

علل عدم مراجعه‌ی سالمندان به مراکز خدمات جامع سلامت شهر اصفهان

سارا حیدری^۱، ندا توکلی مقدم^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: افزایش جمعیت سالمندان، می‌تواند هزینه‌های قابل توجهی بر نظام سلامت به همراه داشته باشد. در این میان، مراجعه‌ی منظم سالمندان به مراکز درمانی و بهره‌مندی از خدمات پیشگیرانه و مراقبتی، نقش مهمی در کاهش هزینه‌های درمانی و ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها دارد. این مطالعه با هدف شناسایی عوامل بازدارنده در مراجعه‌ی سالمندان به مراکز خدمات جامع سلامت در شهر اصفهان انجام شده است.

روش‌ها: این مطالعه‌ی مقطعی، بر روی سالمندانی انجام شد که در بهمن و اسفندماه سال ۱۳۹۹ یک‌بار به مراکز خدمات جامع سلامت مراجعه کرده بودند و در طول یک سال تا زمان انجام مطالعه در بهمن و اسفندماه ۱۴۰۰ خدماتی دریافت نکرده بودند. پس از شناسایی، از طریق تماس تلفنی با این افراد، زمان مراجعه‌ی حضوری به مرکز هماهنگ شد. سپس اطلاعات مربوط به دلایل عدم مراجعه آن‌ها با استفاده از مصاحبه‌ی حضوری و چک‌لیست‌های استاندارد جمع‌آوری گردید.

یافته‌ها: ۲۲۰ نفر در این مطالعه وارد شدند. میانگین سنی افراد برابر با $67/33 \pm 6/2$ سال بود. شایع‌ترین دلایل عدم مراجعه، عدم فراخوان افراد به مراکز (۶۵/۵ درصد)، عدم اطلاع از خدمات قابل ارائه (۵۶/۴ درصد) و عدم اطلاع از محل مرکز (۳۱/۴ درصد) بود. مردان بیشتر بدون علت مراجعه نمی‌کردند (۳۳/۶ درصد مردان و ۱۶/۸ درصد زنان) و در افراد شاغل نیز این علت بیشتر ذکر شد (۷۰ درصد از شاغلین).

نتیجه‌گیری: عدم اطلاع‌رسانی کافی و نبود فراخوان مؤثر، از مهم‌ترین دلایل عدم مراجعه سالمندان بود که با بهبود سازوکارهای فراخوان و ارتقای کیفیت اطلاع‌رسانی قابل برطرف شدن می‌باشد.

واژگان کلیدی: سالمندی؛ مراجعه؛ مراکز خدمات جامع سلامت

ارجاع: حیدری سارا، توکلی مقدم ندا. علل عدم مراجعه‌ی سالمندان به مراکز خدمات جامع سلامت شهر اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۳۸): ۱۴۶۵-۱۴۷۳.

مقدمه

به واسطه‌ی پیشرفت تکنولوژی و با افزایش میانگین سنی جمعیت و امید به زندگی، سالمندی ایجاد می‌گردد که نتیجه‌ی اختلال در سیستم‌های خودمراقبتی بدن است و باعث کاهش توانایی فرد در تطبیق با محیط می‌گردد (۱). سالمندی با ایجاد اختلال در فرایندهای فیزیولوژیک و ساختارهای آناتومیک می‌تواند در ایجاد بیماری‌های فشارخون، دیابت، بیماری‌های ریوی و متابولیک دخیل باشد (۲-۴). فشارخون در هند در سال ۲۰۱۶، DALY برابر ۳۹ میلیون داشته است (۵) و باعث افزایش شانس بیماری‌های قلبی - عروقی می‌گردد (۶) که اولین علت مرگ در سراسر دنیاست (۷). پیش‌بینی می‌شود مبتلایان به دیابت در ایالات متحده آمریکا تا سال ۲۰۵۰، سه برابر

شده و به ۴۸/۳ میلیون نفر برسد (۸). این بیماری‌ها هرچند قلیل درمان نیستند ولی با مراجعه مکرر به پزشک و رابطه‌ی نزدیک بیمار و پزشک قابل کنترل هستند.

متقاعد کردن سالمندان برای ادامه‌ی درمان و مراجعه‌ی دوباره به پزشک یکی از چالش‌های پزشکان است. رفتارهای جستجوی سلامت (Health seeking behavior) به صورت «روش یا نحوه‌ای که فرد علائم بیماری خود را در طول یک بیماری تعریف می‌کند و به آن پاسخ می‌دهد، و تأثیر آن بر روی رفتارها، فعالیت‌های انجام شده برای درمان و یا پاسخ به درمان» می‌باشد که تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد (۹).

Anwar و همکاران نشان دادند که جمعیت پاکستان بیشتر علاقه دارند که از مراکز بهداشتی خصوصی و با خود درمانی استفاده کنند.

۱- دانشجوی پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: ندا توکلی مقدم؛ استادیار، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: neda_tavakoli@yahoo.com

نقش باورهای عامیانه در درمان بیماری‌ها و درمان‌های سنتی، تأثیری بسزایی در رفتارهای جستجوی سلامت این افراد دارد (۱۰).

مطالعه‌ای که در اوگاندا توسط Musoke و همکاران انجام شد و نشان داد، مهم‌ترین چالش‌های افراد برای دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی کمبود دانش افراد در مورد خدمات ارائه شده و کمبود داروها در کلینیک‌های سیار خارج از شهرهای بزرگ است (۱۱). مطالعه‌ی دیگری در آمریکا توسط Biggerstaff و همکاران نشان داد، بزرگترین مانع در مراجعه‌ی افراد، موانع مالی و اقتصادی است (۱۲).

