

## مطالعه مروری ساختار برنامه مراقبت در منزل سالمندان در ایران با نگاهی به تجربه کشورهای توسعه یافته

رضا صفدری<sup>۱</sup>، مهتاب علیزاده<sup>۲</sup>، مریم محمدی آذر<sup>۳\*</sup>، فرشاد شریفی<sup>۴</sup>، حسین فخرزاده<sup>۵</sup>

### چکیده

**مقدمه:** افزایش پیش رونده جمعیت سالمندان در بسیاری از کشورهای توسعه یافته موجب معطوف شدن توجه به سلامت این گروه سنی شده است. خدمات مراقبت در منزل نقش اساسی در حمایت از اعضا خانواده فرد سالمند به عنوان مراقب و نیز مراقبین شاغل جهت کمک به ادامه زندگی مستقل سالمند در جامعه دارند. از آنجایی که در کشور نیاز به ایجاد و گسترش خدمات مراقبت در منزل برای سالمندان هر روز بیش تر احساس می شود، لذا این پژوهش با هدف مقایسه ساختار نظام مراقبت در منزل سالمندان در کشورهای توسعه یافته جهت ارائه راه کارهای کاربردی مناسب برای کشور ایران انجام گرفته است.

**روش ها:** برای انجام این پژوهش، ابتدا به جستجوی پایگاه های اطلاعاتی مناسب در این زمینه پرداخته و سپس با در نظر گرفتن اهداف مطالعه، کلید واژه های مناسب انتخاب شدند. در ادامه با استفاده از این کلید واژه ها، مقالات مرتبط از مجلات معتبر، به زبان فارسی و لاتین مورد استفاده قرار گرفتند.

**یافته ها:** یافته های پژوهش در ارتباط با ساختار برنامه مراقبت در منزل سالمندان نشان می دهد که کشورهای توسعه یافته به تعیین اهداف، نیازها، اولویت ها و تهیه برنامه ای مدون در ارتباط با نیازهای سالمندان ساکن منازل پرداخته اند. این کشورها برای حفظ استقلال و توانایی سالمندان و تأمین مراقبت و خدمات درمانی برای سالمندانی که به نوعی توانایی خود را برای مراقبت فردی از دست داده اند، خدماتی را در قالب برنامه مراقبت در منزل در نظر گرفته اند.

**نتیجه گیری:** بررسی ها نشان داده است که خدمات مبتنی بر جامعه و خدمات مراقبت در منزل که جزء خدمات پزشکی محسوب نمی شوند، می توانند به عنوان برنامه پشتیبان جهت ادامه زندگی مستقل سالمندان در منازل خود و حفظ کیفیت زندگی آنان در دراز مدت عمل نمایند. با توجه به اینکه خدمات مراقبت در منزل نقش قابل توجهی در پیشگیری از موارد بستری مجدد سالمند در بیمارستان داشته و به حفظ استقلال و افزایش کیفیت زندگی سالمندان کمک می نماید، بنابراین به نظر می رسد که در ایران نیز باید این خدمات برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان ارائه گردد.

**واژگان کلیدی:** سالمندی، مراقبت در منزل، کشورهای توسعه یافته، ایران

۱- مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، پژوهشکده علوم جمعیتی، پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- گروه مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، دانشکده پیراپزشکی، تهران، ایران

\* **نشانی:** تهران، خیابان انقلاب، خیابان استاد نجات الهی، پلاک ۴، کلینیک تخصصی و فوق تخصصی دیابت و بیماری های متابولیک،

تلفکس: ۰۲۱-۸۸۸۰۸۰۸۲ پست الکترونیک: m.azarmohamadi@yahoo.com

## مقدمه

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی و انزوا و نداشتن حمایت اجتماعی قرار گرفته و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی، در موارد زیادی استقلال فردی آن‌ها تهدید می‌شود [۱]. سالمندان نیازهای متفاوتی دارند که در همه بخش‌های مدیریتی باید برای آن‌ها برنامه‌ریزی کرد [۲].

در صورت عدم سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی درست، دقیق و بلند مدت در مورد سالمندان، کشور ایران در آینده‌ای نزدیک با انباشتگی نیازهای جمعیت سالمند مواجه خواهد بود. سلامت جسمی و روحی در سالمندان از اهمیت زیادی برخوردار است و بایستی در منزل به سطح مطلوب برسد، این اصل به‌عنوان یک اصل کلی باید توسط سالمند، خانواده وی و افراد تیم مراقبتی مورد توجه قرار گیرد [۳]. خدمات مراقبت در منزل نقش اساسی در حمایت از اعضای خانواده فرد سالمند به‌عنوان مراقب و نیز مراقبین شاغل جهت کمک به ادامه زندگی مستقل سالمند در جامعه دارند [۴].

