مقاله پژوهشی

ارزیابی میزان مطابقت مراکز مراقبت اولیه سلامت شهرستان ساوه با استانداردهای سالمنددوستی مراکز مراقبت اولیه سازمان جهانی بهداشت

منال اعتمادی [۱]، محمود کریمی [۲]، پریسا حسینی کوکمری [۳*]، زاهده خوش‌نظر [۴]

[۱] فلوشیپ پژوهشی، علوم سلامت جمعیت، دانشکده پزشکی بریستول، دانشگاه بریستول، بریستول، انگلستان
[۲] دانشیار، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساوه، ساوه، ایران
[۳] استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساوه، ساوه، ایران
[۴] دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساوه، ساوه، ایران

* **نویسنده مسؤول:** پریسا حسینی کوکمری
p.hosseinik@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: از آن‌جا که مراقبت اولیه یک حلقه اتصال مهم در ارتقاء و حفظ سلامت سالمندان است، ارزیابی دوستدار سالمند بودن ارائه خدمات، اهمیت بالایی در تضمین سلامت سالمندان دارد. هدف مطالعه حاضر، ارزیابی وضعیت مراکز مراقبت اولیه سلامت از منظر تطابق با استانداردهای سالمنددوستی سازمان جهانی بهداشت در شهرستان ساوه بود.

روش پژوهش: مطالعه حاضر به‌صورت مقطعی در اردیبهشت و خردادماه سال ۱۴۰۱ در شهرستان ساوه، استان مرکزی انجام شد. جامعه آماری پژوهش، ۳۳ مرکز مراقبت اولیه سلامت تحت‌پوشش دانشکده علوم‌پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساوه بودند که به روش سرشماری براساس چک‌لیست مراکز دوستدار سالمند سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸) به روش مشاهده مورد بررسی قرارگرفتند. چک‌لیست حاضر پس از ترجمه، روایی صوری، محتوایی و پایایی آن توسط ۱۳ نفر از متخصصین حوزه‌های سیاست‌گذاری سلامت، آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، سلامت سالمندی، مهندسی بهداشت حرفه‌ای و مراقب سلامت بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی، تحلیل واریانس یک‌طرفه، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون تعقیبی توکی و نرم‌افزار SPSS 16 انجام شد.

یافته‌ها: در بخش بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی چک‌لیست، بر اساس نظر متخصصان، نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا محاسبه و به جزء ۸ آیتم، تمامی آیتم‌ها نمره بالاتر از ۰/۵۴ و ۰/۷۹ به‌دست آوردند. به‌منظور بررسی پایایی، ابزار پژوهش در اختیار ۲ مشاهده‌گر قرار داده شد و با محاسبه ضریب کاپا، توافق بین ۲ مشاهده‌کننده بالای ۰/۶ به‌دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار چک‌لیست می‌باشد. این مطالعه نشان‌داد که مراکز جامع سلامت و واحدهای تابعه آن‌ها ازنظر دسترسی به حمل‌ونقل عمومی ۵۷/۶ درصد، وجود پله در قسمت پیش‌ورودی ۷۲/۷ درصد، خالی بودن ورودی از موانع ۱۰۰ درصد، وجود پارکینگ ۴۲/۴ درصد، داشتن تلفن همگانی ۱۸/۲ درصد، وجود پیشخوان پذیرش نزدیک ورودی ۴۲/۴ درصد، سرویس بهداشتی نزدیک سالن انتظار ۷۸/۸ درصد، داشتن محل غذاخوری ۴۲/۴ درصد، راه‌پله ۹/۱ درصد، راهرو ۸۷/۹ درصد، رعایت علائم راهنمایی۶۶/۷ درصد، قرارگیری علائم در کانون دید ۷۲/۷ درصد و شناسایی پرسنل ۴۲/۴ درصد امتیاز را دارا بودند. همچنین براساس تحلیل واریانس انجام‌شده بین نوع مراکز (شهری و روستایی بودن) و دوستدار سالمند بودن آن‌ها تفاوت آماری معنی‌داری به دست آمد ($p < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: مراکز مراقبت اولیه سلامت شهرستان ساوه درمجموع انطباق قابل‌قبولی با استانداردهای مراکز دوستدار سالمند نداشتند. عمده مسائل در حیطه تعدد پله‌ها و نبود جایگزین برای افراد دچار مشکلات حرکتی (رمپ و آسانسور)، نبود امکاناتی همچون تلفن همگانی و ناکافی بودن علائم راهنما همراه با شناسه پرسنلی برای شناخت کارکنان بود، بنابراین دولت باید بهبود مراکز مراقبت اولیه سلامت برای سالمندان و تسهیل دسترسی جغرافیایی به این مراکز را با توجه به نقش مهم این مراکز در سلامت سالمندان، در دستور کار خود قرار دهد.

واژه‌های کلیدی: مراکز مراقبت اولیه سلامت، استانداردهای سالمند دوستی، ساوه

ارجاع: اعتمادی منال، کریمی محمود، حسینی کوکمری پریسا، خوش‌نظر زاهده. ارزیابی میزان مطابقت مراکز مراقبت اولیه سلامت شهرستان ساوه با استانداردهای سالمنددوستی مراکز مراقبت اولیه سازمان جهانی بهداشت. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۲؛ ۸(۱): ۴۸-۳۴.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۰۴
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۲/۰۳/۰۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۲۰

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1402.8.1.3.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v8i1.12888]

مقدمه

پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست‌ویکم به شمار می‌رود. در حدود سال ۱۴۱۰ انفجار سالمندی در ایران رخ خواهد داد که بین ۲۵ تا ۳۰ درصد جمعیت کشور در سن ۵۰ و بالاتر قرار خواهند گرفت (۱). سالمندی جمعیت عامل مهم در شیوع بیماری‌های مزمن شامل بیماری‌های قلبی، بیماری انسداد مزمن ریوی، دیابت، افسردگی و آلزایمر است. با افزایش تقاضا برای خدمات بیشتر و متنوع‌تر، جابه‌جایی منابع به‌سوی مراقبت اولیه برای پیشگیری و مراقبت جامع از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن امری ضروری است (۲). سالمندی منجر به افزایش تقاضا برای غربالگری و مدیریت بیماری‌های مزمن در مراکز مراقبت اولیه سلامت می‌گردد و این مراکز به‌عنوان خط مقدم تماس با نظام سلامت، باید در دسترس و منطبق با نیازهای سالمندان باشد. هدف تحقق مراقبت اولیه دوستدار سالمند یک وجه مهم از جنبش شهر دوستدار سالمند سازمان جهانی بهداشت است. از آن‌جا که مراقبت اولیه یک حلقه اتصال مهم در ارتقاء و حفظ سلامت سالمندان است، ارزیابی دوستدار سالمند بودن ارائه خدمات، اهمیت بالایی در تضمین سلامت سالمندان دارد (۳).

تأکید بر مراقبت اولیه منجر به کاهش هزینه‌های مراقبت، بهبود پیامدهای سلامت و کاهش بی‌عدالتی سلامت می‌شود (۴)، اما مراقبت اولیه سلامت در ایران گذرگاه دسترسی به سایر خدمات موردنیاز نیست و یکی از مشکلات مهم مراقبت اولیه در کشور دریافت توجه کمتر در سیاست‌گذاری‌ها نسبت به خدمات بیمارستانی است (۵) و توزیع ناعادلانه منابع مالی و گرایش بیشتر به طب تخصصی نسبت به طب پیشگیری منجر به جایگزینی مراقبت‌های سطح دو شامل درمان‌های پیشرفته به‌جای مراقبت‌های اولیه سلامت در کشور شده است و این شکاف در طرح تحول نظام سلامت به‌واسطه تمرکز شدیدتر بر مراقبت‌های سطح دو عمیق‌تر شده و منجر به حاشیه راندن مراقبت‌های اولیه سلامت شده است (۶،۷). تمرکز بر کفایت و کیفیت خدمات مراقبت اولیه سلامت به تأمین نیازهای سالمندان با دسترسی بیشتر و هزینه کمتر کمک می‌کند.

همه کشورها با چالش‌های مهمی برای تضمین این‌که نظام اجتماعی و سلامت آن‌ها برای رسیدگی به این تغییرات دموگرافیک آماده است مواجه‌اند. مطابق با گزارش جهانی سالمندی و سلامت سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۵)، نظام‌های سلامت باید حول نیازها و ترجیحات سالمندان سازمان‌دهی شود تا مراقبت همگانی و ادغام یافته و خدمات سلامت مردم محور تقویت گردد (۸).

هدف سوم از اهداف توسعه پایدار (sustainable development goals)، بر توسعه زندگی سالم و ارتقای سلامت برای همگان در تمام سنین تأکید می‌کند که یکی از اهداف کلیدی آن تحقق پوشش همگانی سلامت است. سالمندان نیاز به رویکردهای متفاوتی به مراقبت سلامت دارند و توانایی آن‌ها برای پرداخت هزینه‌ها کمتر است، بنابراین نظام سلامت برای برآورده نمودن نیازهای آن‌ها باید طراحی مجدد شود (۹). اهداف استراتژی جهانی و برنامه اقدام سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۶) در مورد سالمندی و سلامت (global strategy and action plan on ageing and health)، تعهد به سالمندی سالم، توسعه محیط‌های دوستدار سالمند، هم‌راستا نمودن نظام‌های سلامت با نیازهای سالمندان، توسعه نظام‌های پایدار و عادلانه برای مراقبت سالمندی و بهبود اندازه‌گیری، پایش و پژوهش برای مراقبت سالمندی بوده است (۱۰).

