



ارزشیابی مدل سیستم مراقبتی جامعه نگر طراحی شده برای سالمندان شهر تهران

چکیده

هدف: در حال حاضر در کشورهای توسعه یافته مدل‌های گوناگونی از سیستم‌های ارائه‌کننده خدمات مراقبتی مبتنی بر جامعه، ویژه سالمندان تدارک دیده شده است که این سیستم‌ها پاسخگوی نیازهای خاص هر گروه از سالمندان می‌باشند. در کشور ما نیز طراحی، بکارگیری و ارزشیابی کارآئی و اثربخشی اینگونه سیستم‌ها ضروری بنظر می‌رسد.

روش بررسی: در این مطالعه مدل ارائه مراقبت‌های مبتنی بر جامعه ویژه سالمندان ناتوان که با استفاده از روش تری انگولا سیون شامل بررسی جامع منابع مطالعاتی مرتبط، نظرسنجی از متخصصان و نیازسنجی از سالمندان بدست آمده بود در قالب انجام مطالعه‌ای از نوع کارآزمایی بالینی بر روی ۳۶ نفر سالمند واجد شرایط بمدت شش ماه مورد اجرا و ارزشیابی قرار گرفت. بکارگیری ابزار جامع ارزیابی سالمندان، برگزاری جلسات تیمی با هدف برنامه ریزی مراقبت‌ها، استفاده از رویکرد بین بخشی (همکاری پرستار، پزشک، مددکار، روانشناس، کاردرمانگر، فیزیوتراپ و...) در فعالیتهای مرکز توجه قراردادن سالمند بعنوان یک فرد و نه صرفاً تمرکز بر بیماریها از مشخصات اصلی این الگوی مراقبتی بوده است.

یافته‌ها: بررسی شاخص‌های منعکس‌کننده نتایج مطلوب بکارگیری سیستم شامل: فعالیتهای روزمره زندگی، احساس تندرستی، میزان رضایت از خدمات دریافتی، امید به زندگی و ... نشان می‌دهد که قبل از انجام مداخلات در دو گروه اختلاف معناداری نداشته ولی پس از مداخله این اختلاف معنادار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج اولیه بدست آمده از بکارگیری این سیستم مراقبتی و بررسی برآیندهای موردانتظاری همچون، افزایش میزان کیفیت زندگی و امید در سالمندان نشان دهنده کارآئی این سیستم بوده، هرچند انجام مطالعات تکمیلی بعدی و بخصوص بررسی از بعد هزینه - فایده توصیه می‌گردد. کلید واژه‌ها: الگوی سیستم خدمات بهداشتی / شهروند سالمند / خدمات مراقبتی مبتنی بر جامعه

* دکتر کیان نوروزی

دکتری پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

دکتر حیدرعلی عابدی

دکتری پرستاری؛ دانشیار دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر سادات سید باقر مداح

دکتری پرستاری؛ استادیار گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر عیسی محمدی

دکتری پرستاری؛ استادیار گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس

دکتر غلامرضا بابائی

دکتری آمار زیستی؛ دانشیار گروه آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس
* E-mail:norozki-kian@uswr.ac.ir



سالمندی را آشکار نموده و بر تاثیر عوامل روانی - اجتماعی و بیوفیزیولوژیک در چگونگی طی شدن این دوره از زندگی تاکید و اذعان دارد. پیش بینی می شود که دردهای آتی خانواده همچنان نقش محوری خود را بعنوان اصلی ترین منبع حمایتی فرد سالمند حفظ کرده، ارتقاء سطح سلامتی با تاکید آن بر پیشگیری از بروز بیماریها و معلولیتها مرکز توجه فعالیتها و تلاشهای سیستم های بهداشتی بوده، آموزش بهداشت همچنان نقش مهمتری را ایفا نموده و توجه بیشتری به مفهوم کیفیت زندگی خواهد شد (۴).

پیش نیازهای یک برنامه ارتقاء سطح سلامتی برای سالمندان عبارتند از: توجه و برنامه ریزی در خصوص علل شایع مرگ و میر در سالمندان، توجه و برنامه ریزی در خصوص بیماریهای مزمن، توجه و برنامه ریزی در مورد عوامل خطر زا، کمک به سالمندان در دسترسی و دستیابی به خدمات مراقبتی، فراهم سازی امکان مشارکت در سیستم ارائه خدمات مراقبتی، ایجاد برابری فرصتها برای زنان سالمند و ایجاد برابری فرصتها برای افراد وابسته به فرهنگها و قومیتها مختلف (۵).

ارائه خدمات مراقبتی مبتنی بر جامعه برای سالمندان زمانی مؤثر و کارآمد تلقی می شود که واجد مشخصات ذیل باشد: جامع و کامل بودن، هماهنگ ارائه شدن، در دسترس بودن و کیفی بودن (۶).

