

# Factors Influencing Non-Attendance of Elderly at Rural and Urban Comprehensive Health Centers from Healthcare Providers' Perspective

Sasan Ghorbani-Kalkhajeh<sup>1</sup> , Bagher Pahlavanzadeh<sup>2</sup> , Ramin Tabibi<sup>3</sup> , Mohammad Mahboubi<sup>1\*</sup> 

<sup>1</sup> Department of Public Health, Faculty of Health, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran

<sup>2</sup> Faculty of Health, Environmental Pollutants Research Center, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran

<sup>3</sup> Department of Occupational Health, Faculty of Health, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran

## ARTICLE INFO

### Article Type:

Original Article

### Article History:

Received: 22 Apr 2024

Accepted: 16 Oct 2024

ePublished: 26 Oct 2024

### Keywords:

Comprehensive Health Centers,  
Elderly,  
Khuzestan

## Abstract

**Background.** Studies have shown that comprehensive urban and rural health centers can provide 80% of the health needs of the elderly population. However, elderly individuals often do not utilize these services. The present study aimed to investigate the reasons why elderly individuals do not access services provided by comprehensive rural and urban health centers in the southwest of Khuzestan province, from the perspective of health center staff.

**Methods.** This descriptive-analytical study utilized a multi-stage random sampling method to select 338 employees of comprehensive health centers in southwestern Khuzestan. A survey questionnaire was developed and administered to collect information, including demographic data and 39 questions regarding reasons for non-attendance at health centers. The validity and reliability of the survey questionnaire were assessed prior to data collection.

**Results.** The majority of participants in this study were female (77.81%), married (74.26%), and had a bachelor's degree (32.25%). From the healthcare providers' perspective, preference for the private sector and personal factors related to the elderly or their families were identified as the main reasons for non-attendance at health centers. However, factors related to the physical condition of the centers, the quality of services provided, and the level of trust between elderly patients and healthcare providers were not found to have a significant impact on utilization of health center services.

**Conclusion.** The elderly population's willingness to utilize first-level services in the health and treatment networks was not viewed favorably by healthcare providers. Integrating some level two and level three services into the first level of service could potentially incentivize the elderly to make greater use of these services. In addition, healthcare providers suggested that traditional medicine services should be considered and incorporated at the first level of service, given the interest in traditional medicine among the elderly population.

Ghorbani-Kalkhajeh S, Pahlavanzadeh B, Tabibi R, Mahboubi M. Factors Influencing Non-Attendance of Elderly at Rural and Urban Comprehensive Health Centers from Healthcare Providers' Perspective. *Depiction of Health*. 2024; 15(4): 367-381. doi: 10.34172/doh.2024.28. (Persian)

\* Corresponding author; Mohammad Mahboubi, E-mail: [mm59m@yahoo.com](mailto:mm59m@yahoo.com)



## Extended Abstract

### Background

In today's world, one of the developing phenomena is aging, referred to as the silent revolution. By 2050, the growth of older people will reportedly increase by 3.5 times, reaching approximately 16 percent of the world's population.

Today, health centers in countries meet some of the needs of the elderly, so shifting the focus towards increasing the quality of life for older individuals is a preventive measure for not relying heavily on these centers, strengthening physical and mental abilities, and promoting health literacy.

Some studies have mentioned shortcomings in proper elderly facilities, lengthy counseling process, vague referral system, inadequate and outdated health education, drug management, compliance with care standards, feedback system, communication and clinical skills of employees, inadequate home care services, and inadequate social support.

So far, several studies have been conducted on the social participation of the elderly, abuse, empowerment in chronic diseases, lifestyle, quality of life, nutrition, independence, loneliness, physical activity, and so on. A thorough review of the literature revealed that no previous study had investigated the elderly population's utilization of rural and urban comprehensive health center services. Therefore, this study aimed to evaluate the elderly's use of comprehensive health center services in the southwest of Khuzestan province, from the perspective of healthcare providers in 2023.

### Methods

The current cross-sectional descriptive-analytical study was conducted involving a sample of 338 employees from both rural and urban health centers in the southwestern region of Khuzestan province.

Data were collected using a questionnaire. The questionnaire consisted of two parts: demographic questions and specialized questions (reasons for decreased attendances). The demographic part of the questionnaire included information about age, gender, education status, marital status, employment, economic status, and health status. The specialized part of the questionnaire included questions in eight domains using a 5-point Likert scale ranging from very little (1) to little (2), moderate (3), much (4), and very much (5). The first area of the questions related to "inadequate knowledge and knowledge about health services" (three questions), the second area of questions related to "lack of need to receive health services" (five questions), and the third area related to "family and personal issues" (five questions).

In data analysis, frequency (percentage) was used to describe the studied sample in terms of demographic characteristics. Then, the average score of each item was calculated, and by the univariate clustering method, these 39 items were divided into three groups of items based on importance: "high importance", "medium importance", and "low importance". Then, the score of each of the eight components was calculated from the sum of the mean scores of the items of that component.

Considering the difference in the number of items of the components and in order to ensure the comparability of the scores of the components and the importance of each component relative to each other, the mean scores of each component were calculated by dividing the score of the obtained component by the number of items of that component. The mean of the components was used to group the components into three groups, i.e., "high importance", "medium importance", and "low importance" by the univariate clustering method. Finally, to compare the scores of components in different subgroups of demographic variables, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were employed.

### Results

In this study, 338 employees of comprehensive health centers were studied. Most of the studied subjects were employees of Abadan health centers (40.53%), 31.66% were employees of Shadegan Holistic Health Centers, and 27.81% were from Khorramshahr city. Among the employees in the study, 77.81% were women. In segmenting the importance of the components, "private sector preference over public sector" and "family and personal issues" were two important components.

The components of "lack of proper response of personnel", "lack of knowledge about health services", and "lack of need to receive health services" were identified as important factors falling under the category of "moderate," while the components of "inappropriate physical conditions of the health centers", "quality of services", and "lack of trust of the elderly in health personnel" were categorized as "low" factors. The reasons for non-attendance at comprehensive health centers were identified from the perspective of staff members working at these centers. In comparison between male and female staff, female employees placed more importance on "inadequate knowledge and recognition of health services", "lack of need for health services", "inappropriate physical conditions of health centers", and "proper response of personnel to clients" ( $P < 0.05$ ).

Among the three groups of employees, the "corporate" employment status attributed the most significant importance to five components: "inadequate knowledge and recognition about health services," "lack

of need for health services," "family and personal issues," "inappropriate physical conditions of health centers," and "proper response of employees to clients." On the other hand, personnel with "formal contractual" employment status attributed the least importance to these components within the three employee groups. There was a significant difference in the importance of these five components ( $P < 0.05$ ).

### **Conclusion**

In general, the most important reasons for the elderly's lack of acceptance of comprehensive health centers are preference for private over public sector, family and personal issues, lack of proper response of

personnel, and a tendency to use traditional medicine. Therefore, revising the structure and organization of the first level of prevention centers, integration of some services at the first level of prevention, and definition of traditional medicine at the first level can increase the interest of the elderly in health centers. In addition, attention and motivation of personnel in accepting and accompanying the provision of elderly services should not be ignored.

Therefore, due to the increase in the elderly population in the coming years, changes in type, method, process, quantity, and quality of services at the first level of prevention are inevitable.

## عوامل موثر بر عدم مراجعه سالمندان به مراکز جامع سلامت روستایی و شهری از دیدگاه مراقبین سلامت

ساسان قربانی کلخواجه<sup>۱</sup>، باقر پهلوانزاده<sup>۲</sup>، رامین طبیبی<sup>۳</sup>، محمد محبوبی<sup>۱\*</sup>

<sup>۱</sup> گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

<sup>۲</sup> گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات آلاینده‌های محیطی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

<sup>۳</sup> گروه بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

### چکیده

**زمینه.** مطالعات انجام شده نشان می‌دهد پایگاه‌ها و مراکز جامع سلامت شهری و روستایی می‌توانند ۸۰ درصد از نیازهای بهداشتی سالمندان را ارائه دهند، اما سالمندان از خدمات این مراکز استفاده نمی‌کنند. این مطالعه به منظور بررسی دلایل عدم مراجعه سالمندان از خدمات مراکز جامع سلامت روستایی و شهری از دیدگاه کارکنان پایگاه‌ها و مراکز جامع سلامت جنوب غرب خوزستان انجام شده است.

**روش کار.** در این مطالعه توصیفی- تحلیلی ۳۳۸ نفر از کارکنان پایگاه‌ها و مراکز جامع سلامت جنوب غرب خوزستان به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای وارد مطالعه شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ای شامل سؤالات دموگرافیک و ۳۹ سؤال در خصوص دلایل عدم مراجعه سالمندان به مراکز جامع سلامت استفاده شد. روایی و پایایی پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل خوشه‌ای با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۷ و XLSTAT 2019.2.2 در سطح معنی‌داری ۵/۰٪ استفاده شد.

