

Comparison of the quality of public and private elderly in Tehran based on the model (spo)

Rezaei H^{*1}, Sharifian A²

Abstract

Introduction and purpose: By strengthening the service sector in the current world, the quality of providing these services to different groups, especially the elderly, can be of great importance. The main purpose of this research is to compare the quality of services provided by the private and public elderly in Tehran based on the model (SPO)³.

Materials and Methods: This research is of a quantitative and purposeful nature, but is descriptive of survey type. The statistical population of this study consists of all active aging population in Tehran's 22 districts, that a sample of 14 of them was examined by targeted sampling using a researcher-made questionnaire. SPSS version 24 was used to analyze the data collected.

Findings: The results indicate there was a significant difference in the quality of services in the public elderly with private placement on the basis of the model (spo) and the general elderly community in the three variables of structure, process, and the outcome has a more favorable situation than that of the elderly.

Conclusion: Based on the results of this research, it is suggested that the elderly faculties redefine the specialty of expertise based on the needs of the experts and the required staff on a client-centered basis based on the need of the elderly.

Keywords: Quality of service, private and public nursing home, model (spo)

Received: 2018/01/21

Accepted: 2018/02/23

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1- Master of Social Services Management Allameh Tabatabai University of Tehran, Tehran, Iran

(Corresponding Author): E-mail: h.rezaee508@gmail.com

2 - Professor of Social Work, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabatabai University of Tehran, Tehran, Iran

3 - structure, process and outcome

مقایسه کیفیت خدمات سرای سالمندان عمومی و خصوصی شهر تهران بر مبنای

مدل (SPO)

حسین رضایی حسین آبادی^۱، اکبر شریفیان^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۴

چکیده

مقدمه و هدف: با تقویت بخش خدمات در جهان کنونی بررسی کیفیت ارائه این خدمات به گروه های مختلف مخصوصا سالمندان می تواند از اهمیت بالایی برخوردار باشد. هدف اصلی این تحقیق مقایسه کیفیت خدمات سرای سالمندان خصوصی و عمومی شهر تهران مبتنی بر مدل (SPO) است.

مواد و روش: این تحقیق از نوع کمی و به لحاظ هدف جز تحقیقات توصیفی از نوع پیمایش است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه سراهای سالمندان فعال در سطح مناطق ۲۲ گانه تهران تشکیل می دهد، که یک نمونه ۱۴ تایی از آنها به روش نمونه گیری هدفمند با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته مورد بررسی قرار گرفتند. برای تحلیل اطلاعات جمع آوری شده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شده است.

یافته ها: نتایج حاکی از آن است که تفاوت معناداری در زمینه کیفیت خدمات در سرای سالمندان عمومی با خصوصی بر مبنای مدل (SPO) وجود دارد و سرای سالمندان عمومی در هر سه متغیر ساختار، فرآیند، نتیجه وضعیت مناسب تری را نسبت به سرای سالمندان خصوصی دارد.

نتیجه گیری: بر مبنای نتیجه این تحقیق پیشنهاد میگردد که سراهای سالمندان از حالت تخصص محوری بر مبنای کارشناسان و نیروهای موردنیاز به مشتری محوری بر مبنای نیاز سالمندان تغییر ساختار دهند.

کلید واژه ها: کیفیت خدمات، سرای سالمندان خصوصی و عمومی، مدل (SPO)

۱- کارشناسی ارشد مدیریت خدمات اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی تهران، تهران، ایران
(نویسنده مسئول). پست الکترونیکی: h.rezaee508@gmail.com

۲- استاد مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، تهران، ایران

مقدمه

از گذشته تا به حال مراقبت از سالمندان و مراقبت طولانی مدت از آنها یک مسئله اساسی در تمامی کشور بوده است (۱) افزایش رضایت بیماران و افراد تحت مراقبت نیاز به سرویس های مراقبت بهداشتی و درمانی که بیمارگرا و مطابق با استاندارد ها و دارای رویه ها کارآمد باشد، دارد نحوه رسیدگی به سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است و مبحث کیفیت آن و کیفیت خدماتی که به آنها ارائه می گردد یکی از مسائل پایدار در خانه های سالمندان است (۱، ۲) افزایش تعداد سالمندان در دنیا نیاز به وجود خدمات مراقبتی را افزایش داده است به طوریکه در چند دهه گذشته تعداد خانه های سالمندان چند برابر شده است (۳، ۴) در ایران و مخصوصا در شهر تهران از سال ۱۳۸۲ به این سو تعداد خانه های سالمندان خصوصی و کمتر از آن خانه های سالمندان عمومی به صورت تصاعدی افزایش یافته است (۵). که این رشد همراه با مزیت هایی را که به دنبال خود دارد نگرانی هایی را هم از نحوه اداره و کیفیت خدمات و مراقبت به دنبال داشته به طوریکه به عنوان یک نگرانی جهانی از آن یاد می شود (۱، ۳)

با افزایش نقش خدمات در اقتصاد جامعه بررسی کیفیت ارائه آن نیز روز به روز اهمیت بیشتری پیدا و روز به روز توجه بیشتری را به خود جلب نمود. در واقع ارائه خدمت با کیفیت به عنوان پیش نیاز موفقیت، و نه صرف بقای مشاغل خدماتی از دهه ۱۹۸۰ به بعد به شمار می رود. برخلاف کیفیت کالاها که می توان آن را به صورت عینی از طریق شاخص هایی نظیر قابلیت دوام، تعداد نقایص و ... شناخت (۱۴) کیفیت خدمات ساختاری انتزاعی و مجرد دارد که نشأت گرفته از ویژگی های خدمات است؛ بنابراین در نبود