طبق بررسی سال ۱۳۷۸ دفتر بهداشت خانواده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۷۵٪ سالمندان در منازل خود زندگی می‌کردند و بر اساس مطالعه سال ۱۳۷۶ وزارت بهداشت، ۳۱٪ سالمندان گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر که ۷۹٪ آن را زنان تشکیل می‌دادند، تنها زندگی می‌کردند [۴]. سالمندانی که قادر به انجام کارهای منزل و خانه داری و مراقبت‌های فردی نیستند غالباً از سطح بالایی از محدودیت در عملکرد جسمانی رنج می‌برند که غالباً سالمندان نیمه مستقل یا وابسته هستند [۵]. مطالعات نشان می‌دهند در سالمندانی که تنها در منزل زندگی می‌کنند، مشکلات و بیماری‌ها بیش‌تر دیده می‌شود و اگر منابع حمایتی مبتنی بر جامعه (مراقبت در منزل) وجود نداشته باشد و فرزندان این سالمندان نتوانند از آنان مراقبت کنند، سالمندان در معرض خطر بستری شدن در آسایشگاه‌ها قرار می‌گیرند [۶].

طرد سالمندان از سوی خانواده سبب بروز احساس پوچی و ناامیدی در آن‌ها می‌شود، در این وضعیت سالمندان به

ادامه زندگی بی‌علاقه شده و دچار افسردگی و نگرش منفی نسبت به زندگی می‌شوند [۷]. بنابراین تا جایی که ممکن است افراد سالمند به جای این که به سرای سالمندان یا موسسات نظیر آن سپرده شوند بایستی قادر باشند تا به طور مستقل در جامعه یا خانواده زندگی کنند [۸].

در ایران متولی خدمات و مراقبت‌های سالمندی مراکز نگهداری سازمان بهزیستی می‌باشد که بر اساس گزارش این سازمان در این حیطة نکته بسیار مهم در ارائه مراقبت به سالمندان در دسترس بودن خدمات مورد نیاز است [۹]. در این رابطه لازم به ذکر است بسیاری از طرح‌های مراقبتی یا هنوز در کشور ما طراحی نشده و یا تعداد آن بسیار اندک است به‌طوری که حتی سالمندان متمکن نیز نمی‌توانند، خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنند. سازمان بهزیستی با وجود ۲۵۰ مرکز نگهداری شبانه‌روزی، روزانه، جامع و مراقبت در منزل سالمندان، توانسته است ۲۰ هزار سالمند را تحت پوشش مراکز خود قرار دهد، بنابراین جبران این رقم پایین، نیازمند عزم ملی و تدوین راه‌کارهایی است که سبب بهره‌مندی جامعه هدف می‌گردد [۱۰]. لذا به‌نظر می‌رسد خدمات مراقبت در منزل ارائه شده از سوی سازمان بهزیستی و بخش‌های خصوصی و یا خیریه دارای نقایص کمی و کیفی می‌باشد که این امر نشأت گرفته از عدم رعایت استانداردهای بین‌المللی در ارائه خدمت مراقبت در منزل می‌باشد [۱۱].

لذا با توجه به نقایص و کمبودهای اساسی در ارائه این خدمت مهم به سالمندان در کشور، لزوم انجام مطالعات تطبیقی و بررسی‌های تحلیلی احساس می‌شود. بر این اساس مطالعه مذکور با هدف انجام مقایسه‌ای بین ساختار برنامه مراقبت در منزل در ایران با کشورهای توسعه یافته و تعیین نقاط قوت و ضعف این ساختار در کشور صورت گرفته است.

## روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کتابخانه‌ای است و برای انجام آن، ابتدا به جستجوی پایگاه‌های اطلاعاتی مناسب در این زمینه پرداخته و سپس با در نظر گرفتن اهداف تحقیق، کلید

سومین هدف نیز ارائه خدمات حمایتی به سالمندان و اعضای خانواده آنها به منظور کم کردن هزینه‌ها در ارائه خدمات دراز مدت است [۱۲].