**یافته‌ها.** بیشتر افراد مطالعه را زنان (۷۷/۸۱ درصد)، متأهلین (۷۴/۲۶ درصد) و کارکنان با تحصیلات کارشناسی (۳۲/۲۵ درصد) تشکیل می‌دادند. از دیدگاه کارکنان، جذابیت بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی و مسائل شخصی مربوط به سالمند یا خانواده ایشان از دلایل اصلی عدم مراجعه سالمندان به مراکز است. اما شرایط فیزیکی پایگاه‌ها و مراکز، کیفیت خدمات و اعتماد سالمندان به کارکنان تأثیر چندانی در استفاده از خدمات مراکز ندارند.

**نتیجه‌گیری.** مراجعه سالمندان جهت بهره‌مندی از خدمات مراکز سطح اول شبکه‌های بهداشت و درمان از دیدگاه کارکنان مطلوب ارزیابی نشد. ادغام برخی خدمات سطح دو و سه در سطح یک می‌تواند سالمندان را برای استفاده از خدمات این پایگاه‌ها و مراکز تشویق نماید. علاقه‌مندی سالمندان به استفاده از طب سنتی نیز باید در سطح اول خدمات دیده شود.

### اطلاعات مقاله

#### نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

#### سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۰۳

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۲۵

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۸/۰۵

#### کلیدواژه‌ها:

مراکز جامع سلامت، سالمندان، خوزستان

### مقدمه

۲۰۵۰ به ۳۹/۴۵ درصد برسد،<sup>۶</sup> همزمان با انفجار سالمندی در سال ۱۴۱۰،<sup>۷</sup> نیازهای اختصاصی، روان‌شناختی و پزشکی آنها نیز رو به افزایش خواهد بود.<sup>۸</sup> ایران دومین کشور بعد از کره جنوبی با ۱/۰ درصد رشد بالای سالمندی در جهان را دارد،<sup>۹</sup> توجه به مسائل جنسیتی و امنیت اجتماعی- اقتصادی، دو موضوع کلیدی ناشی از پیری جمعیت است که مورد توجه سیاست‌گذاران بهداشتی قرار گرفته است.<sup>۱۰</sup> در صورت افزایش جمعیت سالمندان، خطر بقا و نیاز به خدمات پیشرفته درمانی بیشتر می‌شود،<sup>۱۱</sup> با توجه به

یکی از پدیده‌های در حال توسعه جهان امروز سالمندی است<sup>۱</sup> که از آن به عنوان انقلاب خاموش یاد می‌شود.<sup>۲</sup> بنا بر گزارش‌ها رشد سالمندان تا سال ۲۰۵۰ حدود ۳/۵ برابر، یعنی حدود ۱۶ درصد از جمعیت جهان خواهد شد.<sup>۳</sup> اتحادیه اروپا سال ۲۰۱۲ را "سال بین‌المللی سالمندان فعال" نامید؛ هدف از این اقدام ضرورت توجه به کیفیت زندگی سالمندان بود که هنوز با استانداردهای واقعی تفاوت بسیاری دارد.<sup>۴</sup> پیش‌بینی می‌شود جمعیت سالمندان ایران تا سال ۲۰۳۰ به ۱۴/۸ درصد و در سال

\* پدیدآور رابط: محمد محبوبی، آدرس ایمیل: mm59m@yahoo.com

می‌شود حدود ۸۰ درصد از نیازهای سالمندان می‌تواند در مراکز مراقبت‌های اولیه انجام شود.<sup>۲۸</sup> به گزارش سازمان بهداشت جهانی، موانع متعددی برای دریافت خدمات از این مراکز وجود دارد که می‌توان مواردی مانند عدم دسترسی به حمل و نقل عمومی مطلوب، عدم ساختار بندی مناسب مراکز، پرهزینه بودن خدمات، ضرورت حضور در صف‌های طولانی برای ملاقات با پزشک، اشکال در تکمیل فرم‌های مورد نیاز، کارکنان بیش از حد خسته و با نگرش نامطلوب نسبت به سالمندان و غیره را نام برد.<sup>۲۸</sup>

مطالعات دیگری نیز مواردی از جمله کاستی در تسهیلات شایسته سالمندان، روند مشاوره طولانی، سیستم ارجاع مبهم، آموزش بهداشت ناکافی و قدیمی، مدیریت دارو، پیروی از استانداردهای مراقبت، سیستم بازخورد، مهارت‌های ارتباطی و بالینی کارکنان، خدمات مراقبت در منزل و حمایت‌های اجتماعی ناکافی را اشاره داشته‌اند.<sup>۳۰،۳۹</sup> مطالعه زنده‌طلب و همکاران، سالمندی در ایران را موضوع مورد توجه امروز سیاست‌گذاران برشمرده است، تا کنون مطالعات متعددی در خصوص مشارکت اجتماعی سالمندان، سوءرفتار، توانمندسازی در بیماری‌های مزمن، سبک زندگی، کیفیت زندگی، تغذیه، استقلال، تنهایی، فعالیت فیزیکی و مواردی از این دست انجام شده است،<sup>۳۱</sup> اما پژوهشگران بر اساس جستجوهای مختلف تاکنون مطالعه‌ای که دلیل عدم مراجعه کافی سالمندان به مراکز جامع سلامت انجام داده باشند، یافت ننمودند، به همین منظور این مطالعه به منظور بررسی وضعیت مراجعه سالمندان جنوب غرب خوزستان برای بهره‌مندی از امکانات مراکز خدمات جامع سلامت از دیدگاه کارکنان در سال ۱۴۰۲ انجام شده است.

## روش کار

این مطالعه مقطعی، توصیفی-تحلیلی با نمونه‌ای متشکل از ۳۳۸ نفر از کارکنان پایگاه‌ها و مراکز جامع سلامت روستایی و شهری در منطقه جنوب غرب استان خوزستان انجام شد. انتخاب نمونه به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انجام شد که آبادان، خرمشهر و شادگان به عنوان خوشه مرحله اول و مناطق شهری و روستایی به عنوان خوشه مرحله دوم در نظر گرفته شدند. حجم نمونه برای هر یک از ۶ ترکیب خوشه مرحله اول و دوم آبادان (آبادان روستایی، شهری آبادان)، خرمشهر (خرمشهر

افزایش جمعیت سالمندان و ازدیاد بیماری‌های غیرواگیر، حمایت از جمعیت سالمندان به موضوعی چالش برانگیز و پرهزینه تبدیل شده است. مطالعات نشان داده است بیش از ۸۰ درصد سالمندان حداقل یک بیماری مزمن دارند و ۷۰ درصد آنها به طور همزمان دارای چند بیماری هستند،<sup>۱۲</sup> دگرگونی‌های دستگاه‌های مختلف بدن در سالمندان امری طبیعی است،<sup>۱۳</sup> سازمان بهداشت جهانی سالمندی را یک پدیده نسبی، درونی، روانی و اجتماعی معرفی کرده است.<sup>۱۴</sup> با افزایش سن، بیماری‌های مزمنی مانند بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، سرطان، بیماری‌های تنفسی و مشکلات اسکلتی پدیدار می‌شوند.<sup>۱۵-۱۷</sup> بروز این بیماری‌ها در سالمندان موجب می‌شود سالمندان به عنوان پرمصرف ترین گروه در جوامع تبدیل شوند.<sup>۱۸</sup> نتایج مطالعه‌ای نشان داده است که قدرت بیماری در افراد ۶۰ سال و بالاتر مبتلا به بیماری زمینه‌ای (۴/۵ درصد) بیشتر از افراد کمتر از ۶۰ سال (۱/۴ درصد) است.<sup>۱۹</sup> دگرگونی ساختار خانواده‌ها از نوع گسترده به هسته‌ای، جایگاه و مقام سالمندان را کاهش داده است و باری را که قبلاً خانواده‌های سنتی به دوش می‌کشیدند به دولت‌ها و مراکز نگهداری سالمندان تحمیل شده است و این موضوع باعث کاهش توجه به سالمندان از سوی خانواده‌ها شده است،<sup>۲۰</sup> از طرفی عوامل اجتماعی، اقتصادی، شرایط فرهنگی ویژه، پوشش بیمه‌ای نامناسب و عدم مراجعه به مراکز درمانی باعث مزمن شدن بیماری‌های سالمندان گردیده است.<sup>۲۱، ۲۲</sup> سالمندان به نیازهای بیشتری برای سلامتی نیاز دارند اما منبع تامین این نیازها برای این گروه کافی نیست،<sup>۲۳</sup> نبود حمایت اجتماعی، خدماتی و عاطفی،<sup>۲۴</sup> نبود همسر و فرزندان، پایگاه اقتصادی اجتماعی پایین، کاهش نقش اثرگذار در فعالیت‌های اجتماعی و نداشتن شغل،<sup>۲۵</sup> دسترسی نابرابر به خدمات بهداشتی و درمانی و کمبود منابع مالی<sup>۲۶</sup> از جمله عوامل موثر در کیفیت پایین زندگی سالمندان شناخته شده است.