معیارهای عینی، سنجش ادراکات مشتریان از کیفیت یک روش مناسب برای ارزیابی کیفیت خدمات شرکتها است (۱) در ادبیات مدیریت و بازاریابی هنوز توافق واحدی برای تعریف و مفهوم سازی کیفیت خدمات وجود ندارد با این حال می توانیم به طور ساده کیفیت خدمات ادراک شده توسط مشتری را این گونه تعریف کنیم:

قضاوت ادراک شده مشتری درباره کیفیت کلی خدمات که ناشی از اختلاف بین ادراک مشتریان و انتظار آن ها از خدمات دریافت شده است (۶). کیفیت خدمات و مراقبت خوب و آرام کننده توسط برخی از فاکتور ها و مدل ها اندازه گیری می شود (۳، ۷). در ادبیات بررسی کیفیت خدمات و مراقبت مدل های گوناگونی وجود دارد که از بهترین آنها میتوان به مدل سنجش کیفیت خدمات سرکوال (۸-۱۱). که عمدتا فاصله بین انتظارات با دریافتی بیمار یا فرد تحت مراقبت را در نظر می گیرد اشاره نمود (۱۱-۱۳). این مدل نشان داده است که تا حدود زیادی ناتوان از اندازه گیری کیفیت خدمات و مراقبت در محیطی های مراقبتی است، چرا که ارزیابی کیفیت مراقبت و خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتی پیچیده تر از سایر خدمات است (۱۱، ۱۴). مدل دیگر که چارچوب تئوریک این پژوهش را نیز تشکیل می دهد، مدل سنجش کیفیت خدمات دونابیدین (SPO) است. مدل ساختار، فرآیند و نتیجه دونابیدین برای ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی و مراقبتی و درمانی مورد استفاده قرار می گیرد و رابطه نزدیکی میان این سه بعد از این مدل تئوریک وجود دارد (۱۱، ۱۵، ۱۶). توجه به زندگی سالمندان و شرایط زیست آنان دارای اهمیت است که برخی از محققان به این نتیجه میرسند که بعد مراقبت های اجتماعی و روانی در آسایشگاه ها و تجدید نظر در دستورالعملهای مرتبط با

درجه بندی و نحوه پیاده سازی آن باید توجه نمود و آماده سازی سالمند در جهت خود انگیزگی وی برای قبول زندگی در آسایشگاه از طریق مشاوره و راهنمایی سالمند و خانواده می تواند نقش مهمی در میزان رضایت او از خدمات آسایشگاهی و به تبع آن رضایت از زندگی ایفا کند (۵) از طرف دیگر برخی به این نتیجه رسیدند که اهمیت کیفیت درک شده قابل پیش بینی نیست و با این وجود کیفیت خدمات می تواند به عنوان یک پیش بینی کننده رضایت و خشنودی از سرای سالمندان عمل نماید (۶).

می کارم آر کام ندو و همکاران^۱ نشان می دهند که خانه های سالمندان غیرانتفاعی به طور متوسط از کیفیت بالاتری نسبت به خانه های سالمندان انتفاعی در عرصه مراقبت برخوردارند (۱۷).

رنگار استولت و همکاران با استفاده از ابعاد ساختار و فرآیند مدل دونابیدین به این نتیجه می رسند که خصوصی سازی در شکل فعلی در زمینه خدمات اجتماعی مرتبط با کیفیت مراقبت از سالمندان در سوئد مناسب نیست. در ادامه آن ها اذعان می کنند که بخش خصوصی برای سیستم مراقبت مبنایی و مناسبی را در ارائه خدمات که منجر به ادامه حیات و افزایش طول عمر سالمندان شود چندان موفق نیست (۱۸).

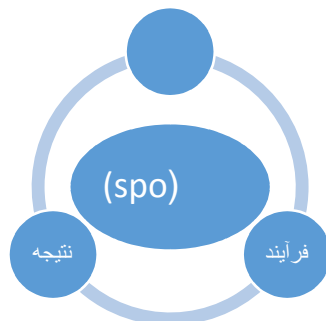
توجه به زندگی سالمندان و شرایط نگه داری از آنان دارای اهمیت است زیرا جمعیت این گروه در جامعه به سرعت در حال افزایش است و بررسی و سنجش شرایط زندگی آن ها و مخصوصا کسانی که به دور از خانواده در مراکز مراقبتی زندگی می کنند دارای اهمیت دو چندان است و از طرف دیگر چون خدمات سالمندی در قالب سرای سالمندان خصوصی و عمومی ارائه می گردد، مقایسه آنها می تواند اطلاعات بهتری را از شرایط نگه داری و ارائه

خدمات به آنها فراهم آورد و نواقص ساختار کنونی ارائه خدمات را مشخص نماید.

