

Accepted Manuscript

Title

Improving the Quality of The Integrated Care for The Elderly in A Comprehensive Health Center

Authors

Hamidreza Zendehtalab, Zohreh Vanaki, Robabeh Memarian

To appear in: **Salmand: Iranian Journal of Ageing**

First Online Published: 2020/13/12

This is a “Just Accepted” manuscript, which has been examined by the peer-review process and has been accepted for publication. A “Just Accepted” manuscript is published online shortly after its acceptance, which is prior to technical editing and formatting and author proofing. Salmand: Iranian Journal of Ageing provides “Just Accepted” as an optional service which allows authors to make their results available to the research community as soon as possible after acceptance. After a manuscript has been technically edited and formatted, it will be removed from the “Just Accepted” Website and published as a published article. Please note that technical editing may introduce minor changes to the manuscript text and/or graphics which may affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

Please cite this article as:

Zendehtalab H, Vanaki Z, Memarian R. Improving the Quality of The Integrated Care for The Elderly in A Comprehensive Health Center (Persian). Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2020.

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

Accepted Manuscript

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

عنوان:

ارتقاء کیفیت برنامه ادغام یافته سالمندی در یک مرکز جامع خدمات سلامت
ارتقاء کیفیت مراقبت از سالمندان سالم؛ یک پژوهش مشارکتی جامعه محور

نویسندگان:

حمیدرضا زنده طلب^۱، زهره ونکی^{۲*}، ربابه معماریان^۳

- ۱- گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
- ۲- استاد، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
- ۳- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

نشریه: سالمند: مجله سالمندی ایران

این نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار مقاله است که پس از طی فرایند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است. این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرایند ویراستاری منتشر میشود. نشریه سالمند گزینه را به عنوان خدمتی به نویسندگان ارائه میدهد تا نتایج آن ها در سریع ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشد. پس از آنکه مقاله ای فرایند آماده سازی و انتشار نهایی را طی می کند از نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار خارج و در یک شماره مشخص در و بسایت نشریه منتشر می شود.

شایان ذکر است صفحه آرایی و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیثه مسئولیت دفتر نشریه خارج است.

چکیده

اهداف: در مراقبت‌های سالمندی که در مراکز سلامت اجرا می‌شود، سالمندان سالم مورد غفلت مراقبتی و آموزشی واقع می‌گردند. این مطالعه مشارکتی جامعه محور با هدف ارتقاء کیفیت مراقبت از سالمندان سالم به انجام رسید.

مواد و روش‌ها: این تحقیق مشارکتی جامعه محور طی ۴ مرحله (تشخیص مشکل-طراحی برنامه های تغییر- اجرا و ارزشیابی) از ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۷ با مشارکت ۱۱ 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 یادداشت برداری عرصه بود. پس از شناسایی مشکلات از طریق مصاحبه با ۸ نفر از پرسنل و ۱۹ سالمند، جلسات بحث‌های گروهی جهت طراحی برنامه برگزار شد پس از اجرای برنامه‌های تغییر مجدداً ۳۰ مصاحبه با مشارکت کنندگان انجام و مقایسه قبل و بعد از برنامه‌های تغییر انجام و ارزشیابی شدند. برای تحلیل محتوی کیفی از روش توصیف واقعیت و جهت تحلیل داده‌های کمی از آمار توصیفی و آزمون آماری تی زوجی استفاده شد.

یافته‌ها: برنامه مراقبت طراحی شده 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 مداخله به ترتیب، $9/46 \pm 63/02$ و $9/05$ $61/83 \pm$ بود. این مقادیر در مرحله بعد از مداخله به $14/75 \pm 13/09$ و $13/56 \pm 122/65$ رسید که از نظر آماری، تفاوت معنی‌دار بود ($P = 0/001$).

نتیجه گیری: برنامه مشارکتی جامعه محور با ویژگی‌هایی هم‌چون مراقبت فعال، مشارکتی، مستمر، جامع و حمایتی سبب ارتقاء کیفیت خدمات سالمندی سالم شد. بنابراین این مدل می‌تواند در سایر مراکز خدمات سلامت بکار رود.

کلید واژه‌ها: سالمندی سالم، تحقیق عملکردی، تحقیق مشارکتی جامعه محور.

مقدمه: در ایران، با توجه به افزایش سریع تعداد سالمندان و فراهم نبودن امکانات زیربنایی برای ارائه خدمات به این گروه، تمامی زیر مجموعه‌ها 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 نگهدارند [۱]. هم‌اکنون در مراکز سلامت کشور برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته سالمندی در حال اجراست [۲]. این استراتژی توسط سازمان جهانی بهداشت برای کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در نظر گرفته شده و برنامه عملی آن بر اساس سه اصل؛ مشارکت سالمندان در فرآیند 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 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 فشارخون، بیماری‌های قلبی عروقی، اختلالات تغذیه‌ای، دیابت، اختلالات بینایی و شنوایی، افسردگی و اختلال خواب، پوکی استخوان، بی‌اختیاری ادراری، سل، دمانس، سقوط و تعادل و ایمن‌سازی ارزیابی می‌شوند. وزن و سنگینی مراقبت‌های ادغام یافته سالمندی بیشتر به سمت سالمندان بیمار بوده و سالمندان سالم مورد غفلت مراقبتی و آموزشی واقع می‌شوند [۲]. در این برنامه، سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی طبق بوکلت راهنما ارزیابی و در ۲ طبقه قرار می‌گیرند؛ الف) مراقبت دوره‌ای ب) مراقبت ویژه. مراقبت دوره‌ای خاص سالمندانی است که در هنگام ارزیابی بدون مشکل

بوده‌اند (سالمند سالم). این سالمندان سالم باید بطور سالانه به مرکز بهداشت مراجعه نمایند. مراقبت ویژه خاص سالمندان بیمار و مشکل‌دار بوده و سالمند با فاصله زمانی یک ماه به مرکز بهداشت مراجعه می‌کند [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]. به عبارت دیگر شکاف و خلأ برنامه مراقبت ادغام‌یافته سالمندی این است که؛ سالمندان سالم در مرکز سلامت رها بوده و برنامه مراقبتی یا آموزشی خاصی برای آنان انجام نمی‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد برنامه موجود باید در راستای ارائه خدمت به سالمندان سالم، ارتقاء و بهبود یابد. ارائه خدمات مبتنی بر جامعه برای سالمندان هنگامی موثر و کارا خواهد بود که واجد شرایط؛ جامع و کامل بودن، هماهنگ ارائه شدن، در دسترس بودن و کیفی بودن، باشد [۵]. در همین راستا سازمان جهانی بهداشت تأمین محیط‌های حمایت‌کننده و توانمندکننده سالمندان را مورد تأکید قرار می‌دهد [۶]. یکی از مهم‌ترین این محیط‌ها، مراکز بهداشتی و درمانی است که خط اول تماس و برخورد سالمندان با نظام بهداشتی و درمانی کشور می‌باشند [۲].

