

Challenges of the Integrated Health Plan for the Older People in Khuzestan Province, Iran

Mohebi L¹, *Tabibi SJ², Jahan A³

Author Address

1. PhD Student, Health Services Management Department, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran;

2. Professor of Health Services Management Department, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

3. Associate Professor in Industrial Engineering, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

*Corresponding Author Email: stabi@yaho.com

Received: 2020 December 19; Accepted: 2021 April 10

Abstract

Background & Objective: Besides the growing rate of elderlies who have lost a considerable part of their internal and normal capacity, as well as their complex long-term conditions, the rapid aging of the population has created major challenges for health systems that have long been designed for providing health and therapeutic services. In the meantime, the presence of various organizations in providing the country's elderly services has resulted in the formation of repetitive and various services, confusion among the elderly, and non-compliance with all the requirements of older adults. Choosing and designing a suitable system to provide an integrated plan to ensure the provision of required services for older adults is necessary. Hence, this study aimed to explain older people's integrated health services plan based on the existing challenges and policies.

Methods: This study was performed within a qualitative approach framework and by a data-based research method. This study was conducted in two stages to achieve the study objectives. The first step addressed identifying the challenges in providing an integrated health plan for elderly services. The research tool included semi-structured interviews. Using a targeted sampling method, 12 experts, trustees, specialists in geriatrics, and 5 elderlies who used the integrated health services in Khuzestan Province, Iran, were interviewed. The interviews continued until reaching data saturation. Corbin and Strauss's method (2014) was employed to analyze the data. Data were analyzed in three stages: open, axial, and selective coding. The second stage of this research included specifying the optimal solutions to solve the present challenges and policies. For this stage, effective solutions were prepared to solve the identified challenges after determining the initial model of the study. The experts who were interviewed were provided with these solutions through a questionnaire. At this stage, the Delphi method was utilized to determine the optimal solutions to the identified challenges in the integrated health plan for older people. To ensure the study's validity and reliability, Lincoln and Guba's (1994) trustworthiness assessment criteria were used in the qualitative part using the criteria of credibility, transferability, reliability, and conformability.

Result: The findings of this research show the challenges of developing an integrated health plan for elderly services in five main categories, including poor participation of older people, lack of human resources and laboratory facilities, healthcare providers' poor training and skills, provision of limited services, and low job motivation of healthcare providers. Also, 26 subcategories were identified. Finally, 29 solutions were determined to solve the challenges.

Conclusion: According to the present study's findings, despite the helpful services presented to the elderly community by the integrated health service plan, it has several major challenges. This study provided appropriate solutions by identifying these challenges that may pave the way for future planning and research on formulating the policies and plans for the merged elderly service plan.

Keywords: Integrated health plan services for older people, Challenges, Solutions, Khuzestan, Iran.

چالش‌های طرح خدمات ادغام‌یافته سالمندان خوزستان

لیلا محبی^۱، *سیدجمال‌الدین طیبی^۲، علی جهان^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری گروه مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان، سمنان، ایران؛
 ۲. استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران؛
 ۳. دانشیار گروه مهندسی صنایع، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان، سمنان، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: sjtabihi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۹ آذر ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۲۱ فروردین ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: انتخاب و مبنا قراردادن الگویی مناسب که بتوان براساس آن خدمات جامعی به سالمندان جامعه ارائه داد، ازجمله مسائلی است که به دقت و توجه نیاز دارد؛ ازاین‌رو هدف پژوهش حاضر، تبیین چالش‌های فراوری طرح خدمات ادغام‌یافته سالمندان در استان خوزستان و ارائه راهکارها بود.

روش‌بررسی: رویکرد پژوهش حاضر کیفی بود و با به‌کارگیری روش تحقیق داده‌بنیاد انجام شد. ابزار پژوهش، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته بود. این پژوهش در دو مرحله اجرا شد: مرحله اول، شناسایی چالش‌های موجود در طرح خدمات ادغام‌یافته سالمندان بود. در این مرحله برای گردآوری اطلاعات، با به‌کارگیری روش نمونه‌گیری هدفمند با دوازده نفر از صاحب‌نظران، متولیان و متخصصان سالمندی و پنج نفر از سالمندان در سطح استان خوزستان، مصاحبه انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در سه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی با روش روش کوربین و اشتراوس (۲۰۱۴) صورت گرفت. در مرحله دوم، باتوجه به راهکارهای ارائه‌شده توسط کارشناسان در مرحله اول، پرسش‌نامه‌ای تهیه شد و در اختیار خبرگان و کارشناسان قرار گرفت. در این بخش از پژوهش، به‌منظور تعیین راهکارهای مطلوب برای حل چالش‌های شناسایی‌شده در طرح ادغام‌یافته خدمات سالمندی از روش دلفی استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش چالش‌های فراوری طرح ادغام‌یافته خدمات سالمندی را در پنج مقوله اصلی شامل مشارکت ضعیف سالمندان، کمبود نیروی انسانی و امکانات پزشکی، ضعف در آموزش و مهارت مراقبان سلامت و بهورزان، ارائه خدمات محدود توسط پایگاه سلامت و خانه بهداشت و انگیزه شغلی کم مراقبان سلامت و بهورزان و ۲۶ زیرمقوله شناسایی کرد. همچنین ۲۹ راهکار اجرایی درخصوص رفع چالش‌ها تعیین شد.

نتیجه‌گیری: از یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، طرح ادغام‌یافته خدمات سالمندی، به‌رغم خدمات مفیدی که به سالمندان ارائه داده است، چندین چالش اساسی دارد که با شناسایی این چالش‌ها، راهکارهای مناسبی ارائه شد که می‌تواند راهگشای پژوهش‌ها و برنامه‌ریزی‌های آینده در تدوین سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های طرح خدمات ادغام یافته سالمندی باشد.

کلیدواژه‌ها: خدمات ادغام‌یافته سالمندان، چالش‌ها، راهکارها، خوزستان، ایران.

و غالباً از هم گسیخته برای مدیریت شرایط بهداشت فردی سالمندان، به سمت مدیریت فرتوتی و پیشگیری از زوال در توانایی‌های درونی و توانایی عملکردی در سالمندان هدف‌گذاری شود (۷).

براساس سرشماری ۱۳۹۵ مرکز آمار ایران، کشور ایران، ۷ میلیون سالمند دارد که ۹/۲۸ درصد جمعیت را تشکیل می‌دهند و انتظار می‌رود تا سال ۱۴۳۰ این درصد به ۳۰ درصد کل جمعیت کشور برسد. این مطلب هشدار می‌دهد که از شروع آرام بحران جمعیت سالمندی در ایران خبر می‌دهد (۹). افزایش جمعیت سالمندان نشان از موفقیت برنامه‌های ارتقای سلامت در کشور دارد؛ اما باید توجه داشت، این خود چالشی اساسی است که برای دستیابی به حداکثر ظرفیت سلامتی و عملکردی، مشارکت و امنیت سالمندان، تمامی منابع اقتصادی و اجتماعی جامعه را به چالش می‌کشد (۱۰).

