

Research Paper

Improving the Quality of Healthy Aging Care: Participatory Action Research

Hamidreza Zendehtalab¹ , *Zohreh Vanaki¹ , Robabeh Memarian¹

1. Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Trabiati Modares University, Tehran, Iran.



Citation Zendehtalab H, Vanaki Z, Memarian R. [Improving the Quality of Healthy Aging Care: Participatory Action Research (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2022; 16(4):518-529. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2020.2881.2>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2020.2881.2>



Received: 24 May 2020

Accepted: 26 Jul 2020

Available Online: 01 Jan 2022

Keywords:Healthy Aging,
Action Research,
Participatory action
research**ABSTRACT**

Objectives In elderly care provided by health centers, healthy elderly are neglected in care and education. This qualitative study aimed to standardize healthy ageing care.

Methods & Materials This community-based participatory research with 4 steps (problem detection-design of change programs-implementation of interventions-evaluation) was conducted from 1395 to 1397 in Motahari Health Center of Mashhad, with the participation of 11 health care provider, 54 healthy elderly and 54 family members. The Mean±SD age of caregivers was 32.4±2.7 years and their mean work experience was 8.3 years. The Mean±SD age of the elderly was 64.3±3.9 years. Data were collected through SERVQUAL questionnaire, interviews, focus group discussions, and field notes. After identifying problems through interviewing 8 staff and 19 seniors, Group discussion sessions were held to design the program. After implementing the change plans, 30 interviews with the participants were conducted again and the comparisons were done and evaluated before and after the change plans. For qualitative content analysis, the method of describing reality was used, and for analyzing quantitative data, descriptive statistics and paired t-test were used.

Results Designed program care could be improve healthy aging care in the health center environment by modifying attitudes, skills and staff empowerment. The Mean±SD of quality of care for the elderly and their families in the pre-intervention phase was 63.02±9.46 and 61.83±9.05, respectively. In the post-intervention phase, these values reached 130.19±14.75 and 122.65±13.56, respectively, which were statistically significant (P=0.001).

Conclusion The community-based participatory research promoted the quality of elderly services with features such as active, participatory, continuous, comprehensive and supportive care. So this model can be used in other health centers.

Extended Abstract**1. Introduction**

Objectives: Integrated care is considered an appropriate approach in geriatric health due to the provision of long-term, comprehensive, and quality care [1]. The ultimate goal of this care is to increase the quality of care, improve the quality of life of the elderly

and reduce the costs imposed on the health system [2]. The World Health Organization defines integrated care as managed services provided in diagnostic, treatment, and palliative care and for individuals seeking health promotion and disease prevention [3]. The important challenge of this care system is that it has been designed for sick and disabled elderly and lacks community-based health promotion services [4]. In other words, healthy older people are neglected in this approach to care, which contradicts the justice-oriented nature of health services [5]. This

*** Corresponding Author:**

Zohreh Vanaki, PhD.

Address: Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Trabiati Modares University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 82883814

E-mail: vanaki_z@modares.ac.ir

study aimed to improve the quality of healthy geriatric care in a comprehensive health service center.

2. Methods

This community-based participatory study was conducted in 4 stages; Explaining and approving the problem, designing change programs, implementation and evaluation programs from 2016 to 2018 with the participation of 11 health care providers, 54 elderly people, and 54 family members in Shahid Motahari Comprehensive Health Center in Mashhad, Iran. The above 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 change program was conducted in the health center environment, all health workers were included in the study. A public call was used to involve the elderly. Participants were involved in all stages of the research, such as data collection, focus groups, development, and implementation of protocols. Qualitative data collection tools were interviews, focus group discussions, and field note-taking, while quantitative data was SERVQUAL questionnaire [6].