یک نظام سلامت دوستدار سالمند، نظامی است که سالمندی را به‌عنوان موضوع هسته‌ای سلامت به رسمیت شناخته و مهارت‌ها و ظرفیت‌های موردنیاز برای بهبود سلامت سالمندان را به کار می‌گیرد. چنین نظام سلامتی ۴ مؤلفه اصلی مراقبت و خدمات باکیفیت را برای همه سالمندان فراهم می‌نماید که شامل: تمرکز بر مراقبت‌های موردنیاز آن‌ها، دارو، فعالیت ذهنی و تحرک است (۱۱). اصول سالمنددوستی ارائه‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت، بهینه‌سازی ارائه مراقبت سلامت برای افراد بوده است. این موازین شامل اطلاعات، آموزش، ارتباطات برای پرسنل و بیماران و نظام‌های مدیریت مراقبت سلامت شامل: انطباق با نیازهای خاص سالمندان و استمرار مراقبت از طریق پرونده‌های پزشکی به‌روز شده در هر ویزیت و محیط فیزیکی شامل مراکز پاکیزه و راحت مطابق استاندارد است (۱۲).

مطالعات مختلفی در کشورهای مختلف برای سنجش انطباق مراکز مراقبت اولیه سلامت با استانداردهای سالمند دوستی انجام شده است. سنسامبا و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای به بررسی میزان آمادگی نظام سلامت اولیه برای ارائه خدمات دوستدار سالمند در بین ۱۸ مرکز سلامت اولیه در کشور اوگاندا پرداختند.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1402.8.1.3.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v8i1.12888]

نتایج آن‌ها نشان داد که آمادگی مراکز سلامت عمومی برای ارائه مراقبت دوستدار سالمند پایین می‌باشد که ناشی از شکاف در همه بلوک‌های ساختاری نظام سلامت بوده است (۱۳). مطالعه پرتو و همکاران (۲۰۱۷) در بین ۱۹ واحد سلامت پایه و خانواده، در پایتخت برزیل جنوبی نشان داد که بیشتر واحدها از منظر ساختار و علائم کفایت نداشته‌اند و محدودیت‌های مهمی در دسترس‌پذیری سالمندان به مراقبت‌ها وجود داشته است که موانع جستجوی مراقبت و تضمین اصول مراقبت اولیه سلامت را نشان می‌دهد (۱۴). پژوهش عبداللطیف و همکاران (۲۰۱۷) در بین ۱۲ مرکز مراقبت اولیه سلامت در شهر دوبی، نشان داد که ۸۱/۸۶ درصد ویژگی‌های محیط فیزیکی، منطبق با چک‌لیست سازمان جهانی بهداشت است، درحالی‌که در مورد علائم تنها ۴۴/۶ درصد محقق شده است و ۲ چالش اصلی شامل: دسترس‌پذیری با حمل‌ونقل عمومی و وجود نرده‌های محافظ بوده است (۱۵). احمدی تیموری و همکاران (۲۰۱۹) در ارزیابی ۲۶ بیمارستان تحت‌پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران براساس اصول طراحی دوستدار سالمند نشان دادند که بیمارستان‌ها ازنظر راهروها، روشنایی، رمپ‌ها برای ویلچر و راه‌پله‌ها مناسب هستند. ازنظر ایمنی محیط فیزیکی اکثریت بیمارستان‌ها وضعیت مطلوبی داشتند؛ اما مدیریت منابع و برنامه‌های خاص و نظام‌های مراقبتی برای سالمندان در شرایط ضعیفی قرار داشت (۱۶). درمجموع غالب مطالعات ارزیابی وضعیت سالمنددوستی مراکز مراقبت اولیه سلامت در سایر کشورها از انطباق نسبی با استانداردها گزارش داده‌اند، درحالی‌که تاکنون مطالعه‌ای در ارزیابی وضعیت مراکز مراقبت اولیه سلامت دوستدار سالمند در ایران گزارش نشده است.

اطلاعات شورای ملی سالمندی از جمعیت سالمند کشور در سال ۱۴۰۰، نشان می‌دهد که استان اراک رتبه سوم کشور از مجموع ۳۱ استان را در جمعیت سالمندی به خود اختصاص داده است و ۷/۶ درصد از جمعیت استان به سالمندان بالای ۶۵ سال تعلق دارد (۱۷) و تعداد سالمندان شهرستان ساوه در سال ۱۳۹۵، ۸۳۹۳ نفر به‌دست‌آمده است (۱۸). بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، شاخص سالخوردگی در استان مرکزی، ۳۴/۷ درصد و بالاتر بود که نشان‌دهنده سالخوردگی جمعیت در این استان می‌باشد (۱۹,۲۰). این آمار نشان می‌دهد که می‌بایست به برنامه‌های سلامت متناسب با نیاز برای جمعیت سالمند فعلی و به‌ویژه جمعیت رو به ازدیاد سالمندی در سال‌های آتی اقدام نمود.

ارزیابی آمادگی نظام سلامت برای ارائه مراقبت دوستدار سالمند برای تدوین سیاست‌هایی که کشور را قادر سازد برنامه‌ریزی لازم برای جمعیت سالمند خود انجام دهد؛ ضروری است، لذا مطالعه حاضر باهدف ارزیابی آمادگی مراکز مراقبت اولیه سلامت برای ارائه خدمات دوستدار سالمند در شهرستان ساوه انجام شده است.

روش پژوهش

مطالعه حاضر به‌صورت مقطعی در اردیبهشت و خردادماه سال ۱۴۰۱ در شهرستان ساوه، استان مرکزی انجام شد. جامعه آماری پژوهش، ۳۳ مرکز مراقبت اولیه سلامت شامل: ۶ مرکز جامع سلامت شهری، ۴ مرکز جامع سلامت روستایی، ۱۰ پایگاه بهداشتی و ۱۳ خانه بهداشت تحت‌پوشش دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساوه بودند که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند. این مراکز مراقبت اولیه سلامت، به‌صورت سرشماری بر اساس چک‌لیست مراکز دوستدار سالمند سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸) (۲۱) و به روش مشاهده موردبررسی قرار گرفتند.

نسخه اصلی چک‌لیست پس از طی مراحل ترجمه و بررسی روایی صوری، محتوایی و پایایی آن توسط متخصصان، برای به‌کارگیری در مراکز مراقبت اولیه سلامت توسط کارشناس آموزش‌دیده به کار گرفته شد. براساس مراحل پیشنهادشده توسط سوزا و همکاران (۲۰۱۱)، در راهنمای ترجمه و اعتبارسنجی بین فرهنگی ابزارها در تحقیقات بهداشتی (۲۲)، ترجمه و انطباق فرهنگی ابزار پژوهش انجام گرفت. چک‌لیست توسط یک متخصص سیاست‌گذاری سلامت و یک متخصص زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد و سپس متن فارسی ترجمه‌شده به زبان انگلیسی برگردانده شد تا از این طریق برخی از کاستی‌های ترجمه مشخص شود، پس از توافق نهایی فرم اولیه چک‌لیست آماده شد. نسخه اولیه در اختیار یک مترجم مستقل دیگر قرار گرفت تا مغایرت در جملات و کلمات موردبررسی قرار گیرد، درنهایت نسخه دوم تأییدشده توسط تیم تحقیق که از متخصصین حاضر در مراکز مراقبت اولیه سلامت بودند با چک‌لیست اصلی مقایسه و نهایی شد.

روایی صوری: در این روش با قرار دادن سؤالات در اختیار ۵ نفر از متخصصین حوزه‌های سیاست‌گذاری سلامت، آموزش

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1402.8.1.3.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v8i1.12888]

بهداشت و ارتقاء سلامت، سلامت سالمندی، مهندسی بهداشت حرفه‌ای و مراقب سلامت که به روش نمونه‌گیری ساده انتخاب‌شده بودند، نظر آن‌ها در مورد سطح دشواری (دشواری در درک کلمات و عبارات)، میزان تناسب (تناسب و ارتباط مطلوب عبارات با ابعاد پرسشنامه) و ابهام (احتمال وجود برداشت‌های اشتباه از عبارات و یا وجود نارسایی معانی کلمات) برای هر یک از گویه‌ها گرفته شد.

روایی محتوایی: بررسی محتوای چک‌لیست توسط متخصصان یکی از بهترین راه‌های گردآوری شواهد در حمایت از اعتبار یک ابزار اندازه‌گیری است. روایی محتوا، دلالت بر این دارد که آیا ابزار قادر است مفهوم موردنظر را اندازه‌گیری کند؟ و آیا ابزار همه جنبه‌های مفهوم موردنظر را در برمی‌گیرد یا این‌که محتوای موجود در ابزار نامربوط است (۲۳). در این مرحله از نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio: CVR) و شاخص روایی محتوا (Content Validity Index: CVI) استفاده گردید. CVR ضرورت وجود یک آیتم از دید متخصصان را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، به‌عبارت‌دیگر با CVR اطمینان می‌یابیم از این‌که مهم‌ترین و صحیح‌ترین محتوا انتخاب‌شده است. CVI مرتبط بودن، سادگی و وضوح آیتم‌ها را از دید متخصصان مدنظر قرار می‌دهد، یعنی اطمینان می‌یابیم که آیتم‌های ابزار به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری محتوا طراحی شده‌اند (۲۳).

پایایی: چک‌لیست حاضر پس از طی مراحل روایی صوری و محتوایی، به‌منظور بررسی پایایی در اختیار ۲ مشاهده‌گر قرار داده‌شد و سپس ضریب کاپا محاسبه گردید. ضریب کاپا بین ۰ و ۱ متغیر است (۲۴) و حداقل مقدار قابل‌قبول برای آن ۰/۶ و مقادیر بالاتر از ۰/۸ نیز در توافق ۲ داور ایده‌آل در نظر گرفته شده است (۲۵،۲۶).