به‌طور کلی گزارش‌های ارائه‌شده مبین افزایش جمعیت این گروه در جهان است که از تحولات علمی و پزشکی و تکنولوژیک و غیره ناشی می‌شود. افزایش نسبت سالمندان در جامعه در تمام زمینه‌ها مسائل جدیدی را مطرح می‌کند و نیاز به برنامه‌ریزی‌های مختلف را در همه جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی و پزشکی و بهداشتی به دنبال خواهد داشت؛ زیرا با بیشتر شدن سن میزان استفاده از خدمات بهداشتی و پزشکی نیز افزایش می‌یابد. گفته می‌شود پیش‌بینی جمعیت نتیجه توسعه است. این پدیده از نتایج مثبت توسعه به‌شمار می‌رود؛ ولی اگر برای مواجهه با آن در جهانی توسعه‌یافته آماده نباشیم، عوارض و پیامدهای منفی بسیاری را در پی خواهد داشت؛ از جمله آنکه سریع‌تربودن رشد جمعیت سالمندان به کل جمعیت منجر به کاهش نسبی جمعیت اقتصادی مولد می‌شود که در صورت نبود چاره‌اندیشی، خود می‌تواند مانعی در برابر توسعه اقتصادی باشد (۱۱)؛ از این رو مقابله با چالش‌های فرا راه این پدیده و اتخاذ سیاست‌های مناسب در جهت ارتقای وضعیت جسمی، روحی و اجتماعی سالمندان اهمیت زیادی دارد و در دستور کار جامعه بین‌المللی قرار گرفته است.

همچنین، کم‌رنگ شدن حمایت از سالمندان در خانواده‌ها، تنهایی سالمندان، شرکت نکردن در کلاس‌های مراقبت‌های سالمندان، دسترسی نداشتن سالمندان به انجام آزمایش‌های دوره‌ای و پاراکلینیک، کمبود نیرو برای مراقبت از سالمندان، بیمه نبودن همه سالمندان، مراجعه نکردن سالمندان به مراکز دولتی باتوجه به داشتن بیمه‌های متعدد و همکاری ناکافی بخش خصوصی از جمله مشکلات حوزه سالمندی است. از سوی دیگر آمارهای موجود در پایگاه‌های سلامت و مطالعات صورت‌گرفته در سطح استان خوزستان نشان می‌دهد، بهره‌برداری از بسته‌های خدماتی ارائه‌شده تاحد مطلوب بسیار فاصله دارد (۱۲) که بیانگر استفاده نکردن کامل افراد سالمند از بسته‌های خدماتی تدارک دیده‌شده در مراکز دولتی است؛ این امر می‌تواند باعث بروز مشکلات و پیامدهای نامطلوب در این گروه سنی شود. باتوجه به اهمیت و حساسیت موضوع، این مطلب به‌عنوان یکی از چالش‌های نظام سلامت کشور محسوب می‌شود. باتوجه به گذشت چند سال از اجرای طرح خدمات ادغام‌یافته سالمندان

سالمندی^۱، دوران مهمی از زندگی به‌شمار می‌رود و امروزه به‌دلیل افزایش امید به زندگی^۲ و کاهش میزان زاد و ولد در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه، پدیده سالمندی بیش از پیش مدنظر قرار گرفته است. برای نمونه، افراد درمقایسه با گذشته عمر طولانی‌تری دارند؛ به‌طوری‌که در سال‌های ۱۹۵۰ تا ۱۹۵۵ میانگین سن امید به زندگی ۴۸ سال بود؛ درحالی‌که در سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ این میانگین به ۶۸ سال رسید. از سویی دیگر آمارها نشان می‌دهد، میانگین میزان زاد و ولد از پنج کودک برای هر زن در سال ۱۹۵۰ به ۲/۳ کودک برای هر زن در سال ۲۰۱۴ کاهش یافته است. این آمارها مشخص می‌کند، با افزایش امید به زندگی و کاهش زاد و ولد، جمعیت جهان در حال پیش‌شدن است (۱).

سالمندی درحقیقت فرایند فرسایشی طبیعی و ناگزیری است که می‌توان با مراقبت‌های مناسب و شناخت آن، بیماری و ضعف را در این دوره از زندگی به مقدار کمتری رساند و دوران پیری سالم و هنجاری را طراحی کرد؛ این امر هدفی است که حیطه سلامت عمومی در گروه سالمندان دنبال می‌کند (۲). نسبت فزاینده‌ای از بار بیماری جهان، اکنون به اختلالات جسمانی، حسی و شناختی غیرمستقیم مربوط می‌شود و این بار از کارافتادگی را که سالمندان تجربه می‌کنند، به‌خصوص در مناطق کم‌درآمد و درآمد متوسط افزایش می‌دهد. به‌علاوه، سالمندان معمولاً چند ناخوشی را به‌طور هم‌زمان تجربه می‌کنند؛ به‌ویژه آنان که از نظر اجتماعی اقتصادی وضعیت نامساعدی دارند (۳-۵). سالمندی جمعیت، پیامدی جمعیت‌شناختی است که تا حد درخور توجهی از ارتقای بهداشت و سلامت منشأ می‌گیرد؛ بدین‌علت که در آن باروری و مرگومیر از سطوح زیاد به سطوح کم کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر، کاهش مرگومیر، به‌خصوص مرگومیر مادران، نوزادان و کودکان، کاهش اساسی و مداوم باروری و افزایش امید به زندگی یا افزایش رفاه اجتماعی با تغییر ساختار سنی جمعیت موجب این پدیده می‌شود (۶).

پیش‌بینی سریع جمعیت به‌همراه نسبت رو به رشد سالمندانی که بخش چشمگیری از توانایی درونی و طبیعی خود را از دست داده‌اند و شرایط پیچیده طولانی‌مدت، چالش‌های عمده‌ای را برای نظام‌های بهداشتی که از قدیم برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی، و درمانی طراحی شده است، به‌وجود می‌آورد (۷). این رویکرد تاریخی به مراقبت‌های بهداشتی، دیگر با نیازهای کنونی و آتی جمعیت سازگار نیست. سازمان جهانی بهداشت^۳، با گزارش جهانی درباره پیش‌شدن و سلامتی، استراتژی جهانی و برنامه عملیاتی درخصوص پیری و سلامت، از اصلاحات عمده در نظام‌های بهداشت و مراقبت طولانی‌مدت پشتیبانی می‌کند تا از پیری سالم حمایت کند (۸). چنین اصلاحاتی برای نیل به اهداف دستور کار توسعه پایدار سازمان ملل، به‌خصوص هدف سوم توسعه پایدار برای بهداشت و رفاه که اساس آن پوشش جهانی بهداشت است، مهم و ضروری هستند. این سازمان توصیه می‌کند که خدمات مراقبت اجتماعی و بهداشتی باید به‌جای حمایت از رویکردی محدود

³. World Health Organization (WHO)

¹. Elder

². Life expectancy

اشراسوس (۱۳) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در سه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی انجام گرفت. مرحله دوم این پژوهش، تعیین راهکارهای مطلوب برای حل چالش‌ها و سیاست‌های موجود بود. در این مرحله باتوجه به راهکارهای ارائه شده توسط کارشناسان در مرحله اول، پرسش‌نامه‌ای تهیه شد. در مرحله بعد این پرسش‌نامه در اختیار خبرگان و کارشناسان قرار گرفت. در این بخش از پژوهش، به منظور تعیین راهکارهای مطلوب برای حل چالش‌های شناسایی شده در طرح ادغام یافته خدمات سالمندی از روش دلفی استفاده شد. لازم به ذکر است، شرکت‌کننده‌ها در روش دلفی همان کارشناسان و خبرگان مرحله اول پژوهش بودند. روش دلفی به منظور شناسایی و تعیین راهکارهای مطلوب برای حل چالش‌ها و نیز توسعه سیاست‌های موجود در سه مرحله انجام گرفت. در هر مرحله گویه‌های دارای شرط $6 \leq M$ (میانگین)، در دور بعدی آورده شد. همچنین حذف گویه‌هایی با میانگین کمتر از ۶ صورت گرفت و در دورهای بعدی پرسش‌نامه لحاظ نشد.

