

Elderly readmission prevalence and related factors in educational hospitals in Bojnurd, April-May 2017



Jahani A¹, *Tayebi V², Hares Abadi M³, Taher Pour M⁴

<https://crossmark.crossref.org/dialog/?doi=10.29252/joge.3.1.63>

1- MSc Student in Eldemsc, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.

2- Faculty Member, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran (**Correspondent Author**)

E-mail: vi_tay@yahoo.com

3- Faculty Member, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.

4- Faculty Member, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.

Abstract

Introduction: Elderly re-admission to the hospital is a recurrent, costly and often life-threatening event. This study has been performed with the aim of assess the prevalence and factors associated with elderly re-admission.

Method: The present study is a descriptive-analytic study with cross-sectional method which was done through convenience sampling. The study was done on a total of 441 elderly who were eligible for entering the study and discharged from three hospitals in Bojnourd in April-May 2017. Data gathering tool was a researcher-made questionnaire that its reliability is calculated with Cronbach's alpha coefficient 0.86 and face and content validity was approved by ten faculty members in geriatric nursing department. The questionnaire was completed in three stages: From May 1 for a month daily, then at the end of a month and three months after the discharge of each patient. Data was collected using information obtained from the patient himself or his companions also by referring to the information in the HIS system and patient records. Data interpretation was done using SPSS-21.

Results: The majority of sample (56%) were female, (67%) aged 60-75 years old, (64.5%) married, (52%) lived in the city, (56%) had independent income, (74%) illiterate, (45%) and lived with children 45 of the discharged elderly (%10.2) had a re-admission within one month and within three months after the discharge was 61 people (%13.8). The results of the findings are based on chi-square test showed a significant relationship between the elderly dependency status and re-admission ($p < 0/01$). There was no significant relationship for other factors such as demographic and clinical variables as well as environmental- hospital variables with elderly readmission ($p \geq 0/05$).

Conclusion: Elderly patients who have a level of dependency on their relatives, more likely to be re-admitted. Paying attention to the dependence of the elder on relatives; to meet their basic needs; serves as a prevention of their subsequent sequelae and re-hospitalization.

Keywords: re-hospitalization, readmission, elderly.

Access this article online



Website:
www.joge.ir

DOI:
[10.29252/joge.3.1.63](https://doi.org/10.29252/joge.3.1.63)

بررسی شیوع و عوامل مرتبط با بستری شدن مجدد سالمندان در بیمارستان های منتخب آموزشی شهر بجنورد، سال ۱۳۹۶

علی جهانی^۱، *ویدا طیبی^۲، مهدی حارث آبادی^۳، معصومه طاهر پور^۴

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
- ۲- عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: vi_tay@yahoo.com
- ۳- عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
- ۴- عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

نشریه سالمندشناسی دوره ۳ شماره ۱ تابستان ۱۳۹۷، ۶۳-۷۱

چکیده

مقدمه: بستری مجدد در سالمندان، یک رویداد تکرار پذیر، پر هزینه و اغلب یک فاکتور پیشگویی کننده تهدید حیات می باشد. مطالعه حاضر به منظور بررسی شیوع بستری مجدد و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که از طریق نمونه گیری آسان صورت گرفت. از ابتدای اردیبهشت ماه ۱۳۹۶، ۴۴۱ سالمند ترخیص شده از سه بیمارستان آموزشی شهر بجنورد؛ دارای شرایط ورود به مطالعه؛ به عنوان نمونه در نظر گرفته شدند. تعیین پایایی پرسشنامه محقق ساخته با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و تأیید روایی از سوی ده نفر از اساتید صورت گرفت. اطلاعات مربوط به بیماران در سه مرحله؛ از ابتدای اردیبهشت به مدت یکماه روزانه و سپس در پایان یک ماه و سه ماه پس از ترخیص هر بیمار؛ جمع آوری گردید. تجزیه تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار Spss-۲۱ انجام شد.

یافته ها: اکثریت واحد پژوهش ۲۴۷ نفر (۵۶ درصد) زن و ۲۹۵ نفر (۶۷ درصد) در محدوده سنی ۶۰ تا ۷۵ سال قرار داشتند. همچنین ۲۸۴ نفر (۶۴/۵ درصد) را متاهلین و ۱۹۸ نفر (۴۵ درصد) را سالمندان دارای همراه فرزند در زندگی تشکیل دادند. ۱۰/۲ درصد از سالمندان ترخیص شده، ظرف مدت یک ماه پس از ترخیص و ۱۳/۸ درصد آنها طی مدت سه ماه پس از ترخیص به علل مختلف مجددا در بیمارستان بستری گردیدند. نتایج ارتباط معنی داری را بین وابستگی سالمندان پس از ترخیص با بستری مجدد نشان داد ($p < 0,001$). درمورد سایر عوامل دموگرافیک، متغیرهای بالینی، محیطی و بیمارستانی ارتباط معنی داری وجود نداشت ($p > 0,05$).

نتیجه گیری: سالمندان ترخیص شده که جهت فعالیت های روزانه به همراهان خود وابسته هستند، احتمال بستری شدن مجدد بیشتری دارند. توجه به امر وابستگی بیمار به همراهان جهت رفع نیازهای پایه، به منزله پیشگیری از تبعات بعدی و بستری شدن مجدد وی می باشد.

