

April-May 2021, Volume 16, Issue 1

Integrated Care for the Elderly in Health Care Centers: A Qualitative Study

Khojamli M¹, Dabbaghi F^{2*}, Mahmoodi Gh³

1- Ph.D Candidate of Health Services Administration, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2-Associated Professor, Hospital Administration Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

3- Associated Professor, Hospital Administration Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Corresponding author: Dabbaghi F, Associated Professor, Hospital Administration Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

E-mail: f_dabbaghi@yahoo.com

Received: 22 Dec 2020

Accepted: 5 Feb 2021

Abstract

Introduction: Aging population and diseases in old age will increase the need for outpatient and inpatient services and consequently increase the costs of the health system. Studies on health needs and quality of life in the elderly in different countries of the world. However, in the field of integrated care for the elderly, with a qualitative approach and considering the experiences of the health care team, there is a need. Since the care programs in the country do not meet the challenge of providing services for the elderly, the researcher decided to conduct a study with the aim of understanding integrated care for the elderly in health care centers with a qualitative method.

Methods: This study was conducted using a qualitative design and content analysis approach to explore integrated care experiences for the elderly in nursing health centers. The participants in the present study include 35 people. It consists of 15 physicians, of which 2 are health workers and 13 are family physicians. There are 10 male and 5 female physicians. The age range of physicians in this study was between 30 and 53 years and the average was 42. Fifteen elderly caregivers were health professionals, one was a health services manager, and one was a senior geriatrician. The inclusion criteria in this study were health care providers with the age range of participants between 33 to 51 years and the average was 42 years. The method of data collection was semi-structured interview and the method of content analysis was analysis.

Results: From the findings of this study, 241 primary codes were extracted and 141 codes emerged by matching similar codes. The codes were analyzed and categorized based on features, which resulted in the emergence of 86 codes and were placed in 14 subcategories. The extracted codes and statements of the participants were divided into 5 main categories. Concerns expressed by the elderly and caregivers, including physicians and health care providers, include: the complexities and concerns of the elderly, the lack of health services in the centers, the lack of health services in the centers, cultural services and the culture of healthy aging in the centers, support. The welfare economy was for the elderly to benefit from the services.

Conclusions: In general, it can be concluded that according to the results of this study on the process of integrated care for the elderly, the main success of this care and the provision of services by caregivers in health care centers based on structural, executive, resource reform. Human and financial are the center and families of the elderly. In the past, the focus was on the elderly only in some health services in health care centers and less attention was paid to services, welfare and home care services in old age. In Iran, according to the results of this study, providing more developed services but still challenges. There is a lot in terms of specialized organizational structure and resources and how to provide services.

Keywords: Experiences, Caregivers, Integrated Care, Center, Elderly, Qualitative Study.

مراقبت‌های ادغام یافته به سالمندان در مراکز خدمات سلامتی: یک مطالعه کیفی

منصور خوجم لی^۱، فاطمه دباغی^{۲*}، دکتر قهرمان محمودی^۳

۱- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
 ۲- دانشیار مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
 ۳- دانشیار مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
نویسنده مسئول: فاطمه دباغی، دانشیار مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
ایمیل: f_dabbaghi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۱

چکیده

مقدمه: سالمندی جمعیت و بیماری‌ها در دوره سالمندی، افزایش روزافزون نیاز به خدمات درمانی سرپایی و بستری و به تبع آن افزایش هزینه‌های نظام سلامت را به دنبال خواهد داشت. مطالعاتی در مورد نیازهای سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان در کشورهای مختلف جهان انجام شده است ولی در زمینه مراقبت ادغام یافته سالمندان با رویکرد کیفی و با توجه به استفاده از تجارب تیم مراقبت خدمات سلامتی، احساس نیاز می‌شود. از آنجایی که برنامه‌های مراقبت‌های سالمندی در کشور پاسخگوی چالش ارائه خدمات به سالمندان نمی‌باشد لذا محقق بر آن است تا مطالعه‌ای تحت عنوان "مراقبت‌های ادغام یافته به سالمندان در مراکز خدمات سلامتی با روش کیفی" انجام دهد.

روش کار: این مطالعه با استفاده از طرح کیفی و با رویکرد تجزیه و تحلیل محتوی به منظور کشف تجارب مراقبت ادغام یافته به سالمندان در مراکز بهداشتی درمانی سالمندی انجام شد. شرکت کنندگان در تحقیق حاضر شامل ۳۵ نفر می‌باشد. متشکل از ۱۵ پزشک که ۲ نفر کارمند بهداشت و ۱۳ نفر پزشک خانواده هستند. ۱۰ پزشک مرد و ۵ زن می‌باشد. دامنه سنی پزشکان در این مطالعه بین ۳۰ سال و ۵۳ سال و میانگین ۴۲ بود. ۱۵ نفر از مراقبین سالمندان کارشناس بهداشت و یک نفر مدیر خدمات بهداشتی و یک نفر کارشناس ارشد سالمندان تشکیل می‌دادند. معیار ورودی در این مطالعه، مراقبین بهداشتی با دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۳۳ تا ۵۱ سال و میانگین آن ۴۲ سال بود روش جمع آوری اطلاعات مصاحبه نیمه ساختار یافته و روش تجزیه و تحلیل آنالیز محتوی بود.

یافته‌ها: از یافته‌های این مطالعه ۲۵۱ کد اولیه استخراج شد و با همسان سازی کدهای مشابه ۱۴۱ کد ظهور کرد و کدها براساس ویژگی‌ها تجزیه و تحلیل و دسته بندی شدند که حاصل ظهور ۸۶ کد بود و در ۱۴ زیر طبقه جای گرفت که به همراه کدهای استخراج شده و بیانات مشارکت کنندگان در ۵ طبقه اصلی قرار گرفت. دغدغه‌هایی که سالمندان و مراقبین که شامل پزشکان و مراقبین سلامت هستند بیان کردند شامل: پیچیدگی‌های سالمند و دغدغه‌ها، مواجهه با کمبود خدمات سلامتی در مراکز، مواجهه با کمبود خدمات سلامتی در مراکز، خدمات فرهنگی و فرهنگ سازی سالمندی سالم در مراکز، حمایت طلبی اقتصادی رفاهی سالمند جهت بهره گیری از خدمات بود.

نتیجه گیری: به طور کلی می‌توان نتیجه‌گیری نمود که با توجه نتایج این مطالعه در خصوص فرایند مراقبت ادغام یافته از سالمندان، عمده موفقیت این مراقبت‌ها و ارائه خدمات به وسیله مراقبین در مراکز ارائه خدمات سلامتی مبتنی بر اصلاح عوامل ساختاری، اجرایی، منابع انسانی و مالی مرکز و خانواده‌های سالمندان می‌باشند. در گذشته تمرکز بر سالمندان تنها به برخی خدمات درمانی در مراکز بهداشتی-درمانی بود و توجه کمتری به خدمات، رفاه و خدمات مراقبت در منزل در سالمندی وجود داشت. در ایران با توجه به نتایج این مطالعه، ارائه خدمات توسعه یافته تر ولی هنوز چالش‌های زیادی از لحاظ ساختار و منابع سازمانی متخصص و نحوه ارائه خدمات وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: مراقبت ادغام یافته، مراکز خدمات سلامتی، سالمندان، مطالعه کیفی.

مقدمه

روند افزایش جمعیت سالمندان در جهان و ایران و ماهیت سالمندی ها در دوران سالمندی فی نفسه مهم نیست، بلکه تبعاتی که این افزایش بر ابعاد مختلف اجتماعی و اقتصادی به خصوص مشکلاتی که برای خود سالمندان بر جای خواهد گذاشت، دارای اهمیت می باشد (۱). هرچند سالمندی سالمندی نیست اما بار سالمندی در آن بسیار چشمگیر است که علت آن فراوانی بالای سالمندیهای نظیر فشارخون، سرطانها، سالمندیهای تنفسی، سالمندیهای قلبی - عروقی، کاهش قدرت بینایی و شنوایی و... می باشد (۲). میزان شیوع اختلالات و سالمندیهای مزمن در میان سالمندان بیش از دو سوم غیر سالمندان بوده و حداقل به یک سالمندی مزمن مبتلا می باشند (۳).

دوره سالمندی با بیماریهای مزمن و پرهزینه همراه می باشد. پیش بینی می شود در سال ۲۰۳۰ بیش از ۵۰٪ انواع سرطانها، ۵۸٪ مبتلایان به دیابت و ۹۵٪ مبتلایان به آلزایمر و انواع دمانس، ۶۲٪ مرگ و میرهای ناشی از بیماریهای غیرواگیر، ۲۵٪ مرگ و میرهای ناشی از حوادث و ۳۰٪ مرگ و میر ناشی از بیماریهای واگیر را به خود اختصاص دهد (۴). مطالعات نشان می دهد که میانگین دفعات مراجعه سالمندان به پزشکان، سه برابر و دفعات بستری در بیمارستان پنج برابر غیرسالمندان می باشد (۱). وجود بیمه همگانی و ارایه خدمات یکپارچه سالمندستانی همراه با اقامت طولانی مدت تر در مرکز بهداشتیبتاعت بهبود رضایت و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به چند سالمندی مزمن شده است (۵). در مطالعه ای که به بررسی روند سیاست گذاری سلامت درخصوص سالمندان در سه کشور اروپایی، فرانسه، بریتانیا و سوئد نشان داده که سیستم های بیمه ای یکپارچه دولتی مانند آنچه در سوئد رعایت می شود می تواند به طراحی یک الگوی هماهنگ سلامت در مراقبت و بهبود کیفیت زندگی سالمندان موثر باشد (۶).

هدف برنامه سلامت سالمندان شامل تامین، حفظ و ارتقاء سلامت سالمندان می باشد (۷). در ضمن این برنامه بدنبال افزایش میزان آگاهی و مهارت پرسنل ارائه دهنده خدمات سالمندان، افزایش میزان آگاهی و پوشش خدمات سلامت سالمندان است. در این راستا از راهبرد هایی چون ارائه

خدمات جامع سلامت محور (پیشگیرانه، تشخیصی زودرس)، کنترل عوامل خطر قابل مداخله در سطح فرد و آموزش و مشاوره برای توانمند سازی در راستای بهبود رفتار و ارتقاء شیوه زندگی استفاده می شود (۸،۹). سازمان بهداشت جهانی حمایت از تحقیقات و آموزش در عرصه سالمندی و مراقبت های جامعه را به عنوان یک اصل پایه ای برای استراتژی جدید در نظر گرفته است (۱۰).

