Archive of SID

SALMAND
IRANIAN JOURNAL OF AGEING

Summer 2023. Vol 18. Issue 2

Research Paper

Assessing Hospitals in Isfahan,Iran Based on the World Health Organization's age-friendly Criteria :A Mixed Method Study

Maryam Tajvar[1], Maryam Torabi[1], Hossein Dargahi[1], *Omolbanin Atashbahar[2], Haniye Sadat Sajadi[3]

1. Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Public Health, Sirjan School of Medical Sciences, Sirjan, Iran.
3. Knowledge Utilization Research Center, University Research and Development Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation Tajvar M, Torabi M, Dargahi H, Atashbahar O, Sajadi HS. [Assessing Hospitals in Isfahan,Iran Based on the World Health Organization's age-friendly Criteria :A Mixed Method Study (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2023; 18(2):234-251. http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3536.1

http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3536.1

ABSTRACT

Objectives The rapid growth of the elderly population requires the design of age-friendly healthcare systems to respond to the complex needs of the elderly. This study aims to assess the hospitals in Isfahan, Iran based on the age-friendly primary health care centers criteria and identify challenges.

Methods & Materials This cross-sequential study was conducted in two phases in 2020-2021. First, using the checklist of Ahmadi et al.' study, the teaching hospitals in Isfahan were assessed based on the age-friendly primary health care centers criteria. The checklists were completed by observation and based on the opinions of the experts. Data analysis was done in SPSS software, version 26 using descriptive statistics and Pearson correlation test. Qualitative data were collected through a semi-structured interview and were analyzed using Conventional content analysis method.

Results Most of the hospitals were in good conditions in terms of physical environment, sanitary facilities, and signboards. The lowest scores were related to the areas of admission and payment, appointments, accessibility, and inpatient services. The mean age-friendly score of hospitals was 51.7 out of 100. There was no significant relationship between the characteristics of hospitals (type of ownership, type of activity, specialty, number of beds, bed occupancy rate, degree of accreditation, and manager's study field) and their age-friendly scores. We identified 9 themes and 27 sub-themes related to challenges of being age-friendly in the hospitals.

Conclusion The hospitals in Isfahan have many shortcomings in being age-friendly. Promoting the expertise of geriatric medicine and geriatric nursing, designing a special queuing system for the elderly, considering a special administrator for the elderly in different departments, reducing the costs of treatment for the elderly, promoting consultation/examination/treatment/follow-up programs for the elderly with an emphasis on upstream documents and cooperation between different departments, empowering employees, upgrading physical infrastructure can help solve existing challenges.

Keywords Aging, Health services, Hospital, Age-friendly, Iran

Article Info:
Received: 09 Sep 2022
Accepted: 22 Jan 2023
Available Online: 01 Jul 2023

* *Corresponding Author:*
Omolbanin Atashbahar, PhD.
Address: Department of Public Health, Sirjan School of Medical Sciences, Sirjan, Iran.
Tel: +98 (34) 42232052
E-mail: o.atashbahar@sirums.ac.ir

www.SID.ir

Extended Abstract

Introduction

The increasing phenomenon of population aging and the problems of old age such as physical and mental disabilities and socio-economic issues [3-4] have led to the emergence of the concept of age-friendly city [5]. It indicates the optimization of public services according to the needs and limitations of older adults [6]. Places providing healthcare services, including hospitals, should be created or improved to properly respond to the needs and expectations of the elderly that receive healthcare services [7]. Considering that the average age of people in Isfahan province is higher than the national average and Isfahan was selected as an age-friendly pilot city in Iran by the United Nations Population Fund (UNFPA) [20], this study aims to evaluate the hospitals of Isfahan city based on the criteria of age-friendly health systems and identify challenges and solutions in this field.

Methods

This cross-sequential study was conducted in 2020-2021 on 13 teaching hospitals of Isfahan city, 38% of which were single-specialty. First, by the checklist used in Ahmadi et al.'s study [16], the condition of the hospitals was evaluated based on the criteria of age-friendly health systems. This checklist was designed based on the World Health Organization's (WHO) age-friendly primary health care centers toolkit [21] and Rashmi's checklist [22], and has acceptable content and face validity for the use in the Iranian population. It contains 50 items and 9 subscales of accessibility (3 items), appointments (4 items), health promotion and medical care (11 items), information and education (6 items), physical environment (8 items), sanitary facilities (7 items), signboards (3 items), inpatient services (4 items) and admission and payments (4 items). The range of scores for each subscale is between 0 and 2 and for the entire checklist was between 0 and 100, where a higher score indicates a better condition in terms of being age-friendly. To complete the checklist, observations and experts' opinions were used. Data analysis was done by SPSS software, version 26 and using descriptive statistics such as Mean±SD and analytical statistics including Pearson correlation test. The next stage was carried out to find challenges and solutions to deal with the deficiencies identified in the first stage. In this regard, 16 face-to-face interviews and 12 telephone interviews were conducted with relevant experts who were selected using a purposive sampling method with maximum diversity, and data analysis was done using the conventional content analysis.

Results

As can be seen in Table 1, Most of the hospitals were in good conditions in terms of physical environment, sanitary facilities and signboards. The lowest scores were related to admission and payment, appointment, accessibility, inpatient services, health promotion and medical care, and information and education. In total, the mean score of the hospitals was 51.7 out of 100. No significant relationship was found between hospital characteristics (type of ownership, type of activity, specialty, number of beds, bed occupancy rate, degree of accreditation, manager's field of study) and their age-friendly score. Challenges and solutions were presented in the form of 9 themes and 27 sub-themes. These challenges were: Lack of planning based on the needs of the elderly (lack of elderly-oriented programs and not having macro-policies with emphasis on elderly-oriented processes), limitation of financial resources (lack of sufficient financial resources for making hospitals suitable for the elderly, and lack of financial resources to reduce the expenses of the elderly), lack of focus on prevention and treatment policies (lack of written programs for consultation, examination, treatment and annual follow-up of the elderly, no screening of the elderly in the hospital, not providing health services for the elderly at home, and lack of dedicated inpatient services), weak inter-sectoral coordination and interactions (lack of cooperation between organizations in creating an age-friendly hospital), lack of specialized human resources (lack of geriatricians in the hospital, and lack of scholarships for geriatricians), poor management of the admission process (absence of a system for making and reminding of appointments for the elderly, absence of a special system for setting appointments for the elderly, absence of a system for prioritizing the elderly, and absence of recreational facilities), lack of staff empowerment (lack of teaching the basics of geriatric medicine and how to interact with the elderly to employees), poor facilities and infrastructures (lack of a separate entrance door for the elderly, lack of special facilities to guide the elderly in different departments, lack of necessary facilities in hospital clinics for the elderly, lack of communication facilities in all spaces, complexity of the indoor environment for the elderly, slippery floors, and no double-sided doors in toilets), challenges related to job position (lack of organizational chart for providing services to the elderly, lack of people coordinating health care services for the elderly, lack of caregivers for the elderly in inpatient departments, and appointing managers with unrelated education).

www.SID.ir

Table 1. Mean scores of the study hospitals in different areas of age-friendly checklist

No.	Subscale	I-Zahra	Kashani	Beheshti	Isabn-e-Maryam	Khorshid	Amin	Feyz	Seyed-ol Shohada	Chamran	Ashrafi	Farabi	Hazrat-e Zahra	Imam Kazem	Subscale score	Total No. (%)
1	Accessibility	2	2	2	2	4	2	2	4	5	3	2	3	2	(0-6)	2.7(45)
2	Appointments	6	0	0	0	0	1	0	3	7	0	0	2	1	(0-8)	1.5(18.75)
3	Health promotion and medical care	14	4	4	4	5	6	5	6	10	8	4	6	11	(0-22)	6.7(54.28)
4	Information and education	10	2	6	12	5	7	8	6	11	3	4	4	8	(0-12)	6.6(55)
5	Physical environment	16	12	12	16	10	13	16	15	16	14	14	13	15	(0-16)	14(87.50)
6	Sanitary facilities	9	12	9	14	6	7	7	8	14	10	10	12	10	(0-14)	9.8(70)
7	Signboards	5	2	6	6	4	4	6	6	6	4	6	6	6	(0-6)	5.1(85)
8	Inpatient services	6	2	5	8	2	5	6	4	7	2	3	4	3	(0-8)	4.3(53.75)
9	Admission and payments	3	0	0	0	0	0	0	4	3	0	0	1	0	(0-8)	0.8(10)
10	Total	71	36	44	62	36	45	50	56	79	44	43	51	56	(0-100)	51.7(51)

SALMAND IRANIAN JOURNAL OF AGEING

Conclusion

Experience of care in a hospital is one of the important factors that determine the health and well-being of the elderly. Older adults often have complex health and social needs due to multiple chronic conditions. In addition, due to biological, social and emotional factors and the burden on caregivers, it is necessary to optimize health services for the elderly. The studied hospitals in Isfahan have shortcomings in this field. Promoting the expertise of geriatric medicine and geriatric nursing, designing a special queuing system for the elderly, considering a special administrator for the elderly in different departments, reducing the costs of treatment for the elderly, promoting consultation/examination/treatment/follow-up programs for the elderly with an emphasis on upstream documents and cooperation between different departments, empowering employees, upgrading physical infrastructure can help solve existing challenges.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of Tehran University of Medical Sciences (Code: R.TUMS.SPH.REC.1399.062).

Funding

This study was extracted from a MSc thesis of Maryam Torabi in Health Care Service Management approved by Tehran University of Medical Sciences.

Authors' contributions

The authors contributed equally to preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors appreciate the participation of Isfahan University of Medical Sciences hospital officials in this study.

www.SID.ir

مقاله پژوهشی

ارزیابی وضعیت بیمارستان‌های شهر اصفهان براساس مدل بیمارستان دوستدار سالمند سازمان جهانی بهداشت: یک مطالعه ترکیبی

مریم تاجور[۱]، مریم ترابی[۱]، حسین درگاهی[۱]، *ام‌البنین آتش‌بهار[۲]، حانیه سادات سجادی[۳]

۱. گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، سیاست‌گذاری و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم‌پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم‌پزشکی سیرجان، سیرجان، ایران.
۳. مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت، مرکز تحقیق و توسعه دانشگاه، دانشگاه علوم‌پزشکی تهران، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation Tajvar M, Torabi M, Dargahi H, Atashbahar O, Sajadi HS. [Assessing Hospitals in Isfahan, Iran Based on the World Health Organization's Age-friendly Criteria and Identifying Challenges (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2023; 18(2):234-251. http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3536.1

http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3536.1

CC BY NC

چکیده

اهداف افزایش روزافزون جمعیت سالمندان مستلزم ایجاد سیستم‌های سلامت دوستدار سالمند به‌منظور پاسخ‌گویی به نیازهای پیچیده آنان است. هدف از انجام این مطالعه، ارزیابی وضعیت بیمارستان‌های شهر اصفهان براساس معیارهای بیمارستان دوستدار سالمند و شناسایی چالش‌ها و راه‌حل‌ها در راستای تحقق برنامه بیمارستان دوستدار سالمند از دیدگاه متخصصین بود.

