



Investigating the Status of the Indicators of the Hospitals Friendly-Age in Non-educational and Private Hospitals of Razavi Khorasan Province in 1402

Mohammad Reza Ghasemi¹, Mojtabi Mohammadi², Ayoub Tavaklian³,

Fatemeh Mahdizadeh⁴, Maryam Samei^{5*}

1- Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iranian Research Center of Healthy Aging, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

2- Iranian Research Center on Healthy ageing, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

3- Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

4- Student Research Committee, Torbat Heydarieh University of Medical Sciences, Torbat Heydarieh, Iran.

5- Student Research Committee, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

Corresponding author: Maryam Samei, Student Research Committee, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

Email: mariamsamei04@gmail.com

Received: 10 July 2024

Accepted: 27 July 2024

Abstract

Introduction: These days, as the population ages, health and treatment of geriatric people needs increasing. The World Health Organization has proposed an age-friendly hospital for countries concerned with geriatric care. This study aims to investigate the degree of compatibility of non-academic and private hospitals in Razavi Khorasan in terms of the criteria of hospitals using the WHO checklist for geriatric patients.

Methods: The cross-sectional study designed in Razavi Khorasan province during February 1402 to 1403, with the participation of non-teaching and private hospitals. The data collection tool was "WHO Elderly Friendly Hospitals Checklist". Here, 3 hospitals of the Social Security Organization and 16 private non-teaching hospitals in Razavi Khorasan province were investigated. SPSS version 22 software and descriptive statistics such as mean, standard deviation, number and percentage were used for data analysis.

Results: An average of 32.84 was seen in the indicators of the elderly-friendly hospital. This is despite the fact that the physical environment as well as sanitary services had the highest average and the lowest points were related to admission and payment, respectively, that 94.7% of hospitals did not give priority to the elderly in the admission and settlement process. In terms of access to hospitals, only 26% of hospitals were near a bus station or metro station, and none of the hospitals had dedicated parking and a separate entrance for the elderly, and other components were also in an unfavorable condition.

Conclusions: Private and non-educational hospitals in Razavi Khorasan Province are in a very unfavorable situation in relation to the criteria of elderly-friendly Hospital. Therefore, in order to provide proper care to the elderly, it is necessary to pay attention to the policy makers, managers and investors provide better care to the elderly.

Keywords: Aged, Age-friendly hospital, Hospital.



بررسی وضعیت شاخص های بیمارستان دوستدار سالمند در بیمارستان های غیر آموزشی و خصوصی استان خراسان رضوی در سال ۱۴۰۲

محمد رضا قاسمی^۱، مجتبی محمدی^۲، ایوب توکلیان^۳، فاطمه مهدی زاده^۴، مریم سامعی^{۵*}

- ۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات سالمندی سالم ایران، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
- ۲- مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
- ۳- دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
- ۴- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.
- ۵- کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

نویسنده مسئول: مریم سامعی، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

ایمیل: mariamsamei04@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۵/۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۴/۲۰

چکیده

مقدمه: با افزایش جمعیت سالخورده در سطح جهان نیازهای بهداشتی و درمانی آن ها نیز افزوده می شود. سازمان جهانی بهداشت با ارائه مفهومی با عنوان بیمارستان سازگار با سن چارچوبی را برای هدایت کشورها در توسعه مراقبت های ملموس و مناسب برای سالمندان در سیستم مراقبت بهداشتی و درمانی ارائه میکند. بنابراین این مطالعه با هدف بررسی میزان سازگاری بیمارستان های غیرآموزش و خصوصی خراسان رضوی از نظر معیارهای بیمارستان های دوستدار سالمند با استفاده از چک لیست WHO می باشد.

روش کار: پژوهش حاضر به روش مقطعی در بهمن ماه ۱۴۰۲ با مشارکت بیمارستان های غیرآموزشی و خصوصی استان خراسان رضوی انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها چک لیست بیمارستان های دوستدار سالمند WHO بود. روش نمونه گیری سرشماری از ۳ بیمارستان تامین اجتماعی و ۱۶ بیمارستان خصوصی و غیرآموزشی در سطح استان خراسان رضوی بود. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و از آمارهای توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و تعداد و درصد استفاده شد.