با در نظر گرفتن شرایط ارائه خدمات و جو حاکم بر جامعه و کاهش نقش سالمندان در خانواده و جامعه و ورود بخش خصوصی برای ارائه خدمات به سالمندان این سوال به ذهن انسان خطور می کند که کدام یک از دو ارائه کننده سرای سالمندان در شهر خدمات با کیفیت تری را ارائه می کنند؟

مواد و روش ها

این تحقیق از نوع کمی است و از لحاظ هدف جز تحقیقات توصیفی از نوع پیمایش است. جمعیت آماری این پژوهش به لحاظ هدف و موضوع پژوهش کلیه سراهای سالمندان فعال در سطح شهر تهران است که در حال حاضر در تهران ۳۵ سرای سالمندان مشغول به فعالیت هستند که از بین این ۳۵ مرکز ۹ سرای سالمندان عمومی هستند و ۲۶ مرکز خصوصی هستند. برای جمع آوری اطلاعات از سراهای سالمندان از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شده است که ۱۴ مدیر سرای سالمندان مورد بررسی گرفتند. از آنجا این تحقیق قصد دارد کیفیت خدمات را در دو سرای سالمندان عمومی و خصوصی بر مبنای مدل دونابیدین (SPO) بررسی نماید، ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بر مبنای این مدل تدوین شده است. بر مبنای این مدل که در زیر ارائه می گردد یک سیستم مراقبتی به صورت چرخشی عمل می کند و یک ساختار مناسب فرآیند مناسب را ایجاد می کند و یک ساختار و فرآیند مناسب نتیجه ارائه خدمات مناسب را تضمین می نماید و نتیجه ارائه خدمات می تواند به بهبود ساختار و رفع نواقص آن کمک کند.



ماخذ (۱۴)

متوسط (۱۶۷-۱۰۳) و فرآیند قوی (۲۳۲-۱۶۸) تقسیم نمود. ۳- نتیجه به منظور سنجش این متغیر از دو مولفه کیفیت زندگی سالمندان و رضایت مشتری (سالمند) تحت یک مقیاس ۲۹ گویه ای مبتنی بر یک طیف لیکرت ۵ قسمتی (نمره ۱ تا ۵) استفاده شده است. کمترین نمره پاسخگویان ۲۹ و بیشترین امتیاز پاسخگویان ۱۴۵ است. با توجه به دامنه تغییرات می توان پاسخگویان را به سه دسته نتیجه ضعیف (۲۹ تا ۶۵)، نتیجه متوسط (۶۶ تا ۱۰۴) و نتیجه خوب (۱۰۵ تا ۱۴۵) تقسیم نمود.

به منظور بررسی روایی ابزار این تحقیق، پرسشنامه ساخته شده برای بررسی روایی صوری به داوری کارشناسان دانشگاهی و مخصوصاً اساتید راهنما و مشاوره گذاشته شده که پس از بررسی آن‌ها و تعدیلاتی که توسط این کارشناسان ارائه شده بود، پرسشنامه نهایی تدوین گردید. به منظور بررسی روایی محتوای ابزار پژوهش تعداد ۱۴ پرسشنامه بین مدیران سرای سالمندان توزیع گردید. پس از جمع آوری پرسشنامه‌های توزیع شده، به منظور بررسی همبستگی درونی گویه‌های پرسشنامه در راستای بررسی میزان روایی پرسشنامه‌های تحقیق از روش آماری آلفای کرونباخ استفاده شد، که متغیر ساختار دارای آلفای کرونباخ ۰/۷۸۹، متغیر فرآیند دارای آلفای ۰/۸۳۷ و متغیر نتیجه دارای آلفای ۰/۸۰۶ به

این پرسشنامه (۱۵) از سه متغیر اصلی ساختار، فرآیند و نتیجه ارائه خدمات تشکیل شده است. این سه متغیر به ترتیب ۱- ساختار: برای سنجش این متغیر از مولفه های تجهیزات و لوازم، دارایی های ثابت، نیروی انسانی، آموزش کارکنان، دانش ارائه دهنده و نظارت تحت یک مقیاس ۶۵ گویه با استفاده از یک طیف لیکرت ۵ قسمتی (نمره ۱ تا ۵) و یک مقیاس ۶۳ گویه ای با استفاد از یک طیف دو تایی (نمره ۰ و ۱) ، استفاده شده است. حداقل نمره پاسخگویان در این متغیر ۶۵ و حداکثر نمره پاسخگویان ۳۸۸ است. با در نظر گرفتن دامنه تغییرات می توان ساختار سرای سالمندان را به سه دسته ساختار ضعیف (۱۷۲-۶۵)، ساختار متوسط (۲۷۹-۱۷۲) و ساختار قوی (۳۸۸-۲۸۰) تقسیم نمود. ۲- فرآیند: به منظور سنجش این متغیر از مولفه های: خدمات ارائه شده، کیفیت فنی خدمات، کیفیت روابط فردی و دسترسی به خدمات تحت یک مقیاس ۳۸ گویه ای مبتنی بر یک طیف ۵ قسمتی لیکرت (نمره ۱ تا ۵) و یک مقیاس ۳۸ گویه ای مبتنی بر یک طیف دو قسمتی (نمره ۰ و ۱) مورد سنجش قرار گرفته است. حداقل نمره پاسخگویان در متغیر فرآیند ۳۸ و حداکثر نمره پاسخگویان ۲۳۲ است. با در نظر گرفتن دامنه تغییرات می توان سراهای سالمندان را به سه دسته فرآیند ضعیف (۱۰۲-۳۸)، فرآیند

دست آمد و پایایی ابزار تحقیق از طریق روش آزمون و آزمون مجدد تامین گردیده که ضریب بازآزمایی آن ۰/۸۵ به دست آمده است. به منظور تحلیل اطلاعات پس از جمع‌آوری اطلاعات از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و برای آزمون فرضیات تحقیق از آماره t دو نمونه مستقل از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شده است. یافته‌ها

جدول شماره (۱) بررسی جنسیت مدیران سراهای سالمندان عمومی و خصوصی به تفکیک

سرای سالمندان	جنسیت	فراوانی	درصد	مد (نما)
عمومی	زن	۱	۲۵	
	مرد	۳	۷۵	*
خصوصی	زن	۴	۴۰	
	مرد	۶	۶۰	*

۲۵ درصد از مدیران سرای سالمندان عمومی مورد بررسی زن و در مقابل ۴۰ درصد از مدیران سرای سالمندان خصوصی زن هستند. ۷۵ درصد از مدیران سرای سالمندان عمومی مرد و در مقابل ۶۰ درصد از مدیران سرای سالمندان خصوصی مرد هستند و در هر دو نوع سرای سالمندان عمومی و خصوصی مد (نما) را مردان به خود اختصاص داده‌اند.