کلید واژه ها: شیوع، بستری مجدد، سالمند.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۸/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۴

مقدمه

سالمندی پدیده ای جهانی است. از نظر سازمان جهانی بهداشت، سالمندی به جمعیت بالای ۶۰ سال اطلاق می گردد. در برآورد اخیر جمعیت سالمندان دنیا حدود ۶۵۰ میلیون نفر شده است و انتظار می رود تا سال ۲۰۵۰ این جمعیت به میزان ۲ میلیارد نفر برسد (۱). ایران نیز به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه از این تغییرات جمعیتی مستثنی نیست. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، سالمندان ۹/۳ درصد جمعیت کشور و معادل ۷ میلیون و چهارصد و پنجاه هزار نفر برآورد شده اند. تخمین زده شده که تا سال ۱۴۰۰ جمعیت سالمندان کشور به ۱۰ درصد برسد. بر اساس آمار حاصل از سرشماری سال ۱۳۹۵ در استان خراسان شمالی نیز این میزان ۷۰ هزار سالمند معادل ۹/۲ درصد نسبت جمعیت استان را سالمندان تشکیل می دهند که منطبق با آمار کشوری می باشد (۲). بالا رفتن سن و رسیدن به دوران سالمندی، توانایی های عملکردی و قدرت حواس را کاهش و خطر بیماری ها را افزایش می دهد. از آنجا که نیاز عمده زنان و مردان سالمند در درجه اول بهداشت و سلامتی است، پیرشدن جمعیت در بسیاری از کشورها تقاضا برای دریافت خدمات اجتماعی و بهداشت و درمان افزایش می دهد. یکی از شاخص های افزایش دریافت خدمات، ازدیاد مصرف منابع بیمارستانی در بستری مجدد است. می توان گفت نرخ بستری مجدد یک شاخص مفید از عملکرد سیستم های مراقبتی و درمانی می باشد. این امر عموماً به عواملی از جمله مراقبت های بهداشتی و درمانی نظیر پایین بودن سطح بهداشت و خدمات اجتماعی مرتبط می باشد که آن را می توان به عوامل مرتبط با فرد بیمار نظیر (محیط خانواده و اجتماع و یا تبعیت از رژیم درمانی) و یا عوامل مربوط به نوع بیماری نظیر (پیشرفت طبیعی بیماری) و در نهایت ترکیبی از همه عوامل فوق تقسیم نمود. بر اساس مطالعات ۱۰-۲۵ درصد بیماران در سه ماهه اول و ۴۰-۵۰ درصد بین ۶ تا ۱۲ ماه پس از ترخیص، مجدداً بستری می گردند. سایر مطالعات نیز بین ۱۷ درصد بستری مجدد در عرض ۳۰ روز پس از ترخیص و برخی دیگر ۱۹ درصد را تا سه ماه بعد از آن ذکر کرده اند (۳). بستری مجدد در سالمندان، یک رویداد تکرار پذیر و پر هزینه و اغلب یک فاکتور پیشگویی کننده تهدید حیات می باشد که گاهی بدنبال وقفه در پیگیری های درمانی پس از ترخیص رخ داده و می توان میزان آن را با یکسری اقدامات و روش های منظم و معتبر کاهش داد. از طرفی، بستری مجدد یک شاخص مفید برای تعیین عملکرد سیستم های مراقبتی و درمانی می باشد (۴). عرب و همکاران (۲۰۱۱) طی تحقیقی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران، از جمله مهمترین علل بیشترین مراجعات مجدد در گروه های سنی بالای ۶۰ سال را در نوبت های دوم و سوم، پیگیری درمان، عوارض و عود بیماری