یافته ها: در مجموع شاخص های بیمارستان دوستدار سالمند، میانگین نمره ۳۲/۸۴ را کسب نمودند. این در حالی است که حیطه های محیط فیزیکی و همچنین سرویس های بهداشتی بیشترین میانگین نمرات را به خود اختصاص دادند و کمترین نمرات به ترتیب مربوط به پذیرش و پرداخت هزینه بود که ۹۴/۷٪ از بیمارستان ها در فرایند پذیرش و تسویه حساب اولویتی برای سالمندان نداشته، و بعد از آن دسترسی به بیمارستان که تنها ۲۶٪ بیمارستان ها نزدیک ایستگاه اتوبوس یا ایستگاه مترو بودند و هیچ یک از بیمارستان ها پارکینگ اختصاصی و ورودی مجزا مخصوص سالمندان را نداشته است و سایر مولفه ها نیز در وضعیت نامطلوبی بودند.

نتیجه گیری: باتوجه به نتایج پژوهش، بیمارستان های خصوصی و غیر آموزشی استان خراسان رضوی در ارتباط با معیارهای بیمارستان دوستدار سالمند در وضعیت بسیار نامطلوبی قرار دارند. بنابراین برای ارائه مراقبت مناسب به سالمندان ضروری است این موضوع مورد توجه سیاستگذاران و مدیران و سرمایه گذاران کشور جهت ارائه مراقبت بهتر به سالمندان قرار گیرد.

کلیدواژه ها: سالمند، بیمارستان دوستدار سالمند، بیمارستان.

مقدمه

بهبود شرایط زندگی و افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ باروری کلی، منجر به ظهور پدیده سالمندی در جوامع شده است. در حال حاضر، بیشترین نرخ رشد جمعیتی در دنیا متعلق به گروه سالمندان (جمعیت ۶۰ سال و بالاتر) است. پیش‌بینی می‌شود جمعیت سالمندان دنیا تا سال ۲۰۵۰، ۳ برابر سال ۲۰۰۰ شود و به ۲ میلیارد سالمند برسد (۱). ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای دیگر با افزایش جمعیت سالمند مواجه است به طوری که طی ۵۰ سال آینده ۲۰ درصد افراد جامعه را سالمندان تشکیل می‌دهند و ۲۶ میلیون نفر سالمند بالای ۶۰ سال خواهیم داشت (۲، ۳). افزایش جمعیت سالمندی یکی از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی خصوصاً برای ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی است (۳). از این رو نظام سلامت و درمان باید نیازها و انتظارات سالمندان ناتوان و کم‌توان را به عنوان بخش بزرگی از جامعه مصرف‌کننده خدمات درمانی و بهداشتی کشور در اولویت قرار دهد و سالمندمحوری را در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی این گروه مدنظر قرار دهد. در آمریکا سالمندان حدود ۱۲ درصد جمعیت را تشکیل می‌دهند و ۲۹ درصد از هزینه‌های مراقبت بهداشتی به آن‌ها تعلق دارد و همچنین سرانه خدمات سالمند برای افراد بالای ۶۵ سال در آمریکا سه تا پنج برابر بیشتر از افراد با سنین کمتر از ۶۵ سال برآورد شده است (۴). بنابراین سالمندان گروهی پر هزینه با مراجعه فراوان به بیمارستان‌ها بوده و در سال‌های آینده احتمالاً در ایران بر میزان آنها افزوده خواهد شد در ایران نیز با توجه به داده‌های موجود، متوسط هزینه کل و هزینه بهداشت و درمان خانوارهای دارای سرپرست سالمند کشور از سال ۱۳۷۵ تا ۱۴۰۰ همواره رو به افزایش بوده است. به طوری که این میزان از ۴/۱ درصد در سال ۱۳۷۵ به ۲/۹ درصد در سال ۱۴۰۰ رسیده است. این بدان معنی است که سهم هزینه بهداشت و درمان برای سالمندان بیش از ۶ برابر افزایش یافته است (۵)، بنابراین در پی افزایش چالش‌ها و مشکلات بهداشتی درمانی دوران سالمندی، سیاستگذاران سلامت باید بر امکانات و زیرساخت‌های لازم برای ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه و تشخیصی به سالمندان تمرکز کنند. سازمان جهانی بهداشت مفهومی جدید با عنوان بیمارستان دوستدار سالمند معرفی می‌کند (۶).