جدول شماره (۲) بررسی سن مدیران سراهای سالمندان عمومی و خصوصی به تفکیک

سن	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
۳۹-۴۷	۲	۵۰	۲	۲۰
۴۸-۵۶	۱	۲۵	۵	۵۰
۵۷-۶۵	۱	۲۵	۳	۳۰
میانگین		۴۷/۵		۵۲/۷
انحراف معیار		۸/۴۲		۱۰/۳
بیشترین		۵۸		۶۲
کمترین		۳۹		۴۲

درصد از مدیران مراکز خصوصی مورد بررسی در بازه سنی ۴۷ تا ۳۹ سال، ۵۰ درصد در بازه سنی ۴۸-۵۶ و ۳۰ درصد در بازه سنی ۵۷-۶۵ سال قرار دارند. جوان‌ترین مدیر سرای سالمندان خصوصی بررسی شده ۴۲ سال سن دارد و مسن‌ترین مدیر سرای سالمندان خصوصی ۵۸ سال سن دارد. میانگین سن مدیران سرای سالمندان خصوصی ۵۲/۷، انحراف معیار سن آنها ۱۰/۳ است.

۵۰ درصد از مدیران مراکز عمومی مورد بررسی در بازه سنی ۴۷ تا ۳۹ سال، ۲۵ درصد در بازه سنی ۴۸-۵۶ و ۲۵ درصد در بازه سنی ۵۷-۶۵ سال قرار دارند. جوان‌ترین مدیر سرای سالمندان عمومی بررسی شده ۳۹ سال سن دارد و مسن‌ترین مدیر سرای سالمندان عمومی ۶۵ سال سن دارد. میانگین سن مدیران سرای سالمندان عمومی ۴۷/۵، انحراف معیار سن آنها ۸/۴۲ است. ۲۰

جدول شماره (۳) بررسی سطح تحصیلات مدیران سراهای سالمندان عمومی و خصوصی به تفکیک

سرای سالمندان	سطح تحصیلات	فراوانی	درصد	مد(نما)
عمومی	پزشکی عمومی	۳	۷۵	*
	دکترا	۱	۲۵	
	فوق لیسانس	۰	۰	
خصوصی	پزشکی عمومی	۵	۵۰	*
	دکترا	۳	۳۰	
	فوق لیسانس	۲	۲۰	

دارای سطح تحصیلات فوق لیسانس هستند. مد(نما) سطح تحصیلات در هر دو نوع سرای سالمندان پزشکی عمومی است.

۷۵ درصد از مدیران سرای سالمندان عمومی دارای سطح تحصیلات پزشکی عمومی و ۲۵ درصد دکترا هستند و ۵۰ درصد مدیران سرای سالمندان خصوصی دارای سطح تحصیلات پزشکی عمومی، ۳۰ درصد دارای سطح تحصیلات دکترا و ۲۰ درصد

جدول شماره (۴) بررسی رشته تحصیلی مدیران سراهای سالمندان عمومی و خصوصی به تفکیک

سرای سالمندان	رشته تحصیلی	فروانی	درصد فراوانی	مد(نما)
عمومی	پزشکی	۳	۷۵	*
	عمومی			
خصوصی	روان شناس	۱	۲۵	
	پزشکی	۵	۵۰	*
	عمومی			
	مددکار اجتماعی	۲	۳۰	
	پرستار	۱	۱۰	
	روانشناس	۲	۲۰	

۷۵ درصد از مدیران سراهای سالمندان عمومی در رشته پزشکی تحصیل نموده اند و ۲۵ درصد در رشته روان شناسی تحصیل نموده اند. ۵۰ درصد از مدیران سرای سالمندان خصوصی در رشته پزشکی، ۲۰ درصد در رشته مددکاری اجتماعی، ۱۰ درصد در رشته پرستاری و ۲۰ درصد در رشته روانشناسی تحصیل نموده اند.

جدول شماره (۵) بررسی وضعیت تاهل مدیران سراهای سالمندان عمومی و خصوصی به تفکیک

سرای سالمندان	وضعیت تاهل	فروانی	درصد فراوانی	مد(نما)
عمومی	متاهل	۳	۷۵	
	مجرد	۱	۲۵	*
خصوصی	متاهل	۸	۸۰	
	مجرد	۲	۲۰	*

۷۵ درصد از مدیران سرای سالمندان عمومی متاهل و ۲۵ درصد مجرد هستند. ۲۰ درصد مجرد هستند. در هر دو نوع سرای سالمندان مجرد هستند. ۸۰ درصد از مدیران سرای سالمندان خصوصی متاهل و ۲۰ درصد مجرد هستند. مد (نما) متاهل هستند.