عنوان نموده و بیان کردند که این مسئله می تواند حاکی از درمان ناقص، عدم رعایت پروتکل های درمانی و استاندارد نبودن امکانات بیمارستانی باشد و این مراجعات مجدد باعث افزایش اقامت بیماران و تحمیل هزینه های اضافی بر بیمار و خانواده اش، بیمارستانها و سازمان های بیمه گر می شود (۵). نتایج مطالعات فرآیندی و همکاران (۲۰۱۲) از جمله عوامل خطر مرتبط با بستری مجدد طی سه ماه پس از ترخیص را وجود مشکلات قلبی، عروقی و بیماری های کبدی عنوان نمودند (۶). یام و همکاران (۲۰۱۰) نیز طی تحقیقی در ۱۴ بیمارستان عمومی هنگ کنگ نشان دادند که ۴۰/۸ درصد از موارد پذیرش مجدد بیمارانی که در عرض یک ماه پس از ترخیص پذیرش مجدد پیش بینی نشده داشتند، قابل اجتناب بوده است (۷). نتایج مطالعه جنکر و همکاران (۲۰۱۰) بستری مجدد را در میان بهره مندان از مزایای بیمه ای امری شایع و پر هزینه عنوان نموده و متوسط اقامت بیماران دارای بستری مجدد ۰/۶ روز بیشتر از مدت بستری بیماران دیگر با همان تشخیص پزشکی ذکر کردند. هارماراجان و همکاران (۲۰۱۷) در تحقیق خود بیان داشتند که کاهش میزان بستری مجدد بیماران در عرض ۳۰ روز با کاهش میزان مرگ و میر ۳۰ روز پس از ترخیص آنها ارتباط دارد (۸). الساما دیسی و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه ای با عنوان "دلیریوم بعد عمل یک فاکتور پیشگویی کننده در بستری مجدد ۳۰ روزه" عنوان نمودند که دلیریوم بعد از عمل جراحی ستون فقرات در بیماران سالمند یک عامل خطر مستقل برای پذیرش بدون برنامه ریزی در طی ۳۰ روز پس از ترخیص است و میزان بستری مجدد در طی ۳۰ روز پس از ترخیص را ۱۸ درصد عنوان نمودند (۹). خرا و همکاران (۲۰۱۷) نیز در همین رابطه عنوان نمودند که میزان بستری مجدد ۳۰ روزه پس از ترخیص در سنین بالای ۶۵ سال ۱۷/۳ درصد و ۹۰ روز پس از آن ۲۴ درصد می باشد. همچنین در یافته های ایشان اشاره شده که زنان، افراد با درآمد پایین تر و محدوده سنی کمتر، به میزان بیشتری در خطر بستری مجدد قرار داشتند (۱۰).

بر اساس یافته های مطالعات فوق، بستری مجدد در سالمندان با افزایش سطح ناتوانی و ناخوشی و وابستگی هرچه بیشتر سالمندان همراه بوده که سبب افزایش اقامت بیماران و تحمیل هزینه های اضافی بر بیمار و خانواده اش از یک سو و بیمارستانها و سازمان های بیمه گر از طرف دیگر می شود. بستری مجدد نه تنها تأثیر منفی بر روی کیفیت زندگی بیمار و خانواده اش دارد که خود منجر به افزایش بار بیماریها و اثرات اقتصادی نامطلوب بر سیستم ارایه دهنده مراقبت سلامت می گردد، به طوری که افزایش هزینه های بستری و درمانی را در پی دارد.

در استان خراسان شمالی مطالعاتی که مولفه های تأثیرگذار بر

عفونی، قلب، CCU و ICU بیمارستان های منتخب آموزشی شهر بجنورد (بیمارستانهای امام رضا (ع)، امام علی (ع) و ثامن الائمه تامین اجتماعی) مراجعه و با تهیه لیست بیماران ترخیصی قبل از خروج بیمار قسمتی از اطلاعات مورد نیاز پرسشنامه شماره یک تحقیق را از خود بیمار و یا همراهان آنان جمع آوری و پس از آن با توجه به اطلاعات موجود در سیستم HIS و پرونده بیمار پرسشنامه تکمیل گردید. سپس در پایان ماه اول و سوم پس از ترخیص از طریق مراجعه به سیستم HIS بیمارستان موارد مراجعه مجدد را استخراج و از پرونده موجود در بایگانی اطلاعات مورد نیاز بر اساس پرسشنامه های شماره ۲ و ۳ تهیه و در مواردی با تماس با بیمار و یا همراهان سایر اطلاعات مورد نیاز تکمیل گردید. پس از گرد آوری داده‌ها، جهت تجزیه تحلیل وارد نرم افزار SPSS-۲۱ گردید، شاخصهای آمار توصیفی میانگین میانگین، میانه انحراف معیار، جداول توزیع فراوانی، جداول توافقی و درصد ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته و نتایج استخراج گشت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS-۲۱ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و تعیین فراوانی) و آزمون های آماری (t مستقل-کای دو-دقیق فیشر-ناپارامتریک من ویتنی) در سطح معنی داری ۰/۰۵ و ضریب اطمینان ۹۵٪ استفاده شد.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، این طرح تحقیقاتی با شماره ۹۵/۴۴/۳۰۷/۵۳۲/۶۰/۹۶ و شماره طرح در شورای اخلاق ۹۵/۴۴/۳۰۷ در دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی مورد تصویب قرار گرفت و رضایت سالمندان جهت شرکت در مطالعه مورد توجه قرار گرفت و در خصوص اهداف پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات توضیح داده شد.

یافته ها

در این مطالعه اکثریت بیماران ۲۴۷ نفر (۵۶ درصد) زن، ۲۹۵ نفر (۶۷ درصد) در محدوده سنی (۶۰ تا ۷۵) سال قرار، ۲۸۴ نفر (۶۴/۵ درصد) متاهل و ۲۲۹ نفر (۵۲ درصد)، ۲۴۶ نفر (۵۶ درصد) دارای درآمد مستقل و ۳۲۹ نفر (۷۴ درصد) بی سواد بودند. نتایج بدست آمده از آزمون کای دو نشان داد که بین وضعیت وجود همراهان زندگی در بیماران سالمند ترخیص شده در اردیبهشت و بیماران سالمند بستری مجدد یک ماهه و سه ماهه پس از ترخیص تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد ($p > 0.05$). همچنین یافته ها نشان داد که از مجموع ۴۴۱ نفر بیمار سالمند ترخیص شده در طول اردیبهشت ۹۶ تعداد ۴۵ نفر بیمار سالمند معادل ۱۰/۲ درصد، ظرف مدت کمتر از یکماه پس از ترخیص و تعداد ۶۱ بیمار سالمند معادل ۱۳/۸ درصد طی مدت سه ماه پس از ترخیص (تا پایان مرداد ماه ۹۶) به علل مختلف مجدد به بیمارستان مراجعه و بستری گردیده اند (جدول ۱).

