

طراحی، اجرا و ارزشیابی الگوی ارائه خدمات مراقبت سلامت سرپایی به سالمندان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی استان تهران

فرحناز محمدی شاهبلاغی^۱، طاهره رضانی^۲، داریوش پناهی زاده^۳، شعله هزاریان^۴، رضا فدای وطن^{۵*}

۱- استاد، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۲- دانشجوی دوره دکتری، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۳- پزشک، معاونت درمان، سازمان تأمین اجتماعی، تهران، ایران

۴- پزشک، اداره مدیریت بیماری‌های مزمن و سالمندی، سازمان تأمین اجتماعی، تهران، ایران

۵- دانشیار، گروه آموزشی سالمندی، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

*نویسنده رابط: reza1092@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: ارائه خدمات سلامتی به سالمندان از جمله مسئولیت‌های مهم نظام‌های مراقبت بهداشتی هر کشوری است. سازمان تأمین اجتماعی در جهت بهبود ارائه خدمات سلامت به جمعیت سالمندان تحت پوشش خود، این پژوهش را با هدف طراحی، اجرا و ارزشیابی الگوی مراقبت سرپایی به سالمندان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی استان تهران به اجرا در آورد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع ترکیبی متوالی-اکتشافی است. در این مطالعه، الگوی اولیه با استفاده از روش مرور یکپارچه و الگوی نهایی با اجرای تکنیک دلفی و بحث گروهی با متخصصان، تدوین و اعتباربخشی شد. سپس برنامه آموزشی برای تیم سلامت تدوین و اجرا شد. ارزیابی اثربخشی این برنامه آموزشی با پرسشنامه محقق‌ساخته دانش و نگرش نسبت به اجرای الگوی تدوین‌شده، با آزمون قبل و بعد انجام شد. در ادامه، الگوی تدوین‌شده در درمانگاه خاندان حکیم اجرا شد. برای سنجش اثربخشی اجرای الگو، از تحلیل محتوای کیفی مصاحبه با سالمندان و تحلیل محتوای کیفی نظرات تیم سلامت استفاده شد.

نتایج: الگوی مراقبت سرپایی سالمندان دربرگیرنده فرآیند بالینی سازمان‌یافته متشکل از ۶ مرحله بود. میانگین سن اعضای تیم سلامت $45/7 \pm 15/11$ سال بود. اختلاف میانگین نمرات کل رضایت تیم سلامت قبل و بعد از شرکت در برنامه آموزشی معنی‌دار بود ($p \leq 0/05$). همچنین طبقات اصلی حاصل از مصاحبه با سالمندان شامل "ارزیابی عملکرد شناختی، خلق و خو و رفتار"، "ارزیابی جسمی"، "بها دادن به سلامت و شأن سالمند" و "رضایت سالمند و همراهان" بود. نتایج حاصل از تحلیل نظرات تیم سلامت، بیانگر رضایت آنها از اجرای الگو بود. **نتیجه‌گیری:** الگوی معرفی‌شده، می‌تواند موجب شناخت سریع مشکلات سلامتی و مداخله به‌موقع در سالمندان شود. چرا که با اجرای آن، امکان پیشگیری در سطوح مختلف فراهم می‌شود و از بروز بیماری‌ها و عوارض آنها جلوگیری به عمل خواهد آمد. نتایج این مطالعه می‌تواند ارائه‌کنندگان خدمات را در ارائه بهتر مراقبت و خدمات سلامت به سالمندان یاری نماید.

واژگان کلیدی: الگو، خدمات مراقبت سلامت سرپایی، سالمندان، سازمان تأمین اجتماعی، استان تهران

مقدمه

شده‌اند (۱۷-۱۵، ۱۱). در این میان می‌توان به الگوی برنامه مراقبت همه‌جانبه از سالمندان Program of All- Inclusive Care for the Elderly (PACE) در آمریکا، الگوی مراقبت سلامت اولیه دوست‌دار سالمندی Age-friendly Primary Health Care سازمان جهانی بهداشت، الگوی دانشگاه جان‌هاپکینز (HEP) Hopkins Elder Plus و الگوی سیستم مراقبت یکپارچه برای سالمندان (SIPA) System of Integrated Care for Older Persons در کانادا اشاره کرد (۲۳-۱۸). ایزی‌کر (Easy-Care) یکی دیگر از مدل‌های مهم جهانی است که با رویکرد غربالگری برای سلامت سالمندان برای کشورهای اروپایی طراحی شده است (۲۵، ۲۴). مبدعان این مدل‌ها ابراز داشته‌اند که ایجاد مدل‌های مراقبتی سالمندان فواید متعددی از قبیل کاهش استفاده از بیمارستان، پذیرش کمتر در مراکز مراقبت طولانی‌مدت، صرفه‌جویی در هزینه‌ها و افزایش رضایت و کیفیت زندگی مراجعان را به همراه داشته است (۲۳). اما این مدل‌ها به دلایل متعددی از قبیل تفاوت ماهوی در نظام ارائه خدمات بهداشتی-درمانی و نظام بیمه خدمات درمانی و تفاوت‌های فرهنگی و رفتاری سازمان‌های پذیرنده در کشورهای مختلف، از قابلیت اجرایی کامل در ایران برخوردار نمی‌باشند (۱۷، ۲۶). لذا لازم است سازمان‌های درگیر در ارائه خدمات بهداشتی در ایران نیز براساس جمعیت‌گیرنده خدمات، برنامه‌ریزی مشخصی با توجه به ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و درمانی انجام دهند.

سازمان تأمین اجتماعی، به عنوان بزرگ‌ترین، اصلی‌ترین و گسترده‌ترین نهاد بیمه‌گر کشور، بالغ بر دو میلیون سالمند را در قالب کارگران و کارکنان بازنشسته و خانواده‌های آنان، تحت پوشش خدمات خود دارد و تأمین رفاه و بهزیستی سالمندان و بهبود ارائه خدمات درمانی به این جمعیت را در اولویت‌های کاری خود قرار داده است (۲۹-۲۷). ارائه خدمات سلامت به سالمندان تحت پوشش این سازمان، نیازمند تحول و ایجاد الگوهای مراقبتی منطبق بر ساختار سازمانی خود است.

با کاهش تولد و افزایش طول عمر، سهم افراد سالمند از کل جمعیت در حال افزایش است. براساس آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۸، جمعیت سالمندان جهان در سال ۲۰۵۰ به بالای ۲ میلیارد نفر می‌رسد (۱). براساس سرشماری سال ۱۳۹۵ در ایران نیز سالمندان ۹/۳٪ از جمعیت کل کشور را تشکیل داده‌اند (۲). افزایش جمعیت سالمندان علاوه بر افزایش شیوع بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌ها، موجب افزایش تقاضا به خدمات سلامت و افزایش هزینه‌های درمانی آنان می‌گردد (۴، ۳). براساس گزارش سازمان ملل متحد، دسترسی و بهره‌مندی مناسب سالمندان به خدمات سلامت، امری ضروری است (۶، ۵). همچنین دستیابی به سالمندی سالم از جمله رسالت‌های مهم در رویکردهای نوین ارائه خدمات است و تمام اهداف و تلاش‌های سازمان جهانی بهداشت بر مبنای این رویکرد شکل می‌گیرد (۹-۷).

ارائه خدمات سلامتی به سالمندان از جمله مسئولیت‌های مهم نظام‌های مراقبت بهداشتی دولتی و خصوصی هر کشوری است (۱۰). براساس بیانیه‌های جهانی، رفع موانع موجود در دسترسی سالمندان به اینگونه خدمات، یکی از اولویت‌های مهم برای این قشر از جامعه محسوب می‌شود (۱۲، ۱۱). از سوی دیگر، عدم یکپارچگی در ارائه خدمات به سالمندان توسط سیستم‌های بهداشتی-درمانی، می‌تواند با نتایج نامطلوبی نظیر خدمات تکراری، توصیه‌های مراقبتی نامناسب یا متناقض، خطاهای دارویی و حتی مرگ همراه باشد که بایستی در مورد رفع این مشکل نیز اقدامات لازم توسط نظام‌های مراقبت بهداشتی صورت گیرد (۱۴، ۱۳).

بدین منظور، کشورهایی در سطح جهان در راستای تحول نظام سلامت در حوزه سالمندی و اجرای خدمات ارزیابی جامع سالمندی Comprehensive Geriatrics Assessment (CGA)، نسبت به طراحی الگوهای مراقبت یکپارچه (Integrative Care) اقدام نموده‌اند که این مدل‌ها بسته به شرایط اجتماعی و اقتصادی، با وسعت و ترکیب مختلف ارائه

اجرا و ارزشیابی الگوی مراقبت سرپایی به سالمندان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی استان تهران انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع ترکیبی متوالی-اکتشافی (Exploratory sequential mixed-method) است که در دو مرحله مرتبط، کیفی به منظور تدوین الگوی مراقبت و ارزشیابی به منظور ارزیابی تأثیر اجرای الگوی مراقبت سرپایی، در یکی از درمانگاه‌های سازمان تأمین اجتماعی استان تهران (خانندان حکیم) به اجرا در آمد.