جدول شماره (۶) بررسی میزان سابقه کار مدیران سراهای سالمندان عمومی و خصوصی به تفکیک

سابقه کار	عمومی		خصوصی	
	فروانی	درصد فراوانی	فروانی	درصد فراوانی
۱-۵	۱	۲۵	۲	۲۰
۶-۱۰	۲	۵۰	۵	۵۰
۱۱-۱۵	۱	۲۵	۳	۳۰
میانگین		۶/۵		۷/۷
انحراف معیار		۲/۴۲		۲/۵۰
بیشترین		۱۵		۱۴
کمترین		۱		۱

سالمندان خصوصی ۷/۷ سال و انحراف معیار آن ۲/۵۰ سال است. کم سابقه ترین مدیران سرای سالمندان عمومی ۱ سال سابقه و با سابقه ترین آنها ۱۵ سال سابقه دارد. کم سابقه ترین مدیران سرای سالمندان خصوصی ۱ سال سابقه و با سابقه ترین آنها ۱۴ سال سابقه کار دارد.

۲۵ درصد از مدیران سرای سالمندان عمومی بین ۵ تا ۱۱ سال، ۵۰ درصد بین ۱۰ تا ۱۶ سال و ۲۵ درصد ۱۱ تا ۱۵ سال سابقه کار دارند. ۲۰ درصد از مدیران سرای سالمندان خصوصی بین ۵ تا ۱۱ سال، ۵۰ درصد بین ۱۰ تا ۱۶ سال و ۳۰ درصد بین ۱۱ تا ۱۵ سال سن دارند. میانگین سابقه کار مدیران سرای سالمندان عمومی ۶/۵ سال و انحراف معیار آن ۲/۴۲ و میانگین سابقه کار مدیران سرای

جدول شماره (۷) مقایسه سراهای سالمندان عمومی و خصوصی به لحاظ سه متغیر تحقیق

سرای سالمندان عمومی			سرای سالمندان خصوصی		
شاخص	ساختار	فرآیند	نتیجه	ساختار	فرآیند
میانگین	۱۹۹/۸۵	۱۵۱/۵۳	۹۴/۳۰	۲۹۸	۲۰۱
انحراف معیار	۲۵/۵۷	۱۶/۱۳۲	۸/۴۱	۰	۰
حداقل	۱۶۷	۱۲۱	۸۱	۲۹۸	۲۰۱
حداکثر	۲۵۴	۱۸۰	۱۰۳	۲۹۸	۲۰۱

(۱۵۱/۵۳) است و در مقابل در سرای سالمندان عمومی (۲۰۱) بوده است. در متغیر نتیجه نیز میانگین سرای سالمندان خصوصی (۹۴/۳۰) و میانگین سرای سالمندان عمومی (۱۱۱) بوده است.

میانگین متغیر ساختار در سرای سالمندان خصوصی (۱۹۹/۸۵) نسبت به سرای سالمندان عمومی (۲۹۸) بوده و به میزان زیادی پایین تر است این وضعیت در متغیرهای فرآیند و نتیجه نیز وجود دارد به طوریکه میانگین متغیر فرآیند در سرای سالمندان خصوصی

جدول شماره (۸) مقایسه سراهای سالمندان عمومی به لحاظ سه متغیر تحقیق بر مبنای آزمون t دو نمونه مستقل

متغیرها	سرای سالمندان	میانگین	t	sig
ساختار	خصوصی	۱۹۹/۸۵	۳۹/۴۲	۰/۰۰۰
	عمومی	۲۹۸		
فرآیند	خصوصی	۱۵۱/۵۳	۳۵/۴۳	۰/۰۰۱
	عمومی	۲۰۱		
نتیجه	خصوصی	۹۴/۳۰	۱۹/۱۶	۰/۰۰۰
	عمومی	۱۱۱		

بحث و نتیجه گیری

سراهای سالمندان عمومی به دلیل داشتن زیربنای وسیع و کارکنان داوطلب و توجه به سطح تخصص مورد نیاز اقدام به ارائه خدمات نموده است اما سرای سالمندان خصوصی صرفاً توجه به لوکس بودن داشته و از مراقبان داوطلب نیز بهره‌مند نیست و فاقد زیربنای وسیع که قدرت ارائه خدمات را افزایش می‌دهد است؛ این نتیجه هم راستا با تحقیق رگنار استولت و بویدن (۱۸، ۱۹) است. زیرا آنها نیز عنوان می‌کنند که بخش خصوصی به دنبال انجام سرمایه گذاری بلند مدت نیست بلکه سعی دارد در کوتاه مدت بیشترین سود را نصیب خود گرداند و صرفاً به ظاهر ارائه خدمات و نه نتیجه و کیفیت خدمات توجه میکند. از خانواده درو شدن و مخصوصاً در اتاف تک نفره قرار گرفتن میتواند به هر چه منزوی تر شدن سالمند کمک نماید که این مه در سرای سالمندان عمومی مورد توجه قرار گرفته اما در سرایس المندان خصوصی تاکید مفرط بر ارائه اتقا خصوصی به علت قیمت بیشتر و سوآوری بیشتر آن می‌شود. این نتیجه با تحقیق ونچ ممدال و میهن (۱۲، ۲۰) که عنوان می‌کنند بهبود شرایط زیست سالمند با در جمع بودن و ارتباط داشتن با دیگران تامین می‌گردد، و سالمند وقتی در تنهایی و به دور از جمع قرار می‌گردد شرایط زیستش مختل می‌گردد همسو است.