سالمندی جمعیت و بیماری ها در دوره سالمندی، افزایش روزافزون نیاز به خدمات درمانی سرپایی و بستری و به تبع آن افزایش هزینه های نظام سلامت را به دنبال خواهد داشت. لذا لازم است دست اندرکاران نظام سلامت، سالمندی جمعیت را مورد توجه جدی قرار داده و برای مواجهه با این واقعیت اجتناب ناپذیر تمهیدات لازم را فراهم نمایند (۱۱).

مطالعاتی در مورد نیازهای سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان در کشورهای مختلف جهان انجام شده است. ایران هر چند پژوهش هایی در زمینه مراقبتهای بهداشتی درمانی برای سالمندان انجام شده است ولی مطالعات دانشگاهی مرتبط با حوزه مراقبت ادغام یافته احساس نیاز می شود.

از آنجایی که برنامه مراقبتهای سالمندی در وزارت بهداشت پاسخگوی مشکلات ایجاد شده نمی باشد. لذا محقق بر آن است تا به منظور ارتقاء سلامت (سالمندان) در مراکز بهداشتی درمانی کشور اقدام به طراحی این پژوهش تحت عنوان "مراقبتهای ادغام یافته به سالمندان در مراکز خدمات سالمندی: یک مطالعه کیفی" با روش کیفی نموده است.

روش کار

این مطالعه با استفاده از طرح کیفی و با رویکرد تجزیه و تحلیل محتوی به منظور کشف و تبیین مراقبتهای ادغام یافته به سالمندان در مراکز خدمات سالمندی با مطالعه کیفی در سال ۱۳۹۹ انجام شد. این مطالعه با استفاده از یکی از روش های تحقیق کیفی یعنی روش تحلیل محتوا که یک نوع تجزیه و تحلیل داده های متنی است انجام گرفته است. هدف این پژوهش یعنی کشف چالش های مراقب دهندگان خدمات سلامتی از روش آنالیز محتوای

ی داده ها در سال ۱۳۹۸ به مدت یکسال به طول انجامیده است. مدت مصاحبه ها بین ۶۰-۲۰ دقیقه بسته به میزان توانایی مشارکت کننده برای ادامه مصاحبه متفاوت بوده است. مصاحبه ها بر روی ضبط صوت ثبت و پس از هر جلسه به صورت کلمه به کلمه پیاده شده اند. سوالات اصلی مصاحبه شامل این سوالات بوده است: چالش های مراقب دهندگان در ارائه خدمات سلامتی در مراکز بهداشتی درمانی به سالمندان چیست؟ به علاوه از سوالات کاوشگرانه نیز به منظور روشن تر شدن پاسخ های شرکت کنندگان در جریان مصاحبه استفاده شده است.

از رویکرد آنالیز محتوی به منظور آنالیز داده ها استفاده شده است. تحلیل محتوا به مثابه تکنیکی پژوهشی شامل شیوه های تخصصی در پردازش داده های علمی است. تحلیل محتوای کیفی به تقلیل داده ها پرداخته و به آن ها ساختار و نظم می دهد. تحلیل محتوا روشی در کندوکاو معانی نمادین پیامهاست به منظور آنالیز داده ها مصاحبه های ضبط شده به صورت کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده شده و جهت کسب یک حس کلی از داده ها چندین بار خوانده شدند. متن حاصل از مصاحبه ها به واحدهای معنایی که خلاصه سازی (Condense) شده بودند تقسیم شدند. واحدهای معنایی خلاصه شده انتزاعی و به وسیله کدها برچسب گذاری شدند. در ادامه کدها بر اساس مقایسه از نظر شباهت ها و تفاوت ها به زیر تم و تم ها مرتب شدند.

برای تأیید دقت (Rigor) و صحت داده ها (Trustworthiness) در مورد اعتبار مطالعه (Credibility) از شیوه های پرسش از همکار (Peer-check) و چک اعضا (Member-check) استفاده گردید. به این ترتیب که نتایج تحلیل و طبقه بندی ها، به تأیید دو نفر از اساتید رسید و علاوه بر آن، از یک محقق با تجربه در تحقیق کیفی نیز نظرخواهی گردید که مورد تأیید قرار گرفت. برای چک اعضا نیز، نتایج تحلیل و کدبندی های حاصل از مصاحبه، در اختیار چهار نفر از مصاحبه شونده ها قرار گرفت که آن ها را تأیید نمودند. در مورد انتقال پذیری (Transferability) سعی شد که تمام جزئیات تحقیق از نمونه گیری گرفته تا فرآیند جمع آوری و تحلیل داده ها به طور کامل شرح داده شوند تا در مورد انتقال پذیری، نقطه مبهمی باقی نماند. در مورد قابلیت

کیفی، که قادر به کشف و تبیین درک احساسات و معانی نهفته در تجارب روزمره ی زندگی آنهاست، استفاده شد. از آنجایی که محققین در صدد چالش های مراقب دهندگان خدمات سلامتی در مراکز بهداشتی درمانی به سالمندان و ابعاد درونی این مفهوم بودند، طرح تحقیق کیفی با روش آنالیز محتوای کیفی را انتخاب نمودند.

جامعه پژوهش بخش کیفی افراد صاحب نظر در حوزه سلامت سالمندی (بطوریکه این افراد صاحب نظر در حوزه سلامت سالمندان با سابقه کار بیش از پنج سال بودند) و مراقبین سلامت سالمندان ۷۵-۶۰ سال از هر دو جنس بودند. شرکت کنندگان در تحقیق حاضر شامل ۳۵ نفر می باشد. متشکل از ۱۵ پزشک که ۲ نفر کارمند بهداشت و ۱۳ نفر پزشک خانواده هستند. ۱۰ پزشک مرد و ۵ زن می باشد. دامنه سنی پزشکان در این مطالعه بین ۳۰ سال و ۵۳ سال و میانگین ۴۲ بود. ۱۵ نفر از مراقبین سالمندان آسیب پذیر و کادر تیم مراقبتی متشکل از ۶ پرستار، ۲ ماما و ۵ کارشناس بهداشت و یک نفر مدیر خدمات بهداشتی و یک نفر کارشناس ارشد سالمندان تشکیل می دادند. معیار ورودی در این مطالعه، مراقبین بهداشتی با دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۳۳ تا ۵۱ سال و میانگین آن ۴۲ سال بود. ۸ نفر از شرکت کنندگان زن و ۷ نفر مرد بودند و توزیع میزان تحصیلات آنان از کارشناسی تا دکتری بود. در این پژوهش با ۵ سالمند از دامنه سنی ۶۵ تا ۷۳ سال با میانگین سن ۶۹ سال که ۳ نفر مرد و ۲ نفر زن بودند و توزیع میزان تحصیلات آنها از دیپلم تا فوق لیسانس بود و ۳ نفر آنها بازنشسته و ۲ بیکار بودند نیز مصاحبه به عمل آمد. جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه های نیمه ساختارمند تا اشیاع داده ها ادامه یافت. روش نمونه گیری هدفمند گزینش شدند. دو مرکز انتخابی برای انتخاب نمونه ها از مراکز ارجاعی عمده و مهم برای ارائه خدمات سلامتی به سالمندان بودند.

روش جمع آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه های عمیق نیمه ساختاری به صورت فردی و چهره به چهره انجام شده است. مصاحبه به روش نیمه ساختارمند و با یک سؤال باز بر اساس سؤال اصلی پژوهش آغاز می شد و بتدریج بر اساس تحلیل داده ها، سوالات ژرف کاو و پی گیر در خصوص چالش های مراقبین، پیش رفت. جمع آور

اطمینان در مطالعه حاضر، از یک ناظر خارجی با تجربه در تحقیق کیفی استفاده شد که فرآیند جمع‌آوری داده‌ها و فرآیند تحلیل را بررسی و تأیید نماید و در نتیجه، قابلیت اطمینان مطالعه حاصل گردید. استفاده از ناظر خارجی که به مواردی از قبیل نوارهای مصاحبه، متون پیاده شده، یادداشت‌ها، داده‌های تحلیل شده، یافته‌های مطالعه، معانی استخراج شده، کدها، تم‌ها و طبقه‌بندی‌ها، جزئیات فرآیند انجام مطالعه، قصد اولیه مطالعه و پرسش‌نامه اولیه، سؤالات مصاحبه و در کل تمامی جزئیات مطالعه دسترسی داشته باشد علاوه بر قابلیت اطمینان، سبب تأییدپذیری (Conformability) مطالعه نیز می‌شود. در این مطالعه از چک کردن توسط هم‌تایان برای دستیابی به اعتبار استفاده شده است. داده‌ها به طور مستقل توسط نویسندگان کد گذاری و طبقه‌بندی شدند سپس تم‌های حاصل از تحلیل با یکدیگر مقایسه شدند در شرایط عدم توافق در مورد تم‌ها بحث در میان نویسندگان تا رسیدن به توافق عمومی ادامه می‌یافت همچنین از چک کردن توسط اعضا نیز استفاده شده است به این ترتیب که خلاصه‌ای از تم‌های استخراجی به تعدادی از شرکت‌کنندگان در مطالعه داده شد تا تجارب خود را با تم‌های استخراجی تأیید کنند. از حسابرسی دقیق از مراحل ابتدای مطالعه و در طول جمع‌آوری داده‌ها جهت دستیابی به قابلیت اعتماد مطالعه استفاده شده است. پروپوزال این مطالعه توسط کمیته اخلاق شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد اخلاق IR IAU.CHLUS.REC.1397.009 تصویب شده است. هدف و روش مطالعه برای شرکت‌کننده در مطالعه گفته شده است. به علاوه در فرآیند مطالعه می‌توانستند در هر زمانی که تمایل دارند بدون هیچ‌گونه جریمه و ضرر و زیان از شرکت در مطالعه انصراف دهند. از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی جهت شرکت در مطالعه گرفته شد همچنین از آن‌ها برای ضبط مصاحبه اجازه گرفته شده است. به شرکت‌کنندگان شرکت‌کننده در مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان بخش کیفی افراد صاحب‌نظر در حوزه سلامت سالمندی و مراقبین سلامت سالمندان ۶۰-۷۵ سال از هر دو جنس بودند. بطوریکه این افراد صاحب‌نظر در حوزه سلامت سالمندان با سابقه کار بیش از پنج سال بودند. مشخصات مشارکت‌کنندگان در جدول ذکر می‌شود.

شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر را ۱۵ پزشک و ۱۵ نفر از مراقبین سالمندان آسیب‌پذیر و ۵ سالمند تشکیل می‌دادند. از پزشکان شامل ۲ کارمند بهداشت و ۱۳ پزشک خانواده که ۱۰ تا از آن‌ها مرد و ۵ تا دیگر زن بودند. دامنه سنی پزشکان ۳۰ تا ۵۳ سال و میانگین ۴۲ می‌باشد. مراقبین سالمندان آسیب‌پذیر و کادر تیم مراقبتی متشکل از ۶ پرستار، ۲ ماما و ۵ کارشناس بهداشت و یک نفر مدیر خدمات بهداشتی و یک نفر کارشناس ارشد سالمندان تشکیل می‌دادند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۳۳ تا ۵۱ سال و میانگین آن ۴۲ سال بود. شرکت‌کنندگان حداقل یک سال تجربه مراقبت از سالمندان را داشتند. ۸ نفر از شرکت‌کنندگان زن و ۷ نفر مرد بودند و توزیع میزان تحصیلات آن‌ها از کارشناسی تا دکتری بود. در این پژوهش با ۵ سالمند از دامنه سنی ۶۵ تا ۷۳ سال با میانگین سن ۶۹ سال که ۳ نفر مرد و ۲ نفر زن بودند و توزیع میزان تحصیلات آنها از دیپلم تا فوق لیسانس بود و ۳ نفر آنها بازنشسته و ۲ بیکار بودند نیز مصاحبه به عمل آمد.

از یافته‌های این مطالعه ۲۴۱ کد اولیه استخراج شد و با همسان‌سازی کدهای مشابه ۱۴۱ کد ظهور کرد و کدها براساس ویژگی‌ها تجزیه و تحلیل و دسته‌بندی شدند که حاصل ظهور ۸۶ کد بود و در ۱۴ زیر طبقه جای گرفت که به همراه کدهای استخراج شده و بیانات مشارکت‌کنندگان در ۵ طبقه اصلی قرار گرفت. دغدغه‌هایی که سالمندان و مراقبین که شامل پزشکان و مراقبین سلامت هستند بیان کردند شامل: پیچیدگی‌های سالمند و دغدغه‌ها، مواجهه با کمبود خدمات سلامتی در مراکز، دغدغه‌های بهره‌مندی خدمات سلامتی در مراکز جامع، خدمات فرهنگی و فرهنگ سازی سالمندی سالم در مراکز، حمایت‌های اقتصادی رفاهی سالمند جهت بهره‌گیری از خدمات بود.

منصور خوجم لی و همکاران

جدول ۱: مشخصات پزشکان، مراقبین سلامت و سالمندان مشارکت کننده در پژوهش

| شماره | سن | جنس | تحصیلات | سابقه کار | شغل | سمت | زمان مصاحبه (دقیقه) |
|-------|----|-----|------------------------------|-----------|---------------|-----------------------------|---------------------|
| ۱ | ۵۰ | مرد | پزشک | ۲۰ | کارمند بهداشت | مدیر شبکه بهداشت و درمان | ۵۰ |
| ۲ | ۴۷ | زن | پزشک | ۲۲ | پزشک خانواده | مدیر شبکه بهداشت و درمان | ۴۰ |
| ۳ | ۳۲ | زن | پزشک | ۵ | کارمند | پزشک خانواده | ۳۴ |
| ۴ | ۳۵ | زن | پزشک | ۷ | پزشک خانواده | مسئول مرکز خدمات جامع سلامت | ۲۵ |
| ۵ | ۳۲ | زن | پزشک | ۵ | پزشک خانواده | مسئول مرکز خدمات جامع سلامت | ۳۹ |
| ۶ | ۴۵ | مرد | پزشک | ۱۷ | پزشک خانواده | مدیر شبکه بهداشت و درمان | ۴۵ |
| ۷ | ۳۰ | مرد | پزشک | ۵ | پزشک خانواده | مسئول مرکز خدمات جامع سلامت | ۲۵ |
| ۸ | ۴۰ | مرد | پزشک | ۱۹ | پزشک خانواده | مدیر گسترش شبکه | ۴۳ |
| ۹ | ۳۹ | مرد | پزشک | ۹ | پزشک خانواده | پزشک خانواده | ۳۰ |
| ۱۰ | ۴۹ | مرد | پزشک | ۱۵ | پزشک خانواده | مسئول مرکز | |
| ۱۱ | ۴۲ | مرد | پزشک | ۱۵ | پزشک خانواده | مسئول بیماریها | ۳۵ |
| ۱۲ | ۳۰ | مرد | پزشک | ۵ | پزشک خانواده | پزشک خانواده | ۴۰ |
| ۱۳ | ۵۰ | مرد | پزشک | ۸ | پزشک خانواده | پزشک خانواده | ۲۰ |
| ۱۴ | ۵۳ | مرد | پزشک | ۲۵ | پزشک خانواده | پزشک خانواده | ۳۰ |
| ۱۵ | ۴۹ | زن | پزشک | ۲۳ | پزشک خانواده | مسئول مرکز | ۳۵ |
| ۱۶ | ۳۵ | زن | پرستاری | ۱۲ | مراقب سلامت | کارشناس ناظر مراقب سلامت | ۲۰ |
| ۱۷ | ۳۵ | زن | ماما | ۱۱ | مراقب سلامت | کارشناس ناظر مراقب سلامت | ۲۹ |
| ۱۸ | ۴۴ | زن | لیسانس بهداشت عمومی | ۱۹ | مراقب سلامت | کارشناس ناظر مراقب سلامت | ۳۳ |
| ۱۹ | ۴۲ | مرد | لیسانس بهداشت عمومی | ۱۸ | مراقب سلامت | کارشناس مراقب سلامت | ۴۵ |
| ۲۰ | ۴۸ | مرد | لیسانس پرستاری | ۲۴ | مراقب سلامت | کارشناس سالمندان | ۳۵ |
| ۲۱ | ۴۰ | زن | لیسانس بهداشت عمومی | ۱۸ | مراقب سلامت | مسئول سلامت خانواده | ۴۰ |
| ۲۲ | ۵۰ | زن | مامایی | ۲۱ | مراقب سلامت | کارشناس سالمندان | ۳۰ |
| ۲۳ | ۳۰ | زن | لیسانس بهداشت عمومی | ۸ | مراقب سلامت | کارشناس سالمندان | ۴۰ |
| ۲۴ | ۴۴ | زن | کارشناسی بهداشت عمومی | ۲۰ | مراقب سلامت | کارشناس برنامه سالمندان | ۶۰ |
| ۲۵ | ۵۱ | مرد | فوق لیسانس پرستاری | ۲۷ | مراقب سلامت | مسئول آموزش بهورزی | ۳۵ |
| ۲۶ | ۳۲ | زن | کارشناسی ارشد سلامت سالمندان | ۵ | مراقب سلامت | کارشناس بهداشت خانواده | ۴۵ |
| ۲۷ | ۳۵ | مرد | پرستاری | ۹ | مراقب سلامت | مدیر و کارشناس سالمندان | ۳۵ |
| ۲۸ | ۳۳ | مرد | کارشناسی ارشد پرستاری | ۶ | مراقب سلامت | مدیر | |

| | | | | | | | |
|----|----------------------------|-------------|----------|-----------------------------|-----|----|----|
| ۴۵ | مسئول برنامه پزشکی خانواده | مراقب سلامت | ۲۷ | کارشناسی ارشد خدمات بهداشتی | مرد | ۴۸ | ۲۹ |
| ۳۰ | مدیر | مراقب سلامت | ۱۸ | دکتری پرستاری | مرد | ۴۳ | ۳۰ |
| ۴۰ | | سالمند | بازنشسته | فوق لیسانس | مرد | ۶۷ | ۳۱ |
| ۵۰ | | سالمند | بیکار | لیسانس | زن | ۷۳ | ۳۲ |
| ۵۰ | | سالمند | بیکار | دیپلم | زن | ۷۱ | ۳۳ |
| ۴۵ | | سالمند | بازنشسته | لیسانس | مرد | ۶۷ | ۳۴ |
| ۶۰ | | سالمند | بازنشسته | لیسانس | مرد | ۶۵ | ۳۵ |

و تدبیر در معنای داده ها و طبقات اولیه مرتبط با آنها، ۱۴ زیرطبقه شکل گرفت. در ادامه تجزیه و تحلیل، پس از ادغام زیرطبقات مشابه از نظر ویژگی، ۵ طبقه اصلی نظریه شکل گرفت.

یافته های حاصل از مصاحبه ها، ظهور ۲۵۱ کد بود که با یکسان کردن موارد مشابه و تکراری به ۱۴۱ کد تقلیل یافت. در تحلیل کلی تر، کدها بر اساس ویژگی های مشترک طبقه بندی شدند. حاصل این مرحله ظهور ۸۷ طبقه اولیه بود. به همین ترتیب، پس از ادغام طبقات اولیه

جدول ۲: طبقات و زیر طبقات

| طبقات اصلی | زیر طبقات | طبقات اولیه |
|------------|-------------------------------|--|
| | | ۱. تغییرات روحی روانی |
| | | ۲. تغییرات جسمی |
| | | ۳. شیوه زندگی گذشته |
| | | ۴. تغییر رفتاری سخت |
| | ۱-۱- ویژگی های سالمند | ۵. عدم دانش کافی برای استفاده از دارو |
| | | ۶. باور نداشتن به برخی داروها |
| | | ۷. احساس سرباری و شرمندگی |
| | | ۸. تعلق خاطر خاص به محل زندگی |
| | | ۹. خدمات خصوصی سرلوحه سالمندان و خانواده |
| | | ۱۰. سخت و یکنواخت شدن ارائه خدمات |
| | | ۱۱. نیاز به توجه کامل و رسیدگی سالمند |
| | ۱-۲- دغدغه های خانواده سالمند | ۱۲. هزینه های بالا خدمات سلامت |
| | | ۱۳. برآورده نشدن انتظارات خانواده از خدمات |
| | | ۱۴. عدم دانش کافی در حوزه سلامت سالمند |
| | | ۱۵. اهمیت همکاری و علاقمندی در ارائه مراقبت |
| | | ۱۶. وابستگی اقتصادی سالمند به خانواده |
| | ۱-۳- وابستگی سالمند | ۱۷. وابستگی سالمند به خانواده برای امور شخصی |