برنامه مراقبت در منزل شامل دو بخش است. قسمت اول مراقبت‌های اساسی و پایه به صورت مراقبت‌های پزشکی و پرستاری و مراقبت فردی است. قسمت دوم شامل خدمات و سرویس‌های حمایتی، به شکل سرویس‌های مناسب سازی منازل مسکونی افراد سالمند است.

#### مراقبت‌های اساسی و پایه (Basic care)

مراقبت‌های اساسی و پایه در منزل برای کلیه افراد سالمند شامل ارائه خدمات درمانی توسط پزشک و پرستار است که اغلب در راستای حفظ توانایی عملکرد فعالیت‌های روزمره زندگی و با توصیه به انجام حرکات ورزشی مناسب، انجام معاینات، آزمایش‌ها، تجویز و نظارت بر مصرف داروهای تجویز شده، انجام تزریقات و پانسمان، اندازه‌گیری فشارخون به صورت ادواری و... می‌باشد [۱۳]. از دیگر مراقبت‌های اساسی کمک به افراد سالمند در انجام مراقبت‌های فردی و شخصی از جمله کمک به حمام کردن، لباس پوشیدن، نظافت فردی، جابجا شدن در رختخواب، غذا خوردن و حرکت می‌باشند. ارائه این کمک‌ها در منزل برای انجام فعالیت‌های روزمره و معمولی، جهت حفظ محیط زندگی امن و حفاظت شده به‌ویژه در سالمندانی که دچار محدودیت‌های عملکردی هستند ضروری می‌باشد.

همچنین این مراقبت‌ها شامل مشاهده، ثبت و گزارش تغییر در وضعیت سلامت سالمندان در محیط خانه‌هایشان نیز می‌باشد. حمایت‌های اجتماعی و عاطفی سالمند نیز می‌تواند جزء این خدمات ارائه شده باشد. در این راستا کلیه کارکنان بایستی آموزش‌های لازم را دیده و مهارت‌های کافی در زمینه نیازسنجی از سالمندان و انجام برنامه مداخلات مراقبت‌های فردی، انجام امور خانه‌داری، آموزش و مدیریت اعضا خانواده و مراقبت فرد سالمند را داشته باشند [۱۴].

واژه‌های مناسب انتخاب و براساس سرعنوان‌های موضوعی پزشکی مستند شدند. از کلید واژه‌های Supportive, Home care service, Aged care service, Basic care, services و معادل‌های فارسی آن برای جستجو در پایگاه‌های داده استفاده شد. مقالات از پایگاه‌های الکترونیکی Science, Iran Medex, Pub Med, Direct, google scholar, و پایگاه اطلاعات علمی (SID) استخراج شدند. در این جستجو مطالعاتی که به بررسی ساختار نظام مراقبت در منزل سالمندان در کشورهای توسعه یافته و ایران پرداخته بود، جمع‌آوری گردید و نکات شاخص این مقالات استخراج شده و نتایج آنها مقایسه و مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

#### مراقبت در منزل

مراقبت در منزل یکی از مهم‌ترین محورهای برنامه خدمات و مراقبت‌های سالمندی<sup>۱</sup> در کشورهای توسعه‌یافته است. برنامه مراقبتی که در منزل ارائه می‌گردد شامل خدمات درمانی، مراقبت‌های فردی و نیز سرویس‌های حمایتی و خدماتی است.

مراقبت در منزل مجموعه‌ای از خدمات و مراقبت‌ها است که سالمندان ناتوان را قادر می‌سازد تا به‌طور مستقل بتوانند در منازل مسکونی خود فعالیت‌های روزانه (ADL)<sup>۲</sup> زندگی مورد نیاز خود را انجام داده و در دراز مدت از ادامه کیفیت زندگی قابل قبولی برخوردار باشند [۱۲]. برنامه مراقبت در منزل دارای سه هدف است که اولین مورد آن شامل پیشگیری از ارجاع سالمند به سطح خدمات بیمارستانی و مراکز مراقبت‌های طولانی مدت است.

دومین هدف مورد انتظار برنامه مراقبت در منزل، ارائه خدمات و مراقبت‌های سالمندی در منزل با حفظ عملکرد و توانایی انجام فعالیت‌های روزانه زندگی به‌جای انتقال آنها به مراکز نگهداری شبانه‌روزی یا بیمارستان‌ها است که به‌طور قطعی هزینه‌های زیادی را برای سیستم‌های درمانی و بیمه‌ها به‌دنبال خواهد داشت.