رویکرد جامعه و بویژه سازمان‌های متولی سلامت نظیر مراکز بهداشت به سالمندان سالم و بدون مشکل، حائز اهمیت است. با اجرای مراقبت‌های جامعه محور و حفظ و ارتقاء سطح سلامت سالمندان می‌توان از بار هزینه‌ها و بار بیماری‌ها در جامعه کاست، کیفیت و رضایت زندگی آنان را ارتقاء داد [۷]. برنامه‌های جامعه محور سالمندی سالم، چنین چشم اندازی را دنبال می‌کنند [۸].

برگ و همکاران (۲۰۰۹) تحقیقات مشارکتی جامعه محور^{۲۵} را یک تحقیق عملکردی می‌دانند که بر اساس همکاری و مشارکت بین اعضای جامعه، سازمان‌های اجتماعی، کارکنان بهداشتی و محققان برای تولید اطلاعات و حل مشکلات محلی و سازمانی کاربرد دارد. برگ می‌نویسد که تمایل به انجام مطالعات CBPR از اوایل دهه ۹۰ میلادی در حوزه سلامت افزایش یافته و تاکنون در مواردی نظیر؛ دیابت، ترک سیگار، سلامت روان، بهداشت دهان و دندان، رابطه پزشک و بیمار و... تحقیقاتی در این قالب ساماندهی شده است [۹]. در یک مطالعه CBPR؛

۱- جامعه دارای یک هویت مستقل است ۲- در طول انجام پروژه تمام اعضاء دارای اهمیت یکسان بوده و روابط دموکراتیک بین اعضاء گروه برقرار است ۳- تمایل به تغییر در مشارکت‌کنندگان وجود دارد ۴- یک فرآیند چرخشی شامل؛ تشخیص مشکل- ارائه راه حل ها بر اساس منابع جامعه- انجام مداخلات و ارزشیابی نتایج وجود دارد ۵- انعطاف پذیری وجود دارد ۶- روند کار طولانی بوده و نیازمند تعهد مشارکت‌کنندگان است ۷- بین تحقیق و عمل ارتباط بوجود می‌آید [۹-۱۱].

بیشتر مطالعات انجام شده بر روی مقوله سالمندی در ایران، بر جنبه‌های خاصی از سالمندی نظیر؛ مشارکت اجتماعی [۱۲]، سوءرفتار [۱۳]، توانمندسازی در بیماری‌های مزمن [۱۴]، سبک زندگی [۱۵]، کیفیت زندگی [۱۶]، تغذیه [۱۷]، استقلال [۱۸]، تنهایی [۱۹]، فعالیت فیزیکی [۲۰] [۱۵] و مواردی از این دست تأکید داشته و کمتر به مقوله سالمندی سالم و مراقبت‌های مربوط به آن در قالب یک مطالعه CBPR وارد شده‌اند. از طرف دیگر؛ برخی از مطالعات انجام شده در خصوص دیدگاه پرسنل مراکز بهداشتی درباره بسته‌های خدمتی که برای گروه‌های سنی مختلف در مراکز اجرا می‌گردد، نشان می‌دهد، عواملی هم‌چون؛ کمبود تعداد پرسنل، دانش و اطلاعات ناکافی مدیران در زمینه بسته مراقبتی، برنامه‌ریزی نامناسب در جهت اجرای بسته مراقبتی، آموزش ناکافی پرسنل در مورد نحوه اجرای بسته مراقبتی، نداشتن وقت کافی و مشغله کاری زیاد، نداشتن دانش و اطلاعات کافی در مورد بسته خدمتی، بی‌علاقگی و دلسردی و نگرش منفی پرسنل نسبت به اجرای بسته خدمتی، مناسب نبودن محیط فیزیکی و نبود امکانات کافی، به عنوان موانع اجرای بسته های خدمتی ذکر شده‌اند [۲۱]. بنابراین مطالعه حاضر در صدد پاسخ به این سوال است که؛ چگونه می‌توان با توجه به شرایط موجود، خدمات سالمندی سالم در مراکز بهداشت را ارتقاء داد؟ با توجه به ماهیت سوال تحقیق به نظر می‌رسد روش CBPR با رویکرد کیفی قادر به پاسخگویی به این سوال خواهد بود.

روش مطالعه: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحقیق مشارکتی جامعه محور ۴ مرحله ای (تشخیص مشکل-طراحی برنامه‌های تغییر- اجرای مداخلات- ارزشیابی) است که از آبان ۱۳۹۵ تا اسفند ۱۳۹۷ در مرکز جامع خدمات سلامت شهید مطهری مشهد به انجام رسید.

