دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تربت جام
مجله تحقیق و توسعه سلامت
دوره ۲ ،شماره ٤، زمستان ۱٤۰۳

عوامل مرتبط با عدم دریافت مراقبت های بهداشتی در سالمندان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر

حکمت اله خوب فکر(Ph.D.)[۱]، نیلوفر ناستی زایی(MSC)[۲] , محمد سعید جدگال(Ph.D.) [۳]، ثناء الله رئیسی زاده(M.D)[۴]، وحید رحمانیان (Ph.D.)[۵*]،منیره رجبی (B.sc)[۶]

مقاله پژوهشی

مقدمه : با توجه به افزایش جمعیت سالمندان و پیامدهای منفی ناشی از عدم دریافت مراقبت‌های بهداشتی مناسب، این مطالعه با هدف شناسایی عوامل مرتبط با عدم دریافت خدمات بهداشتی در سالمندان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر انجام شد.

روش کار: در این مطالعه مقطعی، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، داده های ۲۱۶۸ سالمند جمع‌آوری گردید. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته بود که از نظر روایی و پایایی تأیید شده است.

یافته ها: یافته‌ها نشان داد که ۷۶/۶۱٪ سالمندان در مناطق روستایی و ۲۳/۳۹٪ در مناطق شهری ساکن بودند. همچنین، ۹۰/۵۴٪ سالمندان بی‌سواد بودند. وابستگی اقتصادی به فرزندان و نزدیکان در ۴۲/۷۶٪ سالمندان گزارش شد. از بین عوامل مؤثر بر عدم دریافت مراقبت‌ها، «عدم انجام آزمایشات خطرسنجی» بالاترین میانگین امتیاز ۲۶/۷۴±۶۴/۵۱را داشت، در حالی که «عدم اعتماد به پرسنل بهداشتی» کمترین امتیاز (۱۴/۹۱±۳۱/۵۱) را به خود اختصاص داد. شهرستان دلگان بیشترین مشکلات را در انجام آزمایشات غربالگری (۳۳/۶۱±۶۶/۸۳) و شهرستان سرباز کمترین اعتماد به پرسنل بهداشتی را داشت (۲۸/۶۰±۴۱/۷۱). همچنین، ارتباط معنی‌داری بین وضعیت اقتصادی سالمندان و عدم مراجعه جهت دریافت خدمات مراقبتی مشاهده شد (P-value < 0.05). شهرستان راسک در تمامی حوزه‌ها کمترین مشکلات را داشت (۱/۷۸±۲۱/۹۸)، در حالی که شهرستان‌های مهرستان (۵/۹۱±۴۹/۸۱) و دلگان (۱۵/۸۸±۴۹/۳۲) بالاترین مشکلات را گزارش کردند.

نتیجه گیری : عواملی نظیر عدم دسترسی به آزمایشات خطرسنجی، شرایط فیزیکی نامناسب مراکز بهداشتی و موانع اقتصادی، از مهم‌ترین عوامل عدم استفاده سالمندان از خدمات بهداشتی محسوب می‌شوند. از این رو، پیشنهاد می‌شود سیاستگذاران با تدوین و اجرای راهکارهای جامع شامل بهبود آگاهی از طریق دوره‌های آموزشی، تقویت زیرساخت‌های فیزیکی مراکز بهداشتی، ایجاد سیستم‌های حمایتی اقتصادی و ارتقای سطح اعتماد به پرسنل بهداشتی، به بهبود دسترسی سالمندان به خدمات بهداشتی توجه ویژه نمایند.

کلید واژه ها :عدم دریافت مراقبت‌های بهداشتی، سالمندان، ایرانشهر

مولف مسئول: وحید رحمانیان ، استادیار اپیدمیولوژی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی تربت جام، تربت جام، ایران
تلفن تماس: ۰۹۱۷۵۹۸۵۲۰٤ E-**mail:**vahid.rahmani1392@gmail.com

۱. دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، دانشگاه تهران، ایران، مرکز تحقیقات بیماری‌های گرمسیری و واگیر، دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر، ایرانشهر، ایران.
۲. گروه پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۳. گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر، ایرانشهر، ایران.
٤. معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر، ایرانشهر، ایران.
٥.استادیار اپیدمیولوژی، دانشکده علوم پزشکی تربت جام، تربت جام، ایران
٦. معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر، ایرانشهر، ایران.

دریافت:۱۴۰۳/۱۰/۱۵ اصلاح: ۱۴۰۳/۱۱/۱۲ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۶

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-15]
[DOI: 10.61186/jhrd.2.4.71]

مقدمه

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. بررسی آمارها در ایران حاکی از رشد و شتاب سالمندی دارد، به طوری که پیش بینی می شود، در سال ۱۴۱۰ در کشور ایران ۲۵ الی ۳۰ درصدِ جمعیت وارد دوران سالمندی شوند. این امر توجه متخصصان را به نیازهای بهداشتی، عاطفی و روانی آنان جلب کرده و برطرف کردن این نیازها مستلزم شناخت بهتر سالمندان و ابعاد مختلف زندگی آن هاست (۱). از طرف دیگر طی چند دهه اخیر، توسعه اقتصادی و اجتماعی، بهبود مراقبت های بهداشتی، کاهش باروری و به دنبال آن کاهش رشد جمعیت و افزایش امید به زندگی منجر به ایجاد تغییرات شگرفی در ساختار جمعیت جهان شده است؛ به طوری که طی این مدت، تعداد و نسبت سالمندان به طور چشمگیری افزایش یافته است (۲ و ۳). افزایش نسبت سالمندان در جهان چنان با شتاب پیش می رود که سازمان جهانی بهداشت قرن ۲۱ را قرن سالمندان نامیده است (۴). اگرچه در حال حاضر توسعه یافته ترین کشورها، سالخورده ترین ساختار جمعیت را دارند ولی سریعترین سالخوردگی جمعیت در کشورهای کمتر توسعه یافته اتفاق می افتد. سالمندی جمعیت در کشورهای پیشرفته طی ۱۰۰ تا ۲۰۰ سال اتفاق افتاده است، در حالی که در کشورهای در حال توسعه، این مسیر طی ۳۰ تا ۴۰ سال رخ می دهد (۳). بررسی های آماری و مطالعات جمعیت شناسی در ایران نشان می دهند که شتاب سالمند شدن جمعیت غالباً به دلیل کاهش سریع نرخ تولد در مدت کوتاه بسیار بالاست، به طوری که بر اساس پیش بینی های صورت گرفته توسط سازمان ملل، ایران پس از امارات و بحرین، سومین کشور جهان از نظر سرعت پیری جمعیت است (۲). آهنگ سریع رشد سالمندی در ایران بسیار حائز اهمیت است؛ زیرا مبین این حقیقت است که ایران نسبت به سایر کشورها فرصت کمتری برای آمادگی و روبه رو شدن با پیامدهای پدیده سالخوردگی جمعیت دارد. براساس گزارش های سرشماری مرکز آمار، جمعیت سالمند کشور از ۶/۵ درصد جمعیت در سال ۱۳۷۵ به ۹/۵ درصد در سال ۱۳۹۵ رسیده است و طبق برآوردهای جمعیت شناسی انتظار می رود شمار سالمندان ایرانی در فاصله سال های ۱۳۹۵ تا ۱۴۱۰ دو برابر شود (۵-۷).