برای تأمین روایی و پایایی مطالعه در بخش کیفی، روش ارزیابی گوبا و لینکلن با استفاده از معیارهای موثق بودن و اعتبار^۲ (باورپذیری)، انتقال‌پذیری^۳، اطمینان‌پذیری^۴ و تأییدپذیری^۵ به کار رفت (۱۴) که معادل روایی و پایایی در پژوهش‌های کمی است.

۳ یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر در چندین بخش ارائه شده است. ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌ها در پژوهش ذکر می‌شود. در ادامه به شناسایی چالش‌های موجود در طرح خدمات ادغام یافته سالمندان با رویکرد نظریه داده‌بنیاد پرداخته شده و در نهایت با استفاده از تکنیک دلفی به تعیین راهکارهای اجرایی درخصوص حل چالش‌های شناسایی شده اقدام می‌شود.

بخش اول- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌ها در پژوهش: در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌ها بیان شده است.

جدول ۱. مشارکت‌کنندگان در پژوهش کیفی

مصاحبه‌شوندگان	جنسیت	سن	تحصیلات	رشته تحصیلی	شغل	تجربه کاری
خبره شماره ۱	زن	۳۹	فوق دیپلم	بهداشت خانواده	مراقب سلامت	۱۵ سال
خبره شماره ۲	مرد	۴۵	فوق لیسانس	اپیدمیولوژی	کارشناس ستادی شهرستان اهواز	۱۷ سال
خبره شماره ۳	زن	۵۱	دکترای حرفه‌ای	پزشکی	پزشک عمومی مرکز خدمات جامع سلامت	۲۲ سال
خبره شماره ۴	زن	۴۹	لیسانس	بهداشت عمومی	مدیر اجرایی مرکز خدمات جامع سلامت	۲۴ سال
خبره شماره ۵	مرد	۴۳	فوق لیسانس	آموزش بهداشت	کارشناس ستادی استان اهواز	۱۴ سال
خبره شماره ۶	زن	۵۵	لیسانس	مامایی	کارشناس ستادی شهرستان اهواز	۲۷ سال
خبره شماره ۷	مرد	۵۵	MPH	آموزش سلامت	معاون فنی معاونت بهداشت استان خوزستان	۲۸ سال
خبره شماره ۸	زن	۴۴	فوق دیپلم	بهداشت خانواده	بهورز	۱۴ سال

4. Reliability

5. Conformability

1. Grounded Theory

2. Credibility

3. Transferability

خبره شماره ۹	مرد	۵۰	لیسانس	بهداشت عمومی	بهورز	۲۶ سال
خبره شماره ۱۰	زن	۴۸	لیسانس	پرستار	مراقب سلامت	۲۰ سال
خبره شماره ۱۱	زن	۵۶	دکترای حرفه‌ای	پزشکی	مدیر گروه ستادی استان خوزستان	۲۹ سال
خبره شماره ۱۲	مرد	۴۹	دکترای حرفه‌ای	پزشکی	معاون بهداشت استان خوزستان	۲۵ سال
سالمند شماره ۱	مرد	۷۳	ابتدایی	-	کشاورز	-
سالمند شماره ۲	مرد	۶۷	راهنمایی	-	آزاد	-
سالمند شماره ۳	زن	۷۶	بی‌سواد	-	خانه‌دار	-
سالمند شماره ۴	زن	۶۸	بی‌سواد	-	خانه‌دار	-
سالمند شماره ۵	مرد	۷۰	راهنمایی	-	کشاورز و دامدار	-

بخش دوم- شناسایی چالش‌های موجود در طرح خدمات ادغام‌یافته چالش‌های موجود در طرح خدمات ادغام‌یافته سالمندان در قالب دو بخش دوم- در این مرحله تمامی مصاحبه‌ها بررسی و کدگذاری شد؛ بخش مضمون اصلی و زیرمضمون تعیین شد. یافته‌های این بخش در به‌گونه‌ای که گزاره‌های مرتبط با موضوع استخراج شد. کدگذاری هر مصاحبه و گزاره با کد مشخصی صورت گرفت. در این بخش،

جدول ۲. جدول تجمیعی چالش‌های فراروی طرح ادغام‌یافته خدمات سلامت سالمندان

مستندات		(باتوجه به زیادبودن مستندات و محدودیت فضا، در هر زیرمضمون فقط دو مستند برای آگاهی خوانندگان ثبت شده است)		زیرمضمون	مضمون اصلی
خبره شماره ۱: در جامعه امروزی، بسیاری از سالمندان، خود تحت‌نظر پزشک متخصص می‌باشند که این باعث شده دیگر تمایلی به شرکت در این طرح از خود نشان ندهند.		استقبال نکردن سالمندان			
خبره شماره ۹: یکی از مشکلات بزرگ در این طرح، عدم رغبت سالمندان و خانواده‌های ایشان به ارائه اطلاعات و مراقبت‌های پیشگیری می‌باشد.		همکاری نکردن سالمندان با مراقبان سلامت و بهورزان			
خبره شماره ۹: عدم همکاری جمعیت تحت پوشش این طرح و مراقبین سلامت و بهورزان باعث شده است که این طرح به‌سختی پیش رود.		حمایت نکردن خانواده سالمند			
خبره شماره ۱۱: همکاری لازم از سوی سالمندان و خانواده‌های سالمندان با پرسنل بهداشتی درمانی انجام نمی‌پذیرد.		مشارکت ضعیف سالمندان			
خبره شماره ۲: بعضی از سالمندان از توانایی جسمی لازم برای مراجعه شخصی به مراکز بهداشت برخوردار نیستند و خانواده این افراد نیز تمایلی برای ارجاع و کمک به مراجعه این سالمندان به پایگاه سلامت و خانه بهداشت از خود نشان نمی‌دهند.		سواد کم سالمندان			
خبره شماره ۸: برخی از خانواده‌ها، حمایت کافی از سالمندان برای مراجعه به پایگاه‌های بهداشت نمی‌کنند.		مراجعه تنهایی سالمند			
خبره شماره ۱: پایین بودن سطح آگاهی و کم بودن سواد سالمندان یکی دیگر از مشکلات رایج در این طرح می‌باشد.		مراجعه تنهایی سالمند			
خبره شماره ۳: در برخی موارد سالمندان بی‌سواد و دارای سواد کم به‌تنهایی به مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه سلامت و خانه بهداشت مراجعه می‌کنند که در این موارد، اخذ اطلاعات این افراد با مشکلاتی روبه‌رو است.		مراجعه تنهایی سالمند			
خبره شماره ۶: عدم همکاری و عدم در اختیار گذاشتن اطلاعات کافی و همچنین تنهایی سالمندان از مشکلات دیگر در این طرح می‌باشد.		مراجعه تنهایی سالمند			
خبره شماره ۹: نبود همراه در هنگام مراجعه سالمندان ناتوان، باعث می‌گردد که خدمات ارائه‌شده به این سالمندان تحت‌تأثیر قرار گیرد.		مراجعه تنهایی سالمند			
خبره شماره ۸: برخی از سالمندان به‌دلیل دوری مسیر به خانه‌های بهداشت دسترسی ندارند که این باعث محرومیت این افراد از خدمات این طرح شده است.		مراجعه تنهایی سالمند			
خبره شماره ۹: دوری مسافت و اینکه افراد موردنظر این طرح سالمندان هستند که اغلب دارای بیماری می‌باشند که این امر باعث می‌گردد نتوانند به‌طور مستمر به خانه‌های مراکز بهداشت مراجعه داشته باشند.		مراجعه تنهایی سالمند			
خبره شماره ۴: در این طرح، افرادی که دچار ناتوانی جسمی هستند، قادر به مراجعه به مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه سلامت و خانه بهداشت نمی‌باشند.		مراجعه تنهایی سالمند			

