

دیدگاه های کارشناسان گروه سلامت در مورد ارائه راهکارهای هزینه اثر بخش در فرآیند

مراقبت از سالمندان

سعید کریمی: دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مرضیه جوادی: دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران -

نویسنده رابط: m_javadi@mng.mui.ac.ir

مینا ایروانی: دانشجوی دوره دکتری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

الهام چاوشی: کارشناس ارشد، گروه مدیریت آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۲/۹

چکیده

زمینه و هدف: رشد جهانی جمعیت سالمندان هم برای ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی و هم برای اعضای خانواده و جامعه ای که سالمندان در آن زندگی می کنند یک چالش مهم محسوب می گردد. سالمندان بزرگترین و سریع ترین عامل در جامعه برای افزایش پذیرش های بیمارستانی هستند و هزینه های رو به تزاید دوره سالمندی دغدغه بیشتر سالمندان و خانواده ای آنان است. این مطالعه با هدف بررسی دیدگاه های گروه سلامت در مورد ارائه راهکارهای هزینه-اثر بخش در فرآیند مراقبت از سالمندان انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه یک پژوهش کیفی است که به شیوه تحلیل محتوا انجام شد. در طی این تحقیق ۱۸ شرکت کننده (شامل: ۵ نفر عضو هیأت علمی، ۶ نفر پزشک، ۳ نفر پرستار و ۴ نفر کارشناس بهداشت) به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب گردیدند. داده ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها، با استفاده از روش کلایزی انجام شد.

نتایج: ۴ محور اصلی به دست آمده از این پژوهش، عبارت بودند از: تأکید بر آموزش های لازم برای مراقبت از سالمندان (شامل: آموزش پزشکان، پرستاران، کارشناسان بهداشت، سالمندان و مراقبین خانوادگی آنها)، تأکید بر حسن اجرای خدمات بهداشتی اولیه مناسب برای سالمندان، تأکید بر اجرای مراقبت از سالمند در منزل، تأکید ویژه بر سلامت روان در سالمندان می باشند.

نتیجه گیری: به نظر می رسد راهکار آموزش و مراقبت از سالمندان و در منزل و تأکید ویژه بر سلامت روان از مواردی هستند که اثربخش بودن آنها کاملاً ثابت شده و بدیهی بوده و به کارگیری آنها یقیناً راهگشا است. راهکار "تأکید بر حسن اجرای خدمات بهداشتی اولیه مناسب برای سالمندان" باید بر اساس مطالعات نیازسنجی و اقدامات مبتنی بر نیاز سالمندان صورت گیرد. البته، ارزیابی هزینه-اثر بخشی محورهای ذکر شده، بوسیله مطالعات کمی، برای شناسایی منافع واقعی آنها در فرآیند مراقبت از سالمندان ضروری است.

واژگان کلیدی: خدمات، سلامت سالمندان، مراقبت، هزینه-اثر بخشی، هزینه های مراقبت سلامت

مقدمه

می باشد (Debbie et al. 2011). پرستاران نه تنها باید قادر به ارائه مراقبت های سالمندی باشند بلکه لازم است حساس به ویژگی های فرهنگی سالمندان در همه زمینه های نژادی باشند (Shellman 2007). طبق پیش بینی های بخش جمعیت سازمان ملل متحد نسبت جمعیت سالمند در جهان از حدود ۱۰/۵ درصد در سال ۲۰۰۷ به حدود ۲۱/۸ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت

سالمندی پدیده ای است که همه کشورهای دنیا اعم از کشورهای پیشرفته غربی و آسیایی را تحت تاثیر قرار داده است (Hidenori 2009).

سالمندی جمعیت و همچنین افزایش تعداد افراد مسن بالای ۸۰ سال نیاز به پرستاران ماهر و مراکز مراقبت با اقامت طولانی با امکان حمایت از سالمندان مبتلا به عارضه های جسمانی مزمن و ناتوانی های وابسته به سن

و یکم به شمار می رود (Lunenfeld 2002). رشد جهانی جمعیت سالمندان هم برای ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی و هم برای اعضای خانواده و جامعه‌ای که سالمندان در آن زندگی می‌کنند یک چالش مهم محسوب می‌گردد (Marais 2006).

کاهش هزینه مراقبت‌های سلامت در همه گروه‌ها به ویژه سالمندان از چالش‌های اصلی جوامع است؟ در مطالعات مختلفی به بررسی هزینه اثربخشی مداخلات درمانی و گزینه‌های مختلف درمان سالمندان پرداخته شده است مثلاً در مطالعه Hartholt و همکاران عنوان شده که میزان زمین خوردن سالمندان یکی از مشکلات بخش سلامت جوامع است و هزینه زیادی را بر آنها تحمیل میکند در این تحقیق دو نوع تجویز دارویی برای سالمندان بررسی و با مقایسه دو روش مختلف هزینه اثربخشی صرف نظر کردن از داروهایی که خطر زمین خوردن را در سالمندان افزایش می‌دهد مورد بررسی قرار گرفته است. (Hartholt et al. 2011) یا در مطالعه Chernyak به ارزیابی اقتصادی تاثیر رفتار درمانی شناختی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ و افسردگی خفیف رو به متوسط پرداخته است (Chernyak et al. 2009).

در مطالعه دیگری که توسط Kim و همکاران انجام شد به منظور استفاده موثر از منابع محدود یخس سلامت به بررسی روایی اقتصادی مراقبت‌های بهداشتی در منزل و مراقبت‌های سلامت در مراکز مراقبت پرستاری پرداخته شده است (Kim and Yang 2004).

در ایران نیز اقدامات مختلفی در جهت بهبود مراقبت‌های سالمندان انجام شده است براساس گزارش‌ها از حدود یک دهه قبل کمیته‌ای با حضور صاحب‌نظران و متخصصین مختلف تصمیم به اجرای سیاست‌های مختلفی در این زمینه گرفتند، بررسی‌هایی به صورت کشوری و با در نظر گرفتن ابعاد اجتماعی، اقتصادی و سلامت جسمانی روانی صورت گرفت. همچنین طرح‌های تحقیقاتی کشوری «بررسی وضعیت سلامت سالمندان» تهیه و به کلیه استان‌های کشور ارسال شد. و نتایج جمع آوری گردید تا مبتای

(United Nations 2006). افزایش تعداد افراد بالای ۶۵ سال در جوامع رو به تزاید است و این امر میزان تقاضای مراقبت‌های سلامت را افزایش می‌دهد (Sevanz et al. 2011). سالمندان بزرگترین و سریع‌ترین عامل در جامعه برای افزایش پذیرش‌های بیمارستانی هستند این افراد بالاترین ریسک ناتوانی، ضعف شناختی را دارند (Graham et al. 2011)

از آنجا که کشورهای در حال توسعه هنوز با مشکلات ناشی از توسعه دست به گریبان هستند و به بررسی مسائل مرتبط با پیر شدن جمعیت نمی‌اندیشند. در نتیجه برای آینده پیش‌بینی‌های لازم را بعمل نیاورده و به طور ناگهانی با پدیده سالمندی جمعیت و دشواری‌های حاصل از آن روبرو خواهند شد. در کشورهای در حال توسعه سرعت سالخوردگی جمعیت بیشتر است و در مقایسه با کشورهای توسعه یافته، مدت زمان کمتری طول می‌کشد تا جمعیت سالمندان ۲ برابر شود. بنابراین، این کشورها آمادگی کافی برای رویارویی با این وضعیت را نخواهند داشت و این مسئله بعنوان تغییری در نظام اقتصادی- اجتماعی، مشکلات بسیاری برای آنان بوجود خواهد آورد (Vice Chancellor Health of Sbm) (2011).