The implementation problems were identified through interviews with 8 personnel members and 19 elderly people. The main problems of not implementing a healthy aging program in the health center were: Lack of clear concept of healthy aging for personnel, lack of proper structure for the healthy aging program, the inability of personnel to implement the healthy aging program. The list of problems was provided to the involved group for approval. During a group discussion session, the participants approved the prioritized problems and received suggested solutions from them. Solutions were prioritized based on urgency, majority agreement, feasibility, upstream aging documents, and research team readiness. Through a focus group discussion, the change programs were designed in 4 cycles; improvement and modification of physical structure, personnel empowerment, preparation of healthy elderly care records, and home visit by the 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 this study, 11 health center personnel, including 8 health care providers, 1 physician, 1 secretary, 1 service personnel, along with 54 healthy elderly and their families, participated. The Mean±SD age of health care providers was 32.4±2.7 years, with a mean work experience of 8.3 years.

The Mean±SD age of the elderly was 64.3±3.9 years, and 51.8% were male. The mean total score of service quality according to the elderly and 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, which this difference was statistically significant ($P=0.001$). In other words, 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 the implementation of change programs showed that dissatisfaction of the elderly and families changed to their satisfaction, rule-based changed to organized care, lack of awareness of healthy elderly changed to recognizing a healthy elderly person and assessing their needs, lack of education for healthy elderly people changed to a regular educational program based on the needs of the elderly, lack of inability of personnel changed to the ability and skill of personnel in working with healthy elderly, lack of communication with families changed to family participation in caring for healthy elderly.

The results of combining quantitative and qualitative data showed that the most important factors affecting the quality of a healthy geriatric program were; Modification of the physical and spatial structure, empowerment of personnel, and standardization of care. Thus, according to the changes, the satisfaction of the healthy elderly and their families increased in five areas of service quality, including; Accountability, assurance, empathy, physical environment, and confidence. These changes in the health care team cause: increased responsibility, functional independence, decision-making authority, accountability, improving inter-professional relationships, and providing organized care for the elderly and their families, the outcomes of which are satisfaction, confidence, and willingness of the healthy elderly and family to return to the health center.

The new concept of content analysis was dynamic care, the main categories of which included; standard care for a healthy elderly person, creating interest and improving personnel performance in working with healthy elderly people, following up on care through scheduled home visits, and regularly teaching geriatric health promotion programs to personnel, the elderly, and families.

4. Discussion

This community-based participatory study with active, participatory, continuous, comprehensive, and supportive care improved the quality of healthy geriatric services. Improving the structure, equipment, and physical space, em-

powering personnel, and standardizing care were among the factors influencing the improvement of the quality of the integrated care program in line with “healthy aging.” Providing standard and organized geriatric care with responsibility, authority, accountability, inter-professional relationships, and home visits, scheduled and organized training promotes a sense of trust and confidence, awareness, consultation with health care personnel, and satisfaction and satisfaction in healthy elderly and their families.

The results can be used in the process of empowering comprehensive health center personnel to care for the elderly. Since in the field of community health, work with individuals, families, and groups should be done in the context of the community and in fact, the community is the main area of health services; thus, the community-based approach in the present study can be a practical model for similar studies.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

In this study, all ethical principles have been observed. Participants were allowed to leave the study whenever they wished. Participants were also aware of the research process. Their information was kept confidential.

Funding

This research is supported and approved by Tarbiat Modares University Vice Chancellor for Research Instructor done.

Authors' contributions

All authors equally contributed to preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors express their gratitude to all the elderly and their families and the staff of Motahhari Health Center who participated in this study.

مقاله پژوهشی

ارتقای کیفیت مراقبت سالمندی سالم، تحقیق عملکردی مشارکتی

حمیدرضا زنده‌طلب^۱، زهره ونکی^{۱*}، ربابه معماریان^۱

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

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۵ فروردین ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۰۵ مرداد ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۰