مراکز بهداشتی کشورها، پاسخگوی بخشی از نیازهای سالمندان هستند، غالباً دولت‌ها توان پاسخگویی به این نیازها را ندارند، برای کاهش این فاصله باید علاوه بر تقویت نیازهای جسمی، روانی و ذهنی آنها، سواد سلامت را در این گروه ارتقا داد.<sup>۲۷</sup> به نقل از سلیمانی کبریا و همکاران، در دسترس بودن اصول مراقبت‌های اولیه به عنوان اولین خط تماس وظیفه دولت‌ها است. تخمین زده

جهت تعیین پایایی، پرسش‌نامه در اختیار ۲۰ نفر از کارکنان قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ در هشت مولفه پرسش‌نامه به ترتیب، ۰/۸۲ در بعد آگاهی و شناخت ناکافی نسبت به خدمات بهداشتی درمانی، ۰/۷۸ در بعد عدم احساس نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی، ۰/۹ در بعد مسائل خانوادگی و شخصی، ۰/۷۳ در بعد شرایط فیزیکی نامناسب پایگاه‌ها و مراکز، ۰/۷۸ در بعد عدم اعتماد سالمندان به کارکنان بهداشتی، ۰/۹ در بعد پاسخ‌گویی مناسب کارکنان به مراجعین، ۰/۷۸ در بعد ترجیح بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی، و ۰/۸۱ در بعد کیفیت خدمات و در کل ابزار ۰/۸۴ بود.

در تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا از فراوانی (درصد) برای توصیف نمونه مورد مطالعه از نظر ویژگی‌های دموگرافیک استفاده شد. در ادامه میانگین نمره هر یک از مضمون‌ها محاسبه شده و با روش Univariate Clustering این ۳۹ مضمون در ۳ گروه مضمون‌های با اهمیت "زیاد"، "متوسط" و "کم" تقسیم شدند. در ادامه نمره هر یک از ۸ مؤلفه از روی حاصل جمع میانگین نمرات مضمون‌های آن مؤلفه محاسبه شد. با توجه به تفاوت تعداد مضمون‌های مؤلفه‌ها و به منظور مقایسه‌پذیر بودن نمرات مؤلفه‌ها و تعیین اهمیت هر یک از مؤلفه‌ها نسبت به یکدیگر، میانگین نمرات هر مؤلفه از تقسیم نمره مؤلفه به دست آمده بر تعداد مضمون‌های آن مؤلفه محاسبه شد. از میانگین مؤلفه‌ها برای گروه‌بندی مؤلفه‌ها در سه گروه مؤلفه‌های با اهمیت "زیاد"، "متوسط" و "کم" از روش Univariate Clustering استفاده شد. در پایان برای مقایسه نمرات مؤلفه‌ها در زیرگروه‌های مختلف متغیرهای دموگرافیک از آزمون‌های من-ویتنی و کروسکال-والیس استفاده شد. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیر-ویلک انجام شد. تحلیل‌های مربوط به خوشه‌بندی با استفاده از افزونه XLSTAT 2019.2.2 در نرم‌افزار Excel و سایر تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۳۳۸ نفر از کارکنان مراکز جامع سلامت مورد بررسی قرار گرفتند. ۴۰/۵۳ درصد (۱۳۷ نفر) افراد مورد مطالعه کارکنان مراکز بهداشتی- درمانی آبادان،

روستایی، خرمشهر شهری)، شادگان (روستایی شادگان، شهری شادگان) بر اساس تعداد کارکنان هر یک از مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی در مناطق تعریف شده به عنوان لایه سوم در نظر گرفته شد و حجم نمونه مورد نیاز از هر یک از این مراکز بر اساس نسبت جمعیت تحت پوشش آنها تعیین شد. جمع‌آوری داده‌ها در شش ماهه اول سال ۱۴۰۲ انجام شد.

داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه جمع‌آوری شد. پرسش‌نامه دارای دو بخش سؤالات جمعیت‌شناختی و سؤالات تخصصی (دلایل عدم مراجعه به مراکز جامع سلامت) بود. بخش دموگرافیک پرسش‌نامه شامل سن، جنسیت، وضعیت تحصیلات، تأهل، اشتغال، وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامتی بود. بخش تخصصی پرسش‌نامه شامل ۳۹ سوال (مضمون) بود که در ۸ مولفه تقسیم می‌شدند. مولفه اول سؤالات مربوط به "آگاهی و شناخت ناکافی نسبت به خدمات بهداشتی درمانی" (۳ مضمون)، مولفه "عدم احساس نیاز به دریافت خدمات بهداشتی و درمانی" (۵ مضمون)، مولفه مربوط به "مسائل خانوادگی و شخصی" (۵ مضمون)، مولفه "شرایط فیزیکی نامناسب پایگاه‌ها و مراکز" (۶ مضمون)، مولفه "عدم اعتماد به کارکنان بهداشتی" (۵ مضمون)، مولفه "عدم پاسخ‌گویی مناسب کارکنان به مراجعین" (۶ مضمون)، مولفه "ترجیح بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی" (۶ مضمون) و مولفه "کیفیت خدمات" (۳ مضمون) بود. پاسخ‌های تمام سؤالات به صورت طیف لیکرت ۵ تایی از "خیلی کم"، "کم"، "متوسط"، "زیاد" و "خیلی زیاد" بود که به ترتیب امتیازات ۱ تا ۵ تخصیص داده شد.

جهت تعیین روایی پرسش‌نامه از روایی محتوایی و روایی صوری مبتنی بر نظرات پانل ۱۰ نفره از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی آبادان و دانشکده بهداشت دانشگاه اهواز استفاده گردید. از شاخص‌های CVI و CVR در سه بعد "مربوط بودن"، "واضح بودن" و "ساده بودن" برای ارزیابی روایی محتوایی استفاده شد. ۳۳، ۳۳ همچنین جهت روایی صوری، پرسش‌نامه در اختیار تعدادی از کارکنان قرار گرفت. شاخص CVI برای ۳۹ مضمون پرسش‌نامه در دامنه ۰/۶۵ تا ۱ بود؛ لذا بر اساس جدول لواشه تمام سؤالات از اعتبار قابل‌قبولی برخوردار بودند. شاخص CVR برای پانل ۱۰ نفره از متخصصان برابر ۰/۶۲ است. در ارتباط با روایی صوری سوالی از نگاه پانل به پرسش‌نامه اضافه نگردید تنها تغییراتی جزئی اعمال شد.

بر مبنای تقسیم‌بندی انجام شده از روی میانگین هر یک از مضمون‌ها، در مجموع ۱۱ مضمون به عنوان مضمون‌های دارای اهمیت "زیاد"، ۱۶ مضمون به عنوان مضمون‌های دارای اهمیت "متوسط" و ۱۲ مضمون دیگر به عنوان مضمون‌های دارای اهمیت "کم" تشخیص داده شدند. از ۱۱ مضمون با اهمیت "زیاد"، سهم هر یک از مؤلفه‌های "ترجیح بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی"، "مسائل خانوادگی و شخصی"، "عدم پاسخ‌گویی مناسب کارکنان" سه مضمون و سهم هر یک از مؤلفه‌های "عدم شناخت نسبت به خدمات بهداشتی درمانی" و "عدم احساس نیاز به دریافت خدمات بهداشتی و درمانی" یک مضمون بود.

۳۱/۶۶ درصد (۱۰۷ نفر) کارکنان مراکز جامع سلامت شادگان و ۲۷/۸۱ درصد (۹۴ نفر) دیگر از شهرستان خرمشهر بودند. ۷۷/۸۱ درصد (۲۶۳ نفر) کارکنان حاضر در مطالعه را زنان تشکیل می‌دادند. از نظر وضعیت تأهل ۷۴/۲۶ درصد (۲۵۱ نفر) متأهل، ۲۳/۰۸ درصد (۷۸ نفر) مجرد و ۲/۶۶ درصد (۹ نفر) همسر فوت شده یا مطلقه بودند. از نظر تحصیلات ۳۷/۲۸ درصد (۱۲۶ نفر) تحصیلات دیپلم، ۲۸/۱۱ درصد (۹۵ نفر) کاردانی، ۳۲/۲۵ درصد (۱۰۹ نفر) تحصیلات کارشناسی و ۲/۳۷ درصد (۸ نفر) تحصیلات کارشناسی ارشد بودند.

در جدول ۱ میانگین (انحراف معیار) نمره هر یک از مضمون‌ها و رتبه هر یک از مضمون‌ها از نظر میزان اهمیت (بر اساس میانگین نمره مضمون) ارائه شده است.