با وجود ساختار مناسب سرای سالمندان عمومی توانسته است فرآیند مناسبی را برای سرای سالمندان عمومی فراهم آورد در دسترس بودن، به موقع بودن، به هنگام بودن و اطمینان از وجود همیشگی خدمات می‌تواند در بهبود شرایط زیست سالمندان مهم باشد که این نکته تحت عنوان کیفیت فنی خدمات در سرای

برای آزمون فرضیات تحقیق از آزمون t دو نمونه مستقل استفاده شده است. نتایج آزمون برای فرضیه اول نشان داد که تفاوت مشاهده شده در زمینه میانگین ساختار در سرای سالمندان عمومی (۲۹۸) نسبت به سرای سالمندان خصوصی (۱۹۹/۸۵) چون سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ و میزان آن (۰/۰۰) و مقدار t به دست آمده (۳۹/۴۲) است، معنادار است.

برای آزمون فرضیه دوم تحقیق که متغیر فرآیند را بین دو سرای سالمندان عمومی و خصوصی بررسی می‌نمود، از آزمون t دونمونه مستقل استفاده شد. یافته های حاکی از آن است که بین این دو سرای سالمندان در زمینه این متغیر نیز تفاوت بالایی وجود دارد به طوریکه میانگین فرآیند سرای سالمندان عمومی (۲۰۱) و میانگین فرآیند سرای سالمندان خصوصی (۱۵۱/۵۳) است و نتیجه آزمون نیز چون از سطح ۰/۰۵ پایین تر و مقدار آن ۰/۰۰۱ و مقدار t به دست آمده نیز (۳۵/۴۳) است، نشان می‌دهد این تفاوت معنادار است.

در بررسی تفاوت مبتنی بر متغیر نتیجه بین سرای سالمندان عمومی و خصوصی از طریق آزمون t دو نمونه مستقل چون میانگین سرای سالمندان عمومی (۱۱۱) و میانگین سرای سالمندان خصوصی (۹۴/۳۰) به دست آمد و نتیجه آزمون نیز چون از سطح ۰/۰۵ پایین تر و میزان آن (۰/۰۰۰) و میزان t به دست آمده ۱۹/۱۶ است، معنادار بوده و نشان از تفاوت نتیجه ارائه خدمات به سالمندان در این دو سرای دارد. در کل نتیجه آزمون این سه فرضیه نشان می‌دهد که سرای سالمندان عمومی خدمات با کیفیت تری را نسبت به سرای سالمندان خصوصی به سالمندان ارائه می‌کند.

میکارام ار کامندو و یانگ (۱۷، ۲۱) همسو بوده است زیرا او نیز به این نتیجه میرسد که بخش عمومی یا دولتی به میزان بالاتری نسبت به سرای سالمندان خصوصی خدمات با کیفیت بالاتری را ارائه می نماید و نتایج خدمات آنها در قالب موارد نسبت به بخش خصوصی مناسب تر بوده است.

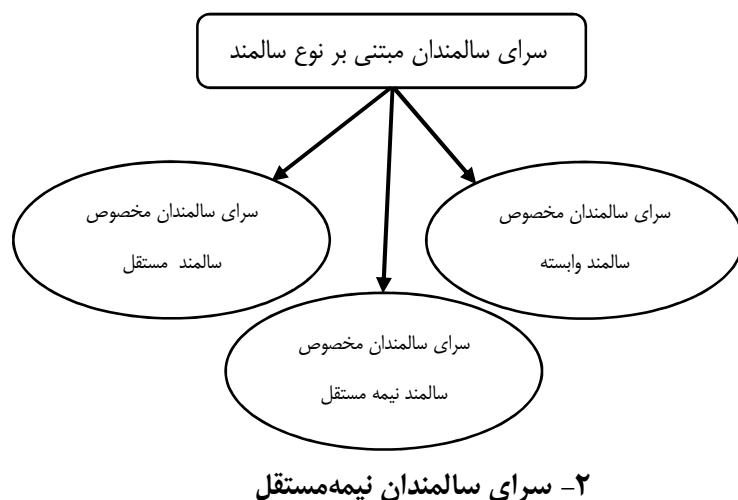
با توجه به اینکه سازمان بهزیستی در زمینه ارائه خدمات به سالمندان رویکرد ارائه خدمات تخصص محور را مدنظر قرار داده است و این نحوه ارائه خدمت همراه با کیفیت نخواهد بود، در راستای اصلاح دستورالعمل سازمان بهزیستی در زمینه ارائه خدمات و ایجاد سرای سالمندان ۲ نکته مهم را نباید فراموش نمود: ۱- ناهمگون بودن جمعیت سالمندان، ۲- آگاهی نسبت به سبب سبب دیدگاه پزشکی در سالمندی و لزوم اتخاذ دیدگاه اجتماعی و مثبت به آن،

در راستای نتیجه تحقیق و دو نکته پیش گفته می توان مدلی را برای بهبود وضعیت سراهای سالمندان ارائه نمود. مدل پیشنهادی این تحقیق مبتنی بر تنوع بین سالمندان و تأکید بر تخصص های مورد نیاز بر هر کدام از گروه های سالمندان استوار است. برای طرح ساختار سازمانی مراکز نگهداری از سالمندان به جای تا کید بر بخش بندی تخصصی که مبتنی بر نوع تخصص های مورد نیاز برای سرای سالمندان است به بخش بندی مبتنی بر ارباب رجوع (سالمند) مبتنی بر نیاز های هر گروه از سالمندان پیشنهاد می گردد. به این منظور:

- ۱- مراکز سالمندی از حالت مختلط (انواع سالمند) خارج شود.
- ۲- مراکز را بر اساس نوع سالمند و نیازهای که هر کدام از سالمندا دارند تقسیم بندی نمایند.