		خبره شماره ۱۱: برخی از افراد سالمند که دارای نقص جسمانی می‌باشند، قادر به مراجعه حضوری به پایگاه سلامت و خانه بهداشت نیستند.
بی‌حوصلگی و خستگی سالمندان برای ارائه آموزش		خبره شماره ۱: عدم توانایی و بی‌حوصلگی افراد سالمند باوجود آموزش‌های ارائه‌شده منجر به عدم همکاری این سالمندان در اجرای این طرح شده است. خبره شماره ۱۰: خیلی از سالمندان، دیگر حوصله و صبر زیاد برای دریافت آموزش‌های این طرح را ندارند.
دست‌رسی نداشتن سالمند به وسایل ارتباطی		خبره شماره ۴: برخی از سالمندان به دلیل سواد کم، دارای تلفن همراه نمی‌باشند؛ از این رو تماس گرفتن با این افراد، مشکلات فراوانی ایجاد کرده است. خبره شماره ۱۲: برقراری ارتباط با برخی از سالمندان به خاطر نداشتن تلفن همراه یا دیگر وسایل ارتباطی، با مشکل صورت می‌گیرد و این افراد در روند کامل مراقبت‌ها قرار نمی‌گیرند.
آگاهی کم سالمندان از خدمات مراقبتی		خبره شماره ۳: عدم آگاهی و بینش سالمندان نسبت به مفیدبودن بهداشت و پیشگیری باعث شده است که سالمندان فقط برای طی مراحل درمان به این مراکز مراجعه کنند و همواره خود را از آموزش‌های این طرح درخصوص بهداشت و پیشگیری محروم می‌سازند. خبره شماره ۵: سالمندان آگاهی کافی از خدمات رایگانی که در این مراکز بهداشت به آن‌ها ارائه می‌دهند، ندارند.
ناآگاهی خانواده‌های سالمندان از خدمات مراقبتی		خبره شماره ۴: یکی از چالش‌های این طرح، کم‌اهمیت جلوه دادن خدمات مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه سلامت و خانه بهداشت نسبت به خدمات ارائه‌شده توسط مراکز درمانی توسط برخی از افراد خانواده سالمندان است که باعث دل‌سردی این سالمندان برای مراجعه به پایگاه‌های بهداشت می‌گردد. خبره شماره ۶: خیلی از خانواده‌های سالمندان به خاطر عدم آگاهی از مفیدبودن خدمات ارائه‌شده در این طرح، زیاد تمایلی به آوردن سالمندان خانواده‌شان برای شرکت در این طرح ندارند.
حضور نداشتن پزشک در پایگاه سلامت و خانه بهداشت		خبره شماره ۱: عدم حضور پزشک در پایگاه سلامت و خانه بهداشت به طور منظم و با برنامه‌ریزی درست از مشکلات بسیار مهم این طرح می‌باشد. خبره شماره ۳: خیلی وقت‌ها سالمندان از عدم حضور پزشک و خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی، نداشتن آگاهی و پذیرش برخی سالمندان از زمان حضور پزشک در خانه‌های بهداشت ابزار نارضایتی می‌کنند.
نبود خدمات آزمایشگاهی و پاراکلینیکی		خبره شماره ۲: به دلیل نبود امکانات و منابع، برخی از اقدامات پاراکلینیکی در پایگاه سلامت و خانه بهداشت برای سالمندان صورت نمی‌گیرد که این امر منجر به نارضایتی این افراد شده است. خبره شماره ۴: امکانات و شرایط لازم برای انجام معاینات و آزمایش‌های رایگان برای سالمندان در خانه‌های بهداشت وجود ندارد.
کمبود نیروی انسانی و امکانات پزشکی		خبره شماره ۶: کمبود نیروی انسانی و متخصص وجود دارد که بر کیفیت و کمیت مراقبت‌ها در این طرح تأثیرگذار بوده است. خبره شماره ۸: برخی از پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت، به دلیل حجم بالای کاری و نبود نیروی انسانی کافی (مثلاً یک نفر باید هم خدمات کودکان را انجام دهد و هم خدمات سالمندان) باعث شده است که بهورزان و مراقبین سلامت بعد از چند ساعت کاری مستمر و شلوغ دچار خستگی و بی‌حوصلگی شوند و این افراد با بی‌حوصلگی به ارائه آموزش به سالمندان می‌پردازند که مسلماً بازدهی قابل قبولی نخواهد داشت.
نبود سامانه اطلاعات پزشکی		خبره شماره ۶: وجود یک سامانه یکپارچه و کشوری برای دستیابی به اطلاعات پزشکی سالمندان، یکی از مشکلات و چالش‌های مطرح در این طرح می‌باشد که متأسفانه به آن توجه نشده است. خبره شماره ۱۱: سامانه‌های ارائه‌دهنده خدمات در ثبت اطلاعات سالمندان ارزیابی صحیحی را از اطلاعات سالمندان به بهورزان و مراقبین سلامت ارائه نمی‌دهند.
ضعف در آموزش و مهارت مراقبان سلامت	مهارت کم مراقبان سلامت و بهورزان	خبره شماره ۱: برخی از مراقبین سلامت و بهورزان در مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه سلامت و خانه بهداشت، آگاهی‌های لازم درخصوص مراقبت‌ها و مراحل

خبره شماره ۲: یکی از مشکلات رایج این طرح این است که بعد از مراجعه سالمند به پایگاه سلامت و خانه بهداشت، اولین کسی که درخصوص ارجاع سالمند به پزشک باید ابراز نظر کند، مراقبین سلامت و بهورزان و کارکنان پایگاه سلامت و خانه بهداشت می‌باشند که ممکن است در برخی از موارد به علت عدم مهارت و آموزش کافی، ارجاع سالمندان به پزشک صورت نگیرد.

خبره شماره ۲: برخی از مراقبین سلامت و بهورزان مهارت‌های لازم در تشویق سالمندان برای مراجعه در دوره‌های بعدی را ندارند یا وقت کافی برای این امر صرف نمی‌کنند.

مهارت ارتباطی ضعیف مراقبان سلامت و بهورزان

خبره شماره ۳: خیلی از پرسنل و کادر درمانی در پایگاه سلامت و خانه بهداشت، مهارت ارتباطی لازم برای برقراری ارتباط با سالمندان ندارند.

خبره شماره ۴: یکی از مسائلی که می‌توان مطرح کرد، این است که ارزیابی توانایی مراقبین سلامت و بهورزان و کارکنان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه سلامت و خانه بهداشت درخصوص ارائه خدمات باکیفیت به سالمندان به صورت مستمر صورت نمی‌گیرد که این امر باعث تضعیف عملکرد این طرح شده است.