مطالعه‌ای که توسط Khajeh و همکاران در جنوب کشور ایران انجام شد، نشان داد که نارضایتی بیماران از پزشکان خانواده خود باعث خوددرمانی بیشتر و مراجعه‌ی بیشتر به بیمارستان‌ها برای درمان می‌شود (۱۳). مطالعات بر روی سالمندان نشان می‌دهد که دیدگاه فرد در مورد نیاز به درمان، رابطه‌ی شخصی وی با پزشک خود، مسیر محل سکونت تا مراکز درمانی و هزینه‌های درمانی از علل اصلی برای عدم مراجعه هستند (۱۴، ۱۵). رفتارهای جستجوی سلامت در جمعیت‌ها وابسته به محل زندگی، سیاست‌های بهداشتی درمانی، فرهنگ فرد متفاوت است و نمی‌توان یک راه حل واحد را برای همه‌ی جوامع پیشنهاد داد. مطالعات در جوامع مختلف ایران محدود بوده و هنوز تصویر کاملی از علل عدم مراجعه‌ی سالمندان به پزشک در دسترس نیست لذا این مطالعه با هدف شناخت این علل در سالمندان در مراکز خدمات جامع سلامت شهر اصفهان انجام گردید.

روش‌ها

این مطالعه در ماه‌های بهمن و اسفند سال ۱۴۰۰ در شهر اصفهان اجرا شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۶۰ سال یا بیشتر بود، در حالی که معیارهای عدم ورود شامل فوت فرد، تغییر محل سکونت به خارج از محدوده‌ی پوشش مرکز خدمات جامع سلامت و یا عدم تمایل برای شرکت در مطالعه بودند. همچنین معیار خروج از مطالعه، پاسخ ناقص به چکلیست‌ها در بیش از ۲۰ درصد سؤالات در نظر گرفته شد. در ابتدا، با مراجعه به ۴ مرکز خدمات جامع سلامت آموزشی شهر اصفهان، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، فهرست سالمندانی که در بهمن و اسفندماه سال ۱۳۹۹ حداقل یکبار به این مراکز مراجعه کرده و خدمات دریافت کرده بودند، اما در فاصله یک‌ساله بعد از آن (بهمن و اسفند ۱۳۹۹ تا بهمن و اسفند ۱۴۰۰) دیگر مراجعه‌ای نداشته‌اند، استخراج شد و با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده با در نظر گرفتن $d = 0.07$, $P = 0.05$ و α و با احتساب ۱۰ درصد ریزش، تعداد ۲۲۰ نفر از سالمندان انتخاب شدند (۱۰). پس از انتخاب افراد، تماس تلفنی با آنان برقرار شد و محققان

ضمن توضیح کامل اهداف و روند مطالعه، رضایت آگاهانه شفاهی را برای مشارکت دریافت نمودند. چنانچه فرد در سه تماس متوالی تلفنی پاسخگو نبود، فرد جایگزینی از همان مرکز با شرایط مشابه انتخاب می‌گردید و زمان مراجعه وی به مرکز تنظیم می‌شد. در مرحله‌ی نهایی، پس از حضور شرکت‌کننده در مرکز خدمات سلامت، ضمن توضیح مجدد مطالعه و اخذ رضایت کتبی آگاهانه، چکلیست توسط پرسشگر آموزش دیده و از طریق مصاحبه‌ی حضوری تکمیل می‌شد. مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی در شهر اصفهان، بر اساس تفاهم‌نامه‌ای که از سال ۱۳۹۷ بین معاونت بهداشتی و دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان منعقد شده است، به عنوان پایگاه‌های آموزش بالینی برای دانشجویان پزشکی فعالیت می‌کنند. در این مراکز، یک نفر عضو هیأت علمی از گروه پزشکی اجتماعی و همچنین یک متخصص پزشک خانواده به طور فعال حضور دارند و وظیفه‌ی آموزش کارآموزان، کارورزان و دستیاران رشته‌های پزشکی اجتماعی و پزشکی خانواده را بر عهده دارند. این مراکز شامل مراکز ابن سینا، شهید رضاییان، شهید رستمیان و کردآبادجی می‌باشند. چکلیست مطالعه با استفاده از مرور متون علمی و برگزاری جلسات تخصصی با مراقبین، ناظرین، مسئولین مراکز خدمات جامع سلامت و مسئولین ستادی، همچنین بهره‌گیری از نظرات متخصصین پزشکی اجتماعی عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طراحی شد. این چکلیست شامل دو بخش اصلی بود: بخش اول: شامل اطلاعات دموگرافیک بیماران مانند سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، نوع بیمه، وجود بیماری زمینه‌ای، مدت زمان سکونت در محل فعلی و وضعیت زندگی (تنها، با همسر، با فرزند یا با پرستار) و همچنین مراجعه‌ی فرد به مراکز دولتی یا خصوصی برای دریافت خدمات در زمان بیماری. بخش دوم: شامل سؤالاتی درباره‌ی علل عدم مراجعه سالمندان به مراکز خدمات جامع سلامت بود که به تفکیک ۱۲ علت اصلی و ۳۴ علت فرعی دسته‌بندی شده بود. شرکت‌کنندگان می‌توانستند در پاسخ به سؤالات، بیش از یک علت فرعی را انتخاب نمایند.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ (version 21, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تحلیل قرار گرفت. داده‌های کمی به صورت میانگین ($\pm$ انحراف معیار) و داده‌های کیفی به صورت میانگین (درصد) نشان داده شده است. سطح معنی‌داری داده‌ها $P = 0.05$ می‌باشد و داده‌های کیفی با استفاده از آزمون Chi-square و داده‌های کمی با استفاده از Independent sample T-test مورد بررسی قرار گرفت. این مقاله با کد اخلاق IR.MUI.MED.REC.1400.544 در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده است.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۲۲۰ شرکت‌کننده وارد شدند که ۱۱۹ (۵۴/۱) درصد) نفر مرد و ۱۰۱ (۴۵/۹) درصد) زن بودند. میانگین سنی شرکت‌کننده‌ها برابر با 67.33 ± 6.2 سال بود ($P > 0.05$). در مطالعه‌ی ما ۱۸۵ نفر (۸۴/۵) درصد) متأهل بودند. هیچ کدام از مردان شرکت‌کننده و ۲۷ نفر (۱۲/۳) درصد) از زنان بدون همسر بودند و این تفاوت نیز معنی‌دار بود ($P < 0.01$). تنها ۱۰ نفر از شرکت‌کننده‌ها هنوز شاغل بودند که تمام این افراد مرد بودند. در عین حال، مردان غالباً بازنشسته شده بودند در حالی که زنان از ابتدا خانه‌دار بودند ($P < 0.01$).

