بررسی و تحلیل وضعیت توزیع خدمات مورد نیاز در بین سالمندان گیرنده خدمت درمانی در منزل

فاروق نعمانی[۱]، احمد فیاض بخش[۲]، زهرا سهرابی[۳]، مراد اسماعیل زالی[۱*]

۱. جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

نشریه پایش

سال هجدهم، شماره ششم، آذر ـ دی ۱۳۹۸ صص ۵۲۵-۵۱۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۹/۲۴

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۰ دی ۹۸]

چکیده

مقدمه: بخش عظیمی از خدمات درمانی در منزل توسط سالمندان دریافت می‌شوند؛ لذا چگونگی سازماندهی ارائه خدمات درمانی در منزل و شناسایی خدمات مورد نیاز به منظور مدیریت و کنترل منابع، دارای اهمیت ویژه‌ای است. مطالعه حاضر با هدف بررسی و تحلیل چگونگی توزیع خدمات درمان در منزل طراحی و اجرا شد

مواد و روش کار: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی (مقطعی)، جامعه پژوهش شامل سالمندان دریافت کننده خدمات درمانی در منزل از مرکز "دم" در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ بودند. حجم نمونه براساس مشخص بودن حجم جامعه پژوهش (n=۱۰۰۰) با استفاده از فرمول کوکران ۲۷۸ نفر تعیین گردید. ابزار جمع آوری داده‌ها در این مطالعه، کاربرگ نظام‌مندِ خودساخته توسط پژوهشگر بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS.19 انجام شد.

یافته ها: شرکت کنندگان در مطالعه حاضر با میانگین سنی ۸۱±۲/۵، ۵۹/۴ ٪ زن و ۶۵/۲ ٪ متاهل بودند. از نظر تحصیلات افراد غیردانشگاهی با ۶۵/۰٪ بیشترین فراوانی را داشتند. نتایج نشان داد که بیشترین و کمترین خدمت موردنیاز سالمندان به ترتیب خدمت پرستاری (۵۵/۴٪) و خدمات تصویربرداری (۱/۰٪) بود. خدمات پزشکی فقط با سن و وضعیت تاهل و خدمات غیرپزشکی(فیزیوتراپی، پرستاری، آزمایشگاه) با جنسیت، سن، وضعیت تاهل و تحصیلات ارتباط آماری معنادار داشت (p≤۰/۰۵).

بحث و نتیجه گیری: این سؤال که چه خدمات درمانی می تواند برای سالمندان در منزل ارائه شود یک چالش مهم برای سیاست‌گذاران است. نتایج ما نشان داد که سالمندان اغلب خدمات درمانی را دریافت می‌کنند. همچنین در استفاده از خدمات درمانی در منزل سن، جنسیت و سایر عوامل دموگرافیکی تاثیرگذار می‌باشند. مطالعات بیشتر می‌تواند عوامل مؤثر در استفاده از خدمات درمانی در منزل را توضیح دهد. علاوه‌براین لازم است متولیان امر سلامت با درک رشد جمعیت سالمندان در کشور و نیازمندی‌های آنان در سال‌های آتی، برنامه ریزی و اقدامات مقتضی شرایط مذکور را فراهم نمایند.

کلیدواژه: سالمندان، خدمات درمانی، درمان در منزل

* نویسنده پاسخگو: تهران، جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

E-mail: zali.m@razi.tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-22]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.3.4]

مقدمه

بهبود شرایط زندگی، افزایش طول عمر و امید به زندگی در جوامع، پدیده سالمندی را به دنبال داشته[۱]؛ و آن را به یکی از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست و یکم تبدیل کرده است[۲]. با توجه به پیشرفت‌های پزشکی در نیمهٔ دوم قرن بیستم پیش‌بینی می‌شود که تعداد سالمندان از ۶۵۰ میلیون نفر در سال ۲۰۰۶ به دو میلیارد نفر تا سال ۲۰۵۰ برسد[۳]. همچنین بیش از دو سوم جمعیت سالمند، در کشورهای درحال توسعه، به ویژه آسیای شرقی بوده و تا سال۲۰۲۵ افزایش بیش از ۳۰۰ درصد جمعیت سالمند در این کشورها انتظار می‌رود[۴]. شواهد نشان می دهند که در سی سال اخیر جمعیت سالمندان ایران دو برابر افزایش‌یافته و در حال حاضر جمعیت افراد ۶۰ سال به بالا ۷/۸٪ جمعیت کل کشور را تشکیل می‌دهند[۵]. پیش‌بینی می شود جمعیت سالمندان ایران در سال ۲۰۲۵ به ۱۱/۳٪ و در سال ۲۰۵۰ به ۳۱٪ کل جمعیت کشور برسد[۶]. شایان ذکر است که با افزایش سالمندان مسئله‌ی بهداشت، سلامت، تامین آسایش و رفاه آنان در جامعه هرروز ابعاد تازه و گسترده‌ای پیدا خواهد کرد و بنا به آمار بدون شک به یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی آینده جوامع تبدیل خواهد شد[۷]. در ایران افزایش رشد تعداد سالمندان از یک‌سو و هزینه‌های مرتبط با امور درمانی آنان از سوی دیگر، به‌عنوان چالشی موردتوجه، پیش روی سیستم بهداشتی قرارگرفته است[۸]. بر اساس یکی از مطالعات، سالمندان (گروه سنی بالای ۶۰ سال) با وجود تخصیص ۳۱ درصد از مراجعات بستری را تشکیل می‌دادند، ۳۷ درصد از هزینه را به خود اختصاص داده بودند که مؤید هزینه‌های نسبتاً زیاد این گروه سنی می‌باشد. به عبارتی دیگر، میانگین هزینه هر بار بستری در گروه سنی بالای ۶۰ سال بیش از مقدار میانگین کل بوده است[۹].