گرچه وقوع پدیده سالمندی جمعیت، که به دنبال افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ و میر در جوامع رخ می دهد، نشانه پیشرفت و توسعه کشورهاست اما چنانچه جوامع آمادگی لازم برای مقابله با نیازهای سالمندان رو به رشد و پاسخ گویی به تبعات پدیده سالمندی را نداشته باشند، با چالش های جدی روبه رو خواهند شد. یکی از چالش های مهم مرتبط با سالمندی جمعیت در کشورها، موضوع تهیه و تأمین خدمات سلامت برای سالمندان و تأمین مخارج بهداشتی و درمانی است. افزایش نسبت سالمندان با افزایش تقاضا برای دریافت خدمات سلامت همراه است. با توجه به کاهش عملکرد جسمی و آسیب پذیری روانی و همچنین به دلیل افزایش بیماری های زمینه ای و مزمن در دوران سالمندی، این گروه مصرف کنندگان عمده خدمات سلامت هستند. جمعیت سالمندی برای نظام سلامت و سازمان های بیمه گر بسیار پرهزینه بوده و مخارج سلامتی شان به طور غیرارادی میل به افزایش سهم از تولید ناخالص داخلی دارد (۱۰-۸). برآورد شده است که هزینه فراهم کردن خدمات سلامت برای افراد سالمند سه تا پنج برابر این هزینه ها برای افراد جوانتر است (۱۱). مطالعات نشان می دهد که با ورود به مرحله سالمندی، هزینه های درمانی روند تصاعدی داشته و گاه هزینه سلامت و درمان دو سال آخر عمر با هزینه مابقی زندگی برابری می کند(۱۲).

اکنون در مراکز سلامت کشور برنامه مراقبت های ادغام یافته سالمندی در حال اجراست (۱۳). سازمان جهانی بهداشت این استراتژی را برای کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در نظر گرفته است و برنامه عملی آن بر اساس سه اصل مشارکتِ سالمندان در فرایند توسعه، تقویت سلامت جسمی و روانی آنان و تأمین محیط های حامی و توانمند کننده سالمندان تدوین شده است (۱۴). این برنامه برای پزشکان و غیر پزشکان طراحی شده و در آن از حداقل عوامل خطر و نشانه های بالینی برای شناسایی زودرس بیماری، درمان مناسب و ارجاع به موقع استفاده می شود. سالمندان از نظر اختلالات فشارخون، بیماری های قلبی عروقی، اختلالات تغذیه ای، دیابت، اختلالات بینایی و شنوایی، افسردگی و اختلال خواب، پوکی استخوان، بی اختیاری ادرار، سل، دمانس، سقوط و تعادل و ایمن سازی ارزیابی می شوند (۱۳). سازمان ملل توصیه می‌کند که فراهم کردن مراقبت برای سالمندان باید فراتر از امور درمانی باشد و رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی آنها مدنظر قرار گیرد (۱۴). با بروز برخی تغییرات اجتماعی و دگرگونی سنت ها در ایران مانند هسته ای شدن خانواده ها، کوچک شدن منازل، افزایش تعداد زنان شاغل در خارج از منزل، افزایش طلاق ها و افزایش میزان شهرنشینی، مشکلات سالمندان افزایش یافته است و مراقبت از آن ها کاهش می یابد(۱۵).

با توجه به اینکه روز به روز بر میزان افراد سالمند کشور افزوده میشود؛ روند رو به رشد جمعیت سالمندان در ایران و نیازهای فردی و اجتماعی خاص این گروه سنی و نیاز آن ها به حمایت ها و مراقبت های ویژه، لازم است که قوانین جامع خاص متناسب با این گروه

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-15]
[DOI: 10.61186/jhrd.2.4.71]

سنی وضع شود که بتواند پاسخگوی نیازهای آن ها باشد. شناسایی فاکتورهای مؤثر بر عدم دریافت مراقبت های بهداشتی در این گروه ضروری است. علل مختلفی می توانند در این فرایند تأثیر داشته باشد که شناخت آنها به مدیران سلامت کمک خواهد کرد تا با اجرای برنامه های مداخله ای هدفمند میزان مراجعات سالمندان به مراکز خدمات جامع سلامت را افزایش دهند. با توجه به بررسی های انجام شده مشخص گردید مطالعات اندکی در کشور در ارتباط با عوامل مؤثر بر عدم مراجعه سالمندان ایرانی به مراکز خدمات جامع سلامت صورت گرفته است. از طرفی به دلیل این که حد انتظار مراقبت سالمندان، مدنظر مرکز مدیریت بیمار های غیرواگیر وزارت بهداشت ۶۵ درصد می باشد که این میزان در حوزه دانشگاه ایرانشهر، ۳۰ درصد گزارش شده است (۱۶) آگاهی از مشکلات و عوامل عدم مراجعه سالمندان جهت دریافت مراقبت های بهداشتی به مراکز خدمات جامع سلامت نیازمند بررسی است. لذا مطالعه حاضر به عوامل مرتبط با عدم دریافت مراقبت های بهداشتی در سالمندان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر می پردازد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی، کلیه سالمندان (سن ۶۰ سال و بالاتر) تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر که طی سال ۱۴۰۲ در قید حیات بوده و در سامانه سیب هر شهرستان ثبت‌نام شده بودند (با ثبت حداقل یک خدمت در سامانه) از شرایط ورود به مطالعه برخوردار بودند. شرایط ورود شامل داشتن سن ۶۰ سال و بالاتر، سابقه سکونت حداقل ۶ ماه در شهرستان و داشتن کد خانوار در سامانه یکپارچه بهداشت (سامانه سیب) می‌باشد. به عنوان معیارهای خروج، داشتن سابقه مشکلات شناختی و روانی (مانند افسردگی ماژور، آلزایمر – اختلالات دمانس، اختلالات دوقطبی، اسکیزوفرنی)، عدم تمایل به ادامه همکاری و همچنین عدم دسترسی در زمان انجام پرسش (به دلایلی نظیر مسافرت در زمان اجرای طرح) در نظر گرفته شد.