در مطالعه‌ی ما، ۱۶۹ نفر (۷۶/۸) درصد) از شرکت‌کننده‌ها تحصیلات پایین‌تر از دیپلم داشتند و مردان نسبت به زنان به طور کلی سطح تحصیلات بالاتری داشتند ($P < 0.05$). بیشترین بیمه‌ای که برای شرکت‌کنندگان دیده شد، بیمه تأمین اجتماعی برای ۱۵۲ نفر (۶۹/۴) درصد) و در رتبه‌ی دوم بیمه خدمات درمانی برای ۴۳ نفر (۱۹/۶) درصد) بود. در بین بیماری‌های زمینه‌ای نیز، فشارخون بالا در ۶۱ نفر (۲۷/۹) درصد) از بیماران دیده شد که شایع‌ترین بیماری زمینه‌ای بود که در زنان نیز شیوع بیشتری داشت ($P < 0.01$). در رتبه‌ی دوم دیابت وجود داشت که در ۵۵ نفر (۲۵) درصد) از شرکت‌کنندگان دیده شد که باز هم در زنان شیوع به طور معنی‌داری بالاتر بود ($P < 0.05$).

در این مطالعه، ۱۷۲ نفر (۷۸/۹) درصد) از شرکت‌کننده‌ها با همسر خود زندگی می‌کردند، ۱۸ نفر (۸/۳) درصد) با همسر و فرزند و ۲۲ نفر (۱۰/۱) درصد) فقط با فرزند خود زندگی می‌کردند. تنها یک مرد تنها زندگی می‌کرد در حالی که پنج نفر از زنان به تنهایی زندگی می‌کردند. به طور کلی شیوع زندگی با فرزندان و به تنهایی در زنان به طور معنی‌داری بالاتر بود که وضعیت تأهل افراد را به خوبی به تصویر می‌کشید ($P < 0.01$). نتایج ما نشان می‌دهد که ۱۳۴ نفر (۶۰/۹) درصد) از شرکت‌کنندگان این مطالعه خدمات درمانی خود را در مطب‌های خصوصی دریافت می‌کردند و ۶۶ نفر (۳۰) درصد) به کلینیک‌های دولتی مراجعه می‌کردند. مراکز خدمات جامع سلامت و مراکز خیریه کمترین میزان مراجعه را داشتند و تفاوت معنی‌داری بین دو جنس در این زمینه دیده نشد. افراد شرکت‌کننده در این مطالعه به صورت میانگین 27.6 ± 17.3 سال در محل خود سکونت داشتند (جدول ۱).

شایع‌ترین علت عدم مراجعه افراد به مراکز درمانی، عدم فراخوان توسط خود مرکز (۱۴۴، ۶۵/۵) درصد) و عدم اطلاع بیماران از خدمات ارائه شده (۱۲۴، ۵۶/۴) درصد) بود. از شرکت‌کنندگان در این مطالعه، ۶۷ نفر (۳۰/۵) درصد)، خدمات خود را در سایر ارگان‌ها دریافت

می‌کردند و به مراکز خدمات جامع سلامت مراجعه نمی‌کردند. ۱۷ نفر نامناسب بودن مسیر مرکز را علت عدم مراجعه عنوان کردند (۷/۷) درصد) و ۶۹ نفر (۳۱/۴) درصد) از محل مراکز خدمات جامع سلامت اطلاع نداشتند. ۴۷ نفر (۲۱/۴) درصد) نیز دور بودن مرکز را علت عدم مراجعه خود عنوان کردند. از شرکت‌کنندگان، ۶۲ نفر (۲۸/۲) درصد) به علت کهولت سن، ۳۱ نفر (۱۴/۱) درصد) به علت تنبلی و کم توجهی خود و ۵۲ نفر (۲۳/۶) درصد) به علت کم توجهی اعضای خانواده به این مراکز مراجعه نمی‌کردند. تعداد بسیار اندکی از شرکت‌کنندگان ناکافی بودن خدمات ارائه شده، زمان بر بودن انجام خدمات، مشغله‌ی کاری خود و یا عدم احساس نیاز به خدمات درمانی را علت عدم مراجعه می‌دانستند. با توجه به گذشتن مدت زمانی از شروع پاندمی کووید-۱۹، تنها ۹ نفر (۴/۱) درصد) ترس از کووید را علت عدم مراجعه می‌دانستند. ۵۷ نفر (۲۵/۹) درصد) هم علت خاصی را ذکر نکردند (جدول ۲).