سالمندان در معرض تهدیداتی مانند ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی و انزوا و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی قرار می‌گیرند و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی ایجاد شده در موارد زیادی استقلال عملکردی‌شان را از دست می‌دهند[۱۰]. مطالعات پیشین نشان می‌دهد که ۸۰٪ سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا هستند که آنها را بیش از سایرین در معرض خطر ناتوانی و مرگ قرار می‌دهد[۱۱]. بررسی های انجام‌شده نشان می‌دهند که ۶۰٪ از هزینه های مراقبت‌های بهداشتی، ۳۵٪ از ترخیص های بیمارستانی و ۴۷٪ از روزهای بستری در بیمارستان به سالمندان اختصاص یافته اند[۱۲]. در بیشتر کشورها تامین نیازهای مراقبتی سالمندان مسئولیت مشترک سیستم‌های رسمی و غیررسمی است. خدمات مراقبتی در این کشورها، بر اساس برنامه‌های مدون ملی در سطوح مختلف مانند خدمات بیمارستانی، کلینیکی، بالینی و خدمات درمانی در منزل ارائه می‌شوند[۱۳]. در کشور ما نیز با بروز تغییرات اجتماعی و دگرگونی‌های سنتی مانند هسته‌ای شدن خانواده‌ها، کوچک شدن منازل، نیازمندی‌های مراقبتی از سالمندان نیز دستخوش تغییر گشته است[۱۴]. این تغییرات جمعیتی با افزایش شیوع بیماری‌های مزمن در سالمندان، افزایش هزینه‌های درمانی آن‌ها را نیز بدنبال خواهد داشت[۱۵]. براین اساس مراقبت های بهداشتی-درمانی سالمندان به دلیل رشد جمعیت سالمندی و تغییر الگوی بیماری‌ها و به تبع آن چگونگی و نحوه ارائه خدمات برای گروه سالمندان جامعه از اهمیت بالایی برخوردار هستند. بررسی ها نشان می‌دهد در ایران ، ۱۵٪ از مراجعان به مطب پزشکان متخصص، ۳۴٪ از معالجات سرپایی در بیمارستان ها و ۸۹٪ از تخت‌های موسسات و سراهای نگاهداری را افراد بالای ۶۵ سال به خود اختصاص می‌دهند و به طور کلی ۶۰٪ از هزینه مراقبت‌های پزشکی توسط مصرف این گروه سنی می‌شود[۱۶]. لذا این بخش از جمعیت می‌تواند بار مالی سنگینی را بر افراد، خانواده‌های آنان و سیستم خدمات بهداشتی و درمان جامعه و همچنین بیمه‌ها تحمیل کند[۱۷]. لذا می توان اذعان داشت که با توجه به افزایش تعداد سالمندان از یک سو و تغییر در الگوی بیماری ها و روش های نوین ارائه خدمات از سوی دیگر، ضرورت مداخله اثربخش مدیران و سیاستگذاران جهت ارتقای سطح سلامت و رفاه سالمندان دو چندان شده است[۱۸،۱۹]. بنابراین ارائه و به‌کارگیری راهکارهای مناسب برای کاهش بار بیماری‌های افراد سالمند در خانواده و ارتفای رفاه و کیفیت زندگی ایشان، مورد توجه سازمان‌های مختلف بهداشتی و رفاهی قرارگرفته است. از طرف دیگر تحقیقات نشان می دهند که هزینه‌های بالای بیمارستان، معطلی و بوروکراسی اداری، عدم آرامش در بخش‌ها، عدم تسریع در انجام امورات پذیرش و ترخیص از علل اصلی نارضایتی بیماران هستند که برطرف کردن بخش زیادی از این نارضایتی‌ها با استفاده از سیستم‌های جدید مراقبتی نظیر مراقبت در منزل و یا مراقبت از راه دور که بسیاری از این مشکلات را رفع می کند قابل حل است؛ به گونه‌ای شواهد نشان می‌دهند که استفاده از خدمات مراقبت در منزل توانسته است با کاهش هزینه‌ها، سهولت استفاده و ترخیص سریع‌تر بیمار از بیمارستان، موجبات کاهش عوارض ناشی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-22]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.3.4]

از عفونت‌های بیمارستانی و افزایش رضایت مددجویان و خانواده‌های ایشان را فراهم آورد[۲۰]. مراقبت در منزل به‌عنوان یکی از روش‌های مراقبت مبتنی بر جامعه، یکی از اشکال کلیدی مراقبت سلامت شناخته‌شده است و در مدیریت منابع محدود، نقش مهمی ایفا می‌کند[۲۱]؛ به گونه‌ای که در طی دو دهه گذشته، در کشورهای توسعه یافته، تعداد بیماران دریافت کننده خدمات بهداشتی و درمانی در منزل افزایش چشمگیری داشته است[۲۲] و مطالعات نشان می‌دهند که تعداد افراد استفاده‌کننده از خدمات مراقبت در منزل به‌طور روزافزونی در حال افزایش است[۲۳].

خدمات مراقبت در منزل همه‌ی انواع خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی قابل ارائه در محل زندگی بیمار را دربرمی‌گیرد[۲۴]؛ به‌طوری‌که این شیوه از ارائه خدمت می‌تواند در مواردی به‌عنوان جایگزینی شایسته برای برخی از خدمات بیمارستانی محسوب شود و علاوه بر کاهش ۲۰-۳۰ درصدی هزینه های درمانی بیمار، موجب بازگشت سریع‌تر افراد به زندگی عادی خود شود[۲۵]. فلاحی در سال ۱۳۸۶ با هدف تعیین تأثیر خدمات روان پرستاری مراقبت در منزل بر وضعیت روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پس از ترخیص بیماران از بیمارستان روان‌پزشکی رازی نشان داد که وضعیت روانی مددجویانی که خدمات مراقبت در منزل دریافت می‌کردند به‌طور معنی‌دار بهتر از گروهی بود که این مراقبت‌ها را دریافت نکرده بودند[۲۶]. یافته های مطالعه براتی و همکاران نشان داد که مراقبت در منزل، رضایت بیمار و خانواده را افزایش داده و منجر به افزایش کیفیت خدمات ارائه شده و نیز کاهش خطاهای پزشکی و عوارض ناشی از فرایندهای بیمارستانی می‌شود[۲۷].

اگرچه در ایران مشکلات مربوط به مراقبت و درمان سالمندان به دلیل ساختار جمعیت کنونی هنوز به‌طور حاد خود را نشان نداده اند، اما در آینده نزدیک چالش‌های ذکرشده در یافته‌های مطالعات پیشین از یک‌سو و افزایش انتظارات افراد برای بهبود رفاه و کیفیت زندگی سالمندان از سوی دیگر موضوعات هستند که به‌طورجدی سیستم‌های بهداشتی کشور را با مسائل عدیده روبرو خواهد ساخت. لذا محققین با طراحی این مطالعه در نظر داشتند با توجه به کمبود اطلاعات پیرامون نوع خدمات مورد نیاز و دریافت شده توسط سالمندان گیرنده خدمت از مراکز درمان در منزل در ایران، به بررسی الگوی توزیع خدمات درمان در منزل در یکی از مراکز اصلی ارائه دهنده این نوع خدمات در شهر تهران بپردازند.

مواد و روش کار

در این مطالعه توصیفی- تحلیلی (توصیفی)، جامعه پژوهش شامل سالمندان دریافت کننده خدمات درمانی در منزل از مرکز درمان در منزل جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران(دم) در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ بودند. در این مطالعه محققان با استفاده از کاربرگ نظام‌مندِ پژوهشگر ساخته جمع‌آوری اطلاعات، به عنوان ابزار جمع آوری اطلاعات پژوهش، داده‌های مربوط به متغیر های مطالعه را از پرونده های پزشکی موجود در مرکز مذکور استخراج کردند. فرم مذکور شامل موارد زیر جهت استخراج داده ها از پرونده های پزشکی دریافت کنندگان خدمات درمان در منزل بود: شماره پرونده بیمار، سن، جنسیت منطقه سکونت، وضعیت تاهل، تحصیلات، نوع پوشش بیمه ای، نوع خدمات پزشکی دریافتی(به تفکیک نوع ویزیت، تعداد دفعات ویزیت، طول مدت دوره درمان)، توانبخشی(به تفکیک نوع خدمت، طول مدت دریافت خدمت، تعداد دفعات)، پرستاری(به تفکیک نوع خدمت، طول دوره دریافت خدمت، تعداد دفعات)، پاراکلینیکی شامل (آزمایشگاه (نوع و تعداد دفعات) و وسایل کمکی(نوع و طول مدت استفاده))، تعداد دفعات دریافت خدمت.

جامعه مورد بررسی این پژوهش تمام سالمندان بالای ۶۰ سالی بودند که در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ برای دریافت خدمات با مرکز درمانی دم تماس گرفته بودند. با بررسی اطلاعات موجود در مرکز تعداد کل خدمت گیرندگان سالمند بالای ۶۰ سال ۶ در ماهه اول سال ۱۳۹۶ تعداد ۱۰۰۰ نفر بودند. به منظور صرفه جویی در زمان و هزینه، پژوهشگران به صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی و اختصاص کد به پرونده دریافت کنندگان خدمات از جامعه پژوهش نمونه گیری کردند.