صاحب نظران بر این اعتقادند که لازم است مطالعات بیشتری بر روی وضعیت سلامتی و نیازهای بهداشتی سالمندان ساکن در مناطق شهری انجام شود. در حال حاضر اطلاعات مربوط به گزارشات سیستماتیک و سازمان بندی شده در مورد خط مشی ها و برنامه های بهداشت جامعه در خصوص سالمندان مناطق شهری موجود نبوده و یا این اطلاعات ناکافی می باشد (۷).

لذا با در نظر گرفتن واقعیت های فوق الذکر این مطالعه با هدف کلی بررسی و تعیین تاثیر بکارگیری سیستم خدمات مراقبتی جامعه نگر ویژه سالمندان بر بهبود کیفیت مراقبت های دریافتی و کیفیت زندگی سالمندان ساکن در یکی از مناطق شهری شهر تهران اجرا گردید.

بررسی تاثیر بکارگیری مدل طراحی شده بر میزان کیفیت زندگی؛ احساس تندرستی و خوب بودن؛ میزان رضایت از روابط اجتماعی؛ انجام فعالیت های روزمره زندگی؛ تقویت شبکه حمایتی اجتماعی؛ بهبود فعالیت های اجتماعی؛ بهبود انجام فعالیت های اساسی روزمره زندگی؛ بروز رفتارهای بهداشتی؛ افزایش آگاهی در زمینه منابع حمایتی موجود در سطح جامعه از جمله اهداف جزئی انجام این مطالعه بوده است.

تحقیقات نشان می دهد که فعالیتهای پرستاری مبتنی بر جامعه (Community Based nursing practices) از نوع سرویسهای خدماتی با کیفیت بالایی می باشند که طی آن در هزینه ها صرفه جوئی شده و بر پیشگیری از بروز بیماریها و ارتقاء و بهبودی سطح سلامتی تاکید می شود. در مراقبتهای مبتنی بر جامعه سازماندهی خدمات در مکانهایی صورت می گیرد که مردم در آنجا زندگی، کار یا تحصیل می کنند. بر مشارکت و همکاری بین ارائه کنندگان و دریافت کنندگان خدمات مراقبتی در این سیستم ها تاکید می شود. این خدمات افراد را در تمامی طول دامنه زندگی شان در بر می گیرد. این نوع خدمات، افراد با فرهنگهای مختلف را پوشش می دهد و خدمات در دسترس گروههای در معرض خطر بروز مشکلات سلامتی قرار می گیرد. بعلاوه، این سیستم های مراقبتی توسعه و ارتقاء ظرفیتهای بهداشتی جامعه را مدنظر دارند و مسئولان این سیستم ها با سیاستگذاران در زمینه تغییر و اصلاح سیاستهای بهداشتی وارد مذاکره می شوند و تلاش می کنند تا محیط را سالمتر کنند (۱).

مروری بر مطالعات انجام شده:

اساساً گسترش و ارتقاء جایگاه فعالیتهای پرستاری مبتنی بر جامعه متأثر از روندهایی به شرح ذیل بوده است:

- ارتقاء ظرفیتهای موجود در جوامع برای بهبود سلامت افراد
- ارائه تعاریف وسیعتر و جامعتری از سلامتی
- تاکید بر مشارکت اجتماعی و انجام کار گروهی
- کنترل و مهار هزینه های مراقبتی - درمانی
- تاکید بر پیشگیری از بروز بیماریها و ارتقاء سطح سلامتی
- وجود تفاوت های قومی و فرهنگی در افراد دریافت کننده خدمات مراقبتی
- لزوم ارائه مراقبتهای بهداشتی لازم به گروههای در معرض خطر
- پیشرفتهای بدست آمده در فن آوریها و گسترش پوشش رسانه های همگانی
- نتایج مطلوب و کیفی بدست آمده توسط سیستم های خدمات مراقبتی مبتنی بر جامعه (۲).

برای فهم و درک ماهیت خدمات بهداشت جامعه لازم است شش جزء تشکیل دهنده آن مورد توجه و رسیدگی قرار گیرد. این اجزاء عبارتند از:

- ۱- ارتقاء سطح سلامتی ۲- پیشگیری از بروز مشکلات بهداشتی و سلامتی ۳- درمان اختلالات و ناخوشی ها ۴- توانبخشی ۵- ارزشیابی خدمات ارائه شده ۶- تحقیق و پژوهش (۳).

مطالعه فرایندهای مطرح در سالمندی ماهیت پیچیده و چند جانبه



روش بررسی

محیط پژوهش در این مطالعه شامل محیط خانوادگی و منزل مددجویان سالمند ساکن در منطقه سیزده شهرداری تهران، فرهنگسرای سالمند در منطقه سیزده شهرداری تهران واقع در پارک خیام و مرکز مشاوره و خدمات مراقبتی در منزل طلوع واقع در همین منطقه بوده است.