مشخصات چک‌لیست: اهداف این ابزار شامل: بهبود پاسخ مراقبت اولیه سلامت به سالمندان، حساس نمودن و آموزش کارکنان مراکز مراقبت اولیه سلامت در مورد نیازهای خاص مراجعین سالمند، کمک به کارکنان مراقبت اولیه در کار با ابزارهای مراقبت سالمندی موجود در چک‌لیست، افزایش آگاهی کارکنان از ناتوانی‌های جزئی در سالمندان، ارائه رهنمود برای چگونگی پاسخگو نمودن رویه‌های مدیریت مراقبت‌های اولیه سلامت به نیازهای سالمندان و ممیزی محیطی مراکز ازنظر دوستدار سالمند بودن، می‌باشد و دارای ۶۴ آیتم در ۲ بعد ساختمان شامل: در دسترس بودن مرکز با وسایل حمل‌ونقل عمومی، ورودی، پارکینگ، تلفن همگانی، برنامه طبقات، سرویس بهداشتی، محل غذاخوری، راه‌پله، راهرو و علائم راهنما برای سالمندان و شناسایی پرسنل است (۲۱). چک‌لیست مطالعه حاضر به تفکیک حیطه‌ها و سؤالات شامل: در دسترس بودن مرکز با وسایل حمل‌ونقل عمومی (۲ سؤال)، ورودی (۸ سؤال)، پارکینگ (۱ سؤال)، تلفن همگانی (۱ سؤال)، برنامه طبقات (۹ سؤال)، سرویس بهداشتی (۶ سؤال)، محل غذاخوری (۳ سؤال)، راه‌پله (۴ سؤال)، راهرو (۳ سؤال)، طراحی علائم (۹ سؤال)، قرارگیری علائم (۶ سؤال)، اندازه حروف در علائم (۱ سؤال)، شناسایی پرسنل (۳ سؤال) بود.

تحلیل واریانس یک‌طرفه برای بررسی اختلاف نمره و وضعیت دوستدار سالمند در مراکز، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمالیتی داده‌ها ($p > ۰/۰۵$) و آزمون تعقیبی توکی به‌منظور تفاوت بین مراکز انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 انجام گردید. به‌منظور آغاز فعالیت پژوهشی، ابتدا مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشکده اخذ گردید. جهت رعایت حقوق مراکز مشارکت‌کننده در طرح، دریافت معرفی‌نامه و مجوز ورود به محیط‌های پژوهش، هماهنگی و تعیین وقت قبلی، توضیح در مورد هدف پژوهش و روش اجرای آن برای مسئولین مراکز، محرمانه بودن اطلاعات مراکز و بی‌نام بودن مراکز در گزارش نتایج، رعایت گردید. ضمناً این مطالعه با کد اخلاق IR.SAVEHUMS.REC.1400.016 در دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساوه مورد تأیید قرارگرفته است.

یافته‌ها

ارزیابی روایی محتوایی چک‌لیست: در این مرحله، روایی محتوایی پرسشنامه تهیه‌شده بر اساس قضاوت و نظر ارزیابان که دارای تجربیات مستقیم در حوزه موردنظر بودند به ۲ روش اثبات‌شده کمی و کیفی انجام شد (۲۷). جهت سنجش نسبت روایی محتوا (CVR) بر اساس نظر ۱۳ نفر از متخصصین حوزه‌های سیاست‌گذاری سلامت، آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، سلامت سالمندی، مهندسی بهداشت حرفه‌ای و مراقب سلامت، ابزار موردنظر ارزیابی شد. از متخصصان درخواست شد تا نظرات و دیدگاه‌های اصلاحی خود را به‌صورت کتبی در مورد هر یک از گویه‌های ارائه‌شده در پرسشنامه بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، ضرورت و اهمیت و

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1402.8.1.3.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v8i1.12888]

قرارگیری مناسب عبارات در جای خود، تکراری نبودن و وضوح مفاهیم ارائه دهند. نظرات ارائه‌شده به‌دقت بررسی شد و پیشنهادات و اصلاحات لازم به کار گرفته شد. بر اساس نظرات متخصصین عباراتی که بر اساس جدول لاوشه نمره کمتر از ۰/۵۴ را کسب نموده بودند حذف گردید.

شاخص روایی محتوا (CVI) با معیارهای مرتبط بودن، وضوح و ابهام عبارت از دید متخصصین موردبررسی قرار می‌گیرد (۲۴). معیار ساده بودن، مربوط بودن و واضح بودن به‌صورت مجزا در یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی برای هر یک از گویه‌ها توسط متخصصان موردنظر، موردبررسی قرار گرفت. بر اساس میانگین نمرات، شاخص روایی عباراتی که نمره CVI آن‌ها کمتر از ۰/۷۹ بود باید حذف گردد (۲۸) که در مراحل سنجش CVR و CVI، ۸ سؤال حذف گردید.

پایایی: میزان توافق ۲ ارزیاب با ضریب کاپا برای سؤالات بررسی شد، در اکثر سؤالات توافق ۱۰۰ بین ۲ مشاهده‌گر به دست آمد ($p < ۰/۰۱$).

ارزیابی مراکز بر اساس چک‌لیست دوستدار سالمند سازمان جهانی بهداشت

به‌منظور تعیین وضعیت مراکز مراقبت اولیه سلامت (مراکز جامع سلامت شهری و روستایی و واحدهای تابعه آن‌ها) شهرستان ساوه برحسب انطباق با استانداردهای مراکز دوستدار سالمند سازمان جهانی بهداشت به تفکیک ابعاد و سؤالات مربوط به آن‌ها موردبررسی قرار گرفت. فراوانی و درصد فراوانی حیطه‌های مراکز دوستدار سالمند در کلیه مراکز جامع سلامت و واحدهای تابعه آن‌ها در جدول ۱،۲،۳،۴ گزارش‌شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی حیطه‌های در دسترس بودن مراکز با وسایل حمل‌ونقل عمومی و ورودی چک‌لیست مراکز دوستدار سالمند

حیطه‌ها	آیتم‌ها	بله		خیر	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
در دسترس بودن مرکز با وسایل حمل‌ونقل عمومی	آیا مرکز با وسایل حمل‌ونقل عمومی قابل‌دسترسی است؟	۱۹	۵۷/۶	۱۴	۴۲/۴
	آیا ایستگاه حمل‌ونقل عمومی نزدیک‌تر از ۵۰ متر، از ورودی مرکز وجود دارد؟	۱۳	۳۹/۴	۲۰	۶۰/۶
قبل از ورودی اصلی	آیا پله وجود دارد؟ (ورودی پیش از ورود)	۲۴	۷۲/۷	۹	۲۷/۳
	آیا پله‌ها نرده یا میله‌ی محافظ دارد؟ (ورودی پیش از ورود)	۲	۶/۱	۲۲	۶۶/۶
	آیا سطح شیب‌دار، نرده یا میله دارد؟	۲	۶/۱	۳۱	۹۳/۹
	آیا سطح شیب‌دار، شیب ملایم دارد؟	۱۲	۳۶/۴	۲۱	۶۳/۶
ورودی	آیا عرض ورودی بزرگ‌تر یا مساوی ۹۰۰ میلی‌متر است؟	۳۳	۱۰۰	۰	۰
	آیا ورودی برای کاربران ویلچر قابل‌دسترسی است؟ (ورودی)	۱۸	۵۴/۵	۱۵	۴۵/۵
	آیا منطقه ورودی خالی از موانع است؟ (ورودی)	۳۳	۱۰۰	۰	۰
	آیا خروج اضطراری که به‌راحتی قابل‌شناسایی و دسترسی باشد، وجود دارد؟	۱۳	۳۹/۴	۲۰	۶۰/۶

بر اساس جدول ۱، در بین ۳۳ مرکز موردبررسی، ۵۷/۶ درصد از مراکز، به وسایل حمل‌ونقل عمومی دسترسی و ۳۹/۴ درصد از مراکز، وسایل حمل‌ونقل عمومی را در فاصله ۵۰ متری خود داشتند، در سایر مراکز کمترین فاصله ۱۰۰ متر و بیشترین فاصله وسایل حمل‌ونقل عمومی ۲۵ کیلومتر بوده است. با توجه به این‌که ۷۲/۷ درصد مراکز دارای پله بودند، ولی فقط ۶/۱ درصد از این مراکز نرده و میله محافظ برای آن در نظر گرفته‌شده بود. از ۳۳ مرکز دارای سطح شیب‌دار، ۱۲ مرکز دارای شیب ملایم قبل از ورودی اصلی بودند؛ و تنها در ۲ مرکز دارای سطوح شیب‌دار، نرده و میله محافظ وجود داشت، با توجه به وضعیت سالمندان و احتمال استفاده از ویلچر، ۴۵/۵ درصد از مراکز، ورودی قابل‌دسترسی برای ویلچر نداشتند. در ۲۶ مرکز نوع درب ورودی به‌صورت چرخشی بوده است. ۶۰/۶ درصد از مراکز نیز خروجی اضطراری که به‌راحتی قابل‌تشخیص و دسترس باشد، نداشتند.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1402.8.1.3.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v8i1.12888]

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی حیطه‌های پارکینگ، تلفن همگانی، برنامه طبقات و سرویس بهداشتی چک‌لیست مراکز دوستدار سالمند

حیطه‌ها	آیتم‌ها	بله		خیر	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
پارکینگ	آیا یک محوطه پارکینگ مشخص برای افراد معلول یا سالمند نزدیک ورودی اصلی وجود دارد؟	۱۴	۴۲/۴	۱۹	۵۷/۶
تلفن همگانی	آیا یک تلفن همگانی نزدیک ورودی یا سالن انتظار وجود دارد؟	۶	۱۸/۲	۲۷	۸۱/۸
برنامه طبقات	آیا پیشخوان پذیرش، نزدیک ورودی است و به‌راحتی قابل‌شناسایی می‌باشد؟ (مراکز دارای پیشخوان)	۱۴	۴۲/۴	۱۱	۳۳/۳
	آیا اتاق‌ها به شیوه منطقی سازمان‌دهی شده‌اند که مراجعین کمتر دچار استرس شوند؟	۲۸	۸۴/۸	۵	۱۵/۲
	آیا عرض همه درها بزرگ‌تر یا مساوی ۹۰۰ میلی‌متر است؟	۳۳	۱۰۰	۰	۰
	شرایط نشیمن برای همه مراجعین راحت است؟	۳۲	۹۷/۰	۱	۳/۰
	آیا کف غیرلغزنده است؟	۲۸	۸۴/۸	۵	۱۵/۲
	آیا تجهیزات به‌منظور پیشگیری از سقوط یا جراحات احتمالی به‌خوبی سازمان‌دهی شده‌اند؟	۳۱	۹۳/۹	۲	۶/۱
	آیا کارکنان برای مراجعین، کمک کافی را به عمل می‌آورند؟	۳۱	۹۳/۹	۲	۶/۱
	آیا صندلی‌های چرخ‌دار ذخیره موجود است؟	۶	۱۸/۲	۲۷	۸۱/۸
	آیا اتاق‌ها و راهروها نور و تهویه کافی دارند؟	۲۷	۸۱/۸	۶	۱۸/۲
سرویس بهداشتی	آیا سرویس‌های بهداشتی نزدیک سالن انتظار است؟	۲۶	۷۸/۸	۷	۲۱/۲
	آیا ورودی سرویس‌های بهداشتی برای کابران ویلچر قابل‌دسترس است؟	۱۷	۵۱/۵	۱۶	۴۸/۵
	آیا حداقل یک دوش قابل‌دسترس وجود دارد؟	۵	۱۵/۲	۲۸	۸۴/۸
	آیا میله دستگیره، کنار دستشویی وجود دارد؟	۰	۰	۳۳	۱۰۰
	آیا کلیه اتصالات قابل‌استفاده هستند و از ارتفاع مناسب برخوردار است؟	۲۶	۷۸/۸	۷	۲۱/۲
	آیا سیستم هشدار در موارد اورژانسی وجود دارد؟	۳	۹/۱	۳۰	۹۰/۹

