

## Research Paper

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

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

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



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

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



Received: 15 Jan 2020

Accepted: 31 Dec 2018

Available Online: 01 Jan 2021

**Key words:**

Healthy aging, Participatory research, Service quality

**ABSTRACT**

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

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

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

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

**Extended Abstract****1. Introduction**

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

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

**\* Corresponding Author:**

Zohreh Vanaki, PhD.

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

Tel: +98 (513) 8591511

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

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

## 2. Methods & Materials

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

## 3. Results

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

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

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

## 4. Conclusion

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

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

## **Ethical Considerations**

### **Compliance with ethical guidelines**

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

### **Funding**

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

### **Authors' contributions**

All authors contributed equally in preparing this article.

### **Conflicts of interest**

The authors declare no conflict of interest.

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

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

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

## حکیده

تاریخ دریافت: ۱۵ دی ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۱۰ دی ۱۳۹۷

تاریخ انتشار: ۱۲ دی ۱۳۹۹

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

**مواد و روش‌ها:** این تحقیق عملکردی مشارکتی از ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷ با مشارکت یازده مراقب سلامت، ۵۴ سالمند و ۵۴ عضو خانواده در مرکز بهداشت مطهری مشهد انجام شد. میانگین سنی مراقبین سلامت  $37/4 \pm 2/7$  سال و میانگین سابقه کاری  $8/3$  سال بود. میانگین سنی سالمندان نیز  $64/3 \pm 3/9$  سال بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه سروکوال، مصاحبه، بحث گروهی متمرکز و یادداشت‌برداری عرصه بود. پس از شناسایی مشکلات از طریق مصاحبه با هشت نفر از پرسنل و نوزده سالمند، جلسات بحث‌های گروهی برای طراحی برنامه برگزار شد. پس از اجرای برنامه‌های تغییر مجدد سی مصاحبه با مشارکت‌کنندگان انجام گرفت و مقایسه قبل و بعد از برنامه‌های تغییر انجام و ارزشیابی شد. برای تحلیل محتوای کیفی از روش توصیف واقعیت و برای تحلیل داده‌های کمی از آمار توصیفی و آزمون آماری تی زوجی استفاده شد.

**یافته‌ها:** برآیند مطالعه حاضر مدل مراقبتی پویا بود که توانست با اصلاح نگرش و مهارت‌ها و توانمندسازی پرسنل سبب بهبود مراقبت‌های سالمندی سالم در محیط مرکز بهداشت شود. میانگین نمره کلی کیفیت خدمات از نظر سالمندان و خانواده‌ها در مرحله قبل از مداخله به ترتیب  $62/0 \pm 9/46$  و  $61/83 \pm 9/05$  بود. این مقادیر در مرحله بعد از مداخله به  $130/09 \pm 14/75$  و  $122/65 \pm 13/56$  رسید که از نظر آماری تفاوت معنی‌دار بود ( $P=0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** مدل پویا با ویژگی‌هایی همچون مراقبت فعال، مشارکتی، مستمر، جامع و حمایتی سبب ارتقای کیفیت خدمات سالمندی شده بنابراین این مدل می‌تواند در سایر مراکز خدمات سلامت به کار رود.

## کلیدواژه‌ها:

سالمندی سالم، تحقیق عملکردی مشارکتی، کیفیت خدمات

## مقدمه

عوامل خطر و نشانه‌های بالینی برای شناسایی زودرس بیماری، درمان مناسب و ارجاع به موقع استفاده می‌شود. سالمندان از نظر اختلالات فشارخون، بیماری‌های قلبی-عروقی، اختلالات تغذیه‌ای، دیابت، اختلالات بینایی و شنوایی، افسردگی و اختلال خواب، پوکی استخوان، بی‌اختیاری ادرار، سل، دمانس، سقوط و تعادل و ایمن‌سازی ارزیابی می‌شوند. وزن و سنگینی مراقبت‌های ادغام‌یافته سالمندی بیشتر به سمت سالمندان بیمار بوده و از سالمندان سالم در موارد مراقبتی و آموزشی غفلت می‌شود [۲]. در بسیاری از مراکز به واسطه حجم کاری بالا و کمبود پرسنل آموزش دیده، یک رویکرد انفعالی در قبال سالمندان سالم، که در این برنامه به عنوان سالمندان بدون مشکل طبقه‌بندی شده‌اند، به چشم می‌خورد [۴]. رویکرد جامعه و به‌ویژه سازمان‌های متولی سلامت نظیر مراکز بهداشت به این گروه از سالمندان بدون مشکل حائز اهمیت است. با اجرای مراقبت‌های جامعه‌محور و حفظ و ارتقای سطح سلامت سالمندان می‌توان از بار هزینه‌ها

