

## Research Paper

# Improving the Quality of Geriatric Care for the Healthy Elderly in a Comprehensive Health Centers in Iran



Hamid Reza Zendehtalab<sup>1</sup> \*Zohreh Vanaki<sup>1</sup> , Robabeh Memarian<sup>1</sup>

1. Department of Nursing, School of Medical Sciences, University of Tarbiyat Modares, Tehran, Iran.

Use your device to scan  
and read the article online



**Citation:** Zendehtalab HR, Vanaki Z, Memarian R. [Improving the Quality of Geriatric Care for the Healthy Elderly in a Comprehensive Health Centers in Iran (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2021; 15(4):428-439. <https://doi.org/10.32598/sija.15.4.2881.1>

<https://doi.org/10.32598/sija.15.4.2881.1>



## ABSTRACT

**Received:** 15 Jan 2020

**Accepted:** 31 Dec 2018

**Available Online:** 01 Jan 2021

**Objectives** In the geriatric care provided in health centers, the healthy elderly are neglected. This qualitative study aims to improve the quality of geriatric care for the healthy elderly.

**Methods & Materials** This community-based participatory study was conducted from 2016 to 2018 with the participation of 11 healthcare providers, 54 older people and 54 family members in Shahid Motahari Comprehensive Health Center in Mashhad, Iran. The mean age of healthcare providers was  $32.4 \pm 2.7$  years with a work experience 8.3 years. The mean age of the elderly was  $64.3 \pm 3.9$  years. Data were collected using the SERVQUAL questionnaire and interviews, focus group discussions, and field note taking. After identifying the problems through interviews with 8 personnel and 19 older people, group discussion sessions were held to design the change programs. After implementing the change programs, 30 interviews were conducted with the participants and comparisons were made before and after the programs. Descriptive statistics was used to analyze the qualitative data, and descriptive statistics and paired t-test were used to analyze the quantitative data.

**Results** The mean total score of service quality according to the elderly and their families in the pre-intervention stage was  $63.02 \pm 9.46$  and  $61.83 \pm 9.05$ , respectively. These values reached  $130.09 \pm 14.75$  and  $122.65 \pm 13.56$  in the post-intervention stage, and this difference was statistically significant ( $P=0.001$ ). The presented dynamic care model was able to improve geriatric care for the healthy elderly in the comprehensive health center by modifying the attitude, skills and empowerment of staff.

**Conclusion** The dynamic care model can improve the quality of geriatric services for the healthy elderly with features such as active, participatory, continuous, comprehensive and supportive care. It can be used in other health centers.

### Key words:

Healthy aging, Participatory research, Service quality

## Extended Abstract

### 1. Introduction

Integrated care is an appropriate approach in the field of geriatric health due to the provision of long-term, comprehensive and quality care [1]. The ultimate goals of these cares are to increase the quality of

care and the quality of life and reduce the costs imposed on health system [2]. According to the World Health Organization, integrated care is health services that are managed and delivered in a way that ensures people receive a continuum of health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease management, rehabilitation and palliative care services [3]. The important challenge of this care system is that it has been designed for sick and disabled older people, and lacks community-based health promo-

\* Corresponding Author:

Zohreh Vanaki, PhD.

Address: Department of Nursing, School of Medical Sciences, University of Tarbiyat Modares, Tehran, Iran.

Tel: +98 (513) 8591511

E-mail: vanaki\_z@modares.ac.ir

tion services [4]. In other words, healthy older people are neglected in this approach, which contradicts the justice-oriented nature of health services [5]. This study aims to improve the quality of integrated geriatric care in comprehensive care centers.

## 2. Methods & Materials

This community-based participatory study was conducted in 4 stages of finding the problems, developing change programs, and implementing change programs from 2016 to 2018 with the participation of 11 healthcare providers, 54 older people and 54 family members in Shahid Motahari Comprehensive Health Center in Mashhad, Iran. This center provides services related to the first and second levels of primary health care, and provides services to different age groups based on the formation of electronic health records and service packages. Since the study was conducted in the health center environment, all health workers were included in the study. A public call was used the participation of the elderly. Participants were involved in all stages of the research including data collection, development of focus groups, and implementation of protocols. Qualitative data collection tools were interviews, focus group discussions, and field note taking, while quantitative data was collected by the SERVQUAL questionnaire [6]. The implementation problems were identified through interviews with 8 personnel and 19 older people. Main problems were: Lack of clear concept of healthy aging in personnel, lack of proper structure, and inability of personnel. The list of problems was provided to the involved group for approval. During a group discussion session, the prioritized problems were approved by the participants and the suggested solutions were received from them. Solutions were prioritized based on urgency, majority agreement, feasibility, upstream documents of aging, and readiness of research team. Through a focus group discussion, the change programs were designed in 4 areas of physical structure improvement, staff empowerment, preparation of healthy elderly care records, and home visits by participants. The change programs were implemented in the comprehensive health center for 2 years. After implementation, the data were collected through quantitative and qualitative methods and compared with the previous ones.

## 3. Results

In the present study, participants were 11 comprehensive health center personnel (8 healthcare providers, 1 physician, 1 secretary, and 1 service staff) and 54 healthy elderly and their families. The mean age of healthcare providers was  $32.4 \pm 2.7$  years with a work experience 8.3 years. The mean age of the elderly was  $64.3 \pm 3.9$  years and 51.8% were

male. The mean total score of service quality according to the elderly and their families in the pre-intervention stage was  $63.02 \pm 9.46$  and  $61.83 \pm 9.05$ , respectively. These values reached  $130.09 \pm 14.75$  and  $122.65 \pm 13.56$  in the post-intervention stage, and this difference was statistically significant ( $P=0.001$ ). Hence, the implementation of change programs could improve the quality of services provided in the comprehensive health center. In the qualitative section, the results of interviews with participants before and after implementation of the change programs showed that dissatisfaction of the elderly and families changed to their satisfaction; rule-based care changed to organized care; lack of awareness of healthy aging changed to recognizing healthy elderly and assessing their needs; lack of education for healthy elderly changed to regular training based on the needs of the elderly; inability of personnel changed to their ability to work with healthy elderly; and lack of communication with families changed to family participation in caring for healthy elderly.

The results of combining quantitative and qualitative data showed that the most important factors affecting the quality of an integrated geriatric care program were: Modification of the physical and spatial structure, empowerment of personnel, and standardization of care. Thus, according to the changes, the satisfaction of healthy elderly and their families increased in five areas of service quality including responsiveness, assurance, empathy, tangibility and reliability. These changes in the health care team can provide increased responsibility, functional independence, decision-making authority, accountability, improved inter-professional relationships, and organized care for the elderly and their families whose consequences are satisfaction, confidence and willingness to return to the health center. Based on the content analysis, a new concept of "dynamic care" was obtained whose main categories included: Standard care for the healthy elderly, creating interest and improving staff performance in working with the healthy elderly, following up on care through scheduled home visits, and providing regular geriatric health promotion programs to healthcare staff, the elderly, and families.

## 4. Conclusion

The dynamic care model with features such as active, participatory, continuous, comprehensive and supportive care improved the quality of geriatric care services for the healthy elderly. Improving the equipment and physical structure, empowering personnel, and standardizing care, were among the factors affecting the quality of the integrated care program in line with "healthy aging". Providing standardized geriatric care with responsibility, authority, accountability, professional inter-personal relationships and

home visits and organized training can lead to the increase in sense of confidence, trust, awareness, consultation with healthcare staff, and satisfaction in healthy seniors and their families. The findings of this study can be used for empowerment of the comprehensive health center personnel in providing geriatric care. Since working with individuals, families and groups the field of community health, should be done in the context of society and given the fact that society is the main area of providing health services, the community-based approach used in the present study can be a practical model for similar studies.

