

- وصول مقاله: ۹۸/۴/۵
- اصلاح نهایی: ۹۸/۶/۵
- پذیرش نهایی: ۹۸/۶/۵

عوامل موثر بر ارائه خدمات سالمندی فعال در ایران

زینب قلی پور^۱ / محمود محمودی مجدآبادی فراهانی^۲ / لیلا ریاحی^۳ / کامران حاج نبی^۴

چکیده

مقدمه: بسیار حائز اهمیت است که سالمندان تا حد ممکن، مستقل و فعال باقی بمانند تا بتوانند در اجتماع مشارکت داشته باشند. امروزه ایجاد سیستم مدیریت ارائه خدمات با کیفیت برای سالمندان، مورد توجه کشورها قرار گرفته است. هدف این پژوهش شناسایی عوامل موثر بر ارائه خدمات با کیفیت به سالمندان، می باشد.

روش پژوهش: پژوهش حاضر از نوع توصیفی - مقطعی و به روش ترکیبی (کمی و کیفی) می باشد. جمعیت آماری ۲۸۷ نفر از مدیران سالمندی در سازمان های مرتبط با سالمندی بودند. ابزار پژوهش، پرسشنامه ساخته دست پژوهشگر بوده و اعتبار صوری و محتوایی آن تأیید شد. روائی آن از طریق دو شاخص CVR (ضریب نسبت روایی) و CVI (شاخص روایی محتوا)، تأیید گردید. داده ها با آمار توصیفی و آزمون t تک نمونه ای و نرم افزار SPSS تحلیل گردید.

یافته ها: بر اساس یافته های تحقیق، مولفه های پرداخت مستمری غیرمشارکتی به سالمندان ($P=0/001$ و $t=33/14$)، بیمه مراقبت بلندمدت ($P=0/001$ و $t=27/23$)، خدمات مراقبت سیار ($P=0/001$ و $t=27/71$)، کارت های تخفیف مراکز تفریحی و ورزشی ($P=0/001$ و $t=21/41$)، کارت های تخفیف حمل و نقل ($P=0/001$ و $t=18/37$)، چک آپ های سلامتی و خدمات سرپایی رایگان ($P=0/001$ و $t=26/47$)، تاسیس بیمارستان ها و درمانگاه های مخصوص سالمندان ($P=0/001$ و $t=22/61$) و طرح تحصیل در دانشگاه ها ($P=0/001$ و $t=17/23$)، در ارائه خدمات سالمندی فعال موثر می باشد.

نتیجه گیری: اگر دولت و ارگان های مذکور بر بهبود مولفه های موثر در ارائه خدمات سالمندی تمرکز نموده و موانع و مشکلات موجود را مرتفع نمایند، نتایج قابل ملاحظه ای در رابطه با بهبود کیفیت خدمات سالمندی فعال در بلند مدت متصور خواهد بود.

کلیدواژه ها: خدمات سالمندی، سالمندی فعال، مدیریت خدمات سالمندی.

- ۱- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۲- استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: mahmoodim@iaums.ac.ir
- ۳- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۴- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

نبوده بلکه افزایش جمعیت پویا، فعال و سالم در سن پیری مورد نظر بود که بعدها به یک مفهوم جدید به نام سالمندی فعال (Active Ageing (AHA and Healthy)) تبدیل گردید در سطح بین المللی ابتدا واژه فعال نمودن سالمندان بوسیله سازمان‌های مانند سازمان جهانی بهداشت، سازمان همکاری‌های منطقه‌ای و توسعه و اتحادیه اروپا در سال ۱۹۹۰ مطرح شد. سالمندی فعال به معنای فرایند بهینه سازی فرصت‌ها برای سلامت، مشارکت و امنیت در راستای کسب کیفیت زندگی با افزایش سن است. منظور از واژه فعال نه تنها ادامه فعالیت بدنی و مشارکت در نیروی کار، بلکه تداوم مشارکت در اجتماع، سیاست، فرهنگ، معنویت و امور شهروندی است. حتی سالمندانی که دچار معلولیت شده‌اند نیز در این رویکرد می‌توانند مشارکت فعالانه در خانواده و اجتماع داشته باشند [۶]. در دهه‌های اخیر چندین شاخص از جمله سلامت، رفاه افراد سالخورده، استقلال سالمندان، ارزیابی توانایی‌های فردی آنان مورد توجه دولت‌ها قرار گرفته است و در سیاست‌گذاری‌های بلند مدت آنها جایگاه ویژه‌ای دارد [۷]. پنج دلیل عمده برای سیاست‌گذاران وجود دارد که مفهوم سالمندی فعال را با علاقه دنبال کنند. این دلایل شامل پیر شدن نیروی کار، افزایش خروج زود هنگام نیروی کار، لزوم پایداری سیستم‌های حمایت اجتماعی، تغییر نیازهای تجاری و فشار سیاسی برای ارائه درمان و مراقبت برابر [۸]. در برخی پژوهش‌ها سالمندی فعال صرفاً به عنوان مشارکت اجتماعی در نظر گرفته شده است [۹] و در برخی دیگر نیز سالمندی فعال را صرفاً به عنوان بعد جسمی و نبود وابستگی عملکردی در نظر گرفته‌اند [۱۰]. گاهی نیز سالمندی فعال را با رویکرد روانشناختی به عنوان سلامت رفتار و کارکرد شناختی تعریف کرده‌اند [۱۱]. در این راستا استفاده از تجارب کشورهای پیشرفته و موفق در مدیریت جمعیت سالخورده می‌تواند هدایت‌گر و الگوی مناسبی برای مسئولین ذریبط در این مقوله واقع گردد [۱۲]. لیام فاستر و الن واکر در سال ۲۰۱۵ بیان می‌دارند مفهوم جامع سالمندی فعال این پتانسیل را