این چالش به موقعیت دموگرافیکی کشور ایران نیز مربوط می‌شود. در کشور ما بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۸۵ سالمندان بالای ۶۵ سال حدود ۵/۲ درصد از کل جمعیت را شامل می‌شدند و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۲۹ به ۲۴/۹ درصد برسد که روندی سریعتر از سایر گروه‌های جمعیتی خواهد داشت (Statistical Center of Iran 2005; MOHME 2006). سالمندی یک پدیده جهانی است. در سال ۲۰۵۰، حدود ۸۰ درصد افراد سالمند ساکن کشورهای در حال توسعه خواهند بود (World Health Organization 2010).

پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست

به کاوش راهکارهای هزینه-اثربخش در فرآیند مراقبت از سالمندان پرداخته شود.

روش کار

پژوهش حاضر، یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتواست، که به بررسی دیدگاه‌های گروه سلامت در مورد ارائه راهکارهای هزینه اثر بخش در فرآیند مراقبت از سالمندان پرداخته است. این شیوه در بررسی‌ها و آموزش جایگاه ویژه‌ای دارد و داده‌ها می‌توانند به صورت بیانی، نوشتار، الکترونیک و یا به کمک پرسش‌های باز به دست آیند.

جامعه پژوهش شامل: اعضای هیأت علمی، پزشکان، پرستاران و کارشناسان بهداشت در بیمارستان‌های آموزشی و مراکز بهداشتی-درمانی شهر اهواز بودند.

در این مطالعه، نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف از میان افراد واجد شرایط که داوطلب به شرکت در پژوهش، دارای دانش و تجارب کافی در زمینه مراقبت از سالمندان و علاقمند به بیان دیدگاه‌های خود بودند، صورت گرفت. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. برای افزایش اعتبار و به دست آوردن اطلاعات جامع‌تر، نمونه‌ها از طیف وسیعی از اعضای گروه سلامت انتخاب شدند.

نهایتاً در پژوهش حاضر ۱۸ نفر شامل: ۵ نفر عضو هیأت علمی، ۶ نفر پزشک، ۳ نفر پرستار و ۴ نفر کارشناس بهداشت شرکت نمودند.

برای جمع‌آوری اطلاعات، پس از هماهنگی تلفنی با افراد مورد نظر، برنامه‌ریزی لازم برای مصاحبه و جمع‌آوری داده‌ها انجام گرفت. پس از مراجعه به هر کدام از افراد مورد پژوهش محیطی مناسب و خلوت در نظر گرفته می‌شد. ضمناً قبل از شروع مصاحبه، از شرکت‌کنندگان برای ثبت مصاحبه‌ها اجازه گرفته و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به آنها اطمینان داده شد. مصاحبه‌ها به روش نیمه ساختارمند و به صورت فردی و چهره به چهره صورت پذیرفت.

برنامه‌ریزی‌ها قرار گیرد. برنامه مراقبت ادغام یافته در حال حاضر در شبکه بهداشتی کشور در حال اجراست این برنامه استفاده از عوامل خطر و نشانه‌های بالینی ساده و ادغام یافته، در سطح استفاده‌کننده خدمت است در این برنامه از حداقل عوامل خطر و نشانه‌های بالینی کلیدی برای شناسایی زودرس بیماری، درمان مناسب و ارجاع به موقع استفاده شده است. این برنامه شامل سه بخش است: ارزیابی، طبقه‌بندی و توصیه (MOHME, Population, family health office 2009) مطالعات گوناگونی بر این واقعیت تأکید دارند که با ورود به مرحله سالمندی، هزینه‌های درمانی در بخش‌ها و شکل‌های مختلف روند تصاعدی خواهند داشت (Jenson 2007; Dausch 2003; Hertzman and Hayes 1958). مطالعه‌ای به سفارش کنگره آمریکا در سال ۱۹۹۹ حاکی از آن است که هزینه‌های درمانی در گروه سنی بالای ۶۵ سال، به بیش از ۵ برابر کل هزینه‌های درمانی گروه سنی کمتر از ۶۵ سال است. (Jenson 2007). به علاوه رشد هزینه‌های مراقبت‌های طولانی مدت مخصوصاً در خانه‌های سالمندان شتاب بیشتری از هزینه‌های مراقبت‌های حاد در بیماران سالمند به موازات افزایش سن آنها دارد (Poureza and Khabiri 2006). گرچه در ایران هنوز مطالعه‌ای برای پیش‌بینی هزینه‌های سلامت با توجه به رشد جمعیت سالمندی انجام نگردیده است، لیکن در خوش‌بینانه‌ترین حالت، جمعیت سالمند از ۶/۷ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۲۰ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت و با فرض ۵ برابر بودن هزینه‌های درمانی سالمندان (براساس برآوردهای در دسترس سایر جوامع)، برای پاسخ‌گویی به هزینه‌های سلامت لازم است سرانه هر نفر از منابع مالی بخش سلامت به بیش از ۲/۵ برابر افزایش یابد (WHO 2007). لذا با توجه به افزایش روزافزون جمعیت سالمند در ایران و وجود چالش‌های اقتصادی پدیده سالمندی به عنوان یک موضوع محوری در عرصه اقتصاد سلامت تصمیم گرفته شد تا با یک پژوهش کیفی

گرفت. یافته‌های نهایی پس از اعمال تغییراتی براساس نتایج حاصل از اعتباربخشی جامعه پژوهش تنظیم شد.

نتایج

در پژوهش حاضر ۱۸ نفر شامل: ۵ نفر عضو هیأت علمی، ۶ نفر پزشک، ۳ نفر پرستار و ۴ نفر کارشناس بهداشت شرکت نمودند.

یافته‌ها در قالب ۴ محور اصلی به دست آمده، از این جهت گردیده است. راهکارهای های بدست آمده شامل: ۱- تأکید بر آموزش‌های لازم برای مراقبت از سالمندان، ۲- تأکید بر حسن اجرای خدمات بهداشتی اولیه برای سالمندان، ۳- تأکید بر اجرای مراقبت از سالمند در منزل و ۴- تأکید ویژه بر سلامت روان در سالمندان می‌باشند. محورهای اصلی در ارتباط با یکدیگر و تبیین کننده مراقبت‌های هزینه-اثربخشی در دوران سالمندی می‌باشند.