سالمندان عمومی رعایت گردیده اما در سرای سالمندان خصوصی در زمینه خدمات مراقبتی و پزشکی و پرستاری و مراقبتی کیفیت فنی خدمات مناسب است اما در ارائه خدمات توان بخشی فیزیکی، اجتماعی و روانی ضعیف است. این نتیجه هم راستا با تحقیق رگنار استولت، ونج ممدال و بویدن (۱۲، ۱۸، ۱۹) است که عنوان می کنند که سراهای سالمندان خصوصی بیشتر به خدمات متنوع که نیاز مند ساختار مبنایی نیست روی می آورند.

از جمله عواملی که در سرای سالمندان عمومی موجب مناسب بودن نتیجه گردیده توجه همزمان به نیازهای فیزیکی و روانی، توجه به زندگی جمعی، استفاده از قابلیت سالمندانی که می توانند فعالیت منجر به درآمد را انجام دهند در قالب کارگاه تولیدی، جدا گزینی سالمندان با توجه به سطح قابلیت و توانایی و میزان قابلیت های باقی مانده در آنها، توجه به کسب حمایت های اجتماعی از طریق خانواده سالمندان اما عواملی که در سرای سالمندان خصوصی موجب نامناسب یا متوسط بودن نتیجه ارائه خدمات به سالمندان شده است عبارتند از اینکه این نوع از سراهای صرفاً نیاز پزشکی و مراقبتی و سرویس روزانه را هدف قرار داده اند و چندان در زمینه خدمات فوق برنامه، توان بخشی اجتماعی و روانی که می تواند شرایط زیست سالمند در سرای سالمندان را بهبود ببخشد توجه نشان نداده و مشاغل مددکاری، روان شناسی و مربی فوق برنامه را مشاغلی صرفاً ناکارآمد می دانند. عدم تأکید بر قابلیت های سالمندان و صرف توجه به اینکه باید آنها را در ساختمانی تحت نگهداری قرارداد و خارج کردن آنها از حالت طبیعی زندگی اجتماعی دیگر نکته منفی در زمینه سراهای سالمندان خصوصی نسبت به عمومی است. که نتیجه با تحقیق و



شکل (۲) (۲۲)

۱- سرای سالمندان وابسته (۲۲)

۱- در این مراکز عمده توجه همان دید غالب فعلی یعنی دید پزشکی باشد چون در این دسته از سالمندان مبحث نگاه‌داری و مراقبت نسبت به دو دسته دیگر از اهمیت بسزایی برخوردار است و عمده توجه این مراکز بر بحث وجود نیروهای مراقبتی یا همان مراقبین آموزش دیده باشد.

۲- سالمندان وابسته به تخت از سالمندان مبتلا به بیماری‌های روانی تفکیک گردند.

۳- مددکار اجتماعی به عنوان پیگیری کننده وضعیت درمانی سالمند انجام وظیفه نماید.

۴- روان‌پزشک بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی را به صورت هفتگی ویزیت نماید و موارد مورد نیاز برای آن‌ها را تجویز کند.

در این نوع از سراها فعالیت تیمی نیاز است و نمی‌توان به بخشی از تخصص‌ها اولویت بیشتری داد و تمامی اعضای گروه‌درمانی اولویت انجام فعالیت خود برای سالمند را در مرتبه اول تثبیت وضعیت سالمند قرار دهند و در مرتبه دوم به تجدید قابلیت‌های از دست‌رفته سالمند اقدام نمایند. پزشکان و پرستاران در این نوع مراکز باید وضعیت فعلی سالمند را تثبیت نمایند. روانشناس باید در ایجاد تطابق سالمند با محیط جدید و بررسی حالات مختلف روانی و روحی او به منظور بهتر نمودن روحیه سالمند برای ادامه درمان فعالیت نماید. مددکار اجتماعی باید به عنوان تسهیل‌گر حمایت‌های عاطفی مناسب را برای سالمند از طریق ایجاد پل‌های ارتباطی بین سالمند و خانواده‌اش و سالمند با سایر سالمند را به

مناسب باشد. وظیفه این نیروها در این نوع از سرای متفاوت با سرای سالمندان کاملاً وابسته خواهد بود و مددکار و روانشناس نقش عمده را خواهند داشت. مددکار اجتماعی در این مراکز با انجام گروه‌درمانی، تسهیل‌گری اجتماعی، پیگیری پروسه درمانی، بازدید از منزل سالمندان و سایر فعالیت‌های مربوط به حرفه مددکاری اجتماعی که می‌تواند مفید برای سالمند باشد را انجام می‌دهد. البته باید توجه داشت که محدودیت‌های انجام و اجرای چنین مدلی در درجه نخست قانون‌گذاری در راستای آن و سپس تامین هزینه‌های اولیه و مجوز‌های مورد نیاز از نهاد مختلف بهداشتی- درمانی و اجتماعی-روانی کشور است (۲۲)

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از تمامی پاسخگویانی که با تکمیل پرسشنامه، اجراکنندگان این تحقیق را یاری کردند، کمال امتنان و تشکر را دارند.