هدف کلی مطالعه ارتقاء مراقبت ادغام یافته سالمندی در راستای سالمندی سالم بود، که در این نوشتار گام‌های دستیابی به این هدف به اختصار ذکر شده‌اند. مشارکت‌کنندگان، ۱۱ نفر از پرسنل مرکز بهداشت مطهری مشهد، ۵۴ 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 ثبت شده در مرکز، مشخص شد که ۵۵۰ سالمند دارای پرونده بهداشتی هستند. با اعلان فرخوان در مرکز بهداشت، مسجد محل و اطلاع‌رسانی از طریق رابطین بهداشت، ۶۰ نفر برای شرکت در پژوهش به مرکز مراجعه و ثبت نام نمودند. در طی ۲ سال انجام مطالعه ۶ نفر از مشارکت‌کنندگان از مطالعه خارج و در نهایت پژوهش با ۵۴ سالمند و ۵۴ عضو خانواده به انجام رسید. معیار ورود به مطالعه برای سالمندان؛ دارا بودن سن ۷۰-۶۰ سال، داشتن شرایط مناسب جسمی و روانی جهت انجام مصاحبه (بر اساس نبود شواهد بیماری ناتوان‌کننده جسمی و روانی در پرونده سالمند و نیز معاینه جسمانی توسط پزشک مرکز و ارزیابی روانی توسط روانشناس مرکز) 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 تعبیر قرار بود در محیط کاری مرکز بهداشت انجام شود، لذا تمامی کارکنان مرکز به عنوان واحد پژوهش وارد مطالعه شدند. برای سنجش رضایت‌مندی سالمندان و خانواده‌ها از پرسشنامه کیفیت خدمات سروکوال^{۲۶} و برای جمع‌آوری داده‌های کیفی، جهت کسب اطمینان از اعتبار اطلاعات، از سه شیوه مصاحبه، یادداشت-برداری زمینه‌ای^{۲۷} و بحث گروهی متمرکز^{۲۸} استفاده گردید. پس از کسب رضایت آگاهانه و قبل از انجام مصاحبه، هدف مطالعه برای مشارکت‌کنندگان بیان و زمان و مکان مصاحبه براساس 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 تایپ شده را مرور نمود. در سراسر فرآیند 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 گردید. پس از تایپ و پیاده‌سازی متن مصاحبه‌ها بر 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 ارتقاء سالمندی سالم در ۴ فاز؛ جمع‌آوری اطلاعات اولیه و بررسی وضع موجود (تبیین و تأیید مشکل)- طراحی برنامه‌های تغییر، اجرای برنامه‌های تغییر و ارزشیابی بعد از تغییر انجام شد⁹ [Berge JM, 2009 Oct #9]؛ فرانس؟ همه این مراحل را پیش رفته اید چرا اشاره شده بخشی از مطالعه؟

فاز اول: در این مرحله ۲۷ مصاحبه با پرسنل، سالمندان و اعضاء خانواده انجام گردید کلیه مصاحبه‌ها مجدداً به مشارکت‌کنندگان جهت تأیید، ارائه شدند. پس از تأیید، مشکلات استخراج و با برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز اولویت‌بندی شدند. از فیلدنت و پرسشنامه سروکوال جهت سنجش کیفیت خدمات ارائه شده، نیز جهت تأیید مشکلات استفاده گردید. 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 سوالی پرسشنامه سروکوال استفاده شد. این پرسشنامه استاندارد توسط پاراسورامان^{۲۹} (۱۹۸۸) تدوین شده است. ابزار فوق شکاف کیفیت را در ۵ بُعد؛ فیزیکی یا ملموس^{۳۰}- اعتماد و اطمینان^{۳۱}- پاسخ‌گویی^{۳۲}- تضمین^{۳۳}- و همدلی^{۳۴} اندازه می‌گیرد. سوالات بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری شده و دامنه‌ی نمرات ۱۱۰-۲۲ بوده و کسب امتیاز ۶۶ بیانگر حد متوسط کیفیت خدمات می‌باشد. ابعاد فیزیکی، اطمینان و پاسخ‌گویی با ۴ سوال و ابعاد تضمین و همدلی با ۵ سوال سنجیده می‌شوند. نمره ۱ نشان‌دهنده وضعیت خیلی بد و نمره ۵ نشان‌دهنده

²⁶ SERVQUAL

²⁷ Field Note

²⁸ Focus Group Discussion

²⁹ Parasuraman

³⁰ Tangibility

³¹ Reliability

³² Responsiveness

³³ Assurance

³⁴ Empathy

وضعیت عالی در هر یک از اجزاء ابعاد ۵ گانه می باشد. بنابراین دامنه نمرات ابعاد فیزیکی، اطمینان و پاسخ‌گویی ۲۰-۴ و دامنه نمرات ابعاد تضمین و همدلی ۲۵-۵ می باشد [۲۲، ۲۳]. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط حیدرنیا و همکاران (۲۰۱۴) تأیید شده است [۲۴]. این پرسشنامه به طور جداگانه توسط سالمندان و خانواده‌ها تکمیل گردید.

در گام بعد برای دستیابی به مشکلات برنامه سالمندی سالم از نظر مشارکت‌کنندگان، طی ۲ جلسه فوکوس‌گروپ با پرسنل مرکز 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 (داده‌های کیفی با روش توصیف واقعی و مقایسه مداوم و داده‌های کمی با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی، آنالیز و سپس تلفیق‌سازی انجام شد). پس از تأیید مشکلات، طی یک جلسه بحث گروهی مشکلات اولویت بندی 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 با مشارکت کلیه شرکت‌کنندگان (پرسنل درگیر-سالمندان-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 طراحی شده ارتقاء سالمندی سالم اجرا شدند. سیکل بهسازی فضای فیزیکی ۳ ماه، سیکل توانمندسازی پرسنل ۷ ماه، سیکل طراحی پرونده مراقبت ۶ ماه و سیکل بازدید منزل ۴/۵ ماه به طول انجامید. پرونده مراقبت طراحی شده برنامه سالمندی سالم طراحی شده بطور مستقل ۲ کدام بخش؟ روز در هفته در شیفت‌های عصر در محل مرکز بهداشت اجرا می‌شد. پرسنل به مدت ۴ ماه بر اساس پرونده مراقبتی طراحی شده، با سالمندان سالم و خانواده‌ها کار کرده و برنامه‌های آموزشی را بر اساس مبانی ۶ گانه سالمندی سالم (شامل؛ تغذیه-فعالیت فیزیکی-ارتباطات-عدم مصرف مواد-سقوط و افتادن-محیط فیزیکی) به مددجویان سالمند ارائه نمودند (سالمندان سالم آنهایی بودند که در مرکز بهداشت دارای پرونده مراقبت ویژه نبوده و قرار بود بطور سالانه به مرکز مراجعه نمایند. علاوه بر این قبل از ورود سالمندان به مطالعه، سلامت آنان توسط پزشک مرکز ارزیابی و تأیید گردید). سپس با توجه به بازخوردها، ایرادات پرونده اصلاح و فرم نهایی تهیه شد. پرسنل ۲ ماه دیگر با فوریت نهایی پرونده مراقبتی کار کرده و سپس ارزشیابی نهایی انجام گرفت.