۱- تأکید بر امر آموزش گروه سلامت (با تأکید بر نقش پرستاران) در جهت مراقبت از سالمندان: این مفهوم با درون مایه‌هایی همچون آموزش آرایه دهندگان مراقبت‌های سلامت (پزشکان، پرستاران، کارشناسان توان‌بخشی و بهداشتی)، آموزش خانواده سالمند و آموزش خود سالمندان مورد تأکید قرار گرفته است.

اعضای گروه سلامت اعتقاد دارند که در تجربیات آنها آموزش یکی از راهکارهای بسیار هزینه اثربخشی در اغلب مراقبت‌های بهداشتی-درمانی از جمله مراقبت از سالمندان می‌باشد. در این محور، اعضای گروه سلامت به آموزش پزشکان، پرستاران و سایر اعضای گروه سلامت در جهت آشنایی با مشکلات دوران سالمندی و نحوه مراقبت‌های مناسب، آموزش خانواده‌ها با چگونگی مراقبت از سالمندان و آموزش سالمندان در مورد مشکلات سلامت جسمی و روانی در سالمندی و نحوه سازگاری با این مشکلات اشاره نمودند.

«متأسفانه به رغم پیشرفت‌های قابل توجه دانش پزشکی در مورد سالمندان، هنوز شکاف بزرگی بین آنچه که پزشکان

سؤال اصلی مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته بر اساس مروری بر مطالعات و نظرات صاحب نظران تدوین گردید. در هر مصاحبه از سؤالات پی‌گیری کننده برای واضح‌تر کردن مفاهیم به دست آمده استفاده گردید. با توجه به اطلاعات گرفته شده، برخی از مصاحبه‌ها در جلسه دوم به منظور کاوش بیشتر ادامه یافت.

سؤالات محوری از افراد، عبارت بودند از اینکه: ۱- به نظر شما در خدمت رسانی و ارائه مراقبت به سالمندان، از چه راهکارهایی باید استفاده نمود؟ ۲- به نظر شما کدام راهکارها، در فرآیند مراقبت از سالمندان هزینه-اثربخش خواهند بود؟

مدت زمان هر مصاحبه از ۲۵ تا حداکثر ۵۰ دقیقه به طول انجامید. پژوهشگر پس از انجام هر مصاحبه در اولین زمان ممکن و پس از چند بار گوش دادن، اطلاعات ضبط شده را به صورت کلمه به کلمه بر روی کاغذ دست نویس نمود.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش کلایزی استفاده گردید، بدین ترتیب که پس از چند بار خواندن و به دست آوردن درک جامعی از هر مصاحبه دست نویس شده، توصیف‌های مرتبط با موضوع مطالعه و جملات مهم هر مصاحبه استخراج گردید. لازم به ذکر است رویکرد انتخاب توصیف‌ها در تحلیل داده‌ها رویکرد مفهومی (conceptual) بوده است به این ترتیب که ابتدا مفاهیم کلی از متن مصاحبه‌های انتخاب شد و تعداد تکرار واژه‌ها (ضمنی یا صریح) در متن مصاحبه شمارش و یادداشت شد. در مرحله بعد بازنویسی و مفهوم یابی برای هر جمله با توجه به محتوای مصاحبه و موضوع مطالعه انجام و جملات و مفاهیم تهیه شده دسته‌بندی شدند. پس از آن بررسی مجدد محتوایی درون و بین مطالب از نظر تناسب داده‌ها انجام شد و عقاید استنتاجی از مرحله قبل ترکیب و تعدیل گردید و در مرحله آخر نیز به منظور اطمینان یابی از موثق بودن یافته‌ها مفاهیم استنتاج شده به شرکت کنندگان ارجاع و مورد تایید قرار

و باید مراقبت از خود را از میان‌سالی آغاز کنند تا در سالمندی، سالمند سالمی باشند» (p.3).

۲- تأکید بر حسن اجرای خدمات بهداشتی اولیه برای سالمندان: دومین راهکار اصلی پیشنهاد شده توسط شرکت کنندگان، تأکید بر حسن اجرای خدمات بهداشتی اولیه برای سالمندان بود در این مفهوم شرکت کنندگان به زیر عنوان‌هایی همچون کیفیت خدمت، به موقع بودن و در دسترس بودن و ارایه مراقبت‌های ادغام اشاره داشته‌اند. به اعتقاد آنها، مراقبت‌های بهداشتی از افراد سالمند هنوز در بسیاری از کشورها به عنوان یک مسئولیت ملی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی مورد توجه قرار نمی‌گیرد. نیازهای ویژه و سالمندان آسیب‌پذیر به ندرت به وسیله کارکنان بهداشتی در سطوح محلی مورد توجه قرار می‌گیرند. در حقیقت، نیازهای بهداشتی سالمندان مانند سایر افراد بالغ در نظر گرفته می‌شود، درحالی‌که نباید اینگونه باشد.

«به اعتقاد من، اگر برای آموزش شیوه زندگی سالم به سالمندان، تشخیص زودرس بیماری‌ها در سالمندان، توصیه‌های ورزشی مناسب و ارایه الگوهای تغذیه‌ای صحیح، مشاوره به سالمندان و مراقبین آن‌ها در زمینه شناخت نیازهای ویژه بهداشتی سالمندان و رفع این نیازها در سیستم سلامت برنامه‌ریزی درست انجام شود و اجرای این برنامه‌ها به مدیران کارآمد سپرده شود در روند دستیابی به اهداف سازمان جهانی بهداشت در فرآیند مراقبت از سالمندان، به نتایج خوب بالینی با هزینه-اثربخشی بالا دست خواهیم یافت» (p.12).

«به نظر می‌رسد، کیفیت ارایه خدمت بهداشتی درمانی به سالمندان از طریق پیشگیری اولیه مورد توجه جدی قرار نگرفته است؟ خدمات توانبخشی و مراقبت‌های طولانی مدت سالمندی با توجه به الگوی مزمن بیماری‌ها در دوران سالمندی، ساماندهی وضعیت درمان در کلینیک-های سرپایی و بخش بستری مخصوص سالمندان، شناخت نقایص اولیه و انجام اقدامات لازم از طریق ارجاع آنان به سایر کارکنان و نهادها شناخت علایم اولیه بیماری و ارجاع آن‌ها برای مشاوره پزشکی، ارجاع سالمندان به کارکنان

و پرستاران میدانند" و "آنچه که باید بدانند" وجود دارد» شرکت کننده (Participant) (P.1).

«آموزش طب سالمندان می‌تواند بسیاری از اهداف سلامت و نظم ارایه خدمات بهداشتی- درمانی را در مورد سالمندان تامین کند و می‌توان به عنوان راه کار مناسبی جهت ارایه خدمات به سالمندان مورد استفاده قرار بگیرد. در نتیجه اگر آموزش سالمندان طب سالمندان در برنامه‌ریزی آموزشی دانشجویان پزشکی، پرستاری و پیراپزشکی به عنوان واحد درسی گنجانده شود، در فرآیند درمان و مراقبت از سالمندان بسیار هزینه-اثر بخشی خواهد بود» (p.6).