حجم نمونه براساس مطالعه Acharya و همکاران که نسبت مراجعه سالمندان به مراکز سلامت دولتی ۳۵/۷٪ گزارش شده بود و با استفاده از فرمول حداقل حجم نمونه، تعداد ۲۱۵۰ نفر محاسبه گردید. با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۱۰ تا ۱۱ درصد، به طور کلی ۲۳۸۵ فرد به مطالعه وارد شدند و نهایتاً اطلاعات مربوط به ۲۱۶۸ نفر جمع‌آوری شد. نحوه نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای با طبقه‌بندی بر اساس شهرستان و تفکیک مناطق شهری و روستایی انجام شد. در ابتدا، کلیه سالمندان تحت پوشش شهرستان‌های حوزه دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر (۱۲ شهرستان) از سامانه سیب استخراج و کدگذاری شدند. سپس با توجه به نسبت جمعیت هر شهرستان و همچنین نسبت جمعیت شهری و روستایی در هر شهرستان، نمونه مورد نظر به‌صورت تصادفی (با استفاده از نرم‌افزار اکسل) انتخاب گردید؛ به علاوه، در هر شهرستان ۱۰٪ حجم نمونه اضافی جهت جبران افراد در دسترس نبودن، از انتهای لیست به عنوان نفر جایگزین انتخاب و پرسش‌نامه تکمیل شد.

ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه محقق‌ساخته بود که از نظر روایی و پایایی مورد تأیید قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل دو بخش بود؛ بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و زمینه‌ای مانند سن، جنسیت، آگاهی از زمان و مکان، توانایی برقراری ارتباط کلامی، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، وضعیت اقتصادی و وضعیت کلی سالمندی و بخش دوم شامل سوالاتی مربوط به دلایل عدم دریافت مراقبت‌های روتین بهداشتی که در ۹ حوزه تنظیم شده بودند. حوزه‌های بخش دوم به شرح زیر است: عدم آگاهی و شناخت کافی نسبت به خدمات بهداشتی و درمانی (۴ سوال)، عدم احساس نیاز به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (۶ سوال)، مسائل خانوادگی و شخصی (۵ سوال)، شرایط فیزیکی نامناسب پایگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت (۶ سوال)، عدم اعتماد به پرسنل بهداشتی (۵ سوال)، عدم پاسخگویی مناسب پرسنل به مراجعه‌کنندگان (۶ سوال)، ترجیح بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی (۶ سوال)، کیفیت خدمات ارائه شده (۳ سوال) و عدم انجام آزمایشات خطرسنجی (۴ سوال). سوالات مورد استفاده بر روی یک طیف پنج‌لیکتی از "خیلی زیاد" (امتیاز ۵) تا "خیلی کم" (امتیاز ۱) اندازه‌گیری شدند به طوری که مجموع امتیازات هر حوزه پس از جمع‌بندی به منظور مقایسه بهتر بر مبنای ۱۰۰ امتیاز نرمال‌سازی گردید. از آنجا که پرسشنامه فاقد سوالات معکوس بوده است، جهت تعیین روایی آن از روش اعتبار محتوا بهره گرفته شد؛ برای ارزیابی روایی به صورت کمی از شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. در این راستا، پرسشنامه به ۱۰ نفر از اساتید و متخصصان حوزه‌های سالمندشناسی، آموزش بهداشت، ارتقای سلامت و اپیدمیولوژی ارائه گردید و با استفاده از جدول لاوشه، سوالاتی که مقدار CVR آن‌ها از ۰/۶۲ بالاتر بود، حفظ شدند. همچنین، با استفاده از روش والتز و باسل (Waltz & Bausell) هر گویه از نظر "مربوط بودن"، "واضح بودن" و "ساده بودن" ارزیابی شد و سوالاتی با CVI بالای ۰/۷۹ پذیرفته و سایر موارد حذف گردید. به منظور تعیین پایایی پرسشنامه، آزمون کرونباخ انجام شد که به تفکیک حوزه‌ها به ترتیب به دست آمد: حوزه عدم آگاهی و شناخت کافی (a =۰/۷۸)، حوزه عدم احساس نیاز به خدمات بهداشتی (a =۰/۸۲

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-15]
[DOI: 10.61186/jhrd.2.4.71]

)، حوزه مسائل خانوادگی و شخصی (a =۰/۷۸)، حوزه شرایط فیزیکی نامناسب محل ارائه خدمات (a =۰/۸۵)، حوزه عدم اعتماد به پرسنل بهداشتی (a =۰/۸۸)، حوزه عدم پاسخگویی مناسب (a =۰/۷۸)، حوزه ترجیح بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی (a =۰/۸۵)، حوزه کیفیت خدمات بهداشتی (a =۰/۸۰) و حوزه عدم انجام آزمایشات خطرسنجی (a =۰/۷۸). برای کل پرسشنامه، مقدار آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به‌دست آمد.

یافته ها

در این مطالعه، داده های مربوط به ۲۱۶۸ سالمند تحت پوشش حوزه دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر در ۱۳ شهرستان جمع‌آوری شد. نتایج نشان داد که اکثریت سالمندان (۷۶/۶۱ درصد) در مناطق روستایی زندگی می‌کنند و تنها ۲۳/۳۹ درصد در مناطق شهری سکونت دارند. شهرستان ایرانشهر با ۱۳/۲۸ درصد بیشترین فراوانی سالمندان را داشت و شهرستان لاشار با ۳۲/۳۰ درصد کمترین تعداد سالمندان را در بر می‌گرفت. در خصوص وضعیت تحصیلی، بیش از نیمی از سالمندان (۹۰/۵۴ درصد) بی‌سواد بودند. تنها ۹/۰۹ درصد از سالمندان تحصیلات دیپلم یا پایین‌تر داشتند و ۰/۳۷ درصد از آنها تحصیلات دانشگاهی داشتند. در زمینه وضعیت تأهل، اکثریت سالمندان (۷۱/۷۰ درصد) متأهل بودند و کمترین درصد (۰/۵۵ درصد) از آنها مطلقه بودند. از نظر وضعیت شغلی، ۸۰/۳۰ درصد بیکار، ۱۵/۴۵ درصد شغل آزاد و تنها ۴/۲۵ درصد بازنشسته بودند. در ارتباط با وابستگی اقتصادی، ۵۷/۲۴ درصد از سالمندان زندگی مستقلی داشتند و ۴۲/۷۶ درصد به فرزندان یا نزدیکان خود وابسته بودند (جدول ۱).

