های مزمن و پاسخ‌گویی به انتظارات سالمندان و خانواده‌های آنان مواجه ساخته است.[12] بنابراین، نبود الگوهای منسجم مدیریت در حوزه سالمندی می‌تواند موجب کاهش کارایی نظام ارائه خدمات سلامت و افزایش نابرابری در دسترسی سالمندان به خدمات درمانی شود.

در همین راستا، دانشگاه‌های علوم پزشکی در ایران به‌عنوان متولیان اصلی ارائه خدمات سلامت، نقش محوری در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در سطح منطقه‌ای دارند. این دانشگاه‌ها علاوه بر آموزش و پژوهش، مسئولیت مدیریت شبکه‌های بهداشتی و درمانی و ارائه خدمات سلامت به جمعیت تحت پوشش خود را بر عهده دارند. دانشگاه علوم پزشکی تبریز نیز به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین مراکز علمی و درمانی در شمال‌غرب کشور، خدمات سلامت را به جمعیت قابل‌توجهی از استان آذربایجان شرقی ارائه می‌دهد. با توجه به روند رو به افزایش جمعیت سالمندان در این منطقه، توسعه خدمات درمانی و مراقبتی متناسب با نیازهای سالمندان به یکی از اولویت‌های مهم نظام سلامت منطقه تبدیل شده است.

مرور مطالعات داخلی و بین‌المللی نشان می‌دهد که پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه خدمات درمانی سالمندان، ابعاد مختلفی از این موضوع را مورد بررسی قرار داده‌اند. در بُعد کیفیت خدمات، برخی مطالعات بر ارتقای کیفیت مراقبت، بهبود فرایندهای درمانی و پاسخ‌گویی به نیازهای سالمندان تمرکز داشته‌اند.[13، 14] در بُعد ایمنی و تجربه بیمار، توجه به ایمنی سالمندان، کاهش خطرات ناشی از دریافت خدمات درمانی و بهبود تجربه آنان از مراقبت‌های سلامت مورد تأکید قرار گرفته است.[15] همچنین، در حوزه مدیریت منابع، نقش تأمین و تخصیص منابع مالی، توسعه و توانمندسازی نیروی انسانی و ارتقای شایستگی‌های حرفه‌ای کارکنان بررسی شده است.[16] از سوی دیگر، برخی پژوهش‌ها به ظرفیت فناوری‌های سلامت، توسعه خدمات یکپارچه و هماهنگی میان سطوح مختلف ارائه مراقبت پرداخته‌اند.[17] در نهایت، مطالعات مرتبط با سیاست‌گذاری و مدیریت نظام سلامت، بر ضرورت اصلاح سازوکارهای مدیریتی، هماهنگی نهادی و تدوین سیاست‌های متناسب با نیازهای جمعیت سالمند تأکید کرده‌اند.[18] با وجود ارزشمند بودن این پژوهش‌ها، به نظر می‌رسد همچنان خلأ ارائه یک الگوی جامع مدیریتی که بتواند ابعاد کیفیت خدمات، مدیریت منابع، فرایندهای ارائه مراقبت، فناوری، یکپارچگی خدمات و سیاست‌گذاری را به‌صورت هم‌زمان پوشش دهد، وجود دارد. همچنین مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که افزایش سریع جمعیت سالمندان، گسترش بیماری‌های مزمن، افزایش نیاز به مراقبت‌های چندتخصصی و محدودیت منابع مالی، نظام‌های سلامت را با چالش‌های مدیریتی پیچیده‌ای مواجه ساخته است. از این‌رو، سازمان جهانی بهداشت و پژوهشگران این حوزه بر ضرورت طراحی مدل‌های مدیریتی یکپارچه، مبتنی بر شواهد و متناسب با شرایط هر نظام سلامت تأکید کرده‌اند؛ با این حال، مدل‌های ارائه‌شده عمدتاً در بستر نظام‌های سلامت کشورهای توسعه‌یافته طراحی شده‌اند و به دلیل تفاوت در ساختار مدیریت، منابع، قوانین، نظام

Proof

تأمین مالی و سازمان‌دهی خدمات، قابلیت تعمیم مستقیم به نظام سلامت ایران را ندارند.[۶،۱]

در ایران نیز پژوهش‌های انجام‌شده بیشتر بر ارزیابی کیفیت خدمات، شناسایی نیازهای سالمندان، بررسی چالش‌های اجرایی یا تحلیل عملکرد مراکز درمانی متمرکز بوده‌اند و مطالعه‌ای که با رویکردی جامع به طراحی الگوی مدیریت توسعه و بهبود کیفیت خدمات درمانی سالمندان در نظام سلامت بپردازد، به‌ویژه در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی، به‌ندرت مشاهده می‌شود. این خلأ نشان می‌دهد که هنوز چارچوبی بومی و مبتنی بر شواهد برای هدایت، هماهنگی و ارتقای کیفیت خدمات درمانی سالمندان در نظام سلامت کشور وجود ندارد. بر این اساس، ضرورت انجام پژوهش حاضر از آنجا ناشی می‌شود که با شناسایی ابعاد، مؤلفه‌ها و روابط میان عوامل مدیریتی مؤثر، الگویی جامع، بومی و متناسب با شرایط نظام سلامت ایران ارائه می‌کند. انتظار می‌رود این الگو بتواند مبنای تصمیم‌گیری مدیران، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان حوزه سلامت برای توسعه و بهبود کیفیت خدمات درمانی سالمندان قرار گیرد و به ارتقای کارایی، اثربخشی و پاسخگویی نظام سلامت در برابر روند رو به رشد سالمندی جمعیت کمک کند.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف طراحی الگوی نوین مدیریت سلامت برای توسعه خدمات درمانی سالمندان در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. این پژوهش تلاش کرده است با شناسایی ابعاد، مؤلفه‌ها و سازوکارهای مؤثر در مدیریت سلامت سالمندان و تحلیل تعامل میان آن‌ها، چارچوبی منسجم برای بهبود مدیریت و توسعه خدمات درمانی سالمندان ارائه دهد. بر این اساس نتایج این پژوهش می‌تواند به‌عنوان مبنایی برای تصمیم‌گیری مدیران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت در جهت ارتقای کارآمدی نظام ارائه خدمات سلامت سالمندان و پاسخگویی مؤثرتر به چالش‌های ناشی از سالمندشدن جمعیت مورد استفاده قرار گیرد.

مرور مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر، پژوهش‌های متعددی به بررسی مدیریت و بهبود عملکرد نظام سلامت پرداخته‌اند. گولچا و همکاران در مطالعه‌ای درباره تأثیر مأموریت ملی سلامت هند بر نظام سلامت، نشان دادند که اصلاحات مدیریتی و تقویت مدیریت موجب بهبود دسترسی به خدمات سلامت، توسعه منابع انسانی و ارتقای عملکرد نظام سلامت شده است. همچنین آنان بر ضرورت طراحی الگوهای مدیریتی یکپارچه متناسب با شرایط هر کشور تأکید کردند.[۱۹] اسکالمن و همکاران با بررسی اصلاحات نظام سلامت ایرلند دریافتند که پاسخگویی، شفافیت، هماهنگی میان ذی‌نفعان و تبیین دقیق نقش‌ها، از عوامل کلیدی موفقیت اصلاحات و ارتقای کیفیت خدمات سلامت هستند.[۹] الشریف و همکاران گزارش کردند که توسعه کیفیت خدمات سلامت مستلزم ساختارهای مدیریتی منعطف، توسعه ظرفیت سازمانی، بهره‌گیری از فناوری‌های نوین و تقویت مشارکت بین‌بخشی است و تلفیق مدیریت کارآمد با مدیریت اثربخش، عملکرد نظام سلامت را بهبود می‌بخشد.[۲] فوتوری و تیدیوسی نشان دادند که موفقیت نظام‌های سلامت علاوه بر سیاست‌گذاری مناسب، به استقرار سازوکارهای مدیریتی مبتنی بر ارزش‌هایی همچون شفافیت، پاسخگویی، مشارکت ذی‌نفعان و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد وابسته است.[۵]