تعیین حجم نمونه با استفاده از فورمول کوکران انجام شد. با توجه به مشخص بودن حجم جامعه (n=۱۰۰۰) در مقطع زمانی مورد نظر و از آنجا که اطلاعات مورد اعتماد در زمینه برآورد واریانس جامعه مورد مطالعه وجود نداشت و مطالعه مشابهی تا کنون انجام نشده بود، پژوهشگران ناچارا مقدار مولفه p در فورمول کوکران را ۰/۵ در نظر گرفتند تا بالاترین حجم نمونه را جهت انجام مطالعه داشته باشند. به طور خلاصه مولفه های موجود در فرمول کوکران برای تخمین حجم نمونه در مطالعه حاضر به شرح زیر بودند: حجم جامعه(n): ۱۰۰۰نفر، ضریب اطمینان۹۵٪ (z): ۱/۹۶، مقدار p ۰/۵و دقت نمونه گیری (d): ۵٪. براین اساس حجم نمونه پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها با سطح خطای ۵ درصد با تعدیل حجم نمونه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-22]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.3.4]

برای جوامع کوچک ۲۷۸ نفر تعیین گردید. به این منظور پرونده های پزشکی سالمندان دریافت کننده خدمت دارای معیار ورود به مطالعه به همراه اسامی و شماره تلفن، به طور تصادفی انتخاب و در اختیار پژوهشگران قرار گرفت. همچنین در حین انجام مطالعه چنانچه افراد انتخاب شده به هر دلیلی قادر به پاسخگویی نبوده و یا فوت کرده بودند، افراد دیگر جایگزین آنها می‌شدند. علاوه بر این در استخراج داده ها از پرونده های پزشکی، چنانچه پژوهشگران با نقص اطلاعات پرونده پزشکی روبه رو می شدند با توجه به اینکه مرکز دارای یک اپراتور مرکزی برای پذیرش از طریق تلفن است که دسترسی کامل به شماره تماس بیماران را دارد، پژوهشگران با تماس مجدد با سالمندان به تکمیل داده ها پرداختند. بدین صورت علاوه بر پرونده های پزشکی موجود در مرکز، پژوهشگران برای تکمیل فرم مذکور، از طریق تماس تلفنی اطلاعات مورد نیاز از خود سالمند و یا مراقبان اصلی و خانوادگی وی یا پرستاری که حداقل در ۶ ماه گذشته به طور مداوم از سالمند مراقبت کرده بود، را در یک یا دو نوبت تماس پرسیدند. این امر پس از توضیح کامل شرایط پژوهش و کسب رضایت پاسخ دهندگان صورت پذیرفت. سپس داده‌های گردآوری‌شده در نرم افزار SPSS.19 واردشده و به کمک آمار توصیفی (میانگین، فراوانی، ...) و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بود از: سن بالای ۶۰ سال و تمایل به مشارکت در پژوهش و معیارهای خروج: عدم تمایل به مشارکت در مطالعه و سالمندانی که خود یا مراقبان آنها نتوانند به هر دلیلی به تلفن پاسخ دهند.

یافته‌ها

شرکت کنندگان در این مطالعه، ۱۶۵ نفر(۵۹/۴٪) زن و ۱۱۳ نفر (۴۰/۶٪) مرد بودند، و میانگین سنی و انحراف معیار در بین آنان ۲/۵±۸۱ سال بود. از نظر وضعیت تأهل، ۸ نفر (۲/۹٪) مجرد، ۱۸۲ نفر (۶۵/۲٪) متأهل، ۸۳ نفر (۲۹/۹٪) فوت شده و ۵ نفر (۲/۰٪) جداشده بودند. از نظر تحصیلات، ۵۸ نفر (۲۱/۰٪) بی سواد، ۱۸۱ نفر (۶۵/۰٪) غیردانشگاهی و ۳۹ نفر (۱۴/۰٪) دانشگاهی بودند. به عبارتی می‌توان گفت که در بین ۲۷۸ نفر سالمند گیرنده خدمت از مرکز درمان در منزل دم، زنان با ۵۹/۴٪، متأهلین با ۶۵/۲٪، رده سنی ۸۹-۸۰ سال با ۴۱/۹٪ و غیردانشگاهیان با ۶۵/۰٪ بیشترین تعداد را به خود اختصاص داده‌اند(**جدول ۱**). درخصوص توزیع استفاده از لوازم کمکی ۲۹٪ از سالمندان از هیچ نوع لوازم کمکی استفاده نمی‌کردند؛ و از بین افرادی که از لوازم کمکی استفاده می کردند بیشتر شرکت کنندگان از عصا (۲۳٪) استفاده می کردند؛ و کمترین وسیله کمکی که توسط سالمندان مورد استفاده قرار می‌گرفت، واکر(۴٪) بود (**جدول ۳**). یافته های مطالعه حاضر نشان داد که در تمام رده‌های سنی، بیشترین خدمات مربوط به خدمات واحد پرستاری بوده و رده سنی ۸۹-۸۰ سال بیشترین (۲۱/۶٪) گروه دریافت کننده خدمات پرستاری بودند. همچنین بیشترین خدمات مورد نیاز در بین زنان و مردان به ترتیب مربوط به خدمات واحد پرستاری بود، که برای مردان ۲۴/۸ درصد و برای زنان۳۰/۶ درصد بود سپس ویزیت پزشک عمومی برای مردان ۶/۵ درصد و برای زنان ۱۰/۵ درصد بیشترین خدمات دریافت شده بود (جدول ۴). از نظر دریافت خدمات پرستاری برای مجرد ها۲/۰ درصد، متأهلین ۳۴/۷ درصد، همسر فوت شده‌ها ۱۷/۸ درصد و برای جداشده‌ها ۰/۹ درصد این خدمات را دریافت کردند. بعد از خدمات واحد پرستاری، بیشترین خدمات مورد نیاز برای متأهلان، فیزیوتراپی بود که برابر ۱۱/۵ درصد بود. از نظر تحصیلات نیز همانند بقیه متغیرهای دموگرافیک، بیشترین خدمات مورد نیاز سالمندان گیرنده خدمات درمانی در منزل مربوط به خدمات واحد پرستاری بود. ساکنان همه مناطق تهران بجز مناطق ۹، ۱۸ و ۲۱ که بیشترین خدمات مورد نیاز سالمندان، فیزیوتراپی بود در بقیه مناطق از خدمات پرستاری استفاده کردند. همچنین بیشترین (۱۳٪) سالمندان شرکت کننده در مطالعه، در منطقه ۶ سکونت داشتند. از نظر پوشش حمایتی و بیمه ای، ۴۶/۷ ٪ از شرکت کنندگان در مطالعه فاقد پوشش حمایتی و بیمه‌ای بوده و خدمات را به صورت آزاد دریافت کرده بودند (جدول ۴).