سالمندی امروزه یکی از چالش‌های مهم در سیاست‌گذاری‌های جمعیتی، بهداشتی و درمانی هر کشوری به شمار می‌رود چرا که پیری جمعیت می‌تواند منجر به افزایش تعداد افراد در معرض خطر بیماری‌های مزمن شود و وضعیت سلامت جامعه را به مخاطره اندازد [۱]. اما تحولات اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و به خصوص بهداشتی هر کشوری مانند کاهش باروری و بهبود خدمات بهداشتی، سبب ارتقای سطح کیفی زندگی افراد شده که به طبع آن سبب افزایش طول عمر افراد و بالا رفتن تعداد سال‌های عمر می‌گردد. از اینرو پیری جمعیت یک موفقیت برای جامعه بشری محسوب می‌گردد چرا که محصول روند سازگاری طولانی مدت نسل بشر می‌باشد، که همزمان با آن افزایش امید به زندگی در سالمندان دیده می‌شود [۲،۳]. اهمیت این موضوع زمانی مسجل‌تر است که افزایش تعداد سال‌های زندگی و به طبع آن امید به زندگی همراه با افزایش کیفیت زندگی در دوره سالمندی توأم باشد. منظور از افزایش کیفیت زندگی مطلوب در دوره سالمندی حفظ سلامتی عمومی و روانی، حفظ توانایی‌های جسمانی- حرکتی، حفظ ارتباطات اجتماعی و همچنین حفظ توانایی در انجام فعالیت‌های ورزشی و بدنی و حتی درآمدزایی می‌باشد. در تقسیم بندی سازمان ملل، کشورها از نظر جمعیتی به سه دسته کشورهای جوان، میانسال و سالخورده تقسیم می‌گردند. که مشخصه آن میزان جمعیت بالای ۶۰ سال می‌باشد. از این منظر، ایران از سال ۱۳۸۵ به بعد کم کم وارد دسته کشورهای سالخورده گردیده است و بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰، ۶ میلیون نفر (۸/۲ درصد) از جمعیت ایران ۶۰ سال و بالاتر را تشکیل می‌دهند، لذا در برنامه‌ریزی‌های مدیریتی سیاست‌گذاری‌های خاص و متناسب با ساختار جمعیتی سالخورده را می‌طلبند [۴،۵]. در اوایل دهه هشتاد از منظر جمعیت سالمندی، یک پارادایم جدید با مفهوم پیری خوب یا پیری موفق آغاز گردید که در این پارادایم فقط افزایش طول عمر در سالمندان مطرح

سال ۱۳۹۲ عزیزاده و همکارانش به بررسی عملکردهای سازمان متولی برنامه سالمندان در کشور و مقایسه اهم برنامه‌های سالمندی در کشورهای توسعه یافته پرداخته است. در نهایت با توجه به مشکلات و نقایص وضع موجود برنامه‌های سالمندی در کشورهای توسعه یافته پرداخته و در نهایت به توجه به مشکلات و نقایص وضع موجود برنامه سالمندی در کشور، انجام پروژه‌های پایلوت سالمندی در کشور در قالب پروژه اصلاح زیر ساختار نظام خدمات بیمه سالمندی و هزینه‌های داروئی، درمانی و مراقبتی و مراکز نگهداری سالمندان و نیز پروژه ایجاد بانک اطلاعاتی، تامین مسکن سالمندان و در نهایت احداث یک نمونه شهر دوستدار سالمند در کشور، ایجاد یک مجتمع مسکونی بازنشستگان سالمند در کشور، ایجاد و راه‌اندازی حداقل یک مجموعه با انواع خدمات و مراقبت‌های سالمندی و احداث یک مرکز مراقبت از سالمندان مبتلا به دمانس در کشور بر اساس استانداردهای جهانی این رشته تخصصی پیشنهاد نموده‌اند. اما حل مسائل سالمندان تنها از عهده یک نهاد یا سازمان بر نمی‌آید و ترکیب توانمندی‌ها و دخالت تمامی بخش‌ها اعم دولتی و خصوصی و نهادهای غیر دولتی را می‌طلبد. هماهنگی سازمان‌های مربوطه جهت برنامه‌ریزی و ارتقای سلامت سالمندی از اهمیت زیادی برخوردار است. ایجاد تشکیلات هماهنگ برای برنامه‌ریزی و هدایت فعالیت‌های مرتبط با سالمندان به عنوان اقدامی استراتژیک می‌تواند راهکاری جهت بهبود خدمات حمایتی از سالمندان گردد [۱۸]. در ایران از مدت‌ها قبل مقدمات برنامه سالمندان ایجاد شده است و بر این اساس نهادهای مختلفی وظیفه انجام برنامه‌ریزی و اقدام برای این گروه را بر عهده گرفته‌اند. در حال حاضر سالمندان در ایران بنا به دلایل گوناگون از قبیل خلاء قانونی در حمایت و ساماندهی سالمندان، فراهم نبودن زیر ساخت‌های تامین اجتماعی، هزینه‌های رو به تزاید سلامت سالمندان، نبود پوشش فراگیر بیمه‌ای، کمبود نیروی انسانی متخصص و متناسب نبودن زیر ساخت‌های شهری معابر، ناوگان حمل و نقل عمومی