## Ethical Considerations

### Compliance with ethical guidelines

This study was approved by Ethical Committee of Tarbiat Modares University (Code: IR.MODARES.REC.1395.17). All ethical principles were observed. Participants were allowed to leave the study at any time. They were aware of the research process and the confidentiality of their information.

### Funding

This study was supported by the Deputy for Research of Tarbiat Modares University.

### Authors' contributions

All authors contributed equally in preparing this article.

### Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

## ارتقای کیفیت برنامه ادغام یافته سالمندی در یک مرکز جامع خدمات سلامت

حمیدرضا زنده طلب<sup>۱</sup>، \*زهره ونکی<sup>۱</sup>، ربابه معماریان<sup>۱</sup>

۱. گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

### جایزه

تاریخ دریافت: ۱۵ دی ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۱۰ دی ۱۳۹۷

تاریخ انتشار: ۱۲ دی ۱۳۹۹

**هدف:** مرکز سلامت به لحاظ مراقبتی و آموزشی از سالمندان سالم خود در مراقبت‌های سالمندی غافل می‌شوند. این مطالعه کیفی با هدف اسنادار دسازی مراقبت سالمندی سالم به انجام رسید.

**مواد و روش‌ها:** این تحقیق عملکردی مشارکتی از ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷ با مشارکت یازده مراقب سلامت، ۵۴ سالمند و ۵۴ عضو خانواده در مرکز بهداشت مطهری مشهد انجام شد. میانگین سنی مراقبین سلامت  $۳۲/۴ \pm ۲/۷$  سال و میانگین سنی مراقبه کاری  $۸/۳$  سال بود. میانگین سنی سالمندان نیز  $۶۴/۳ \pm ۳/۹$  سال بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سروکووال، مصاحبه، بحث گروهی متصرکز و پاداشت برداری عرصه بود. پس از شناسایی مشکلات از طریق مصاحبه با هشت نفر از پرسنل و نوزده سالمند، جلسات بحث‌های گروهی برای طراحی برنامه برگزار شد. پس از اجرای برنامه‌های تغییر مجدد اسی مصاحبه با مشارکت کنندگان انجام گرفت و مقاسه قبیل و بعد از برنامه‌های تغییر انجام و ارزشیابی شد. برای تحلیل محتوای کیفی از روش توصیف واقعیت و برای تحلیل داده‌های کیفی از آمار توصیفی و آزمون آماری تی زوجی استفاده شد.

**یافته‌ها:** برایند مطالعه حاضر مدل مراقبتی پویا بود که توانست با اصلاح نگرش و مهارت‌ها و توانمندسازی پرسنل سبب بهبود مراقبت‌های سالمندی سالم در محیط مرکز بهداشت شود. میانگین نمره کلی کیفیت خدمات از نظر سالمندان و خانواده‌ها در مرحله قبل از مداخله به ترتیب  $۶۴/۰ \pm ۹/۴$  و  $۶۳/۰ \pm ۹/۰$  بود. این مقادیر در مرحله بعد از مداخله به  $۱۴/۷/۵$  و  $۱۳۰/۰\cdot۹ \pm ۱۴/۷/۵$  رسید که از نظر آماری تفاوت معنی‌دار بود ( $P = 0\cdot001$ ).

**نتیجه گیری:** مدل پویا با وزیری‌هایی همچون مراقبت فعال، مشارکتی، مستمر، جامع و حمایتی سبب ارتقای کیفیت خدمات سالمندی شد؛ بنابراین این مدل می‌تواند در سایر مرکز خدمات سلامت به کار رود.

### کلیدواژه‌ها:

سالمندی سالم، تحقیق، عملکردی مشارکتی، کیفیت خدمات

### مقدمه

عوامل خطر و نشانه‌های بالینی برای شناسایی زودرس بیماری، درمان مناسب و ارجاع به موقع استفاده می‌شود. سالمندان از نظر اختلالات فشارخون، بیماری‌های قلبی عروقی، اختلالات تغذیه‌ای، دیابت، اختلالات بینایی و شنوایی، افسردگی و اختلال خواب، پوکی استخوان، بی‌اختیاری ادرار، سل، دماسن، سقوط و تعادل و ایمن‌سازی ارزیابی می‌شوند. وزن و سنگینی مراقبت‌های ادغام یافته سالمندی بیشتر به سمت سالمندان بیمار بوده و از سالمندان سالم در موارد مراقبتی و آموزشی غفلت می‌شود [۱]. در بسیاری از مرکز به واسطه حجم کاری بالا و کمبود پرسنل آموزش دیده، یک رویکرد انفعالی در قبال سالمندان سالم، که در این برنامه به عنوان سالمندان بدون مشکل طبقه‌بندی شده‌اند، به چشم می‌خورد [۲]. رویکرد جامعه و بهویژه سازمان‌های متولی سلامت نظیر مرکز بهداشت به این گروه از سالمندان بدون مشکل حائز اهمیت است. با اجرای مراقبت‌های جامعه‌محور و حفظ و ارتقای سطح سلامت سالمندان می‌توان از باره‌زینه‌ها

در ایران با توجه به افزایش سریع تعداد سالمندان و فراهم نبودن امکانات زیربنایی برای ارائه خدمات به این گروه، تمامی زیرمجموعه‌ها و سازمان‌های دخیل در فعالیت‌های سلامت محور باید رویکرد سالمندی سالم را به عنوان یک هدف استراتژیک در نظر گرفته و با اجرای برنامه‌های جامعه‌محور سعی کنند سالمندان را تا حد ممکن سالم و فعال نگه دارند [۳]. اکنون در مرکز سلامت کشور برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سالمندی در حال اجراست [۴]. سازمان جهانی بهداشت این استراتژی را برای کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در نظر گرفته است و برنامه عملی آن بر اساس سه اصل مشارکت سالمندان در فرایند توسعه، تقویت سلامت جسمی و روانی آنان و تأمین محیط‌های حامی و توانمند کننده سالمندان تدوین شده است [۵]. این برنامه برای پزشکان و غیرپزشکان طراحی شده و در آن از حداقل

\* نویسنده مسئول:

دکتر زهره ونکی

نشانی: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه پرستاری.

تلفن: +۹۸ (۰۱۳) ۸۵۹۱۵۱۱

پست الکترونیکی: vanaki\_z@modares.ac.ir

مشارکت‌کنندگان تعیین و اجازه ضبط مصاحبه اخذ شد. سپس مصاحبه‌ها کلمه به کلمه رونویسی و تایپ شده و پژوهشگر آن‌ها را در چند نوبت گوش داده و متن تایپ شده را مرور کرد. در سراسر فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، هر گونه تأمل و جرقه‌های ذهنی مرتبط با داده‌ها که به ذهن محقق رسید، یادداشت کرد و برای مصاحبه‌های بعدی از آن استفاده شد. پس از تایپ و پیاده‌سازی متن مصاحبه‌ها بر روی کاغذ، داده‌ها و زیرمجموعه داده‌ها استخراج شدند. مصاحبه‌ها بسته به تمایل مشارکت‌کنندگان در بازه زمانی ۳۰ تا ۶۰ دقیقه، به صورت انفرادی و در محلی خلوت و آرام، که مورد تأیید مشارکت‌کنندگان بود، انجام شد. بر اساس مراحل تحقیق عملکردی، برنامه ارتقای سالم‌مندی سالم در چهار فاز جمع‌آوری اطلاعات اولیه و بررسی وضع موجود (تبیین و تأیید مشکل)، طراحی برنامه‌های تغییر، اجرای برنامه‌های تغییر و ارزشیابی بعد از تغییر انجام شد.