بیمارستان سازگار با سن ممکن است راهی را برای

بیمارستان‌ها در نظام مراقبت‌های بهداشتی که به سرعت در حال حرکت هستند، فراهم کند تا مراقبت‌های با کیفیت بالا را بدون به خطر انداختن عملکرد و کیفیت زندگی برای سالمندان ضعیف ارائه دهند. در این زمینه، سازمان بهداشت جهانی سه اصل سازگار با سن را تعریف کرد: ۱. آموزش کارکنان در سالمندان بالینی و رویکردهای آموزش به بیمار؛ که بر استخدام کارکنان با تخصص و مهارت‌های کافی در مراقبت از سالمندان تاکید می‌کند ۲. سیستم‌های مدیریت مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت؛ که مستلزم بر شناخت خطرات و عواقب نامطلوب برای افراد مسن در طول بستری در بیمارستان و پیش‌بینی و پیشگیری از مشکلات قابل‌حل می‌باشد ۳. محیط فیزیکی؛ که بر ویژگی‌های طراحی محیطی مانند ایمنی، نیازهای فیزیکی، اجتماعی و روانی سالمندان تعریف می‌شود (۷).

با شروع دوره سالمندی، سالمندان بیشتر در بیمارستانها بستری میشوند با توجه که هرم سنی جمعیت در ایران همانند سایر کشورها در حال افزایش است و استان خراسان رضوی رتبه دوم از نظر تعداد سالمند در کشور ما را دارد (۸) به همین دلیل توجه به بیمارستان‌های دوستدار سالمند در این استان ضروری به نظر می‌رسد و از طرفی برخی مطالعات نشان داده‌اند که بیمارستان‌های کشور بر مبنای اصول دوستدار سالمند، دارای وضعیت نامناسبی می‌باشند (۹، ۱۰). لذا جهت ایجاد محیط مناسب و ارائه خدمات درمانی با کیفیت برای سالمندان، پژوهش حاضر با توجه به تعداد سالمند بالا در این استان در کشور ضروری به نظر میرسد. بنابراین در پژوهش حاضر سعی شده است تا به تعیین و بررسی وضعیت شاخص‌های بیمارستان دوستدار سالمند در بیمارستان‌های غیر آموزشی و خصوصی استان خراسان رضوی بپردازیم.

روش کار

مطالعه حاضر به صورت توصیفی مقطعی در بهمن ۱۴۰۲ در استان خراسان رضوی انجام شد. جامعه آماری ۳ بیمارستان تامین اجتماعی (فارابی و ۱۷ شهریور در مشهد و ۲۲ بهمن در تربت حیدریه) و ۱۶ بیمارستان خصوصی و غیرآموزشی در سطح استان خراسان رضوی (مشهد: مهر، آریا، سینا، رضوی، پاستور، جوادالائمه قلب، جوادالائمه طبرسی، ۲۲ بهمن، موسی بن جعفر، امام زمان، امام سجاده، مهرگان، بنت الهدی، ناجا، امام حسین) قمربنی هاشم (نیشابور) که

موردبررسی قرار گرفت که آلفای کرونیخ این میزان را ۰/۷۱ نشان داد. بنابراین چکلیست موردنظر برای پژوهش حاضر، پایا تشخیص داده شد. این چکلیست ۵۰ گویه ای وضعیت شاخص‌های دوستدار سالمند در بیمارستان‌ها را از نظر برخورداری، تا حدودی برخوردار و عدم برخورداری مشخص می‌سازد. این شاخص‌ها در ۹ حیطه به شرح زیر مطرح شده‌اند: بعد وضعیت دسترسی سالمندان مراجعه کننده به بیمارستان (۳ گویه)، بعد وضعیت محیط فیزیکی (۸ گویه)، بعد وضعیت سرویس‌های بهداشتی (۷ گویه)، بعد وضعیت تابلوهای راهنما (۳ گویه)، بعد وضعیت اطلاع رسانی و آموزش به سالمندان (۶ گویه)، بعد وضعیت برنامه زمانی مناسب برای سالمندان جهت مراجعه مجدد به بیمارستان (۴ گویه)، بعد وضعیت ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامت به سالمندان مراجعه کننده به بیمارستان (۱۱ گویه)، بعد وضعیت خدمات بستری برای سالمندان مراجعه کننده (۴ گویه)، بعد وضعیت پذیرش و پرداخت هزینه برای سالمندان (۴ گویه). بر اساس مطالعات انجام گرفته، با اختصاص نمرات ۰، ۱ و ۲ به ترتیب برای وضعیت عدم برخورداری، حدوداً برخوردار و برخوردار، دامنه نمرات کل مقیاس از ۰ تا ۱۰۰ بوده که کسب نمره بیشتر نشان‌دهنده انطباق بیشتر با معیارهای بیمارستان دوستدار سالمند است (۱۲).