شاهرخی و همکاران با شناسایی مؤلفه‌های مدیریت در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، هشت مؤلفه اصلی از جمله سلامت نظام اداری، توسعه سرمایه انسانی، توسعه سرمایه اجتماعی، چابکی سازمان و توسعه زیرساخت‌ها را معرفی کردند و نقش آن‌ها را در ارتقای کیفیت خدمات سلامت مؤثر دانستند.[۶] محمدی‌ها و همکاران نشان دادند که جهت‌گیری راهبردی، مدیریت منابع، توسعه ظرفیت ارائه خدمات، توسعه منابع دانشی و مشارکت ذی‌نفعان از مهم‌ترین عوامل ارتقای عملکرد نظام سلامت هستند و این مؤلفه‌ها نقش مؤثری در بهبود عملکرد نظام سلامت دارند.[۱۶]

مرور مطالعات پیشین نشان می‌دهد که بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه نظام سلامت، بر تبیین ابعاد مدیریت، شناسایی مؤلفه‌های مدیریت، اصلاح ساختارهای سازمانی یا ارائه چارچوب‌های کلی مدیریت متمرکز بوده‌اند. همچنین، پژوهش‌های مرتبط با سالمندان عمدتاً به جنبه‌های بالینی، اپیدمیولوژیک و نیازهای درمانی این گروه پرداخته و کمتر به طراحی یک الگوی مدیریتی جامع برای توسعه و بهبود کیفیت خدمات درمانی سالمندان توجه کرده‌اند.[۱۱]

Proof

نوآوری پژوهش حاضر در ارائه یک الگوی بومی و یکپارچه برای مدیریت توسعه و بهبود کیفیت خدمات درمانی سالمندان در نظام سلامت است که با تلفیق مؤلفه‌های مدیریتی، سازمانی، راهبردی و کیفیت خدمات، چارچوبی منسجم برای ارتقای عملکرد نظام سلامت در حوزه سالمندی ارائه می‌دهد. این پژوهش، برخلاف مطالعات پیشین که هر یک تنها بخشی از ابعاد مدیریت یا مدیریت نظام سلامت را بررسی کرده‌اند، روابط میان مؤلفه‌های مؤثر را به‌صورت یک مدل مفهومی یکپارچه تبیین کرده و می‌تواند مبنایی برای تصمیم‌گیری مدیران و سیاست‌گذاران در برنامه‌ریزی، تخصیص منابع و بهبود کیفیت خدمات درمانی سالمندان باشد.

روش کار

این پژوهش از نظر هدف کاربردی- توسعه‌ای و از نظر شیوه اجرا از نوع پژوهش‌های آمیخته (کیفی- کمی) با رویکرد اکتشافی متوالی است. در مرحله نخست، به‌منظور شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های مدیریت نظام سلامت در توسعه خدمات درمانی سالمندان، از روش کیفی استفاده شد. جامعه پژوهش در این مرحله شامل ۱۶ نفر از متخصصین و صاحب‌نظران حوزه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، شامل ۲ نفر از متخصصین حوزه سیاست‌گذاری سلامت، ۶ نفر از متخصصین مدیریت نظام سلامت و ۸ نفر از پزشکان و کادر ارائه‌دهنده خدمات درمانی به سالمندان بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. لازم به ذکر است که ۱۰ نفر از این افراد جز مدیران نظام سلامت و اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی بودند. معیار ورود به مطالعه تخصص در حوزه نظام سلامت و شاغل بودن به‌عنوان هیئت علمی، مدیر یا اشتغال به‌عنوان پزشک یا کادر در بخش‌های مرتبط با سالمندان و معیار خروج عدم داشتن تخصص یا عدم اشتغال در بخش سالمندان بود. داده‌های این طرح پژوهشی به مدت ۶ ماه از آذر ماه ۱۴۰۴ تا اردیبهشت ۱۴۰۵ و در دانشگاه علوم پزشکی تبریز و به روش مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری و با بهره‌گیری از روش تحلیل مضمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند تا مضامین پیشنهادی استخراج شوند. نمونه‌گیری به روش هدفمند (قضاوت‌محور) و با تکنیک گلوله‌برفی انجام شد و مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. برای تأمین اعتبار یافته‌های کیفی از معیارهای لینکلن و گوبا (قابلیت اعتماد، انتقال‌پذیری، اطمینان‌پذیری و تأییدپذیری) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش کدگذاری (باز، محوری و انتخابی) انجام شد.

در مرحله دوم، به‌منظور اعتبارسنجی الگوی به‌دست‌آمده، از روش کمی استفاده شد. در این مرحله بر اساس یافته‌های بخش کیفی، پرسش‌نامه‌ای طراحی و در میان جامعه آماری پژوهش که شامل مدیران، کارشناسان و اعضای هیئت‌علمی مرتبط با حوزه سلامت در دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودند، توزیع گردید. جهت تعیین حجم نمونه از راهنمای کلاین (Kline) و هیر (Hair) و همکاران در مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد.[۲۰،۲۱] بر اساس این رویکرد، حداقل حجم نمونه برای اجرای مدل‌سازی معادلات ساختاری ۲۰۰ نفر (یا به ازای هر گویه/ سؤال پرسش‌نامه، ۵ تا ۱۰ نمونه) در نظر گرفته می‌شود. با توجه به اینکه ابزار سنجش پژوهش دارای ۵۵ گویه بود، حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ نفر برآورد گردید. جهت اطمینان از نرخ بازگشت مناسب و پیشگیری از ریزش نمونه‌ها، در مجموع ۲۵۰ پرسش‌نامه به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده (یا در دسترس) میان جامعه هدف توزیع شد که در نهایت ۲۲۵ پرسش‌نامه به‌طور کامل و بدون نقص بازگردانده و مبنای تحلیل قرار گرفت. نمونه پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعیین شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از روش‌های آماری و با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای آماری (برای تحلیل‌های مقدماتی، MAXQDA برای بخش کیفی و SPSS و LISREL برای اعتبارسنجی مدل) مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند تا میزان برازش و اعتبار ابعاد الگوی پیشنهادی بررسی شود. ابزار پژوهش این مرحله، پرسش‌نامه محقق‌ساخته (برآمده از کدهای مرحله کیفی) در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت بود. پرسش‌نامه نهایی شامل چهار بُعد اصلی، ۱۲ مؤلفه و ۵۵ گویه بود که ابعاد آن شامل تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و داده‌ها، یکپارچگی و کیفیت خدمات، مدیریت راهبردی منابع انسانی و رفاه سالمندان بود.

روایی صوری و محتوایی توسط متخصصان تأیید شد. برای پایایی نیز از ضریب آلفای کرونباخ مطابق جدول مربوطه در قسمت یافته‌ها استفاده گردید.

Proof

یافته‌ها

به‌منظور تبیین دیدگاه خبرگان درباره مدیریت توسعه و بهبود کیفیت خدمات درمانی سالمندان، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با مشارکت‌کنندگان انجام شد. در جدول ۱، نمونه‌ای از پرسش‌های مطرح‌شده و پاسخ‌های دریافت‌شده با هدف نشان‌دادن فرایند گردآوری داده‌های کیفی ارائه شده است. پاسخ‌ها با حفظ محتوای اصلی دیدگاه مشارکت‌کنندگان منعکس شده‌اند.