فاز اول: در این مرحله ۲۷ مصاحبه با پرسنل، سالم‌مندان و اعضاء خانواده انجام شد. همه مصاحبه‌ها مجدداً برای تأیید به مشارکت‌کنندگان ارائه شد. پس از تأیید، مشکلات استخراج و با برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز اولویت‌بندی شدند. از فیلدلن و پرسشنامه سروکوال برای سنجش کیفیت خدمات ارائه شده و همچنین برای تأیید مشکلات استفاده شد. برای تأیید اعتبار یا مقبولیت داده‌های کیفی از شیوه انعکاس بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان و برای تأیید تصدیق یا اعتماد داده‌ها از روش بازبینی توسط همکار استفاده شد. برای تأیید یافته‌های کیفی از فرم ۲۲ سؤالی پرسشنامه سروکوال استفاده شد. این پرسشنامه استاندارد را پاراسورامان<sup>۱</sup> تدوین کرده است. ابزار فوق شکاف کیفیت را در پنج بعد فیزیکی یا ملموس، اعتماد و اطمینان<sup>۲</sup>، پاسخ‌گویی<sup>۳</sup>، تضمین<sup>۴</sup> و همدلی<sup>۵</sup> اندازه می‌گیرد. سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت ۵درجه‌ای نمره‌گذاری شده و دامنه نمرات ۲۲ تا ۱۱۰ بود. کسب امتیاز ۶۶ بیانگر حد متوسط کیفیت خدمات است. ابعاد فیزیکی، اطمینان و پاسخ‌گویی با چهار سؤال و ابعاد تضمین و همدلی با پنج سؤال سنجیده می‌شدند. نمره یک نشان‌دهنده وضعیت خیلی بد و نمره پنج نشان‌دهنده وضعیت عالی در هریک از اجزای ابعاد پنچگانه بود. بنابراین دامنه نمرات ابعاد فیزیکی، اطمینان و پاسخ‌گویی ۴ تا ۲۰ و دامنه نمرات ابعاد تضمین و همدلی ۵ تا ۲۵ است [۱۶، ۱۷]. روابی<sup>۶</sup> و پایابی<sup>۷</sup> این پرسشنامه به طور جداگانه توسط سالم‌مندان و خانواده‌ها تکمیل شد.

4. Parasuraman

5. Reliability

6. Responsiveness

7. Assurance

8. Empathy

و بار بیماری‌ها در جامعه کاست و کیفیت و رضایت زندگی آنان را ارتقا داد [۵]. برنامه‌های جامعه‌محور سالم‌مندی سالم چنین چشم‌اندازی را دنبال می‌کنند [۶]. غالب مطالعات انجام شده بر روی مقوله سالم‌مندی در ایران بر جنبه‌های خاصی از سالم‌مندی نظری مشارکت اجتماعی [۷]، سوئرفتار [۸]، توانمندسازی در بیماری‌های مزمن [۹]، سبک زندگی [۱۰]، کیفیت زندگی [۱۱]، تغذیه [۱۲]، استقلال [۱۳]، تنهایی [۱۴]، فعالیت فیزیکی [۱۵] و مواردی از این دست تأکید داشته و کمتر به مقوله سالم‌مندی سالم و مراقبت‌های مربوط به آن وارد شده‌اند؛ بنابراین مطالعه حاضر در صدد پاسخ به این سؤال است که چگونه می‌توان با توجه به شرایط موجود خدمات سالم‌مندی سالم در مراکز بهداشت را ارتقا داد؟

## روش مطالعه

مطالعه حاضر بخشی از یک مطالعه کیفی با رویکرد تحقیق عملکردی مشارکتی است که از آبان ۱۳۹۵ تا اسفند ۱۳۹۷ در مرکز جامع خدمات سلامت شهید مطهری مشهد به انجام رسید. مشارکت‌کنندگان یازده نفر از پرسنل مرکز بهداشت مطهری مشهد، ۱۱۴ سالم‌مند مراجعه‌کننده به مرکز فوق و خانواده‌هایشان بودند. جمعیت تحت پوشش مرکز مطهری در زمان مطالعه نزدیک به ۵۰ هزار نفر بود که ۱۳ هزار نفر از آنان را سالم‌مندان تشکیل می‌دادند. با مطالعه پرونده‌های ثبت‌شده در مرکز، مشخص شد که ۵۵۰ سالم‌مند دارای پرونده بهداشتی هستند. با اعلان فراخوان در مرکز بهداشت، مسجد محل و اطلاع‌رسانی از طریق رابطین بهداشت ۱۳۰ نفر برای شرکت در پژوهش به مرکز مراجعه و ثبت‌نام کردند. در طی دو سال انجام مطالعه ۱۶ نفر از مشارکت‌کنندگان از مطالعه خارج شدند و درنهایت پژوهش با ۱۱۴ نفر (۵۴ نفر گروه آزمایش و شصت نفر گروه کنترل) به انجام رسید. معیار ورود به مطالعه برای سالم‌مندان دارا بودن ۶۰ تا ۷۰ سال، داشتن شرایط مناسب جسمی و روانی برای انجام مصاحبه و نبودن در برنامه مراقبت ویژه سالم‌مندی بود. معیار ورود عضو خانواده داشتن سالم‌مند بالای ۶۰ سال و تمایل به شرکت در مطالعه بود. از آنجا که تغییر قرار بود در محیط کاری مرکز بهداشت انجام شود، تمامی کارکنان مرکز به عنوان واحد پژوهش وارد مطالعه شدند. برای سنجش رضایتمندی سالم‌مندان و خانواده‌ها از پرسشنامه کیفیت خدمات سروکوال<sup>۸</sup> و برای جمع‌آوری داده‌های کیفی، برای کسب اطمینان از اعتبار اطلاعات، از سه شیوه مصاحبه، یادداشت‌برداری زمینه‌ای<sup>۹</sup> و بحث گروهی متمرکز<sup>۱۰</sup> استفاده شد. پس از کسب رضایت‌آگاهانه و قبل از انجام مصاحبه، هدف مطالعه برای مشارکت‌کنندگان بیان و زمان و مکان مصاحبه بر اساس توافق طرفین و با نظر

1. Servqual

2. Field note

3. Focus Group Discussion

سالم (شامل تغذیه، فعالیت فیزیکی، ارتباطات، عدم مصرف مواد، سقوط و افتادن و محیط فیزیکی) به مددجویان سالم‌مند ارائه کردند. سپس با توجه به بازخوردها، ایرادات پرونده اصلاح و فرم نهایی تهیه شد. پرسنل ۲ ماه دیگر با فرمت نهایی پرونده مراقبتی کار کرده و سپس ارزشیابی نهایی انجام گرفت.

فاز چهارم: در این مرحله با استفاده از روش‌های کمی و کیفی پس از اجرای برنامه‌های تغییر، اطلاعات جمع‌آوری و با قبل مقایسه شدند.

