مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران
سال بیستم، شماره ۵، ویژه‌نامه زمستان ۱۴۰۴، صفحات ۱۰۱-۹۷

خلاصه سیاستی

رفع موانع اجرایی و ارتقای کیفیت مراقبت‌های تغذیه‌ای در برنامه مراقبت های ادغام‌یافته سلامت سالمندان: پایلوت شهر تهران

زهرا ویسی[۱]، آرزو رضازاده[۲]، لیدا شمس[۳]، انسیه جمشیدی[۴]، فرید زایری[۵]

۱- گروه تغذیه جامعه، انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- نویسنده مسئول: گروه تغذیه جامعه، انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، پست الکترونیکی: arezoo.rezazadeh@gmail.com

۳- گروه مدیریت و سیاستگذاری سلامت، دانشکده بهداشت و ایمنی، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت محیط کار، پژوهشکده علوم بهداشتی و محیط‌زیست دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴- گروه آموزش بهداشت و ارتقاءسلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۵- گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، مرکز تحقیقات پروتئومیکس، پژوهشکده سیستم بیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته سلامت سالمندان با چالش‌های جدی در اجرا روبروست. این مطالعه با هدف شناسایی موانع و تسهیل‌گرهای اجرایی این برنامه در تهران انجام شد.

روش کار: این خلاصه سیاستی بر اساس یک مطالعه کیفی (تحلیل محتوا) و از طریق مصاحبه با سه گروه ذینفع کلیدی (سالمندان، مدیران و سیاست‌گذاران کلیدی و مجریان برنامه ادغام‌یافته) تدوین شده است. نمونه‌گیری هدفمند و گلوله‌برفی، تنوع اقتصادی و جغرافیایی (مناطق کم‌درآمد، متوسط و پردرآمد شهر تهران) را پوشش داد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار MAXQDA و با رویکرد استقرایی (جزء به کل) انجام شد.

یافته‌ها: چالش‌ها در چهار محور دسته‌بندی شدند: ۱- محیطی: عدم دسترسی‌پذیری (نبود آسانسور، پله‌ها)، فضای کوچک و سروصدا (صدای نوزادان). ۲- فرآیندی: ادغام نادرست گروه‌های سنی (حضور همزمان سالمندان با نوزادان و زنان باردار)، شلوغی و تعدد پرسنل. ۳- منابع: فقدان کارشناس تغذیه تمام‌وقت و توزیع ناکافی مکمل‌ها. ۴- رفتاری: خوددرمانی، فراموشی مصرف دارو و عدم پایبندی به رژیم غذایی.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: برای بهبود کیفیت خدمات، اقدامات فوری شامل تفکیک فضایی سالمندان از سایر گروه‌ها، استخدام کارشناس تغذیه در ساعات اوج شلوغی و بومی‌سازی آموزش‌های تغذیه‌ای (بسته‌های تصویری) ضروری است. در بلندمدت، مناسب‌سازی زیرساخت‌ها (نصب آسانسور) و اصلاح مدل پرداخت بیمه‌ای توصیه می‌شود. اجرای این راهکارها در سطح پایلوت تهران می‌تواند الگویی برای ارتقای سلامت تغذیه‌ای سالمندان در کشور باشد.

واژگان کلیدی: سالمندان، مراقبت‌های تغذیه‌ای، برنامه مراقبت های ادغام‌یافته، موانع اجرایی، سیاست‌گذاری سلامت

بیان مسئله

کشور ایران تا سال ۱۴۲۰، ٪۲۰ جمعیت سالمند خواهد داشت (۱, ۲). همزمان، شیوع بالای اختلالات تغذیه ای در سالمندان، سالانه هزینه های زیادی را بر نظام بهداشتی درمانی کشور تحمیل می کند (۳, ۴).

برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته سلامت سالمندان با هدف ارتقای سلامت این قشر طراحی شده است (۵). اما این برنامه

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.18]

در اجرای سیاست‌های تغذیه‌ای با چالش‌های جدی روبروست. شکاف عمیقی بین سیاست‌گذاری و اجرا وجود دارد. این شکاف منجر به کاهش دسترسی عادلانه، کیفیت پایین خدمات و پیامدهایی مثل سوءتغذیه و چاقی کنترل‌نشده شده است (۶). موانع ساختاری (کمبود متخصص تغذیه و محیط‌های نامناسب)، فرآیندی (شلوغی و ادغام نادرست گروه‌های سنی) و رفتاری (خوددرمانی و عدم پایبندی به رژیم)، اثربخشی برنامه را به شدت کاهش داده‌اند. هر سال تأخیر در اصلاح این موانع، بار بیماری‌های مزمن را افزایش می‌دهد (۷). همچنین هزینه‌های سنگین درمانی آینده را به دوش سیستم سلامت تحمیل می‌کند (۸). با توجه به مقدمه ذکر شده هدف از تدوین این خلاصه سیاستی، شناسایی موانع اجرایی برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته سلامت سالمندان در تهران و ارائه راهکارهای عملیاتی و سیاستی برای ارتقای کیفیت مراقبت‌های تغذیه‌ای و تسهیل اجرای این برنامه است.

روش‌شناسی

این خلاصه سیاستی بر اساس یک مطالعه کیفی (تحلیل محتوا) و از طریق مصاحبه با سه گروه ذینفع کلیدی (سالمندان، مدیران و سیاست گذاران کلیدی، و مجریان برنامه ادغام یافته) تدوین شده است. نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی، تنوع اقتصادی و جغرافیایی (مناطق کم‌درآمد، متوسط و پردرآمد شهر تهران) را پوشش داد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار MAXQDA و با رویکرد استقرایی (جزء به کل) انجام شد.

یافته‌های کلیدی

بر اساس مصاحبه‌ها، چالش‌ها در چهار محور دسته‌بندی شدند:

الف) چالش‌های محیطی و زیرساختی

اکثر مراکز بهداشت (به‌ویژه در مناطق قدیمی) فاقد استانداردهای دسترسی‌پذیری (آسانسور، بدون پله، فضای کافی) هستند

ب) چالش‌های نیروی انسانی و فرآیند خدمت‌رسانی

مراکز فاقد کارشناس تغذیه تمام وقت هستند. مراقبین سلامت تخصص کافی مراقبین سلامت در حوزه سالمند شناسی ندارند. تفکیک نامناسب مکانی-زمانی مراجعه سالمندان از سایر گروه‌های سنی (نظیر نوزادان و زنان باردار)، همراه با تراکم اتباع خارجی و تعدد پرسنل در یک اتاق منجر به سردرگمی سالمند، رفتار نامناسب یا بی توجهی به سالمندان در هنگام حضور در مراکز و کاهش کیفیت مشاوره تغذیه شده است.

ج) چالش‌های دسترسی و عدالت

فاصله فیزیکی زیاد و نامناسب بودن توزیع جغرافیایی مراکز، هزینه‌های غیرمستقیم و پوشش ندادن بیمه تکمیلی در بعضی موارد نظیر ویزیت های دندان پزشکی، دسترسی را محدود کرده است. تبعیض در ارجاع و اولویت دادن ارجاعات به زنان باردار جهت ویزیت کارشناس تغذیه یا متخصص و حضور مهاجرین افغان، بار کاری مراکز را افزایش داده و زمان اختصاصی به سالمندان را کاهش داده است.

د) چالش‌های رفتاری و پیگیری

چالش های چندگانه شامل پایبند نبودن به درمان (خوددرمانی، قطع داروها، فراموشی مصرف مکمل‌هایی مثل کلسیم)، نبود تناسب و همخوانی بین انتخاب‌های غذایی سالمندان و توصیه‌های تغذیه‌ای به دلیل محدودیت های اقتصادی در تهیه غذا و کاربردی نبودن آموزش های ارائه شده و اجبار به مراجعه حضوری برای برخی از مفاد برنامه بدون در نظر گرفتن محدودیت‌های حرکتی سالمندان، مشکل آفرین است.