ارزیابی نشدن مهارت مراقبان سلامت و بهورزان

خبره شماره ۸: در بعضی از مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه سلامت و خانه بهداشت مشاهده می‌شود که مراقبین سلامت و بهورزان قدیمی با سطح سواد کم که در گذشته با حداقل معیارهای عملکردی، در پایگاه سلامت و خانه بهداشت گزینش شده‌اند، اکنون در مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه سلامت و خانه بهداشت در حال ارائه خدمات می‌باشند که در برخی موارد این افراد دوره‌های آموزشی ضمن خدمت را نیز نگذرانده‌اند که باعث شده است همواره نتوانند عملکرد قابل قبولی در ارائه خدمات مطلوب از خود نشان دهند.

خبره شماره ۲: برخی از پرسنل و مراقبین سلامت و بهورزان پایگاه سلامت و خانه بهداشت، آموزش‌ها و دوره‌های لازم برای اجرای این طرح را نگذرانده‌اند.

خبره شماره ۱۰: نبود آموزش‌های دوره‌ای منظم و دوره‌هایی برای مراقبین سلامت و بهورزان برای ارتقای کیفیت عملکرد این پرسنل باعث شده است که در برخی از موارد این پرسنل اطلاعات درستی درخصوص مراقبت‌های لازم به سالمندان ارائه ندهند.

اجرا نشدن دوره‌های آموزشی برای مراقبان سلامت و بهورزان

خبره شماره ۹: مراقبان سلامت و بهورزان این گروه سنی را زیاد جدی نگرفته‌اند؛ یعنی اکثر مراقبین سلامت و بهورزان وقت خود را صرف زنان باردار و کودکان می‌کنند و اولویت خاصی برای سالمندان قائل نمی‌شوند.

خبره شماره ۱۲: مردم و سالمندان درمورد خدمات بهداشت و پیشگیری اطلاعات زیادی ندارند و فقط در مواردی که نیاز به درمان دارند، به خانه‌های بهداشت مراجعه می‌کنند که در این مرحله برای درمان خدماتی به این افراد به جز ارجاع به پزشک در نظر گرفته نشده است.

توجه نداشتن کافی به سالمند

خبره شماره ۱: به دلیل اینکه بیمه‌های دیگر، خدمات بیشتری از پایگاه‌های بهداشت به سالمندان ارائه می‌دهند، از این رو سالمندان، مراجعه کمتری به مراکز و پایگاه‌های بهداشت دارند.

ارائه خدمات متنوع تر توسط دیگر بیمه‌ها

خبره شماره ۵: ارائه خدمات باکیفیت و بهتر توسط برخی از بیمه‌های درمانی باعث شده است که سالمندان در استفاده از خدمات ادغام یافته پایگاه سلامت و خانه بهداشت، مشارکت چندانی از خود نشان ندهند.

ارائه خدمات محدود توسط پایگاه سلامت و خانه بهداشت

ارائه نشدن داروهای رایگان

خبره شماره ۴: نبود داروخانه و همچنین ارائه داروهای رایگان به سالمندان یکی از اشکالات این طرح می‌باشد.

خبره شماره ۹: مراجعه کنندگان همواره انتظار دریافت داروهای مناسب بیماری خود را از پایگاه سلامت و خانه بهداشت دارند که این داروها در این پایگاه‌ها در دسترس نمی‌باشد.

ضعف در خدمات و نبود خدمات درمانی

خبره شماره ۷: برخی از سالمندان در هنگام مراجعه توقع ارائه خدمات متنوعی از جمله خدمات دندان پزشکی و معاینات آزمایشگاهی دارند که این خدمات در این طرح جای نگرفته است.

خبره شماره ۱۲: ارائه خدمات به صورت کامل سطح بندی نگردیده و ارجاع سطح ۲ و ۳ در حوزه معاونت درمان با معاونت بهداشت لینک نگردیده است و باعث سردرگمی مراجعین به مراکز تخصصی شده است.		
انگیزه شغلی کم مراقبان سلامت و بهورزان	حجم زیاد کاری	خبره شماره ۷: انگیزه و وجدان کاری پایین و همچنین حجم بسیار بالای کاری برای مراقبین سلامت و بهورزان و کاردان های شاغل در پایگاه ها و خانه های بهداشت باعث شده است که ارائه خدمات به شکل مطلوب در اختیار سالمندان قرار نگیرد.
		خبره شماره ۸: برخی از پایگاه های سلامت و خانه های بهداشت به دلیل حجم بالای کاری و نبود نیروی انسانی کافی (مثلاً یک نفر باید هم خدمات کودکان را انجام دهد و هم خدمات سالمندان) باعث شده است که بهورزان و مراقبین سلامت بعد از چند ساعت کاری مستمر و شلوغ دچار خستگی و بی حوصلگی شوند و این افراد با بی حوصلگی به ارائه آموزش به سالمندان می پردازند که مسلماً بازدهی قابل قبولی نخواهد داشت.
	نبود انگیزه شغلی	خبره شماره ۹: مشکلات و دغدغه های شغلی پرسنل شامل کارهای متفاوت و بسیار در تمام زمینه ها از جمله خانواده، پیشگیری، محیط، دانش آموزان، میانسالان، کودکان و... باعث می شود که در این بین در برخی موارد، گروه سالمندان و ارائه خدمات به آنها نادیده گرفته شود.
		خبره شماره ۱۲: انگیزه شغلی در برخی از پرسنل به دلیل عدم امنیت مناسب شغلی، پایین بودن حقوق و... خیلی پایین آمده است.
	نبود امنیت شغلی	خبره شماره ۶: برخی از مراقبین سلامت و بهورزان به دلیل عدم انگیزه و وجدان کاری ناشی از عدم امنیت شغلی، انرژی لازم برای توضیح و آموزش به سالمندان را صرف نمی کنند و این کار باعث می گردد که سالمندان با سردرگمی هایی روبه رو شوند.
		خبره شماره ۱۲: بعضی از مراقبین سلامت و بهورزان به دلیل اختلاف حقوق نیروهای بهداشتی با کارکنان تیم سلامت، دارای انگیزه پایین شغلی هستند که این باعث شده است برای هماهنگی لازم و حضور سالمندان در پایگاه سلامت و خانه بهداشت توجه کافی را به خرج ندهند.

همان طور که در نتایج جدول ۲ مشاهده می شود، چالش های فراوری طرح ادغام یافته خدمات سلامت سالمندان در پنج مضمون اصلی از جمله مشارکت ضعیف سالمندان، کمبود نیروی انسانی و امکانات پزشکی، ضعف در آموزش و مهارت مراقبان سلامت و بهورزان، ارائه خدمات محدود توسط پایگاه سلامت و خانه بهداشت و انگیزه شغلی کم مراقبان سلامت و بهورزان و ۲۶ زیرمضمون قرار گرفته است. بخش سوم- تعیین راهکارهای مطلوب برای حل چالش ها و سیاست های موجود: در این بخش از پژوهش، به منظور تعیین راهکارهای مطلوب برای حل چالش های شناسایی شده در طرح ادغام یافته خدمات سالمندی از روش دلفی استفاده شد. روش دلفی

جدول ۳. نتایج آزمون ضریب کندال برای بررسی میزان اجماع حاصل از نظر خبرگان		
۱	حجم جامعه	۱۲
۲	ضریب کندال	۰/۷۶۱
۳	کای اسکوئر	۳۹۵/۵۰۹
۴	درجه آزادی	۱۰
۵	مقدار معناداری	≤ ۰/۰۰۱

در این بخش برای تعیین درجه هماهنگی و توافق بین افراد در شاخص های به کاررفته از ضریب هماهنگی کندال استفاده شد. این