۴۲/۴ درصد از مراکز، محوطه پارکینگ مشخصی نزدیک در ورودی نداشتند. ازلحاظ دسترسی به تلفن همگانی عمومی نیز ۸۱/۸ درصد مراکز دارای کمبود بودند. عرض ورودی در تمامی مراکز بیش از ۹۰۰ میلی‌متر بود و ۲۹ مرکز، عرض بیشتر از ۱ متر داشتند. با توجه به وضعیت سالمندان در هنگام ورود به مراکز، ۴۲/۴ درصد از این مراکز، پیشخوان پذیرش را در نزدیکی در ورودی نگذاشته بودند که پیدا کردن آن برای سالمندان می‌تواند سخت باشد. هم‌چنین در ۸۴/۸ درصد از موارد وضعیت قرارگیری اتاق‌ها نامناسب بود که این می‌تواند سالمندان را در حین پیدا کردن اتاق‌ها دچار استرس کند. در ۳۲ مرکز، سالمندان شرایط نشیمن مناسبی نداشتند. مبلمان و لوازم جانبی در ۳۱ مرکز به‌خوبی سازمان‌دهی شده بودند که احتمال سقوط و آسیب‌دیدگی را کاهش می‌داد. یکی‌دیگر از موارد مهم فقدان صندلی‌های چرخ‌دار ذخیره موجود در ۲۷ مرکز بود. سرویس‌های بهداشتی در ۷۸/۸ درصد از موارد در نزدیکی سالن انتظار قرار داشتند، ۲۹ مرکز از مراکز موردبررسی تک طبقه بودند که نیازی به آسانسور نداشت، در ۴ مرکزی که بیش از یک طبقه بودند، تنها در ۱ مرکز دسترسی به آسانسور وجود داشت (جدول ۲).

دسترسی سالمندان به محل غذاخوری در مراکز تنها ۴۲/۴ درصد بود. ۲۹ مرکز یک طبقه بودند و در بین ۴ مرکز مراقبت اولیه سلامت که بیش از یک طبقه بودند، راه‌پله‌های ۳ مرکز به نرده و میله محافظ دسترسی نداشتند؛ و در ۱ مرکز راه‌پله موجود دارای میله سراسری و ارتفاع از کف ۹۰۰ میلی‌متر بود، همچنین ۱۰۰ درصد مسیر راهروها خالی از مانع بود (جدول ۳).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1402.8.1.3.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v8i1.12888]

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی حیطه‌های محل غذاخوری، راه‌پله، راهرو چک‌لیست مراکز دوستدار سالمند

حیطه‌ها	آیتم‌ها	بله		خیر	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
محل غذاخوری	آیا یک محل غذاخوری در ساختمان تعبیه‌شده است؟ (محل غذاخوری)	۱۴	۴۲/۴	۱۹	۵۷/۶
	آیا محل غذاخوری برای همگان قابل‌دسترسی آسان است؟ (محل غذاخوری)	۳	۹/۱	۳۰	۹۰/۹
	شیر آب و محل شست‌وشوی دست به‌راحتی قابل‌دسترس است؟ (محل غذاخوری)	۲۹	۸۷/۹	۴	۱۲/۱
راه‌پله (در مراکز مراقبت اولیه سلامت که بیش از یک طبقه هستند)	آیا پله‌ها برای افراد سالمند درست طراحی‌شده است؟ آیا یکسان و قابل‌شناسایی هستند؟	۳	۹/۱	۱	۳/۰
	آیا نرده یا میله وجود دارد؟	۱	۳/۰	۳	۹/۱
	آیا نرده‌ها یا میله‌های دستگیره پیوسته هستند؟	۱	۳/۰	۰	۰
	آیا ارتفاع نرده‌ها یا میله‌های دستگیره بین ۸۰۰ تا ۹۰۰ میلی‌متر از کف است؟	۱	۳/۰	۰	۰
راهرو	آیا راهروها حداقل عرض بدون مانع برای کاربران صندلی چرخ‌دار را دارا هستند؟ (راهروها)	۲۹	۸۷/۹	۴	۱۲/۱
	آیا مسیر راهرو بدون مانع است؟	۳۳	۱۰۰	۰	۰
	آیا میله یا نرده محافظ وجود دارد؟ (راهروها)	۶	۱۸/۲	۲۷	۸۱/۸

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی حیطه علائم و شناسایی پرسنل چک‌لیست مراکز دوستدار سالمند

حیطه‌ها	آیتم‌ها	بله		خیر	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
رعایت علائم راهنما برای سالمندان	علائم و زمینه آن‌ها به رنگ سفیده تخم‌مرغ، مات و یا دیگر حالت‌های غیر درخشان است.	۲۲	۶۶/۷	۱۱	۳۳/۳
	علائم و نمادها از زمینه خود قابل‌تمایز هستند، زمینه روشن با حروف تیره یا پس‌زمینه تاریک با حروف روشن.	۲۳	۶۹/۷	۱۰	۳۰/۳
	نمایش بصری ساده و قابل‌فهم است؟ فقط واژگان کلیدی و عبارت‌ها، اشکال ساده و خطوط و کلمات مختصر مناسب	۲۵	۷۵/۸	۸	۴۲/۲
	تصاویر رایج و آشنا با جامعه به‌منظور افزایش آگاهی افراد دچار نقص شناختی، در هر مکان ممکن، استفاده‌شده است؟	۲۳	۶۹/۷	۱۰	۳۰/۳
	برای افزایش اثربخشی یک تصویر و تأکید بر نقاط کلیدی تا حد امکان رنگ‌های مختلف استفاده‌شده است؟	۲۶	۷۸/۸	۷	۲۱/۲
	هنگام ایجاد علائم دست‌ساز، از قلم سیاه پررنگ بر روی زمینه سفید، زرد روشن و غیر براق استفاده‌شده است؟	۲۳	۶۹/۷	۱۰	۳۰/۳
	راهنمای ساختمان پشت شیشه بدون تابش طراحی‌شده است؟	۴	۱۲/۱	۲۹	۸۷/۹
	علائم بریل متناسب با مقررات محلی ارائه‌شده است؟	۰	۰	۳۳	۱۰۰
	لحن پیام‌های نشانه، استقبال‌کننده و صمیمانه است؟	۲۷	۸۱/۸	۶	۱۸/۲
قرارگیری علائم	همه علائم در کانون دید قرارگرفته‌اند؟	۲۴	۷۲/۷	۹	۲۷/۳
	علائمی در خارج از ساختمان وجود دارد که ساختمان را با امکانات قابل‌دسترسی متمایز می‌کند.	۹	۲۷/۳	۲۴	۷۲/۷
	نشانه‌هایی در مسیرهای اصلی ترافیک وجود دارد که محل مرکز را نشان می‌دهد؟	۵	۱۵/۲	۲۸	۸۴/۸
	یک نظام ثابت شماره‌دهی به اتاق وجود دارد؟ (با اضافه شدن تعداد طبقه در ساختمان‌های چندطبقه)	۵	۱۵/۲	۲۸	۸۴/۸
	علائم جهت در مکان‌هایی که تغییر جهت ایجاد می‌شود نمایش داده می‌شود؟	۵	۱۵/۲	۲۸	۸۴/۸
	خروج اضطراری به‌وضوح مشخص‌شده است؟	۷	۲۱/۲	۲۶	۷۸/۸
اندازه حروف در علائم	اندازه حروف در علائم تابع استاندارد ارائه‌شده در راهنمای مراکز دوستدار سالمند است؟	۲۰	۶۰/۶	۱۳	۳۹/۴
شناسایی پرسنل	کارکنان مراکز مراقبت اولیه به‌آسانی قابل‌شناسایی از طریق نام اتیکت شناسایی و تابلو نام هستند؟	۱۴	۴۲/۴	۱۹	۵۷/۶
	تابلوی نام پرسنل شامل نام همه پرسنل و عنوان شغلی آن‌ها است. متصدیان پذیرش هم شامل این بند هستند؟	۲۱	۶۳/۶	۱۲	۳۶/۴
	کارکنان برای بیماران نابینا، ناشنوا با دچار نقص بینایی با مخاطب قرار دادن بیمار، اقدام به معرفی خود می‌نمایند. کارکنان باید همیشه خودشان را بانام و شغل خود و دلیل حضور خود در آن مکان بشناسانند چون ممکن است اتیکت شناسایی یا لباس یونیفرم آن‌ها توسط افراد دچار نقص بینایی قابل رؤیت نباشد.	۲۹	۸۷/۹	۴	۱۲/۱

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1402.8.1.3.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v8i1.12888]