اهداف: در مراقبت‌های سالمندی که در مراکز سلامت اجرا می‌شود، سالمندان سالم مورد غفلت مراقبتی و آموزشی واقع 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 به انجام رسید. 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. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه سروکووال، مصاحبه، بحث گروهی متمرکز و یادداشت‌برداری عرصه بود. پس از شناسایی مشکلات از طریق مصاحبه با هشت پرسنل و نوزده سالمند، جلسات بحث گروهی برای طراحی برنامه برگزار شد. پس از اجرای برنامه‌های تغییر، مجدداً سی مصاحبه با مشارکت‌کنندگان انجام شد. مقایسه قبل و بعد از برنامه‌های تغییر، انجام و در نهایت ارزشیابی شدند. برای تحلیل محتوی کیفی از روش توصیف واقعی و جهت 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، 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 آزمایش به ترتیب $63/02 \pm 9/46$ و $61/83 \pm 9/05$ بود. این مقادیر در مرحله بعد از آزمایش به $130/09 \pm 14/75$ و $122/65 \pm 13/56$ رسید که از نظر آماری تفاوت معنادار 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، تحقیق عملکردی

مقدمه

در ایران، با توجه به افزایش سریع تعداد سالمندان و فراهم نبودن امکانات زیربنایی برای ارائه خدمات به این گروه، تمام 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].

هم‌اکنون در مراکز سلامت کشور برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته سالمندی در حال اجرا است [۲]. این استراتژی

توسط سازمان بهداشت جهانی^۱ برای کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در نظر گرفته شده 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 عوامل خطر و نشانه‌های بالینی برای شناسایی زودرس بیماری، درمان مناسب و ارجاع به موقع استفاده می‌شود. سالمندان از نظر اختلالات فشار خون، بیماری‌های قلبی-عروقی، اختلالات تغذیه‌ای، دیابت، اختلالات بینایی و شنوایی، افسردگی و اختلال

1. World Health Organization (WHO)

* نویسنده مسئول:

دکتر زهره ونکی

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

تلفن: +۹۸ ۲۱ ۸۲۸۸۳۸۱۴

رایانامه: vanaki_z@modares.ac.ir

معیار ورود عضو خانواده داشتن سالمند بالای شصت سال و تمایل به شرکت در مطالعه بود. از آنجا که تغییر قرار بود در محیط کاری مرکز بهداشت انجام شود؛ بنابراین تمام کارکنان مرکز به عنوان واحد پژوهش وارد مطالعه شدند. برای رضایت‌مندی سالمندان و خانواده‌ها از پرسش‌نامه سروکووال^۲ جهت سنجش کیفیت خدمات و جمع‌آوری داده‌های کیفی برای کسب اطمینان از اعتبار اطلاعات، از سه شیوه مصاحبه، یادداشت‌برداری میدانی^۳ و بحث گروهی متمرکز^۴ استفاده شد.

پس از کسب رضایت آگاهانه و قبل از انجام مصاحبه، هدف مطالعه برای مشارکت‌کنندگان بیان شد. زمان و مکان مصاحبه نیز بر اساس توافق طرفین و با نظر مشارکت‌کنندگان تعیین و اجازه ضبط مصاحبه اخذ شد. سپس مصاحبه‌ها کلمه به کلمه رونویسی و تایپ شده و پژوهشگر آن‌ها را در چند نوبت گوش داده و متن تایپ‌شده را مرور کرد. در سراسر فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، هرگونه تأمل و جرقه‌های ذهنی مرتبط با داده‌ها که به ذهن محقق رسید، یادداشت و برای مصاحبه‌های بعدی از آنها استفاده شد.

پس از تایپ و پیاده‌سازی متن مصاحبه‌ها روی کاغذ، داده‌ها و زیرمجموعه داده‌ها استخراج شدند. مصاحبه‌ها بسته به تمایل مشارکت‌کنندگان در بازه زمانی ۶۰-۳۰ دقیقه، به صورت انفرادی و در محلی خلوت و آرام که مورد تأیید مشارکت‌کنندگان بود، انجام شدند. 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 اعضای خانواده انجام شد. همه مصاحبه‌ها مجدداً به مشارکت‌کنندگان جهت تأیید ارائه شدند. پس از تأیید، مشکلات استخراج و با برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز اولویت‌بندی شدند. یادداشت‌برداری میدانی و پرسش‌نامه سروکووال جهت سنجش کیفیت خدمات ارائه‌شده نیز جهت 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 توسط پارسو پاراسورامان^۵ در سال ۱۹۸۵ تدوین شده است. ابزار فوق شکاف

خواب، پوکی استخوان، بی‌اختیاری ادراری، سل، دمانس، سقوط و تعادل و ایمن‌سازی ارزیابی می‌شوند. وزن و سنگینی مراقبت‌های ادغام‌یافته سالمندی بیشتر به سمت سالمندان بیمار بوده و سالمندان سالم مورد غفلت مراقبتی و آموزشی واقع می‌شوند [۲].