با توجه به اینکه خدمات مورد نیاز سالمندان گیرنده خدمت از مرکز درمان در منزل دم، در دو گروه خدمات پزشکی(شامل: ویزیت پزشک عمومی و ویزیت پزشک متخصص) و غیر پزشکی(شامل: خدمات فیزیوتراپی، پرستاری، تصویربرداری، آزمایشگاه و سایر خدمات) قابل تفکیک می باشند؛ ارتباط هر کدام از این خدمات با متغیرهای دموگرافیک (جنسیت، سن، وضعیت تأهل و تحصیلات) مورد بررسی قرار گرفت. یافته های پژوهش، بین خدمات پزشکی (ویزیت پزشک عمومی و ویزیت پزشک متخصص) که به سالمندان در منزل ارائه شده بود، با سن و وضعیت تاهل سالمندان شرکت کننده در مطالعه ارتباط آماری معناداری مشاهده شد (p-value < ۰/۰۵). همچنین بین خدمات پزشکی با سایر اطلاعات دموگرافیک

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-22]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.3.4]

سالمندان شرکت کننده در مطالعه (جنسیت و تحصیلات) ارتباط آماری معنادار مشاهده نشد (p > ۰/۰۵). (جدول۵) برخلاف خدمات پزشکی، خدمات غیر پزشکی (فیزیوتراپی، پرستاری، آزمایشگاه) که به سالمندان در منزل ارائه شده بود، علاوه بر سن و وضعیت تاهل، با جنسیت و تحصیلات سالمندان شرکت کننده در مطالعه ارتباط آماری معناداری داشت (p<۰/۰۵) (جدول۶).

جدول ۱: توزیع جنسیت، وضعیت تاهل، توزیع سنی و تحصیلات سالمندان دریافت کننده خدمات

	گویه	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۱۶۵	۵۹/۴
	مرد	۱۱۳	۴۰/۶
	جمع	۲۷۸	۱۰۰/۰
وضعیت تاهل	مجرد	۸	۲/۹
	متاهل	۱۸۲	۶۵/۲
	همسر فوت شده	۸۳	۲۹/۹
	جدا شده	۵	۲/۰
	جمع	۲۷۸	۱۰۰/۰
تحصیلات	بی سواد	۵۸	۲۱/۰
	غیر دانشگاهی	۱۸۱	۶۵/۰
	دانشگاهی	۳۹	۱۴/۰
	جمع	۲۷۸	۱۰۰/۰
میانگین سنی و انحراف معیار		۸۱±۲/۵	

جدول ۲: توزیع نوع خدمات مورد نیاز سالمندان گیرنده خدمت از مرکز درمان در منزل دم

نوع خدمت	فراوانی	درصد
فیزیوتراپی	۴۲	**۱۵**
آزمایشگاه	۲۲	**۸**
پرستاری	۱۵۴	**۵۵/۴**
ویزیت پزشک عمومی	۴۷	**۱۷/۰**
ویزیت پزشک متخصص	۶	**۲/۲**
خدمات تصویربرداری	۴	**۱/۰**
سایر	۳	**۱/۴**
کل	۲۷۸	**۱۰۰/۰**

جدول ۳: تعیین نوع وسایل کمکی مورد استفاده و مورد نیاز سالمندان گیرنده خدمت از مرکز درمان در منزل دم

استفاده از لوازم کمکی	فراوانی	درصد	نوع وسیله کمکی	فراوانی	درصد
عدم استفاده	۸۰	۲۹٪			
استفاده	۱۹۸	۷۱٪	عینک	۵۰	**۲۵/۲ ٪**
			سمعک	۳۱	**۱۵/۶ ٪**
			دستگاه اکسیژن	۱۷	**۸/۶ ٪**
			عصا	۶۴	**۳۲/۳ ٪**
			واکر	۱۱	**۵/۵ ٪**
			ویلچر	۲۵	**۱۲/۶ ٪**
کل	۲۷۸	٪ ۱۰۰		۱۹۸	**۱۰۰٪**

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-22]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.3.4]

جدول ۴: فراوانی خدمات مورد نیاز سالمندان شرکت کننده در مطالعه براساس اطلاعات دموگرافیک

	گویه	نوع خدمت						
		فیزیوتراپی	آزمایشگاه	پرستاری	پزشک عمومی	پزشک متخصص	تصویربرداری	سایر
		فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)
سن	۶۰-۶۹	(۰/۷)۲	(۰/۷)۲	(۸/۳)۲۳	(۳) ۸	(۰/۳۳)۱	(۰)۰	(۰)۰
	۷۰-۷۹	(۵/۸)۱۶	(۲/۵)۷	(۱۵/۵)۴۳	(۵)۱۴	(۰/۳۳)۱	(۰/۳)۱	(۰/۳۳)۱
	۸۰-۸۹	(۷/۵)۲۱	(۳/۴)۹	(۲۱/۶)۶۰	(۷/۲)۲۰	(۱)۳	(۰/۷)۲	(۰/۷)۲
	۹۰-۹۹	(۱)۳	(۱/۴)۴	(۱۰)۲۸	(۱/۸)۵	(۰/۳۳)۱	(۰)۰	(۰/۳۳)۱
جمع		(۱۵)۴۲	(۸)۲۲	(۵۵/۴)۱۵۴	(۱۷)۴۷	(۲/۲)۶	(۱)۳	(۱/۴)۴
جنسیت	مرد	(۵/۵)۱۵	(۲/۲)۶	(۲۴/۸)۶۹	(۶/۵)۱۸	(۰/۷)۲	(۰/۳)۱	(۰/۳۳)۱
	زن	(۹/۵)۲۷	(۵/۸)۱۶	(۳۰/۶)۸۵	(۱۰/۵)۲۹	(۱/۵)۴	(۰/۷)۲	(۱)۳
جمع		(۱۵)۴۲	(۸)۲۲	(۵۵/۴)۱۵۴	(۱۷)۴۷	(۲/۲)۶	(۱)۳	(۱/۴)۴
وضعیت تاهل	مجرد	(۰/۳)۱	(۰)۰	(۲)۶	(۰/۷)۲	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰
	متاهل	(۱۱/۵)۳۲	(۵/۵)۱۵	(۳۴/۷)۹۶	(۱۱/۳)۳۱	(۱/۴)۴	(۰/۷)۲	(۰/۷)۲
	همسر فوت شده	(۲/۵)۷	(۲/۲)۶	(۱۷/۸)۴۹	(۵)۱۴	(۰/۸)۲	(۰/۳)۱	(۰/۷)۲
	جدا شده	(۰/۷)۲	(۰/۳)۱	(۰/۹)۳	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰
جمع		(۱۵)۴۲	(۸)۲۲	(۵۵/۴)۱۵۴	(۱۷)۴۷	(۲/۲)۶	(۱)۳	(۱/۴)۴
تحصیلات	بی سواد	(۲/۲)۶	(۱/۴۳)۴	(۱۳)۳۶	(۴)۱۱	(۰/۷۳)۲	(۰)۰	(۰)۰
	غیردانشگاهی	(۹/۴)۲۶	(۵/۵۷)۱۵	(۳۵/۴)۹۹	(۱۱)۳۱	(۱/۴۷)۴	(۱)۳	(۱)۳
	دانشگاهی	(۳/۴)۱۰	(۱/۰)۳	(۷/۰)۱۹	(۲)۵	(۰)۰	(۰)۰	(۱/۳۳)۱
جمع		(۱۵)۴۲	(۸)۲۲	(۵۵/۴)۱۵۴	(۱۷)۴۷	(۲/۲)۶	(۱)۳	(۱/۴)۴
پوشش بیمه ای و حمایتی	آزاد	(۱)۳	(۴/۵)۱۲	(۲۹)۸۱	(۹)۲۵	(۱)۳	(۰/۷)۲	(۰/۷)۲
	بنیاد شهید	(۱۲/۶)۳۵	(۰)۰	(۱۳/۶)۳۸	(۰/۷)۳	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰
	نیروهای مسلح	(۰)۰	(۰)۰	(۲)۵	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰
	صنعت نفت	(۱/۴)۴	(۳/۳)۹	(۱۰/۸)۳۰	(۷)۱۹	(۱)۳	(۰/۳)۱	(۰/۷)۲
	خط زندگی	(۰)۰	(۰/۳)۱	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰
	انجمن MS	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰
جمع		(۱۵)۴۲	(۴/۵)۲۲	(۵۵/۴)۱۵۴	(۱۷)۴۷	(۲/۲)۶	(۱)۳	(۱/۴)۴
موقعیت جغرافیایی	شمال و شمال شرقی	(۴/۲۴)۱۲	(۳/۷)۱۱	(۲۷/۶)۷۶	(۱۰/۷)۲۹	(۲/۲)۶	(۰/۷)۲	(۰/۴)۱
	شمال و شمال غربی	(۳/۱۳)۹	(۲/۴)۷	(۱۲)۳۴	(۴/۵)۱۳	(۰)۰	(۰/۳)۱	(۱)۳
	جنوب و جنوب غربی	(۴/۵)۱۲	(۰/۷)۲	(۵/۷)۱۶	(۰/۷)۲	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰
	جنوب و جنوب شرقی	(۳/۱۳)۹	(۰/۶)۲	(۱۰/۱)۲۸	(۱)۳	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰
جمع		(۱۵)۴۲	(۴/۵)۲۲	(۵۵/۴)۱۵۴	(۱۷)۴۷	(۲/۲)۶	(۱)۳	(۱/۴)۴