جدول ۱. میزان اهمیت مضمون‌های "عدم مراجعه به مراکز جامع سلامت" از نظر کارکنان جنوب غرب خوزستان

مؤلفه	مضمون	میانگین (انحراف معیار) مضمون	اهمیت مضمون
ترجیح بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی	بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی خدمات تخصصی‌تری دارد	۳/۳۰ (۱/۴۱)	زیاد
	تمایل به دریافت خدمات از پزشک متخصص دارند	۳/۰۸ (۱/۴۴)	زیاد
	دریافت خدمت از بخش خصوصی زمان‌بر نیست	۲/۵۳ (۱/۲۵)	زیاد
	خدمات ارزان‌تر کیفیت پایین‌تری دارند	۲/۲۲ (۱/۲۱)	متوسط
	حریم خصوصی و محرمانگی در بخش خصوصی بیشتر رعایت می‌شود	۲/۱۶ (۱/۲۶)	متوسط
مسائل خانوادگی و شخصی	توان مالی در استفاده از خدمات بخش خصوصی را دارند	۲/۰۶ (۱/۱۵)	متوسط
	در دسترس نبودن کسی که سالمند را به پایگاه‌ها و مراکز جامع سلامت برساند	۲/۹۹ (۱/۳)	زیاد
	داشتن مشکلات جسمانی متعدد و سختی در مراجعه به مراکز جامع سلامت	۲/۸۵ (۱/۲۱)	زیاد
	بی‌حوصلگی و بی‌انگیزگی و دل‌سردی از زندگی سالمندان	۲/۴۹ (۱/۲۶)	زیاد
	عدم موافقت افراد خانواده جهت مراجعه به پایگاه‌ها و مراکز جامع سلامت	۲/۱۸ (۱/۱۱)	متوسط
عدم پاسخ‌گویی مناسب کارکنان	سلامت برای سالمند نسبت به بقیه مسائل زندگی از اولویت کمتری برخوردار است	۲/۰۹ (۱/۰۳)	متوسط
	کم بودن تعداد کارکنان نسبت به جمعیت	۲/۹۳ (۱/۴۶)	زیاد
	شلوغ بودن مراکز و پایگاه‌های سلامت	۲/۷۹ (۱/۱۷)	زیاد
	وقت‌گیر بودن فرایند انجام مراقبت و معطل شدن سالمند	۲/۵۹ (۱/۲۶)	زیاد
	مناسب نبودن زمان پذیرش و اخذ نوبت نامناسب بودن ساعات کار پایگاه‌ها و مراکز بی‌نظمی در پذیرش مراجعین (پذیرش خارج از نوبت)	۱/۶۷ (۰/۹۷)	کم
عدم شناخت نسبت به خدمات بهداشتی درمانی	بی‌نظمی در پذیرش مراجعین (پذیرش خارج از نوبت)	۱/۶۵ (۰/۹۷)	کم
	آشنا نبودن با اهمیت مراقبت‌های بهداشتی سلامت سالمندان	۲/۵۲ (۱/۳۴)	زیاد
	مطلع نبودن از خدمات بهداشتی و درمانی که در پایگاه‌ها و مراکز جامع سلامت در زمینه سلامت سالمندان ارائه می‌شود	۲/۲۷ (۱/۲۵)	متوسط
	نداشتن نشانی پایگاه‌ها و مراکز جامع سلامت نزدیک منزل	۱/۹۷ (۱/۲۷)	متوسط
	تمایل دارند از طب سنتی استفاده نمایند	۲/۴۹ (۱/۲۳)	زیاد
عدم احساس نیاز به دریافت خدمات بهداشتی و درمانی	به دلیل داشتن تجهیزات اولیه بهداشتی مثل ترازو، فشارسنج، گلوکومتر و غیره در منزل احساس نیاز به مراجعه نمی‌کنند	۲/۱۹ (۱/۲۶)	متوسط
	به دلیل دسترسی به اطلاعات بهداشتی از طریق رسانه‌ها و فضای مجازی احساس نیاز به مراجعه به پایگاه‌ها و مراکز نمی‌کنند	۲/۱۸ (۱/۰۷)	متوسط
	به دلیل در دسترس داشتن افراد دارای تحصیلات مرتبط با بهداشت، احساس نیاز به مراجعه به پایگاه‌ها و مراکز نمی‌کنند	۱/۹۰ (۱/۰۸)	متوسط
	به دلیل داشتن تحصیلات بالا احساس نیاز به مراجعه نمی‌کنند	۱/۸۰ (۰/۹۹)	متوسط

مؤلفه	مضمون	میانگین (انحراف معیار)	اهمیت مضمون
شرایط فیزیکی نامناسب پایگاه‌ها و مراکز	قدیمی بودن تجهیزات پزشکی و آموزشی	۱/۹۴ (۱/۱۷)	متوسط
	نبودن امکانات بهداشتی مثل آب‌خوری	۱/۹۱ (۱/۱۷)	متوسط
	نداشتن مکان عبور ویلچر جهت استفاده معلولین	۱/۸۹ (۱/۲۳)	متوسط
	تمیز نبودن محیط مراکز و پایگاه‌های سلامت	۱/۷۴ (۱/۰۶)	کم
کیفیت خدمات	نبودن تابلوهای راهنما در پایگاه‌ها و مراکز	۱/۷۴ (۱/۰۱)	کم
	زیاد بودن پله یا نداشتن آسانسور	۱/۶۱ (۱/۰۶)	کم
عدم اعتماد سالمندان به کارکنان بهداشتی	خدماتی که در مراکز جامع سلامت ارائه می‌شود، نیاز سالمند را برآورده نمی‌کند و سالمند به خدماتی نیاز دارد که ما آن را ارائه نمی‌دهیم	۲/۱۵ (۱/۴)	متوسط
	کارکنان به موقع و درست به مردم خدمت ارائه نمی‌دهند	۱/۴۶ (۰/۸۹)	کم
عدم شناخت نسبت به خدمات بهداشتی درمانی	کارکنان بهداشتی شئون اسلامی را رعایت نمی‌کنند	۱/۲۶ (۰/۶۹)	کم
	کارکنان بهداشتی تخصص کافی ندارند	۱/۴ (۰/۸۳)	کم
	کارکنان بهداشتی رازنگهدار نیستند	۱/۳۶ (۰/۸۳)	کم
	کارکنان بهداشتی به هنگام انجام مراقبت عجول هستند	۱/۳۵ (۰/۸۳)	کم
	کارکنان بهداشتی در انجام کارها علاقه‌مند نیستند	۱/۳۱ (۰/۷۷)	کم
	کارکنان بهداشتی رفتار مناسبی با مراجعین ندارند	۱/۲۵ (۰/۷۲)	کم

در جدول ۲ میانگین (انحراف معیار) نمره هر یک از مولفه‌ها و رتبه هر یک از مولفه‌ها از نظر میزان اهمیت (بر اساس میانگین نمره مولفه) ارائه شده است. در تقسیم‌بندی اهمیت مولفه‌ها، دو مولفه "ترجیح بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی" و "مسائل خانوادگی و شخصی" دارای اهمیت "زیاد" بودند. سه مولفه "عدم پاسخ‌گویی مناسب کارکنان"، "عدم شناخت نسبت به خدمات بهداشتی درمانی" و "عدم احساس نیاز به دریافت خدمات بهداشتی و درمانی" مولفه‌های دارای اهمیت "متوسط" و سه مولفه "شرایط فیزیکی نامناسب پایگاه‌ها و مراکز"، "کیفیت خدمات" و "عدم اعتماد سالمندان به کارکنان بهداشتی" مولفه‌های دارای اهمیت "کم" در بین دلایل عدم مراجعه برای دریافت خدمات مراکز جامع سلامت از نظر کارکنان این مراکز معرفی شده‌اند.

از ۱۶ مضمون دارای اهمیت "متوسط"، سهم مؤلفه "عدم احساس نیاز به دریافت خدمات بهداشتی و درمانی" ۴ مضمون، مؤلفه‌های "شرایط فیزیکی نامناسب پایگاه‌ها و مراکز" و "ترجیح بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی" ۳ مضمون، مؤلفه‌های "مسائل خانوادگی و شخصی" و "عدم شناخت نسبت به خدمات بهداشتی درمانی" ۲ مضمون و سهم مؤلفه‌های "عدم پاسخ‌گویی مناسب کارکنان" و "کیفیت خدمات" یک مضمون بود. از ۱۲ مضمون دارای اهمیت "کم"، ۵ مضمون مربوط به "عدم اعتماد سالمندان به کارکنان بهداشتی"، ۳ مضمون مربوط به "شرایط فیزیکی نامناسب پایگاه‌ها و مراکز" و برای هر یک از مولفه‌های "عدم پاسخ‌گویی مناسب کارکنان" و "کیفیت خدمات" دو مضمون بود.