### یافته‌ها

در این مطالعه هشت مراقب سلامت، یک پزشک، یک منشی، یک نیروی خدماتی همراه با ۵۴ سالم‌مند سالم و خانواده‌ایشان شرکت داشتند. میانگین سنی مراقبین سلامت  $32.4 \pm 2.7$  سال و میانگین سبقه کاری  $8.3$  سال بود. میانگین سنی سالم‌مندان  $64.3 \pm 3.9$  سال بود (جدول شماره ۱).

نتایج حاصل از مصاحبه با مشارکت‌کنندگان نشان داد عدم رضایت سالم‌مندان و خانواده‌ها به رضایتمندی آنان، مقررات محوری به مراقبت سازمان‌دهی شده، عدم آگاهی از سالم‌مندی سالم به شناخت سالم‌مند سالم و ارزیابی نیازهای او، عدم آموزش به سالم‌مندان سالم به برنامه منظم آموزشی بر اساس نیازهای سالم‌مند، عدم توانمندی پرسنل به توانایی و مهارت پرسنل در کار با سالم‌مند سالم و عدم ارتباط با خانواده‌ها به مشارکت خانواده در مراقبت از سالم‌مند سالم تغییر پیدا کرد. علاوه بر تغییرات کیفی، نمره کلی و ابعاد پنجم گانه پرسشنامه سروکووال نشان داد که شکاف کیفیت در مرحله بعد از تغییرات نسبت به قبل کاهش معنی‌دار داشته است ( $P=0.01$ ) که به معنی بهبود کیفیت خدمات است (جدول شماره ۲).

در گام بعد برای دست‌یابی به مشکلات برنامه سالم‌مندی سالم از نظر مشارکت‌کنندگان، تلفیق‌سازی داده‌های کمی و داده‌های کیفی حاصل از مصاحبه با پرسنل، سالم‌مندان، خانواده‌ها و یادداشت‌برداری در عرصه انجام شد. در اینجا ۲۴ مشکل تعیین و جهت تأیید به مشارکت‌کنندگان انکاوس داده شد. پس از تأیید مشکلات، طی یک جلسه بحث گروهی مشکلات اولویت‌بندی شدند. مشکلات اصلی عدم اجرای برنامه سالم‌مندی سالم در مرکز بهداشت عبارت بودند از روش نبودن مفهوم سالم‌مندی سالم برای پرسنل، فقدان ساختار مناسب برای برنامه سالم‌مندی سالم، عدم توانمندی پرسنل در اجرای برنامه سالم‌مندی سالم؛ سپس طی یک جلسه بحث گروهی، مشکلات اولویت‌بندی شده مورد تأیید مشارکت‌کنندگان قرار گرفته و راه حل‌های پیشنهادی از آنان دریافت شد. راه حل‌ها بر اساس فوریت، توافق اکثریت، قابلیت اجرایی، اسناد بالادستی سالم‌مندی و آمادگی تیم تحقیق اولویت‌بندی شدند.

فاز دوم: در این مرحله برنامه‌های تغییر برای پرسنل، سالم‌مندان و خانواده‌ها طراحی گردید. سیکل‌های تغییر شامل اصلاح و بهسازی فضای فیزیکی و تجهیزات، کارگاه‌های توانمندسازی پرسنل، تهیه و طراحی پرونده مراقبت از سالم‌مند سالم و طراحی برنامه‌های بازدید منزل بود.

فاز سوم: در این مرحله برنامه‌های طراحی شده ارتقای سالم‌مندی سالم اجرا شدند. سیکل بهسازی فضای فیزیکی سه ماه، سیکل توانمندسازی پرسنل هفت ماه، سیکل طراحی پرونده مراقبت شش ماه و سیکل بازدید منزل  $4.5$  ماه به طول انجامید. برنامه سالم‌مندی سالم دو روز در هفته در شیفت‌های عصر در محل مرکز بهداشت اجرا می‌شد. پرسنل به مدت چهار ماه بر اساس پرونده مراقبتی طراحی شده، با سالم‌مندان سالم و خانواده‌ها کار کرده و برنامه‌های آموزشی را بر اساس مبانی شش گانه سالم‌مندی

جدول ۱. مقایسه کیفیت خدمات از نظر سالم‌مندان سالم و خانواده‌ها، قبل و بعد از تغییرات

ابعاد کیفیت خدمات	میانگین $\pm$ انحراف معیار		میانگین $\pm$ انحراف معیار		فیزیکی و ملموس	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار		میانگین $\pm$ انحراف معیار			
	نیازهای پس از تغییرات	نیازهای قبل از تغییرات	نیازهای پس از تغییرات	نیازهای قبل از تغییرات		
اطمینان	۰/۰۰۱	$25/10 \pm 3/94$	$11/92 \pm 2/61$	$0/001$	$26/16 \pm 4/14$	$12/36 \pm 2/54$
پاسخ‌گویی	۰/۰۰۱	$26/52 \pm 4/72$	$13/83 \pm 2/55$	$0/001$	$28/34 \pm 4/22$	$15/54 \pm 3/71$
تضمين	۰/۰۰۱	$25/33 \pm 4/17$	$10/53 \pm 2/68$	$0/001$	$25/13 \pm 3/92$	$10/11 \pm 2/93$
همدلی	۰/۰۰۱	$21/48 \pm 4/09$	$12/96 \pm 2/81$	$0/001$	$23/66 \pm 4/38$	$12/75 \pm 2/18$
کیفیت کلی	۰/۰۰۱	$22/22 \pm 4/67$	$11/58 \pm 2/34$	$0/001$	$26/71 \pm 4/37$	$12/26 \pm 2/74$
سالم	۰/۰۰۱	$122/85 \pm 13/56$	$61/83 \pm 9/05$	$0/001$	$130/09 \pm 14/75$	$63/02 \pm 9/46$

جدول ۲. مقایسه مفاهیم قبل و بعد از تغییرات در مرکز بهداشت

مفهوم قبل	مفهوم بعد
کمبود انگیزه در پرسنل، برای کار با سالم‌نده سالم	علاقة و انگیزه کار با سالم‌نده سالم تعامل بیشتر پرسنل با سالم‌نده سالم و خانواده
روشن نبودن مفهوم و ابعاد سالم‌نده سالم برای پرسنل	درک مفهوم سالم‌نده سالم تشخیص نیازهای سالم‌نده سالم
کیفیت نامناسب مراقبت از سالم‌نده سالم	ساماندهی مراقبت از سالم‌نده سالم استفاده از پرونده مراقبتی خاص سالم‌نده سالم
عدم ارتباط مناسب با خانواده	مراجعة ماهانه و منظم خانواده‌ها به مرکز بهداشت ارتباط با خانواده‌ها از طریق بازدید منزل
فقدان برنامه آموزشی برای سالم‌نده سالم و خانواده	برنامه آموزشی منظم برای سالم‌نده سالم و خانواده
نارضایتی سالم‌نده سالم و خانواده	رضایت سالم‌نده و خانواده از کیفیت خدمات تمایل سالم‌نده و خانواده برای مراجعته مجدد به مرکز
نداشتن احساس مسئولیت نسبت به سالم‌نده سالم	مسئولیت‌پذیری
نداشتن استقلال حرفه‌ای	استقلال در مراقبت از سالم‌نده سالم افزایش اعتمادبه نفس پرسنل مهارت کار با سالم‌نده سالم انجام بازدید منزل
پاسخ‌گویی ناکافی به نیازهای سالم‌نده سالم و خانواده	پاسخ‌گویی به نیازهای سالم‌نده سالم پاسخ‌گویی به نیازهای خانواده
عدم مشارکت خانواده در مراقبت از سالم‌نده	مشارکت خانواده در مراقبت از سالم‌نده مشارکت سالم‌نده سالم در فرایند مراقبت
پیگیری نکردن مراقبت‌ها	پیگیری مراقبت‌ها از طریق بازدید منزل ثبت مراقبت‌ها در پرونده مراقبت