در ایران با توجه به افزایش سریع تعداد سالمندان و فراهم نبودن امکانات زیربنایی برای ارائه خدمات به این گروه، تمامی زیرمجموعه‌ها و سازمان‌های دخیل در فعالیت‌های سلامت‌محور باید رویکرد سالمندی سالم را به عنوان یک هدف استراتژیک در نظر گرفته و با اجرای برنامه‌های جامعه‌محور سعی کنند سالمندان را تا حد ممکن سالم و فعال نگه دارند [۱]. اکنون در مراکز سلامت کشور برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته سالمندی در حال اجراست [۲]. سازمان جهانی بهداشت این استراتژی را برای کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در نظر گرفته است و برنامه عملی آن بر اساس سه اصل مشارکت سالمندان در فرایند توسعه، تقویت سلامت جسمی و روانی آنان و تأمین محیط‌های حامی و توانمندکننده سالمندان تدوین شده است [۳]. این برنامه برای پزشکان و غیرپزشکان طراحی شده و در آن از حداقل

\* نویسنده مسئول:

دکتر زهره ونکی

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

تلفن: ۸۵۹۱۵۱۱ (۵۱۳) ۰۹۸

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

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

فاز اول: در این مرحله ۲۷ مصاحبه با پرسنل، سالمندان و اعضاء خانواده انجام شد. همه مصاحبه‌ها مجدداً برای تأیید به مشارکت‌کنندگان ارائه شد. پس از تأیید، مشکلات استخراج و با برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز اولویت‌بندی شدند. از فیلدنت و پرسش‌نامه سروکووال برای سنجش کیفیت خدمات ارائه شده و همچنین برای تأیید مشکلات استفاده شد. برای تأیید اعتبار یا مقبولیت داده‌های کیفی از شیوه انعکاس بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان و برای تأیید تصدیق یا اعتماد داده‌ها از روش بازبینی توسط همکار استفاده شد. برای تأیید یافته‌های کیفی از فرم ۲۲ سؤالی پرسش‌نامه سروکووال استفاده شد. این پرسش‌نامه استاندارد را پاراسورامان<sup>۴</sup> تدوین کرده است. ابزار فوق شکاف کیفیت را در پنج بُعد فیزیکی یا ملموس، اعتماد و اطمینان<sup>۵</sup>، پاسخ‌گویی<sup>۶</sup>، تضمین<sup>۷</sup> و همدلی<sup>۸</sup> اندازه می‌گیرد. سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری شده و دامنه نمرات ۲۲ تا ۱۱۰ بود. کسب امتیاز ۶۶ بیانگر حد متوسط کیفیت خدمات است. ابعاد فیزیکی، اطمینان و پاسخ‌گویی با چهار سؤال و ابعاد تضمین و همدلی با پنج سؤال سنجیده می‌شدند. نمره یک نشان‌دهنده وضعیت خیلی بد و نمره پنج نشان‌دهنده وضعیت عالی در هریک از اجزای ابعاد پنجگانه بود. بنابراین دامنه نمرات ابعاد فیزیکی، اطمینان و پاسخ‌گویی ۴ تا ۲۰ و دامنه نمرات ابعاد تضمین و همدلی ۵ تا ۲۵ است [۱۶، ۱۷]. روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط حیدرنیا و همکاران تأیید شده است [۱۸]. این پرسش‌نامه به طور جداگانه توسط سالمندان و خانواده‌ها تکمیل شد.