مواد و روش‌ها این مطالعه ترکیبی متوالی، در سال‌های ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰ در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر اصفهان انجام شد. ابتدا با استفاده از چک‌لیست مطالعه احمدی و همکاران، وضعیت بیمارستان‌های مذکور ازلحاظ معیارهای بیمارستان‌های دوستدار سالمند ارزیابی شد. برای تکمیل چک‌لیست از مشاهده، بررسی مستندات و نظرات متخصصین استفاده شد. تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و با استفاده از آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و آمار تحلیلی شامل آزمون همبستگی پیرسون انجام شد. در مرحله بعد، داده‌های بخش کیفی ازطریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شد و تحلیل داده‌ها با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی انجام شد.

یافته‌ها بیشتر بیمارستان‌ها ازلحاظ وضعیت محیط فیزیکی، سرویس‌های بهداشتی و تابلوهای راهنما دارای وضعیت مطلوبی بودند. کمترین نمرات به ترتیب مربوط به بُعد پذیرش و پرداخت هزینه، نوبت‌دهی، دسترسی و خدمات بستری بود. درمجموع، میانگین نمره دوستدار سالمند بودن بیمارستان عدد ۵۱/۷ از مجموع ۱۰۰ نمره به دست آمد. ارتباط معنی‌داری بین ویژگی‌های بیمارستان‌ها (نوع مالکیت، نوع فعالیت، تخصص، تعداد تخت، ضریب اشغال تخت، درجه اعتباربخشی، رشته تحصیلی مدیر) و نمره دوستدار سالمند بودن آن‌ها یافت نشد. همچنین چالش‌ها و راه‌حل‌ها در راستای تحقق برنامه بیمارستان دوستدار سالمند در قالب ۹ حیطه و ۲۷ زیرحیطه ارائه شد.

نتیجه‌گیری درحالی‌که تغییر در نحوه ارائه خدمات سلامت و حرکت به سمت دوستدار سالمندسازی بیمارستان‌ها ضروری می‌نماید، طبق نتایج این مطالعه، بیمارستان‌های موردمطالعه دارای کاستی‌های زیادی در این زمینه هستند. ترویج تخصص طب سالمندی و پرستاری سالمندی، طراحی سامانه ویژه نوبت‌دهی، در نظر گرفتن متصدی ویژه برای امور سالمندان در بخش‌های مختلف بیمارستان، کاهش هزینه‌های درمان سالمندان، ارتقای برنامه‌های مشاوره، معاینه، درمان و پیگیری سالمندان، توانمندسازی کارکنان، ارتقای زیرساخت‌های فیزیکی و غیره می‌توانند برای رفع چالش‌های موجود کمک‌کننده باشند.

کلیدواژه‌ها سالمندان، خدمات سلامت، بیمارستان، دوستدار سالمند، ایران

اطلاعات مقاله:
تاریخ دریافت: ۱۸ شهریور ۱۴۰۱
تاریخ پذیرش: ۰۲ اسفند ۱۴۰۱
تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۲

* **نویسنده مسئول:**
دکتر ام‌البنین آتش‌بهار
نشانی: سیرجان، دانشکده علوم‌پزشکی سیرجان، گروه بهداشت عمومی.
تلفن: ۴۲۲۳۲۰۵۲ (۳۴) ۹۸+
پست الکترونیکی: o.atashbahar@sirums.ac.ir

www.SID.ir

مقدمه

جامعه جهانی با پدیده‌ای تحت عنوان سالمندی جمعیت روبه‌رو است. این پدیده فزاینده، تمامی کشورها اعم از توسعه‌یافته و توسعه‌نیافته را تحت‌الشعاع خود قرار داده است. به‌طوری که سرعت افزایش آن در قاره آسیا و در بین جمعیت زنان بیشتر است [۱]. در ایران نیز طبق آمار منتشرشده در سال ۱۳۹۵، سالمندان کمتر از ۱۰ درصد جمعیت کشور را تشکیل داده‌اند و این آمار تا سال ۱۴۳۵ به ۳۲ درصد جمعیت خواهد رسید [۲]. این در حالی است که دوره سالمندی با تغییراتی در خلق‌وخو، الگوی مصرف غذا و اوقات خواب و بیداری سالمندان همراه است و تهدیدات بالقوه‌ای همچون افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی، عدم حمایت اجتماعی و خانوادگی، به خطر افتادن استقلال فردی، اختلالات روانی به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی و مسائل اجتماعی‌اقتصادی را بر زندگی سالمندان تحمیل می‌کند [۳، ۴].

رشد چالش‌ها و مشکلات دوران سالمندی در پی روند رو به افزایش جمعیت سالمندان، سازمان جهانی بهداشت را بر آن داشت تا مفهومی جدید تحت عنوان شهر دوستدار سالمند[1]، معرفی کند [۵]. شهرهای دوستدار سالمند شامل آن دسته از فضاهای شهری می‌شوند که توزیع خدمات عمومی در آن‌ها به گونه‌ای است که دارای بیشترین تناسب با نیازها و محدودیت‌های افراد سالمند هستند. از سوی دیگر، جامعه دوستدار سالمند جامعه‌ای است که در آن ارائه‌دهندگان خدمات، مدیران جامعه، رهبران مذهبی و شهروندان تفاوت‌های وسیع استعدادی و ظرفیتی بین سالمندان را تشخیص می‌دهند، پذیرش و شراکت سالمندان را در همه حیطه‌های زندگی اجتماعی ارتقا می‌دهند، به تصمیمات و انتخاب سبک زندگی افراد سالمند احترام می‌گذارند و نیازمندی‌ها و اولویت‌های مرتبط با سن را به‌صورت انعطاف‌پذیری، پیش‌بینی کرده و نسبت به آن‌ها پاسخ‌گو هستند [۶].

یکی از مهم‌ترین ارکان فضای شهری دوستدار سالمند، مکان‌هایی هستند که به ارائه خدمات بهداشتی و درمانی می‌پردازند که می‌بایست در جهت پاسخ‌دهی مناسب به نیازها و انتظارات سالمندان به‌عنوان بخش بزرگی از جامعه مصرف‌کننده این خدمات، ایجاد شوند و یا تغییر یابند [۷]. زیرا به علت شیوع بالای بیماری‌ها، به‌ویژه بیماری‌های مزمن در سالمندان، این قشر از جامعه با مراکز درمانی بیشتر سروکار داشته و خدمات بیمارستانی یکی از پرمصرف‌ترین خدمات مورد استفاده آنان محسوب می‌شوند که می‌بایستی با نیازها و انتظارات آنان تطبیق یابند [۸]. براساس مطالعه محققی کمال و همکاران نرخ شیوع متکثر بیماری‌های مزمن در میان سالمندان حدود ۷۹/۸ درصد گزارش شده است که شرایط و مشکلات مربوط به آن، این گروه سنی را در برابر فرایند بستری شدن آسیب‌پذیرتر می‌کند [۹]. از سوی دیگر، طبق مطالعه زندی و همکاران (۱۳۹۵)، ۲۸ درصد کل مصرف‌کنندگان خدمات بستری را سالمندان تشکیل می‌دهند [۱۰]. این در حالی است که مدت‌زمان اشغال تخت در سالمندان در مقایسه با سایر گروه‌های سنی طولانی‌تر است و نرخ بستری مجدد در آنان بالاست (۱ از ۵) که مستلزم هزینه‌های بالایی برای سیستم سلامت است. علاوه‌براین، هزینه‌ها همیشه برای این گروه از بیماران به منفعت تبدیل نمی‌شوند، زیرا مراقبت‌های عمومی را دریافت می‌کنند که در آن تغییرات ذاتی ناشی از روند پیری همیشه در نظر گرفته نمی‌شود و این موضوع، افراد سالمند را در طول مدت بستری بیشتر در معرض عوارض جانبی قرار می‌دهد. بنابراین امروزه، در مبحث کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار به بیماران مسن توجه ویژه‌ای شده است [۱۱، ۱۲].

مفهوم بیمارستان دوستدار سالمند[2]، توسط سازمان جهانی بهداشت از سال ۲۰۰۸ انتشار یافت که ریشه در فعالیت‌های بالینی و تحقیقات دانشگاهی خانم بلیندا پارک[3] دارد [۱۳]. این پژوهشگر درنهایت مدلی چهاربعدی شامل طراحی فیزیکی، فضای رفتار اجتماعی، سیاست‌گذاری‌ها و آیین‌نامه‌ها و خدمات، فرایندها و نظام‌های مراقبتی را برای ایجاد بیمارستان دوستدار سالمند معرفی کرد. به‌طورکلی، بیمارستان‌های دوستدار سالمند مکان‌هایی هستند که باتوجه‌به ویژگی‌های فیزیکی، زیستی، ناتوانی‌ها و نیازهای افراد در دوران سالمندی، امکانات و سیستم‌های مناسب ارائه خدمات و نیز کارکنان آگاه نسبت به نیازها و بیماری‌های دوران سالمندی را دارند [۱۴]. باتوجه‌به موارد مذکور می‌بایست از هم‌اکنون دانشگاه‌های علوم‌پزشکی کشور برنامه‌ریزی‌هایی را به‌منظور ایجاد زیرساخت‌های لازم برای ارائه خدمات سلامت به این قشر از جامعه مدنظر قرار داده و به دنبال مناسب‌سازی بیمارستان‌ها در جهت برنامه بیمارستان دوستدار سالمند سازمان جهانی بهداشت باشند. در غیر این صورت، نظام سلامت در آینده‌ای نه چندان دور با سیستم فعلی بیمارستان‌ها در پاسخ‌گویی به نیازهای این قشر از افراد جامعه دچار مشکل شده که درنهایت به بروز مشکلات بزرگی ازجمله کاهش امید به زندگی، کاهش کیفیت زندگی سالمندان و افزایش هزینه‌ها منجر خواهد شد [۱۵].