بیشترین میانگین نمره برای عواملی که به عدم انجام مراقبت‌ها در سالمندان مرتبط بودند، به عدم انجام آزمایشات خطرسنجی مربوط می‌شود (۲۶/۷۴ ± ۶۴/۵۱) حتی بیشتر از عدم آگاهی سالمندان (۱۹/۷۹ ± ۵۶/۱۸). عواملی همچون مشکلات مالی سالمندان، عدم دسترسی آسان به مراکز آزمایشگاهی دولتی، نوبت‌دهی طولانی، معطلی، و عدم حمایت مالی یا همراهی خانواده در مراجعه به آزمایشگاه‌ها، از جمله دلایل اصلی عدم انجام این آزمایشات بودند. شهرستان دلگان با بالاترین امتیاز در این بخش (۳۳/۶۱.± ۶۶/۸۳) بیشترین مشکلات را در این زمینه داشت، در حالی که شهرستان راسک با کمترین امتیاز (۲/۴۳ ± ۲۴/۱۲) کمترین مشکلات را داشت. در بررسی‌های دیگر، کمترین میانگین نمره در خصوص علل عدم انجام مراقبت‌ها به عدم اعتماد به پرسنل بهداشتی مربوط بود (۱۴/۹۱ ±۳۱/۵۱). شهرستان سرباز با بالاترین امتیاز در این بخش (۲۸±/۶۰ ۴۱/۷۱) کمترین اعتماد به پرسنل بهداشتی را داشت، در حالی که شهرستان راسک کمترین میزان بی‌اعتمادی را (۴/۰۶ ± ۲۳/۰۴) گزارش کرد(جدول ۲). ارتباط بین عوامل مختلف مانند وضعیت اقتصادی (وابسته و غیر وابسته بودن به فرزندان)، شغل، و تحصیلات با دلایل عدم مراجعه برای مراقبت‌های دوران سالمندی، مورد بررسی قرار گرفت. در این بررسی‌ها، در تمام حیطه‌ها، به جز آگاهی سالمندان، تفاوت‌های آماری معنی‌داری بین شهرستان‌های مختلف مشاهده شد($P\text{-value} < 0.05$) (جدول ۳).

نکته قابل توجه دیگر، عدم احساس نیاز به خدمات بهداشتی، شرایط فیزیکی نامناسب محل ارائه خدمت، و عدم انجام آزمایشات خطرسنجی بود که در شهرستان‌های مختلف تفاوت‌های معنی‌داری را نشان داد. شهرستان راسک به‌طور خاص در تمامی این حوزه‌ها کمترین امتیاز را داشت، در حالی که شهرستان‌های دشتیاری و مهرستان به‌طور کلی بالاترین امتیازها را داشتند(جدول ۴).

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-15]
[DOI: 10.61186/jhrd.2.4.71]

جدول ۱ : توزیع اطلاعات دموگرافیک سالمندان در رابطه با عوامل مرتبط با عدم دریافت مراقبت های بهداشتی

متغیر های دموگرافیک		تعداد (درصد٪)	متغیر های دموگرافیک		تعداد (درصد٪)
شهرستان	ایرانشهر	۲۸۸ (۱۳/۲۸)	تحصیلات	بیسواد	۱۹۶۳ (۹۰/۵۴)
	چابهار	۲۸۲ (۱۳)		دیپلم وپایین تر	۱۹۷ (۹/۰۹)
	دشتیاری	۱۳۷ (۶/۳۲)		دانشگاهی	۸ (۰/۳۷)
	کنارک	۱۵۴ (۷/۱۰)	وضعیت تاهل	مجرد	۲۳ (۱/۰۶)
	نیشکهر	۲۵۰ (۱۱/۵۳)		متاهل	۱۵۳۳ (۷۰/۷۱)
	قصرقند	۱۵۰ (۶/۹۲)		همسر مرده	۶۰۰ (۲۷/۶۸)
	فنوج	۱۱۴ (۵/۲۶)		مطلقه	۱۲ (۰/۵۵)
	راسک	۱۵۴ (۷/۱۰)	شغل	شغل آزاد	۳۳۵ (۱۵/۴۵)
	سرباز	۱۵۸ (۷/۲۹)		بیکار	۱۷۴۱ (۸۰/۳۰)
	مهرستان	۱۴۳ (۶/۶۰)		بازنشسته	۹۲ (۴/۲۵)
	دلگان	۱۳۹ (۶/۴۱)	وضعیت اقتصادی	زندگی مستقل	۱۲۴۱ (۵۷/۲۴)
	بمپور	۱۲۷ (۵/۸۶)		وابسته به فرزندان یا نزدیکان	۹۲۷ (۴۲/۷۶)
	لاشار	۷۲ (۳/۳۲)	جنسیت	مرد	۱۰۷۲ (۴۹/۴۵)
محل سکونت	شهری	۵۰۷ (۲۳/۳۹)		زن	۱۰۹۶ (۵۰/۵۵)
	روستایی	۱۶۶۱ (۷۶/۶۱)			

جدول ۲: ارزیابی نمرات کسب‌شده بر اساس ابعاد مختلف پرسشنامه در رابطه با عوامل مؤثر بر عدم دریافت خدمات بهداشتی در سالمندان تحت پوشش حوزه دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر

حیطه های مورد بررسی شده پرسشنامه سالمندان	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین ± انحراف معیار
عدم آگاهی و شناخت کافی نسبت به خدمات بهداشتی و درمانی	۲۰	۱۰۰	۴۴/۸۵ ± ۱۵/۸۱
عدم احساس نیاز به مراقبت های بهداشتی و درمانی	۲۰	۱۰۰	۳۹/۷۴ ± ۱۴/۷۰
مسائل خانوادگی و شخصی	۲۰	۱۰۰	۴۳/۳۷ ± ۱۵/۴۸
شرایط فیزیکی نامناسب پایگاهها و مراکز خدمات جامع سلامت	۲۰	۱۰۰	۳۵/۳۸ ± ۱۶/۶۷
عدم اعتماد به پرسنل بهداشتی	۲۰	۱۰۰	۳۱/۵۱ ± ۱۴/۹۱
عدم پاسخگویی مناسب پرسنل به مراجعین	۱۷	۸۱	۳۳/۹۳ ± ۱۲/۴۴
ترجیح بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی	۱۷	۸۳	۴۱/۸ ± ۱۵/۰۷
کیفیت خدمات ارائه شده	۲۰	۱۰۰	۳۹/۵۸ ± ۱۴/۶۳
عدم انجام آزمایشات خطرسنجی	۲۰	۱۰۰	۲۱/۳۴±۵۱/۵۲