واحدهای مورد مطالعه در این پژوهش دارای مشخصات ذیل بوده‌اند:

– سن ۶۵ سال و بالاتر از آن

– ابتلا به حداقل یک بیماری مزمن تحت درمان

– سکونت در منطقه ۱۳ شهرداری تهران حداقل بمدت ۱۰ سال

– تمایل و توانایی شرکت در پژوهش

– امکان دسترسی و کنترل از سوی محقق

درخصوص روش نمونه‌گیری، با توجه به اینکه هر ساله در قالب اجرای طرح هفته سلامت و روز پرستار در فرهنگسرای سالمند ارزیابی وضعیت سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی سالمندان ساکن این منطقه از سوی دانشجویان و مدرسین گروه پرستاری و سایر گروه‌های بالینی اجرا گردیده و اطلاعات مربوطه در اختیار فرهنگسرا می‌باشد؛ در این تحقیق با بررسی پرونده‌های مذکور هر سالمندی که معیارهای ورود به مطالعه را داشت در گروه آزمون قرار می‌گرفت و فرد سالمند دیگری که تا حد امکان از نظر متغیرهای زمینه‌ای (مانند سن، جنس، وضعیت سلامت عمومی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی) شرایط مشابهی را دارا بود در گروه شاهد وارد می‌شد. این روند تا دستیابی به حجم نمونه مورد نیاز ادامه یافت. برای هر یک از دو گروه شاهد و مورد تعداد تقریبی ۴۰ نفر سالمند پیش‌بینی و برآورد گردید. این اندازه نمونه بر اساس معیارهای ذیل بدست آمده است:

الف – از بعد آماری با استفاده از نرم‌گرام آلتمن با سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و با اندازه اثر (effect size) متوسط در حد ۰/۵ و برآورد ریزش به میزان ۱۰٪.

ب – امکانات اجرایی محقق خصوصاً از نظر سازماندهی تیم کارشناسان و مراقبین غیر حرفه‌ای و داوطلب ارائه‌کننده خدمات مراقبتی جامعه نگر و محدوده زمانی انجام مطالعه.

ابزار گردآوری داده‌ها:

الف - پرسشنامه بررسی جامع سالمندان (Geriatric Assessment Tool Comprehensive) که پس از ترجمه و بکارگیری آن در یک مطالعه راهنما اعتبار و اعتماد آن مورد تایید قرار گرفت.

ب - بمنظور بررسی متغیرهای وابسته این مطالعه که همه آنها جزء برآیندهای مورد انتظار در ارائه خدمات مراقبتی می‌باشند نیز از ابزار «طبقه

بندی برآیندهای پرستاری» (NOC = Nursing Outcome Classification) که در قالب اجرای یک طرح تحقیقاتی چند مرحله‌ای جامع و در طی چند سال توسط اساتید و دانشجویان دکتری پرستاری دانشگاه آیوا طراحی گردیده و روائی و پایائی آن مورد تایید قرار گرفته استفاده شد.

تعداد چهار نفر از سالمندان در هر یک از گروه‌های مداخله و شاهد از شرکت در مطالعه انصراف دادند که این عده از ویژگی خاصی برخوردار نبودند. در گروه آزمون متناسب با مدل طراحی شده مداخلات بشرح ذیل انجام می‌گرفت:

الف - ارزیابی جامع سالمندان از ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی توسط اعضای تیم مراقبتی.

ب - تشکیل جلسات تیمی بمنظور مشخص نمودن برنامه‌های آموزشی، تشخیصی، درمانی، مراقبتی و توانبخشی برای هر یک از سالمندان.

ج - اجرای مداخلات مراقبتی با تاکید بر انجام آموزش و مشاوره خانواده و فرد سالمند بشکل انفرادی و تشکیل کلاسهای آموزش گروهی در محل فرهنگسرا (آموزش سبک سالم زندگی در دوره سالمندی) و توزیع مواد و جزوات آموزشی مرتبط.

د - پیگیری وضعیت مددجویان از طریق تلفن و انجام بازدید منزل و ارائه مراقبت در منزل از طریق مرکز مشاوره و خدمات مراقبت پرستاری در منزل واقع در منطقه.

ه - اطلاع‌رسانی و ارجاع به مراکز بهداشتی، آموزشی، درمانی در صورت لزوم.

و - ملاقاتهای دوستانه و جویا شدن احوال از طریق تلفن که عمدتاً از سوی محقق و تنی چند از افراد خیر و داوطلب پس از هماهنگی با محقق انجام می‌شد.

ز - خدمات مشاوره روانی.