جدول ۱. نمونه مصاحبه‌های انجام شده

خلاصه متن اصلی مصاحبه	نقل‌قول از مصاحبه	کد مفهومی
عدالت در دسترسی محدود به خدمات تخصصی و بستری شده است؛ مراقبت‌های پیشگیرانه و توان‌بخشی نادیده گرفته می‌شوند. این امر در مناطق روستایی/محروم باعث می‌شود سالمندان برای خدمات تخصصی مسافت‌های طولانی طی کنند که کیفیت زندگی آنان را مستقیماً تحت تأثیر قرار می‌دهد.	«عدالت در دسترسی بالینی بیشتر به خدمات بستری و تخصصی محدود شده است، در حالی که مراقبت‌های پیشگیرانه و توان‌بخشی کمتر دیده می‌شود. سالمندان روستایی مجبورند مسافت زیادی را برای خدمات تخصصی طی کنند که کیفیت زندگی‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.»	- گسترش عدالت در دسترسی به خدمات بستری و تخصصی سالمندان - تقویت خدمات پیشگیرانه و توان‌بخشی در نظام سلامت - کاهش بار مسافت و هزینه سفر برای سالمندان روستایی - کیفیت زندگی سالمندان از طریق بهبود دسترسی به خدمات
بیمارستان‌ها بخش‌های اختصاصی سالمندی و برنامه‌های مراقبت ویژه ایجاد کرده‌اند، اما نوبت‌دهی، ظرفیت تخت و کمبود تجهیزات تخصصی باعث تأخیر در دسترسی سالمندان می‌شود؛ بنابراین عدالت تا حد زیادی تابع مدیریت منابع و ظرفیت است.	«در بیمارستان‌ها بخش‌های اختصاصی سالمندی و برنامه‌های ویژه راه‌اندازی شده، اما نوبت‌دهی، ظرفیت تخت و کمبود تجهیزات باعث تأخیر در دریافت خدمات می‌شود؛ عدالت به مدیریت منابع و ظرفیت وابسته است.»	- ایجاد و توسعه بخش‌های اختصاصی سالمندی در بیمارستان‌ها - تقویت برنامه‌های مراقبت ویژه بیمارستانی - بهینه‌سازی ظرفیت تخت‌های بیمارستانی - بهبود نظام نوبت‌دهی و کاهش تأخیر در دسترسی سالمندان به خدمات - تأمین تجهیزات تخصصی موردنیاز خدمات سالمندی - عدالت در دسترسی از طریق مدیریت کارآمد منابع و ظرفیت بیمارستانی - اثربخشی مداخلات بیمارستانی در کاهش نابرابری‌های سلامت سالمندان
تحقق عدالت در دسترسی از طریق نظام ارجاع و برنامه‌ریزی منطقه‌ای دنبال می‌شود، اما نبود داده‌های دقیق و پایش مستمر مانع شناسایی مداخلات مؤثر شده است؛ اجرای برنامه‌های بخشی و موقت نیز باعث کاهش تداوم و کیفیت خدمات سالمندان می‌شود.	«عدالت در دسترسی از طریق نظام ارجاع و برنامه‌ریزی منطقه‌ای پیگیری می‌شود، اما به‌دلیل فقدان داده‌های دقیق و پایش مستمر نمی‌توان مؤثرترین روش‌ها را شناسایی کرد. بسیاری از برنامه‌ها بخشی و موقت‌اند و این تداوم و کیفیت خدمات سالمندان را کاهش می‌دهد.»	- نقش نظام ارجاع در عدالت دسترسی - برنامه‌ریزی منطقه‌ای خدمات سالمندی - تعریف داده‌های دقیق سلامت سالمندان - ضعف نظام پایش و ارزیابی مستمر - تصمیم‌گیری غیرشواهدمحور - تداوم خدمات سالمندی - کیفیت خدمات سالمندان

در ادامه، یافته‌های حاصل از اجرای مراحل مختلف پژوهش ارائه می‌شود. تا ابعاد و مؤلفه‌های اصلی الگوی مدیریت نظام سلامت در توسعه خدمات درمانی سالمندان شناسایی شود. بر اساس نتایج این مرحله، کدها و مضامین استخراج و در قالب ابعاد و مؤلفه‌های اصلی الگوی پیشنهادی طبقه‌بندی شدند. از این‌رو، مضامین فراگیر، سازمان‌دهنده و پایه در جداول شماره ۲ تا ۵ نشان داده شده است.

جدول ۲. تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و داده‌ها در مدیریت نظام سلامت برای توسعه خدمات درمانی

مضامین فراگیر	مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه
تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و داده‌ها	شفافیت و پاسخگویی مدیریت	شفافیت در تصمیم‌گیری و تخصیص منابع پاسخگویی نتیجه‌محور مدیران خدمات سالمندی ارزیابی نظام‌مند عملکرد مراکز خدمات سالمندان گزارش‌دهی شفاف و کیفی‌محور خدمات سالمندی

Proof

تصمیم‌سازی عقلانی در سلامت	تصمیم‌گیری داده‌محور در سلامت سالمندان
	استقرار نظام اطلاعات سلامت سالمندان
	پایش و ارزیابی مستمر عملکرد
	همسویی سیاست‌ها با نیازهای واقعی سالمندان
	پرهیز از تصمیم‌گیری‌های مقطعی و غیرشواهدمحور
یکپارچگی نهادی	یکپارچگی خط‌مشی‌گذاری و اجرا در سلامت سالمندان
	هماهنگی نهادی و بین‌بخشی در خدمات سالمندان
	کاهش پراکنده‌کاری و استقرار مدیریت یکپارچه
	یکپارچگی ساختاری و عملکردی واحدهای ارائه‌دهنده خدمت
	استقرار نظام ارجاع یکپارچه و سالمندمحور
مشارکت ذی‌نفعان	مشارکت ساختاریافته ذی‌نفعان در خط‌مشی‌گذاری سلامت سالمندان
	تقویت نقش سالمندان در خط‌مشی‌گذاری سلامت
	استقرار سازوکارهای رسمی بازخورد ذی‌نفعان
	نهادینه‌سازی مدیریت مشارکتی در نظام سلامت سالمندان

تحلیل داده‌های پژوهش نشان می‌دهد که تحقق تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در مدیریت خدمات درمانی سالمندان مستلزم وجود شفافیت اطلاعاتی و پاسخ‌گویی نهادی است. بر اساس دیدگاه مشارکت‌کنندگان، محدودیت در دسترسی به داده‌های معتبر درباره سلامت سالمندان و نیز فقدان مستندسازی شفاف در فرآیندهای سیاست‌گذاری، به کاهش اعتماد نهادی و تضعیف پاسخ‌گویی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز منجر شده است. در این چارچوب، شفافیت از طریق انتشار منظم گزارش‌های عملکرد، فراهم‌سازی دسترسی به داده‌های غیرمحرمانه و ثبت نظام‌مند فرآیندهای تصمیم‌گیری، به‌عنوان پیش‌نیاز تصمیم‌گیری داده‌محور در نظام مدیریت سلامت شناخته شد.