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-15]
[DOI: 10.61186/jhrd.2.4.71]

جدول ۳: وضعیت دموگرافیک و عوامل مؤثر بر عدم دریافت خدمات بهداشتی در سالمندان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر

حیطه های مورد بررسی شده پرسشنامه سالمندان	متغیر های کیفی دوحالته (آزمون T-test)			متغیر های کیفی چند حالته (آزمون One way Anova)			
	منطقه محل سکونت	جنسیت	وضعیت اقتصادی	شغل	شهرستان	تحصیلات	وضعیت تاهل
	P-value	P-value	P-value	P-value	P-value	P-value	P-value
عدم آگاهی و شناخت کافی نسبت به خدمات بهداشتی و درمانی	۰/۱۷۱	۰/۸۴۲	۰/۳۹۴	۰/۰۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۰۱۴	۰/۱۹۴
عدم احساس نیاز به مراقبت های بهداشتی و درمانی	۰/۰۰۳	۰/۵۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۰۱۷	۰/۷۳۳
مسائل خانوادگی و شخصی	۰/۰۸۷	۰/۳۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۷۷	۰/۳۹۴
شرایط فیزیکی نامناسب پایگاهها و مراکز خدمات جامع سلامت	۰/۰۰۰۱	۰/۲۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۰۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۱۷۱	۰/۳۰۵
عدم اعتماد به پرسنل بهداشتی	۰/۱۴۵	۰/۶۱۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶۸	۰/۶۰۳
عدم پاسخگویی مناسب پرسنل به مراجعین	۰/۰۰۳	۰/۵۴۱	۰/۹۵۱	۰/۷۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۱	۰/۶۶۶
ترجیح بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی	۰/۰۰۵	۰/۴۹۶	۰/۵۷۲	۰/۸۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۴	۰/۵۰۵
کیفیت خدمات ارائه شده	۰/۶۲۱	۰/۵۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۰۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۴	۰/۹۱۵
عدم انجام آزمایشات خطرسنجی	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۱۰۳	۰/۰۸۵

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-15]

[DOI: 10.61186/jhrd.2.4.71]

جدول۴: عوامل مرتبط با عدم دریافت مراقبت‌های بهداشتی در سالمندان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهربه تفکیک شهرستانهای تحت پوشش

شهرستان	آگاهی وشناخت ناکافی به خدمات بهداشتی	عدم احساس نیاز به خدمات بهداشتی	مسائل خانوادگی وشخصی	شرایط فیزیکی نامناسب محل ارائه خدمت	عدم اعتماد سالمند به پرسنل	عدم پاسخگویی مناسب	ترجیح بخش خصوصی به بخش دولتی	کیفیت خدمات بهداشتی	عدم انجام آزمایشات خطر سنجی	میانگین کل
	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین
ایرانشهر	۴۳/۸۱± ۶/۷۳	۴۴/۸۱± ۵/۸۴	۵۳/۹۸± ۳/۹۹	۳۳/۴۱± ۲/۹۸	۳۷/۲۲± ۵/۵۱	۳۲/۹۰±۱۲/۳۶	۴۱/۰۷±۱۶/۲۸	۴۳/۵۰±۴/۹۷	۵۰/۳۱±۴/۶۵	۴۴/۹۲±۲/۱۰
چابهار	۴۸/۴۰±۱۳/۶۴	۴۷/۱۷±۱۶/۱۴	۴۲/۶۶±۱۴/۹۴	۳۷/۲۷±۱۴/۱۸	۲۸/۴۹±۱۲/۰۶	۳۴/۵۵±۱۱/۲۲	۴۱/۷۸±۱۲/۴۴	۳۹/۶۸±۱۶/۶۱	۵۷/۸۷±۲۱/۷۶	۴۳/۸۰±۱۰/۰۳
دشتیاری	۵۵/۵۴±۱۱/۳۸	۳۶/۶۱±۱۱/۱۲	۴۶/۱۶±۱۲/۹۲	۳۳/۶۹±۱۳/۱۳	۳۲/۷۸±۱۶/۲۷	۳۵/۶۲±۱۲/۶۵	۴۷/۸۳±۱۵/۹۴	۴۴/۱۹±۱۶/۳۵	۴۹/۳۷±۱۴/۷۸	۴۲/۷۳±۱۰/۱۲
کنارک	۴۵/۳۸±۱۶/۷۰	۳۸/۰۷±۱۵/۷۰	۴۱/۸۱±۱۳/۴۳	۲۹/۴۰±۱۲/۵۷	۲۸/۷۲±۱۳/۷۰	۳۱/۳۷±۱۱/۲۳	۳۶/۳۸±۱۲/۸۸	۳۹/۹۰±۱۴	۵۶/۸۵±۲۲/۶۲	۴۱/۰۳±۱۰/۰۸
نیکشهر	۴۲/۹۸±۱۶/۵۰	۳۸/۳۵±۱۸/۲۶	۳۹/۰۲±۱۴/۶۲	۳۰/۷۵±۱۳/۴۵	۲۸/۶۰±۱۳/۹۲	۳۱/۹۳±۱۳/۷۸	۳۶/۶۵±۱۵/۵۶	۳۴/۱۸±۱۴/۳۱	۵۹/۴۰±۲۳/۶۷	۳۹/۰۳±۹/۸۰
قصرقند	۴۰/۹±۱۵/۲۲	۳۸/۸۰±۱۲/۹۹	۴۱/۷۰±۱۱/۶۴	۲۸/۷۷±۹/۶۰	۳۰/۹۰±۹/۷۸	۳۳/۹۶±۱۲/۶۳	۴۱/۶۸±۱۵/۴۹	۴۰/۳۳±۱۵/۲۵	۳۳/۲۳±۱۳/۰۹	۳۸/۰۴±۸/۲۶
فنوج	۵۱/۶۲±۲۱/۵۲	۳۸/۵۹±۱۱/۱۶	۴۱/۵۴±۲۰/۶۵	۳۹/۹۲±۲۰/۰۶	۳۲/۳۸±۲۱/۳۷	۳۱/۸۰±۱۰/۲۸	۴۰/۲۵±۱۴/۹۷	۴۳/۰۲±۱۵/۲۷	۵۵/۷۰±۱۵/۷۱	۴۱/۸۹±۱۴/۵۳
راسک	۲۱/۰۳±۲/۱۹	۲۱/۱۹±۲/۶۳	۲۱/۴۵±۳/۷۶	۲۰/۷۷±۲/۴۶	۲۳/۰۳±۴/۰۶	۳۹/۱۶±۱۳/۴۵	۴۷/۱۲±۱۶/۴۳	۲۴/۷۷±۳/۴۹	۲۴/۱۲±۲/۴۳	۲۱/۹۸±۱/۷۸
سرباز	۵۱/۰۴±۱۳/۶۳	۴۴/۹۸±۱۳/۷۲	۴۸/۳۷±۱۵/۵۰	۴۴/۸۶±۲۱/۵۳	۴۱/۷۲±۲۸/۶۰	۳۶/۸۹±۱۳/۱۸	۴۳/۶۷±۱۴/۱۷	۴۴/۷۴±۱۵/۷۰	۴۸/۱۰±۱۵/۴۶	۴۶/۴۸±۱۳/۰۶
مهرستان	۵۴/۵۸±۴/۸۰	۳۹/۶۳±۹/۵۸	۴۸/۷۸±۷/۱۲	۴۸/۲۵±۹/۲۳	۴۱/۵۱±۱۰/۶۴	۳۵/۳۳±۱۳/۳۹	۳۸/۸۸±۱۶/۴۸	۴۹/۷۵±۱۱/۳۸	۶۴/۴۴±۹/۴۵	۴۹/۸۱±۵/۹۱
دلگان	۴۲/۳۳±۲۰/۶۹	۳۷/۷۵±۱۹/۹۹	۴۶/۷۰±۲۳/۹۵	۵۲/۱۷±۳۲/۲۷	۲۴/۴۳۱±۱۰/۸۲	۳۲/۱۶±۱۰/۵۶	۴۰/۳۳±۱۱/۶۱	۳۶/۸۷±۱۶/۷۹	۶۶/۸۳±۳۳/۶۱	۴۹/۳۲±۱۵/۸۸
بمپور	۴۴/۶۴±۱۲/۵۲	۴۰/۹۱±۱۲/۸۲	۴۴/۵۰±۱۳/۵۵	۳۲/۰۶±۱۳/۵۲	۲۸/۵۹±۱۲/۰۱	۳۰/۴۱±۱۱/۳۹	۳۸/۰۲±۱۴/۲۵	۳۶/۷۷±۱۳/۸۰	۴۸/۷۰±۲۱/۷۰	۴۰/۹۲±۷/۹۱
لاشار	۴۰/۹۰±۱۳/۱۱	۳۸/۷۲±۸/۶۴	۳۹/۸۳±۹/۶۲	۳۲/۸۳±۸/۱۱	۲۸/۶۱±۹/۱۷	۳۷/۳۸±۱۰/۶۷	۴۳/۶۸±۱۲/۷۷	۳۶/۰۴±۱۰/۱۳	۴۴/۱۶±۱۵/۷۲	۳۸/۱۸±۶/۲۳