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-22]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.3.4]

جدول ۵: بررسی وضعیت ارتباط خدمات پزشکی مورد نیاز سالمندان مورد مطالعه با ویژگی های دموگرافیک

گویه		آیا سالمند به خدمات نیاز دارد؟			P-Value
		بله	خیر	مجموع	
سن	۶۰-۶۹	(٪۲۲/۲)۸	(٪۷۷/۸)۲۸	(٪۱۰۰)۳۶	<۰/۰۰۱
	۷۰-۷۹	(٪۱۶/۷)۱۴	(٪۸۳/۳)۷۰	(٪۱۰۰)۸۴	
	۸۰-۸۹	(٪۱۷/۲)۲۰	(٪۸۲/۸)۹۶	(٪۱۰۰)۱۱۶	
	۹۰-۹۹	(٪۱۱/۹)۵	(٪۸۸/۱)۳۷	(٪۱۰۰)۴۲	
وضعیت تاهل	مجرد	(٪۱۲/۵)۱	(٪۸۷/۵)۷	(٪۱۰۰)۸	<۰/۰۰۱
	متاهل	(٪۱/۶)۳	(٪۹۸/۴)۱۷۹	(٪۱۰۰)۱۸۲	
	همسر فوت شده	(٪۲/۴)۲	(٪۹۷/۶)۸۱	(٪۱۰۰)۸۳	
	جدا شده	۰	(٪۱۰۰)۵	(٪۱۰۰)۵	

جدول ۶: بررسی وضعیت ارتباط خدمات غیرپزشکی مورد نیاز سالمندان مورد مطالعه با ویژگی های دموگرافیک

		آیا فرد سالمند به خدمت نیاز دارد؟			p-value
		بله	خیر	مجموع	
جنسیت	زن	(٪۲۷)۴۶	(٪۷۳)۱۲۳	(٪ ۱۰۰)۱۶۹	<۰/۰۰۱
	مرد	(٪۳۳)۳۶	(٪۶۷)۷۴	(٪ ۱۰۰)۱۱۰	
سن	۶۰-۶۹	(٪۳۶)۱۳	(٪۶۴)۲۳	(٪ ۱۰۰)۳۶	<۰/۰۰۱
	۷۰-۷۹	(٪۳۶)۳۰	(٪۶۴)۵۴	(٪ ۱۰۰)۸۴	
	۸۰-۸۹	(٪۳۵)۴۱	(٪۶۵)۷۶	(٪ ۱۰۰)۱۱۷	
	۹۰-۹۹	(٪۳۶)۱۶	(٪۶۴)۲۸	(٪ ۱۰۰)۴۴	
وضعیت تاهل	مجرد	(٪۴۴)۴	(٪۵۶)۵	(٪ ۱۰۰)۹	<۰/۰۰۱
	متاهل	(٪۳۶)۶۵	(٪۶۴)۱۱۷	(٪ ۱۰۰)۱۸۲	
	همسر فوت شده	(٪۳۴)۲۸	(٪۶۶)۵۵	(٪ ۱۰۰)۸۳	
	جدا شده	(٪۵۰)۳	(٪۵۰)۳	(٪ ۱۰۰)۶	
تحصیلات	بی سواد	(٪۳۵/۵)۲۱	(٪۶۴/۵)۳۸	(٪ ۱۰۰)۵۹	<۰/۰۰۱
	غیر دانشگاهی	(٪۳۵)۶۳	(٪۶۵)۱۱۸	(٪ ۱۰۰)۱۸۱	
	دانشگاهی	(٪۳۷/۵)۱۵	(٪۶۲/۵)۲۵	(٪ ۱۰۰)۴۰	

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر مجموعه‌ای از اطلاعات منحصر به فرد درباره توزیع و نوع خدمات درمانی و مراقبتی ارائه شده در منزل برای سالمندان در ایران را فراهم آورده و براساس بررسی محققان تا زمان نگارش مقاله، مطالعه مشابه دیگری در این زمینه انجام نشده است. نتایج تحلیل مطالعه حاضر نشان داد که شایع‌ترین خدمت مورد نیاز در بین سالمندان دریافت کننده خدمات درمانی در منزل به ترتیب مربوط به خدمات پرستاری(٪۵۵/۴)، ویزیت پزشک عمومی(٪۱۷/۰) و فیزیوتراپی(٪۱۵/۰) قرار داشته‌اند. همچنین کمترین خدمت مورد نیاز سالمندان، مربوط به خدمات تصویربرداری (٪۱/۰) بوده است. براساس تحلیل‌های انجام گرفته در مطالعه حاضر، رابطه بین نوع خدمات ارائه شده در منزل و متغیرهای جمعیت‌شناختی افراد دریافت کننده خدمات مورد بررسی قرار گرفت. بر همین اساس بین جنسیت با نوع خدمات غیرپزشکی(پرستاری و تشخیصی) مورد نیاز سالمندان ارتباط معنادار مشاهده شد؛ به گونه ای که زنان بیشتر از مردان این خدمات را دریافت کرده بودند. در واقع این یافته مطابق یافته مطالعه Zielinski و همکاران در سوئد[۲۸] و مطالعه Forbes و همکاران[۲۹] است که بیان کرده اند زنان بیشتر از مردان از خدمات درمانی مراقبتی در منزل استفاده می کنند. همچنین مطالعه برهانی نژاد و همکاران در ایران نیز نشان داد که زنان سالمند بیش از مردان سالمند خدمات درمانی را دریافت کرده‌اند[۳۰]. علاوه براین نتایج مطالعات دیگری نیز نشان داده‌اند که زنان بیشتر از مردان از خدمات درمانی و مراقبتی استفاده می-کنند [۳۳-۳۱]. این تفاوت می تواند ناشی از این باشد که زنان سالمند بیشتر از مردان به وضعیت سلامتی خود اهمیت داده و بر روی آن حساس هستند. علاوه براین براساس یافته های مطالعه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-22]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.3.4]