یافته‌ها همچنین نشان داد که تصمیم‌سازی عقلانی یکی از مؤلفه‌های اساسی مدیریت در این حوزه به شمار می‌آید. این مؤلفه بر تحلیل نظام‌مند مسائل، بررسی و مقایسه گزینه‌های مختلف سیاستی و ارزیابی پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت تصمیمات تأکید دارد. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، بهره‌گیری از شواهد تجربی، استفاده از ابزارهای تحلیل سیاست و مشارکت خبرگان میان‌رشته‌ای می‌تواند به ارتقای کیفیت تصمیم‌گیری‌ها در حوزه خدمات درمانی سالمندان کمک کند.

در کنار این ابعاد، یکپارچگی نهادی نیز به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در بهبود مدیریت خدمات سالمندان شناسایی شد. این یکپارچگی از طریق تقویت هماهنگی میان نهادهای دخیل در ارائه خدمات، ایجاد سازوکارهای مشترک تصمیم‌گیری و طراحی نظام‌های ارجاع هماهنگ تحقق می‌یابد و می‌تواند به افزایش اثربخشی و انسجام خدمات درمانی برای سالمندان منجر شود. افزون بر این، مشارکت فعال ذی‌نفعان، به‌ویژه سالمندان و متخصصان حوزه سلامت، نقش مهمی در افزایش مقبولیت اجتماعی، مشروعیت نهادی و کارآمدی سیاست‌ها ایفا می‌کند و زمینه هم‌راستایی بیشتر خدمات درمانی با نیازهای واقعی این گروه جمعیتی را فراهم می‌سازد.

جدول ۳. یکپارچگی و کیفیت خدمات در مدیریت نظام سلامت برای توسعه خدمات درمانی سالمندان

مضامین فراگیر	مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه
یکپارچگی و کیفیت خدمات	کیفیت محوری خدمات	تمرکز بر کیفیت خدمات سالمندان
		استقرار استانداردها و پروتکل‌های مراقبت سالمندان
		ایمنی بیمار سالمند
		بهبود مستمر کیفیت خدمات سالمندان
	یکپارچگی خدمات و مدیریت نظام ارجاع	تضمین کیفیت ساختاری و اثربخشی مداخلات
		تداوم و پیوستگی مراقبت سالمندان
		بهینه‌سازی مسیر خدمت و مدیریت بستری سالمندان

Proof

گسترش خدمات جامعه‌محور و توان‌بخشی	هماهنگی بین سطوح خدمات در نظام ارجاع توسعه بسته جامع مراقبت سالمندان پیشگیری و مدیریت بلندمدت بیماری‌های سالمندان گسترش خدمات منزل، توان‌بخشی حمایت اجتماع‌محور ادغام خدمات چندبُعدی سالمندان مدیریت پیشگیرانه و سالمندمحور

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بُعد «یکپارچگی و کیفیت خدمات» از ارکان اساسی مدیریت نظام سلامت در توسعه خدمات درمانی سالمندان به شمار می‌آید. این بُعد بر هماهنگی نهادی و کارکردی میان اجزای نظام ارائه خدمت و همچنین تضمین استانداردهای کیفیت در مراقبت از سالمندان تأکید دارد و مؤلفه‌هایی نظیر کیفیت‌محوری خدمات، یکپارچگی خدمات و نظام ارجاع، و توسعه خدمات جامعه‌محور و توان‌بخشی را در بر می‌گیرد.

در حوزه کیفیت‌محوری خدمات سالمندان، دیدگاه مشارکت‌کنندگان نشان داد که بسیاری از مراکز درمانی بیش از آنکه بر ارتقای کیفیت مراقبت تمرکز داشته باشند، درگیر پاسخ‌گویی به حجم بالای تقاضای خدمات هستند و سازوکارهای نظام‌مند پایش و تضمین کیفیت خدمات سالمندی هنوز به‌طور کامل نهادینه نشده است. در نتیجه، تفاوت‌هایی در سطح کیفیت مراقبت و تجربه درمانی سالمندان در مراکز مختلف مشاهده می‌شود.

همچنین نتایج پژوهش بر اهمیت یکپارچگی خدمات و تقویت نظام ارجاع در ایجاد پیوستگی میان مراحل مختلف مراقبت از سالمندان تأکید دارد. از این منظر، توسعه مسیرهای مراقبتی سالمندان، تقویت مراقبت‌های اولیه به‌عنوان دروازه ورود به‌نظام سلامت، استقرار سامانه‌های ارجاع الکترونیک و ایجاد سازوکارهای هماهنگی میان مراکز بهداشتی، بیمارستانی و توان‌بخشی از الزامات الگوی مدیریت مطلوب در این حوزه محسوب می‌شود. به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، استقرار نظام ارجاع منسجم می‌تواند به افزایش کارایی نظام سلامت، بهبود تداوم مراقبت و ارتقای تجربه درمانی سالمندان منجر شود.

در نهایت، گسترش خدمات جامعه‌محور و توان‌بخشی نیز به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی در ارتقای یکپارچگی خدمات شناسایی شد. این رویکرد با انتقال تمرکز از بیمارستان‌محوری به مراقبت‌های مبتنی بر جامعه و خانواده، زمینه بهبود دسترسی عادلانه سالمندان به خدمات، کاهش مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی و تقویت خودمراقبتی را فراهم می‌سازد و در نهایت به تحقق مدیریت پایدار در ارائه خدمات درمانی سالمندان کمک می‌کند.

جدول ۴. مدیریت منابع سازمانی در مدیریت مدیریت نظام سلامت برای توسعه خدمات درمانی سالمندان

مضامین فراگیر	مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه
مدیریت منابع سازمانی	مدیریت راهبردی منابع انسانی	توسعه و توزیع نیروی انسانی متخصص سالمندی آموزش و توانمندسازی کادر درمان سالمندی مدیریت فشارکاری و انگیزش کارکنان فرهنگ‌سازمانی حمایتی
	پایداری مالی و کارایی منابع	بودجه‌ریزی نیازمحور و برنامه‌محور تخصیص منابع مبتنی بر عملکرد و داده مدیریت محدودیت بودجه و کاهش اتلاف منابع تأمین مالی پایدار و کارایی خدمات سالمندان توسعه پایدار خدمات سلامت سالمندان
	ظرفیت‌سازی نهادی	نهادینه‌سازی واحدهای تخصصی سالمندان تجهیز مراکز درمانی و بستری سالمندان گسترش شبکه مراکز تخصصی و توان‌بخشی سالمندان بازطراحی ساختار سازمانی متناسب با جمعیت سالمندان

Proof

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بُعد «مدیریت منابع سازمانی» نقش تعیین‌کننده‌ای در تحقق مدیریت اثربخش نظام سلامت برای توسعه خدمات درمانی سالمندان ایفا می‌کند. این بُعد به چگونگی برنامه‌ریزی، تخصیص و بهره‌برداری بهینه از منابع انسانی، مالی، فیزیکی و فناورانه در راستای پاسخ‌گویی به نیازهای سلامت سالمندان اشاره دارد و مؤلفه‌هایی نظیر مدیریت راهبردی منابع انسانی، پایداری مالی و کارایی منابع، و ظرفیت‌سازی نهادی را در بر می‌گیرد.

در حوزه مدیریت راهبردی منابع انسانی، دیدگاه مشارکت‌کنندگان بر ضرورت برنامه‌ریزی هدفمند برای جذب، آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی متخصص در حوزه سالمندی تأکید داشت. نتایج نشان داد که ارتقای مهارت‌های تخصصی در مراقبت از سالمندان، بهره‌گیری از رویکردهای میان‌رشته‌ای، توسعه آموزش‌های حرفه‌ای مستمر و ایجاد سازوکارهای انگیزشی برای نگهداشت کارکنان ازجمله الزامات ارتقای کیفیت خدمات سالمندی محسوب می‌شود.