بستری شدن مجدد در سالمندان را نشان دهد، انجام نشده است. آمار و نتایج این مطالعه می تواند گامی در راستای پیشگیری از بستری مجدد و افزایش بهره وری و استفاده بهینه از منابع درمانی برای ارائه خدمات به این قشر از جامعه استان قرار گیرد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بوده و از طریق نمونه گیری آسان (در دسترس) صورت گرفت. کلیه بیماران سالمند بالای ۶۰ سال که در اردیبهشت ماه ۹۶ از بخشهای داخلی، جراحی، عفونی، قلب، CCU و ICU بیمارستان های منتخب آموزشی شهر بجنورد (بیمارستانهای امام رضا (ع)، امام علی (ع) و ثامن الائمه تامین اجتماعی) به هر علت درمانی یا تشخیصی ترخیص گردیده بودند (با فرض توزیع تصادفی بیماران در طی ماه های سال) به عنوان نمونه وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته بود که اطلاعات، متغیرهای دموگرافیک شامل (جنسیت، سن، تاهل، منطقه سکونت، وضعیت درآمد، تحصیلات، وجود همراهان (مراقبان) در زندگی)، اطلاعات متغیرهای بالینی شامل (بیماری جدید، عوارض عمل جراحی، عفونت بعد عمل جراحی، درمان ناقص، شکست درمان، عود بیماری، گروه های بیماری، تعداد و نوع بیماریهای همزمان) و اطلاعات متغیرهای محیطی و بیمارستانی شامل (نوع بخشهای خدمات دهنده، نوع بیمه درمانی، سابقه بستری طی سه ماه قبل، هزینه ی بستری، خدمات پاراکلینیک، سطح وابستگی بیمار هنگام ترخیص، تعداد دفعات بستری، طول مدت بستری، فاصله زمانی از بستری اولیه، پیامد بستری، آموزش هنگام ترخیص) را در بر می گرفت، این اطلاعات در سه مرحله تکمیل گردید. جهت تعیین پایایی پرسشنامه مورد استفاده؛ پرسشنامه بصورت پایلوت برای ۲۰ نفر از بیماران سالمند ترخیص شده از بیمارستان تکمیل گردید و مقدار ضریب آلفای کرونباخ ۰،۸۶ محاسبه شد. جهت تعیین روایی ابزار از روایی محتوا استفاده شد. به این ترتیب که پرسشنامه ها در اختیار ده نفر از اساتید و صاحب نظران (از اعضاء هیات علمی دانشکده و گروه پرستاری سالمندی) قرار گرفته و پس از بحث و تبادل نظر و به کارگیری نظرات و پیشنهادات اصلاحی اساتید پرسشنامه نهایی تهیه و تنظیم گردید. بمنظور تعیین نسبت روایی محتوا (CVI) با استفاده از روش لاوشه مورد استفاده قرار گرفت. بجز یک سوال که از شاخص CVI نمره ی کمتر از ۰،۷۹ را کسب نمود، بقیه سوالات نمره ی بالاتر از ۰،۷۹ کسب نمودند که سوال مورد نظر با توجه به نظر پنل خبرگان اصلاح شده و با سوال مناسب جایگزین گردید.

جهت جمع آوری اطلاعات پرسشنامه از اولین روز ماه اردیبهشت ۹۶ در وقت اداری روزانه به بخشهای داخلی، جراحی،

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران سالمند ترخیص شده در اردیبهشت ۹۶ و بستری مجدد پس از یک ماه و سه ماه پس از ترخیص بر حسب سطح وابستگی بیمار هنگام ترخیص

نتیجه آزمون		بستری مجدد سه ماهه		بستری مجدد یک ماهه		سالمندان ترخیص شده در اردیبهشت		وضعیت وابستگی
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
سه ماهه	یک ماهه	۱۸	۱۱	۲۴	۱۱	۴۳	۱۸۹	بدون وابستگی دارای وابستگی عملکرد جمع
$p = ۰/۰۳۰$	$p = ۰/۰۱۳$	۸۲	۵۰	۷۶	۳۴	۵۷	۲۵۲	
آماره = ۴/۱۹ Df = ۲	آماره = ۳/۷۴ Df = ۲	۱۰۰	۶۱	۱۰۰	۴۵	۱۰۰	۴۴۱	

یافته‌ها ارتباط معنی داری را ($p < ۰,۰۰۱$) بین وابستگی بیمار عوامل موگرافیک، متغیرهای بالینی، محیطی ارتباط معنی داری وجود سالمند پس از ترخیص با بستری مجدد نشان داد. در مورد سایر نداشت ($p > ۰,۰۵$) (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی بیماران سالمند ترخیص شده در اردیبهشت ۹۶ و بستری مجدد پس از یک ماه و سه ماه پس از ترخیص بر حسب وجود همراه در زندگی (مراقبان هنگام ترخیص)