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-15]

[DOI: 10.61186/jhrd.2.4.71]

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که از میان ابعاد مختلف مورد ارزیابی، عدم انجام آزمایشات خطرسنجی بیشترین میزان مشکل را به خود اختصاص می‌دهد در حالی که سایر حوزه‌ها از جمله عدم اعتماد به پرسنل بهداشتی در اولویت‌های بعدی قرار دارند. همچنین، تفاوت‌های معناداری میان شهرستان‌های مختلف مشاهده شد؛ به‌طوری که شهرستان دلگان در حوزه‌های «شرایط فیزیکی نامناسب محل ارائه خدمت» و «عدم انجام آزمایشات خطرسنجی» از سایر مناطق دارای مشکلات بیشتری بود و شهرستان راسک کمترین میزان مشکلات را نشان داد ؛ همچنین وضعیت اقتصادی و شغلی سالمندان به‌طور معناداری با عدم مراجعه به مراکز بهداشتی ارتباط داشت.

یافته‌های حاضر از یک سو با گزارش‌های انجام شده در مطالعات دیگر درباره موانع اقتصادی، دسترسی و آگاهی در حوزه سلامت سالمندان همخوانی دارد. به عنوان مثال، مطالعاتی نظیر تحقیقاتی که توسط یوری و همکاران (۲) و میرزایی و دارابی (۳) صورت گرفته است، به افزایش هزینه‌های بهداشتی و چالش‌های مرتبط با دسترسی خدمات در جوامع در حال توسعه اشاره می‌کنند. از سوی دیگر، نتایج مطالعه حاضر در خصوص اهمیت آزمایشات خطرسنجی به عنوان یکی از ارکان پیشگیری از بروز بیماری‌های مزمن، در راستای یافته‌های سایر مطالعات در این زمینه (۱۰، ۱۱) قرار می‌گیرد.

عدم دسترسی به خدمات آزمایشگاهی به دلیل مشکلاتی نظیر نوبت‌دهی طولانی، معطلی و نبود حمایت مالی از سوی خانواده، از مهم‌ترین عواملی است که باعث عدم دریافت مراقبت‌های بهداشتی می‌شود. این موضوع در شهرستان‌هایی مانند دلگان با مشکلات زیرساختی و فیزیکی محل ارائه خدمات به‌وضوح مشاهده می‌شود. از سوی دیگر، عدم اعتماد به پرسنل بهداشتی که علی‌رغم داشتن نمره پایین‌تر به عنوان یکی از عوامل موانع شناخته شده است، نشانگر نیاز به بهبود کیفیت ارتباط و پاسخگویی کادر درمانی است. این یافته‌ها بیانگر این است که علاوه بر بهبود ساختارهای فیزیکی و تسهیل دسترسی، باید به ارتقای سطح آگاهی و اعتمادسازی میان سالمندان نیز توجه ویژه‌ای شود (۱۷، ۱۸).

تفاوت‌های معنادار میان شهرستان‌ها نشان می‌دهد که عوامل بومی و محلی نقش مهمی در استفاده از خدمات بهداشتی دارند. به عنوان مثال، در شهرستان راسک که از نظر آماری مشکلات کمتری گزارش شده است، می‌توان به سیاست‌های موفق محلی و شرایط مطلوب‌تر زیرساختی اشاره کرد؛ در حالی که در شهرستان دلگان، نیاز به اصلاح شرایط فیزیکی مراکز و اجرای برنامه‌های مؤثر جهت غربالگری بیشتر احساس می‌شود. این موضوعات در راستای مطالعات مشابه در مناطق مختلف ایران گزارش شده است (۱۹، ۲۰).