دارد. ارائه باکیفیت مراقبت‌های سالم‌نده سالم، از دغدغه‌های سیاست‌گذاران و مجریان برنامه‌های مراقبت سالم‌نده بوده و شناسایی عوامل تأثیرگذار بر آن، راهنمایی برای ارائه راهکارهای مناسب، به منظور ارتقای کیفیت این‌گونه مراقبت‌هاست. ونکاتاپورام و همکاران خدمات باکیفیت سالم‌نده را یک حق طبیعی و فرایندی در راستای عدالت در سلامت ارزیابی می‌کنند [۱۹]. یاًسپانت می‌نویسد: «برنامه‌ها و سیاست‌های سالم‌نده دارای محدودیت بوده و به طور مؤثر اجرا نمی‌شوند». وی دارا بودن یک سیاست جامع مبتنی بر شواهد برای سالم‌نده سالم را یک نیاز فوری قلمداد می‌کند [۲۰]. در همین راستا سوا و همکاران یک دستورالعمل متمرکز بر سالم‌نده سالم برای سیاست بهداشت عمومی را یک اولویت و ضرورت می‌دانند [۲۱]. اکثر مدل‌های مراقبت از سالم‌ندان برای محیط‌های درمانی و

## بحث

مطالعه حاضر با هدف کلی ارتقای کیفیت مراقبت سالم‌نده سالم به انجام رسید. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که مراقبت سالم‌نده سالم باید به صورت مدون، تخصصی، دقیق، تأمین با آموزش و همراه با مشارکت فعل سالم‌ندان و خانواده‌ها انجام شود. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان این موقعیت از طریق فرایندهای توانمندسازی پرسنل، اصلاح ساختار و فضای فیزیکی و استانداردسازی مراقبت از سالم‌نده سالم به دست می‌آمد و به وسیله شاخص‌هایی چون رضایتمندی سالم‌ندان آمد و به وسیله شاخص‌هایی چون رضایتمندی سالم‌ندان می‌آمد و به وسیله شاخص‌هایی چون رضایتمندی سالم‌ندان آگاهی، اختیار و استقلال حرفه‌ای، پاسخ‌گویی، مسئولیت‌پذیری و انجام مراقبت سازمان‌دهی شده قابلیت شناسایی و اندازه‌گیری

که خدمات سالمندی در مرکز مطهری واجد این مشخصات باشد: جامع و کامل بودن، ارائه هماهنگ، در دسترس و باکیفیت بودن.

نتایج حاصل از مصاحبه با پرسنل مشارکت‌کننده نشان داد که یکی از علل اصلی عدم اجرای برنامه مراقبت سالمندی سالم، روش نبودن مفهوم سالمندی سالم برای پرسنل است. مطالعات مختلف جنبه‌های متفاوتی را برای سالمندی سالم مطرح کردند.

مطالعه متاسترنز سانگ و کانگ پنج مفهوم توانایی انجام کار به طور مستقل، فقدان علائم بیماری یا مدیریت این علائم، سازگاری و پذیرش توانم با خوش‌بینی، ارتباط و پیوستگی با دیگران و داشتن انرژی کافی را مضماین سلامت از نظر سالمندان گزارش می‌کند [۲۶]. اسدی نوتابی و همکاران نیز در مطالعه آنالیز مفهوم سلامت از نظر سالمندان، رسیدن به یک تعریف روشن واضح از وضعیت سلامت سالمندان را پیش‌نیاز ضروری برای ارائه خدمات و مراقبتهای مناسب برای این گروه سنی دانسته‌اند [۲۷]. همان‌گونه که مشاهده می‌شود از دیدگاه این مطالعات بعد از گوناگونی برای سالمندی سالم ذکر شده است. علت احتمالی این تفاوت شاید اختلاف در فرهنگ واحدهای پژوهش و نیز سطح و گستردگی خدماتی که توسط سیستم‌های بهداشتی و اجتماعی در کشورهای متفاوت به گروه سالمندان ارائه می‌شود، باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مفهوم سالمندی سالم واپسی به فرهنگ و میزان توسعه یافتنی جامعه بوده و از کشوری به کشور دیگر متفاوت است.

در این مطالعه یکی از عوامل بازدارنده مراقبت سالمندی سالم نبود تجهیزات و ساختار فیزیکی مناسب برای ارائه مراقبت از سالمندان بود. وجود فضای فیزیکی مناسب با ایجاد دید مثبت در دریافت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات می‌تواند نقش مؤثری در ارتقای کیفیت خدمات داشته باشد [۲۸]. از این نظر محیط فیزیکی بسیاری از مراکز بهداشتی مناسب نبوده و حس خوبی را در مراجعان به وجود نمی‌آورد. در همین راستا مطالعه صافی و همکاران نشان داد که از نظر ۳۲۵ دریافت‌کننده خدمات در مراکز بهداشتی شمال تهران، بیشترین شکاف کیفیت مربوط به فضای فیزیکی و ملموس است [۲۹]. نتایج مطالعه معتقد و همکاران نیز تأیید کرد که در چهار مرکز بهداشتی و درمانی واقع در غرب تهران شکاف کیفیت در همه ابعاد پنج گانه پرسشنامه سروکوال وجود دارد [۱۷]. برنامه مداخله توансی کیفیت شکاف بین ادراک و انتظار سالمندان از خدمات ارائه شده در مرکز را به طور چشمگیری کاهش داده و باعث بهبود و ارتقای مراقبتهای سالمندی سالم شود. یکی دیگر از نتایج مثبت اصلاح ساختار فیزیکی این بود که با ایجاد تغییرات عینی و محسوس، پرسنل به این باور رسیدند که امکان ایجاد تغییر وجود دارد و با کاهش مقاومت آماده شرکت در طراحی اجرا و ارزشیابی سایر سیکل‌های تغییر شدند.

یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت مراقبتهای سالمندی سالم آموزش مناسب و توامندسازی نیروی انسانی است.

بیمارستانی طراحی شده‌اند. «مدل بهبود مراقبت پرستاران از سالمندان سیستم سلامت»<sup>۹</sup> مدلی است که منابع و حمایتهای فنی را برای سیستم‌های بیمارستانی پیشنهاد می‌کند تا از این طریق شواهدی برای حرکت پرستاری سالمندان از سطح دانش به سمت عملکرد ایجاد شود [۲۲]. اجزای اصلی این مدل عبارت‌اند از اصول راهنمایی<sup>۱۰</sup>، رهبری<sup>۱۱</sup>، ساختارهای سازمانی<sup>۱۲</sup>، محیط فیزیکی<sup>۱۳</sup>، رویکردهای بیمار و خانواده محور<sup>۱۴</sup>، عملکردهای حساس به سالمندی<sup>۱۵</sup>، صلاحیت کسانی که با سالمندان کار می‌کنند<sup>۱۶</sup> و منابع و فرایندهای بین‌رشته‌ای<sup>۱۷</sup> [۲۳]. برخی از یافته‌های مطالعه عملکردی حاضر مشابه اجزای مدل NICHE است. مواردی همچون نقش و اهمیت محیط فیزیکی و ساختارهای سازمانی در ارائه مراقبت باکیفیت به سالمندان سالم، توامند بودن پرسنلی که با سالمند کار می‌کنند، مشارکت دادن خانواده در مراقبتها، رویکرد همکاری و بهره‌گیری از سایر تخصص‌های موجود در مرکز بهداشت از جمله این شbahat هاست.