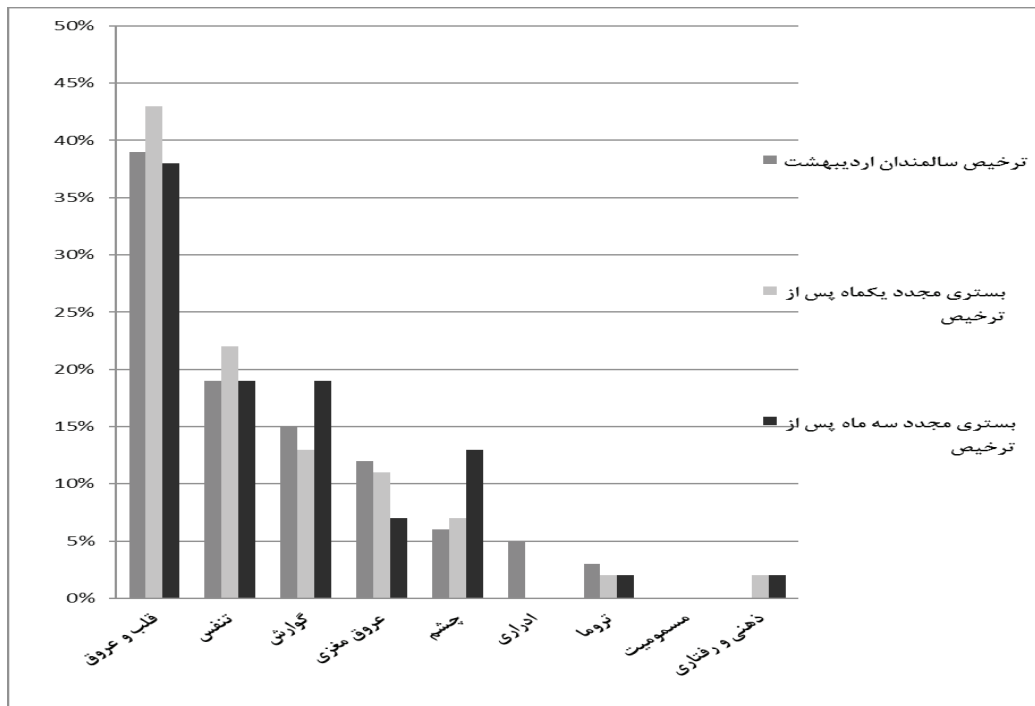
بستری مجدد سه ماهه		بستری مجدد یک ماهه		بستری مجدد یک ماهه		سالمندان ترخیص شده در اردیبهشت		وجود همراه در زندگی
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
سه ماهه	یک ماهه	۲۱	۱۳	۲۲/۵	۱۰	۲۴	۱۰۵	تنها با فرزندان با همسر جمع
$p = ۰/۶۸۵$	$p = ۰/۶۹۴$	۲۱	۱۳	۲۴/۵	۱۱	۴۵	۱۹۸	
آماره = ۱/۶۵ Df = ۳	آماره = ۰/۹۱ Df = ۲	۵۸	۳۵	۵۳	۲۴	۳۱	۱۳۸	
		۱۰۰	۶۱	۱۰۰	۴۵	۱۰۰	۴۴۱	

نتایج حاصل از آزمون دقیق فیشر نشان داد که میان وجود پیامدهای بیماری در بیماران سالمند ترخیص شده در اردیبهشت و بیماران سالمند بستری مجدد یک ماه و سه ماه پس از ترخیص تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد ($p > ۰,۰۵$) (جدول ۳).

جدول ۳: توزیع فراوانی پیامد بستری در بیماران سالمند ترخیص شده اردیبهشت ۹۶ و بستری مجدد پس از یک ماه و سه ماه پس از ترخیص

نتیجه آزمون		بستری مجدد سه ماهه		بستری مجدد یک ماهه		سالمندان ترخیص شده در اردیبهشت		پیامد بیماری
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p = ۰/۳۲۰$ آماره = ۷۱/۷ Df = ۶	$p = ۰/۰۹۷$ آماره = ۷۷/۴ Df = ۶	۲۳	۱۴	۲۰	۹	۵	۲۳	عوارض موقت
		۵	۳	۲	۱	۳	۱۱	عوارض پایدار
		۵/۴	۲	۳/۵	۲	۱/۵	۷	نقص عضو
		۵/۴	۲	۳/۵	۲	۰/۵	۳	فوت
		۳۱	۱۹	۲۹	۱۳	۳۵	۱۵۴	بهبودی نسبی
		۳۴	۲۱	۴۰	۱۸	۵۵	۲۴۳	بهبودی کامل
		۱۰۰	۶۱	۱۰۰	۴۵	۱۰۰	۴۴۱	جمع

نتایج نشان داد که بیماریهای قلبی و عروقی با ۳۹ درصد در سالمندان ترخیص اردیبهشت و ۴۳ درصد (۱۹ نفر) در بستری مجدد یک ماهه و ۳۸ درصد (۲۵ نفر) در بستری مجدد سه ماه پس از ترخیص بیشتری فراوانی را داشته اند. نتایج بدست آمده از آزمون دقیق فیشر نشان داد میان وضعیت گروه بندی بیماریها در بیماران سالمند ترخیص شده و بیماران سالمند بستری مجدد یک ماه و سه ماه پس از ترخیص تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد ($p > ۰,۰۵$) (نمودار ۱).