مرحله اول: طراحی الگوی مراقبت سرپایی: در این مرحله، الگوی مراقبت سرپایی از سالمندان تدوین گردید. جهت تدوین الگو، در ابتدا از روش مرور یکپارچه (Integrated review) استفاده شد. مراحل انجام پژوهش، شامل شناسایی مسئله، جستجوی متون، ارزیابی داده‌ها، تحلیل و تفسیر داده‌ها و ارائه نتایج بود (۳۶). ماحصل آن، تولید نسخه اولیه الگوی ارائه مراقبت سرپایی به سالمندان بود.

در این مرحله با توجه به هدف مطالعه، مفهوم «خدمات سرپایی به سالمندان»، انتخاب شد. سپس به جستجوی منابع، بدون محدودیت زمانی و با کلیدواژه‌های انگلیسی مرتبط شامل Health care, elderly, older adults, aging, age, acute care, health care models, systems, age, primary health care, hospital based care, friendly care و integrative care در پایگاه داده‌های معتبر از جمله Proquest, Google scholar, Pubmed, Elsevier, Medline, Ebsco و به طور اختصاصی، درگاه سازمان جهانی بهداشت و کلیدواژه‌های فارسی شامل سالمند، کهنسال، الگوی مراقبت، سرپایی، بیمارستانی، مراقبت اولیه سلامت و مراقبت ادغام‌یافته در پایگاه‌های Magiran و SID در عنوان و چکیده مستندات علمی پرداخته شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ دسترسی تمام متن، مرتبط بودن متون با هدف پژوهش، انتشار مطالعه به زبان فارسی یا

الگوهای ارائه خدمات به سالمندان برحسب نیازهای پیچیده و گوناگون سالمندان، متعدد می‌باشند. به طوری که ساختارهای مراقبت سالمندان به ساختارهای مراقبت حاد (Acute Ambulatory Care)، تحت حاد (Sub-Acute Care)، طولانی‌مدت (Long-term Care)، مراقبت‌های اولیه (Primary Care) و مراقبت سرپایی (Outpatient Care) تقسیم‌بندی شده‌اند. در نگاهی متفاوت، مراقبت‌ها را بسته به محل ارائه در بیمارستان، درمانگاه، منزل و سایر مراکز مبتنی بر جامعه تقسیم‌بندی می‌کنند (۳۰). طراحی و اجرای الگوهای مراقبتی سالمندان به اشکال مختلف و مبتنی بر نیازهای آنان، به عنوان یک تکلیف مورد تأکید از سوی سازمان بهداشت جهانی و براساس شرایط اجتماعی-اقتصادی کشورهای در حال توسعه می‌تواند موجب استفاده بهینه از منابع در دسترس، صرفه‌جویی در هزینه‌ها، بهبود نتایج و رضایت مددجو گردد (۳۲، ۳۱، ۲۳). مطالعات در حوزه تجویز داروهای سالمندان به عنوان مراجعین سرپایی به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی نشان داد مشکلات جدی در این زمینه وجود دارد و سازمان باید برای کاهش تداخلات دارویی، کاهش هزینه‌های بیماران و سازمان‌های بیمه‌گر و سوق هزینه‌ها در راستای ارتقاء سلامت سالمندان به دنبال راهکار جدی باشد (۳۳). همچنین محققان کمال و همکاران در بررسی نیازهای سلامتی سالمندان مستمری‌بگیر سازمان تأمین اجتماعی نشان داد که این قشر نیازمند توجه بیشتر به مقوله سلامت به‌ویژه شناخت مؤثر نیازهای سلامتی و درمان بیماری‌ها می‌باشند (۳۴). عباسیان و شقاقی اگرچه با هدف طراحی الگوی ارائه خدمات با کیفیت بالا به سالمندان اقدام به طراحی دیاگرام ارائه خدمات مبتنی بر جامعه برای سلامت سالمندان نمودند (۳۵)، لیکن راهنمایی برای چگونگی اجرا و گام‌های عملی را ارائه نکرده و الگوی آنان در بعد درمان دچار ضعف می‌باشد. با عنایت به موارد ذکر شده و با توجه به نیاز مبرم سازمان تأمین اجتماعی در تأسیس درمانگاه‌های سرپایی جهت پاسخ به نیازهای سلامت سالمندان مقیم جامعه جهت تشخیص و درمان بیماری‌ها، مطالعه حاضر با هدف طراحی،

تأمین اجتماعی با تخصص‌های مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و فن‌آوری اطلاعات پزشکی) به بحث و تبادل نظر گذاشته و در پایان، الگوی نهایی "مراقبت سرپایی از سالمندان" تدوین و اعتباربخشی شد.

مرحله دوم: اجرای برنامه آموزشی: در این مرحله، نخست برنامه مدون آموزشی کارکنان تیم سلامت شاغل در درمانگاه‌های سالمندان براساس محتوای الگوی مراقبتی تدوین شده تهیه و به اجرا درآمد. ۲۲ نفر از اعضای تیم سلامت، طی دو دوره کارگاه آموزشی ۳ روزه به صورت نظری و عملی، آموزش‌هایی را براساس الگوی مراقبت سرپایی تدوین‌شده، در مورد اصول تعامل، چگونگی ارزیابی جامع و مشروح سالمندان (CGA)، سندرم‌های شایع دوران سالمندی و نحوه تشخیص آنها، مشکل چنددارویی در سالمندان و درمان و مراقبت از سالمندان دریافت کردند. روش‌های آموزشی مورد استفاده در این کارگاه‌ها شامل سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، برگزاری پانل تخصصی و آموزش عملی تکمیل فرم‌های ارزیابی بیماران بود. در طی جلسات آموزشی، این امکان برای کارکنان تیم سلامت فراهم شد تا پیشنهادات و پرسش‌های خود را در مورد الگوی تدوین‌شده مطرح نمایند. همچنین کارکنان به بحث و گفتگو تشویق شده و در جلسات آموزشی به طرح پرسش‌های فراگیران، دریافت بازخورد و ارزشیابی مناسب طی فرآیند آموزش توجه گردید.

جهت ارزیابی اثربخشی کارگاه، شرکت‌کنندگان قبل و بعد از شرکت در دوره آموزشی، پرسشنامه‌ای متشکل از دو بخش مشخصات دموگرافیک (شامل سن، جنس، شغل و سابقه کاری) و پرسشنامه محقق‌ساخته مشتمل بر ۱۰ گویه با طیف لیکرت ۵ درجه‌ای در مورد دانش و نگرش نسبت به اجرای الگوی تدوین‌شده را تکمیل نمودند. داده‌های حاصل، با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی (آزمون تی زوجی جهت مقایسه نمرات رضایت از دوره آموزشی به صورت قبل و بعد) مورد تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی‌داری آزمون مورد نظر، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

انگلیسی، وجود کلیدواژه‌های جستجو در عنوان، چکیده مقاله، یا کلمات کلیدی و از لحاظ روش مطالعه انواع مطالعات کمی، کیفی و مروری بود. معیار خروج نیز شامل مقالات دارای چکیده انگلیسی، ولی دارای متن غیرانگلیسی یا غیرفارسی بود. در جستجوی اولیه، ۱۱۵ مستند علمی به دست آمد، که پس از اعمال معیارهای ورود و خروج، در نهایت، ۲۸ مقاله باقی ماند. تیم تحقیق، در صورت با اهمیت بودن متون به صورت دستی نیز اقدام به جستجوی منابع نمود، بدین شکل که منابع متون جستجو شده نیز مورد ارزیابی قرار گرفته و منابع اختصاصی به شکل دستی جستجو شدند.

ارزیابی داده‌ها با استفاده از نظرات متخصصان و تیم تحقیق در مورد محتوای متون و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل محتوای کیفی (Qualitative Content Analysis) انجام شد. مقالاتی که پاسخگوی سئوال پژوهش بودند و در آنها، تعریف و توضیحات آشکار و پنهان و مصادیق الگوی مراقبت سرپایی سالمندان مطرح شده بود، به عنوان واحد تحلیل، مشخص و مورد تحلیل دستی قرار گرفتند. با تکیه بر تفاوت و تشابه مدل‌های ارائه‌شده در مقالات و با توجه به درون مایه‌های به‌دست‌آمده و با در نظر گرفتن این‌که همه ویژگی‌های اصلی مطرح‌شده در متون، در الگوی نهایی وجود داشته باشد؛ تلاش شد تا الگوی مستدل و جامعی برای خدمات سرپایی ویژه سالمندان تدوین گردد. در پایان این مرحله، نتایج به صورت جامع بیان و بدین ترتیب، پیش‌نویس الگوی مراقبت سرپایی سالمندان تدوین گردید.