دارد که منافع همه ذینفعان کلیدی را شامل شود: شهروندان، سازمان‌های غیر دولتی، منافع تجاری و سیاست‌گذاران را با هم در نظر بگیرد [۱۳]. گویسپ لیوتا و همکاران در پژوهش خود در سال ۲۰۱۸ می‌گویند یک جمعیت سالم و فعال نیاز کمتری به خدمات بهداشتی درمانی دارد و یک نسل سالم می‌تواند از نسل بعدی خود نیز حمایت نماید. با این حال بررسی سیاست‌ها و برنامه‌های کشورهای توسعه یافته مانند اعضای اتحادیه اروپا و ایالات متحده امریکا نشان می‌دهد که اکثریت کشورهای اروپائی افراد بازنشسته که طبعاً سالمند نیز هستند تحت پوشش کامل حمایت‌های اجتماعی و بیمه کامل می‌باشند. در برخی از کشورها علاوه بر سالمندان همه افراد مقیم و شهروندان آن کشورها نیز واجد شرایط استفاده از حمایت‌های اجتماعی و رفاهی هستند. مطالعات نشان می‌دهد که در تمامی کشورهای مهم اتحادیه اروپا، سالمندان تحت حمایت کامل اجتماعی قرار دارند [۱۴]. بسیار حائز اهمیت است که سالمندان تا جای ممکن، مستقل، خودمختار و فعال باقی بمانند تا بتوانند مشارکت مولدی را در اجتماع به همراه داشته باشند. بنابراین، سالمندی فعال در سطح کلان به عنوان زیر بنای استراتژی‌های سیاستی حوزه سالمندی در سازمان ملل و اتحادیه اروپا در دهه گذشته تبدیل شده است [۱۵]. لذا می‌توان گفت، سالمندی فعال نه تنها در حوزه سالمند شناسی بلکه بیشتر در سطح سیاست‌گذاری مورد توجه واقع شده است [۱۶]. امروزه در اکثر کشورهای جهان ابعاد اقتصادی و اجتماعی مرتبط با پدیده سالمندی و مساله بالا رفتن هزینه‌های بهداشتی درمانی و ضرورت فراهم کردن چنین خدماتی برای سالمندان ابعاد پیچیده‌ای یافته است و برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های جامع و دقیقی را می‌طلبد [۱۷]. بنابراین امروزه ایجاد یک سیستم مدیریت ارائه خدمت با کیفیت و مقرون به صرفه برای سالمندان، مورد توجه بسیاری از سیستم‌های سلامتی در کشورها قرار گرفته است. یکی از اجزاء مدیریت سالمندی فعال ارائه خدمات پشتیبانی به سالمندان می‌باشد. در این راستا در

سالمندی، کارشناسان ناظر بر مراکز روزانه و شبانه‌روزی سالمندیا آشنایی تجربه کافی در حیطه سالمندی و سابقه آموزش رسمی (گذراندن واحد دانشگاهی) و غیررسمی (آموزش ضمن خدمت) در زمینه مدیریت سالمندی انتخاب شدند. در تحقیق حاضر از پرسشنامه ساخته دست پژوهشگر که بر اساس مطالعه تطبیقی می‌باشد استفاده گردید و تعداد ۴۱ سؤال مطرح شد. اعتبار صوری، محتوایی و سازه‌ای پرسشنامه تأیید شد و روائی پرسشنامه (جهت تعیین اعتبار داده‌های به دست آمده) از دو شاخص CVR (Center validity Ratio) ضریب نسبت روائی و CVI (Center validity Ratio) شاخص روائی محتوا، استفاده گردید. CVI نشان‌دهنده جامعیت قضاوت‌های مربوط به روائی یا قابلیت اجرای مدل، آزمون یا ابزار نهایی است هر چقدر روائی محتوایی نهایی بالاتر باشد، مقدار CVI به سمت ۰/۹۹ میل می‌کند که برعکس این قضیه نیز صادق است، استفاده شد و پایایی امتیاز هر سوال به روش لیکرت به صورت خیلی زیاد (۵)، زیاد (۴)، متوسط (۳)، کم (۲)، خیلی کم (۱) در نظر گرفته شد. در ادامه، به منظور ورود به مرحله تحلیل عاملی اکتشافی ابتدا کفایت داده‌ها سنجیده شد که برای این کار از آزمون بارتلت و KMO بهره گرفته شد. در تحلیل دیتاهای به دست آمده در سطح آمار توصیفی شاخص‌های فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در مرحله کیفی برای تحلیل محتوی از روش اسکات و جهت اطمینان از صحت مدل‌های اندازه‌گیری شده از تحلیل عامل اکتشافی (Exploratory Analysis) استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های جدول ۱ برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی پاسخ‌گویان مورد پرسشگری به شرح زیر می‌باشد. همانطور که مشاهده شد (جدول ۱) ۲۸۷ نفر در این پژوهش شرکت داشتند که اکثریت پاسخگویان مرد بودند (۵۴/۳۶ درصد). هم چنین از لحاظ سنی، بیشترین درصد (۴۷/۳۹ درصد) در گروه

با شرایط و نیازهای آنها، بدون چتر حمایتی مناسب در نوعی بلاتکلیفی بسر می‌برند و در صورت نگهداری توسط خانواده، فشار ناشی از کمبودها و هزینه‌های بالا بر دوش خانواده‌های نگهداری کننده سنگینی می‌کند. تحلیل وضعیت فعلی و دورنمای آتی جمعیت سالمند کشور حاکی از وجود چالش‌ها و مشکلات در حال حاضر و پیچیده‌تر شده و گسترش یافتن معضلات در آینده خواهد بود. برای مقابله با این چالش‌ها لازم است تحولات جمعیتی به صورت جدی مورد توجه قانون‌گذاران، سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مسئولان قرار گیرد [۱۹]. در این پژوهش سعی بر این بوده تا عوامل موثر بر ارائه خدمات به سالمندان برای داشتن یک زندگی فعالانه که بتواند پاسخگوی همه نیازهای آنها باشد، شناسائی شوند.

روش پژوهش

روش انجام پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ روش ترکیبی (کمی و کیفی) و در زمره پژوهش‌های توصیفی و به لحاظ زمان مقطعی به شمار می‌رود. برای شروع کار با توجه به اینکه پژوهش در زمینه ارائه مدل‌های مدیریتی در رابطه با سالمندی صورت گرفته است و هم‌چنین با توجه به اینکه در جستجوی مقالاتی با عنوان سالمندی فعال ۸۹۱ مقاله به دست آمد که پس از حذف موارد تکراری، غیر انگلیسی زبان، ۴۷۳ مقاله باقی ماند که بعد از غربالگری نهایی چکیده و متن مقالات، باید توجه داشت که مرور ادبیات در نهایت ۳۱ مقاله وارد مطالعه شده است. سپس در متون مختلف، ارائه خدمات سالمندی در زمینه مدیریت سالمندی فعال مورد بررسی قرار گرفت.