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

## روش مطالعه

مطالعه حاضر بخشی از یک مطالعه کیفی با رویکرد تحقیق عملکردی مشارکتی است که از آبان ۱۳۹۵ تا اسفند ۱۳۹۷ در مرکز جامع خدمات سلامت شهید مطهری مشهد به انجام رسید. مشارکت‌کنندگان یازده نفر از پرسنل مرکز بهداشت مطهری مشهد، ۱۱۴ سالمند مراجعه‌کننده به مرکز فوق و خانواده‌هایشان بودند. جمعیت تحت پوشش مرکز مطهری در زمان مطالعه نزدیک به ۵۰ هزار نفر بود که ۱۳ هزار نفر از آنان را سالمندان تشکیل می‌دادند. با مطالعه پرونده‌های ثبت‌شده در مرکز، مشخص شد که ۵۵۰ سالمند دارای پرونده بهداشتی هستند. با اعلان فراخوان در مرکز بهداشت، مسجد محل و اطلاع‌رسانی از طریق رابطین بهداشت ۱۳۰ نفر برای شرکت در پژوهش به مرکز مراجعه و ثبت‌نام کردند. در طی دو سال انجام مطالعه ۱۶ نفر از مشارکت‌کنندگان از مطالعه خارج شدند و در نهایت پژوهش با ۱۱۴ نفر (۵۴ نفر گروه آزمایش و شصت نفر گروه کنترل) به انجام رسید. معیار ورود به مطالعه برای سالمندان دارا بودن ۶۰ تا ۷۰ سال، داشتن شرایط مناسب جسمی و روانی برای انجام مصاحبه و نبودن در برنامه مراقبت ویژه سالمندی بود. معیار ورود عضو خانواده داشتن سالمند بالای ۶۰ سال و تمایل به شرکت در مطالعه بود. از آنجا که تغییر قرار بود در محیط کاری مرکز بهداشت انجام شود، تمامی کارکنان مرکز به عنوان واحد پژوهش وارد مطالعه شدند. برای سنجش رضایت‌مندی سالمندان و خانواده‌ها از پرسش‌نامه کیفیت خدمات سروکووال<sup>۱</sup> و برای جمع‌آوری داده‌های کیفی، برای کسب اطمینان از اعتبار اطلاعات، از سه شیوه مصاحبه، یادداشت‌برداری زمینه‌ای<sup>۲</sup> و بحث گروهی متمرکز<sup>۳</sup> استفاده شد. پس از کسب رضایت آگاهانه و قبل از انجام مصاحبه، هدف مطالعه برای مشارکت‌کنندگان بیان و زمان و مکان مصاحبه بر اساس توافق طرفین و با نظر

4. Parasuraman

5. Reliability

6. Responsiveness

7. Assurance

8. Empathy

1. Servqual

2. Field note

3. Focus Group Discussion

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

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

### یافته‌ها

در این مطالعه هشت مراقب سلامت، یک پزشک، یک منشی، یک نیروی خدماتی همراه با ۵۴ سالمند سالم و خانواده‌هایشان شرکت داشتند. میانگین سنی مراقبین سلامت  $32/4 \pm 2/7$  سال و میانگین سابقه کاری  $8/3$  سال بود. میانگین سنی سالمندان  $64/3 \pm 3/9$  سال بود (جدول شماره ۱).

نتایج حاصل از مصاحبه با مشارکت‌کنندگان نشان داد عدم رضایت سالمندان و خانواده‌ها به رضایت‌مندی آنان، مقررات محوری به مراقبت سازمان‌دهی‌شده، عدم آگاهی از سالمندی سالم به شناخت سالمند سالم و ارزیابی نیازهای او، عدم آموزش به سالمندان سالم به برنامه منظم آموزشی بر اساس نیازهای سالمند، عدم توانمندی پرسنل به توانایی و مهارت پرسنل در کار با سالمند سالم و عدم ارتباط با خانواده‌ها به مشارکت خانواده در مراقبت از سالمند سالم تغییر پیدا کرد. علاوه بر تغییرات کیفی، نمره کلی و ابعاد پنج‌گانه پرسش‌نامه سروکوال نشان داد که شکاف کیفیت در مرحله بعد از تغییرات نسبت به قبل کاهش معنی‌دار داشته است ( $P=0/001$ ) که به معنی بهبود کیفیت خدمات است (جدول شماره ۲).