سپس الگوی اولیه از طریق روش دلفی (Delphi method) (در سه چرخش) در معرض نظرسنجی و سپس اصلاح ۴ نفر از متخصصان طب سالمندی، روانپزشکی و سلامت سالمندان قرار گرفت. نتیجه حاصل از دلفی در ۲ جلسه بحث گروهی با حضور ۱۵ متخصص حوزه سلامت سالمندان (۲ متخصص طب سالمندی، ۱ متخصص روانپزشکی سالمندان، ۲ متخصص توانبخشی سالمندان، ۵ متخصص حوزه‌های سلامت سالمندان و ۵ نفر از کارشناسان ارشد سلامت سازمان

سئوالات مصاحبه از آنان پرسیده و مصاحبه ضبط گردید. همچنین نظر به اشتغال و محدودیت زمانی، از پزشکان، پرستاران و مدیران درگیر در برنامه تقاضا شد تا تجارب خود را در فرصتی مناسب به صورت کتبی برای تیم تحقیق ارسال نمایند.

قبل از انجام مصاحبه‌ها، راهنمای مصاحبه با سالمندان تدوین شد که شامل سئوالاتی از قبیل «شما قبلاً هم به درمانگاه خاندان حکیم مراجعه می‌کردید؟ اون موقع چطور به شما خدمات ارائه می‌شد؟ الان چطور خدمات ارائه می‌شود؟ از کدام یک بیشتر رضایت دارید؟ دلایل رضایت شما کدامند؟ چرا؟» بود. در طول مصاحبه و با توجه به اظهارات مشارکت-کنندگان، سعی شد با استفاده از سئوالات کنکاشی (Probing) و پیگیری‌کننده (Following) اطلاعات دقیق‌تری دریافت شود. طول مدت انجام مصاحبه‌ها بین ۲۰ تا ۴۵ دقیقه بود. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع (Saturation) اطلاعات ادامه یافت؛ فایل صوتی مربوط به هر فرد با کد مخصوص وی ذخیره و در اولین فرصت، کلمه به کلمه روی کاغذ پیاده‌سازی گردید. داده‌های کیفی با استفاده از تحلیل محتوای عرفی و رویکرد Graneheim و Lundman مورد تحلیل قرار گرفت. به این منظور، پس از جمع‌آوری سئوالات پاسخ داده-شده، دست‌نوشته‌ها چندین بار توسط محققین جهت دستیابی به یک درک کلی و صحیح بازخوانی شدند. کلیه دست‌نوشته‌ها به عنوان واحد تحلیل، لحاظ شدند. کلمات، جملات و یا پاراگراف‌ها به عنوان واحدهای معنایی در نظر گرفته شدند. سپس واحدهای معنایی با توجه به مفهوم نهفته در آنها به سطح انتزاع و مفهوم‌پردازی رسیده و با کدها نامگذاری شدند. سپس، کدها از نظر تشابهات و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه شده و تحت طبقات انتزاعی‌تر با برچسب مشخص طبقه‌بندی شدند. در پایان، با مقایسه طبقات با یکدیگر و تأمل عمیق و دقیق، محتوای نهفته در داده‌ها تحت عنوان درونمایه (تم) مطالعه معرفی گردید (۳۷).

در ادامه، یکی از درمانگاه‌های سازمان تأمین اجتماعی (خاندان حکیم) برای اجرای آزمایشی الگوی تدوین‌شده، تخصیص داده شد. چپش اتاق‌ها، محل استقرار اعضای تیم و شرایط فیزیکی محیط درمانگاه برای اجرای الگو، توسط تیم تحقیق بررسی و تعویلات لازم به عمل آمد. همچنین تعدیل و بازنویسی محتوای پرونده‌های الکترونیک سازمان انجام و فرم-های ارزیابی جامع سلامت مربوط به الگوی خدمات سرپایی به سالمندان توسط تیم فن‌آوری اطلاعات در سایت سازمان بارگزاری گردید. جزوه راهنمای عملی و فلوچارت‌های اجرای الگوی مراقبت سرپایی نیز در اختیار تمامی اعضای تیم قرار گرفت تا در صورت هرگونه نیاز اطلاعاتی، با مرور آن از به-کارگیری صحیح الگو مطمئن شوند. شایان ذکر است که برخی از اقدامات ارزیابی جامع سالمندان در حوزه کار پرستاران و برخی، در حوزه اختصاصی پزشکان بود.

بر اساس الگوی مراقبتی، در هر شیفت، سالمند پذیرش و ابتدا توسط پرستار مورد ارزیابی سلامت قرار می‌گرفت و سپس به اتاق پزشک ارجاع داده می‌شد. پزشک به پرونده سالمندان دسترسی داشت و براساس ارزیابی پرستار، بیمار را در حوزه-های تخصصی ارزیابی کرده و بدین ترتیب با دیدی جامع نسبت به تشخیص و تدوین طرح درمانی اقدام کرده و آن را در پرونده ثبت می‌نمود. در طرح درمانی، زمان مراجعه بعدی و نیازهای آموزشی مشخص شده و بیمار و همراه وی پس از خروج از اتاق پزشک، طبق طرح درمانی، توسط پرستار آموزش شفاهی دریافت کرده و پمفلت آموزشی مرتبط به بیمار یا همراه ارائه می‌شد.

جهت ارزشیابی الگوی مراقبت سرپایی از مصاحبه نیمه-ساختاریافته با سالمندان دریافت‌کننده خدمات که قبل از اجرای الگوی مراقبت سرپایی هم سابقه حداقل ۲ تا ۳ بار مراجعه به درمانگاه را داشتند، استفاده شد. نظر به همزمانی پاندمی کووید-۱۹ با برگزاری این مطالعه، مصاحبه‌ها به صورت تلفنی انجام پذیرفت. قبل از انجام مصاحبه، مجدداً اهداف مصاحبه برای سالمندان توضیح داده شد و پس از اخذ رضایت شفاهی،

توسط پرستار آموزش دیده، ۲) ارجاع به پزشک جهت تکمیل ارزیابی تخصصی مشکلات خاص دوره سالمندی، ۳) تدوین طرح درمانی براساس پروتکل‌ها و گایدلاین‌های ملی موجود براساس ارزیابی جامع سالمندان (CGA)، ۴) تشخیص و تدوین طرح درمانی سالمندان، ۵) انجام آموزش بیمار و خانواده براساس تشخیص و طرح درمانی (در مورد مداخلات دارویی، مشاوره با بیمار و خانواده وی به منظور کاهش خطرات احتمالی و ضرورت مراجعه بعدی و پیگیری درمان)، ۶) در صورت لزوم، ارجاع بیمار به خدمات پزشکی تخصصی.

یافته‌های حاصل از ارزشیابی آموزش نظری و عملی الگوی مراقبت سرپایی در ۲۲ نفر از اعضای تیم سلامت (۱۳ زن و ۹ مرد) نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن آنها $61/15 \pm 5/7$ سال بود. به لحاظ شغلی، ۱۶ نفر پزشک و ۶ نفر پرستار بودند. میانگین و انحراف معیار سابقه کاری آنان نیز $19/94 \pm 5/79$ سال بود. میانگین و انحراف معیار نمره تغییر نگرش اعضای تیم سلامت نسبت به مدیریت سلامت سالمندان پس از شرکت در دوره $4/68 \pm 0/48$ بود. در ارزیابی میزان رضایت تیم سلامت پس از دوره آموزشی مشخص شد که بیشترین رضایت مربوط به حساس تر شدن در تعامل با سالمندان و کمترین رضایت مربوط به توانایی استفاده از ابزارهای تخصصی تشخیصی اختلالات سالمندی به ترتیب با میانگین و انحراف معیار $4/14 \pm 0/83$ و $4/69 \pm 0/49$ بود (جدول ۱).

بررسی و مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات کل میزان رضایت تیم سلامت شرکت‌کننده از دوره آموزشی اصول مراقبت سلامت سالمندان نشان داد که این میزان قبل از شرکت در کارگاه $3/94 \pm 0/38$ بود که پس از شرکت در کارگاه به $4/48 \pm 0/59$ افزایش یافت. این تغییرات با استفاده از آزمون مقایسه زوجی میانگین‌ها، معنی‌دار بود ($p \leq 0/05$).

همچنین در این مطالعه، با ۱۱ سالمند دارای میانگین سنی ۷۲ سال و در بازه سنی ۶۲-۷۸ سال مصاحبه انجام شد. جدول شماره ۲ بیانگر مقوله‌های اصلی و زیرمقوله‌های حاصل از

در این مطالعه، معیارهای چهارگانه Guba و Lincoln که شامل اعتبارپذیری (Credibility)، تأییدپذیری (Confirmability)، قابلیت اطمینان (Dependability) و انتقال‌پذیری (Transferability) است، مورد استفاده قرار گرفتند (۳۸). به این منظور برای اعتبارپذیری، از درگیری مداوم و طولانی مدت (Prolonged Engagement) با داده‌ها در طول فرآیند تحقیق، بازنگری یافته‌ها توسط همکاران (Peer Debriefing) و تلفیق (Triangulation) در منابع و روش جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. جهت تحقق اطمینان‌پذیری، از ثبت دقیق مستندات، نگهداری داده‌ها و بازنگری ناظرین استفاده شد. تأییدپذیری نیز با نگارش کلیه وجوه و جزئیات پژوهش تأمین گردید. برای تحقق انتقال‌پذیری، به توصیف و تشریح کامل روند مطالعه پرداخته شد.