نمودار ۱: وضعیت گروه بندی بیماری ها در بستری مجدد یکماه و سه ماه پس از ترخیص در مقایسه با ترخیص سالمندان در اردیبهشت ۹۶

بحث

بوده است (۱۲). مطالعه ای که توسط زانوچی ۲۰۰۶ در بازه سه ماه پس از ترخیص انجام شد، میزان شیوع بستری مجدد سالمندان پس از ترخیص را ۱۲/۸ درصد بیان نمود که با تحقیق حاضر همسو بوده و می توان از دلایل آن شرایط یکسان در مطالعه از لحاظ محدوده سنی را ذکر نمود، البته باید به این مطلب توجه نمود در پژوهش هایی با موضوع بستری مجدد که محدوده سنی سالمندان (بالای ۶۰ سال) مد نظر نبوده عوامل فوق در موارد متعددی با بستری مجدد ارتباط معنی داری داشته است (۱۳). در خصوص عوامل دموگرافیک مرتبط با بستری مجدد همچون سن، جنس، تاهل، منطقه سکونت، درآمد، سطح تحصیلات، وجود همراهان (مراقبان) در زندگی ارتباط آماری معنی داری را با بستری مجدد نشان نمی دهند و اکثر مطالعات انجام شده نیز در این زمینه، نتایج مشابهی داشته اند، بطور نمونه حیدری و همکاران ۲۰۱۱ و میرزائیان ۲۰۱۴ در مطالعات خود عنوان نمودند. ارتباط معنی داری میان تاهل و محل سکونت با بستری مجدد وجود نداشته (۱۴، ۱۵). در مطالعه فرشیدی و همکاران ۲۰۰۹ و چان ۲۰۰۸ عدم ارتباط بین جنس و بستری مجدد را بیان نموده بودند (۱۶، ۱۷). از نظر متغیرهای محیطی و بیمارستانی از جمله بخشهای خدمات دهنده، بیشترین فراوانی بستری مجدد سالمندان در این مطالعه با ۳۶ درصد مربوط به بخشهای داخلی بود، علت این امر بیشتر به نوع بیماریهای دوره سالمندی که عمدتاً "بیماریهای مزمن هستند بر می گردد، مطالعات داخلی و خارجی نیز از این حیث نتایج مشابهی

نتایج پژوهش نشان می دهد که فراوانی بستری مجدد سالمندان در یکماه پس از ترخیص ۱۰/۲ درصد و در بازه سه ماه پس از ترخیص ۱۳/۸ درصد بوده است. مطالعه کامت و همکاران ۲۰۰۵ با عنوان "تعیین میزان بستری مجدد زود هنگام" میزان بستری مجدد یکماهه را ۱۰/۷ درصد و میزان کلی در عرض سه ماه ۲۳/۱ درصد گزارش کردند (۱۱) که این نتایج در بازه بستری مجدد یک ماه با تحقیق حاضر همسو بوده ولی در میزان سه ماه با تحقیق حاضر مطابقت ندارد. می توان علت این اختلاف را از جمله، محدودیت مطالعه حاضر در خصوص اطلاعات مربوط به بیماران بستری مجدد شده در سایر مراکز درمانی عنوان نمود به طوری که در مطالعه کورنتی به منظور آگاهی از بستری مجدد بیماران، پیگیری تلفنی از کلیه بیماران مورد مطالعه انجام شده بود. همچنین بالاتر بودن محدوده سنی نمونه ها (۷۰ سال به بالاتر) در تحقیق فوق می تواند از علل دیگر افزایش نرخ بستری مجدد سه ماه باشد. همچنین در مطالعه کولمن ۲۰۰۶ با عنوان "ارزیابی نتایج مداخلات در مراحل انتقالی مراقبت" فراوانی بستری مجدد در طول یک ماه پس از ترخیص ۱۱/۹ درصد و در سه ماه ۱۶/۷ درصد بوده که در بازه سه ماه با تحقیق حاضر مطابقت ندارد. از دلایل این تفاوت می توان، تعیین محدودیت برای سالمندان بستری شده جهت ورود به مطالعه را ذکر نمود به طوری که تنها سالمندان دارای مسکن مستقل مدنظر

پیگیری و میزان تغییر مطلوب حاصل شده در نتیجه درمان، وضعیت سلامت و سایر شرایطی که با آن مواجهند، نیاز به آموزش و اطلاعات دارند و کسب چنین اطلاعاتی علاوه بر اینکه باعث جلب اطمینان آنان می شود، باعث همکاری بهتر آنان در روند مراقبت و درمان خواهد شد. اهمیت ارائه اطلاعات به سالمندان بستری در این زمینه، طی پژوهش هایی روشن شده است (۲۶).