در بسیاری از مراکز به واسطه حجم کاری بالا و کمبود پرسنل آموزش‌دیده، 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 و بیماری‌ها در جامعه کاست و کیفیت و رضایت زندگی آنان را ارتقا داد [۵].

برنامه‌های جامعه‌محور سالمندی سالم، چنین چشم‌اندازی را دنبال می‌کنند. بیشتر مطالعات انجام‌شده روی مقوله سالمندی در ایران، بر جنبه‌های خاصی از سالمندی نظیر مشارکت اجتماعی، سوءرفتار، توانمندسازی در بیماری‌های مزمن، سبک زندگی، کیفیت زندگی، تغذیه، استقلال، تنهایی، فعالیت فیزیکی و مواردی از این دست تأکید داشته و کمتر به مقوله سالمندی سالم و مراقبت‌های مربوط به آن وارد شده‌اند [۱۵-۱۷]؛ بنابراین مطالعه حاضر در صدد پاسخ به این سؤال است که چگونه می‌توان با توجه به شرایط موجود، خدمات سالمندی سالم در مراکز بهداشت را ارتقا داد؟

روش مطالعه

مطالعه حاضر بخشی از یک مطالعه کیفی با رویکرد تحقیق عملکردی مشارکتی است که از آبان ۱۳۹۵ تا اسفند ۱۳۹۷ در مرکز جامع خدمات سلامت شهید مطهری مشهد به انجام رسید. مشارکت‌کنندگان، یازده نفر از پرسنل مرکز بهداشت مطهری مشهد، ۱۱۴ سالمند مراجعه‌کننده به مرکز فوق و خانواده‌هایشان بودند. جمعیت تحت پوشش مرکز مطهری در زمان مطالعه، نزدیک به پنجاه هزار نفر بود که سیزده هزار نفر از آنان را سالمندان تشکیل می‌دادند.

با مطالعه پرونده‌های ثبت‌شده در مرکز، مشخص شد که ۵۵۰ سالمند پرونده بهداشتی دارند. با اعلان فراخوان در مرکز بهداشت، مسجد محل و اطلاع‌رسانی از طریق رابطین بهداشت، ۱۳۰ نفر برای شرکت در پژوهش به مرکز مراجعه و ثبت نام کردند. طی دو سال انجام مطالعه، شانزده نفر از مشارکت‌کنندگان از مطالعه خارج 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 در ابتدا دارا بودن سن ۶۰-۷۰ سال، داشتن شرایط مناسب جسمی و روانی برای انجام مصاحبه و نبودن در برنامه مراقبت ویژه سالمندی بود.

2. SERVQUAL questionnaire

3. Field note-taking

4. Focus group discussion

5. Parsu Parasuraman

فاز سوم

در این مرحله برنامه‌های طراحی شده 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 ۴/۵ 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 طراحی و با سالمندان سالم و خانواده‌ها کار شد. برنامه‌های آموزشی را بر اساس میانی شش‌گانه سالمندی سالم (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 دو 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 شده با اطلاعات قبلی مقایسه شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه هشت مراقب سلامت، یک پزشک، یک منشی، یک نیروی خدماتی همراه با ۵۴ سالمندان سالم و خانواده آن‌ها 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.

نتایج حاصل از مصاحبه با مشارکت‌کنندگان که در **جدول شماره ۱** آمده، نشان داد عدم رضایت سالمندان و خانواده‌ها به رضایت‌مندی آنان، مقررات محوری به مراقبت سازمان‌دهی شده، 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، 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 سروکووال (**جدول شماره ۲**) نشان داد شکاف کیفیت در مرحله بعد از تغییرات، نسبت به قبل، کاهش معنادار داشته است ($P=0/001$) که به معنی بهبود کیفیت خدمات است.