مرور مطالعات نشان می‌دهد پژوهش‌های محدودی درمورد ارزیابی میزان انطباق بیمارستان‌های کشور با استانداردهای بیمارستان‌های دوستدار سالمند، انجام شده که مرتبط‌ترین آن‌ها مطالعه احمدی و همکاران است [۱۶]. مطالعات دیگری در ارتباط با حریم خصوصی بیماران سالمند، آموزش پرسنل بهداشت و درمان و نحوه ارتباط آنان با بیماران سالمند و سازگاری محیط فیزیکی بیمارستان با شرایط سالمندی صورت گرفته است [۱۷-۱۹]. تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه در بیمارستان‌های شهر اصفهان

1. Age- friendly cities

2. Age- friendly hospital

3. Belinda Parke

www.SID.ir

انجام نشده است. این در حالی است که میانگین سالمندی استان اصفهان قدری بیشتر از میانگین کشور است و درحال‌حاضر تقریباً ۱۱ درصد جمعیت آن را سالمندان تشکیل می‌دهند و کلانشهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ به پیشنهاد صندوق جمعیت سازمان ملل متحد به‌عنوان شهر پایلوت دوستدار سالمند در ایران انتخاب شده است. براین‌اساس شهرداری اصفهان با همکاری سازمان بهزیستی کشور و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد بایستی به ایجاد زیرساخت‌های مناسب جهت طراحی شهر دوستدار سالمند با رعایت قوانین و شاخص‌های مربوطه (که بیمارستان دوستدار سالمند هم از آن جمله است) اقدام کند [۲۰]. بنابراین، هدف از انجام این مطالعه، ارزیابی وضعیت بیمارستان‌های دانشگاهی شهر اصفهان از جهت تناسب با معیارهای بیمارستان‌های دوستدار سالمند و شناسایی چالش‌ها و ارائه راهکارهای مناسب برای ارتقای وضعیت موجود از دیدگاه متخصصین و حرکت به سمت بیمارستان‌های دوستدار سالمند بود.

روش مطالعه

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای از نوع ترکیبی متوالی بود که در سال‌های ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰ انجام شد. در مرحله اول، مطالعه به‌صورت کمی، مقطعی و توصیفی و در مرحله دوم، به‌صورت کیفی و تحلیلی انجام شد. محیط پژوهش شامل بیمارستان‌های دانشگاه علوم‌پزشکی شهر اصفهان بود. در زیر به تشریح هرکدام از مراحل پژوهش پرداخته شده است.

مرحله اول پژوهش

جامعه موردمطالعه شامل ۱۳ بیمارستان دانشگاهی شهر اصفهان بود که همه آن‌ها مورد مطالعه قرار گرفتند. تنها ۲ بیمارستان به دلیل ماهیت فعالیتشان (تخصصی اطفال و ماهیت نظامی داشتن) از مطالعه خارج شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، چک‌لیست مورد استفاده در مطالعه احمدی و همکاران بود [۱۶] که بر مبنای ابزار مراکز ارائه خدمات سلامت[4] سازمان جهانی بهداشت [۲۱] و چک‌لیست راشمی [۲۲]، طراحی و روایی محتوایی و صوری آن برای استفاده در محیط ایران مورد تأیید قرار گرفته است. به این ترتیب که ابزارهای مذکور توسط ۲ مترجم ترجمه و چک‌لیست نهایی توسط متخصصین سلامت بومی‌سازی شده است. این چک‌لیست حاوی ۵۰ گویه در ۹ حیطه است که وضعیت ارائه خدمات سلامت به سالمندان در بیمارستان را ارزیابی می‌کند. حیطه‌های مذکور عبارت‌اند از: حیطه وضعیت دسترسی سالمندان (۳ گویه)، حیطه وضعیت نوبت‌دهی به سالمندان (۴ گویه)، حیطه وضعیت ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامت به سالمندان (۱۱ گویه)، حیطه وضعیت اطلاع‌رسانی و آموزش به سالمندان (۶ گویه)، حیطه وضعیت محیط فیزیکی بیمارستان برای سالمندان (۸ گویه)، حیطه وضعیت سرویس‌های بهداشتی بیمارستان برای سالمندان (۷ گویه)، حیطه وضعیت تابلوهای راهنما در بیمارستان برای سالمندان (۳ گویه)، حیطه وضعیت خدمات بستری برای سالمندان (۴ گویه) و حیطه وضعیت پذیرش و پرداخت هزینه برای سالمندان (۴ گویه). پاسخ برای هر گویه در قالب ۳ گزینه بلی، خیر و تا حدودی در نظر گرفته شده است که دامنه نمرات برای هر گویه بین صفر تا ۲ و برای کل چک‌لیست بین صفر تا ۱۰۰ است، به‌طوری‌که نمره بیشتر نشان‌دهنده مطلوبیت بیشتر وضعیت بیمارستان ازلحاظ دوستدار سالمند بودن است. اطلاعات بیمارستان‌های موردمطالعه، با استفاده از چک‌لیست طراحی‌شده که دربرگیرنده ۷ سؤال شامل نوع مالکیت، نوع فعالیت، تخصص، رشته تحصیلی مدیر، تعداد تخت مصوب، ضریب اشغال تخت و درجه اعتباربخشی بیمارستان بود، جمع‌آوری شد.

برای تکمیل چک‌لیست‌ها از روش مشاهده، بررسی مستندات و شواهد موجود و نظرات افراد متخصص و مسلط به امور بیمارستان مانند مسئولین بهبود کیفیت استفاده شد. برای این منظور، پس از دریافت کد اخلاق (IR. TUMS. SPH. REC. 1399. 062) در کمیته اخلاق دانشگاه علوم‌پزشکی تهران و انجام مکاتبات اداری و اخذ مجوزهای لازم برای جمع‌آوری داده‌ها، هماهنگی‌های لازم با بیمارستان‌های موردمطالعه انجام شد و محققین پژوهش پس از توضیح اهداف مطالعه و نحوه استفاده از اطلاعات حاصل از پژوهش، براساس زمان تعیین‌شده به بیمارستان‌ها مراجعه کردند و چک‌لیست‌های مربوطه را تکمیل کردند. ازآنجاکه پژوهش حاضر در زمان شیوع کووید-۱۹ صورت گرفته است، در ارتباط با گویه‌هایی که نیاز به اطلاعات مسئولین و متخصصین مربوطه وجود داشت و امکان ملاقات افراد موردنظر نبود، از وسایل ارتباطی مجازی استفاده شد. بدین صورت که چک‌لیست مربوطه در گوگل فرم طراحی و لینک آن در اختیار مسئولین مذکور گذاشته شد تا دسترسی به داده‌های موردنیاز سریع‌تر صورت گیرد. بر روی داده‌های مرحله کمّی‌مشاهده‌ای ابتدا با استفاده از نرم‌افزار اکسل اقدامات اولیه، مانند مرتب‌سازی و تمیز کردن داده‌ها انجام شد. سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ داده‌ها تحلیل شدند. برای یافته‌های توصیفی از آمار توصیفی شامل میانگین، تعداد و درصد استفاده شد و یافته‌ها در قالب جداول و نمودارها ارائه شدند. برای تحلیل ارتباط بین ویژگی‌های بیمارستان‌ها و نمره دوستدار سالمند بودن آن‌ها نیز از آزمون آماری همبستگی پیرسون استفاده شد.

مرحله دوم پژوهش

این مرحله از پژوهش با هدف یافتن چالش‌ها و راه‌حل‌های مناسب و عملی جهت مقابله با نواقص شناسایی‌شده در مرحله اول پژوهش در راستای تحقق برنامه بیمارستان دوستدار سالمند در بازه زمانی آذر ماه سال ۱۳۹۹ لغایت خرداد ماه سال

4. Age- friendly primary health care centres toolkit

www.SID.ir

زمان و مکان تعیین‌شده توسط مصاحبه‌شوندگان برگزار شد. در هنگام انجام مصاحبه‌ها، از ضبط صدا و پیاده‌سازی کلمه‌به‌کلمه گفت‌وگوها به همراه یادداشت‌برداری، توصیف کامل جزئیات و توجه به صدا و نحوه بیان افراد به‌منظور ثبت اطلاعات استفاده شد. ازآنجاکه بیمارستان‌ها به دلیل مشغله ناشی از اپیدمی کووید-۱۹ همکاری لازم را در جهت انجام مصاحبه‌های چهره‌به‌چهره نداشتند، برای حل این مشکل از مصاحبه‌های تلفنی استفاده شد. درنهایت، ۱۶ مصاحبه چهره‌به چهره با مدت‌زمان ۳۰ تا ۴۰ دقیقه برای هر مصاحبه و ۱۲ مصاحبه تلفنی با مدت‌زمان ۱۰ تا ۳۰ دقیقه برای هر مصاحبه انجام شد که درمجموع حدود ۲۲ ساعت زمان در راستای جمع‌آوری داده‌ها صرف شده است. برای تحلیل داده‌های کیفی از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی براساس روش پیشنهادی گرانهیم و لاندمن استفاده شد [۲۳]. بدین ترتیب، پس از پایان مصاحبه‌ها و گوش دادن به متن مذاکره‌ها، عمل پیاده‌سازی انجام و مذاکره‌ها کلمه‌به‌کلمه به‌صورت متنی در نرم‌افزار ورد ۲۰۱۶ پیاده‌سازی شدند و کدگذاری باز (تعیین واحدهای معنا و کدهای اولیه) و سپس کدگذاری محوری داده‌ها (طبقه‌بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع‌تر براساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها) صورت گرفت. در این مطالعه جهت تضمین اعتبار، انتقال، تأییدپذیری و قابلیت اطمینان نتایج کیفی از درگیری مستمر و طولانی‌مدت پژوهشگر با داده‌ها برای افزایش وسعت و عمق اطلاعات، خواندن چندباره مصاحبه‌ها و تجزیه‌وتحلیل آن‌ها، برگرداندن کدهای به‌دست‌آمده به داده‌ها و تحلیل مقایسه‌ای و هم‌زمان، انتخاب مشارکت‌کنندگان به‌صورت هدفمند، پالایش داده‌ها درمورد تفاسیرصورت‌گرفته با بررسی و بازنگری مشارکت‌کنندگان و بازبینی همکاران استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های مرحله اول: مطالعه کمی

ویژگی‌های بیمارستان‌های موردمطالعه در جدول شماره ۱ توصیف شده است. مجموعاً ۱۳ بیمارستان موردبررسی قرار گرفتند که ۳۸ درصد از آن‌ها تخصصی بودند. میانگین تخت مصوب آن‌ها حدود ۲۰۰ تخت و ضریب اشغال تخت به‌طور میانگین حدود ۶۸ درصد بود. ازنظر درجه اعتباربخشی، تمامی آن‌ها دارای درجه ۱ اعتباربخشی بودند و رشته تحصیلی مدیران در بیش از ۵۰ درصد موارد، مدیریت بیمارستان نبود.