منصور خوجم لی و همکاران

| | |
|---|---|
| | ۱۸. گران بودن خدمات خصوصی یا موسسات مراقبت از سالمندان |
| | ۱۹. همسو نبودن خدمات پزشکی خصوصی با دستورالعمل‌های بهداشتی |
| | ۲۰. اهمیت ندادن به زمان ویزیت توسط سالمند و خانواده |
| ۱-۲- زیر ساخت ناکافی مراکز مراقبت سلامتی جهت سالمند | ۲۱. اولویت نبودن برنامه‌های سالمندان |
| | ۲۲. اهمیت ندادن به اختصاص درمانگاه‌های مخصوص سالمندان |
| | ۲۳. بستر نامناسب خدمات الکترونیکی از راه دور و ارزیابی سلامتی سالمندان |
| | ۲۴. کمبود نیروی انسانی آموزش دیده و ماهر در مراقبت از سالمند |
| | ۲۵. نبود اخلاق کاری، صرف رفع تکلیف برخی افراد |
| | ۲۶. عدم دسترسی به سطوح ۱ درمان و ارجاع سطوح ۲ و ۳ |
| ۲- مواجهه با کمبود خدمات سلامتی در مراکز خدمات جامع سلامت | ۲۷. عدم امکانات رفاهی در جامعه |
| | ۲۸. مناسب سازی فضاها و اماکن دوستدار سالمند |
| | ۲۹. بهره مندی از ارائه خدمات جدید مثل ویزیت و ۳۰. مراقبت در منزل |
| | ۳۱. متناسب نبودن زیر ساخت جامعه با توانایی‌های سالمندان |
| | ۳۲. عدم توجه به موارد ایمنی در منزل |
| | ۳۳. اهمیت ارتقا وسایل ایاب و ذهاب در جامعه برای سالمندان |
| ۲-۲- مواجهه با کمبود خدمات سلامتی در مراکز | ۳۴. عدم تناسب میلمان شهری با نیازهای جسمی و حرکتی |
| | ۳۵. عدم دسترسی به مراکز درمان در مکان‌های دور افتاده |
| | ۳۶. فراهم نمودن امکانات توانبخشی و نگهداری از سالمندان آسیب‌پذیر |
| | ۳۷. الزام آموزش مراقبت‌های سالمندی از مدرسه یا اول سالمندی برای داشتن سالمند سالمتر |
| | ۳۸. آموزش‌های لازم با احترام به باورهای شخصی |
| | ۳۹. الزام ارائه آموزش خانواده |
| ۱-۳- آموزش سبک زندگی سلامت به سالمند | ۴۰. آموزش نیروی ماهر در مراقبت از سالمند |
| | ۴۱. آموزش تغییر سبک زندگی |
| | ۴۲. آموزش نحوه شاد زیستن |
| | ۴۳. آموزش تغذیه سالم |
| | ۴۴. آموزش مهارت خود مراقبتی |
| | ۴۵. آموزش و آشنایی سالمندان با وسایل و تجهیزات برای تحرک بدنی |
| ۲-۳- نقش رسانه‌های جمعی در آموزش به سالمند | ۴۶. آموزش به سالمندان در رسانه‌های جمعی |
| | ۴۷. ارائه فیلم‌های آموزشی |
| | ۴۸. الزام اطلاع رسانی به سالمند از خدمات |
| | ۴۹. آموزش نکات سلامتی به افراد جامعه برای داشتن سالمندی سالم در رسانه‌های جمعی |

| | |
|---|---|
| ۴-۱- هزینه گزاف دوران سالمندی | ۵۰. گران بودن خدمات خصوصی یا موسسات مراقبت از سالمندان ۵۱. تامین منابع و تجهیزات پزشکی مورد نیاز سالمندان |
| ۴-۲- حمایت ارگان‌ها از سالمندان | ۵۲. هزینه گزاف برای گرفتن خدمات غیر مراکز بهداشتی درمانی ۵۳. سازمان‌های حمایتگر مثل کمیته امداد و بهزیستی باید برنامه‌های خاص دوران سالمندی داشته باشند ۵۴. نیاز به حمایت دولت، صندوق بیمه و حتی خیریه‌ها ۵۵. حمایت ارگان‌ها و خیریه‌ها از سالمندان ترک شده و مورد آزار اذیت قرار گرفته شده |
| ۴-۳- پوشش بیمه سالمندان | ۵۶. عدم کفایت کمک هزینه کمیته امداد ۵۷. الزام وجود بیمه‌های تکمیلی برای اکثر سالمندان ۵۸. ارائه امکانات آزمایشگاهی با پوشش بیمه ای ۵۹. تمام سطوح درمان تحت پوشش بیمه باشد |
| ۴-۴- تسهیلات حمایتی سالمند | ۶۰. پوشش بیمه برای امور دندان پزشکی، شنوایی سنجی و روانشناسی ۶۱. نیاز به ارائه تسهیلات حمایتی از طرف دولت به خانواده‌های دارای سالمند ۶۲. نیاز به پرداخت کمک هزینه دوران بازنشستگی ۶۳. نیاز به ارائه بسته خدمتی مورد نیاز سالمند توسط دولت ۶۴. نیاز به ارائه تسهیلات سفر برای سالمندان بازنشسته |
| ۴- حمایت طلبی اقتصادی رفاهی سالمندان جهت بهره‌گیری از خدمات | ۶۵. ارائه تسهیلات برای بیماری‌های خاص سالمندان مثل سرطان ۶۶. نیاز به ارائه تسهیلات برای مراقبت از سالمند در منزل ۶۷. نیاز به تسهیلات درمانی و خدمات مانند جراحی و سایر خدمات مورد نیاز |

داروهای خود را چگونه مصرف کنند:

«مشکل اصلی در ارائه مراقبت به سالمندان به صورت عمده بدلیل داشتن بیماری‌های متعدد چند دارویی بودن است این افراد اغلب از چندین بیماری مختلف باهم رنج می‌برند و حجم زیادی داروها به همراه دارند که به علت بی سواد و یا کم سواد بودن و سایر مشکلات جسمی به درستی نمی‌دانند چه تعداد دارو مصرف نمایند.» (شکت کننده شماره ۱۵)

۲-۱- دغدغه خانواده‌های سالمند

یکی از مشکلات خانواده‌های سالمندان هزینه‌های گزافی است که برای دریافت خدمات پرداخت می‌کنند و در مقابل هزینه‌ایی که پرداخت میکنند خدمات مناسبی دریافت نمی‌کنند و از خدمات راضی نیستند:

«مراقبت‌های سالمندی نیاز به خدمات حمایتی و پشتیبانی از سوی دولت برای خانواده‌های دارای سالمند دارد تا این خانواده‌ها با اطمینان و دغدغه کمتر به سالمندان خدمات را ارائه می‌دهند چون خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی

- پیچیدگی‌های سالمندان و دغدغه‌ها

در مطالعه حاضر مراقبین سالمندان از پیچیدگی و دغدغه‌های سالمندان صحبت کردند و اینکه بخاطر شیوه زندگی سالمندان تغییر رفتار در آنها سخت است و از دغدغه‌های خانواده‌ها صحبت کردند که هزینه‌های خدمات درمانی بالاست و سالمندان از نظر اقتصادی به خانواده وابسته هستند.

۱-۱- ویژگی‌های سالمندان

شرکت کنندگان یکی از مشکلات را ویژگی سالمندان بیان کردند و اینکه به علت تغییرات جسمی و روحی و شیوه زندگی گذشته خود تغییر رفتار در سالمندان سخت است: «در سن سالمندی فرد از نظر روحی روانی و جسمی دچار تغییراتی شده که ناشی از یک عمر شیوه زندگی خاص خودش بوده و به دلیل خو گرفتن به آن تغییر رفتار نیز بسیار سخت بوده» (شرکت کننده شماره ۱)

یکی دیگر از مشکلات عدم دانش کافی، کم سواد و مشکلات جسمی سالمندان در استفاده از داروهای خود بیان کردند که باعث مشکلات بسیاری میشود و نمیدانند که

منصور خوجم لی و همکاران

توانبخشی و فیزیوتراپی به دلیل گران بودن خدمات و عدم توان سالمندان از پرداخت هزینه کمتر مورد اقبال سالمندان قرار می گیرد» (شرکت کننده ۱)

یکی دیگر از شرکت کنندگان مشکل دیگر را نبود اخلاق کاری و فقط رفع تکلیف بیان کرد:

«نظر شخصی با تجربه عینی خیلی از ساختارهای لازم جهت کمک به این قشر جامعه از نظر زیر ساخت بسیار ابتدایی بوده است، با تیمی که کار می کردم اکثرا ویزیت ها رفع تکلیفی بوده!!!» (شرکت کننده شماره ۱۳)

۲-۲- مواجهه با کمبود خدمات سلامتی در مراکز

شرکت کنندگان، عوامل موقعیتی نامناسب، عدم وجود امکانات رفاهی در سالمند، خسته کننده بودن و هزینه بالای تردد به مراکز خدمات سالمندی را بعنوان عامل ایجاد تنش سالمند برای مراجعه به مراکز بیان نمودند:

«عدم وجود وسایل نقلیه مناسب برای سالمندان باعث میشه رفت و آمد این افراد دشوار باشه

نگهداری از یک فرد سالمند نیاز به مراقبت های زیادی دارد و تعداد زیادی مراقب نیاز دارد و معمولا یک نفر از عهده ان بر نمی آید هزینه های درمان و نگهداری هم معمولا بالاست.» (شرکت کننده شماره ۱۶)

شرکت کنندگان عواملی مثل عدم وجود زیر ساخت مناسب در جامعه و پراکنده در کل سطح کشور و عدم دسترسی به متخصصین در شهر های کوچک و روستا ها یکی دیگر از عوامل تنش برای سالمند بیان کردند:

«عدم فراهم بودن زیر ساخت های لازم جهت بهره بردن یکسان سالمندان در تمام مناطق کشور همانند فضاهای سبز، تفرجگاه ها، آسانسور، پله برقی، دسترسی به حمل و نقل عمومی عدم دسترسی به متخصص طب سالمندی در اکثر شهرهای کوچک و روستا ها» (شرکت کننده شماره ۵)

۳- خدمات فرهنگی و فرهنگ سازی سالمندی سالم

مراقبین سلامت به اهمیت آموزش و فرهنگ سازی در خصوص سالمندی سالم تاکید میکنند. مانند آموزش های خود مراقبی و سبک زندگی و آموزش در رسانه های جمعی.