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

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

فاز سوم: در این مرحله برنامه‌های طراحی‌شده ارتقای سالمندی سالم اجرا شدند. سیکل بهسازی فضای فیزیکی سه ماه، سیکل توانمندسازی پرسنل هفت ماه، سیکل طراحی پرونده مراقبت شش ماه و سیکل بازدید منزل  $4/5$  ماه به طول انجامید. برنامه سالمندی سالم دو روز در هفته در شیفت‌های عصر در محل مرکز بهداشت اجرا می‌شد. پرسنل به مدت چهار ماه بر اساس پرونده مراقبتی طراحی‌شده، با سالمندان سالم و خانواده‌ها کار کرده و برنامه‌های آموزشی را بر اساس مبانی شش‌گانه سالمندی

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

ابعاد کیفیت خدمات	میانگین $\pm$ انحراف معیار		تی زوجی (P)	میانگین $\pm$ انحراف معیار		تی زوجی (P)
	قبل از تغییرات	بعد از تغییرات		سالمندان سالم n=54	خانواده‌ها n=54	
فیزیکی و ملموس	$12/36 \pm 2/54$	$11/92 \pm 2/61$	0/001	$26/16 \pm 4/14$	$25/10 \pm 2/94$	0/001
اطمینان	$15/54 \pm 3/71$	$14/84 \pm 2/55$	0/001	$28/43 \pm 4/22$	$26/52 \pm 4/72$	0/001
پاسخ‌گویی	$10/11 \pm 2/93$	$10/53 \pm 2/68$	0/001	$25/13 \pm 3/92$	$25/43 \pm 4/17$	0/001
تضمین	$12/75 \pm 2/18$	$12/96 \pm 2/81$	0/001	$23/66 \pm 4/28$	$21/38 \pm 4/09$	0/001
همدلی	$12/26 \pm 2/74$	$11/58 \pm 2/44$	0/001	$26/71 \pm 4/47$	$24/22 \pm 4/67$	0/001
کیفیت کلی	$63/02 \pm 9/46$	$61/83 \pm 9/05$	0/001	$130/09 \pm 14/75$	$122/65 \pm 13/56$	0/001

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

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

## سالمند

## بحث

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Nurses Improving Care for Health system Elders (NICHE)
10. Guiding principles
11. Leadership
12. Organizational structures
13. Physical environment
14. Patient- and family-centred approaches
15. Ageing sensitive practices
16. Geriatric staff competence
17. Interdisciplinary resources and processes
18. Geriatric resource nurse
19. Hospital elder life program
20. Community based participatory care



پرستاران اشاره کردند. این مطالعه بر روی ۳۱۶ پرستار در تبریز انجام شد و نویسندگان مسئولیت‌پذیری را شاخص مناسبی برای پیشگویی عملکرد در بسیاری از مشاغل دانستند و بیان کردند که هر اندازه پرستاران روحیه مسئولیت‌پذیری بیشتری داشته باشند، به همان اندازه در تأمین سلامت و رفاه مددجویانی که عهده‌دار خدمت‌رسانی به آن‌ها هستند کارآمدتر خواهند بود و خوشنودی از کار را کسب خواهند کرد [۳۳].

