



Identifying and Ranking the Needs and Life Priorities of Civil Servants Pension Organization Retirees with a Focus on Healthcare Services

Ali Pezhhan^{1*}, Mona Karimi Bakhsh², Kiyumars Moladoost³

1- Assistant Professor of Demography, Faculty of Social Sciences and Media, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

2- Ph.D. Student in Demography, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

3- MA, Cultural Affairs Management, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Iran.

Corresponding Author: Ali Pezhhan, Assistant Professor of Demography, Faculty of Social Sciences and Media, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

Email: pezhhan_ali@yahoo.com

Received: 2025/05/5

Accepted: 2025/07/9

Abstract

Introduction: The increasing number of retirees and elderly in Iran, as the population shifts toward middle and old age, has always been a concern for policymakers in meeting the needs and providing appropriate services for this demographic group. This study aims to identify and rank the life priorities of retirees from the Civil Servants Pension Organization, with a focus on healthcare services.

Methods: This research employed a survey method using a researcher-made questionnaire. Through a review of domestic and international comparative studies, key health-related needs and services for retirees and the elderly were identified, leading to the development of relevant indicators. Five key indicators were established, validated through expert review and statistical reliability tests. The study population included all retirees from the Civil Servants Pension Organization, with a sample size of 1,200 selected via Cochran's formula and stratified sampling based on provinces.

Results: The results indicated that the priority of healthcare needs among respondents was very high, while access to these services was significantly lower. A notable gap existed between the prioritization of needs and their actual availability. So that the level of needs with a mean of 3.35 was higher than the mean access to services with a mean of 2.61 ($P = 0.000$). Additionally, access to services varied across social groups, with significant disparities observed among different demographic segments.

Conclusions: Economic and social support policies for the elderly play a crucial role in improving their well-being. The significant gap between needs and access to services must be addressed in policy-making and implementation programs targeting the elderly population.

Keywords: Retirees, Civil Servants Pension Organization, Needs Prioritization, Needs and Services Accessibility.



شناسایی و رتبه‌بندی نیازها و اولویت‌های زندگی بازنشستگان صندوق بازنشستگی کشوری با تمرکز بر خدمات سلامت

علی پزهان^{۱*}، مونا کریمی بخش^۲، کیومرث مولادوست^۳

۱. استادیار جمعیت‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی و رسانه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

۲. دانشجوی دکتری جمعیت‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

۳. کارشناس ارشد مدیریت امور فرهنگی دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکزی، ایران.

نویسنده مسئول: علی پزهان، استادیار جمعیت‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی و رسانه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.
ایمیل: pezhhan_ali@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۴/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۲/۱۵

چکیده

مقدمه: افزایش تعداد بازنشستگان و سالمندان در ایران، همزمان با حرکت جمعیت به سوی میانسالی و سالمندی، همواره دغدغه سیاست‌گذاران در زمینه تأمین نیازها و ارائه خدمات مناسب به این گروه جمعیتی بوده است. این مطالعه با هدف شناسایی و رتبه‌بندی اولویت‌های زندگی بازنشستگان سازمان بازنشستگی کشوری، با تمرکز بر خدمات سلامت، انجام شده است.

روش کار: این پژوهش با استفاده از روش پیمایشی و پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته انجام شد. از طریق مرور مطالعات تطبیقی داخلی و خارجی، نیازها و خدمات کلیدی مرتبط با سلامت برای بازنشستگان و سالمندان شناسایی و شاخص‌های مربوطه تدوین گردید. پنج شاخص کلیدی تعیین و با ارزیابی خبرگان و آزمون‌های آماری پایایی، اعتبارسنجی شدند. جامعه آماری شامل کلیه بازنشستگان سازمان بازنشستگی کشوری بود و حجم نمونه ۱۲۰۰ نفر با استفاده از فرمول کوکران و نمونه‌گیری طبقه‌بندی‌شده بر اساس استان‌ها انتخاب شد.

یافته‌ها: در اغلب شاخص‌ها میزان اولویت نیازها برای پاسخگویان بسیار بالا بوده و همچنین میزان دسترسی به این نیازها نیز کمتر از میزان اولویت بوده است. به‌طوری‌که میزان نیازها با میانگین ۳/۳۵ بیشتر از میانگین دسترسی به خدمات با میانگین ۲/۶۱ بوده است ($P=0/000$). شکاف قابل توجهی بین اولویت نیازها و همچنین وضعیت دسترسی به نیازها در میان بازنشستگان وجود دارد. همچنین دسترسی به خدمات و نیازها در میان همه گروه‌های اجتماعی یکسان نبوده و تفاوت‌های میانگین معناداری بین گروه‌های مختلف اجتماعی وجود دارد.

نتیجه‌گیری: سیاست‌های حمایت اقتصادی و اجتماعی از سالمندان نقش مهمی در ارتقاء رفاه آنان ایفا می‌کند. شکاف قابل توجه میان نیازها و دسترسی به خدمات باید در سیاست‌گذاری و برنامه‌های اجرایی مرتبط با جمعیت سالمند مورد توجه و رفع قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: بازنشستگان، صندوق بازنشستگی کشوری، اولویت نیازها، دسترسی‌پذیری نیازها و خدمات.

مقدمه

سالمندی با موضوع بازنشستگی عجین شده است. بازنشستگی پدیده‌ای است که با توسعه اجتماعی - صنعتی عصر حاضر دارای اهمیت بیشتر شده است. در قرن اخیر به لحاظ پیشرفت های اجتماعی - اقتصادی، بهداشتی و درمانی، هم از میزان مرگومیر کاسته شده و هم بر طول عمر افراد افزوده شده است و امید به زندگی را بهبود بخشیده است. در نتیجه شمار سالمندان در کشورهای مختلف جهان افزایش یافته و سهم درخور توجهی در ترکیب جمعیتی کشورهای مختلف پیدا کرده و به همین صورت نیز نقش و اهمیت اجتماعی آنان در جامعه افزون تر از هر زمان دیگر شده است.

بر طبق آمار سازمان ملل در سال ۲۰۱۷ میلادی، تعداد کل سالمندان جهان ۹۶۲ میلیون نفر بوده است که پیش بینی می شود این رقم در سال ۲۰۵۰ به ۲/۱ میلیارد نفر ارتقاء یابد (۱). بر اساس پیش بینی سازمان ملل، تعداد سالمندان ایران در سال ۲۰۵۰ به حدود ۳۰ میلیون نفر و میانه سنی جمعیت به ۴۵ سال افزایش خواهد یافت (۲). مجموعه این روند باعث گردیده که محققان از پدیده سالمندی با عنوان انقلاب ساکت یاد نمایند (۳). گرچه پدیده پیر شدن جمعیت از نتایج مثبت توسعه به شمار می آید، ولی اگر برای مواجهه با آن در جهانی توسعه یافته آماده نباشیم و برنامه های پیش دستانه ای در این زمینه اجرا نشود، عوارض و پیامدهای منفی بسیاری در پی خواهد داشت، از جمله آنکه سریع تر بودن رشد جمعیت سالمندان به کل جمعیت، منجر به کاهش نسبی جمعیت اقتصادی مولد و تغییر ضریب وابستگی اقتصادی می شود که در صورت عدم چاره اندیشی، خود می تواند مانعی در برابر توسعه اقتصادی باشد. علاوه بر آن، تغییر ساختار خانواده از نوع گسترده به نوع هسته ای و جذب زنان به بازار کار نیز سبب می شود که امکانات خانواده ها برای نگهداری از سالمندان به شدت کاهش یابد و باری را که خانواده ها قبلاً به تنهایی به دوش می کشیدند به ناچار با دولت ها تقسیم کنند. اگر این واقعیت را در کنار آسیب پذیری بالای افراد سالمند و بازنشسته در برابر بیماری های جسمی و روان شناختی قرار گیرد (۴) به سهولت دریافت می شود که هزینه های بهداشتی مربوط به سالمندان و بازنشستگان برای دولت ها کمر شکن خواهد بود (۵).

هم اکنون، در کشور ایران، تعداد سالمندان و بازنشستگان

بخش کمتری از جمعیت کشور را دارند، اما با توجه به آغاز مرحله انتقال ساختار سنی از جوانی به سالخوردگی و فزونی سرعت رشد جمعیت سالمند و بازنشستگان در مقایسه با رشد کل جمعیت کشور و پیش بینی افزایش تعداد و سهم سالخوردگان در سال های آتی، بر لزوم برنامه ریزی آینده نگارانه برای کنترل مسائل این گروه از جمعیت تأکید می شود (۶). با افزایش شمار سالمندان و بازنشستگان، نیازهای اختصاصی آنان مانند نیازهای دارویی، نگهداری و مراقبت و ... نیز افزایش می یابد.