ح - انجام چک‌آپ و بررسی‌های دوره‌ای و موردی وضعیت سلامتی. ط - انجام مشاوره‌های تغذیه‌ای طبیعی و درمانی توسط دانشجوی کارشناس ارشد تغذیه.

ی - مداخله در شرایط اورژانس.

برنامه فوق طی شش ماه بر روی سالمندان گروه مداخله اجرا گردید. درانتهای این دوره وضعیت سالمندان دو گروه با استفاده از ابزار «طبقه بندی برآیندهای پرستاری» مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت.

در طول مطالعه ملاحظات اخلاقی ذیل از سوی تیم تحقیقاتی رعایت می‌گردید:

– کسب اجازه و رضایت از سالمندان درخصوص شرکت در پژوهش و توضیح اقدامات مربوط به پیگیری‌های مورد لزوم.



بحث

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که یکی از برآیندهای مهم بدست آمده ناشی از اجرای مدل سیستم مراقبتی جامعه نگر در این مطالعه ارتقاء و بهبود قابل ملاحظه میزان بروز رفتارهای بهداشتی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل بوده است ($X^2 = 18/66$, $df = 3$, $p = 0/00$). پژوهشهای دیگری نیز نتایج مشابهی را بدست داده است. بعنوان نمونه راجرز و همکاران با طرح این مسئله که اطلاعات کمی در خصوص بهترین روش ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بروز بیماریها در زمینه سالمندی در دست می‌باشد در مطالعه خود به تبیین دیدگاههای سالمندان شرکت کننده در یک برنامه ارتقاء سطح سلامتی که شامل کلاسهای آموزش مسائل بهداشتی و خدمات مدیریت موردی (Case Management) بود پرداختند. برنامه در سطح ملی انجام شد. شرکت کنندگان عنوان نمودند که مطرح کردن مشکلات بهداشتی به نحو قابل ملاحظه ای باعث گردید که: به شکل مرتب با پزشک خود در مورد آن مسئله ملاقات نمایند، توصیه‌های پزشک معالج خود را رعایت کنند، مشکل بهداشتی آنها تحت کنترل قرار بگیرد، و در طول دوره دو ساله پیگیری، مشکل روند بهبودی داشته باشد. پژوهشگران در این مطالعه نتیجه‌گیری نمودند که شرکت در کلاسهای آموزش بهداشت و استفاده از خدمات مراقبتی مدیریت موردی برای استفاده کنندگان آنها مفید واقع شده است هرچند چگونگی بهینه سازی ارائه این نوع خدمات به گروههای هدف نیاز به انجام مطالعات بیشتری دارد (۸).

همانگونه که ملاحظه شد در سیستم مراقبتی طراحی شده در این مطالعه پرستاران دارای نقشی محوری بوده و در تیم مراقبتی نقشهای متنوع و متعددی را مانند آموزش، مشاوره‌های سلامتی و هماهنگ کننده خدمات را دارا بودند و بعد از پرستاران، مددکاران و پزشکان (عمومی) بیشترین بار خدمات را متحمل می‌شدند و برآیندهای حاصل از اجرا و بکارگیری مدل نیز نشان داد که این ترکیب تیمی تا حد زیادی موفق و کارآمد بوده است. مطالعات دیگری نیز این یافته‌ها را تأیید می‌نمایند.

مایلور و همکاران در پژوهش خود تأثیر اجرای برنامه جامع طرح ترخیص و مداخلات پیگیری با محوریت و مدیریت پرستاران متخصص در مورد سالمندان ناتوانی که احتمال پذیرش مجدد آنان در بیمارستان در حد بالائی تخمین زده می‌شد را مورد بررسی قرار دادند. مطالعه در قالب مداخلات بالینی تصادفی شده طراحی گردید و پیگیریها تا حداکثر شش ماه پس از ترخیص اولیه از بیمارستان ادامه پیدا می‌کرد. برآیندهای عمده مورد انتظار شامل: تعداد پذیرشهای مجدد در بیمارستان، فاصله بین پذیرشها، تعداد ویزیت‌های به علل حاد در مراکز بهداشتی، هزینه‌های

دادن اطمینان به مددجویان که اطلاعات شخصی آنان نزد پژوهشگر محرمانه باقی خواهد ماند.

پرهیز از اقدامات غیر ضروری و مداخلات بدون هماهنگی‌های لازم با مددجو و خانواده بمنظور پیشگیری از بروز هرگونه تغییر و اختلال در سبک زندگی عادی سالمندان.

در صورتی که در هر مرحله ای از طرح وضعیت سلامتی فرد سالمند بهره‌گیری از خدمات مراقبتی شبانه روزی یا بیمارستانی را ایجاب می‌نمود محقق موظف بود آگاهی‌های لازم را در این خصوص در اختیار سالمند و خانواده وی قرار داده و در صورت امکان سالمند را به اینگونه مراکز معرفی و هدایت می‌کند.