«برای ارایه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت و اثر بخش به سالمندان، ارتقای مهارت‌های بالینی پرستاری از طریق آموزش‌های صحیح بسیار حائز اهمیت است. بهتر است تأکید کنیم که، ضرورت توجه به مسأله آموزش پرستاری در زمینه چگونگی مراقبت از بیماران سالمند در نظام سلامت کاملاً مشهود است، زیرا مراقبت از سالمندان نیاز به دانش و مهارت خاصی دارد» (p.11).

«امروزه معمولاً، کارکنان مراکز بهداشتی در مورد رفع نیازهای ویژه سالمندان آموزش کافی و اثربخش نمی‌بینند. دست اندرکاران و برنامه‌ریزان آموزش سلامت، باید کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی را برای چنین نقشی آموزش دهند» (p.7).

«به نظر من، اعضای خانواده سالمند هستند که بیشتر باید نحوه نگهداری و مراقبت درست از سالمندان را یاد بگیرند. حتی کسانی که از طرف مؤسسات نگهداری و مراقبت از سالمندان به منازل فرستاده می‌شوند، اگر آموزش‌های کوتاه ببینند نحوه برخوردشان با سالمند متفاوت خواهد بود» (p.15).

«با توجه به تجاربی که بدست آوردم، باید تأکید کنم که خود سالمندان اولین کسانی هستند که باید درباره حفظ سلامت خودشان آموزش ببینند. سالمندان باید یاد بگیرند که چگونه از خودشان مراقبت کنند تا بیمار نشوند

همچنین یکی از اهداف مراقبت جامع بوده و نقشی کلیدی در بهبود کیفیت خدمات سیستم رسمی دارد. «در حال حاضر بسیاری از سیستم‌های مراقبت از سالمندان در کشورهای پیشرفته دنیا به این نتیجه رسیده‌اند که مراقبت از سالمندان در منزل با ارتقاء پیامدهای بالینی، افزایش رضایت سالمند و کاهش مؤثر هزینه‌های مراقبتی و درمانی همراه است» (p.4).

«با توجه به نقش حیاتی خانواده در حمایت از سالمندان و تأثیر آنان بر اثربخشی بیشتر خدمات سیستم‌های رسمی مراقبت و کاهش هزینه‌ها، لازم است که این مراقبت کنندگان تحت حمایت سیستم رسمی واقع گردند. حمایت از این مراقبت‌کنندگان و کمک به آنان در نقش مراقبت کنندگی شان درحقیقت به معنای تداوم مراقبت آنان از فرد سالمند می‌باشد» (p.13).

«فکر می‌کنم توجه به نیازهای مراقبین خانوادگی سالمند به اندازه توجه به نیازهای سالمندان، مهم است. حمایت از همراهان بیماران سالمند و رفع نیازهای آنان، وظیفه همه اعضای تیم مراقبت می‌باشد» (p.9).

«متأسفانه در شرایط بحرانی، تیم درمانی فقط به مراقبت از بیمار توجه دارند، در حالی که لازم است به نیازهای خانواده بیماران نیز تأکید شود. عدم حمایت از مراقبت کنندگان خانوادگی و عدم توجه به نیازهای آنان، باعث می‌شود تا این راهکار هزینه-اثربخشی در سیستم‌های مراقبت از سالمندان، نتواند نتایج اثربخشی خود را به ظهور برساند» (p.16).

۴- تأکید ویژه بر سلامت روان در سالمندان: همه اعضای گروه سلامت، تأکید ویژه بر سلامت روان در سالمندان را مورد توجه ویژه قرار دادند. به اعتقاد آنها تلاش در جهت ارتقاء سلامت روان در سالمندان یکی از راهکارهای هزینه-اثربخشی در فرآیند مراقبت از آنها به شمار می‌رود.

«به نظر می‌رسد که بسیاری از بیماری‌های جسمی در سالمندان با احساس تنهایی، افسردگی و اختلالات روانی در ارتباط است. افسردگی باعث ناتوانی سالمند و وابستگی او به دیگران، می‌شود» (p.18).

سایر بخش‌ها و سازمان‌های غیر دولتی به منظور دریافت کمک‌های ضروری، از قبیل داروهای رایگان، عینک، وسایل کمک شنوایی ارزان و غیره همه از وظایف مراقبین بهداشتی می‌باشد، که در سیستم ارائه خدمت به سالمندان هرگز به آنها توجه کافی نمی‌شود. لذا عواقب بوجود آمده در نتیجه این بی‌توجهی‌ها، با افزایش هزینه‌های سلامت و اثر بخشی پایین مراقبت‌ها همراه خواهد شد» (p.2).

«به نظر می‌رسد وجود مراکز واحد با قابلیت ارائه خدمات به صورت یکجا به سالمندان، هزینه اثر بخشی بالایی داشته و با توجه به اینکه کلیه خدمات قابل تصور جهت سالمند در یک مرکز صورت می‌گیرد دسترسی به کلیه خدمات یکجا برای سالمندان ممکن می‌باشد و برای آنها نیز آسایش بیشتری را به دنبال دارد» (p.5).

«یکی از راهکارهای هزینه-اثر بخش مراقبت‌های ادغام یافته سلامت سالمندان است. در ایران برنامه بهداشت سالمندان یکی از برنامه‌های گروه تخصصی بهداشت خانواده است که تحت عنوان «مراقبت‌های ادغام یافته سلامت سالمندان» برای رفع نیازهای اساسی سلامتی سالمندان گام بر می‌دارد، اما هنوز برای اجرا و ارتقاء آن باید تلاش‌های فراوان کرد» (p.14).

«به اعتقاد من، در فرآیند مراقبت از سالمندان، لازم است سیستم ارجاع پزشک به صورت سرانه طراحی گردد تا از سر درگمی و مراجعه مکرر به پزشکان مختلف و افزایش هزینه‌های درمانی جلوگیری گردد» (p.8).

۳- تأکید بر حسن اجرای مراقبت از سالمندان در منزل: برخی از اعضای گروه سلامت، تأکید بر اجرای مراقبت از سالمند در منزل را بطور جدی مورد تأکید قرار داد و این مسئله را به عنوان یکی از راهکارهای بسیار هزینه-اثربخشی در فرآیند مراقبت از سالمندان مطرح نمودند. در این مفهوم نیز با درون مایه‌های انجام مراقبت از سالمند در منزل و حمایت از خانواده سالمند در ایفای نقش شان تأکید شده است. خانواده مهم‌ترین کانون حمایت از سالمندان می‌باشد. اعضای خانواده نقش بسیار مهمی در مراقبت از افراد سالمند ایفا می‌کنند. این مسأله

آموزش و مراقبت و توجه به متغیرهای روانی در سالمندان بوده است.