با توجه به افزایش جمعیت سالمندان و مشکلات ناشی از عدم دریافت مراقبت‌های بهداشتی که می‌تولند منجر به افزایش هزینه‌های درمانی و بار بیماری‌های مزمن شود، تدوین راهکارهای جامع جهت بهبود دسترسی و کیفیت خدمات امری ضروری است. پیشنهاد می‌شود با برگزاری دوره‌های آموزشی و استفاده از رسانه‌های مختلف، آگاهی سالمندان نسبت به اهمیت آزمایشات خطرسنجی و مراقبت‌های پیشگیرانه افزایش یابد(۱۵،۸)؛ همچنین با بهبود شرایط محل ارائه خدمات، کاهش زمان نوبت‌دهی و فراهم آوردن امکانات مورد نیاز، زیرساخت‌های فیزیکی مراکز بهداشتی تقویت شده و مانع اصلی عدم مراجعه سالمندان برطرف گردد. علاوه بر این، با توجه به ارتباط معنادار بین وضعیت اقتصادی و استفاده از خدمات بهداشتی، ایجاد سیستم‌های حمایتی اقتصادی از جمله ارائه یارانه‌ها یا حمایت‌های مالی می‌تواند نقش موثری در افزایش مراجعه سالمندان داشته باشد؛ و از طریق آموزش‌های تخصصی برای کارکنان و بهبود کیفیت ارتباطات بین کادر درمانی و بیماران، سطح اعتماد به پرسنل بهداشتی افزایش یابد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی و طراحی مقطعی آن اشاره کرد که امکان بررسی علّی را محدود می‌کند. در پژوهش‌های آتی، استفاده از طرح‌های طولی و بررسی دقیق‌تر عوامل روانشناختی و اجتماعی توصیه می‌شود. همچنین،

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-15]
[DOI: 10.61186/jhrd.2.4.71]

تعمیم‌پذیری نتایج به ســـایر مناطق ایران نیاز به مطالعات گسترده‌تر دارد.

نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که عدم دریافت مراقبت‌های بهداشتی در سالمندان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر عمدتاً ناشی از عوامل متعددی از جمله کمبود آزمایشات خطرسنجی، شرایط فیزیکی نامناسب مراکز بهداشتی و مشکلات اقتصادی است که در مجموع مانع اصلی مراجعه سالمندان به خدمات بهداشتی می‌شود. در شرایطی که جمعیت سالمندان به سرعت در حال افزایش است، عدم ارائه خدمات مناسب می‌تواند منجر به افزایش هزینه‌های درمانی و بار بیماری‌های مزمن گردد. از این رو، توصیه می‌شود سیاستگذاران با تدوین و اجرای راهکارهای جامع، از جمله بهبود آگاهی سالمندان از طریق آموزش‌های تخصصی، تقویت زیرساخت‌های فیزیکی مراکز بهداشتی، ایجاد سیستم‌های حمایتی اقتصادی و ارتقای سطح اعتماد به پرسنل بهداشتی، به‌طور جدی در راستای بهبود دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی برای سالمندان اقدام نمایند.

سپاسگزاری

پروتکل مطالعه حاضر توسط توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر با شناسه اخلاق IR.IRSHUMS.REC.1403.003تایید شد. بدین وسیله از تمامی مراجع مربوطه و همچنین همکاران مراقب سلامت مراکز بهداشتی در دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر قدردانی میگردد.

تعارض و منافع : تعارض منافع وجود ندارد.

References

1. Abedini Baltork, M. Phenomenological Study of the Happiness Themes of Female Faculty Members of Mazandaran University. Quarterly Journal of Women and Society. 2020; 11(42): 177-206.
2. Yavari K, Basakha M, Sadeghi H, Naseri A. Economic aspects of ageing. Iranian Journal of Ageing. 2015; 10(1):92-105.
3. Mirzaie M, Darabi S. Population aging in iran and rising health care costs. Iranian Journal of Ageing. 2017; 12(2):156-69.
4. United Nations. World population ageing. 2015 [Updated 2015]. Available from: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015 Report.pdf.
5. Nikookar R, Ghaffari Sh, Akbari Kamrani AA, Sahaf R, Moghadam M, Ghadimi MR. Assessing the duration of unnecessary hospitalization and expenses in older individuals suffering from cerebral vascular accident in the chronic care unit. Iranian Journal of Ageing. 2015; 10(2):180-7.
6. Culyer AJ. The dictionary of health economics. United Kingdom: Edward Elgar Publishing; 2010.
7. Norheim OF, Asada Y. The ideal of equal health revisited: definitions and measures of inequity in health should be better integrated with theories of distributive justice. International Journal for Equity in Health. 2009; 8: 40.
8. Pavot W, Diener E. The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. The Journal of Positive Psychology. 2008; 3(2):137-52.
9. Soltani MH, Sahaf R, Mohammadi Shahbolaghi F, Ghaffari S, Khosravi A, Gohari MR. [Elderly, duration of hospitalization and hospital cost in Milad hospital in Iran. Iranian Journal of Ageing. 2012; 6(S1):58-65.
10. Schofield DJ, Earnest A. Demographic change and the future demand for public hospital care in Australia, 2005 to 2050. Australian Health Review. 2006; 30(4):507-15.

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-15]

[DOI: 10.61186/jhrd.2.4.71]