با این حال، هرگونه برنامه ریزی در رابطه با سالمندان و بازنشستگان باید بتواند به احصا نیازها و مطالبات و خواسته های آنان آغاز شود. به عبارتی این خود سالمندان و بازنشستگان هستند که باید پیش از هر چیز مسائل و مشکلات مربوط را شناسایی کرده، شیوه های برطرف کردن این مسائل و برآوردن نیازها را مشخص کرده و مهم تر از همه در برطرف کردن این نیازها و مسائل مشارکت داشته باشند. به همین دلیل مطالعات مربوط به بررسی نیازها، خواسته ها مشکلات و مسائل افراد سالمند و بازنشستگان و اولویت بندی این نیازها و مطالبات می تواند به شناخت این گروه سنی در جامعه ایران کمک کند و زمینه برنامه ریزی برای آنان و تأمین رفاهی و اجتماعی مناسب آنان را فراهم سازد. به نظر می رسد چنین موضوعی یکی از مهم ترین حلقه های گمشده در پژوهش های مربوط به زندگی بازنشستگی در ایران است. این موضوع از آنجا اهمیت می یابد که باوجود ارائه برنامه های متنوع در زمینه بهبود کیفیت زندگی و رفاهی، در سال های گذشته شاهد رشد روزافزون اعتراضات و مطالبات سالمندان و بازنشستگان واقعی و یا ذهنی - در سطح عمومی جامعه بوده ایم که تا حد زیادی می تواند نشان دهنده عدم آگاهی از مطالبات و خواسته های آنان و مهم تر از آن، راهکارها و شیوه های حل این مسائل باشد.

موضوع بازنشستگی و سالمندی همبسته و با هم عجین اند و بازنشستگان به عنوان عمده ترین حقوق بگیران صندوق بازنشستگی کشوری مطرح هستند. اما پرواضح است که حقوق بگیران صندوق بازنشستگی صرفاً این قشر نیستند بلکه افراد متوفی - که اکنون فرزندان و یا همسران و اقارب آنان وظیفه بگیرند - و افراد کارافتاده را نیز شامل می شود. باین حال، تأکید این پژوهش، بر بازنشستگان است. با توجه به مسائل مطرح شده پژوهشگران در پی پاسخگویی

می‌دهد که تأثیر بازنشستگی به‌طور گسترده‌ای بسته به وضعیت اقتصادی-اجتماعی، ویژگی‌های شغلی و عوامل فردی مرتبط با سبک زندگی متفاوت است. بازنشستگان با وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالاتر عموماً بهبود سلامت روان و افزایش فعالیت بدنی را تجربه می‌کنند، در حالی که افراد با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین‌تر بیشتر در معرض کاهش سلامت جسمی و روانی، افزایش رفتارهای کم‌تحرک و پیامدهای نامطلوب قلبی-عروقی قرار دارند. کولازو-کاستینیرا و همکاران (۱۲)، (۲۰۲۵) در بررسی انگیزه‌ها، اهداف، عوامل تسهیل‌کننده و موانع اتخاذ رفتارهای سلامت در سن بازنشستگی دریافتند که توسعه شبکه‌های اجتماعی و رسیدگی به مسائل سلامت روان می‌تواند مشارکت این گروه سنی در رفتارهای سلامت را افزایش دهد. همچنین مدیریت سلامت به عنوان هدفی کلیدی ظاهر شد که در آن انگیزه خودمختار می‌تواند تکامل یابد، حتی اگر رفتار ابتدا از انگیزه کنترل‌شده یا محرک‌های خارجی مانند توصیه پزشک نشأت گرفته باشد.

هرگونه برنامه مطالعاتی، نیازمند شناخت برخی از مطالعات و برنامه‌های اجراشده پیشین چه در سطح داخلی و چه در سطح خارجی است تا بتوان شاخص‌ها و مؤلفه‌های اصلی برای ورود به بحث را شناسایی کرد. با در نظر گرفتن این موضوع، در این مقاله سعی بر آن است تا با بررسی مطالعات و پژوهش‌های پیشین، مطالبات، نیازها و خواسته‌های سالمندان بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری از نقطه نظر خود آن‌ها مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفته و از این طریق بتوان شیوه‌ها و راهکارهایی با همکاری و مشارکت خود آنان به منظور کاستن از مسائل و نیازهای آن‌ها و حمایت‌های بیشتر ارائه داد.

روش کار

روش اصلی ما در این پژوهش کمی و با استفاده از روش پیمایش بوده است. برای احصا اولیه نیازها و مطالبات و شیوه‌های اولویت‌بندی مطالبات پاسخگویان از مطالعات پیشین و خارجی استفاده شده است.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری باتوجه به موضوع تحقیق و وسعت مکانی از نمونه‌گیری احتمالی و روش سهمیه‌بندی ساده بر مبنای استان استفاده شده است. به این صورت که در مرحله اول به میزان سهم هر استان از بازنشستگان صندوق کشوری، تعداد نمونه

به پرسش‌های زیر هستند:

- ۱- مهم‌ترین اولویت‌های سلامت زندگی (نیازهای) بازنشستگان صندوق بازنشستگی کشوری کدام‌اند؟
- ۲- چه تفاوت‌ها و مشابهت‌هایی بین گروه‌های مختلف سلامت در رابطه با اولویت‌بندی نیازها و مطالبات و خواسته‌های بازنشستگان و وظیفه‌بگیران صندوق بازنشستگی کشوری وجود دارد؟

مطالعات پیشین نشان می‌دهد که گذار به بازنشستگی صرفاً توقف کار نیست، بلکه یک رویداد مهم زندگی است که مستلزم سازگاری در سطوح مختلف بوده و می‌تواند بر رفتارهای سلامت تأثیر بگذارد (۷؛ ۸؛ ۹).

نتایج مطالعه لایبودک و همکاران (۱۰)، (۲۰۲۱) با عنوان «کاربرد مدل‌های شناختی اجتماعی برای تبیین مدت زمان پیاده‌روی در سالمندان: نقش انگیزه درونی» حاکی از آن است که در طراحی برنامه‌های فعالیت بدنی برای سالمندان، تأکید بر تقویت انگیزه درونی و لذت ذاتی فعالیت می‌تواند اثربخشی بیشتری نسبت به تمرکز صرف بر برنامه‌ریزی و تعیین هدف داشته باشد.

وو و چائو (۱۱)، (۲۰۲۳) در بررسی ارتباط تحقق برنامه‌های بازنشستگی سالمندان با سلامت روان مثبت: تحلیل مدل مسیری از فعالیت اجتماعی و عزت نفس دریافت که سالمندان ساکن مناطق روستایی در مقایسه با هم‌تایان شهری خود، سطح تحقق برنامه‌ریزی بازنشستگی به مراتب پایین‌تری دارند. همچنین تحقق برنامه‌ریزی بازنشستگی با سه عامل فعالیت‌های اجتماعی، عزت نفس و سلامت روان مثبت رابطه مستقیم و معناداری دارد. جالب توجه اینکه، فعالیت‌های اجتماعی و عزت نفس به عنوان متغیرهای واسطه‌ای در ارتباط بین تحقق برنامه‌ریزی بازنشستگی و سلامت روان مثبت عمل می‌کنند. این یافته‌ها بر اهمیت توجه جدی‌تر به موضوع تحقق برنامه‌ریزی بازنشستگی تأکید دارد، چرا که بهبود این جنبه می‌تواند توانایی سالمندان را در مواجهه با چالش‌های دوره پس از بازنشستگی به‌طور قابل توجهی افزایش دهد. پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که مطالعات آینده می‌توانند با تمرکز بیشتر بر این حوزه، راهکارهای عملی‌تری برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان ارائه دهند.

یافته‌های پژوهش ویجزی و همکاران (۹)، (۲۰۲۵) با عنوان «تأثیرات روند بازنشستگی بر سلامت، رفاه و رفتارهای سلامت: دیدگاه‌های انتقادی از مرور کلی مرورها» نشان

(۱۴). این پنج متغیر در مجموع یک فاکتور یا عامل را می سازند که معرف سطح توسعه یافتگی و اقتصادی هر استان است. پایین بودن اندازه خانوار، پایین بودن بی سواد، بالا بودن شهرنشینی و نفوذ اینترنت و هزینه سالانه خانوار می توانند نشانگر سطح متفاوت اقتصادی و اجتماعی استان ها باشند؛ در نهایت برحسب تحلیل فاکتورها استان های کشور در چهار طبقه جا گرفتند. داده های آماری برای خوشه بندی استانی بر اساس آخرین یافته های مرکز آمار به شرح جدول زیر است.

جدول ۱: گروه بندی استان های پاسخگویان بر اساس سطح توسعه یافتگی

تعداد نمونه	نسبت جمعیت بازنشسته از کل	جمعیت بازنشسته	گروه (استان)
۲۵۷	۲۱/۴۵	۲۶۱۸۵۳	اول: هرمزگان، چهارمحال و بختیاری، ایلام، اردبیل، گلستان، کردستان، کرمان، لرستان، خراسان شمالی، آذربایجان غربی، کهگیلویه و بویر احمد، سیستان و بلوچستان
۱۹۹	۱۶/۶۲	۲۰۲۹۳۱	دوم: زنجان، آذربایجان شرقی، همدان، خوزستان، کرمانشاه، خراسان جنوبی
۳۴۸	۲۹/۰۳	۳۵۴۴۴۹	سوم: استان های مرکزی، مازندران، قزوین، بوشهر، فارس، خراسان رضوی و گیلان
۳۹۶	۳۲/۹۰	۴۰۱۶۹۳	چهارم شامل استان های تهران، البرز، اصفهان، سمنان، قم و یزد
۱۲۰۰	۱۰۰	۱۲۲۰۹۲۶	جمع

نکته: ابتدا در فایل اصلی، بازنشستگان اصلی فوت شده حذف شده و از نمونه حذف شده اند.