۳-۱- آموزش سبک زندگی سلامت به سالمند

شرکت کنندگان از لزوم آموزش به سالمند در خصوص سبک زندگی سالم و مهارت های خود مراقبی با احترام به باور های شخصی سالمندان و همچنین از اهمیت آموزش نیرو ماهر صحبت کردند:

درمانی کامل نبوده و بسیاری از خدمات را از سایر بخش ها با هزینه گزاف تهیه گردد و خانواده ها از عهده این هزینه ها بر نمی آیند و نیاز به حمایت دولت صندوق های بیمه و حتی خیرین می باشد.» (شرکت کننده شماره ۹)

مراقب دیگر به کافی نبودن خدمات سلامت سالمندی در مراکز اشاره نمود:

«خدماتی از سوی خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی برای سالمندان ارائه میشود که کامل نیست.» (شرکت کننده شماره ۱۷)

۱-۳- وابستگی های سالمندان

یکی دیگر از نکاتی که مراقبین سالمندان بیان میکنند این است که سالمندان برای رفع نیاز ها شخصی و نیاز های اقتصادی به خانواده وابسته هستن زیرا پوشش بیمه مناسب ندارند و میلان شهری متناسب با وضعیت سالمند نیست: «نبود پوشش های بیمه ای بیماری سالمند و نداشتن شغل و عدم توانایی کار و وابسته بودن به خانواده چه از نظر اقتصادی و چه از نظر مراقبت ها و کارهای شخصی روزانه اش. مانند عدم تناسب منازل و میلان شهری با نیازهای جسمی و حرکتی آنان و نبود خدمات حمایتی بیمه ای و عدم وجود و انسجام سازمان های ارائه دهند خدمات مانند کمیته امداد بهزیستی شهرداری و...» (شرکت کننده شماره ۳)

۲- مواجهه با کمبود خدمات سلامتی در مراکز

سالمندان برای گذراندن دوران سالمندی راحت و بدون دغدغه نیاز ها و مشکلاتی دارند: کمبودها و مشکلات مراکز سلامت و همچنین مناسب نبودن امکانات شهری مانند ایاب و دهب، ایمنی منازل و عدم دسترسی به تمام سطوح درمان در مناطق دور افتاده.

۲-۱- زیر ساخت ناکافی مراکز مراقبت سلامتی جهت سالمند

یکی از شرکت کنندگان در رابطه با دغدغه های سالمندان و کمبود مراکز بیان کرد:

«تقریبا می شود گفت در سطح جامعه بجز برنامه های مراقبین بهداشتی سالمندان خدمات زیادی جهت ارائه عمومی نداریم. خدماتی که توسط شرکت های پرستاری خصوصی ارائه می شوند توسط همه قابل استفاده نیست چون گران است خدماتی مانند سرای سالمندان هم بیشتر خدمت به خانواده سالمند است تا شخص سالمند. خدمات

« برای پیشگیری از بیماریها کمکشان کنیم در تغییر سبک زندگی شان آموزش تغذیه سالم ورزش و پیاده روی و تحرک و ترک عادات ناپسند مانند سیگار کشیدن. از وجود سالمند در فعالیتهای فرهنگی اجتماعی را استفاده بکنیم تا سلامت روحی و جسمی شان تقویت شود.» (شرکت کننده شماره ۴) همچنین بیان کرد:

«یکسری خانه های سالمندان روزانه نیمه وقت هم وجود داره که سالمندان در انجا به مهارت آموزی و خود مراقبتی آموزش داده میشه در سطح جامعه اخیرا متخصصین طب سالمندی وجود داره ولی همه شهرها ندارن فقط در کلان شهر خدمات را به سالمندان ارائه میدن» (شرکت کننده شماره ۴)

و همچنین شرکت کننده دیگر از اهمیت آموزش به نیروها سخن گفت:

«نیروی انسانی آموزش دیده، راه ارتباطی ایمن، فضای آموزشی مناسب، همکاری سایر ارگانها مثل بهزیستی شهرداری، کمیته امداد و...»

و همچنین بیان کرد

«تربیت نیروهای ویژه طب سالمندی، بازآموزی نیروهای درگیر» (شرکت کننده شماره ۶)

شرکت کننده دیگر از اهمیت وجود مراکز روانشناسی و آموزش نیروها سخن گفت:

«وجود نیروی انسانی آموزش دیده و ماهر و توانمند و همچنین وجود واحد های ارائه دهنده خدمات به سالمندان مانند مراکز مشاوره روانشناسی، خانه های سالمندان، تسهیلات سفر سالمندان شامل بازنشستگان» (شرکت کننده شماره ۲) ۳-۲- نقش رسانه جمعی در آموزش

یکی دیگر از موضوعات مهم آموزش هایی است به سالمندان و افراد جامعه در رسانه ها جمعی ارائه میشود و استفاده بجا از پتانسیل رسانه ها جمعیت.

«مراقبت سالمندی بخشی از آن در بهداشت تعریف شده و در حال انجامه. بحث آموزش و اطلاع رسانی و استفاده از ظرفیت رسانه ها تلویزیون رادیو و موبایل و حتی از رسانه های نوشتاری استفاده کرد. بحث آموزش خانواده های سالمند و استفاده از ظرفیت خانواده سالمند برای مراقبت و نگهداری از سالمند چون در حال حاضر تامین پرستار برای همه امکان پذیر نیست.» (شرکت کننده شماره ۱۱)

همچنین شرکت کننده دیگری بیان کرد:

«نظرم سالمندان بجای اینکه در خانه سالمندان مراقبت شوند در منزل نگهداری و مراقبت بشوند و برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی از واحدهای بهداشتی خدمات را دریافت نمایند باید فیلم های آموزشی از رسانه های تصویری اعم از تلویزیون فضای مجاری تهیه و تدارک دیده بشه و سالمندان به عنوان گوهر ارزشمندی هستند که از تجربیاتشان استفاده کرد» (شرکت کننده شماره ۲۹) ۴- حمایت طلبی اقتصادی رفاهی سالمندان جهت بهره گیری از خدمات

یکی از مهم ترین و اساسی ترین نیاز های سالمندان نیاز مالی و حمایت مالی ارگان ها است. موضوعی بسیار مهم که شامل پوشش بیمه ارائه تسهیلات مناسب و حمایت از سالمندان و خانواده های سالمندان ضعیف و کم درآمد است. ۴-۱- هزینه گزاف دوران سالمندی

یکی از عوامل مهم دسترسی نداشتن رایگان و یا تحت پوشش برای تمام سطوح درمان است که سالمند مجبور میشود که از هزینه بسیاری را متحمل شود.

یکی از شرکت کنندگان در این خصوص می گوید:

«تقریباً می شود گفت در سطح جامعه بجز برنامه های مراقبین بهداشتی سالمندان خدمات زیادی جهت ارائه عمومی نداریم. خدماتی که توسط شرکت های پرستاری خصوصی ارائه می شوند توسط همه قابل استفاده نیست چون گران است خدماتی مانند سرای سالمندان هم بیشتر خدمت به خانواده سالمند است تا شخص سالمند و معمولاً سالمندان در سرای سالمندان وضع لذتبخشی را تجربه نمی کنند. خدمات توانبخشی و فیزیوتراپی به دلیل گران بودن خدمات و عدم توان سالمندان از پرداخت هزینه کمتر مورد اقبال سالمندان قرار می گیرد» (شرکت کننده شماره ۱)

شرکت کننده دیگر از اهمیت حمایت سازمان ها برای تامین تجهیزات و کمک به افراد کم بضاعت جامعه گفت: «در حال حاضر اکثر سالمندان مشکل دار از طبقه محروم جامعه هستند لذا سلزمانهای حامی برنامه های لازم را داشته و با جدیت دنبال نمایند. برنامه های آموزشی رسانه های جمعی خیلی کم است، افزایش دسترسی به خدمات مراقبتهای در بخش بهداشت و درمان و راه اندازی خدمات جدید مثل ویزیت و مراقبت در منزل و ارائه خدمات بهداشتی درمانی، تامین منابع و تجهیزات پزشکی دندانپزشکی و چشم پزشکی و شنوایی سنجی و آزمایشات تخصصی، بهبود کیفیت خانه

یکی دیگر از شرکت کنندگان نیز بیان میکند:

«نداشتن شغل و درآمد و یا درآمد خیلی کم با هزینه ها و خرج های فعلی بیمه های درمانی مشکل مخصوص سالمندی پایه اصلی و نیاز اصلی سالمند نیاز اقتصادی برای برآورده کردن خرج های درمانی چون بسیاری از بیماریها واگیر و غیر واگیر در دوران سالمندی خودنمایی می کنند و هزینه های زیادی را به سالمند و یا خانواده سالمند تحمیل میکنند ممکنه سالمند به دلیل مشکلات اسکلتی و مفاصل نیاز به خدمات فیزیوتراپی و مشکلات اداری داشته باشه حتما نیاز به پوشک داشته باشه مانند کودکان. یا توانی غذا خوردن نداشته باشه بیماریهای از طیف خیف تا شدید در سالمندان ممکنه مشاهده بشه هرکدام از اینها نیاز به یکسری ابزار و هزینه هایی دارد» (شرکت کننده شماره ۷)

۴-۴- تسهیلات حمایتی سالمندان

یکی دیگر از حمایت هایی که دولت و ارگان ها میتوانند انجام دهند ارائه برخی تسهیلات است. مثل تسهیلات حمایتی برای افراد با بیماری خاص و یا تسهیلات فرهنگی مثل سفر برای بازنشستگان

یکی از شرکت کننده ها بیان می کند:

«الف: حمایت اجتماعی عمومی شامل وجود و فراهم سازی تسهیلات تردد و ورزش بکارگیری در فعالیتهای اجتماعی، به حساب آوردن و احترام اجتماعی به سالمند

ب: تسهیلات درمانی و خدمات مانند جراحی و سایر خدمات مورد نیاز، ایجاد تسهیلات مراقبت در منزل، بهبود و گسترش فرهنگ، پوشش خدمات بیمه ای و تامین اجتماعی و پرداخت کمک هزینه دوران بازنشستگی در کل در این میان ادارات فرهنگ و ارشاد و تربیت بدنی، بهداشت و درمان، شهرداریها، سازمانهای بیمه ای و سازمانهای حمایتگر مثل کمیته امداد و بهزیستی باید برنامه های خاص دوران سالمندی داشته باشند» (شرکت کننده شماره ۱)

یکی از شرکت کنندگان ر خصوص تسهیلاتی که دولت می تواند ارائه دهد گفت:

«تسهیلات حمایتی از سوی دولت برای خانواده های دارای سالمند جهت مراقبت با کیفیت از سالمندان توسط خانواده ها و طراحی مراقبتهای در منزل و مراقبتهای بهداشتی درب منزل استفاده از فناوری های نوین پزشکی از راه دور و استفاده از نیروهای متخصص سالمندی در تمام سطوح خدمات اعم