همچنین از نظرسنجی اعضای تیم سلامت درگیر در اجرای الگوی مراقبت سرپایی برای اصلاح و تعدیل الگوی به کارگرفته شده استفاده شد. بدین صورت که از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا نظرات خود مبتنی بر تجارب اخیر در رابطه با به‌کارگیری الگو را در مورد مواد، ابزار و روند کار با تأکید بر سه معیار ضروری بودن، نیاز به تغییر و تغییرات پیشنهادی ارائه نمایند. از تحلیل محتوای کیفی جهت تحلیل نظرات اعضای تیم سلامت استفاده شد.

نتایج

الگوی مراقبت سرپایی از سالمندان دربرگیرنده فرآیند بالینی سازمان‌یافته شامل مراحل زیر بود؛ ۱) موردیابی مشروح با استفاده از ابزارهای جامع غربالگری با استفاده از آزمون مختصر وضعیت ذهنی سالمندان Abbreviated Mental Test (AMT)، آزمون رسم ساعت Clock Drawing (CDT)، Test، فرم ارزیابی از دست دادن حافظه، بی‌اختیاری ادرار، سقوط و فعالیت‌های روزانه زندگی (ADL) Activities of Daily Living، مقیاس افسردگی سالمندی Geriatric Depression Scale (GDS) و وجود سندرم چند دارویی

داری؟ مشکلات، اینارو سؤال کرد. انگاری مثلاً آدم با مادرش حرف میزنه.. به خورده برای روحیه‌م خوب بود.»

مقوله اصلی ۲

ارزیابی جسمی: یکی دیگر از مقوله‌های اصلی، ارزیابی جسمی بود که از زیرمقوله‌های «ارزیابی تعادل و سقوط»، «ارزیابی بی-اختیاری ادرار»، «ارزیابی تغذیه»، «ارزیابی دارویی»، «ارزیابی عملکرد جسمی و تحرک»، «ارزیابی بینایی» و «ارزیابی شنوایی» انتزاع گردید. براساس دیدگاه سالمندان درخصوص نحوه ارائه خدمات سرپایی مشخص شد تغییرات محسوسی در ارزیابی سلامت جسمی آنان نسبت به قبل از اجرای الگو به وجود آمده و آنان از ارزیابی‌های صورت گرفته در این الگوی مراقبتی راضی بودند.

مقوله فرعی ۱

ارزیابی تعادل و سقوط: در مورد ارزیابی تعادل و سقوط، آقای مشارکت‌کننده ۷۲ ساله چنین اظهار نمود: «تازگی‌ها سؤال کردند. تقریباً میشه. به ماه پیش که رفتم سؤال کردند از من. گفت مبتونی عصا بگیری؟ بعد گفت این جوروی راه برو، دستاتو اینجوری بگیر، راه برو پاهاتو اینجوری بذار. بعداً گفت پاشو راه برو جلوم، پاشدم ده قدم رفتم جلو، برگشتم اینا!». همچنین مشارکت‌کننده دیگر این‌گونه بیان کرد: «به من گفت رو پا وایسا، نتونستم پاهام اینجوری دو تا پاهامو رو به روی هم بذارم وایسم.. گفتم مثلاً وقتی پامیشی زیر پات خالی میشه؟ سرت گیج میره؟»

مقوله فرعی ۲

ارزیابی بی‌اختیاری ادرار: در خصوص ارزیابی بی‌اختیاری ادرار، خانم مشارکت‌کننده ۷۰ ساله عنوان کرد: «نه این چیزا اون اولاً نبوده.. این دفعه خانوم دکتر سؤال کردند: میری میشینی معذرت میخوام برای دستشویی، ادرارت چیکه چیکه میاد یا عادیه؟»

مقوله فرعی ۳

ارزیابی تغذیه: در مورد ارزیابی تغذیه، آقای مشارکت‌کننده ۷۵ ساله اظهار کرد: «در مورد تغذیه هم تازگی‌ها از من سؤال کردند. ولی تغذیه که خانوم دکتر سؤال می‌کنند، باید با ما جور

تحلیل مصاحبه با سالمندان گیرنده خدمات سلامت سرپایی می-باشد. پس از انجام مراحل تحلیل، ۴ مقوله یا طبقه اصلی و ۱۴ زیرمقوله یا طبقه فرعی استخراج شد که در ادامه به تشریح بیان خواهد شد:

مقوله اصلی ۱

ارزیابی عملکرد شناختی: خلق و خو و رفتار یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که یکی از مقوله‌های اصلی در مورد ارزیابی عملکرد شناختی، خلق و خو و رفتار از سالمندان بود که از زیرمقوله‌های «ارزیابی حافظه» و «ارزیابی مشکلات روحی- روانی و افسردگی» انتزاع گردید. این مقوله گویای آن بود که سالمندان متوجه تغییر رویه پزشکان و پرستاران در ارزیابی و معاینه بیمار و نحوه مدیریت مشکلات سلامتی شده-اند و به خوبی دریافته‌اند که در نحوه ارائه خدمات سرپایی، تغییرات فاحشی در بررسی حافظه و حالات روحی-روانی و افسردگی آنان به وجود آمده است. آنان از دقت ارزیابی جدید که آن را اهمیت دادن به سلامت خود تعبیر می‌کردند، رضایت داشتند.

مقوله فرعی ۱

ارزیابی حافظه: در زمینه ارزیابی حافظه، خانم مشارکت‌کننده ۶۸ ساله چنین عنوان کرد: «اولین بار بود این کارو کردند. قبلاً هیچ-کاری نکرده بودن. قبلاً اصلاً اینارو هیچ سؤال نمی‌کردند. همین می‌گفتم دردم چیه، میزد و دارو می‌نوشت دیگه.. به فشار می-گرفت و به معاینه مثلاً. اما این بار از من سؤال کرد که اینا رو تو حافظه‌ت باشه، من بعداً بین حرفام اونارو سؤال می‌کنم. بعد دو مرتبه اونارو از من سؤال کرد و گفت سبب و میز. دیگه اون وقت متوجه نشدم. اون بنده خدا دوباره تکرار کرد. بعد عددارو از من سؤال کرد.»

مقوله فرعی ۲

ارزیابی مشکلات روحی- روانی و افسردگی: در خصوص ارزیابی مشکلات روحی- روانی و افسردگی به عنوان یکی از اقدامات اجرا شده در حین اجرای الگوی مراقبت سرپایی برای سالمندان، مشارکت‌کننده خانم ۷۰ ساله بیان داشت: «پرسید افسردگی

در بیاد. باید غذاهای مقوی خورد و بالاخره آدم باید به خودش برسه.»

مقوله فرعی ۴

ارزیابی دارویی: در این زمینه، خانم مشارکت‌کننده ۷۴ ساله بیان کرد: «از من قبلاً اینارو سؤال نمی‌کردند. اما این بار دکتره کامپیوترو نگاه کرد و ازم پرسید گفت فشارخونی‌ای؟ گفتم بله. ارثی‌یه. پدر و مادرم و همه‌مون فشارخونی‌ایم. فشارمون بالاست. استرس داشته باشیم میره بالا فشارمون. بعد دارو مارو بهم داد.»

مقوله فرعی ۵

ارزیابی عملکرد جسمی و تحرک: در این مورد، مشارکت‌کننده خانم ۶۸ ساله اظهار داشت: «راستش، این اولین باری بود که اینارو می‌پرسیدند. گفت مثلاً حموم میری کی میرت حموم؟ گفتم خودم میرم ولی خب به سختی دیگه. گفت کمک داری تو خونه؟ گفتم کار خودمو بالاخره همین زیر پامو تمیز کنم و اینا. این کارارو میتونم بکنم. گفت غذا خودت میپزی؟ گفتم آره. یه وقتی شور میکنم، یه وقت بی‌نمک میکنم (خنده). اینارو پرسید.»

مقوله فرعی ۶

ارزیابی بینایی: در زمینه ارزیابی بینایی، خانم مشارکت‌کننده ۶۴ ساله چنین اظهار کرد: «مثلاً چشمم، اینارو پرسید. اینکه چشمت چه جوریه؟ گفتم چند ساله عینک دارم. ولی وقتی میزنم یه خورده اذیت میشم، خسته میشم، نمی‌زنم. گفت حالا نمیزنی وقتی میزنی بهتری؟ گفتم آره. گفتم مثلاً وقتی پای تلویزیونم میزنم بهتر می‌بینم. بر میدارم نه، یه خورده ضعیفه. گفتند عینکتو بزن. چشمامو بستشو اینارو نشون داد، گفت فرقی نکردی، ولی عینکتو بزن.» مشارکت‌کننده دیگر نیز این‌گونه بیان نمود: «همین دستمو گرفتم، بنده خدا خانوم دکتره دستشو اشاره می‌کرد این‌ور و اون‌ور. بینایی‌مم گفت خوبه. چشمامو نگاه می‌کرد، می‌گفت خوبه دیگه.»