جدول شماره ۲، میانگین نمرات بیمارستان‌ها را در حیطه‌های برنامه بیمارستان‌های دوستدار سالمند و در کل نشان می‌دهد. همچنین اینکه در هر حیطه چند درصد از نمره کل کسب شده است، قابل‌مشاهده است. چنان‌که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است، بیمارستان‌های موردمطالعه کمترین و بیشترین امتیاز را به ترتیب در حیطه پذیرش و پرداخت هزینه (۰/۸) و حیطه محیط فیزیکی (۱۴) کسب کرده‌اند. سایر حیطه‌ها به ترتیب بیشترین امتیاز عبارت بودند از: حیطه وضعیت سرویس‌های بهداشتی (۹/۸)، حیطه خدمات ارتقای سلامت و مراقبت پزشکی (۶/۷)، حیطه اطلاعات و آموزش (۶/۶)، حیطه تابلوهای راهنما (۵/۱)، حیطه وضعیت خدمات بستری (۴/۳)، حیطه وضعیت دسترسی (۲/۷) و حیطه وضعیت نوبت‌دهی (۱/۵). درمجموع، میانگین نمرات بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی شهرستان اصفهان حدوداً ۵۱/۷ از ۱۰۰ به دست آمد.

همبستگی بین برخی از مهم‌ترین ویژگی‌های بیمارستان‌ها ازجمله نوع مالکیت، نوع فعالیت، تخصص، تعداد تخت، ضریب اشغال تخت، درجه اعتباربخشی، رشته تحصیلی مدیر با نمره دوستدار سالمند بودن آن‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون مورد آزمون قرار گرفت و نتایج آن در جدول شماره ۳ گزارش شد. براساس یافته‌های این جدول، بین هیچ‌یک از ویژگی‌های موردبررسی بیمارستان‌ها و میزان نمره دوستدار سالمند بودن آن‌ها رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. در ۲ متغیر نوع مالکیت و درجه اعتباربخشی باتوجه‌به یکسان بودن نمرات کل بیمارستان‌ها نتایج قابلیت مقایسه نداشتند.

یافته‌های مرحله دوم: مطالعه کیفی

در جدول شماره ۴، چالش‌ها و راه‌حل‌های شناسایی‌شده در راستای تحقق برنامه بیمارستان دوستدار سالمند در قالب ۹ تم و ۲۷ سابتم مستخرج از ۸۲ کد، ارائه شده است. بیشترین چالش‌های مطرح‌شده مرتبط با حیطه تسهیلات و زیرساخت‌های فیزیکی بود که به گفته مشارکت‌کنندگان این امر می‌تواند منجر به کاهش ایمنی، استقلال و رفاه سالمندان شود. از جمله مهم‌ترین راهکارهایی که مشارکت‌کنندگان جهت حل چالش‌های این حیطه بیان کرده‌اند می‌توان به تجهیز کلینیک‌های موجود متناسب با نیازها و محدودیت‌های سالمندان، دسترسی به زنگ اخبار و تلفن در نقاط مختلف بیمارستان، تعبیه لاستیک‌های ضد لغزش در نواحی پله‌ها، ورودی‌ها و سطوح لغزنده، مد نظر قرار دادن زبان محلی استان‌های همجوار و اعمال روی تابلوهای راهنما اشاره کرد.

«امکانات ارتباطی مانند زنگ اخبار در سرویس‌های بهداشتی تمامی طبقات و تلفن در نقاط مختلف محیط و بخش‌ها بایستی در دسترس باشد.» (م۱و۴- ۸ و۱۳)

حیطه‌های عدم‌تمرکز بر سیاست‌های پیشگیری و درمان، مدیریت ضعیف فرایند پذیرش و چالش‌های مربوط به جایگاه و موقعیت شغلی، هرکدام با ۴ سابتم در رده بعدی قرار داشتند. مهم‌ترین راهکارهای پیشنهادی جهت حل مشکلات مذکور شامل تنظیم دستورالعمل برای پیگیری، مشاوره و درمان سالمندان و شناسایی سالمندان در منطقه تحت پوشش هر بیمارستان، طراحی سامانه ویژه نوبت‌دهی، در نظر گرفتن کانتر مخصوص پاسخ‌گویی و نوبت‌دهی به سالمندان و تصویب چارت سازمانی

www.SID.ir

جدول۱. ویژگی بیمارستان‌های موردمطالعه

بیمارستان / ویژگی‌ها	الزهرا	کاشانی	بهشتی	عیسی بن مریم	خورشید	امین
نوع مالکیت	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی
نوع فعالیت	عمومی	عمومی	تخصصی	عمومی	عمومی	عمومی
تخصص	–	–	زنان	–	–	–
تعداد تخت مصوب	۹۳۱	۳۹۴	۱۸۰	۲۶۱	۲۷۶	۱۵۲
ضریب اشغال تخت (درصد)	۷۷/۷۷	۷۸/۴۸	۵۴/۵۱	۶۲/۵۵	۶۴/۷۶	۷۰/۳۴
درجه اعتباربخشی	۱	۱	۱	۱	۱	۱
رشته تحصیلی مدیر	غیر مدیریت	مدیریت بیمارستان	مدیریت بیمارستان	غیر مدیریت	غیر مدیریت	غیر مدیریت

بیمارستان / ویژگی‌ها	فیض	سیدالشهدا	چمران	اشرفی	فارابی	حضرت زهرا (س)	امام کاظم (ع)
نوع مالکیت	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی
نوع فعالیت	تخصصی	تخصصی	تخصصی	عمومی	عمومی	عمومی	تخصصی
تخصص	چشم	خون و انکولوژی	قلب	–	–	–	سوانح سوختگی
تعداد تخت مصوب	۱۵۰	۱۶۰	۱۹۲	۹۸	۲۸۸	۵۰	۱۲۰
ضریب اشغال تخت (درصد)	۶۰/۰۱	۷۷/۰۳	۹۳/۱۷	۶۴/۵۰	۷۶/۷۰	۶۲/۲۲	۴۸/۳۷
درجه اعتباربخشی	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
رشته تحصیلی مدیر	غیر مدیریت	مدیریت بیمارستان	مدیریت بیمارستان	غیر مدیریت	مدیریت بیمارستان	غیر مدیریت	مدیریت بیمارستان

سالمند

۱۴۰۰ انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مرحله، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود. برای این منظور، از راهنمای مصاحبه که با استفاده از نتایج مرحله اول پژوهش و مرور متون تدوین شد، برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. همچنین برای انتخاب مشارکت‌کنندگان در هر بیمارستان، از روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع ازلحاظ تخصص، دامنه فعالیت، سن و جنس استفاده شد. بدین ترتیب مشارکت‌کنندگان شامل رئیس (ر) و مدیر بیمارستان (م)، سرپرستاران (س.ر)، مسئول امور اداری (م.ا)، کارشناسان دفتر بهبود کیفیت (ک. ب)، متخصصین طب سالمندان (م. ط)، مدیر فنی بیمارستان (م. ف)، مترون (م. ت)، مسئول پژوهش (م. پ)، سوپروایزرها (س)، معمار یا طراحان بیمارستان (ط.ب) و کارشناسان و صاحب‌نظران آشنا به موضوع ارائه خدمات سلامت در بیمارستان و خدمات سلامت سالمندان بودند. برای این منظور، بعد از تشریح اهداف مطالعه و تضمین محرمانه ماندن اطلاعات مشارکت‌کنندگان در مطالعه، رضایت آگاهانه از افراد به‌صورت کتبی اخذ شد. سپس مصاحبه‌ها در

ویژه خدمات‌رسانی به قشر سالمند در بخش‌های مختلف بود.

«باتوجه‌به روند رو به رشد جمعیت سالمند، نیاز به ابلاغ برنامه‌های جامع بالادستی برای حداقل پوشش‌دهی خدمات سلامت ازجمله برنامه‌های مشاوره و غربالگری سالمندان در منطقه تحت پوشش هر بیمارستان احساس می‌شود.» (م ۲- ۹ و م. ب ۱۳)

«اگر سامانه ویژه نوبت‌دهی طراحی یا در سیستم فعلی، سالمندان به‌طور ویژه تعریف شود و به سالمندان اولویت داده شود از سالمند وقت و انرژی کمتری گرفته می‌شود.» (م. ب۶ و ک. ب۸).

«در خصوص عدم وجود مراقبین و افراد راهنمای سالمند در بیمارستان‌ها، پیشنهاد ما این است که دانشگاه علوم‌پزشکی چارت مخصوص برای این افراد در نظر بگیرد و چنین نیروهایی را استخدام کند.» (م۱-۶ و م۱۲ و ۱۳).

www.SID.ir

جدول۲. میانگین نمرات در هریک از حیطه‌های برنامه بیمارستان‌های دوستدار سالمند به تفکیک بیمارستان‌ها و در کل

ردیف	بیمارستان (میانگین نمره) / حیطه ها	الزهرا	کاشانی	بهشتی	عیسی بن مریم	خورشید	امین	فیض	سید الشهدا	چمران	اشرفی	فارابی	حضرت زهرا (س)	امام کاظم (ع)	بازه نمرات در هر حیطه	میانگین کل تعداد (درصد)
۱	وضعیت دسترسی	۲	۲	۲	۲	۴	۲	۲	۴	۵	۳	۲	۳	۲	(۶-۰)	۲/۷ (۴۵)
۲	وضعیت نوبت‌دهی	۶	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۳	۷	۰	۰	۲	۱	(۸-۰)	۱/۵ (۱۸.۷۵)
۳	خدمات ارتقای سلامت و مراقبت پزشکی	۱۴	۴	۴	۴	۵	۶	۵	۶	۱۰	۸	۴	۶	۱۱	(۲۲-۰)	۶/۷ (۵۴.۲۸)
۴	اطلاعات و آموزش	۱۰	۲	۶	۱۲	۵	۷	۸	۶	۱۱	۳	۴	۴	۸	(۱۲-۰)	۶/۶ (۵۵)
۵	محیط فیزیکی	۱۶	۱۲	۱۲	۱۶	۱۰	۱۳	۱۶	۱۵	۱۶	۱۴	۱۴	۱۳	۱۵	(۱۶-۰)	۱۴ (۸۷.۵۰)
۶	وضعیت سرویس‌های بهداشتی	۹	۱۲	۹	۱۴	۶	۷	۷	۸	۱۴	۱۰	۱۰	۱۲	۱۰	(۱۴-۰)	۹/۸ (۷۰)
۷	تابلوهای راهنما	۵	۲	۶	۶	۴	۴	۶	۶	۶	۴	۶	۶	۶	(۶-۰)	۵/۱ (۸۵)
۸	وضعیت خدمات بستری	۶	۲	۵	۸	۲	۵	۶	۴	۷	۲	۳	۴	۳	(۸-۰)	۴/۳ (۵۳/۷۵)
۹	پذیرش و پرداخت هزینه	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴	۳	۰	۰	۱	۰	(۸-۰)	۰/۸ (۱۰)
۱۰	جمع	۷۱	۳۶	۴۴	۶۲	۳۶	۴۵	۵۰	۵۶	۷۹	۴۴	۴۳	۵۱	۵۶	(۱۰۰-۰)	۵۱/۷ (۵۱)