نمونه آماری این پژوهش منطبق بر جامعه آماری بوده و ۲۸۷ نفر از مدیران سالمندی در سازمان‌های مرتبط با سالمندی شامل کلیه حوزه‌های مرتبط با موضوع سالمندان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه (بهبیستی و سازمان‌های بیمه‌گر)، دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی، سازمان‌های غیر دولتی-خیریه (کهریزک) و سازمان‌های بازنشستگی و شهرداری، مدیران مراکز

می‌دهد. عامل خدمات دارای ۸ گویه بوده، طیف میانگین‌ها بین ۳/۲۵ تا ۴/۴۲ بود، هم‌چنین طیف انحراف معیار بین ۰/۴۲ تا ۱/۰۹ قرار داشت. علاوه بر آن، نتایج این جدول حاکی از آن است که گویه ۲۴ "پرداخت مستمری غیرمشارکتی به سالمندان یکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران خواهد بود." با بارعاملی ۰/۶۳۲ بیشترین وزن و گویه ۳۱ "ایجاد طرح تحصیل در دانشگاه‌هایی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران خواهد بود." با بارعاملی ۰/۵۰۱ کمترین وزن را در تعریف عامل خدمات دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف تحقیق حاضر تعیین مولفه‌های موثر بر ارائه خدمات سالمندی جهت ایجاد یک زندگی فعالانه برای سالمندان ایران می‌باشد. مطابق (جدول ۲) در بُعد خدمات سالمندی، گویه "پرداخت مستمری غیر مشارکتی باضریب ۰/۸۲۳ بیشترین وزن و گویه "ایجاد طرح تحصیل در دانشگاه‌ها" باضریب ۰/۷۱۲ کمترین وزن را در تعریف بُعد خدمات، برعهده دارد. (جدول ۴) همانطور که گفته شد، پرداخت مستمری غیر مشارکتی از جمله عوامل تاثیرگذار در زندگی سالمندان و در جهت ارائه خدمات به ایشان می‌باشد. بر اساس یافته‌های تحقیق، پرداخت مستمری غیر مشارکتی یکی از تاثیرگذارترین مولفه‌های ارائه خدمات سالمندی است، که این نتیجه با مطالعات پیشین همخوانی دارد، به طوری که در مطالعه آگولیا و همکاران مشخص گردید که پرداخت مستمری‌های غیر مشارکتی علاوه بر حقوق بازنشستگی در بین سالمندان، سبب شده که این پرداخت‌های ماهیانه برای مراقبت‌های بهداشتی، داروها و هزینه‌های مصرف منظم غذایی صرف شود، که زنان را قادر می‌سازد برنامه منظم و مستقلی برای بهبود کیفیت سطح سلامتی خود داشته باشند. هم‌چنین این هزینه‌ها صرف تهیه مواد غذایی و افزایش آمار مالکیت خانه برای این افراد گردید که همه این موارد در افزایش سطح کیفی معیشت سالمندان موثر می‌باشد [۷].

سنی ۴۱ تا ۵۰ سال بوده و از نظر تحصیلات اکثریت پاسخگویان در مقطع تحصیلی کارشناسی ارشد (۴۵/۹۹ درصد) بودند. (جدول ۱)

مطابق یافته‌های آمار توصیفی متغیرهای جدول ۲ میانگین متغیرهای پرداخت مستمری غیر مشارکتی، ارائه بیمه مراقبت بلندمدت، ایجاد خدمات مراقبت سیار، کارت‌های تخفیف مراکز تفریحی و ورزشی، کارت‌های تخفیف حمل و نقل، چک‌آپ‌های سلامتی، تاسیس بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های مخصوص سالمندان و ایجاد طرح تحصیل در دانشگاه‌ها بیشتر از حد متوسط [۳] می‌باشد. هم‌چنین از آنجائی که میزان چولگی و کشیدگی توزیع نرمال برابر با صفر است، چولگی و کشیدگی نزدیک به صفر، نرمال بودن توزیع داده‌ها را بیان می‌کند. چولگی و کشیدگی بین ۲- و ۲+ را می‌توان تقریباً نرمال در نظر گرفت. هم‌چنین اگر چولگی و کشیدگی متغیری از ۲- کوچکتر و از ۲ بزرگتر باشد، آن توزیع متغیر مطلقاً نرمال نخواهد بود. نتایج نشان می‌دهد که چولگی و کشیدگی تمامی متغیرهای پژوهش در بازه ۲- تا ۲+ قرار دارد بنابراین می‌توان آن‌ها را نرمال در نظر گرفت. (جدول ۲)

در این پژوهش با توجه به نتایج آزمون چولگی و کشیدگی (جدول ۲) و نرمال بودن داده‌های پژوهش، در ادامه از آزمون t تک نمونه‌ای جهت تعیین مولفه‌های موثر بر ارائه خدمات سالمندی فعال استفاده شد. (جدول ۳)

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد مطابق یافته‌های این تحقیق در سطح اطمینان ($p < 0.05$) مولفه‌های متغیر پرداخت مستمری غیرمشارکتی، ارائه بیمه مراقبت بلند مدت، ایجاد خدمات مراقبت سیار، کارت‌های تخفیف مراکز تفریحی و ورزشی، کارت‌های تخفیف حمل و نقل، چک‌آپ‌های سلامتی، تاسیس بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های مخصوص سالمندان و ایجاد طرح تحصیل در دانشگاه‌ها در ارائه خدمات به سالمندان و ارتقاء زندگی آنان موثر هستند. جدول ۴ بارعاملی، میانگین و انحراف معیار نظرات پاسخگویان را برای متغیرهای عامل خدمات را نشان