نتیجه گیری نهایی

بیماران سالمند ترخیص شده از بیمارستان که جهت فعالیت های روزانه خود به همراهان وابسته هستند، احتمال بیشتری را برای بستری شدن مجدد دارا می باشند. باید این مطلب را به همراهان بیمار تاکید کرد که توجه به امر وابستگی بیمار به ایشان جهت رفع نیازهای پایه خود به منزله پیشگیری از تبعات بعدی و بستری مجدد وی می باشد. بنابراین برنامه ریزی جامع و کاملی در خصوص پیگیری های پس از ترخیص از جانب سیستمهای بهداشتی و درمانی و همراهان بیمار سالمند می تواند از بستری مجدد و عوارض و پیامدهای گاه غیرقابل جبران نظیر عوارض و فوت پیشگیری نماید. از آنجا که پژوهش فوق تنها بر روی سالمندانی صورت گرفت که بستری مجدد آنها در محیط های پژوهش ذکر شده می باشد و سالمندانی را که به سایر مراکز درمانی مراجعه نموده و بستری مجدد داشته اند را در بر نگرفته است، لذا جهت تعمیم نتایج پیشنهاد می گردد که مورد مذکور در پژوهش های آتی مد نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و همچنین معاونت آموزشی و پژوهشی دانشکده ی پرستاری و مامایی بجنورد، واحد تحقیقات و پژوهش سالمندی به خاطر تصویب و تأمین هزینه های طرح ابراز داشته و همچنین از کلیه ی بیماران سالمند و خانواده آنها که در انجام این پژوهش همکاری لازم را داشته اند سپاسگزاری می گردد.

References

1. WHO | Definition of an older or elderly person. (accessed 8 august 2016).
2. Statistical Center of Iran (SCI) (accessed 8august2016). (http://nnt.sci.org.ir/sites/nnt/SitePages/report_90/population_report.aspx)
3. Garcia-Perez L, Linertova R, Lorenzo-

را نشان می دهند (۱۸) همچنین مطالعه Mould-Q uevedo ۲۰۰۹ در مکزیک نشان داد که ۸۸ درصد از مجموع روز-بیمارها به بخشهای داخلی تعلق داشته است (۱۹). به لحاظ نوع بیمه درمانی، پوشش بیمه ای سازمان تأمین اجتماعی با ۳۶ درصد موارد بالاترین نرخ پوشش را در میان بیمه شدگان و دریافت کنندگان خدمات را داشتند، این نسبت با در نظر گرفتن بافت کلی جمعیت شهرستان بجنورد که بدلیل وجود صنایع و کارخانجات متعدد دارای جمعیت قابل ملاحظه ای از کارگران است، قابل توجیه می باشد. مطالعه پوشش بیمه ای که توسط رنگرز ۲۰۰۷ انجام شده نیز پوشش بیمه تأمین اجتماعی را ۵۹ درصد گزارش کرده است (۲۰).

در زمینه وجود عامل بیماری همزمان در بستری مجدد در پژوهش حاضر به لحاظ آماری ارتباط معنی داری بدست نیامده در حالیکه مطالعات مشابه در سالمندان ارتباط معنی داری را در این خصوص مطرح نموده اند، پژوهش زیلوچی ۲۰۱۱ و چان ۲۰۰۸ به دلیل وجود ارتباط معنی دار در سالمندان با بیماریهای همزمان را عنوان نموده اند (۲۱،۲۲). استور نیز خطر نسبی معنی داری در بروز بستری مجدد از نظر وجود بیماری همراه را گزارش کرد (۲۳). از علل تفاوت نتایج پژوهش با مطالعات فوق را طول مدت مطالعه در تحقیقات یاد شده عنوان نمود که یک ساله و بیشتر بوده است. در مطالعه اخیر همچنین مشخص شد میان بستری شدن مجدد و سطح وابستگی ارتباط معنی داری وجود دارد. همچنین بستری مجدد باعث افزایش وابستگی بیمار به اطرافیانش شده، که در مطالعه گلن پالما و همکاران نیز وجود اختلال در ADL و قرار داشتن در سطحی از وابستگی پس از ترخیص از بیمارستان، ریسک بستری مجدد را افزایش می دهد (۲۴). بولاو پالمز نیز (۱۹۹۷) اظهار کردند که سالمندان در طول مدت بستری شدن در بیمارستان، ممکن است دچار وابستگی عملکردی، اختلال عملکرد شناختی، ناهنجاری های خلقی، و سوء تغذیه شوند (۲۵). بررسی مطالعات در این زمینه، حاکی از آن است که بستری شدن افراد مسن در بیمارستان، پیامدهای منفی جسمی و شناختی فراوانی در پی دارد. سالمندان بستری به اقتضای ویژگی های بخشی که در آن بستری هستند، در مواردی چون نحوه

- Riera A, Vazquez-Diaz JR, Duque-Gonzalez B, Sarria-Santamera A. Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: A systematic review. QJM 2011;104: 639-51.
4. Garcia-Perez L, Linertova R, Lorenzo-Riera A, Vazquez-Diaz JR, Duque-Gonzalez B, Sarria-Santamera A. Risk factors for