سه علت عدم فراخوان افراد به مراکز درمانی، عدم اطلاع از خدمات قابل ارائه و عدم مراجعه بدون علت خاص به تفکیک سن، جنس و دیگر ویژگی‌های دموگرافیک بیماران در جدول ۳ درج شده است. در مطالعه‌ی ما، مردان به طور معنی‌داری بیشتر بدون هیچ علت خاصی مراجعه نمی‌کردند ($P < 0.05$). در افرادی که علت خاصی را ذکر نمی‌کردند، بیماری‌های قلبی-عروقی به طور معنی‌داری نسبت به جمعیت مورد مطالعه، در کسانی که اطلاع از خدمات ارائه شده نداشتند، کمتر بود ($P < 0.05$). در بقیه‌ی موارد این سه گروه مشابه بودند (جدول ۳).

کسانی که از محل مرکز اطلاع نداشتند، به طور میانگین 26.22 ± 16.9 سال و کسانی که از محل مرکز اطلاع داشتند، به طور میانگین 28.3 ± 17.49 سال در محل سکونت خود زندگی کرده بودند. با این حال این تفاوت بین دو گروه معنی‌دار نبود ($P > 0.05$). در مطالعه‌ی ما، از بین افرادی که خدمات درمانی خود را از ارگان‌های غیر از مراکز خدمات جامع سلامت دریافت می‌کردند، ۳۲ نفر (۱۴/۲) درصد) شغل آزاد داشتند و ۳۱ نفر (۱۴) درصد) هم خانه‌دار بودند. البته این توزیع شغلی مانند جمعیت کلی بود و تفاوت معنی‌داری دیده نشد ($P > 0.05$). در بین این افراد ۴۴ نفر (۲۰) درصد) تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی و ۱۴ نفر (۶/۳) درصد) تحت پوشش بیمه خدمات درمانی بودند که به طور معنی‌داری، نسبت بیمه تأمین اجتماعی در این افراد پایین‌تر است ($P < 0.05$). در بین افرادی که به علت کهولت سن برای درمان مراجعه نمی‌کردند، ۳۸ (۱۷/۲) درصد) زیر ۷۰ سال، ۱۹ (۸/۶) درصد) بین ۷۰ تا ۸۰ و ۵ (۲/۲) درصد) بالای ۸۰ سال داشتند. تفاوت معنی‌داری بین این گروه و کسانی که علت عدم مراجعه خود کهولت سن نبود دیده نشد ($P > 0.05$).

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه

P	مجموع ۲۲۰ نفر	جنسیت		اطلاعات دموگرافیک	
		زن	مرد	میانگین سنی، سال (±SD)	
۰/۱*	(۶۷/۳۳ ± ۶/۲)	(۶۶/۲۱ ± ۵/۸۰)	(۶۸/۸۴ ± ۶/۶)	میانگین سنی، سال (±SD)	
	۱۸۵ (۸۴/۵)	۷۲ (۳۲/۹)	۱۱۳ (۵۱/۶)	متاهل	
< ۰/۰۰۱**	۷ (۳/۱)	۱ (۰/۵)	۶ (۲/۷)	مجرد	وضعیت تأهل، تعداد (درصد)
	۲۷ (۱۲/۳)	۲۷ (۱۲/۳)	۰	بدون همسر	
	۱۰ (۴/۷)	۰	۱۰ (۴/۷)	شاغل	
< ۰/۰۰۱**	۱۰۱ (۴۷)	۳ (۱/۴)	۹۸ (۴۵/۶)	بازنشسته	شغل
	۱۰۴ (۴۷/۲)	۹۷ (۴۴)	۷ (۳/۳)	خانه‌دار	تعداد (درصد)
	۱۶ (۷/۵)	۱ (۰/۵)	۱۵ (۷)	آزاد	
	۷۵ (۳۵/۲)	۳۶ (۱۶/۹)	۳۹ (۱۸/۳)	بیسواد	
۰/۰۰۹**	۹۴ (۴۴/۱)	۵۰ (۲۳/۵)	۴۴ (۲۰/۷)	زیر دیپلم	سطح تحصیلات، تعداد (درصد)
	۴۰ (۱۸/۸)	۹ (۴/۲)	۳۱ (۱۴/۶)	دیپلم	
	۴ (۱/۹)	۱ (۰/۵)	۳ (۱/۴)	لیسانس	
	۱۵۲ (۶۹/۴)	۶۹ (۳۱/۵)	۸۳ (۳۷/۹)	تأمین اجتماعی	
۰/۹۴۲**	۴۳ (۱۹/۶)	۱۹ (۸/۷)	۲۴ (۱۱)	خدمات درمانی	نوع بیمه
	۱۱ (۵)	۵ (۲/۳)	۶ (۲/۷)	آزاد	تعداد (درصد)
	۱۳ (۵/۹)	۷ (۳/۲)	۶ (۲/۷)	سایر	
< ۰/۰۰۱**	۶۱ (۲۷/۹)	۴۱ (۱۸/۷)	۲۰ (۹/۱)	هایپر تشن، تعداد (درصد)	
۰/۰۴۵**	۳۶ (۱۶/۴)	۲۲ (۱۰)	۱۴ (۶/۴)	هایپر لیپیدی، تعداد (درصد)	
۰/۰۳۵**	۵۵ (۲۵)	۳۲ (۱۴/۵)	۲۳ (۱۰/۵)	دیابت، تعداد (درصد)	
۰/۸۹۹*	۴۰ (۱۸/۲)	۱۸ (۸/۲)	۲۲ (۱۰)	قلبی - عروقی، تعداد (درصد)	
۰/۱۱۶**	۳۳ (۱۵)	۱۱ (۵)	۲۲ (۱۰)	سایر بیماری‌های زمینه‌ای، تعداد (درصد)	
	۱۷۲ (۷۸/۹)	۷۰ ۳۲/۱	۱۰۲ (۴۶/۸)	همسر	
۰/۰۰۱**	۲۲ (۱۰/۱)	۲۰ (۹/۲)	۲ (۰/۹)	فرزند	با چه کسی زندگی می‌کند
	۱۸ (۸/۳)	۵ (۲/۳)	۱۳ (۶)	همسر و فرزند	تعداد (درصد)
	۶ (۲/۸)	۵ (۲/۳)	۱ (۰/۵)	تنها	
	۱۳۴ (۶۰/۹)	۶۲ (۲۸/۲)	۷۲ (۳۲/۷)	مطب خصوصی	
	۱۷ (۷/۷)	۸ (۳/۶)	۹ (۴/۱)	کلینیک خصوصی	
۰/۵۶۲**	۲۱ (۹/۵)	۹ (۴/۱)	۱۲ (۵/۵)	مراکز خیریه	برای بیماری خود به کدام مراکز مراجعه می‌کند،
	۳۹ (۱۷/۷)	۱۷ (۷/۷)	۲۲ (۱۰)	کلینیک تأمین اجتماعی	تعداد (درصد)
	۶۶ (۳۰)	۲۸ (۱۲/۷)	۳۸ (۱۷/۳)	کلینیک ویژه بیمارستان دولتی	
	۹ (۴/۱)	۲ (۰/۹)	۷ (۳/۲)	مراکز خدمات جامع سلامت	
۰/۸۱۲*	(۲۷/۶ ± ۱۷/۳)	(۲۸ ± ۱۷/۱۴)	(۲۷/۳۶ ± ۱۷/۵)	طول مدت اقامت در محل، میانگین سال (±SD)	