این نتیجه رسیدند که برخورداری از بیمه پایه و تکمیلی در ارتقای سطح کیفی زندگی سالمندان موثر است بنابراین انجام اقدامات اساسی در زمینه تامین خدمات بیمه‌ای و درمان رایگان سالمندان توسط دستگاه‌های مسئول لازم و ضروری به نظر می‌رسد، چراکه یکی از اهداف سیاست‌گذاری‌های مدیریت سالمندی فعال افزایش سطح کیفی زندگی سالمندان می‌باشد [۲۱]. دانش‌دوست نیز در مطالعه‌ای به تحلیل نقش بیمه در زندگی سالمندان در کشور چین پرداخته و می‌گوید با شتاب گرفتن روند سالمندی در چین، جمعیت سالمند به شدت افزایش یافته بیمه سالمندی یکی از راهکارهای تاثیر گذار در بهبود کیفیت خدمات به این قشر است. در مناطق شهری چین، بیمه سالمندی با خدمات اجتماعی ترکیب شده که با این کار هم به طور کامل پرداخت هزینه‌های بیمه تضمین می‌شود و هم عملکرد خدمات بیمه عمر و پس انداز در جامعه انجام می‌گردد [۲۲]، که همگی مطالعات بالا با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارند. ایجاد خدمات مراقبت سیار از دیگر مولفه‌های تاثیرگذار در کیفیت خدمات سالمندی می‌باشد. در پژوهشی که توسط رجیمی، فدائی وطن و همکارانش تحت عنوان اثربخشی خدمات مراقبتی روزانه مرکز توانبخشی مرکز کهریزک کرج بر فعالیت‌های روزمره زندگی سالمندان انجام گرفت فعالیت‌های روزمره زندگی سالمندان پس از دریافت خدمات مراقبتی نسبت به دوره قبل از دریافت خدمات اختلاف معناداری دارد و در نهایت نتایج حاکی از بهبود فعالیت‌های روزمره زندگی سالمندان می‌باشد [۲۳]. نصیری و همکاران نیز یک پژوهش کیفیت زندگی سالمندان قبل و بعد از دریافت بسته خدمات توانبخشی روزانه سازمان بهزیستی را مقایسه نموده و از یافته‌های پژوهش نتیجه‌گیری کردند که خدمات مراقبتی روزانه ارائه شده در مرکز کهریزک موجب افزایش معنادار کیفیت زندگی سالمندان شده است. براین اساس می‌توان گفت که بسته خدمات توانبخشی روزانه سازمان بهزیستی تاثیر زیادی در بهبود کیفیت خدمات بهداشتی سالمندان دارد [۵]. هم‌چنین در یونان دانیلیدو و

هم‌چنین در مطالعه دیگری که توسط گالیانی و همکاران انجام شد، در طی پیاده‌سازی یک طرح تحقیقاتی با نام «برنامه سالمندی» ماهیانه مبلغی را تحت عنوان مستمری‌های غیر مشارکتی برای سالمندان بالای ۷۰ سال روستایی واریز نمودند. نتایج نشان داد که ۱۲٪ کل این افراد دارای درجاتی از افسردگی بودند که پس از تامین مالی در این طرح تا حدود ۲۰٪، کاهش میزان افسردگی در بین آنان مشاهده گردید، و هم‌چنین مشاهده شد که اکثر این افراد، فعالیت‌های جدیدی را برای کسب و کار در خانواده آغاز نموده و مخارج و هزینه‌های مصرفی خانواده تا حدود ۲۳٪ افزایش پیدا کرد [۲۰]. یکی دیگر از مولفه‌های تاثیرگذار در ارائه خدمات سالمندی، ارائه بیمه مراقبت بلند مدت می‌باشد. آریفین و همکاران، سه رکن اصلی در سیاست‌گذاری‌های سالمندی که شامل سلامت، مشارکت و امنیت می‌باشد را اندونزی بررسی کرده‌اند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که امنیت اقتصادی سالمندان، از طریق تامین هزینه‌های معیشتی و سلامت سالمندان امکان پذیر می‌باشد. وجود بیمه‌های درمانی بلند مدت و مراقبت‌های رایگان پس از بازنشستگی در افراد سالمند یکی از سیاست‌گذاری‌های موفق در دولت اندونزی می‌باشد و اگرچه توزیع آن در ایالت‌های مختلف یکسان و عادلانه نبوده اما با توجه به توزیع جمعیت سالخورده در ایالت‌های مختلف منطقی به نظر می‌رسد [۸].

در یک بررسی مروری که شعاعی و نجاتی انجام دادند، خدمات مراقبتی سالمندی در ایالات متحده آمریکا را با نگاهی اجمالی به ایران بررسی نمودند که در آمریکا سیاست‌های بیمه‌ای دراز مدت، تامین هزینه‌های خانه سالمندان، فراهم نمودن خدمات اجتماعی مثل مراقبت‌های روزانه بزرگسالان درخانه یا موسسات مخصوص می‌تواند از عوامل تاثیر گذار در بهبود کیفیت خدمات سالمندی باشد که در ایران نیز این برنامه‌ها زیر نظر وزارت بهداشت و سایر ارگان‌های مربوطه باید انجام گیرد [۱۲]. بر اساس مطالعات رجیمی و همکاران بر روی سنجش کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران، به

منظور استفاده از امکانات سینما، پارک، ایاب و ذهاب اشاره نموده است که یکی از مولفه‌های بسیار موثر در خدمات رسانی به سالمندان می‌باشد [۲۶]. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، چک‌آپ‌های سلامتی نیز از آن دسته خدماتی می‌باشد که تاثیر معنی‌داری بر روی کیفیت خدمات رسانی در دوره سالمندی را بر جای می‌گذارد. سان و همکاران در ایالت‌های مختلف چین، به بررسی وضعیت چک‌آپ‌های سلامتی در بین سالمندان پرداختند و تعداد ۱۱۲۸ نفر را که دارای سن ۶۰ و بالاتر بودند مورد بررسی قرار دادند که از این تعداد (۶۳/۵٪) افراد به طور رایگان مورد چک‌آپ‌های سلامتی قرار می‌گیرند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که انجام چک‌آپ‌های مداوم در سالمندان سبب بهبود سطح بهداشت و سلامت عمومی در بین سالمندان شده که خود موجب ارتقای سطح کیفی خدمات سالمندی می‌باشد [۲۷]. در مطالعه شریف غزالی نیز در مالزی، به بررسی اثر چک‌آپ‌های سالیانه بر روی سالمندان پرداخته است و به این نتیجه رسیده که غربالگری و چک‌آپ‌های مداوم و مرتب در سالمندان، برای پیدا کردن موارد و بیماری‌های خاص و مشکوک در مراقبت‌های اولیه امکان شناسایی زود هنگام بیماری‌ها و عوامل خطر آن را به ما می‌دهد که می‌تواند منجر به کاهش عوارض مرتبط و همچنین مرگ و میر و افزایش امید به زندگی در بین جمعیت سالمند گردد [۳]. یکی دیگر از مولفه‌های بررسی شده و تاثیرگذار در کیفیت سطح خدمت رسانی به سالمندان، ایجاد طرح تحصیل در دانشگاه‌ها است که البته کمترین ضریب تاثیر را در رابطه با کیفیت خدمات رسانی داشت. با توجه به این که اولین گام برای بهبود زندگی در دوران سالمندی دادن اطلاعات و آگاهی، تغییر افکار و بینش سالمندان به پدیده پیری و ارائه راه‌کارهای صحیح زندگی می‌باشد، لذا فراهم نمودن زمینه‌های ادامه تحصیل برای سالمندان می‌تواند یکی از مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار در بهبود کیفیت زندگی سالمندان واقع شود. دشمنگیر و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان «تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید بر ارتقای