یافته‌ها

بررسی‌های انجام شده در ابتدای مطالعه نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای جنس، وضعیت تاهل، زندگی با خویشاوندان، سطح تحصیلات، وضعیت مسکن، استفاده از وسایل کمک حرکتی، رعایت رژیم غذایی، سابقه زمین خوردگی، افسردگی، بیماریهای مزمن تحت درمان، وضعیت شناختی و استعمال دخانیات قابل مقایسه بوده و تفاوت معنی داری بین آنها موجود نمی‌باشد (آزمون کای - اسکوئر با $p > 0/05$).

ارزشیابی اثربخشی اقدامات مراقبتی در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد با اندازه‌گیری شاخص‌های منعکس کننده نتایج مطلوب بکارگیری سیستم شامل: فعالیتهای روزمره زندگی، احساس خوب بودن و تندرستی مراقبین، میزان رضایت از خدمات دریافتی، بروز رفتارهای بهداشتی، امید، فعالیتهای ضروری روزمره، ارائه مراقبتهای غیرمستقیم توسط مراقبین خانگی، آگاهی در مورد منابع بهداشتی، نگرش در مورد خدمات مراقبتی رسمی، حمایت‌های اجتماعی، کیفیت زندگی، احساس تندرستی و خوب بودن با استفاده از آزمون X^2 و در سطح معنی داری 95% در دو گروه محاسبه گردید.

وضعیت این شاخص‌ها در دو گروه قبل از انجام مداخله با یکدیگر تفاوت معنی داری نداشته ولی پس از مداخله شاخصهای میزان رضایت از خدمات دریافتی، بروز رفتارهای بهداشتی، امید، فعالیتهای ضروری روزمره، ارائه مراقبتهای غیرمستقیم توسط مراقبین خانگی، آگاهی در مورد منابع بهداشتی، نگرش در مورد خدمات مراقبتی رسمی، حمایت‌های اجتماعی، کیفیت زندگی، احساس تندرستی و خوب بودن در دو گروه تفاوت‌های معنی داری را نشان می‌دهد ($p < 0/05$). این درحالیست که تفاوتها در مورد فعالیتهای روزمره زندگی و احساس خوب بودن و تندرستی مراقبین خانوادگی در سطح $0/95$ معنا دار نبوده است.



جدول یک - بررسی مقایسه ای متغیرهای وابسته موردنظر قبل و بعد از بکارگیری سیستم مراقبتی در دو گروه