کیفیت را در پنج بُعد فیزیکی یا ملموس^۶، اعتماد و اطمینان^۷، پاسخ‌گویی^۸، تضمین^۹ و همدلی^{۱۰} اندازه می‌گیرد. سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری شده و دامنه نمرات ۱۱۰-۲۲ بوده و 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 می‌شوند. نمره یک نشان‌دهنده وضعیت خیلی بد و نمره پنج نشان‌دهنده وضعیت عالی در هر یک از اجزای ابعاد پنج‌گانه است؛ بنابراین دامنه نمرات ابعاد فیزیکی، اطمینان و پاسخ‌گویی ۲۰-۴ و دامنه نمرات ابعاد تضمین و همدلی ۲۵-۵ است [۱۶، ۱۷]. روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط حیدرینا و همکاران تأیید شده است [۱۸]. این پرسش‌نامه به‌طور جداگانه توسط سالمندان و خانواده‌ها تکمیل شد.

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 و ۲۴ مشکل تعیین و جهت تأیید به مشارکت‌کنندگان انعکاس داده شدند. 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 اولویت‌بندی شده 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 شد. 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.

6. Tangibility
7. Reliability
8. Responsiveness
9. Assurance
10. Empathy

جدول ۱. 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 نبود 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
عدم احساس مسئولیت نسبت به سالمند سالم	مسئولیت‌پذیری
عدم استقلال حرفه‌ای	استقلال در مراقبت از سالمند سالم افزایش اعتماد به نفس 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
عدم پیگیری مراقبت‌ها	پیگیری مراقبت‌ها از طریق بازدید منزل ثبت مراقبت‌ها در پرونده مراقبت

سالمند

بحث

در مطالعه یاسبانت برنامه‌ها و سیاست‌های سالمندی محدودیت داشته و به‌طور 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]. بیشتر مدل‌های مراقبت از سالمندان برای محیط‌های درمانی و بیمارستانی طراحی شده‌اند. «مدل بهبود مراقبت پرستاران از سالمندان سیستم سلامت»^{۱۱} مدلی است که منابع و حمایت‌های فنی را برای سیستم‌های بیمارستانی پیشنهاد می‌کند تا از این طریق شواهدی جهت حرکت پرستاری سالمندان از سطح دانش به سمت عملکرد ایجاد شود [۲۲].

اجزای اصلی این مدل عبارت‌اند از: اصول راهنما^{۱۲}، رهبری^{۱۳}، ساختارهای سازمانی^{۱۴}، محیط فیزیکی^{۱۵}، رویکردهای بیمار 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 استانداردهای مراقبت از سالمند سالم، قابل دستیابی بوده 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 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، به‌منظور ارتقای کیفیت این‌گونه مراقبت‌ها است. ونکاتاپورام و همکاران خدمات باکیفیت سالمندی را یک حق طبیعی و فرایندی در راستای عدالت در سلامت ارزیابی می‌کنند [۱۹].

11. Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE)
12. Guiding principles
13. Leadership
14. Organisational structures
15. Physical environment

جدول ۲. مقایسه کیفیت خدمات از نظر سالمندان سالم و خانواده‌ها، قبل و بعد از تغییرات (n=۵۴)