توصیه‌های سیاستی

برای رفع این موانع، راهکارهای زیر در جدول ۱ در سه سطح اولویت بندی شده‌اند: ۱- اصلاحات فوری و کم‌هزینه ۲- اصلاحات میان‌مدت و ساختاری ۳- اصلاحات بلند مدت و سیستمی.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه با عنوان ارزشیابی و تحلیل برای سیاست مراقبت های تغذیه ای در برنامه ی مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان و کد اخلاق IR.SBMU.NNFTRI.REC.1402.073 می‌باشد. از تمامی ذینفعان، از جمله سالمندان، مدیران، سیاست‌گذاران کلیدی و مجریان برنامه ادغام یافته سلامت سالمندان که با مشارکت خود در این پژوهش ما را در شناسایی چالش‌ها و ارائه توصیه های سیاستی یاری کردند صمیمانه سپاسگزاریم.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.18]

جدول ۱. توصیه های سیاستی در سه سطح اولویت بندی شده (کوتاه مدت، میان مدت، بلند)

اولویت	توصیه های سیاستی	اجرا کننده	زمان بندی
۱- فوری (کوتاه مدت)	**تفکیک فضایی سالمندان**: – ایجاد ساعات یا بخش‌های اختصاصی برای مراجعه سالمندان در مراکز بهداشت جهت جلوگیری از ادغام با بخش نوزادان و زنان باردار	مدیران شبکه بهداشت	اوایل ۱۴۰۵ (۱ الی ۲ ماه)
	آموزش پرسنل: – برگزاری کارگاه‌های کوتاه‌مدت «ارتباط موثر با سالمند» برای مراقبین سلامت و کارشناسان تغذیه جهت بهبود رفتار و کاهش سردرگمی	دانشگاه های علوم پزشکی	اوایل ۱۴۰۵(۲ الی ۳ ماه)
	سیستم یادآوری مکمل: – استفاده از پیامک یا تماس تلفنی برای یادآوری مصرف ماهانه مکمل‌های کلسیم و داروها به سالمندان	مرکز فناوری اطلاعات	اوایل ۱۴۰۵(۲ الی ۳ ماه)
۲- میان مدت	**بهینه‌سازی نیروی انسانی**: – استخدام یا تعیین نوبت‌های ثابت کارشناس تغذیه در مراکز پرتردد – آموزش تخصصی‌تر مراقبین در حوزه سالمندشناسی	معاونت توسعه مدیریت	اواسط ۱۴۰۵ (۳ الی ۶ ماه)
	مناسب‌سازی محیط: – نصب رمپ، حذف پله‌های مزاحم، و اضافه کردن نیمکت‌های استاندارد در فضاهای انتظار مراکز قدیمی	شهرداری‌ها	اواسط ۱۴۰۵ تا اوایل ۱۴۰۶ (۶ الی ۱۲ ماهه)
	بومی‌سازی آموزش تغذیه: – طراحی بسته‌های آموزشی ساده و تصویری (برای سالمندان کم‌سواد) و توزیع آن‌ها در مراکز	معاونت بهداشتی	اواسط ۱۴۰۵ (۳ الی ۶ ماه)
۳- بلند مدت	**توسعه زیرساخت‌های جدید**: - طراحی و ساخت مراکز جامع سلامت جدید با استانداردهای کامل - دسترسی‌پذیری (آسانسور، فضای کافی، حریم خصوصی)	وزارت بهداشت، شهرداری	اواخر ۱۴۰۵ تا پایان ۱۴۰۷ (۱۲ الی ۲۴ ماه)
	تغییر مدل پرداخت: – بازنگری در تعرفه‌های بیمه‌ای برای پوشش کامل ویزیت‌های عمومی - مشاوره تغذیه سالمندان و حذف فرانشیز	بیمه ، وزارت بهداشت	پایان ۱۴۰۵ تا اواخر ۱۴۰۶ (۱۰ الی ۱۲ ماهه)
	سامانه هوشمند پایش: - ایجاد سامانه‌ای برای پایش خوددرمانی و پیگیری مصرف دارو توسط سالمندان در منزل (تلفیق با بهزیستی یا مساجد)	وزارت بهداشت، نهادهای محلی	اواخر ۱۴۰۵ تا پایان ۱۴۰۷ (۱۲ الی ۲۴ ماه)