**جدول ۲. میزان اهمیت مولفه‌های "عدم مراجعه به مراکز جامع سلامت" از نظر کارکنان جنوب غرب خوزستان**

مؤلفه	میانگین (انحراف معیار)	اهمیت
ترجیح بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی	۲/۵۵ (۱/۲۹)	زیاد
مسائل خانوادگی و شخصی	۲/۵۲ (۱/۱۸)	زیاد
عدم پاسخ‌گویی مناسب کارکنان	۲/۲۸ (۱/۱۵)	متوسط
عدم شناخت نسبت به خدمات بهداشتی درمانی	۲/۲۶ (۱/۲۹)	متوسط
عدم احساس نیاز به دریافت خدمات بهداشتی و درمانی	۲/۱۱ (۱/۱۳)	متوسط
شرایط فیزیکی نامناسب پایگاه‌ها و مراکز	۲/۵۵ (۱/۲۹)	کم
کیفیت خدمات	۲/۵۲ (۱/۱۸)	کم
عدم اعتماد سالمندان به کارکنان بهداشتی	۲/۲۸ (۱/۱۵)	کم



در جدول ۳، نتایج مقایسه میانگین نمره اهمیت هر یک از ۸ مؤلفه "دلایل عدم مراجعه به مراکز جامع سلامت" در زیرگروه‌های متغیرهای جمعیت شناختی کارکنان این مراکز ارائه شده است.

جدول ۳. مقایسه مؤلفه‌های "عدم مراجعه به مراکز جامع سلامت" در زیرگروه‌های جمعیت‌شناختی و شغلی کارکنان مراکز جامع سلامت جنوب غرب خوزستان

		مؤلفه							
		آگاهی و شناخت ناکافی نسبت به خدمات بهداشتی درمانی	عدم احساس نیاز به خدمات بهداشتی درمانی	مسائل خانوادگی و شخصی	شرایط فیزیکی نامناسب پایگاه‌ها و مراکز	عدم اعتماد سالمندان به پرسنل بهداشتی	پاسخ‌گویی مناسب پرسنل به مراجعین	ترجیح بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی	کیفیت خدمات
		میانگین (انحراف p)	میانگین (انحراف p)	میانگین (انحراف p)	میانگین (انحراف p)	میانگین (انحراف p)	میانگین (انحراف p)	میانگین (انحراف p)	میانگین (انحراف p)
جنسیت	مرد	۱/۹ (۰/۹)	۱/۹ (۰/۸)	۲/۳ (۰/۹)	۱/۶ (۰/۸)	۱/۳ (۰/۷)	۲ (۰/۸)	۲/۵ (۰/۹)	۱/۵ (۰/۷)
	زن	۲/۴ (۱/۱)	۲/۲ (۰/۸)	۲/۶ (۰/۹)	۱/۸ (۰/۹)	۱/۳ (۰/۷)	۲/۴ (۰/۹)	۲/۶ (۰/۹)	۱/۶ (۰/۸)
سطح تحصیلات	دیپلم	۲ (۱)	۲ (۰/۸)	۲/۴ (۰/۹)	۱/۶ (۰/۸)	۱/۳ (۰/۶)	۲/۱ (۰/۸)	۲/۳ (۰/۹)	۱/۵ (۰/۷)
	فوق‌دیپلم	۲/۳ (۱)	۲/۲ (۰/۸)	۲/۶ (۱/۰)	۱/۹ (۰/۹)	۱/۳ (۰/۶)	۲/۴ (۰/۹)	۲/۷ (۰/۸)	۱/۷ (۰/۸)
	کارشناسی و بالاتر	۲/۵ (۱/۲)	۲/۲ (۰/۸)	۲/۶ (۰/۹)	۱/۹ (۰/۹)	۱/۴ (۰/۸)	۲/۴ (۰/۹)	۲/۷ (۰/۹)	۱/۷ (۰/۸)
	مجرد	۲/۴ (۱/۱)	۲/۱ (۰/۷)	۲/۶ (۱/۱)	۱/۹ (۱)	۱/۵ (۰/۹)	۲/۴ (۱)	۲/۶ (۱)	۱/۷ (۱)
وضعیت تأهل	متاهل	۲/۲ (۱/۱)	۲/۱ (۰/۸)	۲/۵ (۰/۹)	۱/۸ (۰/۸)	۱/۳ (۰/۶)	۲/۲ (۰/۸)	۲/۵ (۰/۹)	۱/۶ (۰/۷)
	همسر فوت شده	۲/۴ (۱)	۳ (۱/۱)	۲/۷ (۱/۲)	۱/۶ (۰/۷)	۱/۱ (۰/۲)	۲/۵ (۱)	۲/۶ (۱/۱)	۱/۵ (۰/۷)
وضعیت استخدام رسمی/پیمانی	قراردادی	۲/۵ (۱/۱)	۲/۱ (۰/۹)	۲/۷ (۱/۱)	۱/۸ (۰/۹)	۱/۴ (۰/۷)	۲/۵ (۰/۹)	۲/۶ (۰/۹)	۱/۶ (۰/۷)
	شرکتی	۲/۶ (۱/۱)	۲/۴ (۰/۷)	۲/۸ (۰/۹)	۲/۱ (۰/۹)	۱/۵ (۰/۹)	۲/۵ (۰/۹)	۲/۷ (۰/۹)	۱/۸ (۱)
	خرمشهر	۲/۷ (۱/۰)	۲/۳ (۰/۷)	۲/۸ (۰/۹)	۲ (۰/۹)	۱/۴ (۰/۶)	۲/۴ (۰/۸)	۲/۶ (۰/۸)	۱/۷ (۰/۷)
شهرستان آبادان	شهرستان آبادان	۲/۳ (۱/۲)	۲/۲ (۰/۹)	۲/۴ (۰/۹)	۱/۸ (۰/۹)	۱/۳ (۰/۶)	۲/۳ (۰/۹)	۲/۷ (۰/۹)	۱/۶ (۰/۷)
	شادگان	۱/۸ (۰/۹)	۱/۹ (۰/۷)	۲/۴ (۱/۰)	۱/۶ (۰/۸)	۱/۴ (۰/۹)	۲/۲ (۰/۹)	۲/۳ (۰/۹)	۱/۵ (۰/۹)

در مقایسه بین سه گروه کارکنان از نظر وضعیت تأهل، کارکنانی که "همسر آنها فوت شده بود" در مقایسه با کارکنان "مجرد" و یا "متاهل" اهمیت بیشتری برای مؤلفه "عدم احساس نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی" قایل بودند (P = ۰/۰۲).

با توجه به نتایج جدول ۳، در مقایسه بین کارکنان زن و مرد، کارکنان زن اهمیت بیشتری برای مؤلفه‌های "آگاهی و شناخت ناکافی نسبت به خدمات بهداشتی درمانی"، "عدم احساس نیاز به خدمات بهداشتی درمانی"، "شرایط فیزیکی نامناسب پایگاه‌ها و مراکز" و "پاسخ‌گویی مناسب کارکنان به مراجعین" قایل بودند (P < ۰/۰۵).

نیجریه "نبود خدمات متناسب با نیاز سالمندان در بخش دولتی"، "ناکافی بودن خدمات" و "کیفیت پایین خدمات" به عنوان دلایل اصلی عدم مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی گزارش شده است. همچنین عدم درک کافی و اهمیت ندادن به نیازهای اصلی مراجعین منجر به ارائه خدمات با کیفیت پایین و در نتیجه عدم استفاده از این خدمات در بخش دولتی شده بود.<sup>۳۴، ۳۵</sup> به غیر از مولفه "کیفیت پایین خدمات"، مطالعه حاضر با مطالعه انجام شده در نیجریه از نظر سایر دلایل عمده گزارش شده به عنوان دلایل عدم مراجعه به مراکز جامع سلامت با یکدیگر همخوانی دارند. مطالعه حاضر بیان داشته است که کارکنان کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز جامع سلامت ایران را با کیفیت مطلوب ارزیابی می‌کنند.

ترجیح بخش خصوصی در سالمندان جنوب غرب خوزستان مطابق با مطالعات برهانی‌نژاد و همکاران در کرمان،<sup>۳۶</sup> پوررضا و همکاران به نقل از مطالعه قدمگاه و همکاران،<sup>۳۷</sup> استینهارد (Steinhardt) و همکاران در افغانستان<sup>۳۸</sup> بود که سالمندان مراجعه به مطب‌های خصوصی را به بخش دولتی ترجیح داده بودند. این موضوع فارغ از منطقه جغرافیایی، به دلیل عدم تناسب خدمات ارائه شده در بخش دولتی با نیازهای سالمندان، سالمندان برای مراجعه به بخش خصوصی گرایش پیدا کرده‌اند چرا که سالمندان معمولاً به خدمات درمانی بیشتر از خدمات پیشگیری نیاز دارند. با توجه به اینکه ارائه خدمات درمانی در سطوح دوم و سوم ارائه خدمات انجام می‌شود، لازم است سیاست‌گذاران با ادغام برخی از خدمات سطح دوم و سوم در سطح اول، سالمندان را برای مراجعه به مراکز جامع سلامت به عنوان سطح اول ارجاع ترغیب کنند.