در اولین راهکار پیشنهادی، اعضای گروه سلامت اعتقاد داشتند که آموزش یکی از راهکارهای بسیار هزینه‌اثر-بخشی در اغلب مراقبت‌های بهداشتی-درمانی از جمله مراقبت از سالمندان می‌باشد. در این پژوهش مفهوم آموزش در سه گروه جداگانه مورد تأکید قرار گرفته است آموزش کارشناسان گروه سلامت (پزشکان، پرستاران، کارشناسان توان بخشی و بهداشتی)، آموزش خانواده سالمند و آموزش سالمندان هر کدام مورد تأکید قرار گرفتند. که این موضوع می‌تواند به جامعیت اجرای این مفاهیم کمک کند. آموزش دانش لازم در مورد سالمندان به درمانگران و ارایه دهندگان مراقبت موضع پایه‌ای و اساسی است که در سایر مطالعات نیز مورد تأکید قرار گرفته است و به عنوان یکی از خالهای طب سالمندان محسوب می‌شود.

آموزش طب سالمندان در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به پزشکان، پرستاران، کارشناسان توان بخشی و بهداشتی یکی از ارکان اساسی در دستیابی به خدمات سلامتی هزینه-اثربخشی در فرآیند مراقبت از سالمندان می‌باشند (WHO 2010).

بررسی‌ها نشان می‌دهد پرستاران در اغلب کشورها در مورد نیازهای ویژه سالمندان و آسیب‌پذیری آنان در برابر مخاطرات معین، مهارت کافی نداشته و در بسیاری از موارد قادر نیستند از اختلالات و ناتوانی‌های سالمندان پیشگیری نموده و یا از پیشرفت آنها جلوگیری کنند (Gillis et al. 2006; Burban et al. 2008). در مطالعات انجام شده در ایران نیز کمبود دانش پرستاران در مراقبت از سالمندان گزارش شده است (Askaryzade et al. 2008; Mazaheri et al. 2006).

Franklin و همکاران به منظور ایجاد ظرفیت علمی در پرستاری سالمندان استفاده از پرستاران آموزش دیده و با تجربه *Advanced practice registered nurses* (APRNs) در سطوح فوق لیسانس و دکتری را هم در خدمات بهداشتی اولیه و هم مراقبت‌های بیمارستانی

«افسردگی به طور مستقیم و غیر مستقیم با هزینه‌های رو به افزایش سلامت در ارتباط است. برنامه‌ریزی در جهت حمایت‌های روحی از سالمندان، سلامت جسمی و روانی سالمند را افزایش داده و باعث اثربخشی بیشتر اقدامات مراقبتی و درمانی می‌گردد» (p.10).

«به نظر من، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت روان باید به عنوان جزء لاینفک مراقبت از سالمند در سیستم مراقبت‌های اولیه باید در نظر گرفته شود، زیرا روحیه خوب در سالمندان باعث افزایش رضایت آنها از زندگی، کاهش بیماری‌های جسمی، کاهش مراجعه به پزشک، کاهش میزان بستری در بیمارستان و در نهایت کاهش هزینه‌های سلامت می‌شود» (p.17).

بحث

با توجه به افزایش روز افزون جمعیت سالمند در جهان و اهمیت این مسئله در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران و وجود چالش‌های اقتصادی پدیده سالمندی به عنوان یک موضوع محوری در عرصه اقتصاد سلامت است به همین دلیل تمرکز بر روش‌های بهینه‌تر از نظر اقتصادی می‌تواند به کاهش هزینه‌ها و در نهایت به ارایه خدمات بهتر و بیشتر به سالمندان شود و در همین راستا، بر اساس بررسی دیدگاه‌های گروه سلامت در این تحقیق، چندین راهکار هزینه-اثربخش در فرآیند مراقبت از سالمندان پیشنهاد گردید. چهار راهکار پیشنهادی کارشناسان شرکت کننده در این مطالعه عبارت بود از: تأکید بر امر آموزش گروه سلامت (با تأکید بر نقش پرستاران) در جهت مراقبت از سالمندان. تأکید بر حسن اجرای خدمات بهداشتی اولیه برای سالمندان.

تأکید بر حسن اجرای مراقبت از سالمندان در منزل تأکید ویژه بر سلامت روان در سالمندان با نگاه عمیق به مفاهیم حاصل از این مطالعه می‌توان دریافت که تأکید گروه سلامت در این خصوص محور

در حالی که بنابر تحقیقات انجام شده، موفقیت مراقبت‌های ارایه شده به سالمندان بستگی به دانش، مهارت و نگرش اعضای تیم مراقبتی سالمندانشان دارد (Sahin et al. 2011).

دومین راهکار اصلی پیشنهاد شده توسط شرکت کنندگان، تأکید بر حسن اجرای خدمات بهداشتی اولیه برای سالمندان بود. محتوای این موضوع به مفاهیم کیفیت خدمت، به موقع بودن و در دسترس بودن و ارایه مراقبت‌های ادغام یافته اشاره دارد.

در ایران نیز اقدامات مختلفی در جهت بهبود مراقبت‌های سالمندان انجام شده است براساس گزارش‌ها از حدود یک دهه قبل کمیته‌ای با حضور صاحب نظران و متخصصین مختلف تصمیم به اجرای سیاست‌هایی در این زمینه گرفته شد، بررسی‌هایی به صورت کشوری و با در نظر گرفتن ابعاد اجتماعی، اقتصادی و سلامت جسمانی روانی صورت گرفت. همچنین طرح‌های تحقیقاتی کشوری «بررسی وضعیت سلامت سالمندان» تهیه و به کلیه استان‌های کشور ارسال شد. و نتایج جمع آوری گردید تا مبنای برنامه‌ریزی‌ها قرار گیرد.

برنامه مراقبت ادغام یافته در حال حاضر در شبکه بهداشتی کشور در حال اجراست این برنامه استفاده از عوامل خطر و نشانه‌های بالینی ساده ادغام یافته به صورت جامع در سطح استفاده کننده خدمت است در این برنامه از حداقل عوامل خطر و نشانه‌های بالینی کلیدی برای شناسایی زودرس بیماری، درمان مناسب و ارجاع به موقع استفاده شده است. این برنامه شامل سه بخش است: ارزیابی، طبقه‌بندی و توصیه (Zanzan Medical University 2012).

دسترسی و استفاده از خدمات مراقبتی در سالمندان در مطالعه Crist و همکاران (2009) به فاکتورهای اقتصادی انتساب داده شده است. به عبارت دیگر عوامل اقتصادی از تعیین‌گرهای اصلی در استفاده و دسترسی به خدمات در سالمندان بوده است. پوشش‌های بیمه سالمندان و طرح‌های بیمه‌ای همچون Medicare و Medicaid

ضروری دانسته است (Franklin et al. 2011). Bamber نیز در تشریح برنامه آموزش پرستاری دانشگاه فلوریدا عنوان داشته که برنامه درسی پرستاری در این دانشگاه یک برنامه دو ساله جامع است که برنامه‌های سالمندی را با واحدهای درسی پرستاری ادغام می‌کند (Bamber et al. 2010).