*: آزمون Independent Sample T-test

**: آزمون Chi-square

جدول ۲: فراوانی علل عدم مراجعه سالمندان به مراکز خدمات جامع سلامت شهر اصفهان

تعداد (درصد)	علت اصلی عدم مراجعه
۱۴۴ (۶۵/۵)	عدم فراخوان افراد به مراکز
۱۲۴ (۵۶/۴)	عدم اطلاع از خدمات موجود
۷ (۳/۲)	احساس نیاز به عنوان نیاز برای بچه‌ها
۴ (۱/۸)	احساس نیاز به عنوان نیاز برای بارداران
۵۴ (۲۴/۵)	دریافت از طریق بیمه تامین اجتماعی
۱۱ (۵)	عدم احساس نیاز به خدمات
۹ (۴/۱)	ابتدایی و سنتی بودن خدمات
۶۷ (۳۰/۵)	پزشک بودن یکی از افراد خانواده
۸ (۳/۶)	دریافت خدمات در سایر ارگان‌ها
۹ (۴/۱)	عدم حضور پزشک در مرکز
۷ (۳/۲)	عدم ارائه خدمات آزمایشگاهی
۱۷ (۷/۷)	عدم ارائه خدمات دارویی در مراکز
۰	عدم حضور متخصص در مرکز
۱ (۰/۵)	نبود خدمات تزریقات و پانسمان
۱ (۰/۵)	عدم ارائه سونوگرافی در مرکز
۱ (۰/۵)	نداشتن خدمات دندانپزشکی در مرکز
۱۷ (۷/۷)	نامناسب بودن مسیر مرکز
۶۹ (۳۱/۴)	عدم اطلاع از محل مرکز
۴۷ (۲۱/۴)	نامناسب بودن مراکز یا پایگاه بهداشتی
۲ (۰/۹)	دور بودن مرکز از محل زندگی
۲ (۰/۹)	برخورد بد با مراجعین
۲ (۰/۹)	عدم توجه کارکنان به مراجعین
۲ (۰/۹)	نامناسب بودن برخورد کارکنان
۰	دقت کم کارکنان
۰	عجله کارکنان در انجام کار
۰	طولانی بودن زمان مراقبت برای یک نفر
۰	نبود سیستم نوبت‌دهی
۰	شلوغ بودن مرکز
۴ (۱/۸)	زمان‌بر بودن انجام خدمات
۲ (۰/۹)	اولویت داشتن بحث درمان
۰	دیدگاه نامناسب نسبت به کارکنان این مراکز
۰	اولویت دادن به بخش خصوصی
۰	دیدگاه نامناسب در زمینه‌ی استفاده از دانشجویان
۰	بهداشت پایین وسایل مصرفی
۶۲ (۲۸/۲)	بی تفاوتی به علت کهولت سن
۳۱ (۱۴/۱)	بی تفاوتی نسبت به دریافت خدمات
۵۲ (۲۳/۶)	بی تفاوتی به علت کمی توجهی اعضای خانواده
۸ (۳/۶)	مشغله کاری در نوبت صبح
۰	وضعیت کاری و شغلی
۰	کم بودن ساعات کاری مرکز
۹ (۴/۱)	عدم مراجعه به علت ترس از کووید
۵۷ (۲۵/۹)	عدم مراجعه بی‌هیچ دلیل خاصی