سالمند

www.SID.ir

Archive of SID

جدول ۳. همبستگی ویژگی‌های بیمارستان‌ها موردمطالعه با نمره دوستدار سالمند بودن آن‌ها

ویژگی‌های بیمارستان	r	P (sig (2- tailed)
نوع مالکیت (دولتی- غیردولتی)	-	-
نوع فعالیت (عمومی- تخصصی)	۰/۳۳۴	۰/۲۶۵
تخصص (سوانح سوختگی- زنان- چشم – خون و انکولوژی- قلب)	۰/۴۷۹	۰/۴۷۹
تعداد تخت مصوب	۰/۳۰۰	۰/۳۱۹
ضریب اشغال تخت	۰/۲۲۴	۰/۴۶۱
درجه اعتباربخشی	-	-
رشته تحصیلی مدیر (مدیریت - غیر مدیریت)	-۰/۳۳۶	۰/۲۱۹

سالمند

در حیطه‌های عدم برنامه‌ریزی مبتنی بر نیازهای سالمندان، محدودیت منابع مالی و کمبود نیروی انسانی متخصص، هرکدام ۲ سابتم مورد شناسایی قرار گرفت. تأکید بر ارتقای سلامت سالمندان در اسناد بالادستی، تخصیص بودجه کافی جهت مناسب‌سازی بیمارستان‌ها برای سالمندان، تعامل با بیمه‌ها و یا خیریه‌ها به‌منظور کاهش هزینه‌های سالمندان مخصوصاً سالمندان کم‌توان مالی و تصویب رشته تخصصی و فوق تخصصی طب سالمندی و پرستاری سالمندی، ازجمله راهکارهایی بودند که به گفته مشارکت‌کنندگان می‌توانند تا حدود زیادی مشکلات موجود در این حیطه‌ها را مرتفع کنند.

«نبود برنامه‌هایی برای سالمندان ازطریق سیاست‌گذاری‌های کلان وزارت بهداشت و سازمان‌های بالادستی، تأثیر زیادی در نوع و نحوه ارائه خدمات بیمارستان‌ها به سالمندان و پاسخ‌گویی آنان خواهد داشت.» (م۱۳).

« بایستی بودجه‌های لازم برای سالمند دوست‌سازی بیمارستان‌ها در نظر گرفته شود. ما درحال‌حاضر نیازمند ردیف‌های بودجه‌ای هستیم تا بتوانیم در جهت ایجاد زیرساخت‌ها در این زمینه گام برداریم.» (م۱- ۱۳).

«دانشگاه علوم‌پزشکی باید برای تربیت نیروی متخصص در این رشته اقدام کند و درحال‌حاضر کسی برای ایفای این نقش در بیمارستان‌های ما وجود ندارد.» (م۱- ۱۳).

درنهایت، حیطه‌های هماهنگی و تعاملات بین‌بخشی ضعیف و عدم‌توانمندسازی کارکنان هرکدام با ۱ سابتم، قرار گرفتند. مهم‌ترین راهکارهایی که مشارکت‌کنندگان برای رفع این چالش‌ها پیشنهاد کرده‌اند شامل رفع موازی‌کاری‌ها و استفاده بهینه از تسهیلات و منابع مالی بخش‌های مختلف و در نظر گرفتن برنامه‌های آموزشی مدون و به‌روز برای کارکنان به‌منظور برقراری ارتباط مناسب با سالمندان بود.

«بایستی از موازی‌کاری جلوگیری شود. مثلاً اگر پارکینگ‌های عمومی و اختصاصی در سطح شهر در نزدیکی بیمارستان‌ها تعبیه شوند مشکلات دسترسی سالمندان به بیمارستان‌ها حل خواهد شد. نه اینکه در یک بیمارستان، بودجه‌ای برای پارکینگ اختصاصی بیماران سالمند مجدداً صرف شود.» (م۱و۴- ۸ و۱۳).

«آموزش کارکنان جهت تعامل با سالمندان و آشنایی با ویژگی‌های آنان و بیماری هایشان به‌عنوان یکی از اقشار آسیب‌پذیر جامعه ضروری است.» (م. ب۱۳و ک. ب۴ و م.۱۱).

بحث

هدف از انجام این مطالعه، شناسایی چالش‌های بیمارستان‌های دانشگاهی شهر اصفهان از جهت تناسب با معیارهای بیمارستان‌های دوستدار سالمند و ارائه راهکارهای مناسب برای ارتقای وضعیت موجود و حرکت به سمت بیمارستان‌های دوستدار سالمند بود. براساس یافته‌های این پژوهش، بیمارستان‌های موردمطالعه ازلحاظ دسترسی سالمندان در وضعیت مطلوبی قرار نداشتند. به‌طوری‌که میانگین نمره بیمارستان‌های مذکور در این زمینه ۲/۷ بود. در مطالعه الحمدان و همکاران نیز خدمات حمل‌ونقل عمومی در هیچ‌یک از مراکز در دسترس نبود [۲۴]. این در حالی است که در مطالعه احمدی و همکاران اکثر بیمارستان‌های موردمطالعه ازنظر دسترسی به وسایل حمل‌ونقل عمومی در وضعیت مناسبی قرار داشتند، اما به لحاظ وجود جایگاه پارک خودرو و ورودی مجزا و مخصوص سالمندان، وضعیت آن‌ها نامطلوب بود [۱۶]. بر طبق گفته مصاحبه‌شوندگان، برای رفع این موانع به همکاری بین‌بخشی مطلوبی نیاز است تا بتوان با استفاده مطلوب و بهینه از منابع و امکانات موجود از موازی‌کاری و هدررفت منابع جلوگیری کرد و دسترسی سالمندان به مراکز درمانی را ارتقا داد.

www.SID.ir

جدول ۴. چالش‌های بیمارستان‌های شهر اصفهان در راستای دوستدار سالمند بودن در سطوح مختلف نظام سلامت و راهکارهای اصلاحی ارائه‌شده متناظر به هر چالش

دسته‌بندی چالش‌ها	نمونه‌هایی از چالش‌ها	راهکارهای اصلاحی
عدم برنامه‌ریزی مبتنی بر نیازهای سالمندان	عدم تدوین برنامه‌های سالمندمحور برای بیمارستان‌ها عدم ابلاغ سیاست‌های کلان مصوب با تأکید بر سالمندمحور بودن فرایندها	تدوین برنامه‌ها و سیاست‌ها در سطح کلان با محوریت ارائه خدمات سلامت به سالمندان در مراکز بهداشتی‌درمانی دوستدار سالمند تأکید بر ارتقای سلامت سالمندان در اسناد بالادستی
محدودیت منابع مالی	نبود منابع مالی کافی جهت مناسب‌سازی بیمارستان‌ها برای سالمندان عدم وجود اعتبارات به‌منظور کاهش هزینه‌های سالمندان	تخصیص بودجه کافی جهت مناسب‌سازی بیمارستان‌ها برای سالمندان دادن اختیار به بیمارستان‌ها جهت هزینه منابع مالی در راستای برنامه بیمارستان دوستدار سالمند تعامل با بیمه‌ها و یا خیریه‌ها به‌منظور کاهش هزینه‌های سالمندان مخصوصاً سالمندان کم‌توان مالی
عدم تمرکز بر سیاست‌های پیشگیری و درمان	کمبود یا نبود برنامه‌های مدون برای مشاوره، معاینه، درمان و پیگیری سالانه بیماران بالای ۶۰ سال عدم اجرای برنامه و پروتکل غربالگری سالمندان در بیمارستان عدم ارائه خدمات سلامت در منزل برای سالمندان عدم وجود خدمات بستری اختصاصی	تنظیم دستورالعمل برای پیگیری مشاوره و درمان سالمندان و شناسایی سالمندان در منطقه تحت پوشش هر بیمارستان ارائه و یادآوری به‌موقع خدمات خاص به سالمندان ایجاد بیمارستان تخصصی سالمند ایجاد بخش‌های اختصاصی سالمند تصویب احداث کلینیک‌های دولتی تخصصی سالمندان
هماهنگی و تعاملات بین‌بخشی ضعیف	عدم وجود همکاری بین سازمان‌ها در ایجاد شهر دوستدار سالمند (در دسترسی‌ها، فضاها، بودجه‌بندی‌ها، ارتباطات، اوقات فراغت، تسهیلات و غیره)	اختصاص قسمتی از پارکینگ عمومی بیمارستان به سالمندان و یا هماهنگی با دیگر سازمان‌ها برای اختصاص پارکینگ به سالمندان تغییر بعضی مسیرهای اتوبوس جهت تسهیل دسترسی به بیمارستان‌ها ایجاد فضاهای سبز در کنار بیمارستان‌ها راه‌اندازی مترو، بی‌آرتی، ایستگاه اتوبوس و تاکسی در نزدیکی بیمارستان‌ها ایجاد تسهیلات مالی، تسهیلات تأمین و یا ارسال دارو، تسهیلات آموزشی
کمبود نیروی انسانی متخصص	نبود متخصص طب سالمندی در بیمارستان عدم وجود بورسیه برای متخصصان طب سالمندی	تصویب رشته تخصصی و فوق تخصصی طب سالمندی و پرستاری سالمندی ترویج تخصص طب سالمندی و تکمیلی پرستاری سالمندی و ترغیب افراد برای تحصیل در رشته‌های مذکور از طریق ارائه بورسیه‌های تحصیلی و غیره
مدیریت ضعیف فرایند پذیرش	عدم وجود خط تلفن خاص یا سیستم نوبت‌دهی و یادآوری نوبت‌ها برای سالمندان عدم وجود سیستم و فرایند خاص برای تنظیم وقت معاینه سالمندان عدم وجود سیستم اولویت‌دهی به سالمندان در تمامی خدمات عدم وجود امکانات تفریحی و سرگرمی	طراحی سامانه ویژه نوبت‌دهی یا تعریف ویژه سالمندان در سیستم فعلی توسط دانشگاه علوم‌پزشکی اصفهان با در نظر گرفتن نوبت‌دهی زمان درخواست ویزیت و اعلام به‌روز زمان ارائه و یادآوری به‌موقع خدمات خاص به سالمندان طراحی یک خط تلفن گویا به تفکیک سن بیشتر یا کمتر از ۶۰ سال در نظر گرفتن کانتر و منشی مجزا مخصوص پاسخ‌گویی و نوبت‌دهی به سالمندان به طوری که سالمندان در بدو ورود بدون سردرگمی بتوانند آن را مشاهده کنند. ارائه برنامه ویژه داروخانه‌های بیمارستان در جهت اولویت‌دهی به سالمندان، توجیه نسخ آن‌ها و چگونگی محاسبه هزینه‌هایشان توسط دانشگاه علوم‌پزشکی و ارائه آن به مراکز دولتی دلپذیر کردن زمان انتظار با تدارک وسایل سرگرم‌کننده برای سالمندان (بیماران جوان‌تر خود را با مطالعه و تلویزیون سرگرم می‌کنند. در رابطه با سالمندان به دلیل کم‌شنوایی یا کم‌بینایی یا غیره امکان بهره‌برداری از این وسایل نیست. وجود وسایل سرگرمی به غیر از این موارد لازم است.) ارائه سریع‌تر صورت‌حساب با کاهش رفت‌وآمدها و معطلی‌ها. ازطریق نرم‌افزار و اپلیکیشن‌ها
عدم توانمندسازی کارکنان	کمبود آموزش مبانی طب سالمندان و ۴ بیماری اصلی آنان و نحوه تعامل با آن‌ها و مشاوره به آنان به همه کارکنان (اداری و درمانی)	در نظر گرفتن برنامه‌های آموزشی مدون و به‌روز برای پزشکان پرستاران و کارمندان برای تعامل با سالمندان آموزش مبانی طب سالمندان و عوامل خطر سلامت سالمندان با روش‌های مختلف مجازی، حضوری و کتبی و شنیداری به کارکنان در جهت مشاوره به سالمندان