11. Holtz C. Global health care: Issues and policies. 2th ed. United States: Jones & Bartlett Learning; 2013.
12. Poor Reza A, Khabiri Nemati R. [Health economics and aging Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2007; 1 (2): 80-87.
13. Advisors O. Health system performance assessment –Integrated Care Assessment (20157303 HSPA): European commission [Internet]. 2018 [Updated 2018 June]. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2018_integratedcareassessment_italy_en.pdf
14. Sibiya MN, Gwele NS. A model for the integration of primary health-care services in the province of KwaZulu-Natal, South Africa. Journal of Nursing Management. 2013; 21(2):387-95.
15. Mohammadi A, Ganji F, Heidarzadeh A. Effect of social working in reduction of elderly health needs. The journal of Qazvin university of medical sciences. 2004; 29: 56-63.
16. Health deputy, Department of Geriatrics, Iranshahr University of Medical Sciences.
17. Soleimanvandi Azar N, Mohaqeqi Kamal SH, Sajadi H, Ghaedamini Harouni GR, Karimi S, Foroozan AS. Barriers and Facilitators of the Outpatient Health Service Use by the Elderly. Iranian Journal of Ageing. 2020;15(3):258-77.
18. Tajvar M, Yaseri M, Karami B, Mohammadi M. Pattern of Outpatient Health Service Utilization by Older People in Iran. Iranian Journal of Ageing. 2021;15(4):410-27.
19. Ghorbani Nia R, Morsalpor A. The Satisfaction Rate of Clients of Urban Health Centers from the Service Delivery System. Journal of Health Based Research. 2018;4(3):233-44.
20. Bidarpoor F, Rahmani K, Akhavan B, Rahimzadeh A, Pourmoradi A. Identifying Reasons of Non-Attendance of Urban Households in the Comprehensive Centers of Health Services in Sanandaj: A Combination of Two Quantitative and Qualitative Approaches. Iranian Journal of Epidemiology. 2019;14(4):302-11.
21. Safari F, Nikravan A, GHALANDARI B. The effect of Socioeconomic factors and unmet needs on outpatient services in Iran. 2019.
22. Borhaninejad V, NaghibzadehTahami A, Nabavi H, Rashedi V, Yazdi-Feyzabadi V. The utilization of health services and its influences among elderly people in Kerman-2014. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2015;7 (2):229-40.
23. Sohrabi M-R, Alblushi R. Satisfaction with Primary Health Care in Tehran: A Cross-Sectional Study on Iranian Health Centers. JRMS. 2011;16(6):5.
24. Acharya S, Ghimire S, Jeffers EM, Shrestha N. Health care utilization and health care expenditure of Nepali older adults. Frontiers in public health. 2019;7:24.
25. Jiang M, Yang G, Fang L, Wan J, Yang Y, Wang Y. Factors associated with healthcare utilization among community-dwelling elderly in Shanghai, China. PloS one. 2018;13(12):e0207646.
26. Madyaningrum E, Chuang Y-C, Chuang K-Y. Factors associated with the use of outpatient services among the elderly in Indonesia. BMC health services research. 2018;18(1):1-9.
27. Abera Abaerei A, Ncayiyana J, Levin J. Health-care utilization and associated factors in Gauteng province, South Africa. Global health action. 2017;10(1):1305765.
28. Bayuo J. Experiences with out-patient hospital service utilisation among older persons in the Asante Akyem North District-Ghana. BMC health services research. 2017;17(1):1-12.
29. Amente T, Kebede B. Determinants of health service utilization among older adults in Bedele Town, illubabor zone, Ethiopia. J Diabetes Metab. 2016;7.
30. Ganasegeran K, Perianayagam W, Abdul Manaf R, Ali Jadoo SA, Al-Dubai SAR. Patient satisfaction in Malaysia's busiest

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-15]
[DOI: 10.61186/jhrd.2.4.71]

outpatient medical care. The Scientific World Journal. 2015;2015.
31. Mohamed EY, Sami W, Alotaibi A, Alfarag A, Almutairi A, Alanzi F. Patients' satisfaction with primary health care centers' services, Majmaah, Kingdom of Saudi of Saudi Arabia. International journal of health sciences. 2015;9(2):163.

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-15]

[DOI: 10.61186/jhrd.2.4.71]

Torbat Jam University of Medical Sciences
Health Research and Development Journal
Vol. 2, No. 4, March 2025

Factors Associated with the Non-receipt of Healthcare Services among Elderly Individuals Covered by Iranshahr University of Medical Sciences

Hekmatollah Khoubfekr (Ph.D)[1], Niloufar Nastiezaie (M.Sc.)[2] , Mohammad Saeed Jadgal (Ph.D.)[3], Sanaollah Raesizadeh (M.D.)[4], Vahid Rahmanian (Ph.D)[5]*, Monireh Rajabi (B.sc)[6]

Original Article

Abstract

Introduction: Given the increasing elderly population and the negative consequences of inadequate healthcare services, this study aimed to identify the factors associated with the lack of healthcare services among the elderly under the coverage of Iranshahr University of Medical Sciences.

Methods: In this cross-sectional study, data from 2168 elderly individuals were collected using random sampling. The data collection tool was a researcher-designed questionnaire, which had been validated for its reliability and validity.

Results: The findings showed that 61.76% of the elderly lived in rural areas, while 39.23% resided in urban areas. Additionally, 54.90% of the elderly were illiterate. Economic dependency on children and relatives was reported in 42.76% of the elderly. Among the factors affecting the lack of healthcare services, "failure to conduct risk assessments" had the highest mean score of 64.51 ± 26.74, while "lack of trust in healthcare personnel" had the lowest mean score of 31.51 ± 14.91. Delgan County faced the most difficulties in conducting screening tests (66.83 ± 33.61), and Sarbaz County had the least trust in healthcare personnel (41.71 ± 28.60). A significant relationship was also observed between the elderly's economic status and their lack of healthcare visits (P-value < 0.05). Rask County reported the least problems across all areas (21.98 ± 1.78), while Mehrestan (49.81 ± 5.91) and Delgan (49.32 ± 15.88) counties reported the most significant issues.

Conclusion: Factors such as lack of access to risk assessments, inadequate physical conditions of healthcare centers, and economic barriers were identified as the primary reasons for the elderly's underuse of healthcare services. Therefore, it is recommended that policymakers develop and implement comprehensive strategies, including enhancing awareness through educational programs, strengthening the physical infrastructure of healthcare centers, establishing economic support systems, and improving trust in healthcare personnel, to improve elderly access to healthcare services.

Keywords: Lack of healthcare services, elderly, Iranshahr

*Corresponding author: Vahid Rahmanian, Department of Public Health, Torbat Jam Faculty of Medical Sciences, Torbat Jam, IR Iran E-mail: Vahid.rahmani1392@gmail.com

1. PhD candidate of Epidemiology, University of Tehran, Iran, Tropical and Communicable Diseases Research Centre, Iranshahr University of Medical Sciences, Iranshahr, Iran.
2. Department of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.
3. Department of Public Health, Iranshahr University of Medical Sciences, Iranshahr, Iran.
4. Vice-chancellery of Treatment, Iranshahr University of Medical Sciences, Iranshahr, Iran.
5.Assistant Professor in Epidemiology, Department of Public Health, Torbat Jam Faculty of Medical Sciences, Torbat Jam, IR Iran
6.Vice-chancellery of Treatment, Iranshahr University of Medical Sciences, Iranshahr, Iran.

Received: 04.01.2025 **Revised**: 31.01.2025 **Accepted**: 06.03.2025

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-15]

[DOI: 10.61186/jhrd.2.4.71]