وجود نشانه‌های بصری ساده و قابل‌فهم برای سالمندان، ۷۵/۸ درصد بود که نشان از طراحی مناسب علائم برای سالمندان می‌باشد. در ۸۴/۸ درصد موارد نشانه‌هایی در مسیر اصلی ترافیک برای سالمندان در نظر گرفته نشده بود و در داخل مراکز، نظام ثابتی برای شماره‌دهی به اتاق‌ها وجود نداشت. در زمینه رعایت علائم در ۲۲ مرکز (۶۶/۷ درصد) از علائم غیر درخشان استفاده‌شده بود و ۶۹/۷ درصد از مراکز این علائم را متمایز از زمینه خود در نظر گرفته‌بودند. ۷۵/۸ درصد از مراکز نمایش بصری ساده و قابل‌فهمی داشتند. ۶۹/۷ درصد از مراکز، از تصاویر رایج به‌منظور افزایش آگاهی افراد دچار نقص شناختی استفاده و ۷۸/۸ درصد از مراکز، از رنگ‌های مختلف در جهت افزایش اثربخشی تصویر استفاده نموده بودند، دراین‌بین، راهنمای ساختمان در ۸۷/۹ درصد از مراکز در پشت شیشه بدون تابش قرار داده نشده بود. در هیچ‌یک از مراکز علائم بریل به کار نرفته و در ۱۸/۲ درصد از مراکز لحن پیام‌هایشان استقبال‌کننده و صمیمی نبود. در ۷۲/۷ درصد از مراکز علائم در کانون دید افراد قرارداشت، ولی این علائم در خارج از ساختمان وجود نداشت که ساختمان را با امکانات قابل‌دسترسی متمایز نماید. علائم جهت در ۸۴/۸ درصد از مراکز در مکان‌هایی که تغییر جهت ایجاد می‌شود تعبیه نشده و به‌منظور شناسایی پرسنل تنها در ۴۲/۲ درصد از مراکز از اتیکت استفاده نموده بودند. ۳۶/۴ درصد از پرسنل تابلوی نام و عنوان شغلی نداشتند و نزدیک به ۸۷/۹ درصد از مراکز، کارکنان همراهی لازم را با افراد نابینا و ناشنوا داشتند (جدول ۴).

به‌وسیله آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، نرمالیتی متغیرهای تحقیق بررسی و مقدار احتمال آزمون ($p > ۰/۰۵$) به دست آمد که نرمال بودن داده‌ها را نشان داد. در بررسی میانگین و انحراف معیار مراکز ازلحاظ رعایت استانداردهای دوستدار سالمند در مراکز جامع سلامت شهری، روستایی، پایگاه بهداشتی و خانه بهداشت، مراکز جامع سلامت روستایی و خانه بهداشت با میانگین به ترتیب ۵۱ و ۴۹/۹۲ در بین ۴ مرکز فوق ازلحاظ دوستدار سالمند بودن دارای وضعیت بهتری بودند و سپس پایگاه‌های بهداشتی و مراکز جامع سلامت شهری قرار داشتند (جدول ۵).

به‌منظور بررسی این‌که آیا نوع مرکز در دوستدار سالمند بودن مراکز تأثیری دارد یا خیر، از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره دوستدار سالمند بودن مراکز وجود دارد (جدول۶).

جدول۵: مشخصات مراکز جامع سلامت شهری-روستایی شهرستان ساوه

نام مرکز	تعداد	انحراف معیار ± میانگین
مرکز جامع سلامت شهری	۶	۱۲/۶۲ ± ۳۸/۵
مرکز جامع سلامت روستایی	۴	۴/۲۴ ± ۵۱/۰۰
پایگاه بهداشتی	۱۰	۷/۳ ± ۴۲/۰۰
خانه بهداشت	۱۳	۴/۳۸ ± ۴۹/۹۲

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه برای دوستدار سالمند بودن مراکز در دو سطح شهری و روستایی

	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	مقدار p *
بین گروهی	۷۷۲/۰۷۱	۱	۷۷۲/۰۷۱	۱۴/۶۰۶	۰/۰۰۱
درون‌گروهی	۱۵۸۵/۸۰۴	۳۰	۵۲/۸۶۰	-	-
کل	۲۳۵۷/۸۷۵	۳۱	-	-	-

* سطح معنی‌داری $p < ۰/۰۵$

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1402.8.1.3.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v8i1.12888]

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای بررسی تفاوت میانگین دوبه‌دو بین مراکز

سطح مراکز		اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار p
مراکز جامع سلامت شهری	پایگاه بهداشتی	۳/۵۰	۳/۷۹	۰/۷۹
	خانه بهداشت	۱۱/۴۲ -	۳/۶۲	۰/۰۱*
	مراکز جامع سلامت روستایی	۱۲/۵ -	۴/۷	۰/۰۱*
پایگاه بهداشتی	مراکز جامع سلامت شهری	۳/۵۰ -	۳/۷۹	۰/۷۹
	خانه بهداشت	۷/۹۲ -	۳/۰۹	۰/۰۴*
	مرکز جامع سلامت روستایی	۹/۰۰ -	۴/۳۴	۰/۰۴*
خانه بهداشت	مرکز جامع سلامت شهری	۱۱/۴۲	۳/۶۲	۰/۰۱*
	پایگاه بهداشتی	۷/۹۲	۳/۰۹	۰/۰۴*
	مرکز جامع سلامت روستایی	۱/۰۷ -	۴/۲۰	۰/۹۰
مراکز جامع سلامت روستایی	مراکز جامع سلامت شهری	۱۲/۵	۴/۷	۰/۰۱*
	پایگاه بهداشتی	۹/۰۰	۴/۳۴	۰/۰۴*
	خانه بهداشت	۱/۰۷	۴/۲۰	۰/۹۰

* سطح معنی‌داری $p < ۰/۰۵$

با استفاده از آزمون تعقیبی توکی تفاوت بین مراکز مشخص گردید. مقایسه‌های تعقیبی نشان داد که میانگین نمره‌ها برای مراکز جامع سلامت شهری با پایگاه بهداشتی تفاوت معنی‌داری باهم ندارند ($p = ۰/۷۹$). میانگین نمره‌ها برای مراکز جامع سلامت شهری با خانه بهداشت ($p = ۰/۰۱$) و هم‌چنین با مراکز جامع سلامت روستایی ($p = ۰/۰۱$) تفاوت معنی‌داری باهم داشتند. با مقایسه میانگین مراکز جامع سلامت روستایی با مراکز جامع سلامت شهری ($p = ۰/۰۱$) و هم‌چنین پایگاه‌های بهداشتی ($p = ۰/۰۴$) اختلاف معنی‌داری به دست آمد؛ این در حالی است که بین مراکز جامع سلامت روستایی با خانه‌های بهداشت در روستا تفاوت معنی‌دار نبود ($p = ۰/۹۰$). تفاوت میانگین نمره پایگاه‌های بهداشتی و خانه بهداشت نیز معنی‌دار به دست آمد ($p = ۰/۰۴$) (جدول ۷).

بحث

پنجاه سال پس از اعلامیه آلماآتا، سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ به نقش مهم مراکز مراقبت اولیه در سلامت سالمندان در همه کشورها و نیاز به در دسترس نمودن و تطبیق این مرکز با نیاز سالمندان تأکید نمود (۲۹,۳۰). محیط دوستدار سالمند باید ساختار، فضا و تجهیزات برای ایجاد یک محیط ایمن و راحت را فراهم سازد (۳۱). ازآنجاکه ازنظر دریافت‌کننده خدمات در مراکز سلامت، بیشترین شکاف کیفیت مربوط به فضای فیزیکی است (۳۲)، مطالعه حاضر به بررسی وضعیت محیط فیزیکی مراکز ارائه‌دهنده مراقبت اولیه سلامت در شهرستان ساوه، بر اساس چارچوب سالمنددوستی مراکز مراقبت سلامت سازمان جهانی بهداشت پرداخت و نشان داد که درمجموع مراکز مراقبت اولیه سلامت این شهرستان در تطبیق با استانداردهای سالمنددوستی وضعیت قابل قبولی در غالب ابعاد به‌ویژه ابعاد دسترسی به مراکز، ایمنی فیزیکی و تسهیلات ضروری موردنیاز سالمندان نداشته‌اند.

برای حیطه در دسترس بودن مرکز و ورودی آن، کمترین امتیاز مربوط به مؤلفه ایمنی فیزیکی سطوح شیب‌دار شامل: نبود میله یا نرده محافظ (۹۳/۹ درصد)، در حیطه امکانات در دسترس مراکز، کمترین امتیاز مربوط به نبود ویلچر ذخیره در مراکز (۸۱/۸ درصد)، نبود میله محافظ در سرویس‌های بهداشتی (۱۰۰ درصد) و نبود سیستم هشدار برای مواقع اورژانسی (۹۰/۹ درصد)، به‌ویژه با توجه به شرایط خاص و نیازمند توجه به سالمندان بوده است. برای بعد فضاهای موجود در مراکز، نبود میله در مسیر راهروها (۸۱/۸ درصد)، نقطه‌ضعف غالب مراکز بوده است و در بعد علائم و نشانه‌های فضا و پرسنل، محل نامناسب قرارگیری یا نبود علائم در داخل و خارج ساختمان، اتاق‌ها و طبقات (۸۴/۸ درصد) کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمجموع دسترسی به ۴۲/۴ درصد از مراکز با وسیله حمل‌ونقل عمومی چالش‌برانگیز

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1402.8.1.3.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v8i1.12888]