www.SID.ir

دسته‌بندی چالش‌ها	نمونه‌هایی از چالش‌ها	راهکارهای اصلاحی
تسهیلات و زیرساخت‌های ناکافی محیط فیزیکی	نبود ورودی مجزا و مخصوص سالمندان کمبود تسهیلات اختصاصی برای راهنمایی سالمندان در بخش‌های مختلف نبود تسهیلات و امکانات لازم در کلینیک‌های بیمارستان‌ها برای سالمندان عدم وجود امکانات ارتباطی برای سالمندان در تمامی فضاها و طبقات و بخش‌ها پیچیدگی فضای داخل مرکز / بیمارستان برای سالمند لیز بودن کف بیمارستان / مرکز نبود در دوطرفه سرویس‌های بهداشتی	تجهیز کلینیک‌های فعلی برای شرایط مناسب سالمندی تا حد امکان تجهیز بیمارستان به زنگ اخبار و تلفن در دسترس در نقاط مختلف بیمارستان تعبیه لاستیک‌های ضد لغزش در نواحی پله‌ها، ورودی‌ها و سطوح لغزنده اعمال استانداردهای محیط فیزیکی در بیمارستان‌های دوستدار سالمند مد نظر قرار دادن زبان محلی استان‌های همجوار استان اصفهان و اعمال روی تابلوهای راهنما مخصوصاً در بزرگ‌ترین بیمارستان استان (خصوصاً که مراجعین زیادی از استان‌ها و شهرهای اطراف برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به این مراکزمراجعه می‌کنند) اختصاص کوتاه‌ترین و راحت‌ترین مسیر ورودی به بیمارستان برای سالمندان تعبیه درب ورودی مختص سالمندان
چالش‌های مربوط به جایگاه و موقعیت شغلی (استخدام نیرو)	عدم وجود چارت سازمانی ویژه خدمات‌رسانی به قشر سالمند در بخش‌های مختلف مانند پذیرش، صندوق، اورژانس و غیره عدم وجود افراد خاصی به‌عنوان هماهنگ‌کننده خدمات مراقبت سلامت برای سالمندان عدم وجود افراد مراقبت‌کننده از سالمندان در بخش‌های بستری انتصاب مدیران با رشته‌های تحصیلی غیرمرتبط	تصویب چارت سازمانی ویژه خدمات‌رسانی به قشر سالمند در بخش‌های مختلف مانند پذیرش صندوق اورژانس و غیره به کار گماشتن افرادی به‌عنوان هماهنگ‌کننده خدمات مراقبت سلامت برای سالمندان به کار گماشتن افرادی تحت عنوان مراقبین سالمندان در بخش‌های بستری به‌کارگیری مدیران براساس اصول شایسته‌سالاری و آشنا به جنبه‌های مختلف ارائه خدمات سلامت در بیمارستان

سالمند

از سوی دیگر، کوتاه‌تر شدن زمان نوبت‌دهی به سالمندان از جهات مختلف جسمی (درمان سریع‌تر و انتقال کمتر بیماری‌ها و عفونت‌های شایع بیمارستانی به ایشان)، روحی (کاهش استرس و تحمل درد و رنج، احساس مورد توجه بودن، کاهش زمان حضور در بیمارستان) و خانوادگی و اجتماعی (کاهش زمان صرف‌شده توسط همراهان سالمند و حضور آنان در حوزه‌های اقتصادی و اجتماعی) حائز اهمیت است [۲۵]. براساس نتایج مطالعه حاضر، بیش از ۸۰ درصد از بیمارستان‌های موردمطالعه برنامه زمانی مناسب برای مراجعه سالمندان و سیستم مجزا برای نوبت‌دهی و یادآوری نوبت برای سالمندان نداشته‌اند. در مطالعه احمدی و همکاران [۱۶] و گوهری‌نژاد و همکاران [۲۶] نیز مراکز موردمطالعه در این زمینه وضعیت مطلوبی نداشتند. اما مطالعه آگوستین و همکاران نشان داد بیمارستان‌های موردمطالعه در هند به این موضوع توجه ویژه داشته و اولویت‌دهی به سنین بالا را در نظر گرفته‌اند [۲۷]. مصاحبه‌شوندگان نیز به مدیریت ضعیف فرایند پذیرش و نوبت‌دهی اشاره و بیان کرده‌اند که طراحی سامانه ویژه نوبت‌دهی، یادآوری به‌موقع زمان ویزیت، در نظر گرفتن کانتر و منشی مجز وا مخصوص پاسخ‌گویی و نوبت‌دهی به سالمندان می‌توانند جهت رفع مشکلات موجود در این زمینه به کار برده شوند. مطالعات متعدد نیز بر این موارد تأکید کرده‌اند [۲۱، ۲۸-۲۹].

بر طبق نتایج این مطالعه، به‌طورکلی در ۵۴/۲۸ درصد از بیمارستان‌ها، بیماران سالمند تا حدودی مورد مشاوره، معاینه، درمان و پیگیری قرار می‌گیرند و بیمارستان‌ها برنامه‌هایی برای ارتقای سلامت سالمندان داشته‌اند. در مطالعه احمدی و همکاران نیز بیمارستان‌ها وضعیت مطلوبی در این زمینه نداشتند [۱۶]. گوهری‌نژاد و همکاران نیز در مطالعه خود، بیان کرده‌اند که یکی از نقایص خدمات بهداشتی ارائه‌شده به سالمندان در ایران، ترخیص سالمندان از بیمارستان بدون برنامه پیگیری مناسب یا عدم مراجعه به خدمات توانبخشی پس از درمان است [۲۶]. این در حالی است که مراقبت‌های بهداشتی ارائه‌شده به افراد مسن باید ویژگی‌های بیماری‌های مزمن و همراه ناشی از افزایش سن را در نظر بگیرند. بااین‌حال، خدمات بهداشتی هنوز بیش از حد به سمت موقعیت‌های حاد گرایش دارند. برای غلبه بر این مشکل، سازمان جهانی بهداشت مجموعه‌ای از اصول سازگار با سن را پیشنهاد کرده است که به دنبال بهینه‌سازی ارائه مراقبت‌های بهداشتی برای این جمعیت است [۳۰]. همچنین در مطالعات متعدد بر لزوم ارائه کارت سلامت سالمندان و یا پرونده سوابق بهداشتی سالمندان تأکید شده است [۳۱، ۳۲]. بر طبق گفته‌های مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، نیاز به تقویت یک رویکرد مشارکتی در این زمینه وجود دارد. همچنین جای خالی وجود متخصص طب سالمندان در بیمارستان‌های کشور بسیار احساس می‌شود و تعداد اندک موجود قادر به پاسخ‌گویی به نیازهای سالمندان کشور نیستند. این در حالی است که با وجود متخصص طب سالمندان، سالمند به جای مراجعه به تخصص‌های مختلف، طی یک معاینه جامع، درمان مناسب را دریافت کرده و عوارض جانبی کمتری برای وی ایجاد می‌شود [۲۶].

www.SID.ir

ارائه خدمات سلامت به وسیله کارکنان آگاه و آموزش‌دیده درزمینه مشکلات سالمندی، باعث می‌شود تا پیامدهای نامطلوب ناشی از بستری شدن در بیمارستان کاهش یافته و یا از آن پیشگیری شود. از سوی دیگر ارائه خدمات باکیفیت به وسیله افراد متبحر و متخصص به افزایش رضایتمندی سالمندان می‌شود [۳۳]. در مطالعه حاضر حدود ۵۵ درصد از بیمارستان‌های موردمطالعه در برنامه‌های آموزشی خود مباحث مهارت برقراری ارتباط و تعامل صحیح با سالمندان، ۴ بیماری اصلی آنان و ارائه مشاوره‌های پیشگیرانه بهداشتی به سالمندان را گنجانده‌اند. در مطالعه احمدی و همکاران ۲۳ درصد از بیمارستان‌های موردمطالعه تا حدودی این آموزش‌ها را در برنامه آموزشی خود گنجانده‌اند[۱۶]. همچنین مطالعات متعدد دیگر نشان داده‌اند که نحوه برقراری ارتباط کادر درمان با سالمندان دارای وضع نامناسبی است [۳۲، ۳۴]. بیماران مسن اغلب توسط تیم پزشکی به اندازه کافی جدی گرفته نمی‌شوند، زیرا معتقدند که سالمندان مرحله پویایی و سازندگی زندگی خود را پشت سر گذاشته و دیگر موردنیاز جامعه نیستند. در نتیجه این تصور، آخرین اولویت برای دریافت خدمات به آن‌ها داده می‌شود [۲۶]. مصاحبه‌شوندگان در این مطالعه به نقش توانمندسازی کارکنان در این زمینه تأکید کرده‌اند. مطالعات مختلف نیز بر نقش آموزش در افزایش صبر کارکنان در مدت‌زمان تعامل با سالمندان [۳۵] پاسخ‌دهی بهتر به سالمندان [۳۶]، بهبود دانش و اعتمادبه‌نفس آنان در مراقبت از سالمندان [۳۷]، به‌روزرسانی اطلاعات کارکنان و ارتقای اطلاعات بهداشتی و مراقبت از خود در سالمندان تأکید کرده‌اند [۳۶].