بازنشستگی

- کیفیت خدمات درمانی (تشخیص پزشکی و بستری بیمارستانی)

۲) نیازهای دارویی

- دسترسی پذیری داروهای مورد نیاز

- کیفیت داروها (باتوجه به داخلی و خارجی بودن آنها)

روش تجزیه و تحلیل داده ها

داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. پردازش داده ها در دو سطح توصیفی و تحلیلی (استنباطی) بدین صورت است که در بخش یافته های توصیفی با استفاده از جداول یک بعدی و دوبعدی به بررسی نظرات هریک از پاسخگویان پرداخته و برای نمایش بهتر این نظرات از آمارهای گرایش به مرکز (نمنا، میانه و میانگین) و پراکندگی (واریانس و انحراف معیار) استفاده می شود همچنین در بخش یافته های استنباطی، برای سنجش روابط و تفاوت بین متغیرها با توجه به سطح مقیاس های پژوهش، از آزمون های مناسب (همبستگی پیرسون، آزمون T، آزمون F و ...) استفاده خواهد شد.

را انتخاب شده است. پس از آن و بر اساس تعداد سهم در هر استان به صورت تصادفی نمونه ها انتخاب شده اند. همچنین بر اساس طبقه بندی خوشه ها به چهار منطقه که بر اساس شاخص های توسعه یافتگی احصا شده است. برای نمونه گیری خوشه ای چند شاخص که معرف سطح توسعه یافتگی استان ها باشد، بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ انتخاب شدند، شامل: اندازه خانوار، درصد شهرنشینی، وضعیت سواد، ضریب نفوذ اینترنت (۱۳)، هزینه سالانه خانوار (هزینه کل شهری از طرح آمارگیری هزینه و درآمد خانوار)، (شهری و روستایی در سال ۱۳۹۸)

در پژوهش حاضر با توجه به تنوع طبقات و گروه های مختلف برای انتخاب نمونه به روش تصادفی، حجم نمونه ۱۲۰۰ نفر از بازنشستگان صندوق بازنشستگی کشوری بوده است.

ابزار گردآوری داده ها

با توجه به پراکندگی بسیار بالای جامعه مورد مطالعه در تحقیق حاضر، داده های تحقیق با استفاده از پرسشنامه و به روش پیمایش تلفنی جمع آوری شده است. در طراحی پرسشنامه، برای تعریف سلامت بازنشستگان، دو مؤلفه در نظر گرفته شد که به نیازهای سلامت آنان مربوط می شد. برای سنجش این شاخص، دو سطح سنجش در طیف لیکرت مدنظر قرار گرفت که در بخش اول میزان اولویت و اهمیت گویه ها در پنج سطح (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) و وضعیت کنونی افراد در دسترسی به آنها در پنج سطح (کاملاً نامطلوب، نامطلوب، نسبتاً مناسب، مناسب و کاملاً مناسب ارزیابی شده است:

۱) کیفیت خدمات درمانی

- آشنایی با پزشکان و مراکز درمانی (تحت پوشش بازنشستگی)
- دسترسی راحت و مناسب به مراکز درمانی تحت پوشش

شده و تنها ۵ درصد اظهار کرده اند که وضعیت مالی آنان بعد از بازنشستگی بهتر شده است. ۳۴/۵ درصد از آنان هیچ فرزند تحت تکفلی نداشته و ۲۸/۶ درصد نیز فقط یک نفر، ۲۱/۶ درصد نیز دو نفر، ۹/۸ درصد از پاسخگویان سه نفر و ۵/۵ درصد از پاسخگویان چهار نفر و بیشتر را تحت تکفل خود دارند.

یافته‌های تحلیلی

خدمات سلامت

برای ارزیابی هر یک از مؤلفه‌ها و شاخص‌های پیش رو، دو بعد «میزان اولویت خدمات و نیازها» و «میزان دسترسی و برآورده شدن این خدمات و نیازها»، مورد سنجش قرار گرفت و در نهایت شکاف بین میزان اولویت‌ها و میزان برآورده شدن این اولویت‌ها ارزیابی شد.

اولویت کیفیت خدمات درمانی

این مؤلفه بر مبنای سه گویه ارزیابی شده است که وضعیت هر یک از گویه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است. در ردیف انتهایی جدول وضعیت کلی شاخص اولویت کیفیت خدمات درمانی ارائه شده است. ۹/۳ درصد از پاسخگویان میزان اولویت کیفیت خدمات را خیلی کم و ۱۰/۶ درصد کم ارزیابی کرده اند. ۴۳ درصد نیز اعتقاد داشته اند که نیاز آن‌ها به این خدمات در حد متوسط بوده است. از سوی دیگر ۱۲/۹ درصد میزان نیاز به این خدمات را زیاد و ۲۴/۱ درصد خیلی زیاد ارزیابی کرده اند.

دسترسی پذیری کیفیت خدمات درمانی

این مؤلفه نیز بر مبنای سه گویه ارزیابی شده است که وضعیت هر یک از گویه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است. بررسی شاخص دسترسی پذیری کیفیت خدمات درمانی نشان می‌دهد که ۲۸ درصد پاسخگویان وضعیت آن را کاملاً نامطلوب و ۱۲/۹ درصد نامطلوب ارزیابی کرده اند. همچنین ۳۵/۳ درصد معتقد بوده اند که وضعیت کیفیت این خدماتی که به آن‌ها ارائه می‌شود متوسط بوده است. از سوی دیگر ۱۷/۴ معتقد بوده‌اند که به میزان مناسبی به این خدمات دسترسی داشته و ۶/۴ درصد نیز وضعیت دسترسی‌ها را کاملاً مناسب ارزیابی کرده اند.

یافته‌ها

روند ارائه داده‌ها و تحلیل و ارزیابی آن به این صورت است که در بخش اول نیمرخ جمعیتی پاسخگویان را ارائه داده و توصیف شد. سپس شاخص‌های مختلف مربوط به نیازهای سلامت بازنشستگان ارائه گردیده است. در همین زمینه برای هر شاخص دو بعد در نظر گرفته شد. در بعد اول وضعیت اولویت نیازها سنجیده شده و در بعد دوم وضعیت دسترسی بازنشستگان به نیازها و خدمات اندازه گیری شده است.

یافته‌های توصیفی

یافته‌ها نشان می‌دهد که ۶/۷ درصد از پاسخگویان ما کمتر از ۵۵ سال سن داشته و ۳/۳ درصد نیز ۵۵ تا ۶۵ ساله هستند. همچنین بیشترین فراوانی نیز مربوط به گروه سنی ۶۵ تا ۷۵ ساله است که ۴۲/۵ درصد را تشکیل می‌دهد. ۱۷/۵ درصد از پاسخگویان نیز ۷۵ سال به بالا هستند. ۳۲،۲ درصد از پاسخگویان ما را زنان و ۶/۸ درصد دیگر را مرد تشکیل می‌دهند. به لحاظ نسبت جنسی نیز داده‌ها بر اساس نسبت جنسی کل جمعیت آماری به نسبت متوازن هستند. داده‌ها بیانگر این است که کمتر از یک درصد، بی‌سواد و ۶/۶ درصد نیز دارای تحصیلات ابتدایی، ۵/۳ درصد راهنمای و ۱/۸ درصد نیز تحصیلات دبیرستان دارند. همچنین ۳۵/۶ درصد از بازنشستگان نمونه ما دیپلم و ۲۳ درصد نیز فوق دیپلم، ۳۰/۳ درصد لیسانس و ۵ درصد نیز فوق لیسانس و ۱/۸ درصد دارای تحصیلات دکتری بوده اند. داده‌ها نشان می‌دهد که ۸۸/۸ درصد از پاسخگویان ما متأهل و ۳ درصد نیز متارکه کرده اند. همچنین ۷/۲ درصد از پاسخگویان ما همسرشان فوت کرده و ۱/۱ درصد از آن‌ها مجرد بوده اند. بر اساس داده‌ها، ۲۲/۸ درصد از پاسخگویان کمتر از ۵ سال و ۱۹،۷ درصد نیز ۵ تا ۱۰ سال است که بازنشسته شده اند. همچنین ۲۷/۸ درصد ۱۰ تا ۱۵ سال، ۱۹/۶ درصد ۱۵ تا ۲۰ سال و ۵ درصد ۲۰ تا ۲۵ سال است که بازنشسته شده اند. همچنین ۱۸/۶ درصد از آن‌ها بعد از بازنشستگی به کار مشغول شده اند. ۴۰/۶ درصد پاسخگویان معتقدند که وضعیت مالی بعد از بازنشستگی آنان تغییر نکرده و ۵۴/۴ درصد اظهار کرده اند که وضعیت آنان بدتر

جدول ۲: گویه های مربوط به اولویت کیفیت خدمات درمانی و دسترسی پذیری کیفیت خدمات درمانی پاسخگویان

میزان اولویت این خدمات و نیازها					گویه ها
خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
۵/۸	۶/۶	۳۷/۴	۲۵/۶	۲۴/۶	آشنایی با پزشکان و مراکز درمانی (تحت پوشش بازنشستگی)
۴/۶	۹/۳	۳۱/۶	۲۷/۹	۲۶/۵	دسترسی راحت و مناسب به مراکز درمانی تحت پوشش بازنشستگی
۶/۱	۸/۳	۳۶	۲۱/۹	۲۷/۸	کیفیت خدمات درمانی (تشخیص پزشکی و بستری بیمارستانی)
۹/۳	۱۰/۶	۴۳	۱۲/۹	۲۴/۱	شاخص اولویت کیفیت خدمات درمانی
۱۱/۱	۲۳/۲	۳۰/۹	۲/۵	۷/۲	آشنایی با پزشکان و مراکز درمانی (تحت پوشش بازنشستگی)
۱۰/۹	۲۵/۴	۳۱/۶	۱۷/۴	۱۴/۷	دسترسی راحت و مناسب به مراکز درمانی تحت پوشش بازنشستگی
۹/۹	۱۹/۵	۳۶/۷	۲۳/۴	۱۰/۵	کیفیت خدمات درمانی (تشخیص پزشکی و بستری بیمارستانی)
۲۸	۱۲/۹	۳۵/۳	۱۷/۴	۶/۴	شاخص دسترسی پذیری کیفیت خدمات درمانی

اولویت کیفیت خدمات درمانی و دسترسی پذیری کیفیت

خدمات درمانی در میان گروه های اجتماعی

به منظور ارزیابی تفاوت میانگین بین گروه های مختلف جمعیت شناختی در رابطه با مؤلفه کیفیت خدمات درمانی و دسترسی پذیری کیفیت خدمات از دو آزمون T برای متغیرهای دوشقی (بین دو گروه) و آزمون F برای متغیرهای بین از دو شقی (سه گروه و بیشتر) استفاده شده است. با توجه به جدول ۳ نتایج نشان می دهد مردان نسبت به زنان بطور معناداری دسترسی بیشتری به این خدمات دارند ($P=0/000$).