یکی دیگر از دلایلی که در این مطالعه به عنوان دلیل عدم مراجعه سالمندان برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی تشخیص داده شد، در دسترس نبودن فردی بود که بتواند در طول ساعات اداری سالمند را برای مراجعه به مراکز ارائه خدمات همراهی نماید. این یافته با یافته‌های مطالعات انجام‌گرفته در یونان و تهران همخوانی دارد.<sup>۳۹، ۴۰</sup> همزمانی ساعات کاری مراکز با ساعات کاری افراد شاغل می‌تواند سالمندان را از دریافت خدمات بهداشتی درمانی محروم نماید، لذا فعالیت در نوبت عصر به خصوص در

در مقایسه سه گروه کارکنان از نظر وضعیت استخدام، برای ۵ مؤلفه "آگاهی و شناخت ناکافی نسبت به خدمات بهداشتی درمانی"، "عدم احساس نیاز به خدمات بهداشتی درمانی"، "مسائل خانوادگی و شخصی"، "شرایط فیزیکی نامناسب پایگاه‌ها و مراکز"، "پاسخ‌گویی مناسب کارکنان به مراجعین" کارکنان با وضعیت استخدام "شرکتی" بیشترین اهمیت و کارکنان با وضعیت استخدام "رسمی/پیمانی" کمترین اهمیت را قایل بودند و بین سه گروه کارکنان از نظر میزان اهمیتی که برای این ۵ مؤلفه قایل بودند تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد ( $P < 0/0$ ).

در مقایسه بین کارکنان سه شهرستان آبادان، خرمشهر و شادگان، در ۶ مؤلفه "آگاهی و شناخت ناکافی نسبت به خدمات بهداشتی درمانی"، "عدم احساس نیاز به خدمات بهداشتی درمانی"، "مسائل خانوادگی و شخصی"، "شرایط فیزیکی نامناسب پایگاه‌ها و مراکز"، "پاسخ‌گویی مناسب کارکنان به مراجعین" و "کیفیت خدمات"، کارکنان شهرستان خرمشهر بیشترین اهمیت و کارکنان شهرستان شادگان کمترین اهمیت را قایل بودند. در مؤلفه "ترجیح بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی" کارکنان شهرستان آبادان بیشترین اهمیت و کارکنان شهرستان شادگان کمترین اهمیت را در بین دلایل مراجعه نکردن سالمندان قایل بودند؛ اما در اهمیت مؤلفه "عدم اعتماد سالمندان به کارکنان بهداشتی" تفاوتی در نگرش کارکنان سه شهرستان مشاهده نشد ( $P = 0/07$ ).

## بحث

در این پژوهش اهمیت ۸ مولفه "ترجیح بخش خصوص نسبت به بخش دولتی"، "مسائل خانوادگی و شخصی"، "عدم پاسخگویی مناسب کارکنان"، "عدم شناخت نسبت به خدمات بهداشتی درمانی"، "عدم احساس نیاز به خدمات بهداشتی درمانی"، "شرایط فیزیکی نامناسب پایگاه‌ها و مراکز"، "کیفیت خدمات" و "عدم اعتماد سالمندان به کارکنان بهداشتی" از دیدگاه کارکنان مراکز جامع سلامت روستایی و شهری در عدم مراجعه سالمندان به مراکز جامع سلامت جنوب غرب خوزستان مطالعه شد.

از نظر کارکنان، به دلیل انجام خدمات تخصصی در زمان کمتر در بخش خصوصی، سالمندان بخش خصوصی را به بخش دولتی ترجیح می‌دهند. در مطالعه‌ای در

داده شدند. استفاده از نیروهای طرحی آموزش‌نیده، نداشتن کارشناس سلامت سالمندی ثابت، جابه‌جایی مداوم کارکنان بهداشتی، و عدم تأکید بر اهمیت موضوع از سوی مسئولین را می‌توان از دلایل سیر نزولی خدمات ارائه شده به سالمندان در نظر گرفت.

اوشدی (Oshodi) و همکاران<sup>۴۶</sup> در مطالعه خود داشتن آگاهی و مهارت حرفه‌ای و همچنین وجود کار تیمی را برای خدمت به سالمندان موثر می‌دانند. همچنین مطالعه زنده‌طلب و همکاران<sup>۴۷</sup> استفاده از مدل‌های مشارکتی در مراکز جامع سلامت برای ارائه خدمت به سالمندان را موثر می‌دانند که نتایج این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد.

ارائه آموزش‌های خودمراقبتی برای سالمندانی که ممکن است خدمات ناکافی از مراکز دولتی و خصوصی دریافت کنند مورد تأکید بسیاری از پژوهشگران است.<sup>۴۸،۴۷،۴۳</sup> یکی از مواردی که از دیدگاه کارکنان باعث عدم مراجعه به مراکز جامع سلامت می‌باشد، تمایل به استفاده از طب سنتی در سالمندان است. شاید تجربیات سالمندان در استفاده از طب سنتی، تبلیغات زیاد برای استفاده از طب سنتی، کم عارضه بودن استفاده از شیوه‌های طب سنتی و توصیه برخی کارشناسان بهداشتی و درمانی و خانواده‌ها برای استفاده از طب سنتی را می‌توان از جمله دلایل تمایل بالای سالمندان به استفاده از طب سنتی برشمرد.

اباذری و همکاران<sup>۴۹</sup> در مطالعه خود با تایید تمایل سالمندان به استفاده از طب سنتی، شش محور تغذیه، خواب و بیداری، ورزش و بی‌حرکی، اعصاب و روان، آب و هوا و دفع مواد زائد بدنی با رویکرد طب ایرانی را از محورهای مورد علاقه سالمندان به استفاده از طب سنتی معرفی می‌کنند.

پرویزی و امامی<sup>۵۰</sup> نیز تغییرات مزاجی سالمندان را از دلایل تمایل به استفاده از طب سنتی می‌دانند که با مطالعه ما همخوانی دارد، این علاقمندی پس از پاندمی کرونا در جمعیت سالمندان و مراجعین سطح اول خدمات در کشور افزایش یافته است.

کارکنان اهمیت پایینی برای نقش شرایط فیزیکی نامناسب پایگاه‌ها و مراکز جامع سلامت در عدم مراجعه سالمندان برای دریافت خدمات ارائه شده قایل بودند. با این وجود با توجه به قدیمی بودن تجهیزات پزشکی و

جنوب‌غرب خوزستان به دلیل گرمای زیاد هوا می‌تواند تمایل سالمندان و خانواده آنها را برای دریافت خدمات بیشتر نماید.

مشکلات جسمانی سالمندان از دلایل دیگری بود که کارکنان مراکز جامع سلامت به عنوان دلیل مهم عدم مراجعه سالمندان برشمردند؛ چرا که این‌گونه سالمندان معمولاً نیازمند خدمات تخصصی‌تر از خدمات مرکز جامع سلامت هستند. چنین یافته‌ای در مطالعه Ellis (الیس) و همکاران نیز گزارش شده است.<sup>۴۱</sup>

در بخش سوالات مربوط به مسائل خانوادگی و شخصی، بر اساس مطالعه علوی و همکاران، به دلیل ناتوانی‌های جسمی ناشی از افزایش سن، سالمند به تدریج از اجتماع فاصله گرفته و کمتر در فعالیت‌های اجتماعی مشارکت می‌کند، کم شدن ارتباط سالمند با دوستان و نزدیکانش می‌تواند باعث محروم شدن سالمند از نقطه‌نظرات و تجربیات آنها برای حل مشکلات خود شود، این ناتوانی‌ها باعث به وجود آمدن احساسات ناخوشایند و نهایتاً کاهش سلامت روان، بی‌حوصلگی و دل‌سردی از زندگی می‌شود.<sup>۴۲</sup> در مطالعه حاضر، چنین یافته‌ای با توجه به نظر کارکنان مبنی بر وجود مشکلات شخصی و خانوادگی در برخی سالمندان را مشابه مطالعه علوی می‌باشد که استفاده موثر و مستمر از کارشناسان بهداشت روان در مراکز جامع سلامت می‌تواند از تنش ناشی از این جدایی بکاهد.

در مطالعه حاضر تعداد کم کارکنان، شلوغی مراکز و وقت‌گیر بودن فرایند انجام مراقبت و در نتیجه معطل شدن سالمند از عوامل موثر بر عدم مراجعه سالمندان تشخیص داده شد. در مطالعه مفتون<sup>۴۳</sup> نیز مواردی از قبیل تعداد بالای مراجعین و پایین بودن کیفیت خدمت رسانی به سالمندان باعث کاهش مراجعه آنها برای دریافت خدمات عنوان شده است.