متغیر	ابعاد کیفیت خدمات	انحراف معیار ± میانگین	
		قبل از تغییرات	بعد از تغییرات
سالمندان سالم	فیزیکی و ملموس	۱۲/۲۶±۲/۵۴	۲۶/۱۶±۴/۱۴
	اطمینان	۱۵/۵۴±۳/۷۱	۲۸/۴۳±۴/۲۲
	پاسخ‌گویی	۱۰/۱۱±۲/۹۳	۲۵/۱۳±۳/۹۲
	تضمین	۱۲/۷۵±۲/۱۸	۲۳/۶۶±۴/۲۸
	همدلی	۱۲/۲۶±۲/۷۴	۲۶/۷۱±۴/۴۷
	کیفیت کلی	۶۳/۰۲±۹/۴۶	۱۳۰/۰۹±۱۴/۷۵
خانواده‌ها	فیزیکی و ملموس	۱۱/۹۲±۲/۶۱	۲۵/۱۰±۳/۹۴
	اطمینان	۱۴/۸۴±۲/۵۵	۲۶/۵۲±۴/۷۲
	پاسخ‌گویی	۱۰/۵۳±۲/۶۸	۲۵/۴۳±۴/۱۷
	تضمین	۱۲/۹۶±۲/۸۱	۲۱/۳۸±۴/۰۹
	همدلی	۱۱/۵۸±۲/۴۴	۲۴/۲۲±۴/۶۷
	کیفیت کلی	۶۱/۸۳±۹/۰۵	۱۲۲/۶۵±۱۳/۵۶

سالمند

وجه تمایز اصلی مدل مراقبت سالمندی پویا^{۲۲} که برآیند نهایی تحقیق عملکردی حاضر بود، با مدل‌های مراقبتی ذکر شده 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 و ارتقا دهد. این رویکرد با توانمندسازی مراقبان سلامت و آموزش سالمندان و خانواده‌ها امکان‌پذیر بوده و یک رویکرد «مراقبت مشارکتی جامعه‌محور»^{۲۳} دارد.

این رویکرد مطابق با توصیه سازمان بهداشت جهانی 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 شد که خدمات سالمندی در مرکز مطهری واجد مشخصات جامع و کامل بودن، هماهنگ ارائه شدن، در دسترس و با کیفیت بودن باشد.

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.

در مطالعه مناسنتز 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

- 22. Dynamic elderly care model
- 23. Community Based Participatory Care

خانواده‌محور^{۱۶}، عملکردهای حساس به سالمندی^{۱۷}، صلاحیت کسانی که با سالمندان کار می‌کنند^{۱۸}، منابع و فرایندهای بین‌رشته‌ای^{۱۹} [۲۳]. برخی از یافته‌های مطالعه عملکردی حاضر مشابه اجزای مدل بهبود مراقبت پرستاران از سالمندان سیستم سلامت است. مواردی همچون نقش و اهمیت محیط فیزیکی و ساختارهای سازمانی در ارائه مراقبت باکیفیت 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 شباهت‌ها است.

علاوه بر مدل بهبود مراقبت پرستاران از سالمندان سیستم سلامت، مدل‌های دیگری نیز برای مراقبت از سالمندان طراحی شده‌اند، از جمله پرستار منبع سالمندان^{۲۰} و برنامه زندگی سالمندان بیمارستان^{۲۱}. به طور کلی هدف اصلی این مدل‌ها جلوگیری از ایجاد و گسترش عوارض در سالمندان بستری در بیمارستان‌ها است. 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].

- 16. Patient- and Family-Centered Care (PFCC)
- 17. Elderly sensitive functions
- 18. Geriatric staff competence
- 19. Interdisciplinary resources and processes
- 20. Geriatric Resource Nurse (GRN)
- 21. Hospital Elder Life Program (HELP)

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 به یادگیری مهارت‌های جدید نیاز 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 داده شود؟ چگونه باید بهبود داده شود؟ چه نتایجی به واسطه بهبود مد نظر 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 که نمره پاسخ‌گویی از ۱۰/۱۱ در مرحله قبل از آزمایش به ۲۵/۱۳ در مرحله بعد از آزمایش رسیده که بیانگر افزایش قابل توجه در این بُعد از کیفیت خدمات است.

طبقه پدیدآمده دیگر در مطالعه حاضر، مسئولیت‌پذیری در برابر سالمند سالم و خانواده‌ها بود. ارتقای سلامت ۴، 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. طبقاً 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 با کیفیت، مسئولیت استمرار و تدام 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 رابطه مثبت بین مسئولیت‌پذیری و رضایت شغلی در بین پرستاران گزارش کردند. این مطالعه روی ۳۱۶ پرستار در تبریز انجام شد و نویسندگان مسئولیت‌پذیری را شاخص مناسبی برای پیشگویی عملکرد در بسیاری از مشاغل دانسته و بیان می‌کنند که هر اندازه پرستاران از روحیه مسئولیت‌پذیری برخوردار باشند، به همان اندازه در تأمین سلامت و رفاه مددجویانی که عهده‌دار خدمت‌رسانی به آن‌ها هستند، کارآمدتر خواهند بود و خشنودی از کار را کسب خواهد کرد [۳۳].