های سالمندان، آموزش خانواده» (شرکت کننده شماره ۱)

۴-۲- حمایت ارگان ها از سالمندان

«نیاز به سایر ارگانها و سازمان های حمایتی هم برای در پوشش گرفتن بیمه های تکمیلی ای گروه از افراد جامعه می باشد همچنین از ظرفیت خیرین هم در کنار سازمانهای دولتی استفاده بشه و به سالمندانی که مشکلات اقتصادی دارند و قادر به تامین هزینه های زندگی و درمانی نیستند و همچنین سالمندانی که کسی را برای نگهداری ندارند و همچنین مورد آزار و اذیت قرار میگیرند شناسایی شده و تحت پوشش قرار گرفته و مورد حمایت و کمک داده بشه چون این افراد قادر به فعالیت اقتصادی نیستند» (شرکت کننده شماره ۷)

یکی از سالمندان در خصوص کافی نبود و پوشش ندادن هزینه خود که از کمیته امداد دریافت میکند بیان کرد: «کمک هایی که از طرف کمیته امداد برای من میشه تنها بخشی از هزینه های زندگی ام را تامین میکنه و در مورد هزینه های درمانی و درمان مشکلات جسمی و روانی ام با مشکل مواجه ام کاهش مرکز بهداشت بهزیستی و یا هر سازمانی که میتونه از ما حمایت بکنه و صندوق حمایت از سالمندان باشه و کسانی که مثل من مشکل مالی پیدا می کنند بتوانند بلاعوض پول بگیرن.» (شرکت کننده شماره ۳۲)

۴-۳- پوشش بیمه سالمندان

یکی از عوامل مهم دیگر پوشش بیمه برای خدمات تخصصی پزشکی مثل شنوایی سنجی، دندان پزشکی و آزمایشات و حتی به علت مشکلات روحی که بر اثر بیماری های جسمی سالمندان دارند نیاز ویژه ایی به روانشناس دارند.

یکی از شرکت کننده ها بیان مکنند که بر اثر نداشتن پوشش بیمه از گرفتن خدمات سالمندان خودداری میکنند: «مراقبتهای پیش بینی شده در نظام سلامت پاسخ گوی تمام نیازهای آنها نیست و بسیاری از خدمت سالمندی در سطح یک خدمات ارائه نمی شود و پزشک مجبور به استفاده از نظام ارجاع به سطح دوم خدمات شده و بدلیل هزینه بر بودن خدمات و عدم پوشش بیمه ها و نداشتن بیمه مکمل از دریافت خدمات تخصصی سالمندی در مراحل اولیه خودداری می نماید و این باعث بیشرفت بیماری و مزمن شدن آن در سالمند می شود.» شرکت کننده شماره

از بکارگیری کارشناسان مددکار اجتماعی کارشناس پرستاری و سالمندی و کارشناس تغذیه و روانشناس و سایر تخصص های مرتبط با سالمندی اینها به نظرم خیلی مهم هستند» (شرکت کننده شماره ۸)

۵- سالمند سالم و مراقب رضایتمند

برای اینکه یک سالمند یک زندگی سالم و رضایتمند را تجربه کند فقط امکانات و تجهیزات کافی نیست و از نظر روحی هم باید به آنها توجه کرد همچنین برای اینکه یک مراقب راضی و خوشنود باشه از خدماتی که ارائه میدهد باید نکاتی را مدنظر داشت.

۵-۱- انگیزه مراقبین سلامت برای خدمت به سالمند

شرکت کنندگان برخی از انگیزه های خود را برای مراقبت اینگونه بیان کردند:

«انگیزه های مختلفی دخیل هستند که بسته به شرایط متفاوت می باشد از جمله حس مسئولیت، حس نوع دوستی، وظیفه شرعی، انگیزه مادی و معنوی» (شرکت کننده شماره ۵)

شرکت کننده دیگر بیان کرد:

«انگیزه من خدمت به سالمندان به عنوان والدین خودم و جبران زحمات آنها و حفظ کرامت و حرمت انسانی آنها در این برهه سنی که نیاز شدید به حمایت از لحاظ روحی و روانی می باشد» (شرکت کننده شماره ۱۸)

۵-۲- نکات مهم سلامت روحی سالمند

ارائه خدمت فقط این نیست که سالمند از نظر جسمی به سلامتی دست یابد باید حتما احترام، شان و روحیه سالمند هم در نظر گرفته شود در این باره شرکت کنندگان بیان کردند:

«محترم شمردن این طیف سنی وجود جامعه ای پویا با همه ی گروه های سنی بهره برداری از تجربیات سالمندان حس خوب زندگی کاهش هزینه های خانواده سالمند طول عمر باعزت همراه با سلامتی» (شرکت کننده شماره ۳)

شرکت کننده دیگری بیان میکند:

«مراقبت از سالمندان در درجه اول باعث روحیه و نشاط سالمند میشه و باعث کاهش افسردگی میشه این امر باعث ایجاد محبت و هم دلی در بین خانواده میشه مراقبت دقیق و جامع باعث افزایش طول عمر همراه با سلامتی خواهد شد مراقبت سالمند در نهایت به سلامت جامعه کمک میکنه و هزینه هایی خانواده و دولت متحمل میشه را کم

خواهد کرد» (شرکت کننده شماره ۳۴)

۵-۳- پیامد مراقبت صحیح از سالمند

در رابطه با پیامد مراقبت صحیح از سالمند شرکت کنندگان بیان کردند:

«اثار مراقبت سالمندان بسیار مشهودتر است خصوصا در بحث پیشگیری از سوانح و حوادث. کنترل بیماریهای مزمن» (شرکت کننده شماره ۶)

شرکت کننده دیگر بیان کرد:

«نتیجه مراقبتهای سالمندان افزایش امید به زندگی، پیشگیری از سوانح و حوادث، سالم پیر شدن، تقویت فرهنگ اجتماعی سالمند می باشد.» (شرکت کننده شماره ۶)

بحث

از یافته های این مطالعه ۲۴۱ کد اولیه استخراج شد و با همسان سازی کد های مشابه ۱۴۱ کد ظهور کرد و کدها براساس ویژگی ها تجزیه تحلیل و دسته بندی شدند که حاصل ظهور ۸۶ کد بود و در ۱۴ زیر طبقه جای گرفت که به همراه کد های استخراج شده و بیانات مشارکت کنندگان در ۵ طبقه اصلی قرار گرفت. دغدغه هایی که سالمندان و مراقبین که شامل پزشکان و مراقبین سلامت هستند بیان کردند شامل: پیچیدگی های سالمند و دغدغه ها، مواجهه با کمبود خدمات سلامتی در مراکز، خدمات فرهنگی و فرهنگ سازی سالمندی سالم، خدمات اقتصادی به سالمندان و سالمند سالم و مراقب رضایتمند بود.

طبق تجارب شرکت کنندگان این مطالعه انسجام ناکافی در فرآیند مراقبتی تحت تاثیر گسیختگی زنجیره مراقبتی به سالمند و با محوریت خدمات سلامتی در مراکز بود که افسارگسیختگی خاصی در آن وجود داشت. طبق شواهد مطالعاتی عوامل موثر در زندگی سالمندان سازه های برهم زننده روال معمول زندگی، درگیری کامل مراقب در مراقبت، خودانگیزی، جامعیت و پیچیدگی مراقبت، مراقبت از سالمند تا جامعه، نیاز به تنوع الگوی مراقبت، معنای مراقبت برای مراقب، تقابل و تعامل محدودیتها و رضایت از مراقبت و توصیه های مراقبتی است. نحوه مواجهه افراد با سالمندی و ناتوانی و وابستگی در این دوران نقش مهمی در فرآیند مراقبت از آنان دارد (۱۳، ۱۲).

یکی از دغدغه ها و مشکلاتی که خانواده ها و سالمندان این مطالعه این بود که از خدماتی که به سالمندان ارائه

منصور خوجم لی و همکاران

کمک از طرف ارگان های حمایتی بودند. طبق مطالعه رحیمی (۱۳۹۴) که خدمات مبتنی بر تجربه را برای سالمندان را شامل منابع ناکافی مراقبت و محیط پر تضاد بیان نمود تطابق دارد (۱۹).

در ایران از مدت ها قبل مقدمات برنامه سالمندان ایجاد شده است و براین اساس نهادهای مختلفی وظیفه برنامه ریزی برای این گروه را متعهد شده اند. از جمله سازمان های متولی ارائه خدمات و مراقبت ها به سالمندان در کشور می توان وزارت بهداشت، وزارت رفاه و امور اجتماعی، دانشگاه های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی، سازمان های بازنشستگی، شهرداری، نهادهای غیردولتی-خبریه ای، کمیته امداد و غیره را نام برد. همکاری این سازمان ها و تشکیلات رسمی بمنظور حمایت از سالمندان و همچنین طراحی ساختار سازمانی مناسب برای برنامه های سالمندی می تواند در جهت بهبود کیفیت زندگی سالمندان بعنوان رکن اساسی، مورد توجه باشد (۲۰).

شرکت کنندگان پوشش بیمه مناسب برای سالمندان بخصوص سالمندان قشر ضعیف را بسیار مهم میدانستند و بیان کردند که مشکلات بیشتر در سالمندی رخ میدهد مانند سرطان و بیماری های مزمن و برای درمان و پیگیری نیاز به بیمه دارند. در این زمینه مطالعه انجام شده نیز نشان دهنده آن است که بیمه شدن دریافت مراقبت ها را افزایش می دهد و دسترسی به مراقبت های ویژه را بالا می برد. کسانی که بیمه نیستند ۵۰ درصد کمتر از بیمه شدگان مراقبت های پزشکی را به کار می برند و ۵ تا ۱۵ درصد میزان مرگ و میر بالاتری دارند (۲۱).

برای گرفتن خدمات مناسب نیاز به پوشش بیمه و تسهیلات مناسب است ولی در کنار آن وجود افراد آموزش دیده به اندازه استاندارد ها ضروریست شرکت کنندگان بیان کردند که یکی از مشکلات آنها نبود نیرو آموزش دیده میباشد. هانرتی (۲۰۰۷) نشان داد که پوشش همگانی بیمه درمان، وجود بسته های تعریف شده خدمات بهداشتی درمانی، تعداد مناسب کارکنان پزشکی و پیراپزشکی بر اساس استانداردهای نیروی انسانی و از طرف دیگر دسترسی به پزشک خانواده و به خصوص وجود سیستم ارجاع در برخورداری از خدمات بستری و سرپایی و همین طور خدمات اجتماعی نقش موثری دارد (۲۲).