بیشترین میانگین برای رضایت از دسترسی به این خدمات مربوط به متأهلین (۲/۶۵ از ۵) و کمترین میزان مربوط به افراد مجرد (۱/۶۹ از ۵) است. بر اساس آزمون آماری دسته کم بین دو گروه از گروه های چهارگانه وضعیت تأهل تفاوت میانگین معناداری وجود دارد ($P=0/01$). بر اساس نتایج آزمون شفه متأهل ها میانگین بیشتری در رابطه با دسترسی به کیفیت خدمات درمانی دارند ($P=0/029$).

میزان آزمون F نشان دسته کم بین دو گروه از تعداد سال های بازنشستگی تفاوت میانگین معناداری در رابطه با وضعیت دسترسی به کیفیت خدمات درمانی وجود دارد ($P=0/03$). نتایج آزمون شفه نیز نشان می دهد افرادی که کمتر از ۵ سال از بازنشستگی آنان گذشته است با افرادی که ۵ تا ۱۰ سال، ($P=0/03$) ۱۵ تا ۲۰ سال ($P=0/047$) و ۲۰ تا ۲۵ ($P=0/010$) سال از بازنشستگی آنان گذشته است در رابطه با دسترسی به کیفیت خدمات درمانی تفاوت میانگین معناداری دارند در هر سه مورد نیز افرادی که کمتر از ۵ سال از بازنشستگی آنان می گذرد، میانگین کمتری (دسترسی کمتر) به این خدمات داشته اند. همچنین یافته ها نشان

می دهد افراد ۵ تا ده سال نیز تفاوت میانگین معناداری با افراد ۲۵ تا ۳۰ سال دارند بطوریکه میزان دسترسی افراد ۵ تا ده سال بیشتر از ۲۵ تا ۳۰ سال بوده است ($P=0/03$). تفاوت میانگین بعدی مربوط به گروه ۱۵ تا ۲۰ سال با گروه ۲۵ تا ۳۰ سال است و در این مورد نیز به احتمال ۹۵ درصد اطمینان تفاوت میانگین بین این دو معنادار بوده است. همچنین میانگین دسترسی گروه ۱۵ تا ۲۰ سال بیشتر بوده است ($P=0/04$). بین گروه ۲۰ تا ۲۵ و گروه ۲۵ تا ۳۰ سال نیز تفاوت میانگین معناداری وجود دارد. بطوریکه که وضعیت دسترسی در میان گروه ۲۰ تا ۲۵ سال بیشتر بوده است ($P=0/008$). همچنین نتایج نشان داد میانگین دسترسی به خدمات درمانی بازنشستگانی که بعد از بازنشستگی اشتغال داشتند، بطور معناداری بیشتر بوده است ($P=0/03$).

بر اساس یافته ها تفاوت میانگین معناداری در رابطه با وضعیت دسترسی به کیفیت خدمات درمانی برحسب تعداد فرزندان تحت تکفل وجود دارد ($P=0/001$). افراد دارای سه فرزند با افراد بدون فرزند ($P=0/010$)، افراد دارای یک فرزند ($P=0/002$) و افراد دارای دو فرزند ($P=0/046$) تحت تکفل تفاوت میانگین معناداری دارد و در همه موارد افراد دارای سه فرزند تحت تکفل دسترسی کمتری از سه گروه دیگر دارد. همین امر در مورد افراد دارای ۴ فرزند و بیشتر نیز صدق می کند به طوری که بین این گروه و گروه های افراد بدون فرزند ($P=0/002$)، افراد دارای یک فرزند ($P=0/000$) و افراد دارای دو فرزند ($P=0/008$) تحت تکفل تفاوت میانگین معناداری در رابطه با دسترسی به کیفیت خدمات درمانی دارد. در هر سه گروه نیز افراد دارای چهار فرزند و بیشتر تحت تکفل میزان دسترسی کمتری داشته اند.

با توجه به جدول ۳ یکی دیگر از متغیرهایی که بر میزان

علی پڑھان و همکاران

منطقه سه بیشتر از منطقه ۱ ($P=0/001$) و منطقه ۱ بیشتر از منطقه ۴ بوده است ($P=0/008$).

بین منطقه دو با منطقه ۳ نیز تفاوت میانگین معنادار بوده است و وضعیت میانگین‌ها نشان می‌دهد که دسترسی در منطقه ۳ بیشتر از منطقه ۲ است ($P=0/035$). همچنین تفاوت میانگین معناداری بین منطقه ۲ با منطقه ۴ وجود دارد که در آن میانگین دسترسی در منطقه ۲ بیشتر از منطقه ۴ بوده است ($P=0/000$). آخرین تفاوت میانگین بین گروه‌ها مربوط به منطقه ۳ با منطقه ۴ است و در این قسمت نیز میانگین دسترسی در منطقه ۳ بیشتر از منطقه ۴ بوده است ($P=0/000$).

رضایت از دسترسی به کیفیت خدمات درمانی اثرگذار بوده است محل سکونت پاسخگویان بوده است. و دسته کم بین دو گروه از آن‌ها تفاوت میانگین معنادار بوده است ($P=0/000$). همچنین نتایج آزمون شفه نشان می‌دهد که بین مرکز استان با شهرستان ($P=0/000$) و مرکز استان با روستا ($P=0/011$) تفاوت میانگین معنادار بوده و در هر دو مورد مرکز استان دسترسی پایین تری نسبت به دو گروه دیگر داشته است.

یافته‌ها نشان می‌دهد دسته کم بین دو منطقه از ۴ منطقه تعیین شده تفاوت میانگین معناداری در رابطه با وضعیت دسترسی به کیفیت خدمات درمانی وجود دارد ($P=0/000$). بر اساس آزمون شفه بطور معناداری میانگین دسترسی

جدول ۳: آزمون تفاوت میانگین گروه‌های اجتماعی در رابطه با اولویت کیفیت خدمات درمانی و دسترسی پذیری کیفیت خدمات درمانی پاسخگویان

اولویت کیفیت خدمات درمانی		دسترسی‌پذیری کیفیت خدمات درمانی		متغیر	
میانگین	سطح معناداری	آماره (آزمون F و T)	میانگین	سطح معناداری	آماره (آزمون F و T)
جنس	زن	۳/۳۰	۰/۳۹۵	۰/۶۹۳	۲/۳۶
	مرد	۳/۳۳	۰/۳۹۵	۰/۶۹۳	۲/۷۳
سن	کمتر از ۵۵ سال	۳/۱۲	۰/۵۲۲	۰/۷۵۰	۲/۵۴
	۵۵ تا ۶۵ سال	۳/۳۴	۰/۵۲۲	۰/۷۵۰	۲/۵۶
	۶۵ تا ۷۵ سال	۳/۳۳	۰/۵۲۲	۰/۷۵۰	۲/۶۴
	۷۵ سال به بالا	۳/۳۲	۰/۵۲۲	۰/۷۵۰	۲/۶۵
	متاهل	۳/۳۱	۰/۵۲۲	۰/۷۵۰	۲/۶۵
وضعیت تأهل	متارکه	۳/۵۵	۰/۵۲۱	۰/۷۵۳	۲/۴۰
	فوت همسر	۳/۳۳	۰/۵۲۱	۰/۷۵۳	۲/۴۴
	مجرد	۳/۶۱	۰/۵۲۱	۰/۷۵۳	۱/۶۹
	بی‌سواد	۳/۶۰	۰/۵۲۱	۰/۷۵۳	۲/۲۰
	ابتدایی	۳/۵۶	۰/۵۲۱	۰/۷۵۳	۲/۶۹
تحصیلات	راهنمایی	۳/۳۵	۰/۲۸۲	۱/۲۲۲	۲/۷۷
	دیپلم	۲/۹۰	۰/۲۸۲	۱/۲۲۲	۲/۴۵
	فوق‌دیپلم	۳/۲۹	۰/۲۸۲	۱/۲۲۲	۲/۶۳
	لیسانس	۳/۲۸	۰/۲۸۲	۱/۲۲۲	۲/۵۵
	فوق‌لیسانس	۳/۳۷	۰/۲۸۲	۱/۲۲۲	۲/۵۸
	دکتری	۳/۴۰	۰/۲۸۲	۱/۲۲۲	۲/۷۵
		۲/۷۶	۰/۲۸۲	۱/۲۲۲	۲/۶۳