براساس یافته‌های مطالعه حاضر، ۸۷/۵ درصد از بیمارستان‌های موردمطالعه به لحاظ محیط فیزیکی در وضعیت مطلوبی قرار داشتند. به‌طوری‌که نورپردازی مناسب، عریض بودن درب‌های بیمارستان‌ها و آسانسورها، رمپ‌های مناسب و وجود نرده در کنار پله‌ها در اکثر بیمارستان‌ها رعایت شده بود. اما به لحاظ عدم‌پیچیدگی فضای مراکز، لیز نبودن کف بیمارستان‌ها و امکانات ارتباطی برای سالمندان در تمام فضاهای بیمارستان، نیازمند بهبود بودند. نتایج این مطالعه با مطالعه الحمدان هم‌خوانی دارد [۲۴]. در مطالعه احمدی و همکاران نیز بیش از ۵۰ درصد بیمارستان‌ها دارای امکانات و روشنایی مناسب بودند [۱۶]. همچنین در مطالعات متعدد به اهمیت شرایط فیزیکی و ساختاری بیمارستان در حرکت به سمت دوستدار سالمند شدن اشاره شده است [۲۸، ۳۵]. به طور مثال، رحمان‌پور و همکاران در مطالعه خود بیان کرده‌اند که فقدان محیط مناسب در بیمارستان می‌تواند موجب تشدید استرس، افزایش احتمال حوادث ازجمله سقوط، کاهش تحرک و استقلال و درنهایت افزایش ناتوانی‌ها و آسیب‌ها در سالمندان شود [۳۸]. مصاحبه‌شوندگان نیز به نقش محیط فیزیکی در رفاه و ایمنی سالمندان اشاره و بیان کرده‌اند که بایستی در راستای رفع نقاط ضعف مذکور اقدامات لازم صورت گیرد. براساس یافته‌های مطالعه حاضر، حدود ۷۰ درصد بیمارستان‌های موردمطالعه به لحاظ وضعیت سرویس‌های بهداشتی در وضعیت مطلوبی قرار داشتند. در دسترس بودن توالت در همه فضاهای بیمارستانی، نصب زنگ اخبار، وجود دستگیره کمکی، لیز نبودن کف، وجود توالت فرنگی از نکات مثبت حائز اهمیت بوده است. همچنین وجود مراقب و همراه برای سالمندان در زمان نیاز به توالت و درهای بازشونده از ۲ طرف در بیش از یک‌سوم از بیمارستان‌ها مورد توجه قرار گرفته است. در مطالعات متعدد نیز به اهمیت طراحی سرویس‌های بهداشتی متناسب با شرایط خاص آناتومی و جسمی و وجود انواع ناتوانی یا کم‌توانی‌ها در سالمندان تأکید شده است [۱۴، ۲۲، ۳۸].

همچنین در این مطالعه حدود ۸۵ درصد بیمارستان‌های موردمطالعه به لحاظ تابلوهای راهنما در وضعیت مطلوبی قرار داشتند. به‌طوری‌که تابلوهای راهنما در تمامی بخش‌های بیمارستان‌های موردمطالعه نصب شده و کاراکترهای روی تابلوهای راهنما نیز به‌صورت مناسب درج شده بود. نتایج مطالعه حاضر با سایر مطالعات هم‌خوانی دارد [۱۹، ۳۰]. در بحث زبان نوشتار تابلوهای راهنما، ۴۶ درصد از بیمارستان‌ها این موضوع را رعایت کرده‌اند که این میزان در مطالعه احمدی ۳۸ درصد گزارش شده است [۱۶]. به دلیل ایجاد و شروع اختلال در بینایی، شنوایی، ابتلا به سطوح مختلفی از دمانس، کاهش توانایی در ایجاد تمرکز و پردازش اطلاعات، کاهش سرعت تشخیص موقعیت‌ها و از سوی دیگر ترس از بیماری و استرس ناشی از ورود به محیطی ناشناخته، نقش علائم راهنما در مراکز بهداشتی‌درمانی حائز اهمیت است [۱۶، ۲۸، ۳۵]. بدین‌منظور باید نهایت دقت و حساسیت را در آماده کردن تابلوهای راهنمای بیمارستان به کار برد تا بتوان هرچه بیشتر و بهتر به سالمندان با مشکلات عدیده ذکرشده، به‌طور مؤثر خدمت‌رسانی کرد. مصاحبه‌شوندگان در این پژوهش نیز به نقش مهم تابلوهای راهنما در دوستدار سالمندسازی بیمارستان‌ها اشاره کرده‌اند.

در حیطه خدمات بستری، ۵۳/۷۵ درصد از بیمارستان‌های موردمطالعه از وضعیت مطلوبی برخوردار بودند. به‌طوری‌که نمازخانه و مکان‌های عبادت تقریباً در همه بیمارستان‌ها وجود داشت و افراد مراقبت‌کننده از سالمندان در اکثر بخش‌های بستری حضور داشتند، اما به لحاظ وجود امکانات تفریحی و سرگرمی نیاز به بهبود هرچه بیشتر وجود داشت و تنها در یک بیمارستان بخش مجزا برای سالمندان در نظر گرفته شده بود. در مطالعه احمدی و همکاران نیز تنها ۲۳ درصد از بیمارستان‌ها افراد مراقبت‌کننده از سالمندان را تعیین کرده بودند و بخش بستری مختص سالمندان در هیچ‌یک از بیمارستان‌های شهر

www.SID.ir

تهران وجود نداشته و ۳۱ درصد تاحدودی امکانات مناسب سرگرمی و تفریحی را داشته‌اند [۱۶]. باتوجه‌به ارتباط معنادار فعالیت‌های تفریحی و مذهبی با سلامت روان سالمندان [۳۹]، تیم مدیریت بیمارستان باید به این موضوع توجه ویژه‌ای داشته باشند. مصاحبه‌شوندگان نیز به نیاز به امکانات تفریحی و وجود یک بیمارستان تخصصی سالمندان در اصفهان و یا اختصاص بخشی برای سالمندان، اشاره کرده‌اند.

بیمارستان‌های موردمطالعه، در ارتباط با وضعیت پذیرش و پرداخت هزینه سالمندان با میانگین نمره ۰/۸ (۱۰ درصد) وضعیت مطلوبی نداشته‌اند. تقریباً در هیچ‌کدام از بیمارستان‌ها صورت‌حساب بیمارستان از روز قبل یا ساعت قبل از ترخیص سالمندان آماده نمی‌شود و امتیاز خاصی برای سالمندان در خصوص پرداخت هزینه‌ها دیده نشده است. نتایج مطالعه حاضر، با مطالعه احمدی و همکاران [۱۶] هم‌خوانی دارد. مصاحبه‌شوندگان نیز به مشکلات موجود در این زمینه اذعان داشته و بیان کردند که می‌توان با ایجاد تعامل بین بخش‌های صندوق و بایگانی، طراحی نرم‌افزارهایی جهت ارائه سریع‌تر صورت‌حساب سالمندان، در نظر گرفتن متصدی ویژه برای امور سالمندان و ایجاد تعامل بیشتر بین صندوق‌های بیمه تکمیلی و صندوق و مدیریت بیمارستان جهت تسریع امور و کاهش هزینه‌های سالمندان اقدام کرد.

چنان‌که مشاهده شد، رابطه آماری معنی‌داری بین برخی از ویژگی‌های بیمارستان‌ها، ازجمله نوع مالکیت، نوع فعالیت، تخصص، تعداد تخت، ضریب اشغال تخت، درجه اعتباربخشی، رشته تحصیلی مدیر و میزان نمره کل دوستدار سالمند بودن بیمارستان‌ها مشاهده نشد. درحقیقت می‌توان گفت که در این مطالعه به دلیل تعداد نمونه کم بیمارستان‌ها که کلاً ۱۳ مورد بود و مشابهت ویژگی‌های اکثریت آن‌ها با یکدیگر، ازنظر آماری توان محاسبه آزمون فرضیه ارتباط معنادار بین ویژگی‌های بیمارستان و نمره دوستدار سالمند بودن آن‌ها وجود نداشت. بنابراین این یافته درحقیقت به معنای نبودن چنین رابطه‌ای بین ویژگی‌ها و نمره دوستدار سالمند بودن نیست و برای بررسی چنین فرضیه‌ای لازم است این آزمون در مطالعه دیگری با حجم نمونه بیشتر انجام شود.

نتیجه‌گیری نهایی

مراقبت و تجربه بیمارستانی سالمندان در بیمارستان‌ها از عوامل مهم تعیین‌کننده سلامت و رفاه سالمندان است. افراد مسن اغلب به دلیل چندین بیماری مزمن، نیازهای اجتماعی و بهداشتی پیچیده‌ای دارند. علاوه‌براین، باتوجه‌به عوامل بیولوژیکی، انزوای اجتماعی و عاطفی و باری که بر دوش مراقبین است، طراحی متفاوتی در خدمات بهداشتی سالمندان نسبت به خدمات بهداشتی ارائه‌شده به سایر گروه‌های پرخطر ضروری است. این در حالی است که طبق نتایج این مطالعه، بیمارستان‌های موردمطالعه دارای کاستی‌های زیادی در این زمینه هستند. طبق نتایج این مطالعه، ترویج تخصص طب سالمندی و پرستاری سالمندی، طراحی سامانه ویژه نوبت‌دهی برای سالمندان، در نظر گرفتن متصدی ویژه برای امور سالمندان در بخش‌های مختلف بیمارستان، کاهش هزینه‌های درمان سالمندان، ارتقای برنامه‌های مشاوره، معاینه، درمان و پیگیری سالمندان با تأکید بر اسناد بالادستی و باتوجه‌به همکاری بین بخش‌های بهداشت و درمان، توانمندسازی کارکنان، ارتقای زیرساخت‌های فیزیکی و غیره می‌توانند برای رفع چالش‌های موجود کمک‌کننده باشند.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود که از آن جمله می‌توان به عدم تعمیم‌پذیری نتایج به زمان‌ها و مکان‌های دیگر به دلیل محدودیت‌های ذاتی مطالعات مقطعی، طولانی شدن روند جمع‌آوری داده‌ها به دلیل شیوع پاندمی کووید-۱۹، مشکل بودن جلب همکاری و مشارکت متخصصین مربوطه برای شرکت در پژوهش و خروج بیمارستان‌های دولتی نظامی از پژوهش به دلایل حراستی اشاره کرد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در حوزه‌های گسترده‌تر و با نمونه‌های بیشتر انجام شود. از دیگر پیشنهادات این مطالعه طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های مداخله‌ای جهت بهبود روش‌های ارائه مراقبت سلامت به سالمندان در بیمارستان‌هاست.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله مصوب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم‌پزشکی تهران با کد اخلاق IR.TUMS. SPH.REC.1399.062 است.