شرکت کنندگان بیان کردند که خدمات بیشتر باید در

میشود راضی نیستند و بیشتر خدمات خصوصی را سرلوحه قرار میدهد در این رابطه در مطالعه پوررضا (۱۳۸۸) نتایج حاکی از آن بود که اکثر افراد مطب پزشک متخصص را به عنوان اولین مکان مراجعه جهت دریافت خدمات انتخاب نموده اند (۱۴). مطالعه لورا (۲۰۰۹) در افغانستان نیز نشان می دهند که بیشتر بیماران ارایه کنندگان خصوصی را برای دریافت خدمات سلامت انتخاب می کنند (۱۵). این موضوع می تواند ناشی از اعتقاد سالمندان به کیفیت بهتر خدمات در مطب های خصوصی باشد به نحوی که حتی حاضرند در زمانهای طولانی منتظر خدمت در مطب بمانند. ولی مطالعه رسولی نژاد (۱۳۸۴) در شهر کاشان نشان داد که ۱۶/۵ درصد افراد مطب پزشک عمومی را به عنوان اولین مکان اجرای درمان انتخاب می نمایند (۱۶) که با نتایج این تحقیق مغایرت دارد. این تفاوت می تواند ناشی از تفاوت های فرهنگی-اقتصادی و همچنین تفاوت دسترسی به پزشک متخصص باشد.

یکی دیگر از مسائلی که بیان شد این است که سالمندان از نظر اقتصادی به خانواده های خود وابسته هستند و برای گرفتن خدمات نیاز به کمک مالی خانواده دارند و نقش خانواده برای فائق آمدن بر بیماری بسیار مهم است در این خصوص نتایج مطالعه ای که در دو شهر چین توسط سان (۲۰۰۹) انجام شد نشان می دهد نقش حمایت های اجتماعی و وابستگی های خانوادگی در افراد در زمان بیماری، دریافت خدمات سلامت و فائق آمدن بر بیماری بسیار حائز اهمیت می باشد (۱۷).

در ایران دستگاه های اجرایی و نهادهای مسئول و مرتبط با سالمندان در حد وظایف جاری خود و اعتبارات تخصیص یافته، اقداماتی را در زمینه حمایت از سالمند انجام می دهند. اما این اقدامات کافی به نظر نمی رسد؛ زیرا حل مساله سالمندی به عنوان مساله ای که هم اکنون آثار آن مشهود است و در آینده شدت بیشتری خواهد یافت؛ نیازمند مسئولیت پذیری و همکاری تعداد بیشتری از دستگاه های اجرایی و نهادهای عمومی است (۱۸).

یکی از چالش هایی که شرکت کنندگان عنوان کردند نبود امکانات مناسب و کافی و عدم گسترده بودن امکانات و منابع در همه مناطق است. به طوری که در مناطق دور افتاده و روستا ها سالمندان با مشکل روبرو هستند و یکی دیگر از مشکلات مهم مشکلات اقتصادی بود که سالمندان نیازمند

خدمات سالمندی را بعنوان عامل ایجاد تنش سالمند برای مراجعه به مراکز بیان نمودند. مراقبین خدمات سلامتی به غفلت از سالمندان در آموزش ها و اختصاص دادن امکانات T فراهم کردن شرایط خاص برای سالمندان برای بهره مندی از امکانات خاص مراکز سلامتی اشاره و آن را عنوان مانع بزرگی در ارائه خدمات به سالمندان برشمردند.

مطالعات مختلف بر تاکید بر خدمات بلندمدت، پوشش خدمات کوتاه مدت و تنوع در سیستم ارایه خدمات مراقبتی بر جامعه در نظام آمریکا بارز می باشد. تامین اجتماعی یک منبع درآمد مهم برای بازنشستگان و سالمندان در آمریکا و سایر کشورهای توسعه یافته به حساب می آید. بدون این منبع درآمدی دو سوم سالمندان در فقر خواهند بود. در ایران نیز تامین اجتماعی و بیمه های سالمندان باید با همکاری و پشتیبانی دولت برای افزایش کیفیت زندگی سالمندان تقویت شود بلکه بتوان جبران کمبود منابع مالی را نمود (۲۷،۲۶).

از آنجا که عمده ترین مشکل در ارائه خدمات بهداشتی درمانی، مسئله اقتصادی آن است و مراکز ارائه دهنده خدمات سالمندی یکی از مهمترین و پرهزینه ترین واحدها در هر کشوری محسوب می شود، منطقی به نظر میرسد که بخش مهمی از مطالعات اقتصادی مربوط به خدمات بهداشتی و درمانی بر اقتصاد سالمندی متمرکز شود. در نظام مراقبت بهداشتی کشورهای توسعه یافته، بیمه درمانی همیشه از اصلیت ترین موارد بیمه های اجتماعی محسوب میشود. بیمه درمانی محدوده وسیعی از برنامه های بیمه ای است که هزینه های ناشی از انواع خدمات را تحت پوشش قرار می دهد (۲۸).

اگر سیاست های مربوط به سالمندان بخواهد دنباله رو سیاستهای قدیمی جهان غرب باشد، نتیجه آن ارائه برخی خدمات نمایشی به تعداد محدودی از سالمندان آن هم در شهرها است. در حالی که توجه به استفاده از تجارب کشورهای توسعه یافته مانند سوئد و ژاپن می تواند به پژوهشگران و برنامه ریزان ایرانی کمک کند تا در انجام تحقیقات خودشان در زمینه سالمندان، شاخص های عینی و موجود در کشورهایی با نرخ بالای سالمندی را مورد استفاده قرار دهند. بنابراین بایستی اقدامات لازم و مدیریت اجرایی به درستی اجرا گردد (۲۹).

منازل انجام شود به علت اینکه بیشتر سالمندان به محل سکونت خود تعلق خاطر دارند دیگری مشکلات حمل و نقل و نبود خدمات رفاهی مناسب در جامعه و همچنین دسترسی سالمند به خدمات مشکل است. یکی از اصول مهم سیاستهای سوئد در قبال سالمندان، تاکید بر نگهداری سالمندان در منزل تا جای ممکن است حتی زمانی که آنها نیاز به مراقبتهای بهداشتی گسترده دارند. فراگیر شدن بیمه های اجتماعی و بازنشستگی برای کلیه افراد ۱۰ سال به بالای کشور، اعم از زنان و مردان می تواند یکی از بسترهای مناسب برای حمایت از سالمندان را فراهم نماید، در این سیاست منبع عظیم خانواده و قدرت فراگیر سایر نهادهای سنتی که عمدتاً غیردولتی هم هستند، می توانند امکانات بسیار وسیعی را فراهم نمایند (۲۳).

به منظور بکارگیری منابع انسانی در مراقبتهای ادغام یافته سالمندی بایستی افراد خانواده یا مراقبان خانگی سالمند مورد آموزش قرار گرفته و آموزش های دوره ای به پزشکان عمومی، پرستاران و متخصصان طب سالمندی ارائه گردد. در این مطالعه بررسی منابع انسانی به منظور اجرای بهینه مراقبتهای ادغام یافته سالمندی الزامی است (۲۴). براساس آنچه بیان شد، مطالعات بیان شده با مطالعه حاضر همسو بودند.

از طرف دیگر سازمانها به شدت نیازمند مدیریت برنامه ریزی منابع سازمانی خود هستند، یکی از مهمترین منابع هر سازمان، نیروی انسانی است که تاثیر بسزایی در برطرف نمودن نیازهای سالمندان خصوصا مستندسازی، بکارگیری مهارت ها و آموزش، یکپارچگی فعالیت های مختلف سازمان، کنترل بودجه بهتر و موثرتر، رضایت مشتریان، بهبود بازدهی پس از زمان کوتاهی از استقرار، ساده سازی و استاندارد شدن روشها و انتقال دانش فنی را به دنبال دارد، لذا برنامه ریزی منابع سازمانی از شاخص های کلیدی مراقبتهای ادغام یافته سالمندی محسوب می شود (۲۵).

طبق یافته های دیگر مطالعه، دغدغه های سالمند و خانواده برای دسترسی به خدمات و منابع موجود در مراقبتهای سلامت سالمندی کمیاب بوده اما تقاضا برای آنها بصورت مستمر در حال افزایش بوده است. خانواده و فرد سالمند مشکلات متعددی همچون عدم وجود امکانات رفاهی در سالمند، خسته کننده بودن و هزینه بالای تردد به مراکز

در همه مطالعات تاکید وافر بر شناسایی انواع خدمات شده است. وراس (۲۰۱۴) بیان نمود که خدمات سالمندی شامل خدمات پیشگیری، درمان، بازتوانی، مراقبتهای بلندمدت و تسکینی می‌باشد که بعد از ارزیابی‌های جامع درارتباط با سالمندان شناسایی شدند (۳۲).

اسپورنبرگ (۲۰۱۳) چهار عنصر کلیدی، حمایت خود مدیریتی (تمرکز بر نقش خود سالمند بر سلامت وی)، طراحی سیستم دریافت خدمات (شامل طیف وسیعی از پزشکان تا پرستاران و مددکاران اجتماعی)، حمایت در تصمیم‌گیری (ترباژ سالمند براساس نیازهای ویژه مراقبتی) و سیستم اطلاعات بالینی (سیستم ثبت الکترونیک اطلاعات که به منظور ثبت اطلاعات بالینی سالمندو ذخیره داده‌های مطالعه شکل گرفته است) را جهت مراقبت‌های ادغام یافته سالمندان شناسایی نمود (۳۱). چان (۲۰۱۲) نیز بر ارائه خدمات حمل و نقل سالمندان تا مراکز ارائه خدمت تاکید داشت.

نتیجه گیری

با سالمند شدن جمعیت طی سال‌های آینده در ایران، نظام سلامت کشور با چالش جدی مواجه خواهد شد که می‌توان این چالش را از طریق اصلاح کارکرد ارائه خدمت بر اساس مطالعات بهره مندی از خدمات و اجرای برنامه‌های توانمندسازی در سالمندان مدیریت نمود. در این بین توجه به بیماری‌هایی که بیشترین بار مراجعه سالمندان به آنها مربوط می‌شود، حائز اهمیت می‌باشد. به طور کلی می‌توان نتیجه‌گیری نمود که با توجه نتایج این مطالعه در خصوص فرایند مرابت ادغام یافته از سالمندان، عمده موفقیت این مراقبتهای و ارائه خدمات به وسیله مراقبین در مراکز ارائه خدمات سلامتی مبتنی بر اصلاح عوامل ساختاری، اجرایی، منابع انسانی و مالی مرکز و خانواده‌های سالمندان می‌باشند. در گذشته تمرکز بر سالمندان تنها به برخی خدمات درمانی در مراکز بهداشتی- درمانی بود و توجه کمتری به خدمات، رفاه و خدمات مراقبت در منزل در سالمندی وجود داشت. اکنون در بسیاری از کشورهای پیشرفته این وضعیت به طور کامل تغییر کرده است در ایران ارائه خدمات توسعه یافته تر ولی هنوز چالش‌های زیادی از لحاظ ساختار و منابع سازمانی متخصص و نحوه ارائه خدمات وجود دارد.