تعداد سال های بازنشستگی	۰/۷۸۶	۱,۷۷۷	۰/۰۳	۲/۲۷۷	کمتراز ۵ سال	۳/۱۷	۲/۴۶
					۵ تا ۱۰ سال	۳/۴۰	۲/۷۰
					۱۰ تا ۱۵ سال	۳/۳۵	۲/۶۰
					۱۵ تا ۲۰ سال	۳/۲۹	۲/۶۸
					۲۰ تا ۲۵	۳/۶۳	۲/۹۱
اشتغال بعد از بازنشستگی	۰/۱۰۹	۲/۵۶۷	۰/۰۳	۲/۱۳۳	۲۵ تا ۳۰	۳/۲۶	۲/۲۳
					بیشتر از ۳۰ سال	۳/۵۹	۲/۴۱
					بله	۳/۳۷	۲/۷۷
					خیر	۳/۲۹	۲/۵۷
					صفر	۳/۳۳	۲/۶۷
تعداد فرزندان تحت تکفل	۰/۳۳۹	۱/۱۳۳	۰/۰۰۱	۴/۹۵۳	یک نفر	۳/۴۱	۲/۷۵
					دو نفر	۳/۲۶	۲/۶۱
					سه نفر	۳/۲۳	۲/۳۳
					چهار نفر و بیشتر	۳/۱۵	۲/۱۴
					۵ میلیون و کمتر	۳/۲۸	۲/۵۸
درآمد خانوار	۰/۵۰۸	۰/۷۷	۰/۰۶۱	۲/۴۷۰	۵ تا ۷ میلیون	۳/۳۷	۲/۶۳
					۷ تا ده میلیون	۳/۴۲	۲/۸۷
					بیشتر از ده میلیون	۳/۲۴	۲/۶۵
					تومان	۳/۳۴	۲/۴۹
					شهر مرکز استان	۳/۳۴	۲/۴۹
محل سکونت	۰/۵۱۳	۰/۶۶۸	۰/۰۰۰	۸	یکی از شهرستان های استان	۳/۲۸	۲/۷۵
					روستا	۳/۴۵	۲/۹۷
					منطقه یک	۳/۲۲	۲/۷۵
					منطقه دو	۳/۴۳	۲/۶۹
					منطقه سه	۳/۲۵	۲/۹۴
مناطق	۱۸۶	۱/۶۰۷	۰/۰۰۰	۱۵/۶۵۶	منطقه چهار	۳/۳۶	۲/۳۱
					منطقه پنج	۳/۳۶	۲/۳۱

اولویت نیازهای دارویی

برای سنجش این مؤلفه از دو گویه استفاده شد. وضعیت کلی این شاخص نشان می دهد ۴ درصد میزان اولویت نیازهای دارویی را خیلی کم و ۱۸/۹ درصد کم ارزیابی کرده اند. از سوی دیگر ۳۱/۸ درصد نیز میزان اولویت این مؤلفه را متوسط دانسته اند. از سوی دیگر ۱۸/۸ درصد اعتقاد داشته اند که اولویت این نیاز برای آنها زیاد و ۲۴/۶ درصد نیز اظهار کرده اند که میزان آن خیلی زیاد بوده است (جدول ۵).

وضعیت دسترسی به نیازهای دارویی

با توجه به جدول ۴ وضعیت دسترسی پذیری نیازهای دارویی نیز با دو گویه سنجیده شده است. وضعیت کلی شاخص دسترسی به نیازهای دارویی نشان می دهد که ۱۲/۴ درصد پاسخگویان وضعیت دسترسی پذیری را کاملاً نامطلوب و ۲۲/۶ درصد نامطلوب ارزیابی کرده اند. همچنین ۳۳/۶ درصد نیز وضعیت را نسبتاً مناسب دانسته اند. از سوی دیگر ۲۷ درصد وضعیت دسترسی را مناسب و ۴/۴ درصد نیز کاملاً مناسب ارزیابی کرده اند.

جدول ۴: گویه ها و شاخص مربوط به اولویت نیازهای دارویی و دسترسی پذیری نیازهای دارویی پاسخگویان

میزان اولویت این خدمات و نیازها					گویه ها
خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
۵/۶	۱۵/۵	۲۶/۸	۲۲/۳	۲۹/۹	دسترسی پذیری داروهای مورد نیاز
۴/۵	۸	۳۶/۷	۱۹/۹	۳۱	کیفیت داروها (با توجه به داخلی و خارجی بودن آن‌ها)
۶	۱۸/۹	۳۱/۸	۱۸/۸	۲۴/۶	شاخص اولویت نیازهای دارویی
۱۰/۲	۲۲/۵	۲۶/۹	۲۸/۶	۱۱/۷	دسترسی پذیری داروهای مورد نیاز
۹	۱۸/۱	۳۲	۲۹/۸	۱۱/۱	کیفیت داروها (با توجه به داخلی و خارجی بودن آن‌ها)
۱۲/۴	۲۲/۶	۳۳/۶	۲۷	۴/۴	شاخص دسترسی پذیری نیازهای دارویی

اولویت نیازهای دارویی و دسترسی پذیری نیازهای دارویی

برحسب گروه های اجتماعی

یافته های جدول ۵ نشان می دهد دسته کم بین دو گروه از تعداد سال های باننشستگی در رابطه با اولویت بندی نیازهای دارویی تفاوت میانگین معناداری وجود دارد ($P=0/02$). وضعیت آزمون شفه برای بررسی تفاوت میانگین بین گروه ها نشان داد افرادی که کمتر از ۵ سال از باننشستگی آنان گذشته است، تفاوت میانگین معناداری با گروه های ۵ تا ده سال ($P=0/002$)، ۲۰ تا ۲۵ سال ($P=0/042$) و بیشتر از ۳۰ سال ($P=0/016$) داشته اند و در هر سه مورد میزان اولویت در افراد کمتر از ۵ سال کمتر از سه گروه دیگر بوده است.

بین متغیر محل سکونت و اولویت بندی نیازهای دارویی تفاوت میانگین معنادار مشاهده شد ($P=0/04$). بر اساس یافته ها تنها بین مرکز استان به شهرستان تفاوت میانگین معنادار بوده و در این رابطه هم اولویت نیازهای دارویی در مرکز استان بیشتر از شهرستان بوده است ($P=0/035$). همچنین بین منطقه محل سکونت پاسخگویان در رابطه با اولویت بندی نیازهای دارویی تفاوت میانگین معنادار وجود دارد ($P=0/000$). تفاوت میانگین بین مناطق نیز نشان می دهد که بین منطقه یک با مناطق ۲ و ۴ تفاوت میانگین در رابطه با اولویت نیازهای دارویی معنادار بوده و در هر دو مورد منطقه یک اولویت کمتری داشته است ($P=0/000$). همچنین بین منطقه ۲ با منطقه ۳ نیز تفاوت میانگین معناداری وجود دارد که داده ها نشان می دهد که اولویت این نیاز در منطقه ۲ بیشتر از منطقه ۳ بوده است ($P=0/000$). در نهایت داده ها نشان می دهد که بین منطقه ۳ با منطقه ۴ نیز تفاوت میانگین معناداری وجود دارد که در آن اولویت در منطقه ۴ بیشتر از منطقه ۳ بوده است ($P=0/000$).

بین زنان و مردان در رابطه با دسترسی به نیازهای دارویی تفاوت میانگین معنادار بوده است. به طوری که مردان با میانگین ۲,۹۹ از ۵ دسترسی بهتری نسبت به زنان با میانگین ۲,۶۶ از ۵ دارند ($P=0/000$).

یافته ها نشان می دهد که به احتمال ۹۹ درصد اطمینان دسته کم بین دو گروه از متغیر درآمد خانوار در رابطه با دسترسی به نیازهای دارویی تفاوت میانگین معناداری وجود دارد ($P=0/002$). یافته های آزمون شفه نشان می دهد که بین گروه ۵ میلیون و کمتر با گروه بیشتر از ده میلیون تومان درآمد تفاوت میانگین معنادار و میزان دسترسی در گروه بیشتر از ده میلیون تومان بیشتر بوده است ($P=0/011$). همچنین بین گروه ۵ تا ۷ میلیون با دو گروه ۷ تا ده میلیون ($P=0/008$) و بیشتر از ده میلیون ($P=0/001$) نیز تفاوت میانگین معنادار بوده است و در هر دو مورد گروه ۵ تا ۷ میلیون تومان دسترسی کمتری به نیازهای دارویی داشته است.

بین محل سکونت و دسترسی به خدمات دارویی تفاوت میانگین معنادار بوده به طوری که دسته کم بین دو گروه از متغیر محل سکونت تفاوت میانگین معناداری وجود دارد ($P=0/000$). یافته ها نشان می دهد که تنها بین مرکز استان با شهرستان تفاوت میانگین معنادار بوده و بطوریکه وضعیت دسترسی به خدمات دارویی در شهرستان بیشتر از مرکز استان بوده است ($P=0/000$).