فاز چهارم: در این مرحله با استفاده از روش‌های کمی (پرسشنامه سروکوال) و کیفی (مصاحبه و بحث گروهی متمرکز) چه روشهایی؟ پس از اجرای برنامه‌های تغییر، اطلاعات جمع‌آوری و با قبل مقایسه شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه ۸ مراقب سلامت، ۱ پزشک، ۱ منشی، ۱ نیروی خدماتی همراه با ۵۴ سالمندان سالم و خانواده‌اشان شرکت داشتند. میانگین سنی مراقبین سلامت $27 \pm 32/4$ سال و میانگین سابقه کاری $8/3$ سال بود. میانگین سنی سالمندان، $3/9 \pm 64/3$ سال بود.

الف) یافته‌های کیفی: نتایج حاصل از مصاحبه با مشارکت‌کنندگان قبل و بعد از اجرای برنامه سالمندی سالم (جدول ۲) 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.

ب) یافته‌های کمی: ارزیابی نمره کلی و ابعاد پنج‌گانه پرسشنامه سروکوال در دو گروه سالمندان سالم و خانواده‌ها نشان داد که شکاف کیفیت در مرحله بعد از تغییرات، نسبت به قبل، کاهش معنی‌دار داشته است ($P = 0/01$) که به معنی بهبود کیفیت خدمات در ابعاد ۵ گانه می‌باشد.

جدول ۱: مقایسه کیفیت خدمات از نظر سالمندان سالم و خانواده‌ها بر اساس پرسشنامه سروکووال

قبل و بعد از تغییرات

خانواده‌ها n = ۵۴			سالمندان سالم n = ۵۴			ابعاد کیفیت
تی زوجی	بعد از تغییرات	قبل از تغییرات	تی زوجی	بعد از تغییرات	قبل از تغییرات	خدمات
P = ۰/۰۰۱	۲۵/۱۰ ± ۳/۹۴	۱۱/۹۲ ± ۲/۶۱	P = ۰/۰۰۱	۲۶/۱۶ ± ۴/۱۴	۱۲/۳۶ ± ۲/۵۴	فیزیکی و ملموس
P = ۰/۰۰۱	۲۶/۵۲ ± ۴/۷۲	۱۴/۸۴ ± ۲/۵۵	P = ۰/۰۰۱	۲۸/۴۳ ± ۴/۲۲	۱۵/۵۴ ± ۳/۷۱	اطمینان
P = ۰/۰۰۱	۲۵/۴۳ ± ۴/۱۷	۱۰/۵۳ ± ۲/۶۸	P = ۰/۰۰۱	۲۵/۱۳ ± ۳/۹۲	۱۰/۱۱ ± ۲/۹۳	پاسخ‌گویی
P = ۰/۰۰۱	۲۱/۳۸ ± ۴/۰۹	۱۲/۹۶ ± ۲/۸۱	P = ۰/۰۰۱	۲۳/۶۶ ± ۴/۳۸	۱۲/۷۵ ± ۲/۱۸	تضمین
P = ۰/۰۰۱	۲۴/۲۲ ± ۴/۶۷	۱۱/۵۸ ± ۲/۴۴	P = ۰/۰۰۱	۲۶/۷۱ ± ۴/۴۷	۱۲/۲۶ ± ۲/۷۴	همدلی
P = ۰/۰۰۱	۱۲۲/۶۵ ± ۱۳/۵۶	۶۱/۸۳ ± ۹/۰۵	P = ۰/۰۰۱	۱۳۰/۰۹ ± ۱۴/۷۵	۶۳/۰۲ ± ۹/۴۶	کیفیت کلی

در ذیل به نمونه‌ای از بیانات مشارکت‌کنندگان قبل از اجرای برنامه تغییرات، اشاره می‌شود:

سالمند ۴: پرسنل مرتباً سوال کرده و در حال نوشتن هستند، مثل اینکه من در اینجا حضور ندارم (ارتباط نامناسب و ضعیف با سالمند).

سالمند ۸: نمی‌گذارند مشکل را بیان کرده و بگویم به چه چیزی نیاز دارم. فقط مشغول تکمیل کردن فرمها هستند (عدم نیازسنجی از سالمندان).

سالمند ۹: به خانواده‌ام آموزشی داده نمی‌شود. نقش خانواده‌امان این است که ما را به مرکز بهداشت آورده و به منزل برمی‌گردانند (عدم استفاده از خانواده در برنامه مراقبتی).

پرسنل ۸: برای کار با سالمندان سالم فاقد انگیزه هستم زیرا سیستم از من می‌خواهد صرفاً پرونده‌ها و چک لیست‌ها را تکمیل و آمار ماهانه را به اداره ارسال نمایم. در ضمن پرسنل نمی‌دانند سالمند سالم چه ویژگی‌هایی دارد و در این باره تاکنون آموزشی دریافت نکرده‌ایم (عدم انگیزه در پرسنل - عدم آموزش پرسنل).

پرسنل ۲: در حال حاضر برای سالمندان سالم که بیمار نیستند برنامه خاصی نداریم (فقدان برنامه سالمندی سالم).

پرسنل ۶: در برنامه مراقبت از سالمندان، فقط دستورات پزشک را اجرا می‌کنیم و شخص پزشک باید پاسخگو باشد، زیرا ما فقط مجری دستورات هستیم (عدم پاسخگویی - عدم استقلال در برنامه‌ریزی مراقبتی).

پرسنل ۷: سیستم بهداشتی فاقد نگاه کلان و آینده‌نگر به سالمندان است و تنها به دنبال انجام فعالیت‌های روزمره بوده و فاقد برنامه‌ریزی است (فقدان نگاه کلان).

عضو خانواده ۴: در مرکز بهداشت برای مادرم کار خاصی انجام نمی‌دهند. می‌گویند مادرت مشکلی ندارد. اگر مادرت بیمار شد، مراجعه کنی تا بررسی کنیم (عدم انجام کار برای سالمند سالم در مرکز بهداشت).