مقوله فرعی ۷

ارزیابی شنوایی: در خصوص ارزیابی شنوایی به عنوان مقوله- ای دیگر از ارزیابی جسمی، خانم مشارکت‌کننده ۷۲ ساله

چنین اظهار کرد: «این دفعه که رفتم ازم سؤال کرد که مثلاً ببینه شنوایی‌م چه جوریه. پشت سرم واستاد و سؤال کرد ازم. اول نفهمیدم، بعد گفتم چی؟ دوباره سؤال کرد و شنیدم و بهش گفتم، این دفعه درست گفتم. گفت خوبه دیگه» مشارکت‌کننده دیگر چنین بیان داشت: «اومده بود به گوشم یواشکی گفتش ۳،۲،۱ منم جواب‌شونو دادم. بعد اومد این یکی گوشم گفت ۵،۶،۲ بازم جواب‌شو دادم. گفتند نه گوشه خیلی خوبه.»

مقوله اصلی ۳

بها دادن به سلامت و شأن سالمند: از جمله مقوله‌های اصلی دیگر، بها دادن به سلامت و شأن سالمند به عنوان یکی از مهم‌ترین اصول ارائه مراقبت بود که از زیرمقوله‌های «اختصاص زمان کافی به بیمار»، «کاهش زمان انتظار بیمار» و «رضایت از نحوه تعامل و پاسخگویی تیم سلامت به بیمار» انتزاع گردید.

مقوله فرعی ۱

اختصاص زمان کافی به بیمار: یکی از موضوعاتی که در جهت بها دادن به سلامت و شأن سالمندان در صحبت‌های سالمندان مطرح شد، اختصاص دادن زمان کافی برای شنیدن صحبت‌های بیمار و ارائه اطلاعات کافی به بیمار توسط تیم سلامت بود. به این صورت که طبق اظهارات مراجعان، قبلاً به علت بار مراجعه‌کننده بالا، فرصت رسیدگی و پاسخ‌دهی به همه آنها توسط تیم سلامت پیش نمی‌آمد، اما با اجرای الگوی مراقبت سرپایی، این مشکل تا حدودی برطرف شده و توانسته موجبات رضایت خاطر سالمندان را فراهم بیاورد. در این زمینه، آقای مشارکت‌کننده ۷۸ ساله اظهار داشت: «همین خانوم دکتره که تقریباً من فکر کنم یه ربعی بلکه بیشتر با من صحبت کرد. اگه ما مثلاً بخوایم بریم مشاوره‌ها، مثلاً به ۳۰۰، ۲۰۰ تومن هم بدیم اینقدر با آدم حرف نمی‌زنند.»

مقوله فرعی ۲

کاهش زمان انتظار بیمار: به عقیده سالمندان، پس از اجرایی شدن الگوی مراقبت سرپایی، زمان انتظار آنان جهت دریافت خدمات

مقوله اصلی ۴

رضایت سالمند و همراهان: مقوله اصلی دیگر، رضایت سالمند و همراهان بود که از زیرمقوله‌های «ارائه آموزش و مشاوره به مراجعین» و «تقویت روحیه و انگیزه سالمندان» انتزاع گردید.

مقوله فرعی ۱

ارائه آموزش و مشاوره به مراجعین: در این الگو، سالمندان از ارائه آموزش و توضیحات درخصوص سبک زندگی سالم مانند تغذیه، فعالیت فیزیکی و تحرک، سلامت روحی- روانی و غیره رضایت داشتند. در این زمینه آقای مشارکت-کننده ۷۵ ساله اظهار داشت: «مثلاً خانومه می‌گفت شما باید ۳ بار غذا می‌خورید، غذا رو بکنید ۵ بار. میان صبحانه، ناهار باید یه چیزی بخورید. میان ظهر و شام باید یه چیزی بخوری. نیاز هست بدن‌تون. اونقدر این خانومه برای من توضیحاتی داد. در مورد تغذیه هم حرف زدند که باید غذاهای مقوی خورد و بالاخره آدم باید به خودش برسه. گفتند فعالیت کنید. فعالیت هرچی بکنی، تو این سن و سال بهتره». مشارکت‌کننده دیگر این‌گونه ابراز کرد: «بهم گفت غصه نخور، نباید زیاد فکر این چیزارو بکنی. مریضی مال همه‌ست.. هیچ ناراحت نباش. اینا همش خواست خداست».

مقوله فرعی ۲

تقویت روحیه و انگیزه سالمندان: سالمندان همچنین از اینکه تیم سلامت ارائه‌دهنده خدمات، به آنها روحیه و انگیزه می‌دادند، رضایت خود را اعلام نمودند. در مورد تقویت روحیه و انگیزه به عنوان عاملی که پس از اجرای الگوی مراقبت سرپایی موجب رضایت سالمند و همراهان شده است، آقای مشارکت‌کننده ۷۴ ساله این‌طور بیان نمود: «روحیه می‌دادن. این دفعه که من رفتم واقعاً روحیه می‌دادن».

در نهایت، تحلیل مستندات مربوط به نظرات پزشکان و پرستاران شرکت‌کننده در مورد اجرای الگوی مراقبت سرپایی، دلالت بر رضایت آنها از اجرا داشت. شرکت-کنندگان، وجود "رویکرد تیمی و جامع به ابعاد سلامت

بهداشتی- درمانی، کاهش یافته است. در این راستا، آقای مشارکت‌کننده ۷۵ ساله بیان کرد: «قبلاً مراجعه‌کننده زیاد بود، اون وقت اون‌چنانی بنده خداها نمی‌تونستند همه مردم سریع جواب بدن. اما الان مردم زیاد صف وانمیستن. اگه کسی کاری داشته باشه، بلافاصله کارارو سریع انجام میدن».

مقوله فرعی ۳

رضایت از نحوه تعامل و پاسخگویی تیم سلامت به بیمار: همچنین با اجرا شدن این الگو، سالمندان از چگونگی تعامل و پاسخگویی تیم سلامت، حمایت روحی و برخورد نرم و ملایم با آنها ابراز رضایت کردند. به طوری که علاوه بر اینکه خودشان از استفاده از خدمات این مرکز رضایت دارند، بلکه در منزل و نزد اعضای خانواده از مطلوب بودن این خدمات صحبت کرده و حتی دوستان و آشنایان خود را نیز توصیه به استفاده از خدمات این مرکز نموده‌اند. در این خصوص، خانم مشارکت‌کننده ۶۲ ساله‌ای ابراز کرد: «۴-۳ سال پیش یه خورده ناجور بوده. اما جدیداً که رفتم برخوردشون خیلی خوب بود. اون خانوم دکتر خیلی مهربون بود و سئوالی که می‌کرد، حواسش بهم بود که این جور و ایسادم، راه برم اینا، خیلی حواسش بهم بود که مثلاً نیفتم. سئوالایی‌ام که کرد راضی بودم. این کارارو که کردند خوشحال بودم. گفتم چه عجب آره. از مام یه. بالاخره سن مون بالاست دیگه. اینارو پرس و جو کردند». مشارکت‌کننده دیگر اظهار داشت: «من الان دارم میرم که کاش اون ۳-۲ بار که این‌ور، اون‌ور رفتم، می‌رفتم پیش این خانومه. او مدم اتفاقاً به بچه‌هام تو خونه گفتم. ۲ بار، ۳ بار تکرار کردم، گفتم خیلی خیلی اینجا داره کمک میکنن به مردم». مشارکت‌کننده دیگر چنین بیان کرد: «الآن که رفتم دکترای خوبی بودند. رفتارشان خوبه والا. برخوردشان خوبه. خداییش از همه‌شون راضی‌ام. خیلی همسن و سالای خودم مریض بودند، گفتم اینا دکترای خوبی دارند، منم مریض بودم خداییش چندتا دکتر رفتم فایده‌ای نداره. ولی رفتم اونجا چند وقت پیش، حالم خوبه».

عملکرد بیمار است (۴۰، ۳۹). به طور کلی برنامه‌های کلی ارزیابی و مدیریت سالمندان برای جلوگیری از کاهش عملکردی سالمندان مؤثرتر از مراقبت‌های معمول می‌باشند (۴۱).

الگوی منابع سالمندی برای ارزیابی و مراقبت از سالمندان (GRACE) نیز به منظور ارتقاء کیفیت مراقبت از سالمندان کم‌درآمد طراحی گردید و هدف آن بهینه‌سازی وضعیت سلامتی و عملکردی، کاهش استفاده بیش از حد از مراقبت‌های بهداشتی و پیشگیری از استقرار طولانی‌مدت در خانه سالمندان بود. این الگو دارای دو ویژگی منحصر به فرد ارزیابی چندبعدی و مراقبت تیمی بین رشته‌ای می‌باشد (۴۲، ۴۳).

نوروزی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان ارزشیابی الگوی سیستم مراقبتی جامعه‌نگر طراحی شده برای سالمندان شهر تهران، الگوی ارائه مراقبت‌های مبتنی بر جامعه ویژه سالمندان ناتوان که با استفاده از روش ترکیبی شامل بررسی جامع منابع مطالعاتی مرتبط، نظرسنجی از متخصصان و نیازسنجی از سالمندان به دست آمده بود را در قالب مطالعه-ای از نوع کارآزمایی بالینی بر روی ۳۶ نفر از سالمندان واجد شرایط به مدت شش ماه مورد اجرا و ارزشیابی قرار دادند. به‌کارگیری ابزار جامع ارزیابی سالمندان، برگزاری جلسات تیمی با هدف برنامه‌ریزی مراقبت‌ها، استفاده از رویکرد بین بخشی (با همکاری پرستار، پزشک، مددکار، روانشناس، کاردرمانگر و فیزیوتراپ) در فعالیت‌ها و مرکز توجه قراردادن سالمند به عنوان یک فرد و نه صرفاً تمرکز بر بیماری‌ها از مشخصات اصلی این الگوی مراقبتی بوده است. یافته‌ها نشان از تأثیر معنادار اجرای این الگو برای سالمندان داشت (۴۵).