در نهایت داده های ما نشان می دهد که دسته کم بین دو گروه از مناطق محل سکونت، تفاوت میانگین معناداری در رابطه با دسترسی به نیازهای دارویی وجود دارد ($P=0/000$). در رابطه با تفاوت میانگین بین مناطق نتایج آزمون شفه نشان می دهد که منطقه ۱ با مناطق ۲ ($P=0/004$) و ۳ ($P=0/001$) تفاوت میانگین معناداری داشته و در هر دو مورد

نسبت به منطقه ۴ دارد. در نهایت بین منطقه ۳ با منطقه ۴ نیز تفاوت میانگین معنادار بوده است و بازنشتگان منطقه ۳ دسترسی بیشتری به نیازهای دارویی دارند ($P=0/000$).

منطقه ۱ دسترسی کمتری به نیازهای دارویی دارد. بین منطقه ۲ با مناطق ۳ ($P=0/019$) و ۴ ($P=0/000$) نیز تفاوت میانگین معنادار بوده است که در همین رابطه منطقه ۲ دسترسی کمتری نسبت به منطقه ۳ داشته و دسترسی بیشتر

جدول ۵: آزمون تفاوت میانگین بین گروه های اجتماعی در رابطه با اولویت نیازهای دارویی و دسترسی پذیری نیازهای دارویی پاسخگویان

متغیر	میانگین	سطح معناداری	آماره (آزمون F و T)	میانگین	سطح معناداری	آماره (آزمون F و T)
جنس	زن	۳/۳۶	۰/۸۲۵	۰/۲۲۱	۲/۶۶	۴/۸۷۰
	مرد	۳/۳۸			۲/۹۹	
سن	کمتر از ۵۵ سال	۳/۲۵	۰/۶۶۶	۰/۵۲۴	۲/۹۵	۰/۶۸۵
	۵۵ تا ۶۵ سال	۳/۳۸			۲/۸۲	
	۶۵ تا ۷۵ سال	۳/۴۱			۲/۹۲	
	۷۵ سال به بالا	۳/۳۳			۲/۸۷	
وضعیت تأهل	متأهل	۳/۳۵	۰/۱۱۷	۱,۹۸۶	۲/۹۱	۲/۵۶۳
	متارکه	۳/۶۲			۲/۷۳	
	فوت همسر	۳/۵۱			۲/۸۰	
	مجرد	۳/۹۲			۲/۱۵	
	بی سواد	۳/۷۰			۲/۴۰	
	ابتدایی	۳/۵۷			۲/۸۸	
	راهنمایی	۳/۴۵			۳/۱۲	
	دبیرستان	۳/۲۸			۲/۸۵	
تحصیلات	دیپلم	۳/۳۵	۰/۴۹۵	۰/۹۲۴	۲/۹۳	۱/۳۸۴
	فوق دیپلم	۳/۳۱			۲/۸۹	
	لیسانس	۳/۳۸			۲/۸۱	
	فوق لیسانس	۳/۵۲			۲/۸۱	
	دکتری	۲/۹۵			۳/۳۱	
	کمتر از ۵ سال	۳/۲۰			۲/۸۲	
	۵ تا ۱۰ سال	۳/۵۳			۲/۹۰	
	۱۰ تا ۱۵ سال	۳/۳۹			۲/۹۰	
	۱۵ تا ۲۰ سال	۳/۳۳	۰/۰۲	۲,۵۰۱	۲/۸۸	۱/۶۶۳
	۲۰ تا ۲۵	۳/۵۵			۳/۰۸	
تعداد سال های بازنشستگی	۲۵ تا ۳۰	۳/۴۵			۲/۴۷	
	بیشتر از ۳۰ سال	۳/۸۶			۳/۱۴	
	بله	۳/۵۰	۰/۰۶۱	۱/۸۷۸	۲/۹۸	۱/۳۹۱
	خیر	۳/۳۳			۲/۸۶	
	صفر	۳/۴۳			۲,۸۷	
تعداد فرزندان تحت تکفل	یک نفر	۳/۳۶	۰/۷۱۰	۰/۵۳۵	۲,۹۱	۰/۵۴۱
	دو نفر	۳/۳۲			۲,۹۳	
	سه نفر	۳/۲۷			۲,۸۸	
	چهار نفر و بیشتر	۳/۳۷			۲,۷۲	

علی پڑهان و همکاران

۴/۹۱۵	۰/۰۰۲	۲/۹۳	۰/۴۹۲	۰/۶۸۸	۳/۳۹	۵ میلیون و کمتر	درآمد خانوار
		۲/۸۵			۳/۳۸	۵ تا ۷ میلیون	
		۳/۰۸			۳/۴۷	۷ تا ده میلیون	
۸/۲۷۹	۰/۰۰۰	۳/۳۳	۳/۲۲۲	۰/۰۴	۳/۲۸	بیشتر از ده میلیون تومان	محل سکونت
		۲/۷۶			۳/۴۴	شهر مرکز استان	
		۳/۰۲			۳/۲۸	یکی از شهرستان‌های استان	
۲۲/۸۷۶	۰/۰۰۰	۳/۰۳	۱۳/۱۱۷	۰/۰۰۰	۳/۶۰	روستا	منطقه
		۲/۷۱			۳/۱۵	منطقه یک	
		۳			۳/۵۷	منطقه دو	
		۳/۲۲			۳/۱۶	منطقه ۳	
		۲/۶۲			۳/۶۰	منطقه ۴	

هیچ‌گونه تفاوت میانگین معناداری وجود نداشت که به این معناست که همه گروه‌ها تقریباً به یک اندازه آن را در اولویت خود قرار داده‌اند؛ اما در اولویت مربوط به نیازهای دارویی بین سن بازنشستگی، محل سکونت و منطقه محل سکونت پاسخگویان تفاوت‌هایی مشاهده شد. یافته‌ها نشان داد که افرادی که کمتر از ۵ سال از بازنشستگی آنان می‌گذرد نسبت به برخی گروه‌های دیگر اولویت کمتری برای نیازهای دارویی قائل بوده است. طبیعی است که هر چه سن افراد بیشتر می‌شود بیماری‌های مربوط به دوران کهن‌سالی بیشتر خود را نشان داده و از این‌رو، نیازهای دارویی اولویت بیشتری پیدا می‌کند. همچنین افراد ساکن در مرکز استان‌ها نیز بیشتر از افراد ساکن شهرستان نیازهای دارویی را در اولویت خود قرار داده‌اند. شاید بتوان تنش‌های شهری به‌ویژه در کلان‌شهرها و شهرهای بزرگ را عامل مهمی در این اولویت‌دهی قلمداد کرد. در رابطه با مناطق نیز منطقه ۵ کمترین نیاز را داشته است و منطقه ۱ و ۲ اولویت بیشتری نسبت به دو منطقه دیگر برای اولویت نیازهای دارویی قائل بوده‌اند. همان‌طور که مشاهده می‌شود در اغلب شاخص‌ها اولویت‌ها در مناطق متغیر بوده است و منطقه محل سکونت یکی از مهم‌ترین متغیرهای تأثیرگذار هم بر دسترسی‌ها و هم اولویت‌بندی نیازها بوده است.

گزاره دوم، دسترسی‌ها به نیازهای بازنشستگان

بعد دوم تحلیل‌های در مورد نیازهای بازنشستگان به این امر مربوط می‌شود که آن‌ها تا چه اندازه به نیازها و خدماتی که ارائه شده است دسترسی دارند. در واقع، سطح

در مجموع نتایج نشان می‌دهد تفاوت بین نیاز به کیفیت خدمات درمانی و وضعیت دسترسی به این نیاز معنادار بوده است. به‌طوری‌که میزان نیازها با میانگین ۳/۳۵ بیشتر از میانگین دسترسی به خدمات با میانگین ۲/۶۱ بوده است ($P=0/000$). همچنین بین اولویت نیازهای دارویی و وضعیت دسترسی به نیازهای دارویی نیز تفاوت میانگین معنادار بوده است. بطوری‌که میزان نیازها بیش از میزان دسترسی بوده است ($P=0/000$).

بحث

هدف از این مقاله شناسایی و طبقه‌بندی اولویت‌های زندگی بازنشستگان صندوق بازنشستگی کشوری با تأکید بر خدمات سلامت است. بر این اساس تلاش شد تا نیازها و اولویت‌های مربوط به بازنشستگان صندوق بازنشستگی کشوری هر یک از این شاخص‌ها و مؤلفه‌ها را در دو بعد مورد سنجش قرار دادیم. در بعد اول به ارزیابی این موضوع پرداخته ایم که این شاخص‌ها و مؤلفه‌ها تا چه اندازه در اولویت بازنشستگان قرار داشته و تا چه اندازه نیازهای آنان را شامل می‌شود. در مجموع، نتایج این پژوهش، ما را به چهار گزاره زیر می‌رساند:

گزاره اول، اولویت نیازهای مربوط به پاسخگویان

در بخش سلامت، ۲ مؤلفه در نظر گرفته شد که در همه مؤلفه‌ها وضعیت نیازها، نرخ بالایی را نشان می‌دهد و نیازهای سلامت همواره از مهم‌ترین دغدغه‌های بازنشستگان بوده است. نکته جالب این است که در مورد کیفیت خدمات درمانی بین گروه‌های مختلف