حاضر، زنانی که از خدمات درمانی و مراقبتی غیرپزشکی (پرستاری و تشخیصی) در منزل استفاده کرده بودند، فقط ۲۷ درصد کل زنان مورد مطالعه را شامل می‌شدند؛ که بیانگر پایین بودن درصد زنانی است که از خدمات درمانی و مراقبتی غیرپزشکی (پرستاری و تشخیصی) در منزل استفاده می کنند. این موضوع در بین مردان مورد مطالعه نیز به همین شکل بوده است (۳۳ درصد از کل مردان مورد مطالعه). لذا از این منظر متوسط تعداد افرادی که از خدمات درمانی و مراقبتی غیرپزشکی (پرستاری و تشخیصی) در منزل استفاده کرده اند کمتر از افرادی بوده است که از این خدمات استفاده نکرده اند. عواملی مانند عدم آگاهی از وجود خدمات درمانی غیرپزشکی(پرستاری و تشخیصی) درمنزل، محدودیت در دسترسی به ارائه دهندگان این خدمات و عدم توان مالی برای دریافت این خدمات، می توانند بر پایین بودن میزان استفاده از خدمات غیرپزشکی (پرستاری و تشخیصی) موثر باشند[۳۴].

همچنین براساس یافته های مطالعه حاضر بین دریافت خدمات پزشکی و غیر پزشکی با سن رابطه معنادار وجود دارد، که در مطالعه Zielinski و همکاران در سوئد[۲۸] نیز بین سن و خدمات ارائه شده در منزل رابطه معنادار مشاهده شد که با یافته های این مطالعه همخوانی دارد. علاوه‌براین در مطالعه حاضر گروه سنی ۸۹-۸۰ سال بیشتر از سایر گروه‌ها، خدمات درمانی و مراقبتی در منزل دریافت کرده بودند. این تفاوت می تواند ناشی از فراوانی بالای (۴۱/۹٪) گروه سنی مذکور نسبت به گروه های سنی بالاتر از ۸۹ سال باشد و یا اینکه گروه‌های سنی پایین تر از ۸۰ سال ممکن است وضعیت حرکتی مناسب‌تری داشته و تمایلی به دریافت خدمات درمان در منزل نداشته باشند. موضوع اختلاف بین تعداد افراد دریافت کننده خدمات درمانی و مراقبتی در منزل با افرادی که این خدمات را دریافت نکرده اند، در درون گروه های سنی نیز قابل مشاهده است؛ به گونه‌ای که به طور متوسط فقط ۱۷ درصد از افراد درون هر گروه سنی از خدمات پزشکی و ۳۵/۷۵ درصد از خدمات غیرپزشکی (پرستاری و تشخیصی) در منزل استفاده کرده بودند. در مورد پایین بودن میزان استفاده از خدمات درمانی و مراقبتی در منزل در درون گروه های سنی نیز می‌توان عوامل مذکور فوق را متصور شد. همچنین در مطالعه حاضر بین تحصیلات و نوع خدمات غیر پزشکی مورد نیاز سالمندان ارتباط معنادار مشاهده شد به گونه ای که افراد بی سواد و بدون تحصیلات دانشگاهی بیشتر از افراد دارای تحصیلات دانشگاهی خدمات مذکور را دریافت کرده‌اند. در این ارتباط می توان گفت که احتمالا سطح تحصیلات پایین‌تر، سواد سلامت پایین‌تر، ابتلای بیشتر به بیماری‌ها و نیاز به دریافت خدمات درمانی را در پی دارد. یافته های مطالعه برجی و همکاران(۱۳۹۶) نیز نشان می‌دهد که سواد سلامت با تحصیلات رابطه معنادار داشته است[۳۵]؛ که به نوعی مؤید پایین بودن سطح سلامت در بین افراد با سطح تحصیلات پایین است. همچنین یافته‌های مطالعه Francisco نشان می دهد که بین سواد سلامت با دریافت انواع مراقبت های بهداشتی و پیامدهای سلامتی مانند بستری در بیمارستان، استفاده از خدمات پیشگیری و مرگ و میر ارتباط معنادار وجود داشته است[۳۶]. در رابطه با میزان استفاده از خدمات درمانی و مراقبتی در منزل در بین افراد با شرایط تحصیلاتی متفاوت، نتایج نشان می‌دهند که میزان دریافت کنندگان خدمات غیرپزشکی در منزل به ترتیب ۳۵/۵، ۳۵ و ۳۷/۵ درصد برای افراد بی سواد، دارای تحصیلات غیردانشگاهی و دارای تحصیلات دانشگاهی بوده است؛ که باز هم بیانگر پایین بودن میزان بهره‌مندی از خدمات غیرپزشکی در منزل می باشد.

وضعیت تاهل، یکی دیگر از متغیرهای جمعیت شناختی بود که در مطالعه حاضر با دریافت خدمات پزشکی و غیر پزشکی رابطه معنادار داشت؛ و سالمندان متاهل بیشتر از سالمندان غیرمتاهل خدمات درمان در منزل را دریافت کرده بودند؛ که می‌تواند ناشی از وجود حمایت همسر و توجه بیشتر به سلامت در بین متاهلان باشد. علاوه براین شواهد هم نشان می‌دهند که وضعیت سلامت عمومی در بین افراد متاهل به مراتب بیشتر از افراد مجرد است[۳۷]. اما نکته قابل توجه دیگر در مورد میزان استفاده از خدمات درمانی در منزل در بین افراد با شرایط تاهل مختلف، پایین بودن میزان استفاده از این خدمات در بین این افراد است. به گونه ای که فقط ۱۲/۵ درصد از کل مجردها، ۱/۶ درصد از کل متاهلان و ۲/۴ درصد از کل همسر فوت شده ها خدمات درمانی پزشکی در منزل را دریافت کرده بودند و هیچ کدام از افراد جدا شده از همسر خود از این خدمات استفاده نکرده بودند. که باز هم میزان استفاده در بین این افراد بسیار اندک است. البته میزان استفاده از خدمات که این میزان در مقایسه با افرادی که خدمات درمانی پزشکی را دریافت نکرده اند نیز در سطح پایینی بود. البته در مورد دریافت کنندگان خدمات غیرپزشکی (پرستاری و تشخیصی) میزان استفاده از خدمات در بین افراد با شرایط تاهل مختلف نسبتا بهتر بوده است، به گونه ای ۴۴ درصد از افراد مجرد، ۳۶ درصد افراد متاهل، ۳۴ درصد افراد همسر فوت شده

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-22]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.3.4]

و ۵۰ درصد افراد جدا شده از همسر خود از خدمات غیرپزشکی در منزل استفاده کرده اند. از دیگر یافته های مطالعه حاضر استفاده ۷۱ ٪ از سالمندان مورد مطالعه از لوازم کمک حرکتی بود؛ که استفاده از عصا بیشترین فراوانی (۲۳ ٪) و استفاده از واکر کمترین فراوانی (۴ ٪) را داشت. براین اساس یکی از مشکلات شایع دوران سالمندی کاهش توانایی در حرکت کردن است که می‌تواند مشکلاتی مختلفی را به دنبال داشته باشد؛ که نتایج مطالعه Tournier و همکاران و نودهی و همکاران نیز بر شایع بودن اختلالات جسمی‌حرکتی در بین سالمندان اشاره دارند[۳۸،۳۹]. از محدودیت های مطالعه حاضر در نظر نگرفتن ویژگی های دموگرافیکی مانند: وضعیت تابعیت فرد، قومیت و بومی و غیر بومی بودن افراد مورد مطالعه است؛ چرا که شواهد نشان می‌دهد ممکن است مشخصات مذکور بر بهره مندی از خدمات درمانی موثر باشند [۴۰-۴۴].