سرشماری از کلیه بیمارستان‌های واجد شرایط مطالعه در شهرهای استان خراسان رضوی، بلافاصله بعد از اخذ کد اخلاق و دریافت مجوزهای مربوطه در فاصله زمانی به مدت دو ماه انجام شد. در این پژوهش با استفاده از یک چکلیست، وضعیت شاخص‌های دوستدار سالمند در حیطه‌های عمده‌ای نظیر محیط فیزیکی و معنوی، خدمات مراقبتی درمانی، خدمات بستری و نیز وضعیت اطلاعاتی و آموزشی دوستدار سالمند موردبررسی قرار گرفت. اطلاعات موردنظر از هر یک از بیمارستان‌های واجد شرایط توسط خود پژوهشگر از طریق مشاهده مستقیم بر اساس گویه‌های موجود در چکلیست، اخذ و جمع‌آوری شده و پس از آن تجزیه و تحلیل لازم بر روی آن‌ها صورت پذیرفت.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی و محرمانه بودن اطلاعات کسب شده، به هر یک از چکلیست‌ها کد داده شد و این امر به اطلاع مسئولین ذیربط نیز رسانده شد. پس از کسب مجوز از سوی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سبزوار به شماره IR.MEDSAB.REC.1402.030 و تأییدیه اخلاقی از دانشگاه علوم پزشکی مشهد به شماره ۲۵۱۸۵۵/۱۴۰۲ (که

رضایت به شرکت در مطالعه را داشتند وارد مطالعه شدند. این بیمارستان‌ها به صورت سرشماری و بر اساس چک لیست مراکز دوستدار سالمند سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸) و به روش مشاهده ای مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها «چک لیست بیمارستان‌های دوستدار سالمند» می‌باشد این چکلیست توسط احمدی و همکاران برای ارزیابی شاخص‌های بیمارستان دوستدار سالمند طی یک مطالعه پژوهشی مورداستفاده قرار گرفته است (۶). برای تهیه این چکلیست ابتدا شاخص‌های منتشره توسط سازمان جهانی سلامت برای ارزیابی وضعیت بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت (۴۶) (۷) و چک لیست معرفی شده توسط راشمی و همکاران، توسط دو نفر و به‌طور مجزا با روش ترجمه معکوس ترجمه و با استفاده از نظرات پانل خبرگان بومی‌سازی و تأیید شده است به‌منظور بررسی شاخص روایی محتوا، چکلیست مورداستفاده در پژوهش حاضر، از طریق ایمیل در اختیار ۱۰ نفر از اساتید و متخصصین در حوزه سالمندی تحت عنوان پانل خبرگان، قرار گرفت و از آنها خواسته شد نظراتشان را در مورد وضعیت هر یک از گویه‌ها را از نظر «مرتبط بودن»، «ساده و قابل فهم بودن» و «شفاف بودن» مشخص سازند. بدین منظور پاسخ‌ها به‌صورت لیکرتی با نمرات ۱ تا ۴ در نظر گرفته شده بودند که عبارت بودند از: مرتبط بودن: «۱ اصلاً مربوط نیست»، «۲ کمی مربوط است»، «۳ بیشتر مربوط است» و «۴ کاملاً مربوط است». ساده بودن: «۱ ساده نیست»، «۲ کمی ساده است»، «۳ نسبتاً ساده است» و «۴ کاملاً ساده است». شفاف بودن: «۱ شفاف نیست»، «۲ شفافیت کمی دارد»، «۳ نسبتاً شفاف است» و «۴ کاملاً شفاف است».

مقدار شاخص CVI = تعداد متخصصینی که به گویه‌ها نمرات ۳ و ۴ داده‌اند تقسیم بر تعداد کل متخصصین. درنهایت نحوه تفسیر مقدار به‌دست‌آمده برای شاخص CVI به‌صورت زیر خواهد بود: نمره بالاتر از ۰/۷۹ = مناسب، نمره بین ۰/۷۰ - ۰/۷۹ = اصلاح و بازنگری، نمره کمتر از ۰/۷۰ = غیرقابل قبول و قابل حذف.

بررسی میانگین شاخص CVI بیانگر روایی مطلوب چکلیست از نظر مرتبط بودن، ساده بودن و واضح بودن گویه‌ها بود که به ترتیب برابر با ۰/۹۵، ۰/۹۷ و ۰/۹۷ می‌باشد. جهت تعیین پایایی از آزمون آلفای کرونیخ استفاده شد که پایایی بر اساس داده‌های ۱۹ بیمارستان،

یافته ها

ویژگی های بیمارستان های مورد مطالعه در جدول ۱ توصیف شده است. مجموعاً ۱۹ بیمارستان مورد بررسی قرار گرفتند که ۱۵/۷ درصد از آنها تامین اجتماعی بودند و ۸۹/۴ درصد از آن ها بیمارستان های کلان شهر مشهد بودند. میانگین کل تخت مصوب آن ها حدود ۱۵۸ تخت و ضریب اشغال تخت کل به طور میانگین حدود ۱۵۷ درصد بود.