همچنین پایداری مالی و کارایی منابع به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی این بُعد مورد توجه قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که تخصیص بهینه منابع مالی، مدیریت هزینه‌ها و تضمین تأمین پایدار منابع برای خدمات سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است. در این راستا، استفاده از بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد، انجام تحلیل‌های هزینه-اثربخشی، افزایش شفافیت در تخصیص منابع و بهره‌گیری از فناوری‌های دیجیتال در مدیریت خدمات از جمله راهکارهای مؤثر برای ارتقای کارایی منابع تلقی می‌شود.

در نهایت، ظرفیت‌سازی نهادی به‌عنوان عاملی مهم در تقویت توان پاسخ‌گویی نظام سلامت در حوزه سالمندی شناسایی شد. این مؤلفه شامل تقویت زیرساخت‌های سازمانی، استقرار سامانه‌های یکپارچه اطلاعات سلامت، بهبود سازوکارهای مدیریتی و توسعه هماهنگی میان‌بخشی میان سازمان‌ها و مراکز ارائه‌دهنده خدمات است. بر اساس یافته‌ها، ارتقای ظرفیت نهادی می‌تواند به افزایش تاب‌آوری نظام سلامت و پاسخ‌گویی مؤثرتر به نیازهای روبه‌رشد جمعیت سالمند منجر شود.

جدول ۵. رفاه سالمندان در مدیریت نظام سلامت برای توسعه خدمات درمانی سالمندان

مضامین فراگیر	مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه
رفاه سالمندان	تمرکز بر کیفیت زندگی سالمندان	سالمندمحوری در خدمات سلامت
		ارتقای کیفیت زندگی سالمندان
		تناسب خدمات با نیازهای جسمی و روانی سالمندان
		رضایت سالمندان به‌نظام سلامت
		اعتماد سالمندان به‌نظام سلامت
	عدالت در دسترسی به خدمات سلامت	عدالت در خدمات درمانی، تخصصی و بستری
		کاهش نابرابری‌های منطقه‌ای در دسترسی سالمندان
		کاهش موانع اقتصادی و جغرافیایی دسترسی سالمندان
		عدالت در تجربه دریافت خدمات سلامت سالمندان
		تعریف نظام ارجاع در تحقق عدالت دسترسی سالمندان

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که «رفاه سالمندان» به‌عنوان پیامد نهایی الگوی مدیریت نظام سلامت، بیانگر تحقق هدف غایی توسعه خدمات درمانی سالمندان است. رفاه سالمندان مفهومی چندبعدی است که ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی سلامت را در کنار حفظ کرامت انسانی در بر می‌گیرد و زمانی تحقق می‌یابد که کیفیت مراقبت، دسترسی عادلانه به خدمات، حمایت‌های روانی-اجتماعی، خدمات توان‌بخشی و مشارکت سالمندان در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با مراقبت‌هایشان به‌طور مؤثر تضمین شود.

در این راستا، مشارکت‌کنندگان تأکید کردند که ارتقای کیفیت زندگی سالمندان فراتر از درمان بیماری‌هاست و ابعاد گسترده‌تری همچون حفظ سلامت جسمی و روانی، مدیریت و کنترل بیماری‌های مزمن، ارائه خدمات توان‌بخشی مؤثر و کاهش فشارهای روان‌شناختی را در بر می‌گیرد. یافته‌ها نشان داد که توسعه خدمات درمانی تخصصی، گسترش مراقبت‌های جامعه‌محور، ارائه

Proof

حمایت‌های روانی- اجتماعی و توجه به ترجیحات و نیازهای فردی سالمندان می‌تواند به افزایش استقلال، تقویت خودمراقبتی و ارتقای تاب‌آوری آنان منجر شود و در نهایت تجربه مراقبتی سالمندان را بهبود بخشد.

همچنین عدالت در دسترسی به خدمات سلامت به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی رفاه سالمندان شناسایی شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که توزیع نامتوازن منابع، تمرکز خدمات در مناطق شهری و محدودیت زیرساخت‌های سلامت در برخی مناطق از جمله عوامل اصلی نابرابری در دسترسی سالمندان به خدمات درمانی و توان‌بخشی به شمار می‌آید. بر اساس یافته‌ها، تحقق عدالت در این حوزه مستلزم برنامه‌ریزی مبتنی بر نیازسنجی سالمندان، توسعه خدمات جامعه‌محور و توان‌بخشی در مناطق کم‌برخوردار و بهره‌گیری از فناوری‌های دیجیتال سلامت برای کاهش فاصله جغرافیایی و افزایش پوشش خدمات است.

با توجه به یافته‌های حاصل از مرحله کیفی و شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های الگوی مدیریت نظام سلامت در توسعه خدمات درمانی سالمندان، در مرحله دوم پژوهش تلاش شد تا اعتبار و برازش این الگو از طریق روش‌های کمی مورد بررسی قرار گیرد. بر این اساس، مؤلفه‌های استخراج‌شده از تحلیل داده‌های کیفی مبنای طراحی پرسش‌نامه پژوهش قرار گرفت و در جامعه آماری موردنظر مورد آزمون قرار گرفت تا میزان تأثیر و روابط میان ابعاد الگو تبیین شود. در گام نخست، پایایی ابزار پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که مقادیر به‌دست‌آمده برای تمامی سازه‌های پژوهش در سطح قابل‌قبول قرار دارد که بیانگر ثبات درونی مناسب گویه‌ها است. همچنین بررسی روایی همگرای سازه‌ها از طریق میانگین واریانس استخراج‌شده نشان داد که گویه‌ها از همبستگی مناسب برخوردار بوده و قادرند سازه‌های موردنظر را به‌خوبی تبیین کنند.

جدول ۶. مقدار ضریب آلفای کرونباخ به تفکیک هر یک از ابعاد اصلی

ابعاد اصلی	تعداد سؤالات	ضریب آلفای کرونباخ
کل سؤالات	۵۵	۰/۹۰۷
تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و داده‌ها	۱۸	۰/۸۶۳
یکپارچگی و کیفیت خدمات	۱۴	۰/۸۳۹
مدیریت منابع سازمانی	۱۳	۰/۸۲۴
رفاه سالمندان	۱۰	۰/۸۰۵

نتایج نشان داد که مقدار روایی واگرا برای تمامی ابعاد الگو بالاتر از حد آستانه (۰/۵) است. این یافته تأیید می‌کند که گویه‌های طراحی‌شده قرابت معنایی بالایی با سازه‌های خود داشته و به‌خوبی آن‌ها را تبیین می‌کنند. روایی همگرا نیز در جدول ۷ نشان داده شده است.