یاسوبانت (Yasobant) برنامه‌ها و سیاست‌های سالمندی را دارای محدودیت می‌داند که به طور اثربخش اجرا نمی‌شود،<sup>۴۴</sup> همچنین سوا (Sowa) و همکاران، ضروری بودن وجود یک دستورالعمل متمرکز بر سالمندی سالم را بیان می‌کنند.<sup>۴۵</sup>

عدم شناخت سالمند نسبت به خدمات ارائه شده در مراکز و آشنا نبودن کارکنان بر اهمیت مراقبت‌های بهداشتی در سالمندان نیز از عوامل تاثیرگذار تشخیص

نتایج مطالعات از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز مورد انتظار می‌باشد.

### پیامدهای عملی پژوهش

مراجعه سالمندان به مراکز جامع سلامت که منطبق با نیازهای آنها نباشد، کارکنان را در پاسخگویی به مراجعین دچار مشکل می‌نماید و پیگیری پرسنل برای هموار ساختن نیاز و تقاضا خارج از دستورالعمل کشوری است، لذا با توجه به نتایج مطالعه و با توجه به شرایط جغرافیایی، وضعیت مالی ضعیف، شأن و جایگاه بالای سالمندان در جنوب غرب ایران و افزایش جمعیت این گروه سنی در کشور، تغییر و تدوین بسته‌های خدمتی در مراکز جامع سلامت (سطح اول) مورد نیاز است. به عبارتی بخشی از خدمات سطح دو مانند تجهیزات آزمایشگاهی، برخورداری از ویزیت متخصصان، و برخی خدمات سطح سه مانند تعبیه تجهیزات لازم فیزیوتراپی، کاردرمانی و سایر موارد منطبق بر نیاز واقعی سالمندان آن مناطق در مراکز جامع سلامت، می‌تواند بخشی از پاسخ به نیاز آنها باشد، که این اقدام می‌تواند از مشکلات ارجاع و پیگیری آنها توسط کارکنان را بهبود بخشد. پس از نتایج مفید عملی این شیوه، پاسخ به نیازهای سالمندان در اولین برخورد با نظام سلامت خواهد بود.

### قردانی‌ها

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر و قردانی خود را از کلیه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش ابراز نمایند.

### مشارکت پدیدآوران

محمد محبوبی در طراحی و ایده اولیه پژوهش، جمع‌آوری اطلاعات، تحلیل اطلاعات، نگارش و بازنویسی نهایی دست‌نوشته؛ ساسان قربانی کلخواجه در طراحی پژوهش، جمع‌آوری اطلاعات، نگارش و بازنویسی دست‌نوشته؛ باقر پهلوان‌زاده در طراحی، جمع‌آوری اطلاعات، تدوین روش کار و تحلیل اطلاعات و نگارش و بازنویسی دست‌نوشته و رامین طبیبی در طراحی پژوهش، جمع‌آوری اطلاعات، تفسیر اطلاعات و نگارش دست‌نوشته مشارکت داشته است. همه نویسندگان با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب در آن را می‌پذیرند.

آموزشی، نبودن امکانات بهداشتی و رفاهی مانند آب‌خوری و نداشتن مکان عبور ویلچر برای استفاده معلولین، توجه به این موارد می‌تواند باعث افزایش تمایل سالمندان برای استفاده از خدمات مراکز و پایگاه‌های بهداشتی گردد و از ارجاع غیرضروری به سطح دوم و سوم خودداری شود.

### نتیجه‌گیری

به‌طور کلی از دیدگاه کارکنان مهم‌ترین دلایل عدم مراجعه سالمندان برای دریافت خدمات مراکز جامع سلامت، ترجیح بخش خصوصی به دولتی، مسائل خانوادگی و شخصی، عدم پاسخگویی مناسب کارکنان و تمایل به استفاده از طب سنتی بوده است؛ لذا با بازنگری ساختار و تشکیلات مراکز سطح اول خدمات پیشگیری و ادغام برخی خدمات سطح دو و سه پیشگیری در سطح اول و تعریف طب سنتی در سطح اول می‌تواند علاقه‌مندی سالمندان را به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی افزایش دهد و توجه و ارتقا انگیزه کارکنان نیز در پذیرش و همراهی با ارائه خدمات سالمندان نباید مورد غفلت قرار گیرد؛ لذا با توجه به افزایش جمعیت سالمندان در سال‌های آتی تغییر و بازنگری در نوع، شیوه، فرایند و تعداد کمی و کیفی خدمات در سطح اول پیشگیری اجتناب‌ناپذیر است.

### محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌های این مطالعه اعتماد کامل به گزارش کارکنان بود که می‌تواند سوگیری و خطای یادآوری را به‌ویژه در این گروه افزایش دهد. همچنین نظرخواهی از کلیه کارکنان به دلیل تعداد زیاد آنها میسر نبود و اینکه صرفاً در جنوب غرب خوزستان انجام شده است یکی از محدودیت‌های اصلی است که اگر تعمیم داده شود می‌تواند نتیجه را قوی‌تر نماید. از نقاط قوت این مطالعه احساس نیاز معاونت بهداشت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به این مطالعه و ارسال نامه رسمی مبنی بر عدم مراجعه سالمندان برای دریافت خدمات مراکز جامع سلامت بود که پژوهشگران به‌منظور مساعدت به این معاونت این مطالعه را در جنوب غرب خوزستان انجام دادند. پیشنهاد می‌شود این مطالعه در سراسر کشور و با توجه به اقلیم، فرهنگ، و سایر مؤلفه‌های درگیر در عدم مراجعه سالمندان انجام شود. و از سوی دیگر حمایت و توجه به

## منابع مالی

این مطالعه با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی آبادان و به سفارش معاونت بهداشت این دانشگاه بدون دریافت هزینه پرسنلی انجام شده است.

## تعارض منافع

نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

## ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش و حفظ محرمانگی اطلاعات و اخذ و جلب رضایت شرکت‌کنندگان در مطالعه

## References

1. Tabrizi JS, Behghadami MA, Saadati M, Söderhamn U. Self-care ability of older people living in urban areas of northwestern Iran. *Iran J Public Health*. 2018; 47(12): 1899-1905.
2. Hosseini H, Torkani S, Tavakol K. The effect of community health nurse home visit on self-care self-efficacy of the elderly living in selected Falavarjan villages in Iran in 2010. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18(1):47-53.
3. Barati F, Sadeghmoghadam L, Sajjadi M, Nazari S, Bahri N. Validation of the Persian version of self-care tools for hypertension among older adults. *Med Glas (Zenica)*. 2019; 16(2): 156-161. doi: 10.17392/1026-19
4. Hashmi S, Mubeen B, Tariq M, Warris S, Rashid A, Jafar M. Prevalence of elder abuse among the patients attending outpatient department of tertiary care hospitals of Lahore, Pakistan. *Pak J Med Health Sci*. 2020;14(1):70-73.
5. López-López R, Sánchez M. The institutional active aging paradigm in Europe (2002–2015). *Gerontologist*. 2020; 60(3): 406-415. doi: 10.1093/geront/gnz094
6. Raofi R, Talaghani F, Hojat M, Shahriari M. A review of the literature: The situation of continuing nursing education in Iran. *Journal of Global Pharma Technology*. 2016; 6(8): 59-66.
7. Sori A, Shabani Moghadam K, Soury R. The Effect of physical activity on quality of life in elder women in Kermanshah Province. *Applied Research in Sport Management*. 2016; 4(4): 75-84. (Persian)
8. Nikkhah M, Heravi-Karimooi M, Montazeri A, Rejeh N, Sharif Nia H. Psychometric properties the Iranian version of older People's quality of life questionnaire (OPQOL). *Health Qual Life Outcomes*. 2018; 16(1): 1-10. doi: 10.1186/s12955-018-1002-z
9. Olimid AP, Olimid DA. Societal challenges, population trends and human security: evidence from the public governance within the United Nations publications (2015-2019). *Revista de Stiinte Politice*. 2019; 64: 53-64.
10. Runkawatt V, Gustafsson C, Engström G. Different cultures but similar positive attitudes: a comparison between Thai and Swedish nursing students' attitudes toward older people. *Educational Gerontology*. 2013; 39(2): 92-102. doi: 10.1080/03601277.2012.689934
11. Avazeh M, Babaei N, Farhoudi S, Kalteh E, Gholizadeh B. The study of self-care and related factors in the elderly with chronic diseases in 2018. *Journal of Health and Care*. 2019; 21(2): 135-144. doi: 10.29252/jhc.21.2.135. (Persian)
12. Sharifnia F, Ghaffari M, Ramezankhani A, Rakhshanderou S. Socio-demographic predictors of health literacy among the elderly: A correlational study Commun Health. *Journal of community Health*. 2020; 7(2): 116-126. (Persian)
13. Wang J, Maxwell CA, Yu F. Biological processes and biomarkers related to frailty in older adults: a state-of-the-science literature review. *Biol Res Nurs*. 2019; 21(1): 80-106. doi: 10.1177/1099800418798047
14. Phillips DR, Gyasi RM. Global aging in a comparative context. *The Gerontologist*. 2021; 61(3): 476- 477. doi: 10.1093/geront/gnaa155
15. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012; 2012: 1-33. doi: 10.5402/2012/278730
16. Loef M, Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2012; 55(3): 163-170. doi: 10.1016/j.ypmed.2012.06.017
17. Wang L, He W, Yu X, Hu D, Bao M, Liu H, et al. Coronavirus disease 2019 in elderly patients: characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. *J Infect*. 2020; 80(6): 639-645. doi: 10.1016/j.jinf.2020.03.019
18. Curtin D, O'mahony D, Gallagher P. Drug consumption and futile medication prescribing in the