یکی دیگر از مفاهیم پدیدآمده در مطالعه حاضر استقلال در برنامه‌ریزی و ارائه مراقبت به سالمند سالم بود. این مفهوم برآمده از سازمان‌دهی مراقبتی توسط پرسنل، به کارگیری استاندارد مراقبتی توسط پرسنل و انجام کار علمی و تخصصی با سالمند سالم است. اسکار در یک مطالعه کیفی در نروژ با استفاده از بحث گروهی متمرکز و مصاحبه‌های عمیق با یازده پرستار که دو یا سه سال سابقه کار داشتند، چهار مضمون را به منزله مؤلفه‌های استقلال در محیط کار گزارش کرد؛ این مؤلفه‌ها شامل داشتن نگاه کلان و جامع، شناخت بیمار، آگاهی از دانسته‌های خود و جرأت داشتن می‌شود [۳۴]. هم‌راستا با مفهوم نگاه کلان و جامع ذکر شده در مطالعه اسکار در تحقیق عملکردی حاضر نیز برخوردار از یک نگاه کلان نسبت به سالمندی جزء ضروریات زیرساختی برنامه مراقبت بود. شاید بتوان ادعا کرد که یکی از علل عدم اجرای برنامه سالمندی سالم در مراقبت‌های ادغام‌یافته فقدان همین نگرش کلان و گسترده است. نگاه نارسایی که باعث می‌شود برنامه مراقبتی فقط به سالمندان بیمار و مشکل‌دار محدود باشد. جنبه دیگر دارا بودن برنامه مراقبت پویا از نگاه کلان این مسئله است که برنامه مراقبت فقط متوجه شخص سالمند نبوده و قسمتی از مراقبت باید متوجه خانواده‌ها شود. در صورتی که قبل از اجرای تحقیق عملکردی، خانواده‌ها مشارکتی در زمینه مراقبت از سالمند خود نداشتند. از سوی دیگر نگاه کلان برنامه مراقبتی این نکته را متذکر می‌شود که نباید منتظر بیمار شدن سالمندان بود تا به آن‌ها ارائه خدمت کرد؛ بلکه وظیفه اصلی مرکز بهداشت به عنوان یک سیستم آن است که با برنامه‌های آموزشی حتی‌الامکان سالمندان را به افرادی مستقل و سالم تبدیل کند.

اوشدی و همکاران در یک مطالعه فنومولوژی طی ۴۸ مصاحبه نیمه‌ساختارمند با پرستاران عملکرد مستقل، کار تیمی، داشتن آگاهی و مهارت حرفه‌ای، درگیر بودن در فرایند استقلال، موانع پیرامون استقلال و لزوم حمایت از توسعه استقلال را به عنوان مضامین به دست آمده از مطالعه گزارش کردند. نویسندگان استقلال را یک مفهوم کلیدی در نقش‌های مراقبتی پرستار معرفی کرده‌اند [۳۵]. برخی از یافته‌های مطالعه عملکردی حاضر نظیر کار تیمی و مشارکت‌محور در مراقبت سالمندی سالم، ارتقای سطح دانش، انگیزش و عملکرد پرسنل به عنوان پیش‌نیاز اصلی توانمندسازی آنان و انجام بازدیدهای منزل به طور مستقل با نتایج مطالعه اوشدی همسوست.

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

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

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

## نتیجه‌گیری نهایی

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

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

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

### حامی مالی

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

### مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله به یک اندازه مشارکت داشته‌اند.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