جدول ۳. فراوانی سه علت شایع عدم مراجعه سالمندان به تفکیک ویژگی‌های دموگرافیک

مراجعه بی‌هیچ دلیل خاصی	عدم اطلاع از خدمات قابل ارائه	عدم فراخوان افراد به مراکز	عدم مراجعه
۴۵ (۲۸/۵)	۸۸ (۵۵/۷)	۱۰۱ (۶۳/۹)	۷۰ تا ۶۰
۸ (۱۷/۴)	۲۷ (۵۸/۷)	۳۲ (۶۹/۶)	۸۰ تا ۷۰
۴ (۲۶/۷)	۹ (۶۰)	۱۱ (۷۳/۳)	۸۰ و بالاتر
۰/۲۹۷	۰/۲۰۵	۰/۹۱	P
۴۰ (۱۸/۲)	۷۰ (۳۱/۸)	۸۰ (۳۶/۴)	مرد
۱۷ (۷/۷)	۵۴ (۲۴/۵)	۶۴ (۲۹/۱)	زن
۰/۰۰۵	۰/۴۲۵	۰/۵۴۸	P
۵۲ (۲۳/۷)	۱۰۵ (۴۷/۹)	۱۲۰ (۵۴/۸)	متاهل
۲ (۰/۹)	۵ (۲/۳)	۶ (۲/۷)	مجرد
۲ (۰/۹)	۱۳ (۵/۹)	۱۷ (۷/۸)	بیوه
۰/۰۶۹	۰/۴۹۸	۰/۵۰۵	P
۷ (۳/۳)	۸ (۳/۷)	۷ (۳/۳)	شاغل
۳۰ (۱۴)	۵۷ (۲۶/۵)	۶۶ (۳۰/۷)	بازنشسته
۱۸ (۸/۴)	۵۶ (۲۶)	۶۶ (۳۰/۷)	خانه‌دار
۰/۰۲	۰/۹۲۹	۰/۸۷۵	P
۱۸ (۸/۵)	۴۱ (۱۹/۲)	۴۸ (۲۲/۵)	بیسواد
۲۱ (۹/۹)	۵۱ (۲۳/۹)	۶۱ (۲۸/۶)	زیر دیپلم
۱۴ (۶/۶)	۲۶ (۱۲/۲)	۲۸ (۱۳/۱)	دیپلم
۳ (۱/۴)	۲ (۰/۹)	۲ (۰/۹)	لیسانس و بالاتر
۰/۰۶	۰/۶۷۴	۰/۸۳۷	P
۳۹ (۱۷/۸)	۸۵ (۳۸/۸)	۱۰۵ (۴۷/۹)	تأمین اجتماعی
۱۲ (۵/۵)	۲۷ (۱۲/۳)	۲۴ (۱۱)	خدمات درمانی
۳ (۱/۴)	۷ (۳/۲)	۷ (۳/۲)	آزاد
۳ (۱/۴)	۴ (۱/۸)	۷ (۳/۲)	سایر
۰/۹۸۴	۰/۲۱۹	۰/۳۳	P
۱۰ (۴/۶)	۳۶ (۱۶/۴)	۴۱ (۱۸/۷)	هایپر تشن، تعداد (درصد)
۰/۰۵۳	۰/۵۹۷	۰/۷۱۱	P
۹ (۴)	۱۸ (۸/۱)	۲۳ (۱۰/۴)	هایپر لیپیدی، تعداد (درصد)
۰/۰۱۹	۰/۴	۰/۸۲۹	P
۱۰ (۰/۰۴)	۳۷ (۱۶/۸)	۳۹ (۱۷/۷)	دیابت، تعداد (درصد)
۰/۸۹۲	۰/۴	۰/۸۲۹	P
۷ (۰/۳)	۱۶ (۷/۲)	۲۵ (۱۱/۳)	بیماری‌های قلبی - عروقی، تعداد (درصد)
۰/۱۸	۰/۰۲۱	۰/۶۶۴	P
۰	۵ (۲/۳)	۶ (۲/۷)	سایر بیماری‌های زمینه‌ای، تعداد (درصد)
۰/۸۱۳	۰/۳۳۲	۰/۸۱۲	P
۴۵ (۲۰/۶)	۹۷ (۴۴/۵)	۱۱۱ (۵۰/۹)	همسر
۴ (۱/۸)	۱۲ (۵/۵)	۱۴ (۶/۴)	فرزند
۷ (۳/۲)	۱۲ (۵/۵)	۱۵ (۶/۹)	همسر و فرزند
۱ (۰/۵)	۲ (۰/۹)	۳ (۱/۴)	تنها
۰/۴۷۲	۰/۵۵۲	۰/۳۵۱	P

جدول ۳. فراوانی سه علت شایع عدم مراجعه سالمندان به تفکیک ویژگی‌های دموگرافیک (ادامه)

عدم فراخوان افراد به مراکز	عدم اطلاع از خدمات قابل ارائه	مراجعه بی‌هیچ دلیل خاصی
مطب خصوصی	۹۳ (۴۲/۳)	۸۱ (۳۶/۸)
کلینیک خصوصی	۹ (۴/۱)	۱۳ (۵/۹)
مراکز خیریه	۱۳ (۵/۹)	۵ (۲/۳)
برای بیماری خود به کدام مرکز مراجعه می‌کنند، تعداد (درصد)	۲۸ (۱۲/۷)	۲۶ (۱۱/۸)
کلینیک تأمین اجتماعی	۴۳ (۱۹/۵)	۱۶ (۷/۳)
کلینیک ویژه بیمارستان‌های دولتی	۷ (۳/۲)	۴ (۱/۸)
مراکز خدمات جامع سلامت	۰/۵۵۶	۰/۲۲۵
P	۰/۱۲۲	۰/۲۲۵
سال اقامت، میانگین سال (±SD)	(۲۶/۸۳ ± ۱۷/۱)	(۲۶/۳۷ ± ۱۵/۵۳)

آزمون Chi-square

بحث

این مطالعه با هدف تعیین علل عدم مراجعه‌ی سالمندان به مراکز خدمات جامع سلامت شهر اصفهان انجام شد. شایع‌ترین عللی که شرکت‌کننده‌ها ذکر می‌کردند، عدم فراخوان به مرکز، عدم اطلاع از خدمات ارائه شده، عدم اطلاع از محل مرکز، بی‌تفاوتی به علت کهولت سن و در نهایت عدم وجود هیچ علت خاصی بود.