انرژی کافی را به عنوان مضامین سلامت از نظر سالمندان گزارش می‌کند [۲۶]. اسدی نوقابی 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 دانستند [۲۷].

همان‌گونه که مشاهده می‌شود از دیدگاه این مطالعات، ابعاد مختلفی برای سالمندی سالم ذکر شده است. علت احتمالی این تفاوت، شاید اختلاف در فرهنگ واحدهای پژوهش و نیز سطح و گستردگی خدمات ارائه‌شده توسط سیستم‌های بهداشتی و اجتماعی در ممالک مختلف به گروه سالمندان 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 دیدگاه 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 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 آزمایش توانست کیفیت شکاف بین ادراک و انتظار سالمندان از خدمات ارائه‌شده در مرکز را به‌طور قابل ملاحظه‌ای 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. 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 عملکرد خود 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 ابتدا آموزش پرسنل توسعه یافت و سپس سالمندان و خانواده‌ها از طریق

آن، سطح دانش و آگاهی پرسنل در این زمینه ارتقا پیدا کرده و به تدریج نگرش آنان نیز اصلاح و جهت کار با سالمند دارای انگیزه مناسب شدند.

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 و زمینه مناسب برای اجرای برنامه‌های بازدید منزل فراهم شد.

این برنامه‌ها به استمرار و تداوم برنامه سالمندی سالم کمک کرده و به تصمیمات مراقبتی مبتنی بر شواهد و مستندات عینی یاری رساندند. برآیند نهایی این تغییرات، رضایت‌مندی سالمندان سالم، خانواده‌ها و همین‌طور خود پرسنل بود. برنامه مراقبت پویا توانست با ویژگی‌های جامع، مستمر، حمایتی، فعال و مشارکت‌محور بودن، توانست کیفیت مراقبت ادغام‌یافته در راستای سالمندی سالم در مرکز بهداشت مطهری مشهد را ارتقا دهد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این مطالعه همه اصول اخلاقی رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین 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.

مشارکت‌نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از کلیه سالمندان و خانواده‌های آنان و نیز کادر مرکز بهداشت مطهری که در این مطالعه مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

یکی دیگر از مفاهیم پدیدآمده در مطالعه حاضر، استقلال در برنامه‌ریزی در ارائه مراقبت به سالمند سالم بود. این مفهوم برآمده از انجام سازماندهی مراقبتی توسط پرسنل، به‌کارگیری 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، با ۲ تا ۳ سال سابقه کار، چهار مضمون داشتن نگاه کلان و جامع، شناخت بیمار، آگاهی از دانسته‌های خود و جرأت داشتن را به عنوان مولفه‌های استقلال در محیط کار گزارش کرد [۳۴].

هم‌راستا با مفهوم نگاه کلان و جامع ذکر شده در مطالعه اسکار، در تحقیق عملکردی حاضر نیز برخورداری از یک نگاه کلان نسبت به سالمندی جزو ضروریات زیرساختی برنامه مراقبت بود [۳۴]. 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 برخورداری برنامه مراقبت پویا از نگاه کلان، این مسئله است که برنامه مراقبت فقط متوجه به 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 حداقل سالمندان را به افرادی مستقل و سالم تبدیل کند.

اوشدی و همکاران در یک مطالعه فنومنولوژی طی ۴۸ مصاحبه نیمه‌ساختارمند با پرستاران، عملکرد مستقل، کار تیمی، داشتن آگاهی و مهارت حرفه‌ای، درگیر بودن در فرایند استقلال، موانع پیرامون استقلال و لزوم حمایت از توسعه استقلال به عنوان مضامین به‌دست‌آمده 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 به‌طور مستقل، با نتایج مطالعه اوشدی همسو است.