آموزش سالمندان محور دیگری بود که در یافته‌های این تحقیق به دست آمد این نکته به نوعی توانمند سازی افراد نیز تلقی می‌شود که در مفهوم ارتقاء سلامت بسیار مورد تاکید قرار دارد (Geroene 2005) تقویت توانایی خود افراد یکی از راه‌های اقتصادی برای مدیریت بیماری‌هاست. Huffman به نقل از موسسه ملی تحقیق سالمندی امریکا خاطرنشان می‌سازد که معمولاً به سالمندان در مقایسه با جوانترها در مورد شیوه‌های حفظ سلامتی، درمان بیماری و سبک زندگی اطلاعات کمتری داده می‌شود (Huffman 2003).

مطالعه Jolly و همکاران نشان داد که آموزش سالمند و اعمال تمرینات ورزشی در منزل توسط پرستار متخصص مراقبت‌های قلبی در یک دوره ۶ ماهه در مورد بیماران نارسایی قلبی باعث ارتقای کیفیت زندگی همراه با کاهش هزینه‌های درمان در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد شده است (Jolly et al. 2011) محور آموزش خانواده و یا افراد مراقبت کننده از سالمندان نیز از یافته‌های این مطالعه بود. به طوری که اظهار شده بود «به نظر من، اعضای خانواده سالمند هستند که بیشتر باید نحوه نگهداری و مراقبت درست از سالمندشان را یاد بگیرند.» (p.15).

به کارگیری گروه مراقبتی حرفه‌ای و آموزش دیده برای سالمندان یک چالش مهم است به گونه‌ای که به دلیل ویژگی‌های خاص اشتغال در مراقبت سالمندان، کمتر افراد به این مشاغل تمایل نشان می‌دهند و به رغم افزایش نیاز سالمندان به خدمات پزشکی و پرستاری تعداد کمی از باهوشترین پرستاران و پزشکان به دنبال اشتغال در این قسمت‌ها می‌باشند (Huffman 2003)

مطالعه Jolly و همکاران نشان داد انجام تمرینات ورزشی در منزل توسط پرستار متخصص مراقبت‌های قلبی در یک دوره ۶ ماهه در مورد بیماران نارسایی قلبی باعث ارتقای کیفیت زندگی همراه با کاهش هزینه‌های درمان در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد شده است (Jolly et al. 2011).

چهارمین راهکار اصلی پیشنهاد شده‌ی هزینه-اثر بخش توسط شرکت کنندگان، تأکید ویژه بر سلامت روان برای سالمندان بود. همه اعضای گروه سلامت، تأکید ویژه بر سلامت روان در سالمندان را مورد توجه قرار دادند. به اعتقاد آنها افسردگی با ناتوانی و وابستگی به کمک دیگران، ارتباط نزدیک دارد. همچنین افسردگی با هزینه‌های رو به افزایش بهداشتی در ارتباط است. بنابر آمارهای NIMH، هزینه‌های درمانی و بهداشتی سالمندانی که دارای نشانه‌های افسردگی هستند، در حدود ۵۰ درصد، بیشتر از همسالان خودشان، که فاقد چنین نشانه‌هایی هستند، می‌باشد (U.S. 2012).

کری و همکاران ۲۰۱۲ نیز بیان می‌کند که افسردگی اغلب با بیماری و آسیب‌هایی که نیاز به بستری بیمارستانی حاد دارند در ارتباط است خصوصاً در میان سالمندان (Carrie et al. 2012).

استفاده و ادغام علوم فکری-جسمی و موقعیت‌های عاطفی مثبت در طب سالمندی منافع فراوانی دارد و بر سه مسئله عمده آنان تأثیرگذار است. کم توجهی به سلامت عاطفی سالمندان می‌تواند منجر به ایجاد وضعیتی به نام ناتوانی مفرط نماید و این زمانی که کارکرد یک عضو بدن مختل شود و آنگونه که باید عمل نکند اتفاق می‌افتد (Love and Femia 2011). در صورت دریافت خدمات تخصصی هماهنگ جای مراقبت‌های عرفی در بیمارستان احتمال بهبودی معناداری در سرزنده ماندن بیماران در خانه خودشان به مشاهده شد (Graham et al. 2011).

هزینه-اثر بخش بودن مداخلات پیشگیری و درمان افسردگی در سالمندان در چندین مطالعه مورد ارزیابی دقیق

نیز از راهکارهای افزایش دسترسی توسط مارتین و همکاران عنوان شده (Martin et al. 2007).

Crist (۲۰۰۲) همچنین منابع مالی شخصی و پوشش بیمه را در افزایش استفاده از خدمات موثر دانسته است. اقدام به موقع برای تشخیص زودرس بیماری‌ها نیز از نکات مهم مورد تأکید در این مطالعه بوده است. بدیهی است که انجام مداخلات درمانی در مراحل اولیه بیماری کم هزینه-تر است (Asefzadeh 2007).

در سومین راهکار اصلی پیشنهاد شده توسط شرکت‌کنندگان، تأکید بر اجرای مراقبت از سالمند در منزل به عنوان یکی دیگر از راهکارهای بسیار هزینه-اثر بخشی در فرآیند مراقبت از سالمندان مطرح گردید.

در مطالعه Lysa نیز تأکید شده است که یکی از مشکلات سیستم مدیکر (Medicare) بستری‌های غیر ضروری بیمارستانی در سالمندان در خانه‌های سالمندان و مراکز مراقبت سالمندی بوده است و این امر موجب تحمیل بیلون‌ها دلار هزینه سالیانه شده است. وی خاطرنشان ساخته که ۳۰ درصد از پذیرش‌های خانه‌های سالمندان قابل پیشگیری است (Lysa 2009).

همچنین مطالعه انجام شده در مکزیک عنوان می‌کند که با توجه به هزینه‌های فزاینده فردی و دولتی و بار مالی ناشی از مراقبت‌های بعد بیمارستانی به کارگیری طرح مراقبت در منزل می‌تواند هزینه‌های درمانی و سازمانی را کاهش دهد (Janice et al. 2009).

مطالعات زیادی بر اقتصادی بودن مراقبت در منزل تأکید دارند. مطالعه هزینه-منفعت خدمات مراقبت در منزل در هنگ کنگ نشان داد که مراقبت افراد سالمند در منزل باعث صرفه‌جویی در هزینه‌های کلی مراقبت سلامت گردیده است (Leung et al. 2004). همچنین نتایج دو بررسی در مورد هزینه خدمات مراقبت در منزل دلالت بر کمتر بودن هزینه خدمات مراقبت در منزل به ویژه در افراد کهنسال نیازمند مراقبت‌های طولانی داشته است (Lee 2004; Baratikoutkias et al. 2002).