خلاصه‌ای از موارد بدست آمده بر اساس محتوای مصاحبه‌ها در جدول ذیل آمده است:

جدول ۲: مقایسه وضع موجود، قبل و بعد از اجرای برنامه تغییرات در مرکز بهداشت

قبل از اجرای برنامه سالمندی سالم	بعد از اجرای برنامه سالمندی سالم
----------------------------------	----------------------------------

علاقه و انگیزه کار با سالمند سالم تعامل بیشتر پرسنل با سالمند سالم و خانواده	کمبود انگیزه در پرسنل، برای کار با سالمند سالم
درک مفهوم سالمندی سالم تشخیص نیازهای سالمند سالم	روشن نبود مفهوم و ابعاد سالمندی سالم برای پرسنل
ساماندهی مراقبت از سالمند سالم استفاده از پرونده مراقبتی خاص سالمند سالم	کیفیت نامناسب مراقبت از سالمند سالم
مراجعه ماهانه و منظم خانواده ها به مرکز بهداشت ارتباط با خانواده ها از طریق بازدید منزل	عدم ارتباط مناسب با خانواده ها
برنامه آموزشی منظم برای سالمند سالم و خانواده	فقدان برنامه آموزشی برای سالمند سالم و خانواده
رضایت سالمند و خانواده از کیفیت خدمات تمایل سالمند و خانواده برای مراجعه مجدد به مرکز	نارضایتی سالمند سالم و خانواده
مسئولیت پذیری	عدم احساس مسئولیت نسبت به سالمند سالم
استقلال در مراقبت از سالمند سالم افزایش اعتماد به نفس پرسنل مهارت کار با سالمند سالم انجام بازدید منزل	عدم استقلال حرفه‌ای
پاسخگویی به نیازهای سالمند سالم پاسخگویی به نیازهای خانواده	پاسخگویی ناکافی به نیازهای سالمند سالم و خانواده
مشارکت خانواده در مراقبت از سالمند مشارکت سالمند سالم در فرآیند مراقبت	عدم مشارکت خانواده در مراقبت از سالمند
پیگیری مراقبت ها از طریق بازدید منزل ثبت مراقبت ها در پرونده مراقبت	عدم پیگیری مراقبت ها

بحث: مطالعه حاضر با هدف کلی ارتقاء کیفیت مراقبت سالمندی سالم در قالب یک پروژه CBPR 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 فرآیندهای توانمندسازی پرسنل، اصلاح ساختار و فضای فیزیکی و استانداردسازی مراقبت از سالمند سالم، قابل دستیابی بوده و به‌وسیله 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. محصول نهایی این مطالعه ارائه خدمات استاندارد و با کیفیت به سالمندان سالم در مرکز جامع سلامت بود.

نتایج حاصل از ارزشیابی این پروژه CBPR نشان داد، کیفیت خدمات ارائه شده به سالمندان سالم در مرکز بهبود یافته است. عوامل متعددی از جمله؛ افزایش آگاهی کارکنان، سالمندان و خانواده‌ها در خصوص سالمندی سالم و ابعاد آن، اصلاح ساختار فیزیکی مرکز بهداشت، تدوین و اجرای پروتکل استاندارد مراقبت از سالمند سالم، اجرای منظم برنامه‌های بازدید منزل و جلب مشارکت خانواده در مراقبت از سالمند، از علل این ارتقاء کیفیت به‌شمار می‌روند. در این میان به نظر می‌رسد تغییرات عمده‌ای که در آگاهی، نگرش و عملکرد پرسنل به دلیل اجرای این برنامه

رخ داده است، دلیل اصلی ایجاد این تغییرات می‌باشد. به‌کارگیری CBPR توانست با ارتقاء آگاهی، اصلاح نگرش و بهبود عملکرد پرسنل، باعث توانمندی آنان در ارائه خدمات موثرتر به سالمندان سالم گردد. در مرحله بعد پرسنل، سالمندان و خانواده‌ها را توانمند نموده و از این طریق، کیفیت مراقبت ادغام یافته سالمندی سالم ارتقاء یافت. مراقبت سالمندی سالم ارتقاء یافته دارای ویژگی‌های ذیل بود؛

مراقبت فعال و مشارکت محور^{۳۵}؛ به این معنی که سالمندان، خانواده‌ها و کلیه پرسنل مرکز بهداشت در طراحی و اجرای برنامه‌های سالمندی سالم به طور فعال درگیر بوده و مشارکت داشتند. برنامه‌ها از طریق نیازسنجی تعیین و مداخلات مراقبتی و آموزشی با مشارکت کلیه پرسنل مرکز بهداشت انجام می‌شوند. در همین راستا ژاسکاس و بورگاس (۲۰۱۷) نیز مراقبت مشارکتی از سالمندان را یک جزء ضروری از ارتقاء برنامه‌های مراقبت سالمندی می‌دانند [۳۰].

مراقبت مستمر^{۳۶}؛ به این معنی که سالمندان سالم برخلاف رویه قبل، در طول سال به حال خود رها نبوده و دارای یک برنامه مدون آموزش حفظ و ارتقاء سالمندی سالم هستند. این برنامه‌ها علاوه بر سالمندان، خانواده‌ها را نیز شامل می‌شود. با چنین رویکردی، سیستم مراقبتی مرکز بهداشت در انتظار این نیست که با بیمار شدن سالمند، به وی ارائه خدمت دهد، بلکه سعی می‌کند از طریق آموزش‌های منظم و دوره‌ای و نیز تداوم مراقبت‌ها از طریق برنامه‌های بازدید منزل، نه تنها از بیمار شدن سالمندان سالم جلوگیری کرده، بلکه در صورت بروز بیماری، در همان مراحل اولیه با تشخیص به موقع و زودرس، باعث ارتقاء کیفیت درمان شود. این یافته هم‌راستا با نظر بودیب و همکاران (۲۰۲۰) است که مراقبت مستمر را جزئی از مراقبت ادغام یافته می‌دانند [۳۱].