^۱. Kendall's coefficient of concordance

شد، در دور سوم توافق بین اعضای گروه خبرگان به دست آمد ($W=0/761$) و این میزان نشان‌دهنده سطح اجماع زیاد در نظرات خبرگان برای تعیین راهکارها و سیاست‌های مختلف در این پژوهش بود. ضریب همبستگی کندال در دور سوم پرسش‌نامه تغییر در خوروتوجهی نداشت و میزان معناداری این آزمون نیز کمتر از $0/05$ بود؛ در نتیجه دوره‌های دلفی متوقف شد. راهکارهای شناسایی شده در این پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

توافق کامل برابر با یک و در زمان نبود کامل هماهنگی برابر با صفر است. لازم به ذکر است، برای اعضای پانل دلفی بیشتر از ده نفر، حتی مقادیر بسیار کوچک این ضریب نیز معنادار است. برای به دست آوردن ضریب هماهنگی کندال از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. میزان ضرایب هماهنگی کندال در دور سوم به میزان $Kendall W=0/761$ ، $\chi^2=395/509$ و معنادار ($p \leq 0/001$) بود و این مقیاس باتوجه به تعداد اعضای دور سوم دلفی (دوازده نفر)، میزان نسبتاً مناسبی از توافق را نشان داد. به طور کلی از آنجا که مرحله دلفی برای سه بار تکرار

جدول ۴. راهکارهای شناسایی شده به منظور حل چالش‌های فراروی طرح ادغام یافته خدمات سالمندی

چالش‌های شناسایی شده	راهکارهای حل چالش‌ها
مشارکت ضعیف سالمندان	۱. افزایش تقویت و پررنگ کردن نقش سفیران و رابطان سلامت
	۲. آموزش اهمیت مراجعه به پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت از طریق تبلیغات رسانه‌ای و...
	۳. استفاده از امکان مذهبی (مساجد و حسینیه‌ها) برای آموزش سالمندان
	۴. ایجاد زیرساخت‌های ارتباطی در مناطق محروم
	۵. ایجاد زیرساخت‌های جاده‌ای در مناطق محروم
	۶. برقراری کلاس‌های نهضت سوادآموزی در مناطق محروم و کم‌سواد
	۷. شناسایی و مراجعه حضوری مراقبان سلامت و بهورزان به منازل سالمندان بیمار
	۸. ایجاد پایگاه سلامت و خانه بهداشت در مناطق روستایی
کمبود نیروی انسانی و امکانات پزشکی	۱. استفاده از پزشکان حداقل به مدت سه روز در هفته در پایگاه سلامت و خانه بهداشت
	۲. افزایش نیروی انسانی متخصص در پایگاه سلامت و خانه بهداشت
	۳. استفاده از خدمات خیران برای اختصاص بودجه‌های بهداشتی
	۴. تهیه وسایل توان بخشی از قبیل عینک، سمعک، عصا، ویلچر و... برای سالمندان بی‌بضاعت
ضعف در آموزش و مهارت مراقبان سلامت و بهورزان	۱. شناسایی و نیازسنجی دوره‌های آموزشی لازم برای مراقبان سلامت و بهورزان
	۲. اجرای دوره‌های آموزشی و کارگاه‌های ویژه، مخصوص ارائه مراقبت به سالمندان
	۳. اجرای دوره‌های مهارت‌ورزی مراقبان سلامت و بهورزان در زمینه مهارت‌های ارتباطی
	۴. ارزیابی اثربخشی دوره‌های آموزشی
	۵. ارزیابی مستمر و منظم عملکرد مراقبان سلامت و بهورزان
	۶. اجتناب از برگزاری دوره‌های آموزشی تکراری و بی‌اثر
	۷. گنجاندن سرفصل‌های تخصصی مراقبت‌های سالمندی در دروس دانشجویان
ارائه خدمات محدود توسط پایگاه سلامت و خانه بهداشت	۱. افزایش خدمات پاراکلینیکی رایگان (مانند ارائه برخی داروها به صورت رایگان و...)
	۲. افزایش خدمات بهداشتی و درمانی جدید برای سالمندان
انگیزه شغلی کم مراقبان سلامت و بهورزان	۱. افزایش حقوق و دستمزد مراقبان سلامت و بهورزان متناسب با سختی کار آن‌ها
	۲. تأمین امکانات و وسایل مناسب برای ایجاد محیط کاری امن و باثبات برای مراقبان سلامت و بهورزان
	۳. ایجاد شرایط لازم به منظور ارتقای نظام شغلی مراقبان سلامت و بهورزان
	۴. پرداخت حقوق به موقع مراقبان سلامت و بهورزان
	۵. تأمین امنیت شغلی برای مراقبان سلامت و بهورزان
	۶. ایجاد شرایط لازم برای ادامه تحصیل مراقبان سلامت و بهورزان در مقاطع بعدی
	۷. رسیدگی به مشکلات و تأمین نیازهای مادی مراقبان سلامت و بهورزان
	۸. تقویت ایمان و تقوا در مراقبان سلامت و بهورزان برای افزایش وجدان کاری

تولید شده از سامانه‌های
مدیریت اطلاعات سلامت
در سال ۱۴۰۲

ادامه به بحث درباره هریک از این چالش‌ها پرداخته شده است.

مشارکت ضعیف سالمندان یکی از چالش‌های شناسایی شده این طرح بود. در تبیین این یافته باید بیان کرد، همواره از پیش زمینه‌های اصلی هر طرحی برای گروه خاص، مشارکت فعال گروه خاص در اجرای آن طرح است؛ از این رو، سالمندان به عنوان گروه هدف در طرح خدمات

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، چالش‌ها و موانع مختلفی فراروی طرح ادغام یافته خدمات سالمندان در کشور و به خصوص در استان خوزستان وجود داشت. در این راستا با استفاده از مصاحبه‌هایی با خبرگان، چالش‌های شناسایی شده در چندین دسته قرار گرفت که در

۴ بحث

ادغام یافته برای سالمندان باید مشارکت فعال داشته باشند. مراجعه مستمر و منظم سالمندان به پایگاه سلامت و خانه بهداشت از عوامل اصلی طرح خدمات ادغام یافته برای سالمندان است. در این میان عوامل مختلفی به وجود آمده که باعث شده است، سالمندان کشور مشارکت ضعیفی از خود در طرح خدمات ادغام یافته برای سالمندان نشان دهند؛ از جمله این عوامل می توان به سطح کم سواد سالمندان، دسترسی نداشتن سالمندان به پایگاه سلامت و خانه بهداشت به دلیل دوری مسافت و سختی رفت و آمد، حمایت نکردن خانواده سالمندان و دسترسی نداشتن به زیرساخت های ارتباطی اشاره کرد. در این خصوص امیری دلویی و همکاران در پژوهشی دریافتند، اختلال شنوایی و فراموشی سالمند، کاهش آموزش پذیری، نبودن همراهی بیمار، لهجه و گویش بیمار از چالش های اساسی طرح ارتقای کیفیت خدمات رسانی به سالمندان مراجعه کننده به بیمارستان آموزشی ۲۲ بهمن گناباد است (۱۵).