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، عدم توانمندی و نداشتن یک مدل اجرایی مشخص، برای کار با سالمندان سالم و خانواده‌ها بود. با آموزش کارگاهی مفهوم سالمندی سالم و ابعاد

References

- [1] Planning and Budget Organization. [National document on health. Tehran (Persian)]. Planning and Budget Organization; 2017. http://ejtemaee.medilam.ac.ir/Portals/376/salmandan.pdf?ver=ij1PTD_juw-3FjKbAQ4CQ%3D%3D
- [2] Training manual on elderly care for medical officer at ayushman bharat – health and wellness centres. New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare Government of India; 2021. <https://nhsrcindia.org/sites/default/files/2021-10/Elderly%20Care%20Training%20Manual%20%28Medical%20Officer%29.pdf>
- [3] Sibiyi 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, fakhrazadeh H, Sharifi F, Mohamadiazar M, Nazari N. [Analytical performance of administrations in charge of ageing program in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2014; 13(1):74-81. <http://ijdl.tums.ac.ir/article-1-5094-en.html>
- [6] Iasiello M, Bartholomaeus J, Jarden A, Van Agteren J. Maximising the opportunity for healthy ageing: Online mental health measurement and targeted interventions. IOS Press. 2018; 246:111-23. <https://ebooks.iospress.nl/doi/10.3233/978-1-61499-845-7-111>
- [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)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2013; 7(4):41-6. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-655-en.html>
- [8] Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Garshasbi E, Nikkhah M, Montazeri A. [A validation study of the Persian version of older people's quality of life questionnaire (CASP- 19) (Persian)]. *Payesh*. 2016; 15(4):432-42. <http://payeshjournal.ir/article-1-166-en.html>
- [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)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2019; 13(4):440-51. [DOI:10.32598/SIran. J. Ageing.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/SIran. J. Ageing.13.Special-Issue.518]
- [12] Hazavehei MM, Faghhi Solaimani P, Moeini B, Soltanian AR, Rahmani K. [Evaluation of the educational nutrition intervention's effects 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. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=323069>
- [13] Darvishpour Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed Zakerin M. [Autonomy in the elderly: A phenomenological study (Persian)]. *Hakim Research Journal*. 2010; 12(4):1-10. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=109808>
- [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. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2015; 3(2):132-40. [PMID]
- [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)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2014; 9(3):206-17. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=464336>
- [16] Mesbahi M, Abbaszadeh A. [Empowerment of support staff of Kerman University of Medical Sciences, Iran (Persian)]. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2013; 1(4):321-31. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=341754>
- [17] Motaghd 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 MA, 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. *Bulletin of The World Health Organization*. 2017; 95(11):791-2. [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. *The Journal of International Medical Research*. 2018; 46(2):555-6. [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(Suppl 5):289. [DOI:10.1186/s12913-016-1520-5] [PMID] [PMCID]
- [22] World Health Organization (WHO), Regional Office for the Eastern Mediterranean. A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006-2015. Geneva: World Health Organization; 2006. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/116491>
- [23] Capezuti E, Boltz M, Cline D, Dickson VV, 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*. 2012; 21(21-22):3117-25. [DOI:10.1111/j.1365-2702.2012.04259.x] [PMID] [PMCID]
- [24] Lopez M, Delmore B, Ake JM, Kim YR, 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) [Internet]. Marcus Institute for Aging Research. 2019 [Updated 2019]. Available from: <https://www.marcusinstituteforaging.org/research/aging-r-%20Life%20Program,and%20provide%20cost%20effective%20care>.

- [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. [PMID]
- [29] Safi MH, Fereydounfar AA, Arshi S. [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. [Effective strategies for empowerment of experts staff in health deputy of Shahrekord University of Medical Sciences, Iran, 2005 (Persian)]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2008; 10(2):66-71. <http://78.39.35.44/article-1-12-fa.html>
- [31] Tarrahi MJ, Hamouzadeh P, Biran. J. Ageingnvand 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 A, Tabibi S, 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. [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]