دسترسی به نیازها می تواند جدای از اولویت بندی آن ها باشد. از این رو، باید این موضوع را سنجش می شد که هرکدام از این شاخص ها تا چه اندازه در دسترس هستند. در این قسمت نیز اولین مؤلفه مربوط به شاخص سلامت کیفیت خدمات درمانی است. یافته ها نشان می دهد که دسترسی به این مؤلفه میانگین پایینی داشته (۲/۶۱ از ۵) و بسیار کمتر از اولویت نیازها بوده است (۳/۳۵). با این حال، حتی سطح دسترسی ها در میان همه گروه ها هم یکسان نبوده و با اینکه در اولویت این نیاز همگنی بالایی بین بازنشستگان وجود داشت اما یافته های نشان داد که بین گروه های مختلف تفاوت میانگین معناداری در این زمینه وجود دارد. برای مثال افراد متأهل به طور معناداری بیش از افراد مجرد به خدمات درمانی دسترسی دارند. همچنین بین گروه های مربوط به سال های بازنشستگی نیز تفاوت های معناداری مشاهده شده است به این صورت که معمولاً با کاهش تعداد سال های بازنشستگی دسترسی ها نیز کمتر شده است. هر چند در گروه های میانی مثل گروه ۱۰ تا ۱۵ سال میزان دسترسی بیشتر از گروه های ۲۵ تا ۳۰ سال بوده است. به عبارتی در رده های میانی دسترسی بیشتر از گروه های پایین تر و بالاتر بوده است. از طرفی بین میزان فرزند تحت تکفل و دسترسی به این خدمات نیز تفاوت میانگین معنادار بوده و هر چه تعداد فرزندان افزایش داشته دسترسی هم کمتر بوده به طوری که کمترین دسترسی مربوط به ۳ فرزند و یا ۴ فرزند و بیشتر بوده است، درحالی که معقول تر این است که این دسترسی ها در میان این گروه ها معکوس باشد. همچنین مرکز استان ها دسترسی کمتری نسبت به شهرستان و روستا به این نیازها دارند و همان طور که دیدیم مرکز استان ها اولویت بیشتری هم برای این نیازها قائل بوده اند. به هر حال احساس دسترسی می تواند این تفاوت را شکل داده باشد. در رابطه با مناطق نیز داده ها نشان داد که منطقه ۳ بیشترین دسترسی را داشته و منطقه ۴ و ۱ کمترین دسترسی را داشته اند. برنامه ریزی ها در رابطه با آمایش این نیازها در هرکدام از مناطق می تواند یکی از ضروریات در این رابطه باشد.

در مطالعه همتی و همکاران (۱۳۹۷) (۱۵) نیز تفاوت معنی داری بین میانگین نمره انتظارات از کیفیت خدمات در گروه سالمندان با میانگین نمره انتظارات از کیفیت خدمات در گروه کارکنان وجود داشت به طوری که میانگین نمره

انتظارات از کیفیت خدمات در گروه سالمندان بیشتر از میانگین نمره انتظارات از کیفیت خدمات در گروه کارکنان بود. همچنین تفاوت معنی داری بین میانگین نمره ادراکات از کیفیت خدمات در گروه سالمندان با میانگین نمره ادراکات از کیفیت خدمات در گروه کارکنان وجود داشت.

در رابطه با نیازهای دارویی نیز یافته ها نشان داد میزان میانگین اولویت (۳/۴۰) بالاتر از میزان میانگین دسترسی (۲/۸۸) بوده است و شکاف محسوسی در این زمینه وجود دارد. همچنین در میان برخی گروه ها تفاوت هایی در زمینه دسترسی وجود داشته است. همچنین مرکز استان دسترسی کمتری نسبت به شهرستان داشته است که همسو با خدمات درمانی باکیفیت است. به نظر می رسد برخلاف تصور وضعیت برخی شاخص های سلامت در مراکز استانی بحرانی تر از شهرستان ها و یا حتی مناطق روستایی باشد. همچنین بین مناطق داده های ما نشان می دهد که منطقه یک، با وجود سطح توسعه یافتگی بالاتر دسترسی کمتری نسبت به مناطق ۲ و ۳ داشته و منطقه ۲ نیز از سه کمتر بوده است؛ اما منطقه ۴ نیز کمترین سطح دسترسی را داشته است.

یافته های مطالعه بلوچ رفسنجان و همکاران (۱۴۰۱) (۱۶) نیز نشان داد بیشترین فراوانی نیازهای برآورده نشده سالمندان در زمینه نیازهای روان شناختی (ناراحتی های روانی ۳/۱۲ درصد)، در زمینه نیازهای جسمانی: حافظه (۳/۹ درصد) و در زمینه نیازهای محیطی: نیاز در زمینه محل سکونت (۲/۵ درصد) دیده شدند. و بیشترین فراوانی نیازهای برآورده شده سالمندان در زمینه نیازهای جسمانی: نیازهای دارویی (۵/۶۷ درصد)، اختلالات جسمانی (۶۴ درصد) بوده است.

بر اساس یافته های قلی زاده و همکاران (۱۳۹۸) (۱۷) سالمندان نیازهای برآورده نشده ای به ترتیب اولویت در بهره مندی از مزایا (۳۳٪)، سلامت جسمانی (۱۶٪)، دارو (۱۵٪)، پول/بودجه (۱۴٪)، بینایی/شنوایی (۱۰٪)، فعالیت های روزمره (۹/۵٪)، تغذیه (۹٪)، تحرک (۹٪)، نگهداری از منزل (۸٪)، مراقبت از دیگری (۶٪)، آسایش روانی (۵٪) و به خاطر سپاری (۵٪) دارند. در مقابل از بین نیازهایی که برآورده شده بودند نیازهای مربوط به تامین دارو (۳۹٪)، رفع بیماری های جسمانی (۳۵٪) و همچنین بهبود مشکلات بینایی و شنوایی (۲۸٪) از سایر موارد بیشتر قابل توجه بودند.

گزاره سوم، مقایسه وضعیت اولویت ها و دسترسی ها در

و همکاران (۲۰۱۵) (۱۸) و سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۲) (۱۹) که به بررسی مقایسه اولویت‌ها و دسترسی‌های سالمندان پرداختند و نشان داده‌اند که الویت شاخص‌ها بیشتر از وضعیت دسترسی‌ها بوده است. بین اولویت و دسترسی تفاوت میانگین معنادار بوده و در همه آن‌ها نیز در سطح ۹۷ درصد اطمینان بوده است. یافته‌های مطالعات یاد شده، با نتایج این مطالعه همسو است.

بر اساس یافته‌های این مطالعه در اغلب شاخص‌ها میزان اولویت نیازها برای پاسخگویان بسیار بالا بوده و همچنین میزان دسترسی به این نیازها نیز کمتر از میزان اولویت بوده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که شکاف قابل توجهی بین اولویت نیازها و همچنین وضعیت دسترسی به نیازها در میان بازنشستگان وجود دارد. همچنین دسترسی به خدمات و نیازها در میان همه گروه‌های اجتماعی یکسان نبوده و تفاوت‌های میانگین معناداری بین گروه‌های مختلف اجتماعی وجود دارد. بر اساس یافته‌های این مطالعه سیاست‌گذاری‌ها و اولویت‌بندی برنامه‌های اجرایی در حوزه باید بر مبنای نیازها و اولویت‌های سالمندان باشد.

نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف شناسایی و طبقه‌بندی اولویت‌های زندگی بازنشستگان تحت پوشش صندوق بازنشستگی کشوری، با تأکید بر ابعاد مختلف خدمات سلامت، به بررسی نیازها و سطح دسترسی به این خدمات پرداخت. یافته‌های تحقیق نشان داد که مسائل مرتبط با سلامت، به ویژه دسترسی به دارو و کیفیت خدمات درمانی، در صدر اولویت‌های اصلی بازنشستگان قرار دارد. نتایج حاکی از وجود شکاف معنادار بین سطح اولویت‌های شناسایی شده و میزان دسترسی واقعی به خدمات بود، به طوری که در تمامی شاخص‌های مورد بررسی، سطح دسترسی به میزان قابل توجهی پایین‌تر از سطح اهمیت و اولویت نیازها ارزیابی شد. همچنین، تحلیل داده‌ها وجود تفاوت‌های آماری معنادار در اولویت‌بندی نیازها و سطح دسترسی بین زیرگروه‌های مختلف جمعیتی را بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله سن، بازنشستگی، منطقه جغرافیایی سکونت، وضعیت تأهل و تعداد فرزندان نشان داد. با توجه به تغییر ساختار جمعیتی کشور و افزایش سهم سالمندان در ترکیب جمعیتی، یافته‌های این مطالعه بر ضرورت بازنگری در سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت

نیازهای بازنشستگان

یکی دیگر از اهداف مهم در این مقاله شناسایی و مقایسه وضعیت بین اولویت نیازهای بازنشستگان با وضعیت دسترسی آنان به این نیازها بوده است. زمانی که ما قصد سنجش نیازها را داریم، سوالات و گویه‌ها نمی‌توانند هم‌زمان اولویت آن نیازها و دسترسی‌ها را بسنجند. اگر ما صرفاً به سطح سنجش نیازها اکتفا می‌کردیم، این امکان وجود داشت که برای مثال نیازهای سلامت در رتبه بالاتری قرار بگیرد، اما مسئله این بود که هیچ‌گاه مشخص نمی‌شد شاخصی که برای یک گروه یا کل پاسخگویان از اهمیت بالایی برخوردار بوده است، آیا دسترسی به آن نیز به همان صورت بوده است؟ یافته‌ها نشان داد که پاسخ به این سؤال منفی است. به این معنا که ممکن است میزان اولویت یک نیاز در میان بازنشستگان بالا باشد، اما دسترسی به آن نیاز در وضعیت چندان مساعدی نباشد. نتایج نشان داد که در همه شاخص‌ها، اولویت شاخص‌ها بیشتر از وضعیت دسترسی‌ها بوده است. اما در آزمون‌های تفاوت میانگین، داده‌ها نشان داد که بین همه شاخص‌ها، بین اولویت و دسترسی تفاوت میانگین معنادار بوده و در همه آن‌ها نیز در سطح ۹۹ درصد اطمینان بوده است. همچنین تفاوت میانگین بین گروه‌های مختلف، در شاخص‌های متعدد مورد بحث قرار گرفت که نشان می‌دهد بین این گروه‌ها اولویت‌ها و دسترسی‌ها چگونه بود و سیاست‌گذاری‌های چگونه در راستای این شکاف‌ها و تفاوت‌ها باید حرکت کرده تا بتواند به شکل اثرگذاری اولویت‌ها را فهم کرده و دسترسی‌ها را افزایش دهد. بنابراین، یکی از برنامه‌های پژوهشی مهم صندوق بازنشستگی کشوری می‌تواند سنجش وضعیت نیازها، اولویت‌ها و دسترسی‌پذیری شاخص‌های مورد نیاز در میان مستمری‌بگیران (وظیفه‌بگیران) باشد. اگر چه مسئله بازنشستگی و نیازها و همچنین کیفیت زندگی آنان صرفاً مربوط به ایران نبوده و بسیاری از کشورهای دنیا برنامه‌های مدونی در این زمینه ارائه کرده‌اند. اجرای مطالعات تطبیقی جهت مقایسه عملکردها و استفاده از بهترین روش‌ها و برنامه‌ها در زمینه خدمات رسانی به بازنشستگان می‌توان چشم اندازه‌های روشنی از وضعیت کنونی کشور و راهکارهای آینده در اختیار ما قرار دهد. بدون شک این برنامه‌ها و مطالعات تطبیقی باید با شاخص‌های احصا شده در این مقاله منطبق باشد. یافته‌های مطالعات سیگلر

مورد استفاده قرار گیرد. این مطالعه گامی مؤثر در راستای شناخت جامع نیازهای این گروه ویژه و ارائه راهکارهای عملی به سیاست‌گذاران حوزه سلامت و رفاه اجتماعی محسوب می‌شود

محدودیت‌های مطالعه

از آن جا که به علت همه گیری کرونا امکان مصاحبه حضوری وجود نداشت، داده ها از طریق مصاحبه تلفنی جمع‌آوری شد. وبعضا به علت اینکه برخی نمونه‌ها دچار اختلالاتی بوده اند کمتر همکاری می کردند. همچنین عدم دسترسی به شاخص‌های استاندارد جهانی نیازها و خدمات مربوط به افراد بازنشسته و سالخورده از دیگر محدودیت های این مطالعه بود.

سیاسگزاری

نویسنده مقاله از تمامی کسانی که بسترها و فرصت‌های انجام این پژوهش را فراهم نمودند، از جمله موسسه راهبردهای بازنشستگی صبا و بازنشستگان صندوق بازنشستگی کشوری تشکر می‌نماید.

تعارض منافع

نویسنده اعلام می‌دارد که هیچ تعارض منافی وجود ندارد.

بازنشستگان تأکید دارد. نتایج پژوهش لزوم طراحی برنامه‌های آینده با محوریت کاهش فاصله بین اولویت‌ها و دسترسی‌ها، بهبود کیفیت خدمات درمانی و توزیع عادلانه‌تر امکانات، به ویژه در مناطق کمتر برخوردار را به صورت جدی مطرح می‌سازد. مطالعه حاضر از طریق شناسایی نظام‌مند و رتبه‌بندی نیازهای بازنشستگان، چارچوب علمی مناسبی برای سیاست‌گذاری هدفمند در حوزه تأمین نیازهای این قشر فراهم کرده است.

تحلیل داده‌ها به وضوح نشان می‌دهد که علاوه بر وجود شکاف قابل توجه بین اولویت‌های نیازها و وضعیت دسترسی به آنها، توزیع امکانات و خدمات در بین گروه‌های مختلف اجتماعی نیز از نابرابری‌های معناداری رنج می‌برد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های اجرایی در این حوزه بر مبنای نیازها و اولویت‌های واقعی سالمندان طراحی شود. همچنین انجام مطالعات تطبیقی برای بهره‌گیری از تجربیات موفق سایر کشورها و اجرای برنامه‌های مدون برای ارتقای کیفیت زندگی بازنشستگان از دیگر پیشنهادات این پژوهش محسوب می‌شود. یافته‌های این تحقیق می‌تواند به عنوان مبنای علمی برای تدوین سیاست‌های کلان و برنامه‌های عملیاتی در جهت بهبود شرایط زندگی بازنشستگان کشور

References

1. Zanjari N, Sadeghi R. Measuring of Older Adults' Well-being in Provinces of Iran Using AgeWatch Index. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2022; 16 (4): 498-517. [Persian]. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2009-fa.html>
2. Mirzaie, M., Kavehfirouz, Z. Quality of Life of the Elderly and Their Participation in Social Activities in the city of Tehran: With Emphasis on Sex Factor. *Journal of Population Association of Iran*, 2009; 4(8): 123-148. [Persian]. https://www.jpaiassoc.ir/article_722547.html
3. Hesamzadeh A, Maddah S B, Mohammadi F, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. Comparison of Elderlys "Quality of Life" Living at Homes and in Private or Public Nursing Homes. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2010; 4 (4). [Persian]. URL: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-307-fa.html>
4. Gatterer G, Crowe A. Mental health in old age. Etraki F, translator. Tehran: Tarh-e Naghsh Publications; 2020. [Persian].
5. Nosratinejad F. The Nightmare of Retirement: A Reflection on the Retirement Experience in Iran. Tehran: Tarh-e Naghsh Publications; 2018. [Persian].
6. Mashfaq M. Iran's Elderly Population Until 2026. Tehran: Tarh-e Naghsh Publications; 2019. [Persian].
7. Bertuccio, P., Vigezzi, G.P., Mosconi, G., Gallus, S., Odone, A. Transition to retirement impact on smoking habit: results from a longitudinal analysis within the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) project. *Aging Clin. Exp. Res.* 2023.35, 1117–1126. <https://doi.org/10.1007/s40520-023-02397-9>.
8. Mosconi, G., Vigezzi, G.P., Bertuccio, P., Amerio, A., Odone, A. Transition to retirement impact on risk of depression and suicidality: results from a longitudinal analysis of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Epidemiol. Psychiatr. Sci.*, 2023. 32, e34. <https://doi.org/10.1017/s2045796023000239>.
9. Vigezzi, G. P., Barbati, C., Maggioni, E.,

- Stenholm, S., Odone, A., Amerio, A., Ardito, C., Bertuccio, P., Costa, G., d'Errico, A., Gentile, L., & other. Impact of retirement transition on health, well-being and health behaviours: Critical insights from an overview of reviews. *Social Science & Medicine*, 375, 118049, 2025 1-14.. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118049>
10. Labudek, S., Fleig, L., Jansen, C.-P., Kramer-Gmeiner, F., Nerz, C., Becker, C., Klenk, J., & Schwenk, M. Applying social cognition models to explain walking duration in older adults: The role of intrinsic motivation. *Journal of Aging and Physical Activity*, 2021. 29(5), 744-752. <https://doi.org/10.1123/japa.2020-0296>
11. Wu, J., & Chao, Q. How older adults fulfill their retirement plans relates to positive mental health: A path model analysis of social activity and self-esteem. *Current Psychology*, 2023, 43, 5963-5974. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04735-6>
12. Collazo-Castiñeira, P., Rodríguez-Rey, R., Delfino, G. I., Cruz-Jentoft, A. J., Topinková, E., Weijs, P. J. M., Schoufour, J. D., & Sánchez-Izquierdo, M. Exploring motivation, goals, facilitators, and barriers to adopt health behaviors at retirement age: A focus group study. *BMC Public Health*, 2025, 25(1), 348. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21377-4>
13. Statistical Centre of Iran. Population and Housing Census. Tehran: Statistical Centre of Iran; 2016 [Persian].
14. Statistical Center of Iran. Household Income and Expenditure Survey [Internet]. Tehran: Statistical Center of Iran; 2019. [Persian].
15. Hemati K, Nourozi K, Arsalani N, Saadati H. The Expected and Perceived Service Quality by Geriatric Patients and Medical Staff of NAJA Hospitals. *IJRN* 2018; 4 (3) :1-7. [Persian]. URL: <http://ijrn.ir/article-1-247-fa.html>
16. Balooch Rafsanjani E, Morowatisharifabad M A, Jambarsang S, Mirzaei M. Health-Related Needs of Older Adults in Rafsanjan County, Kerman, Iran. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2022; 17 (2) :232-245. [Persian]. URL: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2226-fa.html>
17. Gholizade S, Eštaji Z, Akrami R, Ghanbari Moghaddam A. Health related needs of the elderly in Sabzevar city of Iran, 2019. *joge* 2020; 4 (4) :68-75. [Persian]. URL: <http://joge.ir/article-1-331-fa.html>
18. Siegler, E.L.; Lama, S.D.; Knight, M.G.; Laureano, E.; Reid, M.C. Community-Based Supports and Services for Older Adults: A Primer for Clinicians. *J. Geriatr.* 2015, 6786252015:2015:678625.. <https://doi:10.1155/2015/678625>.
19. World Health Organization, Global Health and Aging, National Institute on Aging National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services. 2012.