<sup>1</sup> Aged Care Services

<sup>2</sup> Activity of Daily Living

### خدمات و سرویس‌های حمایتی (Supportive services)

حفظ حیطة‌های عملکردی سالمندانی که دچار محدودیت‌های حرکتی و عملکردی هستند، رکن اصلی ارائه این خدمات است که غالباً به گروه سالمندان نیمه مستقل و یا وابسته که در آستانه آسیب‌پذیری هستند، ارائه می‌شوند. غالباً این گروه از سالمندان به خدمات جانبی و حمایتی در منازل مسکونی خود نیاز دارند.

این سرویس‌ها، خدماتی است که در زمینه افزایش ایمنی فرد در محل اقامت وی ارائه می‌شوند. خدماتی مانند تعویض فیوز، لامپ‌ها و تنظیم درجه حرارت آبگرمکن، تعمیر و یا تعویض سرشیرهای آب و دوش‌های حمام به‌صورت اهرمی و یا چشمی، تعویض قفل درب‌ها به‌صورت دستگیره‌ای و یا اهرمی، نصب تجهیزات ایمنی به‌صورت نصب زنگ خطرهای آتش‌سوزی و یا زنگ اخبار خطر سقوط سالمندان در منازل خود، نصب تقویت کننده‌های صدا در گوشی تلفن، نصب صفحه‌های دیداری پیام در تلفن‌ها جهت نمایش پیام، نصب برچسب‌های یادآور و یا هشدار در محل‌های پُرفرت و آمد سالمند، نصب و یا تعمیر توالت‌های فرنگی، نصب میله‌های محافظ (در دستشویی، توالت، حمام و راه پله‌ها)، مناسب‌سازی و اصلاح سایز درب‌های منازل جهت سالمندانی که از وسایل کمکی و یا صندلی چرخدار استفاده می‌کنند، عایق‌بندی و نصب حفاظ برای پنجره‌ها، تعمیر پله‌ها و راه پله‌ها از نظر خرابی و روشنایی و سطح شیب‌دار، نصب سطوح شیب‌دار متحرک در جلو درب خروجی منازل افراد سالمند جهت سهولت در رفت و آمد، پاک‌سازی معابر از یخ و برف و برگ‌های درختان مثال‌هایی از سرویس‌های حمایتی در مناسب‌سازی منازل می‌باشند [۱۳].

دیگر خدمات حمایتی برنامه مراقبت در منزل شامل انجام امور خانه‌داری از جمله خرید مواد غذایی، پخت و پز، نظافت منزل، شست و شو است. نوع دیگر این خدمات سرویس‌های ایاب و ذهاب جهت کمک به فرد سالمند در خروج از خانه و بُردن وی به بیمارستان یا مطب پزشک و یا سایر مراکز پاراکلینیکی است [۱۵].

### بحث

نیاز بیشتر به خدمات و مراقبت در منزل برای افرادی است که به بیشتر از ۱۵ ساعت خدمت در هفته نیاز دارند [۱۴]. خدمات مراقبت در منزل دارای معیارهای رتبه‌بندی شده برای سالمندان نیازمند به کمک فرد همراه یا مراقب جهت انجام مراقبت‌های فردی در منزل و یا ارائه خدمات و مراقبت‌های موقتی کوتاه مدت در منزل به سالمندان نیازمند و مراقبین آنان است [۱۶].

نتایج مطالعات در ارتباط با ساختار خدمات مراقبت در منزل به سالمندان نشان می‌دهد که در کشورهای آمریکا، کانادا و ژاپن در ابتدا به تعیین اهداف، نیازها، اولویت‌ها و تهیه برنامه‌ای مدون بر اساس نیازهای سالمندان جامعه خود پرداخته‌اند. همچنین در هر سه کشور برای حفظ استقلال و عملکرد سالمندان از طرفی و نیز تأمین مراقبت و خدمات درمانی برای سالمندان آسیب‌پذیر تحت پوشش خود برنامه‌های خدماتی و مراقبتی مدونی را در نظر گرفته‌اند [۱۳، ۱۷، ۱۸].

در هر سه کشور مذکور ارائه مدل ارزیابی جامع سالمندی (CGA)<sup>۱</sup>، برنامه ارزیابی مراقبت‌های دوره‌ای، مدیریت و هماهنگی خدمات در منزل و سایر خدمات حمایتی و تسهیلات پرستاری به سالمندان با محدودیت‌های عملکرد جسمانی و روانی صورت می‌گیرد.