$\chi^2 = 0.582, df = 2, P = 0.901$	با وسیله کمکی ۱۲ (۱۰) به کمک وسائل و افراد دیگر ۴ (۶)	مستقل ۱۲ (۱۲) با کمک فرد ۸ (۸)	فعالیت‌های ضروری روزمره زندگی (قبل)
$\chi^2 = 21.57, df = 2, P = 0.463$	با وسیله کمکی ۱۰ (۱۰) به کمک وسائل و افراد دیگر ۲ (۶)	مستقل ۱۶ (۱۲) با کمک فرد ۸ (۸)	فعالیت‌های ضروری روزمره زندگی (بعد)
$\chi^2 = 41.44, df = 2, P = 0.217$	تا حد کمی مختل ۲۰ (۱۶) تا حد زیادی مختل ۲ (۲)	بدون اختلال ۰ (۴) تا حد متوسطی مختل ۱۴ (۱۴)	احساس خوب بودن و تندرستی مراقبین (قبل)
$\chi^2 = 41.98, df = 2, P = 0.173$	تا حد کمی مختل ۲۲ (۱۶) تا حد زیادی مختل ۰ (۲)	بدون اختلال ۶ (۴) تا حد متوسطی مختل ۸ (۱۴)	احساس خوب بودن و تندرستی مراقبین (بعد)
$\chi^2 = 0.26, df = 2, P = 0.835$	رضایت کم ۲۶ (۲۸)	رضایت متوسط ۸ (۶) رضایت بسیار کم ۲ (۲)	میزان رضایت از خدمات دریافتی (قبل)
$\chi^2 = 28.85, df = 2, P = 0.000$	رضایت متوسط ۱۸ (۱۰)	رضایت زیاد ۱۶ (۰) رضایت کم ۲ (۲۶)	میزان رضایت از خدمات دریافتی (بعد)
$\chi^2 = 21.22, df = 2, P = 0.465$	درغالب مواقع ۴ (۲) بندرت ۱۴ (۱۴) عدم بروز ۰ (۲)	بطور منظم ۲ (۲) بعضی مواقع ۱۶ (۱۶)	بروز رفتارهای بهداشتی (قبل)
$\chi^2 = 18.66, df = 2, P = 0.000$	درغالب مواقع ۱۶ (۲) بندرت ۲ (۱۰)	بطور منظم ۴ (۲) بعضی مواقع ۱۴ (۲۲)	بروز رفتارهای بهداشتی (بعد)
$\chi^2 = 21.68, df = 2, P = 0.298$	قابل ملاحظه ۴ (۲) کم ۱۲ (۱۶)	فراوان ۰ (۲) درحد متوسط ۲۰ (۱۶)	امید (قبل)
$\chi^2 = 10.11, df = 2, P = 0.18$	قابل ملاحظه ۱۰ (۲) کم ۸ (۱۶)	فراوان ۰ (۲) درحد متوسط ۱۸ (۱۶)	امید (بعد)
$\chi^2 = 0.00, df = 4, P = 1.000$	مستقل با کمک وسیله ۱۶ (۱۶) فرد و وسیله کمکی ۲ (۲)	بطور کامل مستقل ۲ (۲) مستقل با کمک فرد ۱۲ (۱۲) وابسته ۴ (۴)	فعالیت‌های روزمره (قبل)
$\chi^2 = 15.81, df = 4, P = 0.003$	مستقل با کمک وسیله ۸ (۱۶) فرد و وسیله کمکی ۴ (۲)	بطور کامل مستقل ۱۲ (۲) مستقل با کمک فرد ۴ (۱۲) وابسته ۰ (۴)	فعالیت‌های روزمره (بعد)
$\chi^2 = 21.97, df = 2, P = 0.295$	درحد قابل ملاحظه کافی ۸ (۱۰) تا حد کمی کافی ۲ (۴)	کاملاً کافی ۲ (۰) درحد متوسط کافی ۲۴ (۲۲)	ارائه مراقبت‌های غیرمستقیم توسط مراقبین خانگی (قبل)
$\chi^2 = 19.20, df = 2, P = 0.000$	درحد قابل ملاحظه کافی ۲۴ (۸) تا حد کمی کافی ۰ (۴)	کاملاً کافی ۴ (۲) درحد متوسط کافی ۸ (۲۲)	ارائه مراقبت‌های غیرمستقیم توسط مراقبین خانگی (بعد)
$\chi^2 = 0.208, df = 2, P = 0.959$	متوسط ۱۴ (۱۲) عدم آگاهی ۴ (۴)	قابل ملاحظه ۶ (۶) محدود ۱۲ (۱۴)	آگاهی در مورد منابع بهداشتی (قبل)
$\chi^2 = 15.85, df = 4, P = 0.003$	قابل ملاحظه ۱۴ (۶) محدود ۱۲ (۸) عدم آگاهی ۰ (۲)	فراوان و گسترده ۶ (۰) متوسط ۱۴ (۲۰)	آگاهی در مورد منابع بهداشتی (بعد)
$\chi^2 = 1/55, df = 2, P = 0.460$	ممتنع ۲۴ (۲۲) مثبت ۸ (۱۲)	منفی ۴ (۲)	نگرش درمورد خدمات مراقبتی رسمی (قبل)
$\chi^2 = 16, df = 1, P = 0.000$	مثبت ۲۲ (۱۶)	ممتنع ۴ (۲۰)	نگرش درمورد خدمات مراقبتی رسمی (بعد)
$\chi^2 = 0.582, df = 2, P = 0.748$	محدود و ضعیف ۱۰ (۱۲)	قابل ملاحظه ۶ (۴) متوسط ۲۰ (۲۰)	حمایت‌های اجتماعی (قبل)
$\chi^2 = 21.85, df = 2, P = 0.000$	قابل ملاحظه ۱۸ (۴) محدود و ضعیف ۰ (۱۰)	گسترده و قوی ۲ (۰) متوسط ۱۶ (۲۲)	حمایت‌های اجتماعی (بعد)
$\chi^2 = 21.08, df = 2, P = 0.298$	اختلال خفیف ۱۲ (۸) اختلال قابل ملاحظه ۶ (۸)	عدم اختلال ۰ (۲) اختلال متوسط ۱۸ (۱۸)	کیفیت زندگی (قبل)
$\chi^2 = 15.25, df = 2, P = 0.002$	اختلال خفیف ۱۴ (۶) اختلال قابل ملاحظه ۲ (۱۴)	عدم اختلال ۰ (۲) اختلال متوسط ۲۰ (۱۴)	کیفیت زندگی (بعد)
$\chi^2 = 11.08, df = 2, P = 0.575$	اختلال در حد متوسط ۱۲ (۱۴)	کمی مختل ۱۲ (۸) اختلال قابل ملاحظه ۱۲ (۱۴)	احساس تندرستی و خوب بودن (قبل)
$\chi^2 = 8.89, df = 2, P = 0.31$	کمی مختل ۱۴ (۶) اختلال قابل ملاحظه ۴ (۱۴)	بدون اختلال ۲ (۲) اختلال در حد متوسط ۱۶ (۱۴)	احساس تندرستی و خوب بودن (بعد)