سالمندان تاکید داشتند. آنچه که باید به آن توجه داشت این که برای انجام برنامه‌های آموزشی نیاز سالمندان و استفاده از الگوها و پژوهش‌های نیازسنجی ضرورت دارد تا برنامه‌های مبتنی بر نیاز واقعی سالمندان تنظیم شود. در مورد حسن اجرای مراقبت‌ها علاوه بر ایجاد ساختار منسجم و پاسخگو برای سالمندان در شبکه ارایه خدمات به نظر می‌رسد ساده‌ترین راه برای پوشش مقوله دسترسی نیز استفاده از همان راهکار مراقبت‌های ادغام یافته باشد به گونه‌ای که خدمات مورد نیاز سالمند با کیفیت لازم از طریق ادغام با سایر مراقبت‌ها و توسط شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در اختیار آنان قرار گیرد. اجرای برنامه نیازسنجی، بررسی چگونگی تقویت نقش شبکه‌ای مراقبت‌های بهداشتی در مقوله سالمندان و تقویت زیرساخت‌هایی که بتواند به مشارکت و حمایت از خانواده سالمند در نگهداری آنان بپردازد از موضوعاتی است که باید به آن پرداخته شود. ذکر این نکته لازم است که این راهکارها براساس تجربیات، ادراکات و دیدگاه‌های مصاحبه‌شوندگان تنظیم شده است و قضاوت در مورد نتیجه عملی آن منوط به اجرای طرح‌های مداخله‌ای و محاسبات هزینه اثربخشی خواهد بود.

تشکر و قدردانی

از کلیه کارشناسانی که با صبر و حوصله در مصاحبه‌ها به گردآوری داده‌ها و اجرای این پژوهش کمک کردند قدردانی می‌شود.

قرار گرفته شده و نتایج بدست آمده، نشان داده‌اند که انجام چنین اقداماتی باعث اثر بخشی بالا و کاهش هزینه‌ها در فرآیند مراقبت از سالمندان می‌باشد (Van't Veer et al. 2010; Willey-Exley et al. 2009) مطالعات نشان می‌دهد که برنامه‌های آموزشی و مشاوره با سالمندان می‌تواند بطور مؤثری در درمان اختلالات روانی و افسردگی مفید واقع گردد (Hansson 2008).

نتیجه‌گیری

همانطور که گفته شد، امروزه یکی از چالش‌ها در عرصه اقتصاد سلامت، مشکلات اقتصادی-اجتماعی ناشی از پدیده سالمندی جمعیت در جهان است. در این پژوهش، بر اساس دیدگاه‌ها و تجربیات مشارکت‌کنندگان، چندین راهکار هزینه-اثربخشی در فرآیند مراقبت از سالمندان مطرح گردید.

در این تحقیق کارشناسان سلامت به چهار مفهوم عمده: آموزش با محوریت (گروه سلامت، خود سالمند و خانواده سالمند)، حسن اجرای مراقبت‌ها با درونمایه‌هایی همچون (کیفیت خدمت، به موقع بودن و در دسترس بودن و ارایه مراقبت‌های ادغام یافته) حسن اجرای مراقبت از سالمند در منزل با درون مایه‌های (انجام مراقبت از سالمند در منزل و حمایت از خانواده سالمند در ایفای نقش‌شان) و تأکید ویژه بر سلامت روان در

References

- Asefzadeh, A., 2007. Hospital researches and management. Forouzesh publication, Tehran.
- Askaryzade, M., Arab, M., Mohammad Alizade, S. and Haghdoost, A., 2008. Staff Nurses knowledge of aging process and their attitude toward elder people. *Iran Journal of Nursing*. **21**(55), pp. 19-27 [In Persian].
- Bamber, M., Graven, L., Abendroth, M.H., Park, L. and Grubbs, LP., 2010. Embedding an Unfolding Geriatric Case Exemplar into Nursing Simulation. *Clinical simulation in nursing*. **6**(3), P. 108.
- BaratiKoutkias, V., Chouvarda, L. and Maglaveras, N., 2002. Agent-based monitoring and alert generation for a home care telemedicine system. *Proc AMIA Symposium*. pp. 395-399.
- Burbank, P., Castronovo, A.D., Crowther, M.R. and Capezuti, E.A., 2006. Improving knowledge and attitudes toward older adults through innovative educational strategies. *J Professional Nursing*. **22**(2), pp. 91-97.
- Carrie, A., Ciro, Kenneth, J., Ottenbacher, James, E., Graham, SF., Ivonne, B. and Glenn, V.O., 2012. Patterns and correlates of depression in hospitalized older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. **54**, pp. 202-205.
- Chernyak, N., Petrak, F., Plack, K., Hautzinger, M., Müller, M.J., Giani, G. and Icks, A., 2009. Cost-effectiveness analysis of cognitive behaviour therapy for treatment of minor or mild-major depression in elderly patients with type 2 diabetes: study protocol for the economic evaluation alongside the MIND-DIA randomized controlled trial (MIND-DIA CEA). *BMC Geriatrics*, pp. 9-25,
- Crist, JD., Kim, SS., Pasvogel, A.J. and Vela, H., 2009. Mexican American elders' use of home care service. *Applied Nursing Research*. **22**(1), pp. 26- 34.
- Crist, J.D., 2002. Support for families at home: Mexican American elders' use of skilled home care nursing services. *Public Health Nursing*, **19**, pp. 366 – 376.
- Dausch J.G., 2003. Aging issues moving mainstream. *J. Am. Diet. Assoc.* **103**(6), pp. 683-684.
- Debbie, T., John, E.M., Yves, R. and Bruno, V., 2011. Advancing Nursing Home Practice: The International Association of Geriatrics and Gerontology Recommendations. *Geriatric Nursing*. **32**(3). pp. 195-197.
- Franklin, PD., Archbold. PG., Fagin, CM., Galik, E., Siegel, E., Sofaer, S. and Firminger, K., 2011. Building Academic Geriatric Nursing Capacity: Results after the first 10 years and implications for the future. *Nurs Outlook*. **59**, pp. 198-206.
- Gillis, A., Macdonald, B. and Maclsaac, A., 2008. Nurses' knowledge, attitudes, and confidence regarding preventing and treating deconditioning in older adults. *J Continuing Educ Nursing*, **39**(12), pp. 547-556.
- Graham, E., Martin, A., Whitehead, DR. and Desmond, O., 2011. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ*. P. 343.
- Hansson, M., Bodlund, O. and Chotai, J., 2008. Patient education and group counselling to improve the treatment of depression in primary care: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. **105**(1-3), pp. 235-240.
- Hertzman, C. and Hayes, M., 1985. Will the elderly really bankrupt us with increased health care costs?, *Can J Public Health*. **79**(6), pp. 373-377.
- Hidenori, A., 2009. Geriatrics in the most aged country, Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. **49**(2), pp. S1-S2.
- Hartholt, K.A., Boyé, N.D., Van der Velde, N., Van Lieshout, E.M., Polinder, S., De Vries, O.J., Kerver, A.J., Ziere, G., Bruijninx, M.M., De Vries, M.R., Mattace-Raso, F.U., Uitterlinden, A.G, Van Beeck, E.F., Lips, P., Patka, P. and Van der Cammen, T.J., 2011. Cost effectiveness of with drawal of fall-risk