منابع انسانی همیشه و در همه حال عنصر کلیدی نظام سلامت در ارائه خدمات به شمار می رود و کمبود کارکنان حرفه ای و تخصصی در این حوزه می تواند مانع بزرگی در راه دستیابی به اهداف توسعه سازمانی در هزاره سوم باشد. یکی از چالش های شناسایی شده در فراروی طرح ادغام یافته خدمات سلامت سالمندی، کمبود نیروی انسانی و متخصص و به خصوص نبود پزشک در خانه ها و مراکز بهداشت و درمان عنوان شد. خیلی از سالمندان در مراحل درمان به پایگاه سلامت و خانه بهداشت مراجعه می کنند و توقع دارند در این مراکز معاینات پزشکی دریافت کنند و زیر نظر پزشک قرار بگیرند که این امر به دلیل نبود پزشک در پایگاه سلامت و خانه بهداشت امکان پذیر نیست. در پژوهش حاضر، از مشکلات رایج در طرح خدمات ادغام خدمات سالمندی که اکثر خبرگان به آن اذعان داشتند، نبود پزشک به صورت مستمر در پایگاه سلامت و خانه بهداشت بود. از سوی دیگر یکی از ضعف های بیان شده در طرح خدمات ادغام یافته سالمندان، کمبود وسایل آزمایشگاهی و خدمات پاراکلینیکی بود. این کمبودها در حالاتی مانند نبود آزمایشگاه در پایگاه سلامت و خانه بهداشت، نبود داروخانه و خدمات پاراکلینیکی در برخی از پایگاه های سلامت و خانه های بهداشت خود را نشان داد. امیری دلویی و همکاران در پژوهشی بیان کردند، کمبود تسهیلات برای بهبود رفاه بیمار و کمبود نیروی پرستار و شلوغی بخش ها از چالش های اساسی در طرح ارتقای کیفیت خدمات برای سالمندان است (۱۵). رضایی در پژوهش خود به کمبود امکانات و خدمات رفاهی برای سالمندان در شمال و جنوب تهران اشاره کرد (۱۶). صفدری و همکاران نشان دادند، اقدامات صورت گرفته در جهت حمایت از سلامت سالمندان کافی به نظر نمی رسد (۱۷).

ضعف در آموزش و مهارت مراقبان سلامت و بهورزان سومین چالش شناسایی شده درخصوص طرح مذکور بود. از آنجا که نیازهای جامعه به طور مداوم تغییر می کند و پیشرفت علوم به گونه ای است که نیمه عمر علوم را شش ماه عنوان کرده اند، آموزش نیروی انسانی از اهمیت ویژه ای برخوردار است و حساسیت امور مربوط به سلامت مردم به ضرورت آن می افزاید. در نظام بهداشت و درمان کشور، اولین رده

نیروی انسانی در صف مقدم، ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی در روستاها بهورزان هستند که طی یک دوره دوساله پس از گذراندن آموزش های نظری و عملی به خدمت در زادگاه خود مشغول می شوند. از سوی دیگر امروزه جذب ناکافی نیروهای کارآمد در مراکز آموزشی برای آموزش مراقبان سلامت و بهورزان و نبود توجه و نظارت دقیق بر آموزش ها و دوره های ضمن خدمت مراقبان سلامت و بهورزان باعث شده است که برخی از مراقبان سلامت و بهورزان شاغل به دلیل سطح سواد کم، عملکرد نامطلوبی در حوزه کاری داشته باشند. همچنین، تأیید نابجای بعضی از داوطلبان شغل بهورزی توسط شورای اسلامی روستا و کمبود نیروی انسانی در برنامه های سلامت، سبب شده است که برخی از بهورزان فعال در پایگاه سلامت و خانه بهداشت، به علت نداشتن مهارت کافی نتوانند جوابگوی ارائه خدمات باکیفیت به مراجعه کنندگان باشند که در نهایت منجر به افزایش نارضایتی مراجعان می شود. امیری دلویی و همکاران در پژوهش خود بیان کردند، مشکلات مرتبط با کیفیت مراقبت های پرستاری یکی دیگر از چالش های پیش روی طرح های سلامت سالمندان است (۱۵).

ارائه خدمات محدود توسط پایگاه سلامت و خانه بهداشت از دیگر چالش های شناسایی شده در این طرح بود. از راهکارهای بسیار مهم در مسیر نیل به عدالت اجتماعی و برابری در سیستم های نظام سلامت کشورها، دسترسی آسان و مستمر آحاد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی مورد نیازشان است. دسترسی به مراقبت های بهداشتی درمانی امری کلیدی در سازمان های ارائه خدمات بهداشتی درمانی است. تخصیص بودجه و منابع اندک به طرح ادغام خدمات سالمندی، باعث شده است که خانه ها و مراکز بهداشت و درمان از ارائه برخی خدمات به مراجعه کنندگان محروم باشند. سالمندان در مراجعه به مراکز بهداشت و درمان همواره توقع دارند که این مراکز خدماتی مانند سایر بیمه های درمانی همچون تأمین داروهای رایگان یا انجام آزمایش ها و... به آن ها ارائه دهند؛ ولی باتوجه به اینکه این مراکز چنین امکانات و منابعی ندارند، قادر به برطرف کردن نیازهای درمانی سالمندان نیستند که همواره یکی از علل نارضایتی سالمندان همین موضوع بوده است. صفدری و همکاران نشان دادند، در ایران دستگاه های اجرایی و نهادهای مسئول و مرتبط با سالمندان در حد وظایف جاری خود و اعتبارات تخصیص یافته، اقداماتی را در زمینه حمایت از سالمندان انجام می دهند؛ اما این اقدامات کافی به نظر نمی رسد؛ زیرا حل مسئله سالمندی به عنوان مسئله ای که هم اکنون آثار آن مشاهده می شود و در آینده شدت بیشتری خواهد یافت، نیازمند مسئولیت پذیری و همکاری تعداد بیشتری از دستگاه های اجرایی و نهادهای عمومی است (۱۷).

انگیزه شغلی کم مراقبان سلامت و بهورزان آخرین چالش شناسایی شده درخصوص طرح ادغام یافته خدمات جامعه سالمندی بود. نقش نیروی انسانی در حیطه سلامت در دهه اول قرن بیست و یکم، بیش از پیش مدنظر قرار گرفته است. سازمان جهانی بهداشت در گزارش سال ۲۰۰۶ کانون توجه خود را در دهه اخیر (۲۰۰۶ تا ۲۰۱۵) به نیروی انسانی در حوزه سلامت معطوف کرده است. علاوه بر این، برای دسترسی بهتر مردم به نظام سلامت باید همواره انگیزه شغلی نیروی

انسانی در نظام سلامت و درمان در سطح مطلوبی قرار داشته باشد (۱۱).

در طرح ادغام خدمات سالمندی در برخی از مراکز بهداشت و درمان، مراقبان سلامت و بهورزان هم‌زمان باید چند پایگاه سلامت و خانه بهداشت را زیر پوشش خود قرار دهند و با بازدید و سرکشی از این مراکز، همواره خدمات بهداشت و سلامت را به افراد این مناطق ارائه کنند. بعضی از مواقع به دلیل حجم زیاد کاری مراقبان سلامت و بهورزان، آن‌ها دچار خستگی و بی‌حوصلگی می‌شوند و انگیزه شغلی‌شان کمی کاهش می‌یابد. از سوی دیگر مشکلات شغلی در وزارت بهداشت مانند حقوق کم، نبود نظام ارتقای شغلی، نبود امنیت شغلی و... باعث شده است که بهورز و مراقب سلامت با دیدی نامطمئن و پر از ریسک و دودلی به شغل خود بنگرد؛ این مسائل در نهایت کاهش انگیزه شغلی را در افراد مذکور به دنبال دارد. انگیزه کم شغلی در این افراد نیز سبب می‌شود، آنان در ارائه خدمات به سالمندان، دقت و توجه کافی را صرف نکنند که در نهایت منجر به کاهش کیفیت خدمات ارائه شده توسط پایگاه سلامت و خانه بهداشت می‌گردد. حیدری و همکاران، در پژوهش خود در خصوص بررسی میزان رضایت شغلی بهورزان استان گلستان نشان دادند، رضایت شغلی کلی بهورزان در سطح نسبتاً ناراضی قرار دارد (۱۸). احمدنیا و همکاران دریافتند، ناراضی‌ترین زنان بهورز بیشتر در ارتباط با حجم کاری زیاد و ناراضی‌ترین مردان بیشتر در ارتباط با حقوق دریافتی است (۱۹).