عملکرد مدیریت مراقبت شامل تعیین افراد واجد شرایط، ارزیابی، توسعه طرح مراقبت، حمایت، هماهنگی، ارزیابی مجدد و نظارت در حین اجرا می‌باشد. فعالیت‌ها باید با معیارهای عملکردی فرد سالمند مطابقت داشته باشند [۱۷، ۱۲]. مدیریت مراقبت باید به‌صورت تیمی و توسط اعضای تیم متشکل از پزشک، پرستار، فیزیوتراپ، کاردرمانگر، روانشناس بالینی، مشاور تغذیه و مددکار اجتماعی انجام شود. برای هر سالمند یک پرونده فردی ایجاد می‌شود که شامل گزارش‌های تمام ارزیابی‌ها و نیازسنجی‌ها، تأییدیه برنامه مراقبتی توسط خود سالمند و یا مراقب او، فرم‌های درخواست نیاز به خدمات و مراقبت‌ها، گزارش‌های ثبت شده، فرم‌های ارزیابی مجدد ثبت شده و

<sup>1</sup> Comprehensive Geriatric Assessment

همچنین مکاتبات و درخواست‌ها است. همچنین نظارت و پیگیری بایستی به صورت مستمر به منظور حصول اطمینان از سلامت و ایمنی سالمند، کیفیت مراقبت و رضایت از خدمات صورت گیرد [۱۳، ۲۰] (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه انواع خدمات و مراقبت در منزل به سالمندان در کشورهای توسعه یافته

ایران	ژاپن	کانادا	آمریکا	
✓	✓	✓	✓	ارائه خدمات پزشکی و پرستاری
-	✓	✓	✓	کمک در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی
-	✓	✓	✓	مناسب سازی و بازسازی منازل مسکونی سالمندان
-	✓	✓	✓	مطابق با استانداردها
-	✓	✓	✓	خدمات خانه داری

مسکونی افراد سالمند از ابتدای احداث و واگذاری این منازل و مجتمع‌های مسکونی صورت می‌گیرد. لذا این امر از ابتدا به عهده شهرداری‌ها و سازمان‌های ساخت منازل مسکونی است.

در ایران برنامه مراقبت در منزل توسط بخش خصوصی صورت می‌گیرد که مجوز آن‌ها از سوی سازمان بهزیستی صادر می‌شود. تیم گروهی متشکل از پزشک، پرستار، فیزیوتراپ، کاردرمان‌گر و مددکار می‌باشد. تیم مذکور به منازل سالمندان نیازمند مراجعه کرده و ضمن بررسی نیازهای آنان، معاینات اولیه را در منزل انجام داده و بر اساس مشاهدات، تشخیص برنامه خدمات آتی را طرح‌ریزی می‌کنند. متأسفانه برنامه مراقبت در منزل سالمندان در ایران به صورت جامع و بر اساس استانداردها انجام نمی‌شود و همچنین در برگیرنده کلیه سالمندان نیازمند مراقبت نمی‌باشد [۱۲].

علاوه بر این، بسته خدماتی فعلی برنامه مراقبت در منزل سازمان بهزیستی نه تنها شامل خدمات حمایتی (انجام امور منزل، بازسازی و مناسب سازی) نمی‌باشد بلکه حتی مراقبت‌های فردی در سطح مراقبت‌های پایه را نیز ارائه نمی‌کند.

ارائه خدمات درمانی مراقبت در منزل می‌تواند روش مؤثری به ویژه در درمان سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن باشد. مزایای انجام مراقبت تیمی در منزل شامل صرفه‌جویی در هزینه‌ها، استفاده بهینه از کارکنان

نتایج بررسی سایر کشورها در نگره‌داری از سالمندان نشان می‌دهند که در کشور نیوزیلند اکثر سالمندان در منازل شخصی زندگی می‌کنند و از هر ۱۰ نفر، تنها ۱ نفر منزل شخصی دارد و فقط ۲/۵٪ سالمندان در منازل مسکونی بازنشستگان و ۲/۸٪ در آسایشگاه‌ها به سر می‌برند. سازمان‌های رفاهی و مذهبی نیوزیلند، مکان‌هایی را برای اسکان سالمندان در اختیار دارند و به آنان خدمات لازم را ارائه می‌دهند. در کشور کویت واحدهای ساختمانی مناسب برای زندگی اعضای خانواده با والدین سالمندشان ساخته شده تا سالمند مجبور به زندگی در آسایشگاه نگردد. در کشور سوئد واحدهای آپارتمانی به شکل بلوک‌های مختلط (خانه‌ها و آپارتمان‌ها) ساخته شده که به سالمندان مستمری بگیر و بازنشستگان کرایه داده می‌شود. در کشور هلند علاوه بر برنامه مستمری‌های سالمندی، مقرراتی برای زندگی سالمندان مانند احداث خانه‌های ایمن و مناسب و تخفیف در اجاره منزل برای افراد سالمند وضع شده است [۴].