مراقبت جامع^{۳۷}؛ به این معنی که سالمند سالم در هر بار مراجعه به طور جامع و سیستماتیک بر اساس پرونده مراقبت از سالمند سالم، که نتیجه تحقیق عملکردی حاضر است، مورد ارزیابی قرار گرفته و برنامه مراقبتی خاص خود را دریافت می‌نماید. ثبت مراقبت‌ها در پرونده طراحی شده، علاوه بر مستندسازی مراقبت‌ها، امکان پیگیری آنها توسط سایر پرسنل را به راحتی فراهم می‌سازد. از طرف دیگر، مراقبت جامع، هم‌راستا با رویکرد مراقبت ادغام یافته سالمندی است که مورد تأکید سازمان جهانی بهداشت می‌باشد. همسو با این یافته‌ها، ایمر و همکاران (۲۰۱۷) نیز ارزیابی جامع از سالمند را از ارکان برنامه مراقبتی برمی‌شمارند [۳۲].

مراقبت حمایتی^{۳۸}؛ به این معنی که در صورت نیاز سالمند سالم، پرسنل مرکز بهداشت از طریق برنامه‌های بازدید منزل به سالمندان و خانواده‌های تحت پوشش یاری می‌رسانند. نیکولسون و همکاران (۲۰۱۷) نیز مراقبت حمایتی از سالمند را پلی بین مراقبت درمانی و مراقبت تسکینی قلمداد می‌نمایند [۳۳].

نتایج مطالعه حاضر با برخی از مطالعات انجام گرفته در قالب CBPR همسو می‌باشد. از جمله مطالعه لپین و همکاران (۲۰۱۸) که پژوهشی با هدف تلفیق برنامه‌های ارتقاء سلامت مبتنی بر جامعه و مراقبت‌های اولیه در ایالت مینه‌سوتا آمریکا انجام دادند. این مطالعه اجرای برنامه‌های مبتنی بر شواهد را در پیشگیری و مدیریت بیماریها یک ضرورت دانسته اما اجرای این برنامه در سطح جامعه و تلفیق آن در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه را نوعی چالش قلمداد نمود [۳۴]. همسو با چالش مورد اشاره توسط لپین، در مراحل اولیه مطالعه حاضر نیز در مراقبت از سالمندان سالم، هیچگونه مشارکت و تعاملی بین مرکز بهداشت از یک سو و خانواده‌ها و سالمندان از سوی دیگر وجود نداشت. در پژوهش لپین نیز همانند مطالعه حاضر از تلفیق روش‌های کمی و کیفی استفاده شده است. در قالب مطالعات عملکردی جهت بالا بردن اعتماد و اعتبار یافته‌ها، اطلاعات به روش‌های کمی و کیفی گردآوری می‌شوند. لپین می‌نویسد که متخصصان بالینی اعتماد اندکی به برنامه‌های جامعه‌محور داشته و غالباً درگیر

³⁵ Active and participatory care

³⁶ Continuous care

³⁷ Comprehensive care

³⁸ Supportive care

فعالیت‌هایی در زمینه تشخیص و درمان بیماریها هستند. برای حل این چالش، لپین آموزش متناسب و تغییر در سطوح سیستمیک و سیاست-گزاری را پیشنهاد می‌نماید [۳۴]. آموزش پرسنل یکی از راهبردهای اصلی در اجرایی شدن مراقبت سالمندی سالم بود. در یک تحلیل جالب، لپین برنامه‌های جامعه‌محور و مراقبت‌های بهداشتی اولیه را دو دنیای جد از هم ذکر می‌کند. در مطالعه حاضر نیز قبل از اجرای برنامه‌های تغییر، پرسنل اهم فعالیت‌ها و وظایف خود را در قالب مراقبت‌های بیمارمحور تعریف نموده و با برنامه‌های مبتنی بر جامعه و کار با سالمندان سالم و خانواده‌ها آشنایی نداشتند. پروژه CBPR اجرا شده در طی ۲ سال توانست ارتباط مناسبی بین مرکز بهداشت و سالمندان و خانواده‌ها بوجود آورد.

یکی از جنبه‌های مراقبتی از سالمند سالم، ارزیابی جامع وی است. البته این مساله جزو مراقبت‌های ادغام یافته نیز می‌باشد. بعد ارزیابی جامع سالمند سالم در مطالعه حاضر، مشابه با مفهوم ادغام یافته مدلی است که کاتن^{۳۹} و همکاران (۲۰۱۰) تحت عنوان "مراقبت تیمی"^{۴۰} مطرح نمودند. کاتن معتقد است برای سالم بودن سالمندانی که مبتلا به بیماری‌های مزمنی هم چون دیابت یا بیماری قلبی هستند، باید از یک رویکرد مراقبتی ادغام یافته استفاده نمود. ارکان رویکرد ادغام یافته در مراقبت تیمی؛ حمایت از خودمراقبتی، کنترل بیماری و دارودرمانی است. ابعاد مراقبت مشارکت محور سالمند سالم نیز به نوعی شبیه مفهوم مراقبت تیمی در مدل کاتن است. تمایز مطالعه حاضر با پژوهش کاتن این است که مطالعه کاتن بر روی سالمندان بیمار تمرکز دارد. اکثر مدل‌های مراقبت از سالمندان برای محیط‌های درمانی و بیمارستانی طراحی شده‌اند [۳۵، ۳۶]. "امتیاز اصلی برنامه سالمندی سالم که برآیند نهایی CBPR حاضر بود این است که، این برنامه برای سالمندان سالم و غیربیمار طراحی شده و سعی دارد با آموزش اصول و پایه‌های سالمندی سالم، سلامت سالمندان را حفظ و ارتقاء دهد. این رویکرد با توانمندسازی مراقبان سلامت و آموزش سالمندان و خانواده‌ها امکان‌پذیر بوده و دارای یک رویکرد "مراقبت مشارکتی جامعه محور"^{۵۲} می‌باشد. 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 می‌باشد. در مدل مراقبت پویای سالمندی سالم، سعی گردید که خدمات سالمندی در مرکز مطهری واجد مشخصات؛ جامع و کامل بودن، هماهنگ ارائه شدن، در دسترس و با کیفیت بودن، باشد.