حامی مالی

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد خانم مریم ترابی در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در دانشگاه علوم‌پزشکی تهران است و با حمایت مالی معاونت پژوهشی آن دانشگاه انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

www.SID.ir

تشکر و قدر دانی

نویسندگان از مشارکت مسئولین بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در این مطالعه قدردانی می کنند.

www.SID.ir

References

[1] Golchin Z, Mosallanezhad Z, Rahmati Yami M, Abootalebi M, Shahab A. [The relationship between BMI and muscle strength in elderly people living in Tehran (Persian)]. Physical Treatments: Specific Physical Therapy Journal (PTJ). 2013; 2(2):29-36. [Link]

[2] Madani Ghahfarokhi S. [Report on the situation of aging in Iran 2008- 2019 (Persian)]. Tehran: Saba Retirement Strategies Institute; 2020. [Link]

[3] Khodadadi S, Pourhadi S, Hosseini SR, Sum S, Kheirkhah F, Mohammadi Z. [Investigating the relationship between social support, cognitive status, and depression with daily life activities of the elderly in Amirkola City (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2022; 17(1):2-15. [DOI:10.32598/sija.2021.593.4]

[4] Yahyavi Dizaj J, Tajvar M, Mohammadzadeh Y. [The effect of the presence of an elderly member on health care costs of Iranian households (Persian)]]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2020; 14(4):462-77. [Link]

[5] van Hoof J, Marston HR. Age-friendly cities and communities: State of the art and future perspectives. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(4):1644. [PMID] [PMCID]

[6] Nazmfar H, Alavi S, Sadeghi N, Eshghi Chaharborj A. [Feasibility of realization of age-friendly city (case study: Bukan city) (Persian)]. Urban Studies Quarterly. 2017; 7(27):67-78. [Link]

[7] Huang AR, Larente N, Morais JA. Moving towards the age-friendly hospital: A paradigm shift for the hospital-based care of the elderly. Canadian Geriatrics Journal . 2011; 14(4):100-3. [DOI:10.5770/cgj.v14i4.8] [PMID] [PMCID]

[8] Brindel P, Hanon O, Dartigues JF, Ritchie K, Lacombe JM, Ducimetière P, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the elderly: The three city study. Journal of Hypertension. 2006; 24(1):51-8. [DOI:10.1097/01.hjh.0000198028.84353.86] [PMID]

[9] Mohaqeqi Kamal SH, Basakha M. [Prevalence of chronic diseases among the older adults in Iran: Does socio-economic status matter? (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2022; 16(4):468-81. [DOI:10.32598/sija.2022.16.4.767.2]

[10] Zandi S, Pourreza A, Salavati S. [The study of consumption pattern and hospitalization costs of elderly covered by Iran health insurance organization (Persian)]. Journal of Health-Based Research. 2016; 2(1):15-27. [Link]

[11] Santos TD, Espírito Santo FH, Silva Cunha KC, Pinho Chibante CL. [Safety of hospitalized elderly patients: An integrative literature review (brezilian)]. Cogitare Enferm. 2016; 21(3):01-09. [Link]

[12] Lee EA, Gibbs NE, Fahey L, Whiffen TL. Making hospitals safer for older adults: Updating quality metrics by understanding hospital-acquired delirium and its link to falls. The Permanente Journal. 2013; 17(4):32-6. [DOI:10.7812/TPP/13-065] [PMID] [PMCID]

[13] Kocakoc N, Şahin S, Akcicek F. [Elderly friendly hospital concept first application in our country: Izmir Model (Turkish)]. International Journal of Scientific and Technological Research. 2020; 3(6):158-70. [Link]

[14] Parke B. [Physical design dimension of an elder friendly hospital: An evidence-based practice review undertaken for the Vancouver Island Health Authority. Victoria: University of Victoria, Centre on Aging, 2007.

[15] Amouei R & Keyvanara M. [Explaining the challenges of the Iranian health system in the face of future aging: Qualitative study. (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2022; 16(4):608-23. [DOI:10.32598/sija.2022.3270.1]

[16] Ahmadi A, Seyedin H, Fadaye-Vatan R. [Towards age-friendly hospitals in developing countries: A case study in Iran]. Health Promotion Perspectives. 2015; 5(1):42- 51 [DOI:10.15171/hpp.2015.006] [PMID] [PMCID]

[17] Adib- Hajbaghery M, Zehtabchi S. [Evaluation of elderly patients› privacy and their satisfaction level of privacy in selected hospitals in Esfahan (Persian)]. Journal of Medical Ethics. 2014; 8(29):97-120. [Link]

[18] Khezerloo S, Feizi A. [Comparison of communication barriers from nurses› and elderly patients› point of view at Urmia educational hospitals (Persian)]. Nursing And Midwifery Journal. 2018; 16(4):286-94. [Link]

[19] Saadati N, Bagheri S, Mardani F, Ajam M, Sadegh Moghaddam L. [Assessment of the physical environment of selected wards of Allameh Bohlul Hospital in Gonabad with Elderly Friendly Hospital Criteria (Persian)]. Paper presented at: The First Student Research Congress of Khorasan Universities of Medical Sciences. 23 October 2018; Gonabad, Iran. [Link]

[20] IRNA. [Office of Social Harms of the Ministry of Labor, Cooperation and Social Welfare (Persian)] [Internet]. 2019 [Updated 2019 October 8]. Availble from: [Link]

[21] World Health Organization. [Age- friendly primary health care centres toolkit]. Geneva: WHO; 2008. [Link]

[22] Rashmi MR, Kasthuri A, Rodrigues RJ. [Senior friendly hospitals: Development and application of criteria: A descriptive study]. Indian Journal of community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine. 2016; 41(4): 256- 62. [PMID]

[23] Graneheim UH, Lundman B. [Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness]. Nurse Education Today. 2004; 24(2):105-12. [DOI:10.1016/j.nedt.2003.10.001] [PMID]

[24] Alhamdan AA, Alshammari SA, Al-Amoud MM, Hameed TA, Al-Muammar MN, Bindawas SM, et al. [Evaluation of health care services provided for older adults in primary health care centers and its internal environment. A step towards age- friendly health centers. Saudi Medical Journal. 2015; 36(9):1091- 6. [DOI:10.15537/smj.2015.9.11789] [PMID] [PMCID]

[25] Tran K, Wright MD. [Senior friendly hospital care: A review of guidelines]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019. [Link]

[26] Goharinezhad S, Maleki M, Baradaran HR, Ravaghi H. A qualitative study of the current situation of elderly care in Iran: What can we do for the future? Global Health Action. 2016; 9:32156. [DOI:10.3402/gha.v9.32156] [PMID] [PMCID]

[27] Augustine V. [Senior friendly hospital strategy; Needs and challenges. A study in a selected hospital [BSc Dissertation]. Bangalor: Rajiv Gandi University of Health Sciences; 2010.

[28] Kim YS, Han SH, Hwang JH, Park JM, Lee J, Choi J, et al. Development of the Korean framework for senior-friendly hospitals: A Delphi study. BMC Health Services Research. 2017; 17(1):528. [DOI:10.1186/s12913-017-2480-0] [PMID] [PMCID]

www.SID.ir

[29] Kyani F, Mahmoudi Majdabadi Farahani M, Hajinabi K. [Factors affecting the development of age- friendly hospitals in Iran: A factor analysis (persian)]. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2019; 8(2):355- 67. [Link]

[30] Tavares J, Santinha G, Rocha NP. [Age-friendly health care: A systematic review]. Healthcare. 2021; 9(1):83. [DOI:10.3390/healthcare9010083.] [PMID] [PMCID]

[31] Karki S, Bhatta DN, Aryal UR. Older people›s perspectives on an elderly-friendly hospital environment: An exploratory study. Risk Management and Healthcare Policy. 2015; 8:81-9. [DOI:10.2147/RMHP.S83008] [PMID] [PMCID]

[32] Tanyi PL, Pelser A, Schumacher U. Towards an «age-friendly-hospital»: Older persons› perceptions of an age-friendly hospital environment in Nigeria. Cogent Medicine. 2020; 7(1):1853895. [Link]

[33] Jannat Alipour Z, Fotoukian Z, Momenzadeh M, Ahmadi H. [Elderly-friendly hospitals, a step towards improving the health of the elderly: A review study (Persian)]. Caspian Journal of Health and Aging. 2021; 6 (2):22-41. [Link]

[34] Salami S, Samoe R. [A Study of the satisfaction rate of elderly patients in general hospitals affiliated with the Isfahan University of Medical Sciences (Persian)]. Health Information Management. 2010; 8 (8):1097-103. [Link]

[35] Woo J, Mak B, Yeung F. Age-friendly primary health care: An assessment of current service provision for older adults in Hong Kong. Health Services Insights. 2013; 6:69-77. [DOI:10.4137/HSI.S12434] [PMID] [PMCID]

[36] Sedeh GS, Mahfoozpour S, Hessam S, Tabibi SJ. [The necessity of aligning the human resources strategies of health system with the mega- trends of the older people health domain (Persian)]. Depiction of the Health. 2018; 9(3):172- 85. [Link]

[37] Galvin JE, Kuntemeier B, Al-Hammadi N, Germino J, Murphy-White M, McGillick J. Dementia-friendly hospitals: Care not crisis»: An educational program designed to improve the care of the hospitalized patient with dementia. Alzheimer Disease and Associated Disorders. 2010; 24(4):372-9. [DOI:10.1097/WAD.0b013e3181e9f829] [PMID] [PMCID]

[38] Rahmanpour MS, Tirgar A, Ebadi A, Sum S, Nikpour M. [Determining the components of the structural characteristics assessment tool for the age- friendly hospitals (Persian)]. Journal of Gerontology. 2019; 4(2):1-10. [DOI:10.29252/joge.4.1.1]

[39] Hosseinizare SM, Tajvar M, Abdi K, Esfahani P, Geravand B, Pourreza A. [Leisure spending patterns and their relationship with mental health in the elderly in Iran (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2020; 15(3):366-79. [Link]

www.SID.ir

Archive of SID

This Page Intentionally Left Blank

www.SID.ir