بوده و در فاصله بیش از ۵۰ متری مرکز قرار داشته است، اگرچه وضعیت دسترسی فیزیکی به مراکز در مراکز شهری (مراکز جامع سلامت شهری و پایگاه‌های بهداشت) بهتر از مراکز روستایی (مرکز جامع سلامت روستایی و خانه بهداشت) بوده است. مطالعه الماسی و همکاران (۲۰۲۱) که به بررسی دسترسی سالمندان به مراکز مراقبت سلامت در استان کرمانشاه پرداختند، نشان داد که بیش از یک‌سوم سالمندان بافاصله‌ای بیش از ۱۲/۵ دقیقه از نزدیک‌ترین مرکز سلامت زندگی می‌کنند و دسترسی مناسب به مراکز سلامت ندارند (۳۳). مطالعه ماکان و همکاران (۲۰۲۰) باهدف بررسی ارتباط بین نزدیکی به امکانات، با عادات مرتبط با سلامتی افراد مسن نشان داد که در اسپانیا ۸۳ درصد سالمندان با پیاده‌روی به مراکز مراقبت اولیه دسترسی داشته‌اند (۳۴). علیرغم توسعه ناکافی مراکز مراقبت اولیه در مناطق شهری که به‌عنوان نقطه‌ضعف نظام مراقبت اولیه سلامت کشور نام‌برده می‌شود و منجر به کاهش کاربران مراکز سلامت شهری شده است (۳۵)، دسترسی به مراکز شهری نسبت به مراکز روستایی مناسب‌تر است که نشان می‌دهد نیاز به جایگذاری مناسب‌تر از منظر رعایت عدالت جغرافیایی در دسترسی به خدمات، به‌ویژه در مناطق دورافتاده و صعب‌العبور در مناطق روستایی وجود دارد. سالمندان به‌واسطه بالا بودن هزینه‌های درمان و خطر بروز هزینه‌های کمرشکن سلامت و عدم توانایی برای تولید درآمد یکی از مهم‌ترین گروه‌های هدف قوانین و اسناد بالادستی و مقررات در حوزه محافظت اجتماعی سلامت در ایران هستند (۳۶). از طرفی مهیا بودن مراکز ارائه خدمات اما بافاصله جغرافیایی دور، لزوماً به معنی در دسترس بودن خدمات سلامت نیست، زیرا شواهد نشان داده است که هزینه رفت‌وآمد به مراکز نیز فشار مالی بر فقرا ایجاد می‌کند (۳۷). فاصله فیزیکی به نزدیک‌ترین مرکز ارائه خدمت، الزامات مرتبط با هزینه حمل‌ونقل و زمان ازدست‌رفته اشتغال به فعالیت‌های درآمدزا به‌عنوان مهم‌ترین موانع دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامت شناخته‌شده‌اند (۳۸)؛ بنابراین این مسئله با طراحی سیاست‌های دسترسی به خدمات سلامت در نظام سطح‌بندی خدمات می‌بایست مدنظر قرار گیرد.

وجود سطح شیب‌دار یا مسطح بودن ورودی مراکز از منظر فراهم بودن امکان تردد سالمندان دچار معلولیت و مناسب‌سازی فضا برای معلولیت اهمیت زیادی در طراحی شهر دوستدار سالمند و مراکز ارائه خدمات مناسب این گروه سنی دارد. در مطالعه حاضر نشان داده شد که ۵۴/۵ درصد از مراکز برای کاربران دارای ویلچر ورودی مناسب دارند، اگرچه نیاز است مناسب‌سازی سطوح شیب‌دار برای تردد ویلچر در مراکزی که دارای ورودی مسطح نمی‌باشند، در دستور کار قرار گیرد. ارزیابی ایمنی فیزیکی مراکز نشان داد که ۶۶/۶ درصد مراکز دارای پله، نرده یا میله محافظ پله برای سالمندان نیستند. در مواردی که سطح شیب‌دار در مراکز تعبیه‌شده است؛ در ۹۳/۹ درصد مراکز، سطح شیب‌دار نیز فاقد نرده یا میله محافظ بود. در ۸۲ درصد مراکز نیز داخل راهروها، میله یا نرده محافظ تعبیه نشده بود. بهبود و انطباق محیط فیزیکی برای استقلال بیشتر سالمندان شامل نصب دستگیره دوطرفه در راهروها و سرویس‌های بهداشتی و حمام‌ها و نیز وجود رمپ و نرده‌های کنار پله‌ها، یکی از ابعاد هفت‌گانه مدل جامع بیمارستان‌های دوستدار سالمند در ایران معرفی‌شده است (۳۹) که برای سایر مراکز ارائه خدمت ازجمله مراکز مراقبت اولیه سلامت نیز قابل تسری است.

گزارش انجمن پزشکی کانادا (Canadian Medical Association) در سال ۲۰۱۳ نشان داد که دلایل سقوط یا زمین خوردن سالمندان عمدتاً گذرگاه‌های ناایمن است و از طریق مداخلات محیط فیزیکی شامل میله‌ها و نرده‌ها، سطوح کف ضد لغزش، راهروهایی که در زمستان از برف و یخ پاک شوند، می‌توان از بروز این آسیب‌ها در سالمندان جلوگیری نمود (۴۰). مطالعه مصطفوی دارانی و همکاران (۲۰۰۹)، باهدف بررسی مراکز مراقبت اولیه سلامت شهر اصفهان نشان داد که محیط فیزیکی نامناسب و فقدان تسهیلات ضروری بر مراقبت اولیه سلامت سالمندان اثرگذار است، در این مطالعه کیفی به وجود ساختمان مرکز در طبقه دوم ساختمان و صعوبت بالا رفتن از پله‌ها برای سالمندان اشاره‌شده است، سالمندان دارای ویلچر قادر به استفاده از پله‌ها نبوده‌اند و سطح شیب‌دار برای ویلچر در هیچ‌کدام از مراکز وجود نداشت (۴۱) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. مطالعه الحمدان و همکاران (۲۰۱۵) در کشور عربستان نشان داد که دسترسی به مراکز مراقبت اولیه سلامت به‌واسطه فقدان حمل‌ونقل عمومی، پارکینگ، پله، رمپ و نرده‌های دستی با چالش‌هایی روبه‌رو بوده است (۴۲). همچنین مطالعه تاور (۲۰۱۵) باهدف ارزیابی انطباق مراکز مراقبت اولیه

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1402.8.1.3.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v8i1.12888]

سلامت با شاخص‌های سالمنددوستی در کشور پاکستان، مسافت‌های طولانی و در دسترس نبودن حمل‌ونقل برای سالمندان را نشان داد اما بیشتر سالمندان مشکلی در خواندن و رؤیت علائم راهنما گزارش نکردند (۴۳). مطالعه وو و همکاران (۲۰۱۳) در کشور هنگ‌کنگ نشان داد که نیازها و مشکلات سالمندان شامل: نیاز به همراه، نبود صندلی کافی در مرکز، دشواری پیدا کردن مسیر مرکز، مشکل تشخیص سایر پرسنل از یکدیگر به‌جز پزشک، چالش اخذ نوبت جدید، نبود رفتار توأم با احترام و چالش‌های مدنظر ارائه‌دهندگان شامل: انتقال سالمندان دچار معلولیت حرکتی به کلینیک، تعداد و نوع ناکافی سرویس‌های بهداشتی، فضای انتظار متناسب برای ویلچرنشینان و همراهان، زمان انتظار طولانی برای مشاوره و گرفتن دارو، نظام ارجاع و تعیین نوبت بوده است (۳).

با بررسی وجود تلفن همگانی برای مراکز موردبررسی مشخص گردید که ۸۱/۸ درصد از مراکز دسترسی به تلفن همگانی ندارند. امتیازات حیطه مربوط به محل غذاخوری نشان داد که ۵۷/۶ درصد از مراکز دسترسی به محل غذاخوری ندارند و واحد پذیرش در ۳۳/۳ درصد از مراکز نزدیک در ورودی نبوده و به‌راحتی قابل‌شناسایی نبوده است. مطالعه الجیلانی و همکاران (۲۰۱۸) باهدف بررسی محیط فیزیکی مراکز مراقبت سلامت و خدمات ارائه‌شده به سالمندان در مصر نشان داد که کانتر ورودی در ۸۰ درصد مراکز نزدیک در ورودی است، رمپ ورودی و سرویس بهداشتی نزدیک به محوطه انتظار در ۶۰ درصد مراکز تعبیه‌شده است و پارکینگ برای معلولین وجود نداشته است (۴۴). نبود تسهیلات فیزیکی ضروری در مراکز مراقبت اولیه سلامت، همچون نشانه‌ها و علائم راهنمای ناکافی (در ابعاد اندازه، مکان و پیام‌های ضروری و استاندارد)، نبود میله‌های دستی در راهروها، بر پذیرش محیط ارائه خدمت توسط سالمندان اثرات منفی خواهد داشت (۸،۴۵). با مرور مطالعات مربوط به مراکز مراقبت اولیه سلامت دوستدار سالمند در دنیا، چالش‌های محیط فیزیکی مشتمل بر تسهیلات ناکافی حمل‌ونقل عمومی برای تأمین نیاز سالمندان (دسترسی به‌نوبت ویزیت، درمان و معاینات) و پیاده‌روهای بسیار باریک و شلوغ به‌عنوان خطرات مضاعف برای سالمندان دارای مشکلات حرکتی شناخته‌شده است (۴۶).

نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که بین نوع مراکز مراقبت اولیه سلامت و دوستدار سالمند بودن آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد، به این صورت که مراکز مراقبت اولیه سلامت واقع در مناطق روستایی (مراکز جامع سلامت روستایی و خانه‌های بهداشت) نسبت به مراکز شهری (مراکز جامع سلامت شهری و پایگاه‌های بهداشت)، ازلحاظ سالمنددوستی وضعیت بهتری داشتند. به‌علاوه، بر اساس سطح مراکز (مراکز جامع سلامت نسبت به مراکز محیطی‌تر)، یافته‌ها نشان داد که در سطح روستا، مراکز جامع سلامت (مرکز سطح بالاتر) و در سطح شهر، پایگاه‌های بهداشتی (مراکز سطح پایین‌تر) سالمند دوست‌تر بوده‌اند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه سنسانبا و همکاران (۲۰۱۹) در اوگاندا که نشان داد مراکز سطح بالاتر به‌طور معنی‌داری بیشتر دوستدار سالمند بوده‌اند (۱۳) و نیز با نتایج مطالعه باستانی و همکاران (۱۳۹۶)، باهدف بررسی انطباق داروخانه‌های بیمارستانی با معیار داروخانه‌های سالمند دوست در ۳ کلان‌شهر مشهد، شیراز و اصفهان پرداخته و نشان‌دادند که رابطه معنی‌داری بین نمره نهایی وضعیت سالمنددوستی و نوع داروخانه وجود ندارد (۴۷)، همخوانی ندارد.