علاوه بر NICHE مدل‌های دیگری نیز برای مراقبت از سالمندان طراحی شده است؛ از جمله GRN<sup>۱۸</sup> و HELP<sup>۱۹</sup>. به طور کلی هدف اصلی این مدل‌ها جلوگیری از ایجاد و گسترش عوارض در سالمندان بستری در بیمارستان‌هاست. این مدل‌ها بر ارتباطات بین‌رشته‌ای در مراقبت سالمندان تأکید داشته و داشتن یک برنامه‌ریزی مدون برای ترجیح هرچه سریع‌تر سالمند از بیمارستان را ضروری می‌دانند [۲۴، ۲۵]. وجه تمایز اصلی مدل مراقبت سالمندی پویا که یاریند نهایی تحقیق عملکردی حاضر بود با مدل‌های مراقبتی ذکر شده این است که این مدل برای سالمندان سالم و غیربیمار طراحی شده و سعی دارد با آموزش اصول و پایه‌های سالمندی سالم سلامت سالمندان را حفظ کند و ارتقای دهد. این رویکرد با توامندسازی مراقبان سلامت و آموزش سالمندان و خانواده‌ها امکان پذیر بوده و دارای یک رویکرد «مراقبت مشارکتی جامعه محور»<sup>۲۰</sup> است. این رویکرد مطابق با توصیه سازمان جهانی بهداشت مبنی بر ضرورت مراقبتهای بهداشتی اولیه و پیشگیری سطح اول است که هدف اصلی آن جلوگیری از بروز بیماری‌ها و رکن اصلی اجرایی آن آموزش سلامت است. در مدل مراقبت پویای سالمندی سالم، سعی شده

9. Nurses Improving Care for Health system Elders (NICHE)

10. Guiding principles

11. Leadership

12. Organizational structures

13. Physical environment

14. Patient- and family-centred approaches

15. Ageing sensitive practices

16. Geriatric staff competence

17. Interdisciplinary resources and processes

18. Geriatric resource nurse

19. Hospital elder life program

20. Community based participatory care

پرستاران اشاره کردند. این مطالعه بر روی ۳۱۶ پرستار در تبریز انجام شد و نویسنده‌گان مسئولیت‌پذیری را شاخص مناسبی برای پیشگویی عملکرد در بسیاری از مشاغل دانستند و بیان کردند که هر اندازه پرستاران روحیه مسئولیت‌پذیری بیشتری داشته باشند، به همان اندازه در تأمین سلامت و رفاه مددجویانی که عهده‌دار خدمت‌رسانی به آن‌ها هستند کارآمدتر خواهند بود و خشنودی از کار را کسب خواهند کرد.<sup>[۳۲]</sup>

یکی دیگر از مفاهیم پدیدآمده در مطالعه حاضر استقلال در برنامه‌ریزی و ارائه مراقبت به سالم‌مند سالم بود. این مفهوم برآمده از سازمان‌دهی مراقبتی توسط پرسنل، به کارگیری استاندارد مراقبتی توسط پرسنل و انجام کار علمی و تخصصی با سالم‌مند سالم است. اسکار در یک مطالعه کیفی در نروژ با استفاده از بحث گروهی متتمرکز و مصاحبه‌های عمیق با یازده پرستار که دو یا سه سال سابقه کار داشتند، چهار مضمون را به منزله مؤلفه‌های استقلال در محیط کار گزارش کرد؛ این مؤلفه‌ها شامل داشتن نگاه کلان و جامع، شناخت بیمار، آگاهی از دانسته‌های خود و جرأت داشتن می‌شود.<sup>[۳۳]</sup> هم‌راستا با مفهوم نگاه کلان و جامع ذکر شده در مطالعه اسکار در تحقیق عملکردی حاضر نیز برخورداری از یک نگاه کلان نسبت به سالم‌مندی جزء ضروریات زیرساختی برنامه مراقبت بود. شاید بتوان ادعا کرد که یکی از علل عدم اجرای برنامه سالم‌مندی سالم در مراقبت‌های ادغام یافته فقدان همین نگرش کلان و گسترده است. نگاه نارسانی که باعث می‌شود برنامه مراقبتی فقط به سالم‌مندان بیمار و مشکل‌دار محدود باشد. جنبه دیگر دارا بودن برنامه مراقبت پویا از نگاه کلان این مسئله است که برنامه مراقبت فقط متوجه شخص سالم‌مند نبوده و قسمتی از مراقبت باید متوجه خانواده‌ها شود. در صورتی که قبل از اجرای تحقیق عملکردی، خانواده‌ها مشارکتی در زمینه مراقبت از سالم‌مند خود نداشتند. از سوی دیگر نگاه کلان برنامه مراقبتی این نکته را متذکر می‌شود که نباید منتظر بیمار شدن سالم‌مندان بود تا به آن‌ها ارائه خدمت کرد؛ بلکه وظیفه اصلی مرکز بهداشت به عنوان یک سیستم آن است که با برنامه‌های آموزشی حتی الامکان سالم‌مندان را به افرادی مستقل و سالم تبدیل کند.

او شدی و همکاران در یک مطالعه فنومنولوژی طی ۴۸ مصاحبه نیمه‌ساختارمند با پرستاران عملکرد مستقل، کار تیمی، داشتن آگاهی و مهارت حرفه‌ای، درگیر بودن در فرایند استقلال، موانع پیرامون استقلال و لزوم حمایت از توسعه استقلال را به عنوان مضامین به دست آمده از مطالعه گزارش کردند. نویسنده‌گان استقلال را یک مفهوم کلیدی در نقش‌های مراقبتی پرستار معرفی کردند.<sup>[۳۴]</sup> برخی از یافته‌های مطالعه عملکردی حاضر نظری کار تیمی و مشارکت‌محور در مراقبت سالم‌مندی سالم، ارتقای سطح دانش، انگیزش و عملکرد پرسنل به عنوان پیش‌نیاز اصلی توانمندسازی آنان و انجام بازدیدهای منزل به طور مستقل با نتایج مطالعه او شدی همسوست.

مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر قبل از آغاز پژوهش، هیچ‌گونه آموزش رسمی در خصوص مراقبت از سالم‌مند سالم دریافت نکرده بودند. مطالعه جعفری و همکاران نشان داد ارتقای یادگیری سازمانی یکی از راهکارهای اصلی توانمندسازی کارکنان بهداشتی است.<sup>[۳۰]</sup> توانمندسازی موجب می‌شود کارکنان با فرآگیری دانش، مهارت و انگیزه بتوانند عملکردشان را بهبود بخشنند. در مطالعه حاضر توانمندسازی پرسنل از طریق بازآموزی و یادگیری مطالب مربوط به سالم‌مندی سالم، درواقع نوعی استراتژی تغییر بود که طی آن در ابتدا آموزش پرسنل توسعه یافتد و سپس سالم‌مندان و خانواده‌ها از طریق پرسنل توانمند شدند. برای پرسنل مرکز بهداشت سالم‌مندی سالم یک نوع چالش بود و پرسنل به این نتیجه رسیدند که برای مقابله با این چالش نیاز به یادگیری مهارت‌های جدید دارند. در این راستا بحث‌های گروهی متمرکز و کارگاه‌های توانمندسازی براین پایه‌ها استوار بود که برای ایجاد برنامه سالم‌مندی سالم در مرکز مطهری، چه چیزی باید بهبود یابد؟ چگونه باید بهبود داده شود؟ چه نتایجی به واسطه بهبود مدنظر است؟ فرایند بهبود چگونه باید اجرا شود؟ پیامدهای بهبود چه مواردی هستند؟

یکی از مفاهیم مطالعه حاضر پاسخ‌گویی بود. پرسنل در ابتدا پاسخ‌گویی مناسبی در مقابل نیازهای سالم‌مندان سالم و خانواده‌های آنان نداشتند. همسو با نتایج مطالعه حاضر مبنی بر پاسخ‌گویی نامناسب پرسنل و سیستم سلامت در برابر مددجویان، مطالعه طراحی و همکاران نشان داد که در مرکز بهداشتی شهرستان خرم‌آباد از نظر کیفیت خدمات، بیشترین شکاف کیفیت مربوط به بعد پاسخ‌گویی بود.<sup>[۳۱]</sup> تحلیل پرسشنامه سروکووال نشان داد نمره پاسخ‌گویی از ۱۰/۱۱ در مرحله قبل از مداخله به ۲۵/۱۳ در مرحله بعد از مداخله رسیده است که بیانگر افزایش توجه‌برانگیز در این بعد از کیفیت خدمات است.

دیدگاه پدیدآمده دیگر در مطالعه حاضر مسئولیت‌پذیری در برابر سالم‌مند سالم و خانواده‌ها بود. ارتقای سلامت فرایندی است که طی آن افراد، گروه‌ها و جوامع برای حل مشکلات بهداشتی خود توانمند می‌شوند. یکی از ارکان اصلی ارتقای سلامت مسئولیت‌پذیری در برابر سلامت است. طبیعاً این مسئولیت در درجه اول متوجه خود فرد است اما با یک نگاه کل نگر و در نظر گرفتن این نکته که حفظ و توسعه سلامت از مهم‌ترین وظایف مرکز و پرسنل بهداشتی است، می‌توان به این نتیجه رسید که پرسنل ارائه‌دهنده خدمات در برابر سالم‌مندان دریافت‌کننده خدمات دارای مسئولیت هستند. مسئولیت ارائه مراقبت‌باکیفیت، مسئولیت استمرار و تدام مراقبت‌ها، مسئولیت آموزش و یادگیری سالم‌مندان، جنبه‌هایی از این مفهوم به شمار می‌آیند. در این راستا نصیری‌پور و همکاران در مطالعه خود میزان مسئولیت‌پذیری کارکنان مرکز بهداشتی و درمانی شهرستان نور را در حد متوسط به بالا گزارش کردند.<sup>[۳۲]</sup> بیکزاد و همکاران نیز در مطالعه خود به رابطه مثبت بین مسئولیت‌پذیری و رضایت شغلی در بین

## نتیجه‌گیری نهایی

هدف نهایی مطالعه حاضر ارتقای کیفیت مراقبت سالم‌مندی سالم از طریق تحقیق عملکردی مشارکتی بود. در این خصوص به نظر می‌رسد مشکل اصلی پرسنل مرکز بهداشت توامند نبودن و نداشتن یک مدل اجرایی مشخص برای کار با سالم‌مندان سالم و خانواده‌ها بود. با آموزش کارگاهی مفهوم سالم‌مندی سالم و ابعاد آن، سطح دانش و آگاهی پرسنل در این زمینه ارتقای پیدا کرده و به تدریج نگرش آنان نیز اصلاح شد و برای کار با سالم‌مندان انجیزه مناسب گرفتند. در همین راستا پرسنل ارتباطات خود با سالم‌مندان و خانواده‌ها را بهبود بخشیده و موفق به جلب مشارکت آنان برای شرکت در برنامه‌های سالم‌مندی سالم شدند. پرونده مراقبت از سالم‌مند سالم به تدریج و طی کار عملی با سالم‌مندان توسط پرسنل طراحی شد و به عنوان یک راهنمای استاندارد کاری در نظر گرفته شد. با ارائه خدمات باکیفیت، پاسخ‌گویی و ایجاد حس احترام به تدریج اعتماد بین پرسنل با سالم‌مندان و خانواده‌ها ایجاد شد و زمینه مناسب برای اجرای برنامه‌های بازدید منزل فراهم گردید. این برنامه‌ها به استمرار و تداوم برنامه سالم‌مندی سالم کمک نموده و به تصمیمات مراقبتی مبتنی بر شواهد و مستندات عینی یاری رساندند. یرایند نهایی این تغییرات رضایتمندی سالم‌مندان سالم، خانواده‌ها و همین طور خود پرسنل بود. برنامه مراقبت پویا توانست با ویژگی‌های جامع، مستمر، حمایتی، فعال و مشارکت‌محور بودن کیفیت مراقبت ادغام‌یافته در راستای سالم‌مندی سالم در مرکز بهداشت مطهری مشهد را ارتقا دهد.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

تمامی اصول اخلاقی این پژوهش مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس قرار گرفت (کد اخلاق: IR.MODARES.REC.1395.17). همچنین شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند و اطلاعات آن‌ها محروم‌نگه داشته شد.

### حامی مالی

این تحقیق با حمایت و تأیید معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس انجام شده است.

### مشارکت‌کنندگان

تمام نویسنده‌گان در آمده‌سازی این مقاله به یک اندازه مشارکت داشته‌اند.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسنده‌گان این مقاله تعارض منافع ندارد.