وجود آورد و فرآیند درمان سالمند را پیگیری نماید. مراقبین آموزش‌دیده به‌طور روزانه بدن سالمند را بررسی نمایند تا وی دارای زخم بستر نگردد. مربی فوق‌برنامه به برگزاری کلاس‌های شعرخوانی و سرودخوانی بپردازد و این چنین فعالیت‌هایی را در سرای ایجاد کند. فیزیوتراپ سرای جلسات فیزیوتراپی را مرتب انجام دهد تا در صورت وجود مشکلات حرکتی میزان تحرک سالمند افزایش یابد.

۳- سرای سالمندان مستقل (مهد سالمند)

در این نوع از سراهای نیز کار تیمی نیاز است و مبتنی بر پیشگیری سطح اولیه باید باشد تا بتوان ضمانت‌هایی را برای زندگی هر چه بهتر سالمند ایجاد نمود. این نوع از مراکز عمدتاً باید به شکل روزانه اداره شوند و سالمندان بتوانند در این سراها روزها به فعالیت‌های دلخواه خود و مطبوعشان بپردازند و شب‌هنگام به خانه بازگردند. تعبیه برخی مشاغل متناسب با مهارت و دانش سالمند و علاقه او که منجر به تولیدی از طرف سالمندان می‌شود می‌تواند

References

1. G. Castle N, C. Ferguson J. What Is Nursing Home Quality and How Is It Measured? *Gerontologist*. 2010;50(4):426-42.
2. Rao M, Clarke A, Sanderson C, Hammersley R. Patients' own assessments of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care: cross sectional study. <https://doi.org/10.1136/bmj388744991677C> 2006;333(19):15-25.
3. Baim-Lance A, Tietz D, Schlefer M, Agins B. Health Care User Perspectives on Constructing, Contextualizing, and Co-Producing "Quality of Care". *Qualitative Health Research*. 2015;26(2):252-63.
4. M. Nash D, Brimble S, Markle-Reid M, McArthur E, Tu K, E. Nesrallah G, et al. Quality of Care for Patients With Chronic Kidney Disease in the Primary Care Setting: A Retrospective Cohort Study From Ontario, Canada. *Journal of Kidney Health and Disease*. 2012;4(2): 1-14.
5. Ghazi.k. The relationship between the satisfaction of elderly residents of nursing homes with the services provided to them with the degree of assessment of these centers in the

- provinces of Golestan, Mazandaran, Semnan and North Khorasan. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences 1391.
6. Lapré Freek AL, Wright G. Service Quality in Nursing Homes A construct, measurement and performance model to increase client focus in nursing homes. *Movonex BV/University of Tilburg TiasNimbass Business School*. 2013;4(2):1-27.
 7. Dreesen ea. Development of quality of care interventions for adult patients on home parenteral nutrition (HPN) with a benign underlying disease using a two-round Delphi approach. *Clinical Nutrition*. 2012;25(2):145-52.
 8. Prarsurman.A, al ae. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research *International Journal of Marketing*. 1988;26(2):41-50.
 9. Liu. Ru, Cuia .Lixin, Zeng.Guangfeng, Wu. Hongyan, Wang Chengjie, Yan.Shan, et al. Applying the fuzzy SERVQUAL method to measure the service quality in certification & inspection industry. *Applied Soft Computing* 2015;26(3):508-12.
 10. Lupo.Toni. A fuzzy ServQual based method for reliable measurements of education quality in Italian higher education area. *Expert Systems with Applications* 2014;40(1):7096–110.
 11. J. BURNS D, J. HYDE P, ANNE MK. HOW FINANCIAL CUTBACKS AFFECT THE QUALITY OF JOBS AND CARE FOR THE ELDERLY, *ILR Review Journal* website: ilrsagepub.com. 2016;69(4):41-8.
 12. Malmedal.Wenche. Norwegian Nursing Home—A Care Facility or a Home? *Open Journal of Nursing* Published Online April 2014 in SciRes <http://www.scirp.org/journal/ojn>, <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2014450> . - : ; .
 13. Ibarra.Luis, Casas. Emma, Ana P. SERVQUAL METHOD applied to Agencia Fiscal del Estado de Sonora: An analysis about service quality. *Social and Behavioral Sciences* 2014;148(3):87-93.
 14. Anjali A, S. Chauhan S, Omrani H, Panahi A. A hybrid approach based on SERVQUAL and fuzzy TOPSIS for evaluating transportation service quality. *Social and Behavioral Sciences* 2011;4(1):401-18.
 15. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed. *CrossRefMedlineWeb of Science*. 1988;12(2):174. -
 16. P Slovut D, Kargoli F, J Fletcher J, Etkin Y, C Lipsitz E. Quality of care among patients undergoing lower extremity revascularization. *Vascular Medicine* 2014;19(5):368-75.
 17. Comondore VR, et.al a, . Quality of care in for-profit and not-for profit nursing homes: systematic review and meta analysis. <http://www.bmj.com/>. 2009.
 18. Stolt R, Blomqvist P, Winblad U. Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine* 2011;72(2):560-7.
 19. Boyd CM ,Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294(6):716-24.
 20. Meehan TP, Fine MJ, Krumholz HM, et al. Quality of care, process, and outcomes in elderly patients with pneumonia. *JAMA*. 1997;278(23):2080-4.
 21. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the united states. *Archives of General Psychiatry*. 2001;58(1):55-61.
 22. Rezaee.Hosseini. Compare the type and quality of public services and private nursing homes in Tehran. Tehran: Allameh Tabataba'i University; 1395.