بیشترین حجم نمونه جامعه پژوهش به تعداد ۱۶ بیمارستان را به خود اختصاص داده بود) و هماهنگی با مسئولین مربوطه، بیمارستان های واجد معیارهای ورود به مطالعه در شهرهای واجد شرایط استان خراسان رضوی (مشهد، نیشابور، تربت حیدریه) مورد ارزیابی از سوی پژوهشگر قرار گرفت. داده های جمع آوری شده جهت تحلیل وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شدند. برای تحلیل یافته ها از آمارهای توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار، فراوانی و درصد استفاده شد و یافته ها در قالب جداول ارائه شدند.

جدول ۱. مشخصات کلی بیمارستان های خصوصی و غیر آموزشی استان خراسان رضوی ۱۴۰۲

بیمارستان	امام زمان	امام حسین	امام سجاد	آریا	بنت الهدی	پاستور	سینا	رضوی	فارابی	هفته شهریور	جواد الائمه قلب	نواد الائمه طبرسی	مهرگان	موسی بن جعفر	ثامن الائمه	مهر	۲۲ بهمن	رازی	قمر بنی هاشم
تخت فعال	۱۸۰	۱۴۵	۱۲۰	۱۰۰	۱۰۰	۷۵	۱۲۸	۵۰۰	۲۴۲	۲۶۵	۲۰۰	۱۵۰	۷۰	۲۰۰	۱۰۰	۹۶	۱۶۰	۱۱۲	۷۵
تخت مصوب	۱۶۲	۱۳۰	۱۲۰	۱۰۰	۸۵	۷۵	۱۲۰	۵۰۰	۲۲۰	۲۶۵	۱۹۵	۱۵۰	۷۰	۲۷۰	۱۰۰	۹۶	۱۶۰	۱۰۷	۷۰

بیشترین میانگین نمرات را به خود اختصاص داده اند. این در حالی است که حیطه های پذیرش و پرداخت، خدمات بستری و حیطه خدمات ارتقاء سلامت کمترین میانگین نمرات را کسب نموده اند.

جدول ۲ در بالا در مجموع شاخص های بیمارستان دوستدار سالمند، بیمارستان های خصوصی و غیر آموزشی استان خراسان رضوی را نشان می دهد که از بین ۰ تا ۱۰۰ نمره ممکن، میانگین نمره ۳۲/۸۴ را کسب نمودند. در این بین، حیطه های محیط فیزیکی و همچنین سرویس های بهداشتی

جدول ۲. نمره کل و حیطه های پرسشنامه بیمارستان دوستدار سالمند

حیطه	میانگین \pm انحراف معیار	دامنه نمرات ابزار
دسترسى به بیمارستان	۰/۹۰ \pm ۰/۵۲	۰-۶
محیط فیزیکی در بیمارستان	۲/۳۳ \pm ۱۳/۶۸	۰-۱۶
سرویس های بهداشتی	۳/۱۱ \pm ۶/۴۲	۰-۱۴
تابلوهای آهنما	۰/۷۴ \pm ۲/۶۸	۰-۱۲
پذیرش و پرداخت هزینه	۰/۲۲ \pm ۰/۰۵	۰-۶
نمره کلی	۶/۹۲ \pm ۲۳/۷۳	۰-۱۶
اطلاعات و آموزش	۲/۶۵ \pm ۲/۵۲	۰-۲۲
برنامه زمانی مناسب مراجعه به بیمارستان	۰/۹۷ \pm ۰/۷۸	۰-۸
خدمت ارتقای سلامت و مراقبت های پزشکی	۲/۹۶ \pm ۳/۳۶	۰-۲۲
خدمات بستری در بیمارستان	۰/۹۷ \pm ۲/۷۸	۰-۸
نمره کلی	۳/۹۳ \pm ۶/۹۲	۰-۲۲
نمره کلی	۱۰/۶۳ \pm ۳۲/۸۴	۰-۱۰۰