همکاران، مطالعه‌ای را بر روی مراقبت‌های بهداشتی سالمندان انجام داده و به بررسی وضعیت سطح کیفیت خدمات مراقبتی سالمندان پرداختند. نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که ساختار مراقبت روزانه و یکپارچه سالمندان یکی از ساختارهای مناسب برای خدمات-رسانی مراقبتی به سالمندان می‌باشد، همچنین ارائه خدمات پیشگیرانه مانند بررسی‌های قلبی و عروقی، فیزیوتراپی، کمک در خانه و بررسی وضعیت روزانه سالمندان از جمله مولفه‌های تاثیرگذار در بهبود این ساختار می‌باشد [۲۴]. نتایج بالا با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، کارت‌های تخفیف مراکز تفریحی و ورزشی و همچنین کارت‌های تخفیف حمل و نقل، یکی دیگر از مولفه‌های تاثیرگذار در بهبود خدمات رسانی رفاهی سالمندان می‌باشد. این نتایج مشابه نتایج مطالعه سینگ و همکاران است. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که فراهم آوردن زمینه‌های مشارکت سالمندان در فعالیت‌های تفریحی، ورزشی، فرهنگی و اجتماعی از طریق صدور مجوزهای لازم مانند ارائه کارت‌های شهروندی، کارت‌های تخفیف، بن‌های مخصوص شرکت در فعالیت‌های ورزشی فرهنگی می‌تواند برای آنها بسیار مفید واقع شود [۱]. در مطالعه معروف و همکاران در هند، میزان رفاه اجتماعی در بین سالمندان مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج مطالعه نشان که اختصاص بلیط‌های رایگان قطار و اجرای طرح امنیت اجتماعی برای محافظت از سالمندان یکی از سیاست‌گذاری‌های دولت هند برای بهبود خدمات رفاهی سالمندان است که توانسته است سطح کیفیت خدمات سراین را در سطح جامعه بالا ببرد [۲۵]، که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در ادامه صفدری و همکاران نیز در یک مطالعه مروری به بررسی برنامه‌های خدمات رسان به سالمندان پرداخته‌اند و در این راستا به فعالیت‌های شهرداری در خدمات رسانی سالمندان اشاره دارند که با اجرای برنامه‌های شهر دوستدار سالمند، با راه‌اندازی فرهنگسراها، کانون‌های سالمندی، نوسازی معابر، ارائه کارت‌های منزلت به

بر بهبود مولفه‌های مؤثر در ارائه خدمات سالمندی بویژه بر پرداخت مستمری غیرمشارکتی، ارائه بیمه مراقبت بلندمدت، ایجاد خدمات مراقبت سیار، کارت‌های تخفیف مراکز تفریحی و ورزشی، کارت‌های تخفیف حمل و نقل، چک‌آپ‌های سلامتی، تاسیس بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های مخصوص سالمندان و ایجاد طرح تحصیل در دانشگاه‌ها تمرکز نمایند و موانع مشکلات موجود در این ابعاد را برای ارتقای هر چه بیشتر این ابعاد مرتفع نمایند، نتایج قابل ملاحظه‌ای در رابطه با بهبود کیفیت خدمات سالمندی فعال در بلند مدت متصور خواهد بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان «طراحی الگوی مدیریت سالمندی فعال برای ایران» در دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران می‌باشد. بدینوسیله از زحمات کارکنان و پرسنل وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، وزارت تعاون، کار و امور اجتماعی و همچنین آسایشگاه خیریه کهریزک به سبب همکاری و همچنین پرسنل محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران به خاطر مساعدت‌های بی دریغشان صمیمانه سپاس‌گزاری می‌شود.

کیفیت زندگی سالمندان» به این نتیجه رسیده‌اند که به منظور ارتقای کیفیت زندگی سالمندان، فراهم کردن فرصت‌هایی برای آموزش و یادگیری سالمندان و ایجاد رضایت شخصی و زندگی فعال در جامعه برای آنان لازم و ضروری می‌باشد [۲۸]. نان‌بخش و همکاران تاثیر آموزش بهداشت سالمندان بر آگاهی، نگرش و عملکرد زنان سالمند را بررسی نموده و با آموزش مسائل بهداشتی به سالمندان شهر ارومیه نتیجه آن را بررسی نموده است. یافته‌های حاصل از تحقیق نشان می‌دهد که طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی مناسب می‌تواند با کمترین هزینه، نقش مؤثر و ارزنده‌ای در ارتقاء آگاهی، نگرش و عملکرد زنان در این دوران داشته باشد. در نتیجه با بهبود کیفیت زندگی و آموزش شیوه زندگی سالم به زنان می‌توان آن‌ها را آماده کرد تا از زندگی لذت برده و زندگی با کیفیتی داشته [۲۹] که البته در پژوهش حاضر تاثیر طرح تحصیل در دانشگاه را به عنوان مولفه‌ای با ضریب تاثیر بالا در بهبود کیفیت خدمات رسانی نمی‌داند و از این رو می‌تواند با نتیجه حاصل از تحقیق ما مغایرت داشته باشد. تاسیس بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های مخصوص سالمندان یکی دیگر از مولفه‌های مورد بررسی و تاثیرگذار در کیفیت خدمات سالمندی فعال می‌باشد. در مطالعه هانوک و رایس به بررسی سیاست‌گذاری‌های دولت در راستای خدمات رسانی بهداشتی و سلامتی به سالمندان پرداخته است که نتایج حاصل از بررسی‌ها نشان داد که سیاست‌گذاری دولت در رابطه با ایجاد مراکز نگهداری و ارائه خدمات و مراقبت‌های بهداشتی سالمندان و کاهش هزینه‌های مربوط به درمان، می‌تواند یکی از مولفه‌های تاثیرگذار در بهبود کیفیت خدمات رسانی سالمندی باشد که این امر خود نیازمند سیاست‌گذاری‌هایی در زمینه ایجاد و فراهم آوردن محیط‌های بهداشتی و درمانی مخصوص سالمندان بوده و راه‌اندازی حداقل یک مجموعه یا مجتمع از انواع خدمات و مراقبت‌های سالمندی می‌تواند از جمله اقدامات تاثیرگذار محسوب گردد [۳۰]. بنابراین باتوجه به یافته‌های مذکور اگر دولت و سایر ارگان‌های مذکور