برخی از نتایج CBPR حاضر با پژوهش ملک افضلی و همکاران (۱۳۹۰) همسو می‌باشد. در مطالعه ملک افضلی فقدان فرهنگ کار مشارکتی و تیمی، شکاف بین مردم و متخصصان، کمبود انگیزه و وقت گیر بودن کار با مردم به عنوان چالش‌های پژوهش‌های مشارکتی مبتنی بر جامعه ذکر و برای کنترل این چالش‌ها؛ برگزاری کارگاه، اعتمادسازی، احترام، تعامل بین کارکنان و مردم و ارائه بازخورد مستمر پیشنهاد شده‌اند [۳۷]. در همین راستا در مطالعه حاضر برگزاری کارگاه‌های آموزشی یکی از ارکان اصلی توانمندسازی پرسنل برای کار با سالمندان سالم و خانواده‌ها بود. هم چنین برخورد توأم با احترام باعث شد که سالمند و خانواده‌اش تمایل داشته باشند که برای دریافت خدمات، مجدداً به مرکز بهداشت مراجعه نمایند. علاوه بر این، در هنگام طراحی و اجرای تمامی برنامه‌های تغییر، مرتباً از گروه مشارکت‌کننده بازخورد گرفته و اصلاحات بر اساس نظرات آنها و انعکاس صورت گرفته، انجام می‌شد.

در همین ارتباط مطالعه چانگ و همکاران (۲۰۱۶) با عنوان استفاده از تحقیقات مشارکتی مبتنی بر جامعه برای پرداختن به نیازهای بهداشتی زنان سالمند چینی، نشان داد که کار با سالمندان نیاز به ایجاد حس احترام، اعتماد و درک موقعیت اجتماعی و فرهنگی سالمند دارد [۳۸]. همسو با نظر چانگ، در مطالعه حاضر نیز یکی از علل موفقیت آمیز بودن برنامه سالمندی سالم، برخورد توأم با احترام و تکریم و ارزیابی نیازهای سالمندان و خانواده‌ها بر اساس شناخت موقعیت اجتماعی آنان از طریق برنامه‌های بازدید منزل بود.

³⁹ Katon

⁴⁰ TEAMcare

⁵² Community based Participatory Care

نتایج مطالعه حاضر با یافته های ماهر ایمهوف و همکاران (۲۰۱۴) نیز همراستا می باشد که به مطالعه ای با هدف تدوین یک برنامه مشاوره خانوادگی توسط پرستار برای خانواده های سالمندان در قالب یک پروژه مشارکتی جامعه محور در آلمان پرداختند [۱۰]. این مطالعه ضرورت وجود یک مشاوره پرستاری جهت حمایت از سالمند و خانواده اش در رویاوی با چالش های سلامتی را پیشنهاد می کند، که در مطالعه حاضر در قالب برنامه های بازدید منزل و آموزش ماهانه برای خانواده ها، چنین حمایتی انجام پذیرفت. در مطالعه ماهر ایمهوف نیز مشابه پژوهش حاضر از مصاحبه های فردی و بحث گروهی متمرکز برای جمع آوری داده ها استفاده شد.

همراستا با نتایج پژوهش حاضر، مطالعه بامن و همکاران (۲۰۱۸) می باشد که یک کارآزمایی مشارکتی مبتنی بر جامعه را بر روی فعالیت فیزیکی در فضای باز بر روی ۸۸ سالمندان ۶۵-۷۵ ساله در شهر برمن آلمان انجام دادند. یافته ها نشان دهنده تأثیر مثبت اجرای برنامه بر افزایش میزان فعالیت فیزیکی در سالمندان بود [۳۹].

هیلز و همکاران (۲۰۰۷) مطالعه ای با عنوان اقدام مشارکتی مبتنی بر جامعه؛ عملکرد چندرشته ای در مراقبت های بهداشتی اولیه، در یک شهر ۳۰۰ هزار نفره در کانادا انجام داده و اطلاعات را از یک مرکز مراقبت های بهداشتی اولیه که ۱۱ هزار نفر را تحت پوشش داشت، جمع آوری نمودند. نتایج نشان داد استفاده از عملکرد چندرشته ای در مراقبت های بهداشتی اولیه دشوار است. هیلز راه برون رفت از این چالش را کم رنگ نمودن برنامه های پزشک محور ذکر می کند [۲۹]. همسو با این نتایج، در مطالعه حاضر نیز ارزیابی و نیازسنجی سلامت سالمندان، آموزش خانواده ها، بازدیدهای منزل، کلاس های آموزشی برای سالمندان و خانواده ها تماماً توسط پرسنل آموزش دیده مرکز بهداشت انجام گرفت و بر آیند نهایی کار، اجرای مراقبت استاندارد از سالمند سالم بود که با مشارکت خانواده ها و خود سالمندان در محیط مرکز بهداشت توسط پرسنل انجام پذیرفت. ضمن آنکه به عنوان یک عملکرد و همکاری چندرشته ای، از کارشناسان تغذیه و روانشناسی مرکز بهداشت در طراحی و اجرای برنامه های تغییر استفاده گردید.

نتیجه گیری نهایی: هدف نهایی مطالعه حاضر، ارتقاء کیفیت مراقبت سالمندی سالم، از طریق CBPR بود. در این خصوص به نظر می رسد مشکل اصلی پرسنل مرکز بهداشت، عدم توانمندی و نداشتن یک مدل اجرایی مشخص، برای کار با سالمندان سالم و خانواده ها بود. با آموزش کارگاهی مفهوم سالمندی سالم و ابعاد آن، سطح دانش و آگاهی پرسنل در این زمینه ارتقاء 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 خانواده ها را بهبود بخشیده و موفق به جلب مشارکت آنان برای شرکت در برنامه های سالمندی سالم شدند. پرونده مراقبت از سالمند سالم به تدریج و طی کار عملی با سالمندان توسط پرسنل طراحی گردید و به عنوان یک راهنما و استاندارد کاری در نظر گرفته شد. با ارائه خدمات باکیفیت، پاسخ گویی و ایجاد حس احترام، به تدریج اعتماد بین پرسنل با سالمندان و خانواده ها ایجاد و زمینه مناسب برای اجرای برنامه های بازدید منزل فراهم گردید. این برنامه ها به استمرار و تداوم برنامه سالمندی سالم کمک نموده و به تصمیمات مراقبتی مبتنی بر شواهد و مستندات عینی باری رساندند. برآیند نهایی این تغییرات، رضایت مندی سالمندان سالم، خانواده ها و همین طور خود پرسنل بود. برنامه مراقبت سالمندی سالم با ویژگی های؛ جامع، مستمر، حمایتی، فعال و مشارکت محور بودن، توانست کیفیت مراقبت ادغام یافته برای سالمندان سالم در مرکز بهداشت مطهری مشهد را ارتقاء دهد.