## References

- [1] Briggs AM, Valentijn PP, Thiagarajan JA, de Carvalho IA. Elements of integrated care approaches for older people: A review of reviews. *BMJ Open*. 2018; 8(4):e021194. <https://bmjopen.bmjjournals.org/content/8/4/e021194.abstract>
- [2] Advisors O. Health system performance assessment - Integrated Care Assessment (20157303 HSPA): European commission [Internet]. 2018 [Updated 2018 June]. Available from: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/2018\\_integrated\\_careassessment\\_italy\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2018_integrated_careassessment_italy_en.pdf)
- [3] Sibya MN, Gwele NS. A model for the integration of primary health-care services in the province of KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Nursing Management*. 2013; 21(2):387-95. [DOI:10.1111/j.1365-2834.2012.01420.x] [PMID]
- [4] Johnson CS, Duraiswamy M, Desai R, Frank L. Health service provider's perspectives on healthy aging in India. *Ageing International*. 2011; 36(4):445-62. [DOI:10.1007/s12126-010-9096-6]
- [5] Alizadeh M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Mohamadiazar M, Nazari N. [Analytical performance of administrations in charge of ageing program in Iran (Persian)]. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*. 2013; 13(1):74-81. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=354624>
- [6] Iasiello M, Bartholomaeus J, Jarden A, van Agteren J. Maximising the opportunity for healthy ageing: Online mental health measurement and targeted interventions. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2018; 246:111-23. [PMID]
- [7] Moradi S, Fekrazad H, Mousavi MT, Arshi M. [The study of relationship between Social Participation and quality of life of old people who are member of senior association of Tehran City in 2011 (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2013; 7(4):41-6. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-655-en.html>
- [8] Heravi M. [Designing and validation of the domestic elder abuse assessment questionnaire (Persian)]. [PhD. dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University, Medical Sciences Faculty; 2009.
- [9] Fotoukian Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Fallahi Kho-shknab M. [Analytical on empowerment interventions in older people with chronic disease: A review literature (Persian)]. *Journal of Health Promotion Management*. 2013; 2(4):65-76. <http://jhpm.ir/article-1-239-en.html>
- [10] Mohammadi Mehr M, Zamani-Alavijeh F, Hasanzadeh A, Fasihi T. [Effect of healthy lifestyle educational programs on happiness and life satisfaction in the elderly: A randomized controlled trial study (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 13(4):440-51. [DOI:10.32598/SIJA.13.4.440]
- [11] Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. [Quality of life in Iranian elderly (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 13(5):518-33. [DOI:10.32598/SIJA.13.Special-Issue.518]
- [12] Hazavehei MM, Faghah Soltani P, Moeini B, Soltanian AR. [Evaluation of the educational nutrition intervention's effect on healthy nutritional behaviors promotion in elderly of Sanandaj: Application BASNEF model (Persian)]. *Journal of Neyshabur University of Medical Sciences*. 2017; 5(1):39-51. <http://journal.nums.ac.ir/article-1-372-en.html>
- [13] Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. [Autonomy in the elderly: A phenomenological study (Persian)]. *Hakim Research Journal*. 2010; 12(4):1-10. <http://hakim.hbi.ir/article-1-566-fa.html>
- [14] Alaviani M, Khosravan S, Alami A, Moshki M. [The effect of a multi-strategy program on developing social behaviors based on pender's health promotion model to prevent loneliness of old women referred to gonabad urban health centers (Persian)]. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2015; 3(2):132-40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441350/>
- [15] Sahaf R, Rassafiani M, Fadayevatan R, Delbari A, Saboor M, Mirzaee S, et al. [Validity and reliability of CHAMPS physical activity questionnaire for older people living in Tehran (Persian)]. *Salmand*. 2014; 9(3):206-217. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=464336>
- [16] Mesbahi M, Abaszadeh A. [Empowerment of staff of kerman university of medical sciences, Iran (Persian)]. *Journal of Quality Research in Health Sciences*. 2013; 1(4):321-31. [http://jqri.kmu.ac.ir/article\\_91065\\_154807a3da12e4a61f85a95dab878ca0.pdf](http://jqri.kmu.ac.ir/article_91065_154807a3da12e4a61f85a95dab878ca0.pdf)
- [17] Motaghehd Z, Davoudi Monfare E, Mohazab Turabi S, Nemati I, Mousavi A, Eshraghi R, et al. [Assessment of quality of services in health centers from the perspective of clients by SERVQUAL method (Persian)]. *Health Research Journal*. 2017; 2(1):49-55. [DOI:10.18869/acadpub.hrijbaq.2.1.49]
- [18] Heidarnia M, Riazi-Isfahani S, Abadi A, Mohseni M. [Cross cultural adaptation and assessing validity and reliability of SERVQUAL questionnaire in hospital service quality (Persian)]. *Research in Medicine*. 2014; 38(2):98-105. <http://pejouhesh.sbm.ac.ir/article-1-1339-en.html>
- [19] Venkatapuram S, Ehni HJ, Saxena A. Equity and healthy ageing Perspectives. *Bulletin of the World Health Organization*. 2017; 95:791-92. [DOI:10.2471/BLT.16.187609] [PMID] [PMCID]
- [20] Yasobant S. Comprehensive public health action for our aging world: The quintessence of public health policy. *Journal of International Medical Research*. 2018; 46(2):555-56. [DOI:10.1177/0300060517718452] [PMID] [PMCID]
- [21] Sowa A, Tobiasz-Adamczyk B, Topór-Mądry R, Poszcia A, la Milia DI. Predictors of healthy ageing: Public health policy targets. *BMC Health Services Research*. 2016; 16(5):441-79. [DOI:10.1186/s12913-016-1520-5] [PMID] [PMCID]
- [22] World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006-2015. 2006. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/116491>
- [23] Capezuti E, Boltz M, Cline D, Vaughn Dickson V, Rosenberg MC, Wagner L, et al. Nurses Improving Care for Healthsystem Elders-a model for optimising the geriatric nursing practice environment. *Journal of Clinical Nursing*. 2021; 21(21-22): 3117-25 [DOI:10.1111/j.1365-2702.2012.04259.x] [PMID] [PMCID]

- [24] Lopez M, Delmore B, Ake J, Kim Y, Golden P, Bier J, et al. Implementing a geriatric resource nurse model. *JONA: The Journal of Nursing Administration.* 2002; 32(11):577-85. [DOI:10.1097/00005110-200211000-00005] [PMID]
- [25] Hospital Elder Life Program (HELP) for Prevention of Delirium. About the program [Internet]. 2013 [Updated 2013]. Available from: <https://www.hospitalelderlifeprogram.org/about/>
- [26] Song M, Kong EH. Older adults' definitions of health: A metasynthesis. *International Journal of Nursing Studies.* 2015; 52(6):1097-106. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2015.02.001] [PMID]
- [27] Asadi Noghabi A, Alhani F, Peyrovi H. [The concept of health in elderly people: A literature review (Persian)]. *Iran Journal of Nursing.* 2012; 25(78):62-71. <http://ijn.iums.ac.ir/article-1-1381-en.html>
- [28] Richardson A, Potter J, Paterson M, Harding T, Tyler-Merrick G, Kirk R, et al. Office design and health: A systematic review. *New Zealand Medical Journal.* 2017; 130(1467):39-49. <http://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/34543/>
- [29] Safi MH, Fereydounfar AA, Arshi SH. [Quality of primary health Services in the Clinics of Shomal health Center of Tehran (Persian)]. *Community Health.* 2014; 1(1):54-61. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=462449>
- [30] Jafari A, Mohammadpur F, Alam Tabriz A, Khadivi R. [Effective strategies for empowerment of experts staff in health deputy of Shahrekhord University of Medical Sciences, Iran, 2005 (Persian)]. *Journal of Shahrekhord Uuniversity of Medical Sciences.* 2008; 10(2):66-71. <http://journal.skums.ac.ir/article-1-12-fa.html>
- [31] Tarrahi MJ, Hamouzadeh P, Bijanvand M, Lashgarara B. [The quality of health care services provided in health care centers of Khorramabad using SERVQUAL model in 2010 (Persian)]. *Yafte.* 2012; 14(1):13-21. <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-703-en.html>
- [32] Nasiripour AA, Tabibi SJ, Habibi M. [Relationships between welfare facilities and staff's sense of responsibility in Noor District Health Centers (Persian)]. *Journal of Health.* 2012; 3(3):28-37. <http://healthjournal.arums.ac.ir/article-1-63-en.html>
- [33] Beikzad J, Hoseinpour A, Hejazi Bavil M. [A survey on the relationship between responsibility and job satisfaction of nurses working in teaching hospitals affiliated with Tabriz University of Medical Sciences (Persian)]. *Journal of Hospital.* 2014; 13(1):53-60. <http://jhosp.tums.ac.ir/article-1-5292-en.html>
- [34] Skår R. The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing.* 2010; 19(15-16):2226-34 [DOI:10.1111/j.1365-2702.2010.03350.x] [PMID]
- [35] Oshodi TO, Bruneau B, Crockett R, Kinchington F, Nayar S, West E. Registered nurses' perceptions and experiences of autonomy: A descriptive phenomenological study. *BMC Nursing.* 2019; 18:51. [DOI:10.1186/s12912-019-0378-3] [PMID] [PMCID]