براساس یافته‌های این پژوهش، الگویی ارائه شد که با رویکردی فرایندی و با بهره‌گرفتن از نقاط قوت الگوهای مطالعاتی پیشین در این زمینه و نیز استفاده از دیدگاه‌های صاحب‌نظران، متولیان و متخصصان سالمندی، ساختار مناسبی به منظور رفع چالش‌ها و موانع فراروی طرح ادغام یافته خدمات جامع سلامت سالمندی به دست آمد. این الگو می‌تواند راهگشای پژوهش‌ها و برنامه‌ریزی‌های آینده در تدوین سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های طرح خدمات ادغام یافته سلامت سالمندی باشد.

۵ نتیجه‌گیری

از یافته‌های پژوهش حاضر نتیجه گرفته می‌شود، اجرای طرح ادغام یافته خدمات سالمندی با چالش‌های مختلفی روبه‌رو بوده است که در این پژوهش چالش‌های مهم‌تر در چندین بخش از جمله مشارکت ضعیف سالمندان، کمبود نیروی انسانی و امکانات آزمایشگاهی، ضعف در آموزش و مهارت مراقبان سلامت و بهورزان، ارائه خدمات محدود و انگیزش شغلی کم بهورزان و مراقبان سلامت شناسایی و دسته‌بندی

شد. براساس چالش‌های شناسایی شده، راهکارهای اجرایی در حوزه‌های مختلف مانند تقویت امکانات و زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت، تقویت و استفاده از نیروی انسانی آموزش دیده در پایگاه سلامت و خانه بهداشت، تخصیص بودجه مناسب برای طرح مذکور و تقویت و بهبود انگیزش و رضایت شغلی کارکنان درگیر در این طرح ارائه شد.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان از مرکز سالمندان خوزستان به‌ویژه از بهورزان، مراقبان سلامت و سالمندان عزیز که در این پژوهش مشارکت کردند و یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری با کد ۱۲۸۲۳۲۵۶۶۹۸۵۱۴۵۶۹۱۴ در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان است. از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای در خصوص تأیید شرکت در پژوهش و رضایت اخلاقی دریافت شد. در ضمن، پژوهش حاضر به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان با کد اخلاق IR.IAU.SEMNAN.REC.1398.007 رسید. بر این اساس، ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، رازداری و محرمانه ماندن یافته‌ها رعایت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دسترسی به داده‌ها

تمامی داده‌های مربوط به یافته‌های پژوهش نزد نویسنده مسئول در یک هارد دیسک اکسترنال محفوظ خواهد ماند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی در این پژوهش ندارند.

منابع مالی

اعتبار مالی برای انجام این پژوهش از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان دارای سهم یکسانی در تهیه پیش‌نویس مقاله، بازبینی و اصلاحیه پژوهش حاضر بودند.

References

1. Murphy M. Demographic determinants of population aging in Europe since 1850: demographic determinants of population aging in Europe since 1850. Popul Dev Rev. 2017;43(2):257–83. <https://doi.org/10.1111/padr.12073>
2. Preston SH, Stokes A. Sources of population aging in more and less developed countries. Popul Dev Rev. 2012;38(2):221–36. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2012.00490.x>
3. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. The Lancet. 2012;380(9836):37–43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)

4. Harrison C, Henderson J, Miller G, Britt H. The prevalence of diagnosed chronic conditions and multimorbidity in Australia: a method for estimating population prevalence from general practice patient encounter data. *Plos One*. 2017;12(3):e0172935. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172935>
5. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011;10(4):430–9. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>
6. Mirzaei M, Shams Ghahfarokhi M. Demography of elder population in iran over the period 1956 To 2006. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2007;2(3):326–31. [Persian] <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-43-en.html>
7. Araujo De Carvalho I, Epping-Jordan J, Pot AM, Kelley E, Toro N, Thiyagarajan JA, et al. Organizing integrated healthcare services to meet older people's needs. *Bull World Health Organ*. 2017;95(11):756–63. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.187617>
8. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. World Health Organization. 2015.
9. Alizadeh Khoei M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Ghassemi S, Zanjari N, Mohamadiazar M. Comparative study of physical and mental health status of old people in aged groups of 60-64 and 65-69 years old in Tehran metropolitan area. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2013;13(1):50–61. [Persian] <http://ijdd.tums.ac.ir/article-1-5092-en.html>
10. Gill TM, Desai MM, Gahbauer EA, Holford TR, Williams CS. Restricted activity among community-living older persons: incidence, precipitants, and health care utilization. *Ann Intern Med*. 2001;135(5):313. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-135-5-200109040-00007>
11. Ghazi Mirsaeid SJ, Mirzaie M, Haghshenas E, Dargahi H. Human resources distribution among tehran university of medical sciences hospitals. *Payavard Salamat*. 2014;7(5):432–46. [Persian] <http://payavard.tums.ac.ir/article-1-5160-en.html>
12. Manpour S, Hassanpour S. Entitlement levels of health services in townships of Khuzestan province, using Fuzzy Analytic Hierarchy Process techniques (Fuzzy AHP). *Quarterly Journal of Environmental-based Territorial Planning*. 2017;10(37):37-64. [Persian] https://ebtp.malayer.iau.ir/article_532957.html?lang=en
13. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 4th edition. Thousand Oaks: Sage publications; 2014.
14. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS; editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc; 1994.
15. Amiri Delui M, Abedi HA, Tahmasebi S, Ebrahimi N, Sadeghmoghadam L. Improving the quality of services for the elderly referred to 22-Bahman hospital: an action research. *Journal of Gerontology*. 2018;2(4):55–63. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/joge.2.4.55>
16. Rezaei H. Barrasiye no va dastrasi be khadamat doran salmandi (saraye salmandan) dar Shahre Tehran [Investigating the type and access to services for the elderly (nursing home) in Tehran]. In: 5th International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle [Internet]. Qazvin: Takestan Institute of Higher Education - Payame Noor University of Qazvin; 2018. [Persian]
17. Safdari R, Sadeghi F, Mohammadiazar M. Aged care and services programs in iran: looking at the performance of relevant organizations. *Payavard Salamat*. 2016;10(2):155–66. [Persian] <http://payavard.tums.ac.ir/article-1-6046-en.html>
18. Heydari A, Kabir M J, Babazadeh Gashti A, Jafari N, Lotfi M, Aryaei M, et al. Job satisfaction of health workers in Golestan Province based on Herzberg's model in the year 2012. *Jorjani Biomed J*. 2014;2(2):42–9. [Persian] <http://goums.ac.ir/jorjanijournal/article-1-315-en.html>
19. Ahmadnia S, Salehi N, Madanipour A. A nationwide gender-sensitive survey of Iranian Behvarzes (health workers), their. Job satisfaction and motives. *Refahj*. 2008;8(30 and 31):117–42. [Persian] <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-1921-en.html>