الگوی «مراقبت سرپایی سالمندان سازمان تأمین اجتماعی»، اولین الگو از دسته الگوهای مراقبت سالمندان در کشور می‌باشد که با رعایت اصول مورد تأکید سازمان جهانی بهداشت طراحی و اجرا گردیده است. در حال حاضر

سالمندان و کاهش تجویز داروهای مورد نیاز سالمند" را مهم‌ترین دستاوردهای اجرای این الگوی ارائه خدمات معرفی کردند.

بحث

هدف از این پژوهش، طراحی، اجرا و ارزشیابی الگوی ارائه خدمات سلامت سرپایی به سالمندان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی در حوزه درمان مستقیم با الهام از تجربیات موفق کشورهای دیگر، مبتنی بر شواهد علمی و نظرات صاحب‌نظران و کارشناسان این زمینه بود. این الگوی منحصر به فرد، به توسعه درمانگاه‌های خاص سالمندی و ارتقاء خدمات سرپایی مختص سالمندان پرداخته و به عنوان اولین سازمان کشور به شکل اختصاصی در حوزه خدمات سلامت سالمندان اقدام به طراحی و اجرای الگوی مراقبتی نموده است.

از جمله الگوهای معرفی شده در جهان در زمینه ارائه مراقبت سرپایی در سالمندان می‌توان به الگوی مدیریت و ارزیابی سالمندان سرپایی Outpatient Geriatric Evaluation and Management (GEM)، الگوی منابع سالمندی برای ارزیابی و مراقبت از سالمندان Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE) الگوی مراقبت هدایت‌شده (Guided Care) و الگوی خودمدیریتی بیماری مزمن (Chronic Disease Self-Management) اشاره نمود (۴۴-۳۹). در الگوی مدیریت و ارزیابی سالمندان سرپایی (GEM)، از یک ارزیابی منظم توسط یک تیم بین رشته‌ای از متخصصان سلامت برای شناسایی بیماری‌های قابل درمان استفاده می‌کند و در نتیجه منجر به پیامدهای سلامت بهتر می‌شود. ویژگی اصلی الگوی GEM، جلسه تیمی بین رشته‌ای است که به طور سنتی به صورت حضوری انجام می‌شود. هدف این مدل، تدوین یک برنامه جامع برای بهبود کیفیت زندگی و به حداکثر رساندن

برخی مطالعات صورت گرفته نیز بر لزوم تدوین و برگزاری دوره‌های آموزشی مرتبط با شغل و افزایش معلومات و توانایی‌ها، مهارت، کارایی نیروی انسانی و تکریم ارباب رجوع و پاسخگویی (توانمندی آموزشی) برای کارکنان درگیر در مراکز وابسته به سازمان تأمین اجتماعی تأکید نموده‌اند (۵۲-۴۹).

از آنجا که یکی از راه‌های سنجش کارآمدی برنامه‌های مراقبت بهداشتی سازمان، میزان رضایت گیرندگان خدمات آن است (۵۴، ۵۳)، لذا در مطالعه حاضر به صورت کیفی به مصاحبه با سالمندان مراجعه‌کننده به درمانگاه منتخب پرداخته و مشخص شد که آنان از اجرای الگوی مراقبت سرپایی رضایت داشته و آن را در برقراری ارتباط با مراجعان مؤثر دانسته‌اند. مطالعه تاج‌مزینانی و بگی حاکی از آن بود که رضایت مستمری‌بگیران سازمان تأمین اجتماعی از رفتار پرسنل و کارکنان سازمان و نیز خدمات درمانی ارائه‌شده توسط آن در سطح مطلوبی قرار داشت. با این وجود، لازم است سازمان در راستای کسب رضایت بیشتر مراجعه‌کنندگان، در نحوه ارائه و اطلاع‌رسانی برخی خدمات تجدید نظر کرده و آنها را بهبود ببخشد (۵۴). همچنین مضامین وجود "رویکرد تیمی و جامع به ابعاد سلامت سالمندان و کاهش تجویز داروهای مورد نیاز سالمند" در گفت‌وگو تحلیل شده تیم سلامت درگیر در الگو، مؤید رضایت اعضای تیم بود. در مطالعه‌ای نیز ارائه راهکارهایی برای کاهش تداخلات دارویی سالمندان سازمان تأمین اجتماعی پیشنهاد شد (۳۳).

نتایج حاصل از مطالعه سخایی در حوزه رضایت‌سنجی و ارزیابی عملکرد سازمان تأمین اجتماعی، بیانگر آن بود که کیفیت خدمات درمانی، پاسخ‌گویی کارکنان و وضعیت امکانات و تسهیلات، از جمله مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رضایت شهروندان خدمت‌گیرنده از سازمان بوده‌اند. در این مطالعه گزارش شد که هر اندازه کیفیت خدمات درمانی بهتر باشد، میزان رضایت مراجعان نیز بیشتر خواهد بود. همچنین

تنها الگوی مراقبتی تخصصی سالمندان جاری در کشور، الگوی مراقبت ادغام‌یافته سالمندان در نظام مراقبت‌های اولیه است که به غربالگری و ارجاع سالمندان برای دریافت خدمات تخصصی اقدام می‌نماید. ارزشیابی این الگو با طرح نقدهای مهمی همراه بوده است که بر ضرورت بازبینی و ارتقاء آن تأکید می‌نمایند (۴۸-۴۶).

الگوی مراقبت سرپایی سالمندان سازمان تأمین اجتماعی، سعی بر این داشته است تا ضمن دربرگرفتن ارزیابی جامع عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان به صورت تیمی، در شناسایی و رفع مشکلات سلامتی سالمندان مبتلا به اختلالات مزمن تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی تلاش نموده تا خدمات به شکلی کیفی و به موقع، در دسترس آنان باشد. این الگو براساس توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت یعنی تقویت سلامت جسمی-روانی و تأمین حمایت و توانمندی سالمندان تدوین گردید (۴۷). رویکرد سازمان‌یافته بالینی مستتر در الگو به شکل مؤثر، راهکار کیفی را در شیوه تشخیص، ارزیابی و مدیریت سلامت سالمندان فراهم می‌کند. این مطالعه سبب شد تا پرونده پزشکی الکترونیک ویژه سالمندان مشتمل بر ارزیابی جامع عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی طراحی شود که می‌تواند به عنوان منبعی بسیار ارزشمند و جامع برای شناسایی نیازهای سالمندان و سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی-های سلامت سالمندان و بازنشستگان آن سازمان قرار گیرد. نتایج حاصل از اجرا و ارزشیابی دوره آموزشی اصول مراقبت سلامت سالمندان که با هدف ارتقاء دانش و نگرش تیم سلامت ارائه‌کننده خدمات سرپایی به سالمندان انجام شد، نشان داد کارکنان تیم سلامت از شرکت در این دوره آموزشی، راضی بوده و محتوای آموزشی این دوره توانسته موجبات رضایت آنان را فراهم آورد. بیشترین میزان رضایت آنان، مربوط به حساس‌تر شدن در تعامل با سالمندان و کمترین میزان رضایت مربوط به توانایی استفاده از ابزارهای تخصصی تشخیصی اختلالات سالمندی بود.

براساس نتایج مطالعه حاضر، تدوین الگوهای مراقبتی در بخش بستری ویژه سالمندان تحت پوشش سازمان، تدوین الگوهای مراقبت حمایتی و اجتماعی ویژه سالمندان تحت پوشش سازمان، ایجاد کلینیک ویژه ارائه خدمات سالمندی در مراکز ارائه‌کننده خدمات سلامت مانند بیمارستان‌ها، آموزش مستمر کارکنان درگیر در اجرای الگوی ارائه مراقبت سرپایی سالمندان، هر ۶ ماه برای به‌روز شدن دانش، نگرش و عملکرد آنان پیشنهاد می‌شود. همچنین نظر به مبنای کار تیمی الگوی یادشده، ضروری است تخصیص نیروی کار حرفه‌ای متناسب با فرایندهای مطرح در الگو منظور شود.

این طرح، مطابق قرارداد شماره ۲۰۹۶۱۰۴۶ در تاریخ ۹۶/۷/۲۴ به سفارش مؤسسه عالی پژوهش سازمان تأمین اجتماعی انجام شده و دارای تأییدیه علمی و اخلاقی از سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، از شرکت‌کنندگان در مطالعه، رضایت‌نامه کتبی اخذ و اطلاعات به شکل محرمانه و بدون درج مشخصات فردی جمع‌آوری شد. همچنین نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تضاد منافی وجود نداشته است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از حمایت‌های سازمان تأمین اجتماعی استان تهران، مدیریت و پرسنل درمانگاه خاندان حکیم، متخصصان، پزشکان و پرستاران مشارکت‌کننده در پژوهش و همچنین مشارکت و همکاری صمیمانه سالمندان، کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

ایجاد درمانگاه و مراکز مشاوره پزشکی مخصوص گروه‌های سنی سالمند از پیشنهادات ارائه‌شده در حوزه مراجعان بود (۵۱).