جدول ۷. روایی همگرای مؤلفه‌های پژوهش

مؤلفه	روایی همگرا	مؤلفه	روایی همگرا
شفافیت و پاسخگویی مدیریت	۰/۷۱۵	کیفیت محوری خدمات سالمندان	۰/۶۶۸
تصمیم‌سازی عقلانی در سلامت سالمندان	۰/۶۵۸	یکپارچگی خدمات و مدیریت نظام ارجاع	۰/۷۶۷
یکپارچگی نهادی	۰/۶۱۲	گسترش خدمات جامعه‌محور و توان‌بخشی	۰/۷۶
مشارکت ذی‌نفعان	۰/۶۸	تمرکز بر کیفیت زندگی سالمندان	۰/۷۰۸
مدیریت راهبردی منابع انسانی	۰/۶۸۵	عدالت در دسترسی به خدمات سلامت	۰/۶۲۸
پایداری مالی و کارایی منابع	۰/۷۲۴	ظرفیت‌سازی نهادی	۰/۷۲۲

پس از تأیید پایایی و روایی ابزار پژوهش، مدل ساختاری مورد آزمون قرار گرفت تا روابط میان ابعاد الگوی مدیریت سلامت در توسعه خدمات درمانی سالمندان بررسی شود. نتایج تحلیل مدل ساختاری نشان داد که

Proof

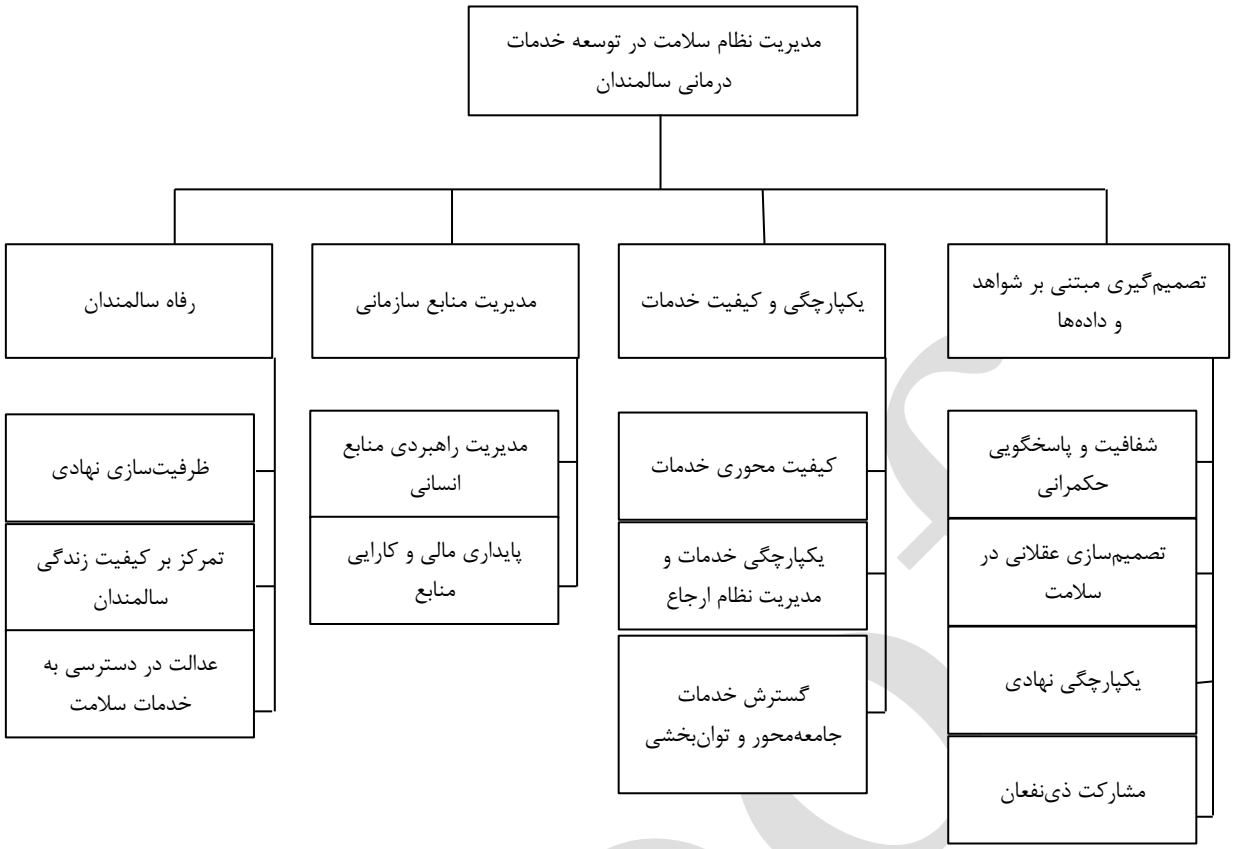
ضرایب مسیر میان سازه‌های پژوهش در سطح معناداری قابل‌قبول قرار دارند و شاخص‌های برازش مدل نیز بیانگر مناسب بودن ساختار پیشنهادی است.

جدول ۸. بار عاملی و ضریب معناداری مدیریت نظام سلامت در توسعه خدمات درمانی سالمندان

متغیرها	بار عاملی	t-value
تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و داده‌ها	۰/۸۸	۷/۸۸
شفافیت و پاسخگویی مدیریت	۰/٦۸	-
تصمیم‌سازی عقلانی در سلامت سالمندان	۰/۷۸	٦/۷۸
یکپارچگی نهادی	۰/۹۲	٦/۹۲
مشارکت ذی‌نفعان	۰/٦۲	۷/٦۲
یکپارچگی و کیفیت خدمات	۰/۹٦	۷/۹۶
کیفیت محوری خدمات سالمندان	۰/٥٦	-
یکپارچگی خدمات و مدیریت نظام ارجاع	۰/۷۹	۸/۷۹
گسترش خدمات جامعه‌محور و توان‌بخشی	۰/٥۳	۱۰/۹۹
مدیریت منابع	۰/٦۰	٤/۰۹
مدیریت راهبردی منابع انسانی	۰/۹۱	-
پایداری مالی و کارایی منابع	۰/۷۲	۷/۷۲
ظرفیت‌سازی نهادی	۰/۸۲	٦/۸۲
تجربه و رفاه سالمندان	۰/۸۰	۸/۸۰
تمرکز بر کیفیت زندگی سالمندان	۰/٥٤	-
عدالت در دسترسی به خدمات سلامت	۰/۸۹	۸/۸۹

با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش و روابط شناسایی‌شده میان ابعاد و مؤلفه‌های اصلی، الگوی نهایی مدیریت توسعه و بهبود کیفیت خدمات درمانی سالمندان در نظام سلامت تدوین شد. این ابعاد، چارچوبی منسجم از عوامل و ارتباطات مؤثر بر توسعه و ارتقای کیفیت خدمات درمانی سالمندان را ارائه می‌دهد و می‌تواند به‌عنوان مبنایی برای خط‌مشی‌گذاری، برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری مدیران نظام سلامت مورد استفاده قرار گیرد. به‌منظور تبیین بهتر ساختار مدل و نمایش روابط میان مؤلفه‌ها، الگوی نهایی پژوهش به‌صورت یک شکل مفهومی در شکل ۱ ارائه شده است.

Proof



شکل ۱. مدل مدیریت نظام سلامت در توسعه خدمات درمانی سالمندان

بحث

پژوهش حاضر با هدف طراحی الگوی مدیریت توسعه و بهبود کیفیت خدمات درمانی سالمندان در نظام سلامت انجام شد. یافته‌ها نشان داد که این الگو بر چهار بُعد اصلی شامل تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و داده‌ها، یکپارچگی و کیفیت خدمات، مدیریت راهبردی منابع انسانی و تجربه و رفاه سالمندان استوار است. این یافته‌ها بیانگر آن است که بهبود کیفیت خدمات درمانی سالمندان صرفاً با توسعه زیرساخت‌های درمانی امکان‌پذیر نیست، بلکه نیازمند استقرار یک نظام مدیریتی یکپارچه، داده‌محور و مبتنی بر نیازهای سالمندان است.