محمد رضا قاسمی و همکاران

بیش از نیمی از بیمارستان‌ها فاقد سرویس بهداشتی در تمام فضاهای مهم بیمارستان، فاقد توالی فرنگی می‌باشد. ۸۴٪ فاقد همراهی جهت مراقبت از سالمندان در هنگام توالی رفتن بود. در ۸۹٪ از بیمارستان‌ها، درهای سرویس بهداشتی از هر دو طرف باز نمی‌شد. سرویس‌های بهداشتی در ۸۴٪ بیمارستان‌ها فاقد زنگ اخبار بود. بیش از ۹۴٪ سرویس‌های بهداشتی دستگیره کمکی برای بلند شدن داشتند. در بیش از ۹۰٪ بیمارستان‌ها تابلوهای راهنما در تمامی بخش‌ها نصب شده بود. باین حال ۱۰٪ آن‌ها کلمات درشت و واضح داشت و ۱۰۰٪ تابلوها به زبان فارسی و انگلیسی نوشته شده بود و از گویش‌های محلی استفاده نشده بود. ۹۴/۷٪ از بیمارستان‌ها در فرایند پذیرش و تسویه حساب اولویتی برای سالمندان نداشته، فقط ۵/۳٪ بیمارستان‌ها تا حدودی به میز مجزای پذیرش برای سالمندان اشاره داشته است.

همان‌طور که در جدول پایین مشاهده می‌شود هیچ‌یک از بیمارستان‌ها پارکینگ اختصاصی برای سالمندان نداشته است. با این حال ۲۶٪ بیمارستان‌ها نزدیک ایستگاه اتوبوس یا ایستگاه مترو بودند. هیچ‌کدام از بیمارستان‌ها ورودی مجزا مخصوص سالمندان نداشتند. امکانات ارتباطی برای سالمندان در فضاهای سرپایی و بستری در ۲۱٪ بیمارستان‌ها فراهم نبود. ۸۹٪ از بیمارستان‌ها از نور مناسب برخوردار بودند. ۱۰۰٪ بیمارستان‌ها دارای درها و اتاق‌های عریض بودند و ۸۹٪ بیمارستان‌ها در طبقات به آسانسور دسترسی داشتند. حدود ۱۶٪ از بیمارستان‌ها دارای محیطی پیچیده بودند که بیماران به راحتی نمی‌توانستند به بخش‌های مختلف دسترسی داشته باشند. کف بیش از ۶٪ از بیمارستان‌ها لغزنده بوده و مناسب تردد سالمندان نبود. ۱۰۰٪ بیمارستان‌ها دارای رمپ برای استفاده افراد از ویلچر و نرده برای راه‌پله‌ها بودند.

جدول ۳. توزیع فراوانی حیطه‌ی فضای فیزیکی

فراوانی (درصد)			حیطه فضای فیزیکی
برخوردار	نیمه برخوردار	عدم برخوردار	
۰	۰	۱۹ (۱۰۰)	در بیمارستان / مرکز جایگاه پارک خودرو مخصوص سالمندان وجود دارد.
۵ (۲۶/۳)	۰	۱۴ (۷۳/۷)	دسترسی به بیمارستان آیا در نزدیکی بیمارستان / مرکز ایستگاه اتوبوس / ایستگاه مترو واقع شده است.
۰	۰	۱۹ (۱۰۰)	بیمارستان / مرکز دارای یک ورودی مجزا مخصوص سالمندان می‌باشد.
۵ (۲۶/۳)	۱۰ (۵۲/۶)	۴ (۲۱/۱)	امکانات ارتباطی برای سالمندان در تمامی فضاهای مهم بیمارستان / مرکز شامل بخش سرپایی، بخش‌های بستری و در هر طبقه موجود می‌باشد.
۱۷ (۸۹/۵)	۲ (۱۰/۵)	۰	نورپردازی مناسب (نور مناسب) در بیمارستان / مرکز موجود است.
۱۹ (۱۰۰)	۰	۰	درب‌های بیمارستان / مرکز و بخش‌ها و اتاق‌ها پهن و عریض می‌باشند.
۱۷ (۸۹/۵)	۰	۲ (۱۰/۵)	آسانسورها برای سالمندان در تمامی طبقات بیمارستان / مرکز در دسترس می‌باشد.
۱۶ (۸۴/۲)	۱ (۵/۳)	۲ (۱۰/۵)	محیط فیزیکی آسانسورها و راهروها و درب‌ها عریض، وسیع و جادار بوده و دارای فضای کافی برای حرکت و جایجایی می‌باشند.
۹ (۴۷/۴)	۷ (۳۶/۸)	۳ (۱۵/۸)	فضای داخل مرکز / بیمارستان پیچیده نبوده و دسترسی به واحدهای مختلف برای سالمندان آسان است.
۱۸ (۹۴/۷)	۰	۱ (۵/۳)	کف بیمارستان / مرکز لیز نمی‌باشد.
۱۹ (۱۰۰)	۰	۰	رمپ‌ها برای استفاده از ویلچر وجود داشته و در راه‌پله‌ها نرده کنار پله موجود است.
۹ (۴۷/۴)	۰	۱۰ (۵۲/۶)	در تمامی فضاهای مهم بیمارستان / مرکز مانند بخش سرپایی و بخش‌های بستری، هر طبقه توالی‌ها برای استفاده سالمندان در دسترس هستند.
۳ (۱۵/۸)	۰	۱۶ (۸۴/۲)	در توالی‌ها زنگ اخبار وجود دارد.
۱۸ (۹۴/۷)	۱ (۵/۳)	۰	کف توالی‌ها لیز نبوده و تمیز و خشک می‌باشند.
۱۸ (۹۴/۷)	۱ (۵/۳)	۰	در توالی‌ها دستگیره کمکی به دیوار برای بلند شدن وجود دارد.
۸ (۴۲/۱)	۱ (۵/۳)	۱۰ (۵۲/۶)	در هر سرویس توالی یک توالی فرنگی وجود دارد.
۲ (۱۰/۵)	۱ (۵/۳)	۱۶ (۸۴/۲)	یک نفر جهت همراهی با سالمندان جهت مراقبت از آنان هنگام توالی وجود دارد.
۱ (۵/۳)	۱ (۵/۳)	۱۷ (۸۹/۵)	توالی‌ها دارای درب‌هایی هستند که از دو طرف قابل باز شدن می‌باشند.