ملاحظات اخلاقی: در این مطالعه با کد اخلاق IR.MODARES.REC.1395.017 همه اصول اخلاقی رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. هم چنین همه شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آنها محرمانه نگه داشته شد. کد اخلاق؟

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

References

1. Education MoHaM. National document on health promotion, welfare and dignity of Iranian Elderly, Ministry of Health and Medical Education. 2011.
2. Office of Family and Population Health EHD. Booklet Guide to Integrated and Comprehensive Aging Care. Ministry of Health and Medical Education. 2016.
3. Organization WH. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity 2017]
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.
5. Sibiya M, Gwele N. A model for the integration of primary health-care services in the province of KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Nursing Management*. 2013.۹۵-۳۸۷:(۲)۲۱;
6. Organization WH. Active Ageing 2015]
7. Alizadeh M, Sharifi F, Mohamadiazar M, Nazari N. Analytical performance of administrations in charge of ageing program in Iran. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2013;13(1):74-81.
8. 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.
9. Berge JM MT, Doherty WJ. Using Community-Based Participatory Research (CBPR) to target health disparities in families. *Family relations*. 2009 Oct;58(4):475-88.
10. Mahrer-Imhof R HH, Naef R, Bruylants M. Development of a nurse-led family counseling program for families of the elderly :the first cycle of a Community-Based Action Research Project (CBPR). *Pflege*. 2014 Aug;27(4):231-41.
11. Salimi Y SK, Malekafzali H, Loori N, Kheiltash A, Jamshidi E, Frouzan AS, Majdzadeh R. Is community-based participatory research (CBPR) useful? A systematic review on papers in a decade. *International journal of preventive medicine*. 2012 Jun;3(6):386.
12. 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. *Iranian Journal of Ageing*. 2013;7(4):41-6.
13. Heravi.M. Designing and Validation of the Domestic elder Abuse Assessment Questionnaire. (Thesis P.hD in Nursing). Tarbiat Modares University, Medical Sciences Faculty. 2009.
14. Fotoukian Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Fallahi Khoshknab M. Analytical on empowerment interventions in older people with chronic disease: A review literature. *Journal of Health Promotion Management*. 2013;2(4):65-76.
15. 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. *Iranian Journal of Ageing*. 2019;13(4):440-51.
16. Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. Quality of Life in Iranian Elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019;13:518-33.

17. Hazavehei MM, Faghih 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. *J Neyshabur Univ Med Sci.* 2017;5(1):39-51.
18. Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed Zakerin M. Autonomy in the elderly: a phenomenological study. *Hakim Research Journal.* 2010;12(4):1.1-1.1
19. 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.
20. 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. 2014.
21. Hasani M KS. Assessing health care providers' views in health centers about barriers to the implementation of maternal care package in the third trimester: case study. *Quarterly Journal of Nursing Management.* 2013 Dec 15;2(2):60-8.
22. 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. *Health Research Journal.* 2017;2(1):49-55.
23. Tarrahi M. The quality of health care services provided in health care centers of Khorramabad using SERVQUAL model in 2010. 2012.
24. Heidarnia M-A, Riazi-Isfahani S, Abadi A, Mohseni M. Cross cultural adaptation and assessing validity and reliability of SERVQUAL questionnaire in hospital service quality. *Research in medicine.* 2014;38(2):98-105.
25. Venkatapuram S EH, Saxena A. Equity and healthy ageing Perspectives. *Bulletin of the World Health Organization.* . 2017;95:791-2.
26. Yasobant S. Comprehensive public health action for our aging world: the quintessence of public health policy. SAGE Publications Sage UK: London, England; 2018.
27. 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):289.
28. Organization WH. A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006-2015 2006]
29. Hills M MJ, Carroll S. Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care. *Revista Panamericana de Salud Publica.* 2007;21:125-35.
30. Gkouskos D BJ. I'm in! Towards participatory healthcare of elderly through IOT. *Procedia computer science.* 2017 Jan 1(113):647-52.
31. Budib MB ZM, De Oliveira VM, de MATOS VT. Integrated continuous care: collaborating with the elderly functionality. *Bioscience Journal.* 2020 Jan;36.(1)
32. Eamer G TA, Chen SS, Daviduck Q, Chambers T, Shi X, Khadaroo RG. Comprehensive geriatric assessment for improving outcomes in elderly patients admitted to a surgical service. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;1.
33. Nicholson C ME, Hicks A, Fitzpatrick J. Supportive care for older people with frailty in hospital: An integrative review. *International journal of nursing studies* 2017 Jan 1;66:60-71.
34. Leppin AL SK, Egginton J, Dick S, Branda M, Christiansen L, Burow NM, Gaw C, Montori VM. Integrating community-based health promotion programs and primary care: a mixed methods analysis of feasibility. *BMC health services research.* 2018 Dec;18(1):72.

35. 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):25-31.
36. 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.
37. Malekafzali H BF, Setareh forouzan A,. Community-based participatory research in Iran: Challenges and ways to control it from the perspective of stakeholders. *Jrh*. 2011;1(1):10-6.
38. Chang ES SM, Dong X. Using community-based participatory research to address Chinese older women's health needs: Toward sustainability .Using community-based participatory research to address Chinese older women's health needs: Toward sustainability. *Journal of women & aging*. 2016 Jul 3;38(4):276-84.
39. Bammann K DC, Lübs LL, Stalling I. Cluster-randomised trial on participatory community-based outdoor physical activity promotion programs in adults aged 65–75 years in germany: Protocol of the outdoor active intervention trial. *BMC*. 2018 Dec;18(1):1-6.

Abstract

Objectives: In elderly care provided by health centers, healthy elderly are neglected in care and education. This Community-Based Participatory Research 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 age of caregivers was 32.4 ± 2.7 years and their mean work experience was 8.3 years. The mean 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 analysing 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 score 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 ($P=0.001$).

Conclusions: 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.

Key Words: Healthy Aging, Action Research, Community-based Participatory Research.

Accepted Manuscript