علاوه براین مطالعات نشان داده اند که علاوه بر دسترسی فیزیکی و اقتصادی، میزان استفاده سالمندان از خدمات و مراقبت های پزشکی به عوامل دیگری مانند وضعیت سلامت روانی بستگی دارد، به طوری که سالمندان با مشکلات روانی به میزان بیشتری از خدمات و مراقبت های پزشکی استفاده می کنند[۴۵،۴۶]. یکی دیگر از عوامل موثر بر تقاضای سالمندان برای خدمات درمانی در منزل می تواند وجود تفاوت های فرهنگی مانند زبان باشد [۴۷-۵۱]؛ که با توجه به هدف مطالعه حاضر، هیچ کدام از موارد مذکور مورد بررسی قرار نگرفته اند؛ لذا پیشنهاد می شود که در مطالعات بعدی مورد بررسی قرار گیرند. بنابراین توجه به نیازها و خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان و به کارگیری روش های نوین ارائه خدمات، توسط مدیران و سیاستگذارن نظام سلامت کشور، می تواند با کاهش هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی سالمندان که در حال حاضر قریب به ۶۰ درصد کلی هزینه‌های مصرف مراقبت پزشکی را به خود اختصاص داده است، همراه باشد. لذا با توجه به یافته های مطالعه حاضر، خدمات مورد نیاز سالمندان دارای طیفی از همه خدمات درمانی با حجم بیشتری نسبت به سایر گروه های سنی است. اگرچه به دلیل ساختار جمعیت کنونی کشور، مشکلات مربوط به مراقبت و درمان سالمندان هنوز به طورجدی خود را نشان نداده است، لیکن در آینده نزدیک به دلیل رشد جمعیت سالمندان، نظام سلامت کشور با مشکلات عدیده‌ای روبرو خواهد شد. لذا لازم است متولیان امر سلامت با درک نیازمندی‌های سالمندان در سال‌های آتی، برنامه ریزی و اقدامات مقتضی شرایط مذکور را فراهم نمایند.

سهم نویسندگان

فاروق نعمانی: طراحی مطالعه و مفهوم سازی، تحلیل، تحقیق و بررسی منابع، نگارش مقاله، ویراستاری و نهایی سازی

احمد فیاض بخش: طراحی مطالعه و مفهوم سازی، نظارت و مدیریت پروژه، ویراستاری و نهایی سازی

مراد اسماعیل زالی: طراحی مطالعه و مفهوم سازی، روش شناسی و ویراستاری و نهایی سازی

زهرا سهرابی: تحلیل، تحقیق و بررسی منابع، نگارش مقاله، ویراستاری و نهایی سازی

تشکر و قدردانی

این مطالعه در قالب طرح تحقیقاتی مصوب با شماره ۹۵-۰۴-۱۵۷-۳۲۳۱۳ و با حمایت معاونت پژوهشی و مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. نویسندگان بر خود لازم می دانند مراتب تشکر صمیمانه خود را از حمایت های مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت به دلیل حمایت مالی و علمی و همچنین از مدیریت و کارکنان مرکز درمان در منزل "دم" جهاد دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران، که ما را در انجام و ارتقای کیفی این پژوهش یاری رساندند، اعلام نمایند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-22]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.3.4]

منابع

1. Kalache A, Aboderin I, Hoskins I. Compression of morbidity and active ageing: key priorities for public health policy in the 21st century. Bulletin of the World Health Organization 2002;80:243-4

2. Barghi Irani Z, Aliakbari Dehkordi M, Bagian Kulahmarz M, The effactivness of cognitive behavior therapy on elderlys sleep and memory state. Journal of Aging Psychology 2015;1:19-30

3. World Health Organization. facts on ageing and the life course 2009 [Avalible at: https://www.who.int/ageing/en/]

4. World Health Organization. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health. World Health Organization: Geneva, Switzerland 2016:1-37

5. Hosseini SR, Moslehi A, Hamidian SM, Taghian SA. The relation between chronic diseases and disability in elderly of Amirkola. Iranian Journal of Ageing 2014;9:80-7

6. Secretariat U. World population prospects: the 2006 revision. PLACE: the Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the UN Secretariat [http://earthtrendswri org/text/population-health/variable-379 html] 2007

7. Yahyavi Dizaj J, Emamgholipour S, Pourreza A, Nommani F, Molemi S. Effect of Aging on Catastrophic Health Expenditure in Iran During the Period 2007-2016. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2018;16:216-27 [in Persian]

8. Mirzaie M, Darabi S. Population aging in Iran and rising health care costs. Iranian Journal of Ageing 2017;12:156-69[in Persian]

9. Alipour V. An analysis of the end of life medical expenditures with TTD approach: two part model and heckman sample selection: PhD thesis]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2016

10. Prakash R, Choudhary SK, Singh US. A study of morbidity pattern among geriatric population in an urban area of Udaipur, Rajasthan. Indian Journal Community Medicine 2004 1;29 :35-40

11. Woo E-k, Han C, Jo SA, Park MK, Kim S, Kim E, et al. Morbidity and related factors among elderly people in South Korea: results from the Ansan Geriatric (AGE) cohort study. BMC Public Health 2007;7:1-10

12. Habibi A, Savadpoor MT ,Molaei B, Samshiri M, Ghorbani M. Survey of physical functioning and prevalence of chronic illnesses among the elderly people. Iranian Journal of Ageing 2009;4:68-78 [in Persian]

13. Alizadeh M, Sharifi F, Mohamadiazar M, Nazari N. Analytical performance of administrations in charge of ageing program in Iran. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism 2013;13:74-81

14. Mohamadi F, Dabaghi F, Yadavar Nikravesh M. Facilitating and Hindering Factors in Family Care Giving Process on Iranian Frail Elderly: Female Caregivers Experiences. Iranian Journal of Ageing 2008 ;2:445-53

15. Son KY, Park SM, Lee J, Kim CY. Difference in adherence to and influencing factors of a healthy lifestyle between middle aged and elderly people in K orea: A multilevel analysis. Geriatrics & Gerontology International 2015;15:778-88

16. vel Szic KS, Declerck K, Vidaković M, Berghe WV. From inflammaging to healthy aging by dietary lifestyle choices: is epigenetics the key to personalized nutrition? Clinical Epigenetics 2015;7:33

17. Ataie Z, Allahverdi A, Dehnoalian A, Orooji A. The Relationship between Lifestyle and General Health among Elderly People in Neyshabur. Iran Journal of Nursing 2018;31:10-9

18. Sh S, Danesh P, Baghery H. The Comparison of Familial Social Capitals With and Without the Elderly. Iranian Journal of Ageing 2018;13:222-35

19. Orang S, Hashemi Razini H, Ramshini M, Orang T. Investigating the Meaning of Life and Psychological Well-being, in Youth, Adults, and Elderly (A Comparative Study of Three Age Groups). Iranian Journal of Ageing 2018 15;13:182-97

20. Nikpuor B, Ayinparast A, Faraji F, Care at home. Teb va Tazkiye 2004;12:39-42 [in Persian]

21. Walker M, Aceng E, Tindyebwa D, An Assessment of Home Based Care Programs in Uganda: Their Strengths and Weaknesses. Harvard Centre for population and Development studies Report, 2003 https://pdfs.semanticscholar.org/070d/8a376f6c4316a359ccd049947588173074a1.pdf