برحسب جست‌وجوی محققان، مطالعه حاضر نخستین مطالعه ارزیابی وضعیت انطباق مراکز مراقبت اولیه سلامت به‌عنوان جزء مهمی از نظام شبکه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کشور و مهم‌ترین رکن نظام سلامت در سطح شهرستان‌ها است که یافته‌های آن می‌تواند شواهد مهمی برای تصمیم‌گیری در اختیار سیاست‌گذاران نظام سلامت قرار دهد.

مطالعه حاضر محدود به مراکز مراقبت اولیه سلامت شهرستان ساوه بود که تمام این مراکز دولتی بودند. پس از طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت، واگذاری مدیریت مراکز جامع سلامت در حوزه شهری به بخش خصوصی به‌عنوان یک سیاست پذیرفته و اجرا شد؛ اما ازآنجاکه کلیه مراکز مراقبت اولیه سلامت در شهرستان ساوه به‌صورت دولتی اداره می‌شوند، ارزیابی وضعیت انطباق مراکز خصوصی مراقبت اولیه سلامت با استانداردهای سالمند دوستی در این مطالعه دیده نشده است. به‌علاوه، شهرستان ساوه به‌عنوان یک شهرستان کم‌جمعیت در استان مرکزی در بخش مرکزی ایران است که عموماً ویژگی این مناطق، دسترسی بهتر به خدمات سلامت، به علت نبود راه‌های صعب‌العبور، دورافتاده و محروم می‌باشد. این مسئله تعمیم نتایج مطالعه حاضر به استان‌های محروم، مرزی و با پراکندگی جغرافیایی بالا و مناطق دورافتاده را با چالش مواجه

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1402.8.1.3.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v8i1.12888]

می‌سازد. اگرچه برای غلبه بر این چالش، کلیه مراکز مراقبت اولیه سلامت شهرستان ساوه، اعم از شهری و روستایی، خانه بهداشت، پایگاه و مراکز جامع سلامت شهر و روستا در مطالعه ارزیابی شدند. به‌علاوه، شهرستان ساوه میزبان بزرگ‌ترین مهمان‌پذیر مهاجرین در کشور برای مهاجرین افغان می‌باشد که دارای مرکز بهداشتی و درمانی مختص مهاجرین است، به دلیل صعوبت هماهنگی با متولیان امور مهاجرین و سلامت، مرکز خاص ارائه خدمت به مهاجرین در مطالعه حاضر گنجانده نشد.

نتیجه‌گیری

مراکز مراقبت اولیه سلامت به‌عنوان نخستین نقطه تماس مردم با نظام سلامت از منظر تأمین منابع مالی، انسانی و فضای فیزیکی نیازمند توجه خاص سیاست‌گذاران سلامت کشور می‌باشند. برای دستیابی به اهداف غایی نظام سلامت شامل ارتقای سطح سلامت جامعه و نیز هدف سوم از اهداف توسعه پایدار، نیازمند بهبود نظام مراقبت اولیه سلامت شامل کیفیت مراقبت و فضای فیزیکی این مراکز برای رفع نیازهای سلامت کلیه افراد به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر و با نیازهای خاص همچون سالمندان هستیم. نظام سلامت با معکوس نمودن هرم فعلی تخصیص منابع خود که با جریان بیشتر منابع مالی و فیزیکی به سمت مراقبت‌های اولیه سلامت و بهبود و ارتقای مراکز مراقبت اولیه سلامت قابل‌دسترس برای همگان همراه خواهد بود، نه‌تنها به هدف مهم ارتقای سلامت جامعه و تضمین سلامت سالمندان به‌عنوان گروه اجتماعی مهم و حساس و نیازمند نائل خواهد شد، بلکه کارایی نظام سلامت در هزینه کرد منابع بهبود خواهد یافت و ارزیابی انطباق مراکز مراقبت اولیه سلامت در سراسر کشور و اصلاح محیط فیزیکی مراکز بر اساس نتایج حاصل از ارزیابی، نخستین گام در جهت تحقق این هدف مهم خواهد بود. تولیت نظام سلامت باید تقویت و بهبود مراکز مراقبت اولیه سلامت با توجه به نیازهای خاص سالمندان و تسهیل دسترسی جغرافیایی به این مراکز را با توجه به نقش مهم این مراکز در بهبود سلامت این گروه را در دستور کار خود قرار دهد.

مراکز سلامت دوستدار سالمند ارزیابی کامل و چندجانبه‌ای از نیازهای افراد ارائه می‌دادند به شیوه‌ای که خدمات موردنیاز سالمندان، باکیفیت قابل‌قبول، در محلی در دسترس و به‌موقع ارائه شود. محیط فیزیکی سالمند دوست، ویژگی‌های مهم تناسب محیط برای افراد دارای نیازهای متفاوت، زیرساخت‌های مناسب برای نیازهای سالمندان و نزدیک به محل زندگی افراد، تجهیزات موردنیاز برای کمک به انجام فعالیت روزانه، در دسترس بودن و شرایط مناسب ساختمان محل ارائه خدمت، در دسترس بودن وسایل حمل‌ونقل منطبق با محدودیت‌های جسمی، حفظ استقلال سالمندان و علائم شناسایی واضح و قابل‌مشاهده را دارا است.

سپاسگزاری

نویسندگان از معاونت تحقیقات و فناوری دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساوه به خاطر حمایت مالی این مطالعه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. الف، پ. ح ک

جمع‌آوری داده‌ها: ز. خ

تحلیل داده‌ها: پ. ح ک، م. ک

نگارش و اصلاح مقاله: م. الف، م. ک، پ. ح ک، ز. خ

سازمان حمایت‌کننده

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با شماره ۱۳-۰۱-۴۰۰ می‌باشد که با حمایت دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساوه انجام شده است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1)Karimi Matin B, Rezaei S, Alinia S, Shaahmadi F, Kazemi Karyani A. Ageing in Iran in 1410, a warning to health care system. Teb va Tazkiye 2013; 22(2): 9-18. [Persian]

2)Barber SL, Rosenberg M. Aging and universal health coverage: implications for the Asia Pacific Region. Health Systems & Reform 2017; 3(3): 154-8. doi: 10.1080/23288604.2017.1348320.

3)Woo J, Mak B, Yeung F. Age-friendly primary health care: an assessment of current service provision for older adults in Hong Kong. Health services insights 2013; 6: 69-77. doi: 10.4137/HSI.S12434

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1402.8.1.3.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v8i1.12888]

4)World Health Organization. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage: executive summary. Geneva: WHO: Switzerland. Geneva. 2010.
5)Goharinezhad S, Maleki M, Baradaran HR, Ravaghi H. A qualitative study of the current situation of elderly care in Iran: what can we do for the future?. Global Health Action 2016; 9(1): 1-9. doi: 10.3402/gha.v9.32156.
6)Behzadifar M, Taheri Mirghaed M, Aryankhesal A. Primary health care: an important approach for health sector, missed in Iran's health system evolution plan. Iranian Journal of Public Health 2017; 46(9): 1307-8.
7)Olyaeemanesh A, Behzadifar M, Mousavinejhad N, Behzadifar M, Heydarvand S, Azari S, et al. Iran's health system transformation plan: a SWOT analysis. Med J Islam Repub Iran 2018; 32: 39. doi: 10.14196/mjiri.32.39.
8)Acosta-Benito M, Rodríguez-Fernández V, Barrio-Cortes J, García-Pliego R. Age-friendly primary care health centers why are they necessary. Int J FamCommun Med 2018; 2(4): 180-3. doi: 10.15406/ijfcm.2018.02.00076.
9)Sadana R, Soucat A, Beard J. Universal health coverage must include older people. Bull World Health Organ 2018; 96(1): 2-2A. doi: 10.2471/BLT.17.204214.
10) World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020). WHO: Switzerland. Geneva. 2016.
11) De Biasi A, Wolfe M, Carmody J, Fulmer T, Auerbach J. Creating an age-friendly public health system. Innovation in Aging 2020; 4(1): igz044. doi: 10.1093/geroni/igz044. eCollection 2020.
12) Tavares J, Santinha G, Rocha NP. Age-friendly health care: a systematic review. Healthcare 2021; 9(1): 1-15. doi: 10.3390/healthcare9010083.
13) Ssensamba JT, Mukuru M, Nakafeero M, Ssenyonga R, Kiwanuka SN. Health systems readiness to provide geriatric friendly care services in Uganda: a cross-sectional study. BMC Geriatrics 2019; 19(1): 256. doi: 10.1186/s12877-019-1272-2.
14) Pretto RL, Neves M, Davila OP, 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?. Journal of Dental Health, Oral Disorders & Therapy 2017; 8(6): 634-9. doi: 10.15406/jdhodt.2017.08.00306.
15) Abdellatif T, Jaziri A, Taryam M, Monsef N, Buharoun A, Elbadawi S, et al. Dubai primary health care centers conformation to WHO age-friendly primary healthcare recommendations. Advances in Aging Research 2017; 6(6): 83-92. doi: 10.4236/aar.2017.66009.
16) Ahmadi Teymourlouy A, Seyyedin H, Fadaye-Vatan R, Omrani A. Assessing the suitability of the design, safety and physical environment of hospitals for the elderly: a case study in Iran. Iranian Journal of Health, Safety and Environment 2019; 6(1): 1213-20.
17) Statistics related to the elderly Tehran. Secretariat of National Council of Elderly; 2021. Available from URL: https://www.amar.org.ir. Last access: Mar 24, 2023.
18) Statistical Center of Iran. The results of the general census of population: The population of the cities by age, gender and age groups; 2016. Available from URL: https://www.amar.org.ir. Last access: Jul 27, 2023.
19) Modiri M, Mousavi M, Jamshidi A, Hosseini A. Comparative comparison of factors affecting aging in urban and rural areas of Iran. Quarterly of Population 2019; 109(26): 17-40. [Persian]
20) Nikpour A, Hasanakizadeh M. Spatial analysis of elderly indices in urban and rural areas of Iran. Human Geography Research 2020; 52(3): 921-37.dio: 10.22059/jhgr.2019.256357.1007696. [Persian]
21) World Health Organization. Age-friendly PHC centres toolkit: Geneva: WHO: Switzerland. Geneva. 2008.
22) Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. J Eval Clin Pract 2011; 17(2): 268-74. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x.
23) Taherdoost H. Validity and reliability of the research instrument; how to test the validation of a questionnaire/survey in a research. SSRN Electronic Journal 2016; 5(3): 28-36. doi: 10.2139/ssrn.3205040.
24) Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. Validity and reliability of the instruments and types of measurments in health applied researches. Journal of rafsanjan university of medical sciences 2015; 13(12): 1153-70. [Persian]
25) Downing SM. Reliability: on the reproducibility of assessment data. Med Educ 2004; 38(9): 1006-12. doi: 10.1111/j.1365-2929.2004.01932.x.
26) Gwet KL. Handbook of inter-rater reliability: the definitive guide to measuring the extent of agreement among raters. 4th ed. Advanced Analytics, LLC; 2014. 82
27) McKenzie JF, Wood ML, Kotecki JE, Clark JK, Brey RA. Establishing content validity: using qualitative and quantitative steps. American Journal of Health Behavior 1999; 23(4): 311–8.
28) Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? appraisal and recommendations. Res Nurs Health 2007; 30(4): 459-67. doi: 10.1002/nur.20199.
29) World Health Organization. Integrated care for older people: realigning primary health care to respond to population ageing. WHO: Switzerland.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1402.8.1.3.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v8i1.12888]