- increasing drugs versus conservative treatment in older fallers: design of a multicenter randomized controlled trial (IMPROveFALL- study). *BMC Geriatrics*. **11**, P. 48.
- Hoffman, G., 2003. Nursing in elders. translated by: Abedi, H., shahriari, m., Alimihamadi, n., yazdannic, A. and Yousefi, H. Orouj publication, Tehran.
- Jenson, J., 2007. Health care spending and the aging of the population. CRS report for congress, order code: RS 22619.
- Jolly, K., Taylor, RS., Lip, GY., Davies, M., Davis, R., Mant, J., Singh, S., Greenfield, S., Ingram, J., Stuble, J., Bryan, S. and Stevens, A., 2009. A randomized trial of the addition of home-based exercise to specialist heart failure nurse care: the Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation study for patients with Congestive Heart Failure (BRUM-CHF) study. *Eur J Heart Fail*. **11**(2), pp. 205-13.
- Kim, EY. and Yang, BM., 2005. cost-effectiveness of long-term care services in South Korea. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. **40**, pp. 73-83.
- Leung, A., Liu, Cp., Chow, NWS. and Iris, C., 2004. Cost benefit analysis of a case management project for the community-dwelling frail elderly in Hong Kong. *J Appl Gerontol*. **23**(1), pp. 70-85.
- Lee, TW., 2004. Economic evaluation of visiting nurse services for the low-income elderly with long term care needs. *Taehan KanhoHakhoe Chi*. **34**(1), pp. 191-201.
- Lunefeld, B., 2002. The ageing male: demographics and challenges. *World Journal of Urology*. **20**(1), pp. 11-16.
- Lisa, B., 2009. Reducing Avoidable Hospitalizations in Nursing Could Save \$1 Billion Annually So Why Delay? *Geriatric Nursing*. **30**(5), pp. 365-368.
- Love, K. and Femia, E., 2011. Can only focusing on physical health make you sick?. *Geriatric Nursing*. **32**(6), pp. 453-454.
- Martin, L.G., Schoeni, R.F., Freedman, V.A. and Andreski, P., 2007. Feeling better: Trends in general health status. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. **62**(1), pp. S11-S21.
- Marais, S., Conradie, G. and Kritzinger, A., 2006. Risk factors for elder abuse and neglect: brief descriptions of different scenarios in South Africa. *International Journal of Older People Nursing*. **1**(3), pp. 186-189.
- Mazaheri, E. and Mohammadi, R., 2006. Health personnel's opinions of Ardebil University of Medical Sciences about the aged patient training barriers. *Dena. Quarterly Journal of Yasuj Faculty of Nursing and Midwifery*. **1**(1), pp. 75-82 [In Persian].
- Pourreza, A., khabiri, NR., 2006. health economics and geriatrics. *Iranian geriatric journal*. **1**(2), pp. 80-87.
- Sahin, S., Mandiracioglu, A., Tekin, N., Senuzun, F. and Akcicek, F., 2012. Attitudes toward the elderly among the health care providers: Reliability and validity of Turkish version of the UCLA Geriatrics Attitudes (UCLA-GA) scale. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. **55**(1), pp. 205-209
- Shellman, J., 2007. The effects of a reminiscence education program on Baccalaureate Nursing students' cultural self-efficacy in caring for elders. *Nurse Education Today*. **27**(1), pp. 43-51.
- Van't Veer-Tazelaar, P., Smit, F., van Hout, H., van Oppen, P., van der Horst, H., Beekman, A. and van Marwijk, H., 2010. Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*. **196**, pp. 319-325.
- Wiley-Exley, E., Domino, ME., Maxwell, J. and Levkoff, SE., 2009. Cost-effectiveness of integrated care for elderly depressed patients in the PRISM-E study. *J Ment Health Policy Econ*. **12**(4), pp. 205-13.
- Ministry of health and medical education., 2006. Women and elders health office

- report. Available from: [http:// www. behdasht. gov.ir/ Mst-EWD. pdf](http://www.behdasht.gov.ir/Mst-EWD.pdf) [17 October 2006]
- Ministry of health and medical education., 2009. Health vice chancellor. Population ,family health office. geriatrics health bureau. Educational guideline in elderly integrated and comprehensive care. 2nd edition.
- Statistical center of Iran., 2005. Statistical year book of 2005. Available from: [http:// www. sci.org.ir/ content/ userfiles/ census85/census85/natayej/maps/N 3.html](http://www.sci.org.ir/content/userfiles/census85/census85/natayej/maps/N3.html)
- United Nations., 2006. World Population Prospects, Revision Population Database. New York. Available from: [http:// esa.un.org/ unpp/ p2k0data.asp](http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp)
- U.S., 2012. Department of Health and Human Services. National Institutes of mental Health. Depression. Available from: [http:// www. nimh.nih.gov/ health/ topics/depression/index.shtml](http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml). [accessed 2012]
- Shahid beheshti medical university., 2011. Health Vice Chancellor. Geriatric Health program. Available from: [http:// old. sbmu. ac.ir/ SiteDirectory/Vice-Chancellor Health/ Pages/ Family_ Health4. aspx](http://old.sbmu.ac.ir/SiteDirectory/Vice-ChancellorHealth/Pages/Family_Health4.aspx). [accessed 2011].
- World health organization., 2010. Our ageing world. Available at: [http://WHO Our ageing world.mht](http://WHOOurageingworld.mht); (01/05/2010). [accessed 2012]

Investigating health team view points about cost-effective alternatives in elderly caring

Karimi, S., Ph.D. Associate Professor, Department of Health Services Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Jjavadi, M., Ph.D. Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran-Corresponding author: m_javadi@mng.mui.ac.ir

Irvani, M., Ph.D. Student, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Chavoshi, E., MSc. Department of Educational Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Received: Jul 22, 2012

Accepted: Mar 3, 2013

ABSTRACT

Background and Aim: Global growth in the elderly population for both health care providers and families and also the community is an important challenge. Elders are the largest and fast factor for increasing hospital admissions in Society. Increasing costs of aging is the most concern to elders and their families. This study aimed to investigate the health teams approach about cost-effective alternatives for aging health services.

This study is a qualitative research which was done through content analysis.

18 people consisting of five faculty members, 6doctors, 3 nurses and 4health public health expert were participated. Samples were selected based on purposive sampling. Data were collected through interviews.

Results: Four core themes derived from this study which included: 1- Emphasis on training for aging care (including training doctors, nurses, health professionals, public health experts, elder sand their family caregivers). 2- Emphasis on proper implementation of primary health care for the elderly. 3- Emphasis on home care for elderly.4-attntion to mental health of elderly.

Conclusion: It seems effectiveness of tree alternatives; emphasis to training, home care and mental health for elderly are obvious and evident, so implementing and applying these suggestions would be helpful.

But the second alternative; emphasis on proper implementation of primary health care for the elderly must be performed based on a comprehensive needs assessment in elders population. Finally it is stressed that calculating and comparing actual costs of each alternative in elders caring must be measured through quantitative researches.

Key words: Services, Geriatric health, Care, Cost Effectiveness, Health Care Costs