تابلوهای راهنما در تمامی بخش‌های مهم بیمارستان/ مرکز شامل بخش سرپایی، بخش‌های بستری و هر طبقه نصب شده است.	۱۸ (۹۴/۷)	.	۱ (۵/۳)
اندازه کلمات و حروف در تابلوها برای بهتر دیده شدن بزرگ و درشت می‌باشد.	۱۱ (۵۷/۹)	۶ (۳۱/۶)	
در صورت نیاز، نوشتارها و تابلوها به زبان محلی نیز تهیه و نصب شده است.	.	.	۱۹ (۱۰۰/۱)
در فرایند پذیرش سیستم اولویت‌دهی به سالمندان وجود داشته و میز پذیرش مجزا برای پذیرش سالمندان در بیمارستان/ مرکز وجود دارد.	۱۸ (۹۴/۷)	۱ (۵/۳)	.
در صندوق بیمارستان/ مرکز صندوق مجزا و یا سیستم اولویت‌دهی به سالمندان جهت پرداخت هزینه‌ها وجود دارد.	.	.	۱۹ (۱۰۰/۱)
صورتحساب بیمارستان/ مرکز برای سالمندان از روز قبل یا ساعتی قبل از ترخیص آماده شده است.	.	.	۱۹ (۱۰۰/۱)
در فرایند پذیرش سیستم اولویت‌دهی به سالمندان وجود داشته و میز پذیرش مجزا برای پذیرش سالمندان در بیمارستان/ مرکز وجود دارد.	.	.	۱۹ (۱۰۰/۱)

مشاوره‌های پیشگیرانه و تذکر علائم خطر کارکنان را آموزش نداده‌اند. همچنین بیش از ۹۰٪ بیمارستان‌ها هیچ آموزشی برای ارائه توصیه‌های پیشگیرانه به سالمندان نداشتند.

همان‌طور که در جدول پایین مشاهده می‌شود، بیش از ۹۰٪ بیمارستان‌ها فاقد پروتکل‌هایی برای غربالگری سالمندان بوده و بیش از ۸۹٪ بیمارستان‌ها در خصوص ارتباطات با سالمندان، چهار بیماری اصلی سالمندان (آلزایمر، سقوط، بی‌اختیاری ادرار، افسردگی) و مبنای تعامل با آن‌ها،