Geneva. 2018.
30) Baithesda, Chen C-M. Factors influencing primary healthcare utilization by the elderly: an integrative review of the literature. Proceeding 2nd Manado Health Polytechnic International Conference; 2019 Octobr 21; Manado.A vailable from URL: https://ejurnal.poltekkes manado.ac.id/index.php/ PMHP2nd/issue/archive. Last access: mar 3, 2022.
31) Shih C-I, Hsu Y-H, Yang H-F, Hung H-L, Chia S-L, Wang Y-W, et al. Development of an Age-Friendly Health Service Recognition Framework for Primary Health Centers in Taiwan. International Journal of Gerontology 2021; 15(1): 58-63. doi: 10.6890/IJGE. 202101_15(1).0012.
32) 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): 428-39. doi: 10.32598/sija.15.4.2881.1. [Persian]
33) Almasi A, Saeidi S, Zangeneh A, Khezeli M, Salimi Y, Soofi M, et al. Geographical access of the elderly to health care centers during a 20-year period (1996–2016): a case study of Kermanshah, Iran. J Gen Intern Med 2021; 36(10): 3249-51. doi: 10.1007/ s11606-020-06289-w.
34) Machón M, Vrotsou K, Larrañaga I, Vergara I. Proximity to facilities and its association with the health-related habits of functionally independent older adults. International Journal of Environmental Research & Public Health 2020; 17(22): 8677. doi: 10.3390/ijerph17228677.
35) Tabrizi JS, Pourasghar F, Nikjoo RG. Status of Iran's primary health care system in terms of health systems control knobs: a review article. Iran J Public Health 2017; 46(9): 1156-66.
36) Etemadi M, Ashtarian K, Gorji HA, Kangarani HM. Which groups of the poor are supported more by the law? pro-poor health policy network in Iran. Int J Health Plann Manage 2019; 34(2): e1074-e86. doi: 10.1002/hpm.2744.
37) Kruk ME, Mbaruku G, Rockers PC, Galea S. User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. Tropical Medicine and International Health 2008; 13(12): 1442-51. doi: 10.1111/j.1365-3156.2008. 02173.x.
38) Geldsetzer P, Reinmuth M, Ouma PO, Lautenbach S, Okiro EA, Bärnighausen T, et al. Mapping physical access to health care for older adults in sub-Saharan Africa and implications for the COVID-19 response: a cross-sectional analysis. Lancet Healthy Longev 2020; 1(1): e32-e42. doi: 10.1016/S2666-7568(20)30010-6.
39) Kiani F, Farahani MMM, Hajinabi K. Designing a comprehensive model of elderly-friendly hospitals in Iran. Journal of Complementary Medicine Research 2021; 12(4): 59-67. doi: 10.5455/jcmr.2021.12.04.09.
40) Public health Agency of Canada. Health and health care for an aging population. Canadian Medical Association; Canada. 2013: 1-10.
41) Mostafavi Darani F, Abedi HA, Riji HM. Conditions affecting the elderly primary health care in urban health care centers of Iran. Research Journal of Medical Sciences 2009; 3(6): 202-13.
42) Alhamdan AA, Alshammari SA, Al-Amoud MM, Hameed TA, Al-Muammar MN, Bindawas SM, et al. Evaluation of health care services provided for older adults in primary health care centers and its internal environment: a step towards age-friendly health centers. Saudi Med J 2015; 36(9): 1091-6. doi: 10.15537/smj.2015.9.11789.
43) Thaver I. Are public heath facilities old-age friendly in Pakistan?. Helpage International Pakistan & Health Services Academy; 2015. Available from URL:https://www.researchgate.net/publication/27184 3967_Are_Public_Heath_Facilities_oldage_friendly_i n_Pakistan. Last access: Apr 12, 2023.
44) El-Gilany A-H, El-Bastawesy S, Ibrahim AM. Internal physical environment of health care facilities and services provided for elderly in Port Said, Egypt. International Journal of Nursing Didactics 2018; 8(11): 17-22.
45) Neville S, Napier S, Adams J, Wham C, Jackson D. An integrative review of the factors related to building age-friendly rural communities. Journal of Clinical Nursing 2016; 25(17-18): 2402-12. doi: 10.1111/jocn.13299.
46) Gomes ID, Sobreira LS, da Silva LV, de Souza MCMR, Karina G, Souto RQ. Age-Friendly Primary Health Care: A Scoping Review. Contributions to the 4th International Workshop on Gerontechnology; 2022 Mar 23; Cham, Portugal: Springer International Publishing; 2021: 94-107.
47) Bastani P, Marzaleh MA, Dehghani M, Falahatzadeh M, Rahmati E, Tahernezhad A. The status of Iranian hospital pharmacies according to age-friendly pharmacies criteria. J Adv Pharm Technol Res 2017; 8(4): 120-4. doi: 10.4103/japtr.JAPTR_118_17. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1402.8.1.3.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v8i1.12888]

Research Article

Evaluating the Compliance of Saveh Primary Healthcare Centers with World Health Organization's Age-Friendly Standards

Manal Etemadi [1], Mahmood Karimy [2], Parisa Hosseini Koukamari [3*], Zahedeh Khoshnazar [4]

[1] Research fellow, Population Health Sciences, Bristol Medical School, University of Bristol, Bristol, UK
[2] Associate Professor, Department of Public Health, Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Public Health, School of Nursing and Midwifery, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran
[4] BSc in Public Health, Student Research Committee, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

*** Corresponding Author:** Parisa Hosseini Koukamari
p.hosseinik@gmail.com

Citation: Etemadi M, Karimy M, Hosseini Koukamari P, Khoshnazar Z. Evaluating the Compliance of Saveh Primary Healthcare Centers with World Health Organization's Age-Friendly Standards. Manage Strat Health Syst 2023; 8(1): 34-48.

Received: December 25, 2022
Revised: May 29, 2023
Accepted: June 10, 2023

Funding: This study has been supported by Vice-chancellor for Research and Technology, Saveh University of Medical Sciences (NO 400-01-13).

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: Since primary healthcare is a significant link in promoting and maintaining the health of the elderly, evaluating age-friendliness of service provision system is of great importance in ensuring the health of the elderly. The purpose of this study is to evaluate the state of primary healthcare centers' compliance with the standards of age-friendliness in Saveh city.

Methods: This was a cross-sectional and descriptive study conducted on May and June 2022, in Saveh city, Markazi Province in Iran. The statistical population of the research included 33 primary healthcare centers selected by the census method and based on World Health Organization's checklist regarding age-friendly primary healthcare centers (2008); they were examined by observation. After translating the checklist, its face validity, content validity, and reliability were reviewed and approved by 13 experts in the fields of health policy, health education and promotion, the elderly's health, occupational health engineering, and healthcare. Data analysis was done using descriptive statistical tests, one-way analysis of variance, Kolmogorov-Smirnov test, Tukey's post hoc test, and SPSS $_{16}$ software.

Results: Regarding the psychometric analysis of checklist, based on the experts' opinions, the content validity ratio and content validity index were calculated and except for 8 items, all items scored higher than 0.54 and 0.79. In order to check the reliability, the research tool was provided to 2 observers. By calculating the Kappa coefficient, the agreement between the 2 observers was above 0.6, which indicates the validity of the checklist. This study showed that comprehensive health centers and their affiliated units had a 57.6 % access to public transportation and 72.7 % access to stairs at the front entrance. The entry was 100 % free from obstacles, access to parking was 42.4 %, access to public telephones, 18.2 %, to a reception counter near the entrance restrooms, 42.4 %, to waiting room, 78.8 %, to a dining area, 42.4 %, to stairs, 9.1 %, to corridor, 87.9 %, compliance with guiding signs, 66/7 %, visibility of the signs, 72.7 %, and personnel identification was 42.4 %. Also, based on the analysis of variance, a statistically significant difference was obtained between the type of centers (urban and rural) and friendliness towards the elderly ($p < 0.05$).

Conclusion: Primary healthcare centers of Saveh city did not have an acceptable compliance with the standards of age-friendly centers. The main issues are the number of stairs and the lack of alternatives (ramps and elevators) for people with mobility problems, the lack of facilities such as public telephones, and the inadequacy of guiding signs and personnel identification to identify employees. The government should strengthen and improve primary healthcare centers for the elderly and facilitate geographical access to these centers, considering the important role of these centers in the health of the elderly.

Key words: Primary healthcare centers, Age-friendliness standards, Saveh

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1402.8.1.3.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v8i1.12888]