اعداد داخل پرانتز مربوط به گروه شاهد می باشد



در سیستم ارائه خدمات بهداشتی ایالات متحده تثبیت نموده است در مطالعه خود موضوع تضمین کیفیت خدمات مراقبتی ارائه شده در قالب مدیریت موردی را بررسی نموده و نگرانی‌های موجود و مشکلات بالقوه مطرح در چگونگی ارزیابی اثر بخشی خدمات مراقبتی توسط این سیستم را مورد مطالعه قرار داده‌اند. این مطالعه به تشریح مدلی می‌پردازد که در ایالت اوهایو ایالات متحده با هدف تضمین کیفیت مراقبت‌ها طراحی و ابداع گردیده است. در این مطالعه همچنین چالش‌هایی که در خصوص هزینه‌های مربوط به تضمین کیفیت مطرح است مورد بحث قرار گرفته و به این نکته که دستیابی به اطلاعات تجربی و مستند در مورد کسب اطمینان در زمینه کیفیت خدمات ارائه شده کار مشکلی می‌باشد اشاره شده است (۱۱).

نتایج بدست آمده از اجرای مدل سیستم مراقبتی نشان‌دهنده تاثیر قابل ملاحظه بر وضعیت احساس خوب بودن در سالمندان گروه مداخله بوده است؛ $(X^2 = 8/89, df = 3, P = 0/031)$ که این یافته از آنجا حائز اهمیت است که همانگونه که می‌دانیم احساس خوب بودن دارای مؤلفه‌های زیادی بوده (شامل: رضایت از انجام فعالیتهای روزمره زندگی، رضایت از عملکرد روانی، رضایت از تعاملات اجتماعی، رضایت از ابعاد معنوی زندگی و تعدادی مؤلفه‌های دیگر) و لذا برای تغییر و ارتقاء شاخص احساس خوب بودن لازم خواهد بود که مداخله دارای اندازه اثر قابل ملاحظه‌ای بوده و بتواند تعداد زیادی از مؤلفه‌های مذکور را بهبود بخشد که در مطالعه ما نیز اینچنین بوده است.

همچنین مطالعه ما نشان داد که شاخص امید در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل بهبود قابل ملاحظه‌ای داشته است $(X^2 = 10/11, df = 3, P = 0/018)$ به این نتیجه این باشد که با توجه به مسائل فرهنگی، و ارزش و اهمیتی که سالمندان جامعه ما به موضوع استقلال و عدم تمایل به سکونت در مؤسسات نگهداری می‌دهند، فراهم سازی امکان رسیدگی و مراقبت به سالمندان در محیط طبیعی زندگی آنان برای ایشان بسیار ارزشمند بوده و نگرش مثبت و امیدواری آنان به زندگی را بهبود می‌بخشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به عدم وجود سیستم‌های مراقبتی بهداشتی - اجتماعی جامعه‌نگر و مبتنی بر جامعه در سطح کشور و لزوم روزافزون طراحی و بکارگیری چنین سیستم‌هایی، هدف تیم تحقیقاتی در این پژوهش امکان سنجی راه‌اندازی مدلی اولیه از اینگونه سیستمها و بررسی میزان دستیابی به برآیندهای قابل انتظار بوده است. بکارگیری ابزار جامع

درمانی، وضعیت عملکردی، افسردگی و رضایت مددجویان از خدمات مراقبتی دریافتی بود. نتایج مطالعه نشان داد که گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل تعداد پذیرش مجدد کمتری در مراکز بیمارستانی داشته، میانگین طول مدت بستری آنان کمتر بوده، زمان اولین پذیرش مجدد در بیمارستان در گروه مداخله طولانی‌تر بوده و میانگین هزینه‌های بهداشتی - درمانی صرف شده تا پایان دوره پیگیری شش ماهه در گروه کنترل تقریباً دو برابر گروه مداخله بوده است. وضعیت دو گروه از جنبه‌های تعداد ویزیت‌ها در مراکز پزشکی حاد، وضعیت عملکردی، وجود و شدت افسردگی و میزان رضایت مندی از خدمات دریافتی قابل مقایسه و یکسان بود. با توجه به نتایج بدست آمده اجرای این برنامه در مورد سالمندان ناتوان در معرض خطر بستری مجدد در بیمارستان کارآ و مقرون بصرفه ارزیابی می‌شود (۹).