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.18]

References

1. Danial Z, Motamedi M, Mirhashemi S, Kazemi A, Mirhashemi AH. Ageing in iran. Lancet. 2014;384(9958):1927.
2. Center IS. Official results of census of populations and houses of iran. Iran Statistical Center, Tehran, Iran; 2011.
3. Roberts SB, Rosenberg I. Nutrition and aging: changes in the regulation of energy metabolism with aging. Physiological reviews. 2006;86(2):651-67.
4. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. Social science & medicine. 1995;41(10):1439-46.
5. Ziaeefar H, Tajvar M, Yaseri M, Pourreza A. Evaluation of elderly's integrated healthcare components in primary healthcare centers of Tehran, Iran. Journal of Education and Health Promotion. 2021;10.
6. Foroumandi E, Alizadeh M, Khodayari-Zarnaq R, Kheirouri S. Process Evaluation of a National Elderly Nutrition–Care Program in Iran: Perspectives of Clients and Providers. Risk Management and Healthcare Policy. 2020:1135-47.
7. Abbasi AA, Rudman D. Undernutrition in the nursing home: prevalence, consequences, causes and prevention. Nutrition reviews. 1994;52(4):113-22.
8. Sullivan DH, Sun S, Walls RC. Protein-energy undernutrition among elderly hospitalized patients: a prospective study. Jama. 1999;281(21):2013-9.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.18]

Policy Brief

Overcoming Implementation Barriers and Enhancing the Quality of Nutritional Care in the Integrated Health Program for the Elderly: A Pilot Study in Tehran

*Zahra Veysi [1], Arezoo Rezazadeh [*2], Lida Shams[3], Ensiyeh Jamshidi[4], Farid Zayeri[5],*

1.Department of Community Nutrition, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*2. *Corresponding author: Arezoo Rezazadeh, Department of Community Nutrition, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Farahzadi Boulevard, Shahid Hafezi Street (Western Purple), Plaque 7, Tehran, Iran. Email: arezoo.rezazadeh@gmail.com*

3. Department of Healthcare Services Management, Faculty of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5.Department of Biostatistics, Faculty of Allied Medical Sciences Proteomics Research Centre, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background & Objective: The Integrated Health Care Program for the elderly faces significant implementation challenges. This study aimed to identify barriers and facilitators to its execution in Tehran.

Methods: This policy brief is based on a qualitative study (content analysis) through interviews with three key stakeholder groups (the elderly, key managers and policymakers, and implementers of the integrated program). Purposive and snowball sampling covered economic and geographical diversity (low, middle, and high-income areas of Tehran). Data analysis was conducted using MAXQDA software with an inductive approach (part to whole).

Findings: Challenges were categorized into four main axes: 1- Environmenta: Lack of accessibility (no elevators, stairs), small spaces, and noise (infant crying). 2- Process :Improper integration of age groups (elderly sharing spaces with infants and pregnant women), overcrowding, and multiple staff in consultation rooms. 3- Resources: Absence of full-time nutritionists and insufficient supplement distribution. 4- Behavioral :Self-medication, medication forgetfulness, and poor adherence to dietary regimens.

Conclusion & Policy Recommendations: To improve service quality, immediate actions should include spatial segregation of the elderly from other groups, hiring nutritionists during peak hours, and localizing nutrition education (visual packages). Long-term strategies should focus on infrastructure adaptation (installing elevators) and reforming insurance payment models. Implementing these solutions in a Tehran pilot can serve as a model for improving elderly nutritional health nationwide.

Keywords: Elderly, Nutritional Care, Integrated Health Care Program, Implementation Barriers, Health Policy

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.18]