در بُعد تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و داده‌ها، یافته‌های پژوهش نشان داد که استفاده از داده‌های معتبر، نظام‌های اطلاعات سلامت و تحلیل‌های مبتنی بر شواهد، از عوامل مؤثر در ارتقای کیفیت تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری در نظام سلامت است. این یافته از نظر اهمیت نقش نظام مدیریتی در ارتقای کیفیت خدمات سلامت، با نتایج پژوهش شاهرخی و همکاران همسو است. آنان با شناسایی مؤلفه‌های مدیریت در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، مؤلفه اصلی از جمله سلامت نظام اداری، توسعه سرمایه انسانی، توسعه سرمایه اجتماعی، را معرفی کردند.[۶]

همچنین، کیک‌بوش و گلایشر در تبیین حکمرانی سلامت، بر اهمیت نقش شواهد و اطلاعات در فرایند سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری تأکید کرده‌اند. این دیدگاه با یافته پژوهش حاضر همخوانی دارد؛ زیرا در نظام‌های سلامت پیچیده، دسترسی به اطلاعات معتبر و استفاده از شواهد می‌تواند به بهبود تخصیص منابع، شناسایی نیازهای واقعی سالمندان و ارتقای اثربخشی برنامه‌های سلامت کمک کند.[۱۰]

در بُعد یکپارچگی و کیفیت خدمات، یافته‌ها نشان داد که هماهنگی میان سطوح مختلف ارائه خدمات و ایجاد مسیرهای مراقبتی یکپارچه، از مهم‌ترین عوامل ارتقای کیفیت خدمات درمانی سالمندان است. این یافته از نظر مفهومی با نتایج پژوهش اسکالمن و همکاران همسو است. آنان با بررسی اصلاحات نظام سلامت ایرلند، پاسخ‌گویی، شفافیت، هماهنگی میان ذی‌نفعان و تبیین

دقیق نقش‌ها را از عوامل کلیدی موفقیت اصلاحات و ارتقای کیفیت خدمات سلامت معرفی کردند.[9] همچنین، حائری و همکاران با تمرکز بر نقش نهادهای مدنی، مدلی پنج‌بعدی برای مدیریت نظام سلامت ارائه کردند و نشان دادند که مدیریت شبکه‌ای و مشارکت اجتماعی از اهمیت بیشتری در میان ابعاد مدل برخوردارند. این یافته‌ها بر اهمیت تعامل و هماهنگی میان بازیگران مختلف نظام سلامت در بهبود و یکپارچه‌سازی خدمات تأکید دارند.[7]

در بُعد مدیریت راهبردی منابع انسانی، نتایج پژوهش نشان داد که توانمندی، انگیزش و شایستگی کارکنان از عوامل تعیین‌کننده در ارتقای کیفیت خدمات درمانی سالمندان هستند. این یافته از نظر اهمیت توسعه سرمایه انسانی با نتایج پژوهش شاهرخی و همکاران همسو است. آنان با شناسایی مؤلفه‌های مدیریت در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، هشت مؤلفه اصلی از جمله سلامت نظام اداری، توسعه سرمایه انسانی، توسعه سرمایه اجتماعی را معرفی کردند و بر نقش این مؤلفه‌ها در ارتقای کیفیت خدمات سلامت تأکید داشتند.[6] همچنین، گولچا و همکاران در مطالعه‌ای درباره تأثیر مأموریت ملی سلامت هند بر نظام سلامت، نشان دادند که اصلاحات مدیریتی و تقویت ظرفیت‌های مدیریتی می‌تواند به بهبود دسترسی به خدمات سلامت، توسعه منابع انسانی و ارتقای عملکرد نظام سلامت منجر شود. آنان همچنین بر ضرورت طراحی الگوهای مدیریتی یکپارچه و متناسب با شرایط هر کشور تأکید کردند.[19] در بُعد تجربه و رفاه سالمندان، یافته‌ها نشان داد که موفقیت نظام مدیریت سلامت زمانی محقق می‌شود که پیامد اقدامات مدیریتی به بهبود تجربه سالمندان از دریافت خدمات درمانی، افزایش رضایت و ارتقای رفاه آنان منجر شود. این یافته از نظر توجه به ارزش‌ها و نیازهای ذی‌نفعان در مدیریت نظام سلامت، با دیدگاه فوتوری و تیدیوسی همسو است. آنان با بهره‌گیری از نظریه فرهنگی در تحلیل حکمرانی و مدیریت نظام‌های سلامت، نشان دادند که ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی بر نحوه حکمرانی، شیوه مدیریت سازمان‌های سلامت و مشروعیت دامنه اقدامات آن‌ها تأثیرگذارند. همچنین، بر ضرورت هماهنگی سازوکارهای مدیریتی و تصمیم‌گیری با ارزش‌های زیربنایی پوشش همگانی سلامت تأکید کردند.[5]

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر با بخش قابل‌توجهی از مطالعات داخلی و بین‌المللی همخوانی دارد؛ اما تفاوت اساسی آن با پژوهش‌های پیشین در این است که اغلب مطالعات گذشته، مؤلفه‌های مدیریت یا مدیریت نظام سلامت را به‌صورت مستقل بررسی کرده‌اند، در حالی‌که پژوهش حاضر با تمرکز بر توسعه و بهبود کیفیت خدمات درمانی سالمندان، این مؤلفه‌ها را در قالب یک الگوی مدیریتی یکپارچه و بومی تلفیق کرده و روابط میان آن‌ها را تبیین نموده است. از این‌رو، الگوی پیشنهادی علاوه بر توسعه ادبیات نظری، می‌تواند به‌عنوان چارچوبی کاربردی برای برنامه‌ریزی، مدیریت منابع، بهبود کیفیت خدمات و ارتقای تجربه سالمندان در دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت مورد استفاده قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که مدیریت توسعه و بهبود کیفیت خدمات درمانی سالمندان نیازمند رویکردی چندبعدی و یکپارچه است. الگوی طراحی‌شده با تأکید بر چهار بُعد تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و داده‌ها، یکپارچگی و کیفیت خدمات، مدیریت راهبردی منابع انسانی و تجربه و رفاه سالمندان، چارچوبی برای توجه هم‌زمان به الزامات مدیریتی و نیازهای دریافت‌کنندگان خدمات ارائه می‌کند. بر این اساس، مدیران نظام سلامت می‌توانند از این الگو برای تقویت نظام‌های اطلاعاتی و تصمیم‌گیری، بهبود هماهنگی میان سطوح ارائه خدمات، توسعه توانمندی و شایستگی کارکنان و افزایش توجه به رضایت و رفاه سالمندان بهره بگیرند.

از نظر کاربردی، استفاده از الگوی پیشنهادی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت می‌تواند مبنایی برای بازنگری در فرایندهای مدیریتی، برنامه‌ریزی منابع، هماهنگی میان واحدهای ارائه‌دهنده خدمات و طراحی برنامه‌های بهبود کیفیت متناسب با نیازهای سالمندان فراهم سازد. با این حال، اثربخشی عملی الگو در بهبود پیامدهای خدمات درمانی سالمندان، مستلزم اجرای آزمایشی، ارزیابی مستمر و متناسب‌سازی آن با شرایط سازمانی و منطقه‌ای است.

پژوهش حاضر با وجود ارائه الگویی برای مدیریت توسعه و بهبود کیفیت خدمات درمانی سالمندان، با محدودیت‌هایی همراه بوده است. نخست، مرحله کیفی پژوهش بر دیدگاه خبرگان و متخصصان نظام سلامت

PROOF

دانشگاه علوم پزشکی تبریز مبتنی بود؛ بنابراین ممکن است دیدگاه برخی ذی‌نفعان دیگر، از جمله سالمندان و خانواده‌های آنان، به‌طور کامل منعکس نشده باشد. دوم، اعتبارسنجی الگو در یک محیط سازمانی و جغرافیایی مشخص انجام شد که تعمیم نتایج به سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی و مناطق کشور را با محدودیت مواجه می‌سازد. همچنین، ماهیت مقطعی داده‌ها امکان بررسی تغییرات زمانی مؤلفه‌های الگو و پیامدهای بلندمدت اجرای آن را محدود می‌کند.

بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده ضمن اعتبارسنجی الگوی حاضر در سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی و مناطق کشور، دیدگاه سالمندان و خانواده‌های آنان را نیز در ارزیابی و توسعه الگو مورد توجه قرار دهند. همچنین، اجرای آزمایشی الگو و بررسی تأثیر آن بر شاخص‌هایی مانند رضایت سالمندان، پیوستگی مراقبت، دسترسی به خدمات و کیفیت خدمات درمانی می‌تواند زمینه ارزیابی اثربخشی عملی آن را فراهم کند.

قدردانی‌ها

پژوهشگران از تمامی مشارکت‌کنندگان در فرایند گردآوری داده‌ها و همچنین از سرکار خانم دکتر سامبورانی، جناب آقای دکتر پروین‌زاده، جناب آقای دکتر اعلایی و جناب آقای دکتر هروی به‌دلیل ارائه دیدگاه‌های تخصصی، اظهارنظر درباره یافته‌های پژوهش و همکاری علمی در بهبود و غنی‌سازی محتوای مقاله صمیمانه قدردانی می‌کنند.

مشارکت پدیدآوران

در این پژوهش، امیرعباس تقی‌زاده فرتاش در ایده‌پردازی و گردآوری داده‌ها، فرهاد نژاد حاج علی ایرانی در هدایت علمی و روش‌شناسی، یحیی داداش کریمی در تحلیل و تدوین نظریه و هانیه اسکندری در جمع‌آوری داده و کدگذاری مشارکت داشتند و همه نویسندگان نسخه نهایی را تأیید کردند.

منابع مالی

نویسندگان اعلام می‌کنند که در این پژوهش از هیچ حمایت مالی برخوردار نبودند.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر با تائید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، با کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1405.032 انجام یافته است.

استفاده از هوش مصنوعی

در این پژوهش از هوش مصنوعی تنها برای بازبینی نگارشی، ترجمه چکیده و چکیده‌مبسوط و ارتقای خوانایی متن استفاده شده است و هیچ‌گونه تحلیل داده یا تولید یافته‌های پژوهش توسط هوش مصنوعی انجام نشده است.

تعارض منافع

پدیدآورندگان اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در نگارش و انتشار این اثر ندارند.

References

1. Antonio TCA. Governance for health: A critical, but poorly understood, health system component. *Acta Medica Philippina*. 2023; 57(3):3-4. doi: 10.47895/amp.v57i3.7663
2. Alshareef AHM, Alabbas KH, Al-Daghrir SAA, Alshareef AAA, Alsharif NSN, Alsharief IAA, et al. Management and administration: Comprehensive review of governance models and organizational adaptability in health systems. *Journal of Ecohumanism*. 2024; 3(8): 6775–6784. doi: 10.62754/joe.v3i8.5345
3. Evans TG, Ahmed, SM. Governance of health systems. In Global Health Essentials. Cham: Springer International Publishing; 2023. doi: 10.1007/978-3-031-33851-9_43
4. Fang Y, Zhang F, Zhou C, Chen M. Governance Capability of the Public Health System: A Comparative Analysis of the Control of COVID-19 in the Different Provinces of China. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8):1-14. doi: 10.3390/ijerph18084210
5. Fattore G, Tediosi F. The importance of values in shaping how health systems governance and management can support universal health coverage. *Value Health*. 2013;16(1 Suppl):S19-23. doi: 10.1016/j.jval.2012.10.008

Proof

6. Shahrokhi J, Pourkarimi J, Moeini B, Roshan A. Identifying Governance Components in the Health System: A Qualitative Study in Iranian Medical Sciences Universities. *Journal of Health System Research*. 2025; 21(1):64-72. doi: 10.48305/jhsr.v21i1.1583. (Persian)
7. Haeri SM, Amirnejad G, Zarra-Nejad M, Memarzadeh G. Designing A Health System Governance Model with A Focus on Civil Society. Quarterly Journal of Management Strategies in Health System. 2025; 10(3):211-224. doi: 10.18502/mshsj.v10i3.20648. (Persian)
8. Paatela S, Huhtakangas M, Tynkkynen LK. Governance of a health and social service system after two years of a large-scale reform: a qualitative study in Finland. *J Health Organ Manag*. 2026;40(2):254-270. doi: 10.1108/JHOM-01-2025-0055
9. Schulmann K, Bruen C, Parker S, Siersbaek R, Conghail LM, Burke S. The role of governance in shaping health system reform: a case study of the design and implementation of new health regions in Ireland, 2018–2023. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):1-15. doi: 10.1186/s12913-024-11048-2
10. Kickbusch I, Gleicher DE. Governance for health in the 21st century. WHO; 2012.
11. Soleimani H, Hosseinpour D, Seyed Naghavi MA. Formulation of the Local Model of Governance for Iran's Health System with a Network Approach. *Governance and Development Journal*. 2023;3(2):147-176. doi: 10.22111/jipaa.2023.414955.1136. (Persian)
12. Samouei R, Keyvanara M. Explaining the Challenges of the Iranian Health System in the Face of Future Aging: Qualitative Study. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2022; 16(4):608-623. doi: 10.32598/sija.2022.3270.1. (Persian)
13. Pakzad P, Yazdi N, Naji MH, Mohammadi N, Motalebi SA. The expectation-perception gap in primary healthcare quality: a study of Iranian older adults. *BMC Geriatr*. 2026;26(1):1-9. doi: 10.1186/s12877-026-07274-4
14. Bordbar S, Shojaei P, Asadollahi A, Ravangard R, Shirazi F, Askarian M, et al. Identifying and evaluating the challenges of geriatric healthcare service provision in Iran: evidence from a mixed-methods study. *Sci Rep*. 2025;15(1):1-18. doi: 10.1038/s41598-025-13182-1
15. Gholamzadeh S, Shaygan M, Naderi Z, Hosseini FA. Age discrimination perceived by hospitalized older adult patients in Iran: A qualitative study. *Health Promot Perspect*. 2022;12(1):45-55. doi: 10.34172/hpp.2022.07
16. Mohammadiha H, Memarzadeh GR, Azimi P. Designing a Model for Improving the Country's Health System with an Emphasis on Governance Strategies. *Journal of Payavard Salamat*. 2021; 15(3):272-290. (Persian)
17. Mahmoudi Maimand F, Naghavi Abdollahi M, Mahmoudi Maimand F. Transparency in the realm of health system governance: Access and usability of information. First International Conference on Governance and Statecraft in Iran. Tehran. (Persian)
18. Azadiyan M, Vosoogh Moghaddam A, Farhadi Mahalli A. Fuzzy Analytical Hierarchy Process (AHP) of Good Governance Components for Health System Policy-Making in the Islamic Republic of Iran. *Management Strategies in Health System*. 2021;6(2):87-102. doi: 10.18502/mshsj.v6i2.7176. (Persian)
19. Golechha M, Bohra T, Rana R, Panchamia J. Impact of India's flagship National Health Mission on governance, human resources for health, and the health system: A scoping review. *World Medical & Health Policy*. 2025;17(1): 6–30. doi: 10.1002/wmh3.636
20. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 5th edition. The Guilford Press; 2023.
21. Hair JF, Hult GTM, Ringle CM, Sarstedt M. A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). 3rd edition. SAGE Publications, 2021.

PROOF