در آمریکا و کانادا برنامه مراقبت در منزل شامل خدمات درمانی توسط پزشک و پرستار [۲۱، ۲۳] و خدمات کمکی و حمایتی می‌باشد [۱۳، ۲۰، ۲۳]. در ژاپن نیز خدمات مراقبت در منزل شامل مراقبت‌های درمانی توسط کادر پزشکی و پرستاری و همچنین خدمات کمکی در منزل است [۱۸]. لازم به ذکر است که در برنامه کشور ژاپن برنامه‌های مناسب‌سازی منازل مسکونی به صورت برنامه‌ای مدون یافت نشد، زیرا به نظر می‌رسد استانداردهای منازل

برای سالمندان آسیب‌پذیر یا تحت مراقبت‌های حاد هزینه‌های بیشتری از دیگران پرداخت نمی‌گردد، که این امر کیفیت خدمات و مراقبت در منزل در کشور ایران را به چالشی اساسی روبرو کرده‌است. از طرفی نداشتن مبنای استاندارد مناسب در نحوه و میزان پرداخت هزینه‌های مراقبت در منزل، گسترش کمی مراکز مراقبت در منزل را نیز دچار چالش کرده است.

با توجه به اینکه خدمات و مراقبت در منزل نقش قابل توجهی در پیشگیری از تعداد بستری‌های مجدد سالمندان در بیمارستان دارد و به حفظ استقلال و افزایش کیفیت زندگی سالمندان کمک می‌نماید، به نظر می‌رسد که لازم است در ایران نیز این خدمات و مراقبت‌ها برای بهبود وضعیت سلامت سالمندان گسترش و ارتقاء یابد.

### نتیجه‌گیری

طبق این مطالعه مروری، ادغام به یکپارچه‌سازی خدمات سالمندی بسیار ضروری به نظر می‌رسد. برنامه خدمات و مراقبت‌های سالمندی نقش بسیار مهمی را در سلامت سالمندان کشور ایفا می‌کند، زیرا قادر است خدمات حمایتی ضروری را به سالمندانی که قادر به استفاده از خدمات مراکز نگهداری نیستند، ارائه نماید. بررسی‌ها نشان داده است که برنامه مراقبت در منزل تنها شامل مراقبت‌های پزشکی نمی‌باشد، بلکه این برنامه می‌تواند با ارائه خدمات حمایتی به حفظ کیفیت زندگی افراد سالمند، کمک نماید [۲۴،۲۵]. این امر در حالی است که برخی از خدمات مانند انجام امور خانه‌داری یا مناسب‌سازی منازل، هیچ‌گونه شباهتی به خدمات پرستاری ندارند در حالی که می‌توانند در حفظ عملکرد و در نهایت سلامت سالمندان تأثیر به‌سزایی داشته باشند [۲۸،۲۹].

### سیاسگزاری

نویسندگان مقاله از کارکنان محترم سازمان بهزیستی کشور جهت در اختیار گذاشتن منابع و اطلاعات موجود در تدوین این نوشتار کمال تشکر و قدردانی را دارند.

متخصص، تقسیم کار و در نهایت کارکرد مناسب سیستم ارجاع و مشاوره تیمی خواهد بود.

مطالعه سیستم خدمات سالمندان آمریکا نشان داده است که سالمندانی که بعد از ترخیص از بیمارستان خدمات مراقبت در منزل دریافت کرده بودند در طی ۹۰ روز بعد از ترخیص، ۵۶ درصد کم‌تر از سالمندانی که این خدمات را دریافت نکرده بودند، مجدداً در بیمارستان بستری شدند. این مسئله باعث تحمیل هزینه کمتری به سیستم مراقبت‌های بهداشتی درمانی، سازمان‌های بیمه‌گر و در نهایت فرد سالمند و خانواده‌اش تحمیل خواهد کرد که باعث افزایش کیفیت زندگی در سالمندان و رشد شاخص سلامت و توسعه در کشورها می‌شود [۲۶].