ایمر (۲۰۱۷) بیان نمود که اثرات یک مدل خاص به نام ارزیابی جامع سالمندان بر بهبود شرایط پس از جراحی سالمندان مفید است. نتایج نشان داد این مدل شامل مراحل پزشکی و تشخیصی پیش از عمل جراحی مختص سالمندان و نیز مراحل بهبود و حمایت روانی پس از عمل جراحی است از طرفی باعث بهبود رضایت سالمندان و از طرف دیگر باعث کاهش مدت نقاهت و بستری در بیمارستان و در نتیجه کاهش هزینه‌های درمان شد (۳۰).

اسپورنبرگ (۲۰۱۳) بیان نمود که به منظور سنجش اثربخشی بر پیامدهای سالمند، استفاده از خدمات بهداشتی، هزینه‌ها و کیفیت مراقبت‌ها مهم است. نتایج مطالعه نشان داد که گیرندگان خدمت و سالمندان شرکت کننده در مطالعه از رفاه و فعالیت روزانه خوبی برخوردار بودند. شاخص‌های رفاه شامل لذت بردن از رژیم غذایی، استراحت و خواب مطلوب، ارتباطات اجتماعی مناسب، فعال بودن، مدیریت کردن کارهای روزمره خود، احساس خوب سالم بودن و زندگی خوشایند می‌باشد. همچنین شرکت‌کنندگان از نظر فعالیت‌های زندگی روزمره که با شاخص‌های کاتز مورد ارزیابی قرار گرفتند، وضعیت رضایت بخشی داشتند. کیفیت زندگی، کیفیت مراقبت‌ها، تاثیر مداخلات پیشگیرانه، درمانی و مراقبتهای دریافت شده برای سالمندیهای مزمن هر کدام بوسیله شاخص‌های مربوطه مورد سنجش قرار گرفتند (۳۱).

با توجه به آنچه بیان شد در ابتدا بایستی نیازهای سالمندان شناسایی شده سپس براساس نیازها انواع منابع اعم از انسانی، اقتصادی و فیزیکی فراهم گردد. علاوه بر آن نرم‌افزار مناسب شامل ساختار و مدیریت اجرایی موردتوجه قرار گرفته و با نظر کارشناسان طرح ریزی گردد. در این صورت می‌توان گفت که ارائه خدمت به بهترین وجه اجرا شده است. مداخلات باید متناسب با شأن و حرمت سالمندان باشد بطوریکه از عزت و اعتبار آنها نگاهد، همچنین خدمات روحی، جسمی و پیشگیرانه را فراهم آورد. علاوه بر آن خیرین در این عرصه می‌توانند خدمات ارزنده‌ای را فراهم کنند که در این زمینه می‌توان آگاه سازی‌های مناسبی را برای خیرین فراهم نموده و آنان را به این عرصه خیر که پیشروی همه انسان‌هاست وارد نمود. نتایج مطالعات انجام شده با مطالعه حاضر همسو بودند.

References

1. Alizadeh M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Ghassemi S, Zanjari N, Mohamadiazar M. Comparative Study of Physical and Mental Health status of old people in aged groups of 60-64 and 65-69 years old in Tehran metropolitan area. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2013; 13 (1): 50-61.
2. Rasel M, ardalan A. its and ageing of the future of aging and its health care costs: a warning for health system. *Iranian Journal of Aging*. 2007; 2(4): 300-5.
3. Imani A, Dastgiri S, Azizi A. Epidemiology and the Burden of Diseases in Health Care System. *Depiction of Health*. 2015; 6 (2): 54-61.
4. Bayliss EA, Ellis JL, Shoup JA, Zeng C, McQuillan DB, Steiner JF. Effect of continuity of care on hospital utilization for seniors with multiple medical conditions in an integrated health care system. *The Annals of Family Medicine*. 2015; 3 (2): 123-9. <https://doi.org/10.1370/afm.1739>
5. Dall TM, Gallo PD, Chakrabarti R, West T, Semilla AP, Storm MV. An aging population and growing disease burden will require a large and specialized health care workforce by 2025. *Health Affairs*. 2013; 32 (11): 2013-20 <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0714>
6. Fulmer T. editor Health care reform and the changing training needs for those who care for the elderly. 141st APHA Annual Meeting (November 2-November 6, 2013), 2013: APHA.
7. Den Ambtman A, Beirão G, Kandampully J, Dias J, De Pourcq K, De Regge M. editors. Enhancing the healthcare experience: the role of technology in elderly care. *Frontiers in Service Conference* 2017.
8. Rebok GW, Ball K, Guey LT, Jones RN, Kim HY, King JW, et al. Ten-year effects of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cognitive training trial on cognition and everyday functioning in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014; 62 (1): 16-24. <https://doi.org/10.1111/jgs.12607>
9. Dall TM, Gallo PD, Chakrabarti R, West T, Semilla AP, Storm MV. An aging population and growing disease burden will require a large and specialized health care workforce by 2025. *Health Affairs*. 2013; 32 (11): 62-132. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0714>
10. Mirzaie M, Darabi S. Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs. *Salmand*. 2017; 12 (2): 156-169. URL: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1226-fa.html>. <https://doi.org/10.21859/sija-1202156>
11. Sadeghi R, Mohammadi F, Maryam. Elderly services and care program in Iran with a look at the performance of responsible organizations. *Health score*. 1395; 2: 155 - 166.
12. Burns N & Grove SK. The practice of nursing research appraisal, synthesis and generation of evidence. 2009; 6th E., Saunders Elsevier Pourreza A, Khabiri R, Arab M, Sari AA, Rahimi A, Tal A, behavior and its influencing factors in search of the inhabitants of Tehran, *Journal of the School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2009; 7(2): 1-13. [Persian].
13. Laura C, Hugh W, Krishna DR, The effect of wealth status on care seeking and health expenditures in Afghanistan, *Health Policy and Plann* 2009; 24(1) : 1-17. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn043>
14. Rasoulinejad A, Shaeri M, Davodabadi A, Radoulinejad M, Health care seeking behaviors and factors affected them in Kashan's city, *Journal of Feiz* 2005; 7(2): 38-42 [Persian].
15. Sun X, Rehnberg C, Meng Q, How are individual-level social capital and poverty associated with health equity? A study from two Chinese cities, *Int J Equity Health* 2009; 8(1): 2. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-2>
16. Pourhadi s, Fadaei Watan R, Sahaf R, Khankeh HR. Designing a care model for Iranian elderly living in the community. Master Thesis. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences - Faculty of Rehabilitation Sciences - 2016
17. Rahimi Majid, Abedi Heidar Ali, Fadaei Watan Reza. Study of the process of caring for the elderly living in a nursing home. PhD Thesis. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences - Faculty of Rehabilitation - 2015.
18. Mohammad Ghasabi Marzieh, Adib Haj Bagheri Mohsen, Masoudi Alavi Negin. The effect of elderly care on nursing students' attitudes toward the elderly. *Urmia Journal of Nursing and Midwifery*. 1393; 12 (1): 1-1077
19. Gulliford M, Morgan M, Access to healthcare: Routledge, London: New Fetler LAN; 2003.
20. Hanratty B, Zhang T, Whitehead M, How close have universal health systems come to achieving

- equity in use of curative services? Systematic review, *Int J Health Serv* 2007;37(1): 89-109 25.
21. Sun X, Rehnberg C, Meng Q, How are individual-level social capital and poverty associated with health equity? A study from two Chinese cities, *Int J Equity Health* 2009; 8(1): 2. <https://doi.org/10.2190/TTX2-3572-UL81-62W7>
 22. Reza, Sadeghi Fatemeh, Mohammadi Azar Maryam. Elderly services and care program in Iran with a look at the performance of responsible organizations. *Health score*. 1395; 2: 155 - 166
 23. Hirth V, Baskins J, Dever-Bumba M. Program of All-Inclusive Care (PACE): Past, Present, and Future. *Journal of the American Medical Directors Association* Volume 10, Issue 3, March 2009, Pages 155-160 <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.12.002>
 24. François Béland, Howard Bergman, Paule Lebel, A. Mark Clarfield, Pierre Tousignant, André-Pierre Contandriopoulos, Luc Dallaire, A System of Integrated Care for Older Persons With Disabilities in Canada: Results From a Randomized Controlled Trial, *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 61, Issue 4, April 2006, Pages 367-373, <https://doi.org/10.1093/gerona/61.4.367>
 25. Kodner Dennis L. , and Kyriacou Corinne Kay . Fully integrated care for frail elderly: two American models. *Int J Integr Care*. 2000 Oct-Dec; 1: e08. <https://doi.org/10.5334/ijic.11>
 26. Who. Integrated care. models: an overview. 2016.
 27. Gurung, Sunita; Ghimire, Sudha. Role Of Family In Elderly Care. 2014.
 28. Rifky Tkatch, Shirley Musich, Stephanie MacLeod, Kathleen Alsgaard, Population Health Management for Older Adults Review of Interventions for Promoting Successful Aging Across the Health Continuum. *Gerontol Geriatr Med*. 2016 Jan-Dec; 2: 2333721416667877 <https://doi.org/10.1177/2333721416667877>
 29. Eamer Gilgamesh, Taheriv, Chen Sidian S, Quinn Daviduck, Thane Chambers, Xinzhe Shi, and Rachel G Khadaroo. Comprehensive geriatric assessment for improving outcomes in elderly patients admitted to a surgical service. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan; 2017(1): CD012485 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012485>
 30. Spoorenberg Sophie LW, Ronald J Uittenbroek ,Berrie Middel, Berry PH Kremer,2 Sijmen A Reijneveld, and Klaske Wynia. Embrace, a model for integrated elderly care: study protocol of a randomized controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, service use, costs, and quality of care. *BMC Geriatr*. 2013; 13: 62 <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-62>
 31. Veras, Renato Peixoto et al. Integração e

continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2014, v. 48, n. 2 [Accessed 8 February 2020] , pp. 357-365. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004941>