جدول ۱ - توزیع فراوانی ویژگی‌های شرکت کنندگان در مطالعه

درصد فراوانی	فراوانی	خصوصیات جمعیت شناختی
		جنسیت
۵۴/۳۶	۱۵۶	مرد
۴۵/۶۴	۱۳۱	زن
		سن
۱۱/۱۵	۳۲	۲۱-۳۰ سال
۳۷/۲۸	۱۰۷	۳۱-۴۰ سال
۴۷/۳۹	۱۳۶	۴۱-۵۰ سال
۴/۱۸	۱۲	بیشتر از ۵۰ سال
		تحصیلات
۵/۹۲	۱۷	کارشناسی
۴۵/۹۹	۱۳۲	کارشناسی ارشد
۳۲/۷۵	۹۴	دکتری حرفه‌ای
۱۰/۱۰	۲۹	دکتری تخصصی
۵/۲۳	۱۵	پزشک متخصص

جدول ۲ - آمار توصیفی متغیرهای تحقیق

شاخص‌های نرمالیتی		ضریب تاثیر	میانگین*	مولفه‌های خدمات سالمندی فعال
کشیدگی	چولگی			
۰/۱۳	-۰/۴۲	۰/۸۲۳	۳/۸۳	پرداخت مستمری غیر مشارکتی
-۰/۲۴	-۰/۲۳	۰/۷۲۰	۴/۳۳	ارائه بیمه مراقبت بلندمدت
۰/۱۷	-۰/۸۴	۰/۷۳۰	۴/۱۶	ایجاد خدمات مراقبت سیار
۰/۴۱	-۰/۳۲	۰/۷۹۰	۴/۴۲	کارت‌های تخفیف مراکز تفریحی و ورزشی
۰/۳۷	-۰/۱۴	۰/۷۴۲	۳/۸۳	کارت‌های تخفیف حمل و نقل
-۰/۱۳	۰/۱۶	۰/۷۹۶	۳/۶۲	چک آپ‌های سلامتی و خدمات سرپایی رایگان
-۰/۷۱	-۰/۲۸	۰/۸۰۱	۳/۹۱	تاسیس بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های مخصوص سالمندان
۰/۲۶	-۰/۲۴	۰/۷۱۲	۳/۲۵	ایجاد طرح تحصیل در دانشگاه‌ها

جدول ۳ - نتایج ضریب آزمون t - تک نمونه‌ای

سوال	متغیر	P value	میانگین	مقدار آماره t	تفسیر
فرضیه اول	پرداخت مستمری غیرمشارکتی به سالمندان یکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران خواهد بود.	0/001	۳/۸۳	۳۲/۱۴	تائید فرضیه
فرضیه دوم	ارائه بیمه مراقبت بلندمدت یکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران خواهد بود.	0/001	۴/۳۳	۲۷/۲۳	تائید فرضیه
فرضیه سوم	ایجاد خدمات مراقبت سیاریکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران خواهد بود.	0/001	۴/۱۶	۲۷/۷۱	تائید فرضیه
فرضیه چهارم	کارت‌های تخفیف مراکز تفریحی و ورزشی یکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران است.	0/001	۴/۴۲	۲۱/۴۱	تائید فرضیه
فرضیه پنجم	کارت‌های تخفیف حمل و نقل یکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران است.	0/001	۳/۸۳	۱۸/۳۷	تائید فرضیه
فرضیه ششم	چک آپ‌های سلامتی و خدمات سرپایی رایگان یکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران است.	0/001	۳/۶۲	۲۶/۴۷	تائید فرضیه
فرضیه هفتم	تاسیس بیمارستانها و درمانگاههای مخصوص سالمندان یکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران خواهد بود.	0/001	۳/۹۱	۲۲/۶۱	تائید فرضیه
فرضیه هشتم	ایجاد طرح تحصیل در دانشگاهها یکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران خواهد بود.	0/001	۳/۲۵	۱۷/۲۳	تائید فرضیه

جدول ۴ - بارعاملی، میانگین و انحراف معیار نظرات پاسخگویان به هر یک از متغیرهای بعد خدمات

سوال	متغیر	بارعاملی	میانگین*	انحراف معیار
۲۴	پرداخت مستمری غیر مشارکتی به سالمندان یکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران خواهد بود.	۰/۶۳۲	۳/۸۳	۰/۶۲
۲۹	ارائه بیمه مراقبت بلندمدت یکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران خواهد بود.	۰/۶۲۹	۴/۳۳	۰/۷۷
۳۰	ایجاد خدمات مراقبت سیاریکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران خواهد بود.	۰/۶۰۷	۴/۱۶	۰/۷۱
۲۶	کارت‌های تخفیف مراکز تفریحی و ورزشی یکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران است.	۰/۶۰۰	۴/۴۲	۱/۰۹
۲۵	کارت‌های تخفیف حمل و نقل یکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران است.	۰/۵۷۴	۳/۸۳	۰/۵۷
۲۷	چک آپ‌های سلامتی و خدمات سرپایی رایگان یکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران است.	۰/۵۶۳	۳/۶۲	۰/۶۴
۲۸	تاسیس بیمارستانها و درمانگاههای مخصوص سالمندان یکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران خواهد بود.	۰/۵۲۱	۳/۹۱	۰/۷۹
۳۱	ایجاد طرح تحصیل در دانشگاهها یکی از عوامل موثر بر ارائه خدمات در حیطه سالمندی فعال در ایران خواهد بود.	۰/۵۰۱	۳/۲۵	۰/۴۲