## References

- [1] Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, de Carvalho IA. Elements of integrated care approaches for older people: A review of reviews. *BMJ Open*. 2018; 8(4):e021194. <https://bmjopen.bmj.com/content/8/4/e021194.abstract>
- [2] Advisors O. Health system performance assessment – Integrated Care Assessment (20157303 HSPA): European commission [Internet]. 2018 [Updated 2018 June]. Available from: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/2018\\_integrated-careassessment\\_italy\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2018_integrated-careassessment_italy_en.pdf)
- [3] Sibiya MN, Gwele NS. A model for the integration of primary health-care services in the province of KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Nursing Management*. 2013; 21(2):387-95. [DOI:10.1111/j.1365-2834.2012.01420.x] [PMID]
- [4] Johnson CS, Duraiswamy M, Desai R, Frank L. Health service provider's perspectives on healthy aging in India. *Ageing International*. 2011; 36(4):445-62. [DOI:10.1007/s12126-010-9096-6]
- [5] Alizadeh M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Mohamadiazar M, Nazari N. [Analytical performance of administrations in charge of ageing program in Iran (Persian)]. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*. 2013; 13(1):74-81. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=354624>
- [6] Iasiello M, Bartholomaeus J, Jarden A, van Agteren J. Maximising the opportunity for healthy ageing: Online mental health measurement and targeted interventions. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2018; 246:111-23. [PMID]
- [7] Moradi S, Fekrazad H, Mousavi MT, Arshi M. [The study of relationship between Social Participation and quality of life of old people who are member of senior association of Tehran City in 2011 (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2013; 7(4):41-6. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-655-en.html>
- [8] Heravi M. [Designing and validation of the domestic elder abuse assessment questionnaire (Persian)]. [PhD. dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University, Medical Sciences Faculty; 2009.
- [9] Fotoukian Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Fallahi Khoshknab M. [Analytical on empowerment interventions in older people with chronic disease: A review literature (Persian)]. *Journal of Health Promotion Management*. 2013; 2(4):65-76. <http://jhpm.ir/article-1-239-en.html>
- [10] Mohammadi Mehr M, Zamani-Alavijeh F, Hasanzadeh A, Fasihi T. [Effect of healthy lifestyle educational programs on happiness and life satisfaction in the elderly: A randomized controlled trial study (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 13(4):440-51. [DOI:10.32598/SIJA.13.4.440]
- [11] Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. [Quality of life in Iranian elderly (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 13(5):518-33. [DOI:10.32598/SIJA.13.Special-Issue.518]
- [12] Hazavehei MM, Faghih Soltani P, Moeini B, Soltanian AR. [Evaluation of the educational nutrition intervention's effect on healthy nutritional behaviors promotion in elderly of Sanandaj: Application BASNEF model (Persian)]. *Journal of Neyshabur University of Medical Sciences*. 2017; 5(1):39-51. <http://journal.nums.ac.ir/article-1-372-en.html>
- [13] Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. [Autonomy in the elderly: A phenomenological study (Persian)]. *Hakim Research Journal*. 2010; 12(4):1-10. <http://hakim.hbi.ir/article-1-566-fa.html>
- [14] Alaviani M, Khosravan S, Alami A, Moshki M. [The effect of a multi-strategy program on developing social behaviors based on pender's health promotion model to prevent loneliness of old women referred to gonabad urban health centers (Persian)]. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2015; 3(2):132-40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441350/>
- [15] Sahaf R, Rassafiani M, Fadayevatan R, Delbari A, Saboor M, Mirzaee S, et al. [Validity and reliability of CHAMPS physical activity questionnaire for older people living in Tehran (Persian)]. *Salmand*. 2014; 9(3):206-217. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=464336>
- [16] Mesbahi M, Abaszadeh A. [Empowerment of staff of kerman university of medical sciences, Iran (Persian)]. *Journal of Quality Research in Health Sciences*. 2013; 1(4):321-31. [http://jqr1.kmu.ac.ir/article\\_91065\\_154807a3da12e4a61f85a95dab878ca0.pdf](http://jqr1.kmu.ac.ir/article_91065_154807a3da12e4a61f85a95dab878ca0.pdf)
- [17] Motaghed Z, Davoudi Monfared E, Mohazab Turabi S, Nemati I, Mousavi A, Eshraghi R, et al. [Assessment of quality of services in health centers from the perspective of clients by SERVQUAL method (Persian)]. *Health Research Journal*. 2017; 2(1):49-55. [DOI:10.18869/acadpub.hrjbaq.2.1.49]
- [18] Heidarnia M, , Riazi-Isfahani S, Abadi A, Mohseni M. [Cross cultural adaptation and assessing validity and reliability of SERVQUAL questionnaire in hospital service quality (Persian)]. *Research in Medicine*. 2014; 38(2):98-105. <http://pejoughesh.sbmu.ac.ir/article-1-1339-en.html>
- [19] Venkatapuram S, Ehni HJ, Saxena A. Equity and healthy ageing Perspectives. *Bulletin of the World Health Organization*. 2017; 95:791-92. [DOI:10.2471/BLT.16.187609] [PMID] [PMCID]
- [20] Yasobant S. Comprehensive public health action for our aging world: The quintessence of public health policy. *Journal of International Medical Research*. 2018; 46(2):555-56. [DOI:10.1177/0300060517718452] [PMID] [PMCID]
- [21] Sowa A, Tobiasz-Adamczyk B, Topór-Mądry R, Poscia A, la Milia DI. Predictors of healthy ageing: Public health policy targets. *BMC Health Services Research*. 2016; 16(5):441-79. [DOI:10.1186/s12913-016-1520-5] [PMID] [PMCID]
- [22] World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006-2015. 2006. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/116491>
- [23] Capezuti E, Boltz M, Cline D, Vaughn Dickson V, Rosenberg MC, Wagner L, et al. Nurses Improving Care for Healthsystem Elders-a model for optimising the geriatric nursing practice environment. *Journal of Clinical Nursing*. 2021; 21(21-22): 3117-25 [DOI:10.1111/j.1365-2702.2012.04259.x] [PMID] [PMCID]

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