22. Landers S, Madigan E, Leff B, Rosati RJ, McCann BA, Hornbake R, et al. The future of home health care: a strategic framework for optimizing value. Home Health Care Management & Practice 2016;28:262-78

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-22]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.3.4]

23. Coyte PC, McKeever P. Home care in Canada: Passing the buck. Canadian Journal of Nursing Research Archive 2016;33:11-25
24. Zarei A. Development of home care services. Journal of Hospital 2006;5:28-30
25. Fu YY, Chui EWT, Kan WS, Ko L. Improving primary level home and community care services for older people: The case of Hong Kong. International Journal of Social Welfare 2018;27:52-61
26. Fallahi K M, Effectiveness of Psychiatric Nursing Home Care Services for Psychiatric Status in Schizophrenics 2007; 3:77-81
27. Barati A, Janati A, Tourani S, Khalesi N, Gholizadeh M. Iranian Professional's Perception about Advantages of Developing Home Health Care System in Iran . Hakim Health System ResearchJournal 2010; 13 :71-79
28. Zielinski A, Halling A. Association between age, gender and multimorbidity level and receiving home health care: a population-based Swedish study. BMC Research Notes 2015;8:714
29. Forbes DA, Jansen SL, Markle-Reid M, Hawranik P, Morgan D, Henderson S, et al. Gender differences in use and availability of home and community-based services for people with dementia. CJNR (Canadian Journal of Nursing Research) 2008;40:38-59
30. Borhaninejad V, NaghibzadehTahami A, Nabavi H, Rashedi V, Yazdi-Feyzabadi V. The utilization of health services and its influences among elderly people in Kerman-2014. Journal of North Khorasan University of Medical Science 2015;7:229-40
31. Odzakovic E, Hydén L-C, Festin K, Kullberg A. People diagnosed with dementia in Sweden: What type of home care services and housing are they granted? A cross-sectional study. Scandinavian journal of public health 2019;47:229-39
32. Park JM. Health status and health services utilization in elderly Koreans. International Journal for Equity in Health. 2014;13:73-83
33. Steinhardt LC, Waters H, Rao KD, Naeem AJ, Hansen P, Peters DH. The effect of wealth status on care seeking and health expenditures in Afghanistan. Health Policy and Planning 2008;24:1-17
34. Nooraiee Motlagh S, Saber Mahani A, Barooni M, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR, Hadian M. Determining Factors related to health services utilization. Razi Journal of Medical Sciences 2015;21:61-72
35. Borji M, Tarjoman A, Otaghi M, Salimi E, Naseri A. Health Literacy Level and its Related Factors among the Elderlies in Ilam in 2015. Iran Journal of Nursing 2017;30:33-43
36. Soto Mas F, Jacobson HE. Advancing health literacy among Hispanic immigrants: the intersection between education and health. Health Promotion Practice 2019;20:251-7
37. Rouzbahani R, Dehghani M. The Relationship between Marital Status and General Health among the Students of Isfahan University of Medical Sciences, Journal Of Isfahan Medical Schoo 2019;36:32-42
38. Tournier I, Dommes A, Cavallo V. Review of safety and mobility issues among older pedestrians. Accident Analysis & Prevention 2016;91:24-35
39. Nodehi Moghadam A, Ehsani Fard F. Prevalence of Physical Impairment Among the Elderlly Persons of the Tehran City in 1385. Iranian Journal of Ageing 2007;1:125-31
40. Seniori Costantini A, Gallo F, Pega F, Saracci R, Veerus P, West R. Population health and status of epidemiology in Western European, Balkan and Baltic countries. International Journal of Epidemiology 2015;44:300-23
41. Eibich P. I, Demuth I Fau-Wagner GG, Wagner GG. Associations between Neighborhood Characteristics, Well-Being and Health Vary Over the Life Course 2016:1423-0003
42. Gholami M, Nasiripoor AA, Maleki MR. The Relation Between Social Determinant of Health with Access to Health Services in Gonbad kavoos. Community Health (Salāmat-i ijtimāī) 2016;3:54-65
43. Guendelman S, Angulo V, Oman D. Access to health care for children and adolescents in working poor families: recent findings from California. Medical Care 2005;43:68-78
44. Alizadeh M, Mathews RM, Hossain Z. Assessing mental health status and utilization of aged care services among Iranian elderly migrants in Australia. Iranian. Journal of Diabetes and Metabolism 2013;13:38-49
45. González HM, Haan MN, Hinton L. Acculturation and the prevalence of depression in older Mexican Americans: baseline results of the Sacramento Area Latino Study on Aging. Journal of the American geriatrics society 2001;49:948-53
46. AIHW, Benham C, Gibson D, Holmes B, Rowland D. Independence in ageing: the social and financial circumstances of older overseas-born Australians. Canberra: AIHW; 2000.[Avalable at: https://www.aihw.gov.au/reports/aged-care/independence-in-ageing-overseas-born-australians/contents/table-of-contents]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-22]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.3.4]

47. Alizadeh M, Mathews RM, Hossain Z. Assessing mental health status and utilization of aged care services among Iranian elderly migrants in Australia. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders 2013;13:38-49

48. Mogobe KD, Shaibu S, Matshediso E, Sabone M, Ntsayagae E, Nicholas PK, et al. Language and culture in health literacy for people living with HIV: perspectives of health care providers and professional care team members. AIDS research and treatment. 2016;2016. [Avalable at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4909894/]

49. Partida Y. Language and health care. Diabetes Spectrum 2012;25:19-22

50. Squires A. Strategies for overcoming language barriers in healthcare. Nursing Management 2018;49:20-7

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-22]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.3.4]

ABSTRACT

Service required for elderly receiving home care: a situational analysis

Faroogh Na'emani[1], Ahmad Fayaz-Bakhsh[2], Zahra Sohrabi[3], Morad Esmaiil Zali[1*]

1. Academic Center for Education, Culture and Research (ACECR), Tehran, Iran
2. School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2019; 18(6): 513- 525
Accepted for publication: 15 December 2019
[EPub a head of print-31 December 2019]

Objective (s): The elderly people consume much of the home health care. Therefore how to organize home care services and identify the services needed is important in order to manage and control resources. The purpose of this study was to describe home health services status in Tehran, Iran.
Methods: A sample of elderly people receiving home health care during April 2017 to September 2017 was studied. The data was collected using a checklist. Data was entered into SPSS V.19 and analyzed by descriptive statistics.
Results: In all 278 elderly people were studied. Of these 59.4% were female and 65.2% were married and their mean age was 81 ± 2.5 years. The results showed that the most frequent services that needed were nursing service (55.4%), physician visit (17.0%) physiotherapy (15.0%). Medical services had a significant statistical relationship with the age and marital status of the elderly but non-medical services (physiotherapy, nursing and laboratory) had a significant relationship with gender, age, marital status and education ($p \leq 0.05$).
Conclusion: The findings showed that elderly people needed a variety of services. Also there were differences in the use of home health care among the elderly by age, gender, and other demographic factors. Overall, it is necessary for health care providers to understand the growth of the elderly population in the country and their needs in the coming years in order to plan appropriate programs and actions.

Key Words: Elderly, health Service, Home treatment

* Corresponding author: Academic Center for Education, Culture and Research (ACECR), Tehran, Iran
E-mail: zali.m@razi.tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-08-22]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.3.4]