Reference:

- 1- Singh B, Kiran U. Recreational activities for senior citizens. IOSR J Human Soc Sci, 2014; 19(4): 24-30.
- 2- Amir Sadraei A, Soleimani H. Elderly in Iran and its implications. Journal of Health System Research; 2012;1(2). [In Persian]
- 3- Sazlina S. Health screening for older people—what are the current recommendations? Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia, 2015; 10(1): 2.
- 4- Alizadeh M, fakhrzadeh H, Sharifi F, Mohamadiazar M, Nazari N. Analytical performance of administrations in charge of ageing program in Iran. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders, 2013; 13(1): 74-81. [In Persian]
- 5- Nasiri M, Foroughan M, Rashedi V, Shahbazi MR. The Impact of Rehabilitation Module of Iran Welfare Organization Among Older Adults. Salmand: Iranian Journal of Ageing, 2016; 11(1): 110-7. [In Persian]
- 6- Ranjbar N. Good aging; a review of the concepts of aging. Tehran: Tarhe naqd; 2018. [In Persian]
- 7- Aguila E, Lopez-Ortega M, Gutierrez Robledo LM. Non-contributory pension programs and frailty of older adults: Evidence from Mexico. PloS one, 2018; 13(11): e0206792.
- 8- Arifin EN, Braun KL, Hogervorst E. Three pillars of active ageing in Indonesia. Asian Population Studies, 2012; 8(2): 207-30.
- 9- Buys L, Miller E. The meaning of "active ageing" to older Australians: Exploring the relative importance of health, participation and security; 2006.
- 10- Fernández-Ballesteros R, Molina MÁ, Schettini R, Del Rey ÁL. Promoting active aging through university programs for older adults. GeroPsych; 2012.
- 11- Thanakwang K, Isaramalai S-a, Hattakit U. Thai cultural understandings of active ageing from the perspectives of older adults: a qualitative study. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 2014; 18(2): 152-65.
- 12- Shoaee F, Nejati V. Elderly-Caring Service Pattern in USA Comparing With Iran. Salmand: Iranian Journal of Ageing, 2008; 3(1): 68-77. [In Persian]
- 13- Organization WH, Ageing WHO, Unit LC. WHO global report on falls prevention in older age: World Health Organization; 2008.
- 14- Liotta G, Canhao H, Cenko F, Cutini R, Vellone E, Illario M, et al. Active Ageing in Europe: Adding Healthy Life to Years. Front Med (Lausanne) [Internet]. 2018 2018; 5:[123 p.]. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/29780804>
<http://europepmc.org/articles/PMC5946166?pdf=render>
<http://europepmc.org/articles/PMC5946166>
<https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00123>.
- 15- Europe UNECf. Introducing the active aging index: Policy brief. Geneva: United Nations; 2013.
- 16- Hutchison T, Morrison P, Mikhailovich K. A review of the literature on active ageing. Canberra: Healthpact Research Centre for Health Promotion and Wellbeing; 2006.
- 17- Bongaarts J. Population Aging and the Rising Cost of Public Pensions. Population and Development Review; 2004; 30(1): 1-23.
- 18- An overview of elderly medicine: Health Department of Semnan unicersity of medical science and health services; 1383.
- 19- Azizi Zeinalhajlou A, Amini A, Tabrizi J. Consequences of Population

- Aging in Iran with Emphasis on its Increasing Challenges on the Health System (Literature Review). *Depiction of Health.*, 2015; 6(1): 54-64. [In Persian]
- 20- Galiani S, Gertler P, Bando R. Non-contributory pensions. *Labour Economics*, 2016; 38: 47-58.
- 21- Rajabi M, Jahanshahi S, Kashani movahhed B, Rezaei Hoseinabadi H, Hoseini Shafiabadi M, Qashqaei AM, et al. Quality of life in and its correlates in elderly in Tehran, Iran. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*, 2017; 16(4): 531-41. [In Persian]
- 22- Danesh Doost A. Analysis on Medical Insurance Status of the Elderly in China, *World Insurance News*, 2011;: 13(154). [In Persian]
- 23- Rahimi M, Fadaye Vatan R, Davatgaran K, Biglarian A, Shirazikhah M, Boroomandpoor M, et al. Effectiveness of Day Care Services of Karaj Kahrizac Rehabilitation Center on Activities of Daily Living Among Older People, 2010 April-2011 March. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 2013; 8(3): 7-16. [In Persian]
- 24- Daniilidou NV, Economou C, Zavras D, Kyriopoulos J, Georgoussi E. Health and social care in aging population: an integrated care institution for the elderly in Greece. *International Journal of Integrated Care.*, 2003;3(4).
- 25 -Maroof M, Ahmad A, Khalique N, Ansari MA. Awareness of geriatric welfare services among rural elderly population. *Int J Res In Med Sci*, 2016; 4(7): 2783-7.
- 26- Safdari R, Sadeghi F, Mohammadiazar M. Aged care and services programs in Iran: Looking at the performance of relevant organizations, 2016. [In Persian]
- 27- Sun X, Chen Y, Tong X, Feng Z, Wei L, Zhou D, et al. The use of annual physical examinations among the elderly in rural China: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 2014; 14(1): 16.
- 28- Doshmangir P, Shirzadi S, Tagdasi MH, Doshmangir L. Effect of an educational intervention according to the PRECEDE model to promote elderly quality of life. *J Educ Community Health*, 2014; 1(2): 1-9. [In Persian]
- 29- Nanbakhsh F, Mohaddesi H, Amirai A, Broomand F, Bahadori F, Gol Mohamadlo S. The effect of health education on elderly weomen life quality. *Journal of Payavard Salamat*, 2011; 5(1): 47-57. [In Persian]
- 30- Hanoch Y, Rice T. Can limiting choice increase social welfare? The elderly and health insurance. *The Milbank Quarterly*, 2006; 84(1): 37-73.