علل عدم مراجعه‌ی افراد به مراکز جامع خدمات سلامت را می‌توان به دو دسته‌ی کلی تقسیم کرد. دسته اول شامل عواملی است که به خود فرد مربوط می‌شود؛ مانند کم‌توجهی به اهمیت مراجعه به دلیل کهولت سن، نداشتن اطلاع کافی از خدمات درمانی موجود، باورهای نادرست یا غلط در خصوص ضرورت مراجعه، و همچنین مشغله‌های کاری یا زندگی روزمره که به ویژه در ساعات صبح مانع مراجعه می‌شوند. دسته‌ی دوم عوامل مرتبط با نظام ارائه‌ی خدمات بهداشتی مرکز است؛ از جمله نبود پزشک یا پرسنل ارائه‌دهنده‌ی مراقبت در مرکز، شرایط نامناسب محل یا مسیر دسترسی به مرکز و نیز فقدان فراخوان یا اطلاع‌رسانی مؤثر به جامعه‌ی هدف برای مراجعه به مراکز درمانی.

در این مطالعه، ۳۴ علت فرعی مختلف برای عدم مراجعه بررسی شد که از میان آنها، عدم فراخوان بیماران به مراکز خدمات جامع سلامت و ناآگاهی افراد از خدمات بهداشتی ارائه شده، به عنوان دو علت اصلی و قابل مداخله شناسایی شدند.

در مطالعه‌ی ما، ۳۱ درصد از محل مرکز مطلع نبودند و ۲۱ درصد، دور بودن مرکز را علت عدم مراجعه‌ی خود می‌دانستند که همگام با مطالعه‌ی نیکپور و همکاران بود (۱۶).

در مطالعات خارج از ایران نیز، Zielinski و همکاران (۱۷) در سوئد و Boscoe و همکاران (۱۸) در آمریکا نشان دادند که یکی از مهم‌ترین فاکتورهای استفاده از خدمات و مراکز خدمات جامع

سلامت، فاصله‌ی فرد از مرکز و مسیر تا مرکز است. مطالعه‌ی توسط Nancarrow و همکاران در استرالیا انجام شد که نشان داد، وقت دادن به بیماران برای روزهای وسط هفته، یک ریسک فاکتور برای عدم مراجعه افراد است که به خاطر شاغل بودن این افراد و وقت نداشتن آن‌ها در این روزهاست (۱۹). با این حال، با توجه به میانگین سن بالای نمونه‌ی مورد بررسی ما و تعداد پایین افراد شاغل، قابل انتظار است که این موضوع علتی برای عدم مراجعه نباشد. مطالعات قبلی نشان دادند که زمان‌بر بودن ارائه‌ی خدمات به علت مشکلات نرم‌افزاری سیستم ارائه‌ی خدمات می‌تواند یکی از موانع اصلی در مراجعه‌ی بیماران باشد (۲۰-۲۲). با این حال در مطالعه‌ی ما هیچکس علت عدم مراجعه خود را زمان‌بر بودن ارائه خدمات ذکر نکرد که شاید بتوان گفت به این دلیل است که در این سال‌ها، سامانه‌ی سبب به خوبی توانسته توسعه پیدا کند و مشکلات و کمبودهای قبلی آن از جمله زمان‌بر بودن انجام مراقبت و ویزیت، برطرف شده است. در نهایت، بعضی از افراد هیچ دلیل خاصی را ذکر نکردند. متأسفانه مطالعات محدودی این یافته را گزارش دادند.

با توجه به گذشتن زمان از شروع پاندمی کووید-۱۹، ترس افراد از این بیماری کاهش پیدا کرده و واکسیناسیون عمومی افراد هم به طور مضاعف این ترس را کم کرده و باعث شده که تنها ۹ نفر ترس از کووید-۱۹ را علت عدم مراجعه خود بدانند.

با وجود اهمیت روزافزون توجه به سلامت و نیازهای سالمندان، تاکنون مطالعات محدودی در خصوص علل عدم مراجعه این گروه سنی به خدمات درمانی در ایران انجام شده است. افزون بر این، همان معهود پژوهش‌های موجود نیز به دلیل تفاوت‌های چشمگیر فرهنگی، اجتماعی و جغرافیایی میان مناطق مختلف کشور، قابلیت تعمیم‌پذیری بالایی ندارند و عمدتاً تنها برای جمعیت‌های خاص و محدودی

مراجعه‌ی سالمندان بود که با بهبود سازوکارهای فراخوان و ارتقای کیفیت اطلاع‌رسانی تاحدودی می‌توان این مشکل را برطرف نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع دکتری رشته‌ی پزشکی عمومی با کد ۳۴۰۰۵۲۳ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به انجام رسیده است. بدین‌وسیله از زحمات پرسنل و جمعیت تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت همکار در طرح تقدیر و تشکر می‌شود.

کاربرد دارند. در نتیجه، با توجه به کمبود شواهد بومی و ضرورت شناخت دقیق‌تر موانع مراجعه در میان سالمندان، ضرورت انجام این مطالعه و پژوهش‌های مشابه آن، بیش از پیش احساس می‌شود.

باتوجه به اینکه این مطالعه فقط در شهر اصفهان انجام شده، نتایج آن را باید با احتیاط به دیگر مناطق تعمیم داد. بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه در شهرها و استان‌های دیگر انجام شود تا شناخت بهتری از عوامل مؤثر بر مراجعه سالمندان به دست آید.