یکی از مفاهیم اصلی برنامه مراقبت سالمندان نگاه چند بعدی و جامع به مسائل سالمندان است (از جمله ابعاد اقتصادی، اجتماعی، روانی، بهداشتی و درمانی). نگاه صرف درمانی یا پزشکی به پدیده سالمندی در برگیرنده تمام ابعاد و نیازهای سالمندان از جمله ابعاد اجتماعی و رفتاری نمی‌باشد [۲۸]. از سوی دیگر با توجه به شیوع بالای ابتلا به بالای ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای همراه (Comorbidity) و بیماری‌های مزمن در سالمندان، تمرکز برنامه مراقبت در منزل بایستی بیشتر بر خدماتی باشد که سالمندان دچار مشکلات مزمن و نه حاد به آن‌ها نیاز دارند [۲۷].

نتایج مطالعات نشان داده است که در کشورهای توسعه‌یافته برنامه مراقبت در منزل جهت بهبود کیفیت زندگی سالمندان ارائه می‌گردد. در ارتباط با نحوه پرداخت هزینه‌های ویزیت تیم ارزیابی و مراقبت در منزل در کشور ژاپن هزینه این خدمات از مالیات کشوری و شهرداری و همچنین کسر از حقوق بازنشستگی تأمین می‌گردد. در حالی که در آمریکا پرداخت این هزینه‌ها از طریق سیستم بیمه‌ای Medicaid و Medicare می‌باشد که مشابه آن در کشور ما بیمه پایه و تکمیلی است. ولی در ایران این برنامه فقط شامل خدمات پرستاری و ویزیت در منزل تا سقف پرداخت مقداری معین از سوی سازمان بهزیستی (حداکثر ۹۰۰۰۰۰ ریال) به‌عنوان یارانه به مراکز نگهداری خصوصی یا خیریه (کهریزک) می‌باشد و در صورت نیاز

## ماخذ

۱. علیزاده، مهتاب؛ حسینی، مصطفی؛ شجاعی زاده، داود؛ رحیمی، اعظم دخت؛ آرشین چی، معصومه؛ روحانی، حسین؛ وضعیت اضطراب و افسردگی و احساس خوب بودن روانی، در سالمندان شهری منطقه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تهران. *مجله سالمندی ایران* ۱۳۹۱؛ دوره ۷ (شماره ۲۶): ۶۶-۷۳
۲. علیزاده، مهتاب. *راهنمای اصلاح طراحی خانه برای سالمندان و معلولان*: موسسه نشر شهر؛ ۱۳۹۰.
۳. توکلی، محمود. طرح توانمند سازی سالمندان در شبکه بهزیستی شهری. تهران: معاونت امور توانبخشی و بهزیستی کشور دفتر امور سالمندان؛ ۱۳۸۴؛ ۱۱-۱.
4. Home care service of NSW (1996). *Service policy guidelines structure. New South Wales, Australia*
۵. علیزاده، مهتاب؛ متیوس، مارک؛ حسین، سیده زکیا. ارزیابی میزان بکارگیری خدمات و مراقبت های سالمندی و پزشکی براساس شاخص های سلامت جسمانی. *فصلنامه بیمارستان* ۱۳۹۰؛ سال ۱۰ (شماره ۱): ۳۴-۲۹
6. Alexander G.L, Rantz M, Skubic M, Koopman RJ, Phillips L, Guevara R, et al *Evolution of an early illness warning system to monitor frail elders in independent living. Journal of healthcare engineering*, 2011. 2(3): 337-364.
۷. قائمی، علی. *خانواده و مسائل سالمندان*. تهران: چاپ کلینی. تابستان ۷۶.
8. Ebersole P, Hess P, Luggen A, *Toward healthy aging human needs & nursing responses*. (3<sup>rd</sup> ed) 1990.
۹. سند ملی برنامه راهبردی سالمندان کشور. شورای ملی سالمندان.  
[http://nce.behzisti.net/news/CNews.aspx?ite\(updated: December 2012\)m=4](http://nce.behzisti.net/news/CNews.aspx?ite(updated: December 2012)m=4)
۱۰. دفتر بهداشت خانواده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (فروردین ۱۳۸۷)، پروژه ۲۷
۱۱. علیزاده، مهتاب؛ فخرزاده، حسین؛ شریفی، فرشاد؛ محمدی آذر، مریم؛ نظری، ندا. تحلیل مروری عملکرد سازمان های متولی در برنامه سالمندی کشور، *مجله دیابت و متابولیسم ایران* ۱۳۹۲. دوره ۱۳ (شماره ۱): ۸۱-۷۴.
12. Snider T, *Development and examination of a caregiver education program*. Simon Fraser University, 2004,.
13. *Michigan office of services to the aging, Operating Standards For Service Programs*. USA.  
<http://www.michigan.gov/documents/> (updated JAN 2008).
14. intensive & training dervices program. Michigan works, calhoun intermediate school district, USA. <http://www.calhounisd.org> (access: JAN 2013)
15. *Aged & Community Services. Respite: National policy position. Australia, 2004.*
16. *Home care service. Standard client contribution fact sheer. HCS, NSW, Australia, 2008.*
17. *senior info, a collaborative online resource, canada,*  
<http://www.seniorsinfo.ca/en/categories/631>. (access: JAN 2012).
18. *Long-Term Care, Health and Welfare Services for the Elderly, japan ministry of health, labar and welfare.* <http://www.mhlw.go.jp/english>. (access: 18 December 2012).
19. Arai H, Geriatrics in the most aged country, Japan. *Gerontology and Geriatrics* 2009; 49: 51-52.
20. *Canadian geriatrics society, dedicated to the health of older canadians.*  
<http://www.canadiangeriatrics.ca/default/index.cfm/resources> (access: 1 JAN 2012).
21. Fries, B; Shugarman, L; Morris, J; Simon, S; James, M. A sreening system for michigan's home-and community- based Long-Term Care programs. *The Gerontologist journal* 2002; 42(4): 462-474.
22. *Health Care in Canada, 2011: A Focus on Seniors and Aging*, Canadian Institute for Health Information. <http://secure.cihi.ca> (access 20 December 2012)..
23. Hamill M, Young V, Boger J, Mihailidis A, Development of an automated speech recognition interface for personal emergency response systems. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation* 2009; 6(26): 1-4.
24. Chappell N. *Homecare for an aging society: Why it's needed; how it can be effective. canada research chair in sochial gerontology.* <http://www.sfu.ca>. (access: 10 December 2012)
25. Jorm L, Walter S, Lujic S, Byles J, Kending H., Home and community care services: a major opportunity for preventive health care, *Journal of BMC Geriatrics* 2010; 10(26): 2-9.
26. Cress. C, *Handbook of geriatric care mangement* 3<sup>rd</sup> edition. Jones & Bartlett Learning Co 2012.
27. Fisher E.S., Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL., The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1:

- the content, quality, and accessibility of care. *Annals of internal medicine* 2003; 138(4): 273-287.
28. Department of Health and Ageing. Information about community and residential care services in Australia. Australian Government. 2004.
29. Department of Health and Ageing. Home and community care (HACC). 2004. Australian Government.

## COMPARATIVE STUDY OF HOME CARE PROGRAM IN IRAN WITH OTHER DEVELOPED COUNTRIES

Reza Safdari<sup>1</sup>, Mahtab Alizadeh<sup>2</sup>, Maryam Mohamadiazar<sup>\*3</sup>, Farshad Sharifi<sup>2</sup>, Hossein Fakhrzadeh<sup>2</sup>

1. *Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
2. *Elderly Health Research Center, Endocrinology and Metabolism Population Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
3. *Health Information Management, School of Allied Health Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Iran*

### ABSTRACT

**Background:** Reducing in mortality rate due to improved health status in recent years has led to an increased number of elderly people in the world. Therefore, this study aimed to determine the structure of the home care plane in developed countries to provide practical implementations for Iran. This paper is based on valid studies, library and internet searches in databases like science directly, Springer, Proquest, and advanced search in Google to review the literature on the home care programs in developed countries.

**Results:** Documents showed that developed countries have established the aimed, needs, priorities programming of the elderly home care plan. Those groups of countries have designed the home care services to care of older people in their homes respect to maintained of their function and ability as independent individuals.

**Conclusion:** The investigations have been shown that community-based services and home care programs that is not considered as a medical service component, could be eliminated the support needs, and helped the elderly people to live independently and continue their life with quality. Considering the significant role of home services in the prevention of hospital readmission in elderly and to maintain of independency rate and also increasing the quality of life in elderly people, is a necessary issue in Iran that makes to improve on the quality of life in Iranian seniors.

**Keywords:** Elderly, Home care, Developed countries, Iran

---

\*Floor 4<sup>th</sup>, Block 4, Nejatollahi Street, Enghelab Avenue, Tehran, Iran, Post code: 1599666615, Telfax: +98(21)88808082, Email: m.azarmohamadi@yahoo.com