تغییر و اصلاح نگرش سالمندان دریافت کننده خدمات مراقبتی و خانواده‌هایشان در خصوص سیستم خدمات مراقبتی مبتنی بر جامعه از دیگر یافته‌های مهم این مطالعه می‌باشد از جمله علل دستیابی به این نتایج مثبت را می‌توان در الف - کیفیت نسبتاً خوب خدمات ارائه شده به سالمندان و ب - عدم وجود سیستم‌های مراقبتی تخصصی دیگر ویژه سالمندان در این منطقه از شهر تهران دانست و این در صورتی است که در بسیاری از کشورهای پیشرفته با توجه به وجود سیستم‌های مراقبتی - بهداشتی نگرش و پذیرش مدل‌های مراقبتی جدیدتر و جایگزین با عدم استقبال و مقاومت بویژه از سوی سالمندان مواجه می‌گردد بعنوان مثال کین و همکاران چگونگی فعالیت سیستم ارائه مراقبت‌های بهداشتی و بویژه مراقبت‌های مبتنی بر جامعه و مراکز روزانه را در یکی از مناطق سانفرانسیسکو مورد بررسی قرار دادند؛ بررسی ۸ مورد از این مراکز روزانه در آن منطقه نشان داده است که ۴ مرکز کمتر از حد انتظار در جذب سالمندان موفق بوده‌اند که این امر را می‌توان به عدم تمایل سالمندان به تغییر پزشکان معالج خود و مقاومت در برابر وارد شدن به سیستم مراقبتی مبتنی بر کلینیک‌های روزانه مرتبط دانست. بررسی دقیقتر دلایل این وضعیت از جنبه سیاستگذار بهای بهداشتی ارزشمند خواهد بود (۱۰).

همانگونه که می‌دانیم یکی از شاخصهای مهم ارزیابی عملکرد هر برنامه مراقبتی کیفیت خدمات مراقبتی ارائه شده می‌باشد بهمین منظور ما نیز در این پژوهش تعداد نسبتاً زیادی از برآیندهای مورد انتظار در مراقبت را برای بررسی کیفیت خدمات مراقبتی ارائه شده مورد توجه و ارزیابی قرار دادیم.

اپلبام و گینیس بایان این موضوع که خدمات مراقبتی طولانی مدت مبتنی بر جامعه در قالب مدیریت موردی امروزه بخوبی نقش و جایگاه خود را



ارزیابی سالمندان، برگزاری جلسات تیمی با هدف برنامه ریزی مراقبتها، استفاده از رویکرد بین بخشی در فعالیتهای مرکز توجه قراردادن سالمند بعنوان یک فرد و نه صرفاً تمرکز بر بیماریها از مشخصات اصلی این الگوی مراقبتی می باشد. نتایج اولیه بدست آمده از بکارگیری این سیستم مراقبتی و بررسی برآیندهای موردانتظاری همچون افزایش میزان کیفیت زندگی و امید به زندگی نشان دهنده کارائی این سیستم بوده هرچند انجام مطالعات تکمیلی بعدی و بخصوص بررسی از بعد هزینه - فایده نیز قویاً توصیه می گردد.

منابع:

- 1- Collins, C.E, Models for community based long term care for the elderly in a changing health system; nursing outlook. (1997). 45, PP: 59-63.
- 2 -Rogers g, Grower R, supino P. "Participant evaluation and cost of a community – based health promotion Program for elders" Public Health Report 1992 Jul – Aug: 107 (4) 417-26.
- 3 -Wie land D, Ferrell BA, Rubenstein LZ. "Geriatric home health care: conceptual and demographic considerations" clin geriatr Med 1991 Nov: 7(4): 645-64.
- 4- Duran Aydintogc, Torres c, Flaming KH. "The home care allowance program: a change in policy and Implications for elder clients." Home Health care serv Q 1995: 15(4): 19-31.
- 5- Neuman, B The Neuman systems model . In B.Neuman & J.Fawcett (Eds.), The Neuman systems model (4th Ed.) Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall. (2001).
- 6- Allender, J: Community and home health nursing ; Philadelphia; JB, Lippincott (1998).
- 7- Ling Sing Lin ; Information Collection for research and policy – making in the development of community health care services for older persons; In Proceedings of WHO Kobe centre international meeting on community health care for older persons in urban areas.Bangkok,Thailand,July 2001, PP: 60-65.
- 8- Rogers g, Grower R, supino P. "Participant evaluation and cost of a community – based health promotion Program for elders" Public Health Report 1992 Jul- Aug: 107 (4) 417-26
- 9- Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, et al "Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial"(2000). .Vol.281, Iss. 7; pg. 613
- 10- kane RL, Illston LH, Miller NA. "Qualitative analysis of the program of all- Inclusive care for the elderly (PACE)" Gerontologist 1992 Dec: 32 (6): 771-80
- 11- Applebaum RA, MC Ginnis R. "What price quality? Assuring the quality of care managed in home care."J Am manag 1992 spring: 1 (1): 9-13