مطالعه حاضر، بنا به رویکرد توسعه‌ای آن که تحت تأثیر تغییرات سیاسی، اقتصادی جامعه قرار می‌گیرد، با مشکلات و موانع اجرایی همچون پاندمی کووید-۱۹ و بسیج امکانات سازمان‌ها به این بحران مواجه گردید، که محدودیت‌هایی را در آماده‌سازی مراکز و تأمین پرسنل فراهم کرد. همچنین محدودیت ناشی از قرنطینه در ایام پاندمی کووید-۱۹، دسترسی به مراجعان سالمند درمانگاه خاندان حکیم را با محدودیت روبرو کرد. بر همین اساس و بنا به تمایل مراجعه‌کنندگان و خانواده‌های آنان، مصاحبه‌ها به صورت تلفنی انجام شد. نبود نظام ثبت اطلاعات مربوط به برآیندهای سلامتی مراجعه‌کنندگان برای مقایسه با برآیندهای مدل، یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه بود که می‌تواند به عنوان پیشنهادی برای مطالعات آتی مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که اقدام براساس الگوهای عملی می‌تواند موجب تضمین کیفیت خدمات ارائه‌شده گردد. الگوی معرفی‌شده، موجب شناخت سریع مشکلات سلامتی و مداخله به‌موقع در سالمندان خواهد شد. چرا که با اجرای آن، امکان پیشگیری در سطوح مختلف فراهم می‌گردد و از بروز بیماری‌ها و عوارض آنها جلوگیری به عمل خواهد آمد. به طور کلی، نتایج این مطالعه می‌تواند ارائه‌کنندگان خدمات را در ارائه بهتر مراقبت و خدمات سلامت سالمندان یاری نماید.

جدول ۱- رضایت تیم سلامت شرکت‌کننده از شرکت در دوره آموزشی الگوی ارائه خدمات مراقبت سلامت سرپایی به سالمندان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی استان تهران

میانگین \pm انحراف معیار	گویه
۴/۶۸ \pm ۰/۴۸	شرکت در دوره، توانست در تغییر نگرش من به مدیریت سلامت سالمندان مؤثر باشد.
۴/۵۰ \pm ۰/۶۰	براساس محتوای ارائه‌شده در مقایسه با گذشته خود را توانمندتر در تشخیص مشکلات سلامتی سالمندان می‌دانم.
۴/۶۹ \pm ۰/۴۹	براساس محتوای ارائه‌شده در مقایسه با گذشته، خود را حساس‌تر در تعامل با سالمندان می‌بینم.
۴/۵۹ \pm ۰/۵۰	براساس محتوای ارائه‌شده در مقایسه با قبل از شرکت در دوره، خود را توانمندتر در مدیریت جامع سلامت سالمندان می‌بینم.
۴/۲۷ \pm ۰/۷۷	من توانایی آن را دارم که براساس محتوای ارائه‌شده در مقایسه با قبل از شرکت در دوره، همزمان به تمامی ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سالمند توجه کنم.
۴/۱۴ \pm ۰/۸۳	براساس محتوای ارائه‌شده در مقایسه با قبل از شرکت در دوره، اکنون توانایی استفاده از ابزارهای تخصصی تشخیصی اختلالات سالمندی را دارم.
۴/۵۵ \pm ۰/۶۰	براساس محتوای ارائه‌شده در مقایسه با قبل از شرکت در دوره، اکنون می‌توانم مؤثرتر با بیماران سالمند ارتباط بین فردی برقرار کنم.
۴/۶۴ \pm ۰/۴۹	براساس محتوای ارائه‌شده در مقایسه با قبل از شرکت در دوره، اکنون به کار تیمی در ارائه خدمات سلامت سالمندان بیشتر اهمیت می‌دهم.
۴/۲۰ \pm ۰/۷۰	براساس محتوای ارائه‌شده در مقایسه با قبل از شرکت در دوره، اکنون خود را در مدیریت تجویز داروی سالمند توانمندتر می‌بینم.
۴/۵۵ \pm ۰/۵۱	براساس محتوای ارائه‌شده در مقایسه با قبل از شرکت در دوره، به طور کلی اکنون احساس می‌کنم اعتماد به نفس بیشتری در مدیریت سلامت سالمندان دارم.

جدول ۲- مقوله‌های اصلی و زیرمقوله‌های به دست آمده از مصاحبه با مراجعان سالمند گیرنده خدمات الگو مراقبت سلامت سرپایی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی استان تهران

مقوله اصلی	مقوله فرعی
ارزیابی عملکرد شناختی، خلق و خو و رفتار	ارزیابی حافظه
	ارزیابی مشکلات روحی - روانی و افسردگی
	ارزیابی تعادل و سقوط
	ارزیابی بی‌اختیاری ادرار
	ارزیابی تغذیه
ارزیابی جسمی	ارزیابی دارویی
	ارزیابی عملکرد جسمی و تحرک
	ارزیابی بینایی
	ارزیابی شنوایی
	اختصاص زمان کافی به بیمار
بها دادن به سلامت و شأن سالمند	کاهش زمان انتظار بیمار
	رضایت از نحوه تعامل و پاسخگویی تیم سلامت به بیمار
رضایت سالمند و همراهان	ارائه آموزش و مشاوره به مراجعین
	تقویت روحیه و انگیزه سالمندان

References

1. Yeh PM, Bull M. Use of the resiliency model of family stress, adjustment and adaptation in the analysis of family caregiver reaction among families of older people with congestive heart failure. *International journal of older people nursing*. 2012;7(2):117-26.
2. Mirzaie M, Darabi S. Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(2):156-69. [Persian]
3. Shojaei F, Mohseni Zonouzi SJ, Mohammadzadeh Y. The effects of population ageing on health care expenditure in Iran. *Social Security Journal*. 2019;15(1):127-39. [Persian]
4. Rasel M, Ardalan A. The Future of Ageing and Its Health Care Costs: A Warning for Health System. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2007;2(2):300-5.
5. Kim D, Shin H, Kim C-y. Equitable Access to Health Care for the Elderly in South Korea: Is Income-Related Inequality in Health Care Utilization More Pronounced? *Research on Aging*. 2011;34(4):475-96.
6. Soleimanvandi Azar N, Mohaqeqi Kamal SH, Sajadi H, Ghaedamini Harouni GR, Karimi S, Foroozan AS. Barriers and Facilitators of the Outpatient Health Service Use by the Elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2020;15(3):258-77. [Persian]

7. Wodchis WP, Dixon A, Anderson GM, Goodwin N. Integrating care for older people with complex needs: key insights and lessons from a seven-country cross-case analysis. *International journal of integrated care*. 2015;15:e021.
8. Mezey M, Kobayashi M, Grossman S, Firpo A, Fulmer T, Mitty E. Nurses Improving Care to Health System Elders (NICHE): implementation of best practice models. *J Nurs Adm*. 2004;34(10):451-7.
9. Boltz M, Capezuti E, Bowar-Ferres S, Norman R, Secic M, Kim H, et al. Changes in the Geriatric Care Environment Associated with NICHE (Nurses Improving Care for HealthSystem Elders). *Geriatric nursing (New York, NY)*. 2008;29(3):176-85.
10. Blazer DG. Social support and mortality in an elderly community population. *American journal of epidemiology*. 1982;115(5):684-94.
11. Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams J, John W, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative Care Management of Late-Life Depression in the Primary Care Setting A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2002;288(22):2836-45.
12. Palmer RM, Landefeld CS, Kresevic D, Kowal J. A medical unit for the acute care of the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1994;42(5):545-52.
13. Tate E. How Does Geriatric Care Management Affect Health Outcomes of Geriatric Patients in Hospitals. 2014.
14. Calkins E, Boulton C, Wagner EH, Md M, Pacala JT. *New ways to care for older people: Building systems based on evidence*: Springer Publishing Company; 2004.
15. Hshieh TT, Yang T, Gartaganis SL, Yue J, Inouye SK. Hospital Elder Life Program: Systematic Review and Meta-analysis of Effectiveness. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2018;26(10):1015-33.
16. Fadayevatan R, Parker S, Warnes T. Inpatients Hospital Care for Older People. *Iranian Journal of Public Health* 2005;34(1):29-30.
17. Boulton C, Green A, Boulton L, Pacala J, Snyder C, Leff B. Successful Models of Comprehensive Care for Older Adults with Chronic Conditions: Evidence for the Institute of Medicine's "Retooling for an Aging America" Report: [see editorial comments by Dr. David B. Reuben, pp. 2348–2349]. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009;57(12):2328-37.
18. Australian Healthcare & Hospitals Association. primary health networks and aged care ahha primary health network discussion paper series: paper seven. Available at: https://ahha.asn.au/sites/default/files/images/phn_discussion_paper_seven_p_hns_and_aged_care.pdf.
19. Hirth V, Baskins J, Dever-Bumba M. Program of all-inclusive care (PACE): past, present, and future. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2009;10(3):155-60.
20. Johns Hopkins. Program of All-Inclusive Care for the Elderly (Hopkins ElderPlus). Available at: http://www.hopkinsmedicine.org/geriatric_medicine_gerontology/clinical_services/specialty_services/program_of_all_inclusive_care.html.
21. Iowa department of human services. Program of All-Inclusive Care for the Elderly. Available: http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm_316_7-12%20Revised.pdf.
22. Pepersack T. Minimum geriatric screening tools to detect common geriatric problems. *The journal of nutrition, health & aging*. 2008;12(5):348-52.
23. Macadam M. Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review. 2008.
24. Knowsley, N. EasyCare. 2011 [cited 2011; Available at:

- <http://www.knowsley.nhs.uk/default.aspx>.
25. Sheffield, T.U.o. Easy Care. 2011 [cited 2011; Available from: <http://www.sheffield.ac.uk/medicine/easycare/index.html>.
 26. Mohaqeqi Kamal SH, Basakha M. Prevalence of Chronic Diseases Among the Elderly in Iran: Does Socioeconomic Status Matter?. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. Forthcoming 2020. [Persian]
 27. Mirfallah Nasiri SN, Asghari S, Sabaghi S. A Look at the Developments of Aging in Iran and the Coverage of Social Support for the Elderly (Provincial Adaptation). *Iranian Journal of Official Statistics Studies*. 2019;30(1):173-92. [Persian]
 28. Rojuee M, Ramezani M, Hesari MR, Bor Bor Jafari M. Designing Performance Evaluation Indicators by Using AHP and BSC Approaches (Case of Study: Social Security Organization of Mashhad). *Social Welfare*. 2017;17(64):133-60. [Persian]
 29. Shirali E, Shahbazi M. Presenting Welfare Services to Elderly in Selected Country and Lessons for Iran. *Social Security Journal*. 2019;15(4):191-209. [Persian]
 30. Mohammadi Shahboulaghi F. Health Care Systems for Older Adults. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2019. [Persian]
 31. Araujo de Carvalho I, Epping-Jordan J, Pot AM, Kelley E, Toro N, Thiyagarajan JA, et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. *Bull World Health Organ*. 2017;95(11):756-63.
 32. Halter J, Ouslander J, Mary E T, Studenski S, High K, Asthana S. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology 7th*, editor: McGraw-Hill Companies; 2009.
 33. No Kohan Ahvazi K, Sahaf R, Akbari Kamrani AA. Drug Perscription Patterns of Out Patient Medication for Older People Insured by Social Organization Insurance in Year 2009. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2012;6(0):14-23.
 34. Mohagheghi Kamal SH, Sajadi H, Zare H, Biglarian A. Need Assessment Among the Elders of Social Security Organization & National Retirement Fund. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2008;3(1):8-15. [Persian]
 35. Abbasian M, Shaghaghi A. Investigating the structures of providing elderly services in the world and providing a suitable integrated model for Iran: Tabriz University of Medical Sciences; 2016. [Persian]
 36. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*. 2005;52(5):546-53.
 37. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today*. 2004 24(2):105-12.
 38. Guba EG, Lincoln YS. *Competing paradigms in qualitative research*, Handbook of qualitative research. London CA: Sage; 1994.
 39. Phibbs CS, Holty J-EC, Goldstein MK, Garber AM, Wang Y, Feussner JR, et al. The effect of geriatrics evaluation and management on nursing home use and health care costs: results from a randomized trial. *Medical care*. 2006;44(1):91-5.
 40. Silverman M, Musa D, Martin DC, Lave JR, Adams J, Ricci EM. Evaluation of outpatient geriatric assessment: A randomized multi-site trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1995;43(7):733-40.
 41. Boulton C, Boulton LB, Morishita L, Dowd B, Kane RL, Urdangarin CF. A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49(4):351-9.
 42. Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, et al. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *Jama*. 2007;298(22):2623-33.

43. Butler DE, Frank KI, Counsell SR. The GRACE Model. In: Malone ML, Capezuti EA, Palmer RM, editors. *Geriatrics Models of Care: Bringing 'Best Practice' to an Aging America*. Cham: Springer International Publishing; 2015. p. 125-38.
44. Wolff JL, Rand-Giovannetti E, Palmer S, Wegener S, Reider L, Frey K, et al. Caregiving and chronic care: the guided care program for families and friends. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2009;64(7):785-91.
45. Nowrouzi K, A'bedi HA, Maddah SSB, Mohammadi I, Babaei G. Testing Effectiveness of a Community-Based Health Care System Model for Elders in Tehran. *Archives of Rehabilitation*. 2005;6(2):36-42. [Persian]
46. Lotfalinezhad E, Abolfathi Momtaz Y, Nazari Panah N, Honarvar M, Arab Ameri F, Azimi M. Effectiveness of Integrated and Comprehensive Geriatric Care Program of Ministry of Health on Physical and Mental Health of Older Adults in Golestan Province, 2019. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019(Forthcoming). [Persian]
47. Zendehtalab HR, Vanaki Z, Memarian R. Improving the Quality of Geriatric Care for the Healthy Elderly in a Comprehensive Health Centers in Iran. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2021;15(4):428-39. [Persian]
48. Fineberg HV. Retooling for an aging America. *Medscape J Med*. 2008;10(8):188.
49. Eidi M, Rezaei F. Evaluating the quality of electronic services of the Social Security Organization from the perspective of the insured and pensioners of Ilam province. *New Research in Management and Accounting*. 2016(4):49-62. [Persian]
50. Gharibi P, Ekhlesi Oskooi A. Solutions to satisfy the customer or client in the Social Security Organization. *Forough Tadbir Quarterly*. 2012;9(20):74-86. [Persian]
51. Sakhaei A. Meta-analysis of Satisfaction and Performance Evaluation of Social Security Organization. *Social Security Journal*. 2018;14(3):55-90. [Persian]
52. Khojamli M, Dabaghi F, Mahmoodi G. Experiences of caregivers integrated care for the elderly: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2021;16(1):10-27. [Persian]
53. Khadivi R, Gholshiri P, Farasat E, Khaledi G. Caregiver satisfaction in rural areas in Isfahan district, Iran, after implementation of family physician project. *Journal of Isfahan Medical School*. 2013(244):1048-58. [Persian]
54. Tajmazinani AA, Bagi M. Satisfaction of the Pensioners of Social Security Organization and its Impact on their Attitude toward the Organization. *Social Security Journal*. 2019;15(1):43-62. [Persian]

Designing, Implementing and Evaluating a Model for Delivering Outpatient Health Care Services to the Elderly Population of the Social Security Organization of Tehran Province

Farahnaz Mohammadi-Shahboulaghi¹, Tahereh Ramezani², Dariush Panahizadeh³, Sholeh Hazarian⁴, Reza Fadayeveatan^{5*}

1- Ph.D. Professor, Iranian Research Center on Aging, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2- Ph.D. Student, Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3- MD. MPH. Director at Deputy of Treatment, Social Security Organization, Tehran, Iran

4- MD. MPH. Head of the Department of Chronic Diseases and Aging, Social Security organization, Tehran, Iran

5- Ph.D. Associate Professor, Department of Aging, Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding Author: reza1092@yahoo.com

Received: Jan 10, 2022

Accepted: Mar 19, 2022

ABSTRACT

Background and Aim: Delivering health services to the elderly is one of the most important responsibilities of the health care system of any country. In order to improve the provision of health services to the elderly population under its coverage, the National Social Security Organization conducted this study with the aim of designing, implementing and evaluating a model for providing outpatient health care services to the elderly population under the coverage of its Tehran Province Office.

Materials and Methods: This was a sequential-exploratory mixed-method study. The initial model was developed and validated using the integrated review method and the final model using the Delphi technique and group discussions with experts. Then the educational program was developed and implemented for the health team. Assessment of the effectiveness of the program was done using a researcher-made knowledge and attitude questionnaire (pre- and post-test). The model was then implemented in the Khandan-e-Hakim Clinic. The effectiveness of the model implementation was determined based on the qualitative content analysis of the interviews with the elderly and qualitative content analysis of the health team comments.

Results: The outpatient care model of the elderly included an organized clinical process consisting of 6 phases. The mean age of the health team members was 45.7 ± 15.11 years. The difference between the health team satisfaction total scores before and after participating in the educational program was statistically significant ($P \leq 0.05$). Further analysis of the data showed, based on the interviews with the elderly, the main categories to be "assessment of cognitive function, mood and behavior", "physical assessment", "appreciation of the health and dignity of the elderly" and "satisfaction of the elderly and their companions". Analysis of the comments of the health team revealed their satisfaction with the implementation of the model.

Conclusion: The introduced model can make possible rapid identification of health problems and timely intervention in the elderly population. This implementation model will help disease prevention and complications at different levels. The findings of this study can help service providers to provide better care and health services for the elderly.

Keywords: Model, Outpatient Health Care Services, Elderly, Social Security Organization, Tehran Province

Copyright © 2022 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.