- last year of life: an observational study. *Age Ageing*. 2018; 47(5): 749-753. doi: 10.1093/ageing/afy054
19. Verity R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai N, et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *Lancet Infect Dis*. 2020; 20(6): 669-677. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30243-7
  20. Salarvand S, Abedi H. The elders experiences of social support in nursing home: a qualitative study. *Iran Journal of Nursing*. 2007; 20(52): 39-50. (Persian)
  21. Ahmadi A, Sahaf R, Rashedi V, Akbari Kamrani AA, Shati M, Delbari A. Relationship between oral health and demographic characteristics in retired elderly people in Iran. *Iranian Journal of Ageing*. 2019; 13(4): 452-463. doi: 10.32598/SIJA.13.4.452. (Persian)
  22. Farokhnezhad Afshar P, Malakouti SK, Ajri-Khameslou M. How was the oral health of the older people in Tehran's Parks in 1396?. *Journal of Gerontology*. 2018; 2(4): 57-63. (Persian)
  23. dos Santos Tavares DM, Fernandes Bolina A, Aparecida Dias F, dos Santos Ferreira PC, José Haas V. Quality of life of elderly. Comparison between urban and rural areas. *Invest Educ Enferm*. 2014; 32(3): 401-413. doi: 10.17533/udea.iee.v32n3a05
  24. Garousi S, Safizadeh H, Samadian F. The study of relationship between social support and quality of life among elderly people in Kerman. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2017; 11(3): 303-315. (Persian)
  25. Sojoodi A, Niazi M, Farhadian A. Designing a Model on Quality of Life Components for the Elderly based on Social Changes in Iran. *Journal of Social Continuity and Change (JSCC)*. 2022; 1(1): 185-200. doi: 10.22034/JSCC.2022.2698. (Persian)
  26. Song X, Wu J, Yu C, Dong W, Lv J, Guo Y, et al. The distribution and correlates of self-rated health in elderly Chinese: the China Kadoorie Biobank study. *BMC Geriatr*. 2019; 19(1): 1-14. doi: 10.1186/s12877-019-1183-2
  27. Integrated Care for Older People: Guidelines on Community-Level Interventions to Manage Declines in Intrinsic Capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.
  28. Soleimani Kebria F, Sum S, Tirgar A, Pourhadi S, Delbari A, Shati M, et al. Explanation of the Structural-functional Challenges of Comprehensive Health Centers in Babol City, Iran, Based on the Guidelines of the World Health Organization's Elderly-friendly Centers. *Iranian Journal of Ageing*. 2023; 18(1): 14-31. doi: 10.32598/sija.2022.327.9. (Persian)
  29. Woo J, Mak B, Yeung F. Age-friendly primary health care: an assessment of current service provision for older adults in Hong Kong. *Health Serv Insights*. 2013; 6: 69-77. doi: 10.4137/HSI.S12434
  30. Pretto RL, Neves M, D'ávila O, Martins AB, Hugo FN. Are the physical structures of health units and the primary health care teams adequate to receive and provide care for the elderly. *J Dent Health Oral Disord Ther*. 2017; 8(6): 634- 639. doi: 10.15406/jdhodt.2017.08.00306
  31. Zendehtalab HR, Vanaki Z, Memarian R. Improving the quality of geriatric care for the healthy elderly in a comprehensive health centers in Iran. *Iranian Journal of Ageing*. 2021; 15(4): 428-439. doi: 10.32598/sija.15.4.2881.1. (Persian)
  32. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*. 1975; 28(4): 563-575. doi: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x
  33. Gilbert GE, Prion S. Making sense of methods and measurement: Lawshe's content validity index. *Clin Simul Nurs*. 2016; 12(12): 530-531. doi: 10.1016/j.ecns.2016.08.002
  34. Adeyemo DO. Local government and health care delivery in Nigeria: a case study. *J Hum Ecol*. 2005; 18(2): 149-60. doi: 10.1080/09709274.2005.11905822
  35. Sule SS, Ijadunola KT, Onayade AA, Fatusi AO, Soetan RO, Connell FA. Utilization of primary health care facilities: lessons from a rural community in southwest Nigeria. *Niger J Med*. 2008; 17(1): 98-106. doi: 10.4314/njm.v17i1.37366
  36. Borhaninejad VR, NaghibzadehTahami A, Nabavi H, Rashedi V, Yazdi-Feyzabadi V. The utilization of health services and its influences among elderly people in Kerman-2014. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2015; 7(2): 229- 240. doi: 10.29252/jnkums.7.2.229. (Persian)
  37. Ghadamgahi HB, Norouzi Tabrizi K, Mohammadi F, Jandaqhi J. Status and determinants of health services utilization among elderly rural habitants in the Iranian population. *Koomesh*. 2018; 20(4): 779-785. (Persian)
  38. Steinhardt LC, Waters H, Rao KD, Naeem AJ, Hansen P, Peters DH. The effect of wealth status on care seeking and health expenditures in Afghanistan. *Health policy plan*. 2009; 24(1): 1-17. doi: 10.1093/heapol/czn043
  39. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A, Tountas Y, Niakas D. Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *Int J Environ Res Public Health*. 2013; 10(5): 2017-2027. doi: 10.3390/ijerph10052017
  40. Rezapour A, Mahmoudi M, Abolghasem Gorji H, Bagheri Faradonbeh S, Asadi S, Yusefzadeh N, et al.

- A survey of Unmet health needs and the related barriers to access them. *Journal of Health Administration*. 2014; 17(57): 87- 98. (Persian)
41. Ellis DA, McQueenie R, McConnachie A, Wilson P, Williamson AE. Demographic and practice factors predicting repeated non-attendance in primary care: a national retrospective cohort analysis. *Lancet Public Health*. 2017; 2(12): e551-e559. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30217-7
42. Alavi M, Jorjoran Shushtari Z, Noroozi M, Mohammadi Shahboulaghi F. Mental health and related factors in old population in Tehran 2014-2015. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2018; 27(158): 112-122. (Persian)
43. Mafton F, Farzadi F, Mohammad K, Pileh Roodi S, Aien Parast A. Burden demand for receiving therapeutic services in Tehran city. *Payesh*. 2007; 5(2): 131-140. (Persian)
44. Yasobant S. Comprehensive public health action for our aging world: the quintessence of public health policy. *J Int Med Res*. 2018; 46(2): 555-556. doi: 10.1177/0300060517718452
45. Sowa A, Tobiasz-Adamczyk B, Topór-Mądry R, Poscia A, La Milia DI. Predictors of healthy ageing: public health policy targets. *BMC Health Serv Res*. 2016; 16 (Suppl 5): 441-453. doi: 10.1186/s12913-016-1520-5
46. Oshodi TO, Bruneau B, Crockett R, Kinchington F, Nayar S, West E. Registered nurses' perceptions and experiences of autonomy: a descriptive phenomenological study. *BMC Nurs*. 2019; 18: 1-14. doi: 10.1186/s12912-019-0378-3
47. Hamedanchi A, Momtaz YA, Khankeh HR, Zanjari N. The growth trend of never-married elderly population in Iran in the third millennium. *J Family Med Prim Care*. 2020; 9(6): 2837-2842. doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe\_264\_20
48. Kazeminezhad B, Tarjoman A, Borji M. Relationship between praying and self-care in elderly with heart failure: A cross-sectional study in west of Iran. *J Relig Health*. 2020; 59(1): 19-28. doi: 10.1007/s10943-018-00757-8
49. Abazari M, Salari R, Feyzabadi Z, Noras MR. Traditional approaches to improve the quality of life in older women, evidence-based (a systematic review). *Journal of Gerontology*. 2017; 2(1): 67-77. doi: 10.18869/acadpub.joge.1.4.67
50. Parvizi MM, Emami Alorizi M. Measures for Maintaining Adults' Health in Traditional Persian Medicine. *Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine*. 2016; 7(1): 31-36. (Persian)