- hospital readmissions in elderly patients: Asystematic review. QJM 2011;104:639-51.
5. Arab M, Eskandar Z, Rahimi A, Pourreza A., Investigate the causes of readmission of patients at Tehran University of Medical Sciences Hospital Quarterly , Summer 2012, Volume 9, Number 2-1 (Issue 34) Page.
 6. Carlotta Franchi, Alessandro Nobili, Daniela Mari, Mauro Tettamanti, Codjo D. Djade, Luca Pasina Risk factors for hospital readmission of elderly patients. January 2013 Volume 24, Issue 1, Pages 45–51.
 7. Yam CH, Wong EL, Chan FW, Leung MC, Wong FY, Cheung AW, et al. Avoidable Re admission in Hong Kong - system, clinician, patient or social factor Hong kong med 2010 OCT:16 (5):383-9.
 8. Dharmarajan, Kumar, et al. "Association of changing hospital readmission rates with mortality rates after hospital discharge." *Jama* 318.3 (2017): 270-278.
 9. Elsamadicy, Aladine A., et al. "Post-operative delirium is an independent predictor of 30-day hospital readmission after spine surgery in the elderly (≥ 65 years old): A study of 453 consecutive elderly spine surgery patients." *Journal of Clinical Neuroscience* 41 (2017): 128-131.
 10. Khera, Rohan, et al. "Comparison of readmission rates after acute myocardial infarction in 3 patient age groups (18 to 44, 45 to 64, and ≥ 65 years) in the United States." *The American journal of cardiology* 120.10 (2017): 1761-1767.
 11. Comette P, D'Hoore W, Malhomme B, Van Pee D, Meert P, Swine C. Differential risk factors for early and later hospital readmission of older patients. *Aging Clin Exp Res.* 2005;17:322–8.
 12. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min S. The Care Transitions Intervention .Results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2006;166:1822-8.
 13. Zanochi, M., Maero, B., Martinelli, E., Cerrato, F., Corsinovil, L., Gonella, M., Ponte, E., Luppino, A., Margolcci, A. & Molaschi, M. 2006. Early re-hospitalization of elderly people discharged from a geriatric ward. *Aging clinical and experimental research*, 18, 6.
 14. Haideri- A. Prevalence and factors associated with hospital readmission in patients referred for heart Knowledge Horizon, Journal of Gonabad University of Medical Sciences. (Volume 17, Number 2, Summer of 1390.
 15. Mirzaeyan, S., Iezady, A., Ebrazeh, A. & Mohammady, P. 2014. Prediction of readmission based on LACE index in medical ward of Hajar hospital of Shahrekord. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 3.
 16. Farshidi H. Most prevalent causes of rehospitalization in ischemic heart diseases. *J Hormozgan Medicine* 2004; 8 (2): 67-71. [In Persian].
 17. Chin M, Goldman L. Factors contributing to the hospitalization of patients with congestive heart failure. *Ame J Pub H* 1997; 87 (4): 643-648.
 18. Mir Mohammad Khani M, The Survey of Distribution, Causes and Costs of Hospitalization of Old Patients Supported by Medical Services Insurance Organization in Damghan, [MPH Dissertation]. Tehran. Tehran University of Medical Sciences, 1385 [in Persian].
 19. Mould-Quevedo JF, García-Peña C, Contreras- Hernández I, Juárez-Cedillo T, Espinel-Bermúdez C, Morales-Cisneros G, et al. Direct costs associated with the appropriateness of hospital stay in elderly population. *BMC Health Services Research.* 2009;9 (151).
 20. Rangraz Jaddi F, Insurance Coverage of the Elderly Hospitalized in Kashan Shahid

- Beheshti Hospital, Abstract book, National Congress of Geriatrics & Gerontology, 2007 [in Persian].
21. Ziluchi- M,H, Pour Reza Abolghasem, Akbari Feiz A ..., Rahimi Saleani Abbas. A survey on the pattern of consumption of elderly hospital services in teaching hospitals of Kashan University of Medical Sciences. Hospital. 1390; 10 (1): 63-70.
 22. Chan MF. A study on investigating unplanned readmission patterns. J clin nurs 2008; 17(16): 2164-2173.
 23. Steuer J, Blomqvist P, Granath F, Rydh B, Ekbom A, Ulf F. Hospital readmission after coronary artery bypass grafting: are women doing worse? J Ann Thorac Surg 2002; 73 (5): 1380-1386.
 24. Glen DePalma, MS Huiping Xu, PhD Kenneth E. Covinsky, MD Bruce A. Craig, PhD Eric Stallard, ASA Joseph Thomas, III, PhD Laura P. Sands, PhD Hospital Readmission Among Older Adults Who Return Home With Unmet Need for ADL Disability The Gerontologist, Volume 53, Issue 3, 1 June 2013, Pages 454–461 -02 August 2012.
 25. Palmer RM, Bolla L. when your patient is hospitalized: tips for primary care physicians. Geriatrics 1997; 52 (9):36-42, 47.
 26. Hughes M, Heycox K. Promoting reflective practice with older people: Learning and teaching strategies. Australian Social Work 2005; 58 (4): 34