نتیجه‌گیری

عدم اطلاع‌رسانی کافی و نبود فراخوان مؤثر، از مهم‌ترین دلایل عدم

References

1. Fulop T, Larbi A, Witkowski JM, McElhaney J, Loeb M, Mitnitski A, et al. Aging, frailty and age-related diseases. *Biogerontology* 2010; 11(5): 547-63.
2. Pawelec G. Age and immunity: what is "immunosenescence"? *Exp Gerontol* 2018; 105: 4-9.
3. Rapsomaniki E, Timmis A, George J, Pujades-Rodriguez M, Shah AD, Denaxas S et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people. *Lancet* 2014; 383(9932): 1899-911.
4. Campbell P, Krim S, Ventura H. The bi-directional impact of two chronic illnesses: heart failure and diabetes—a review of the epidemiology and outcomes. *Card Fail Rev* 2015; 1(1): 8-10.
5. Gupta R, Gaur K, S. Ram CV. Emerging trends in hypertension epidemiology in India. *J Hum Hypertens* 2019; 33(8): 575-87.
6. Roglic G, Unwin N. Mortality attributable to diabetes: Estimates for the year 2010. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 87(1): 15-9.
7. Roth GA, Huffman MD, Moran AE, Feigin V, Mensah GA, Naghavi M, et al. Global and Regional Patterns in Cardiovascular Mortality From 1990 to 2013. *Circulation* 2015; 132(17): 1667-78.
8. Deshpande AD, Harris-Hayes M, Schootman M. Epidemiology of Diabetes and Diabetes-Related Complications. *Phys Ther* 2008; 88(11): 1254-64.
9. Mechanic D. *Medical Sociology*. New York: Free Press; 1968.
10. Anwar M, Green J, Norris P. Health-seeking behaviour in Pakistan: A narrative review of the existing literature. *Public Health* 2012; 126(6): 507-17.
11. Musoke D, Boynton P, Butler C, Musoke MB. Health seeking behaviour and challenges in utilising health facilities in Wakiso district, Uganda. *Afr Health Sci* 2014; 14(4): 1046-55.
12. Biggerstaff M, Hung MA, Reed C, Garg S, Balluz L, Fry AM, et al. Impact of medical and behavioural factors on influenza-like illness, healthcare-seeking, and antiviral treatment during the 2009 H1N1 pandemic: USA, 2009–2010. *Epidemiol Infect* 2014; 142(1): 114-25.
13. Khajeh A, Vardanjani HM, Salehi A, Rahmani N, Delavari S. Healthcare-seeking behavior and its relating factors in South of Iran. *J Educ Health Promot* 2019; 8: 183.
14. Brewster S, Bartholomew J, Holt RIG, Price H. Non-attendance at diabetes outpatient appointments: a systematic review. *Diabet Med* 2020; 37(9): 1427-42.
15. Listl S, Moeller J, Manski R. A multi-country comparison of reasons for dental non-attendance. *Eur J Oral Sci* 2014; 122(1): 62-9.
16. Nikpour S, Yosefi R, Javadi F, Hosseini F. Reasons of referring and not referring of satisfied and unsatisfied women from health services, to Outpatients Department (O.P.D) [in Persian]. *Iran Journal Of Nursing* 2002; 15(32): 37-43.
17. Zielinski A, Borgquist L, Halling A. Distance to hospital and socioeconomic status influence secondary health care use. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2013; 31(2): 83-8.
18. Boscoe FP, Henry KA, Zdeb MS. A nationwide comparison of driving distance versus straight-line distance to hospitals. *Prof Geogr* 2012; 64(2): 188-96.
19. Nancarrow S, Bradbury J, Avila C. Factors associated with non-attendance in a general practice super clinic population in regional Australia: A retrospective cohort study. *Australas Med J* 2014; 7(8): 323-33.
20. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med* 2004; 11(12): 1302-10.
21. Rust G, Ye J, Baltrus P, Daniels E, Adesunloye B, Fryer GE. Practical barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. *Arch Intern Med* 2008; 168(15): 1705-10.
22. Bidarpour 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 [in Persian]. *Iranian Journal of Epidemiology* 2019; 14(4): 302-11.

Reasons for Elderly Non-Attendance at Comprehensive Health Care Centers in Isfahan, Iran

Sara Heidari¹, Neda Tavakoli Moghadam²

Original Article

Abstract

Background: The growing elderly population places financial strain on healthcare systems. Regular use of preventive and care services by older adults helps reduce costs and improve their quality of life. This study aims to identify barriers to elderly visits at comprehensive health care centers in Isfahan, Iran.

Methods: This cross-sectional study identified elderly individuals who visited health centers only once between February and March 2021 and did not receive services until February–March 2022. After contacting them by phone, in-person interviews were conducted to gather reasons for their lack of visit.

Findings: A total of 220 people participated in this study. The average age was 67.33 (± 6.2) years. The most common reasons for not visiting were lack of invitations to the centers (65.5%), unawareness of available services (56.4%), and not knowing the location of the center (31.4%). Men more often did not visit without a specific reason (33.6% of men vs. 16.8% of women), and this reason was also more frequently reported among employed individuals (70% of the employed).

Conclusion: Insufficient information dissemination and lack of effective invitations were key reasons for elderly non-attendance at comprehensive health care centers, which can be addressed by improving invitation systems and enhancing the quality of information provided.

Keywords: Health care centers, Geriatrics, Health care seeking behavior, Primary health care

Citation: Heidari S, Tavakoli Moghadam N. **Reasons for Elderly Non-Attendance at Comprehensive Health Care Centers in Isfahan, Iran.** J Isfahan Med Sch 2026; 43(838): 1465-73.

1- Medical Student, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Community and Family Medicine Department, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Neda Tavakoli Moghadam, Assistant Professor, Community and Family Medicine Department, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: neda_tavakoli@yahoo.com