جدول ۴. توزیع فراوانی حیطه ی آموزش کارکنان

حیطه آموزش کارکنان	فراوانی (درصد)		
	برخوردار	نیمه برخوردار	عدم برخوردار
دستورالعمل‌هایی برای ارائه خدمات و مشاوره در خصوص سه عامل خطر مشترک شامل رژیم غذایی مناسب، سیگار کشیدن و بی‌تحرکی جسمی در مرکز ارائه خدمات جهت استفاده کارکنان وجود دارد.	۱۱ (۵۷/۹)	۴ (۲۱/۱)	۴ (۲۱/۱)
در بیمارستان/ مرکز پروتکل‌هایی (امکاناتی) برای غربالگری سالمندان وجود دارد.	۲ (۱۰/۵)	.	۱۷ (۸۹/۵)
پزشکان، پرستاران و کارکنان بیمارستان/ مرکز در خصوص مهارت برقراری ارتباط کلامی صحیح و تعامل با سالمندان آموزش‌های لازم را دیده‌اند.	۱ (۵/۳)	۱۸ (۴۲/۱)	۱۰ (۵۲/۶)
پزشکان و پرستاران مرکز/ بیمارستان در خصوص مبنای طب سالمندان و چهار بیماری اصلی آنان آموزش‌های لازم را دیده‌اند.	۱ (۵/۳)	۱ (۵/۳)	۱۷ (۸۹/۵)
کارکنان مرکز/ بیمارستان در خصوص مبنای تعامل با سالمندان و چهار بیماری اصلی آنان آموزش‌های لازم را دیده‌اند.	.	۲ (۱۰/۵)	۱۷ (۸۹/۵)
کارکنان بیمارستان برای ارائه مشاوره‌های پیشگیرانه بهداشتی به سالمندان در خصوص سه عامل خطر مشترک شامل رژیم غذایی مناسب، سیگار کشیدن و بی‌تحرکی جسمی آموزش‌های لازم را دیده‌اند.	۱ (۵/۳)	۱ (۵/۳)	۱۷ (۸۹/۵)

مطالعه ما نشان داد که تنها ۵۸٪ بیمارستان‌ها اقداماتی را برای توجیه نسخه دارویی و اولویت سالمندان در ارائه داروها، ارائه کرده‌اند. همچنین نتایج نشان داد که هیچ‌یک از بیمارستان‌ها دارای سیستم اولویت، صف/ پیشخوان مجزا و فرآیند پذیرش اختصاصی برای سالمندان نبودند. همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، بیمارستان‌ها فاقد بخش مخصوص سالمندان بوده امکانات تفریحی در ۴۲٪ بیمارستان‌ها در دسترس نبوده ولیکن ۱۰۰٪ بیمارستان‌ها به نمازخانه دسترسی داشتند.

طبق داده‌های به دست آمده در جدول پایین تنها در ۵٪ از بیمارستان‌ها زمان درخواست ویزیت سالمندان توسط پزشک کوتاه‌تر است و حدود ۹۵٪ از بیمارستان‌ها سیستم و فرایند خاصی برای تنظیم وقت معاینه سالمندان ندارند. تنها ۱۰/۵٪ زمان‌های را برای ارائه خدمات خاص به سالمندان در برنامه کاری مشخص کرده بودند. همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، ۹۵٪ بیمارستان‌ها فاقد متخصص طب سالمندی و ۱۰۰٪ فاقد کلینیک مجزای چند تخصصی برای سالمندان بودند.

جدول ۵. توزیع فراوانی حیطه ی سیستم های مدیریت مراقبت بهداشتی

فراوانی (درصد)			حیطه سیستم های مدیریت مراقبت بهداشتی	
برخوردار	نیمه برخوردار	عدم برخوردار		
۱۱(۵۷/۹)	۵(۲۶/۳)	۳(۱۵/۸)	خط تلفن خاص یا سیستم نوبت دهی و یادآوری نوبت ها برای سالمندان وجود دارد.	
۱(۵/۳)	۰	۱۸(۹۴/۷)	زمان درخواست وقت برای ویزیت سالمندان توسط پزشکان کوتاه تر است.	برنامه زمانی جهت مراجعه به بیمارستان
۱(۵/۳)	۰	۱۸(۹۴/۷)	سیستم و فرایند خاصی برای تنظیم وقت معاینه سالمندان در بیمارستان / مرکز وجود دارد.	
۲(۱۰/۵)	۰	۱۷(۸۹/۵)	زمان هایی برای ارائه خدمات خاص به سالمندان در برنامه کاری مشخص شده است.	
۲(۱۰/۵)	۰	۱۷(۸۹/۵)	بیماران بالای شصت سال بصورت سالانه مورد مشاوره، معاینه، درمان و پیگیری قرار می گیرند و این اقدامات در وظایف مراکز بهداشتی درمانی / بیمارستان تعریف شده است.	
۴(۲۱/۱)	۱۱(۹۵/۷)	۴(۲۱/۱)	داروخانه بیمارستان / مرکز به سالمندان در جهت ارائه داروهای اولویت قائل می شود.	
۱(۵/۳)	۲(۱۰/۵)	۱۶(۸۴/۲)	بیمارستان / مرکز برای راهنمایی سالمندان در بخش های مختلف تسهیلاتی قائل شده است.	
۰	۲(۱۰/۵)	۱۷(۸۹/۵)	سیستم اولویت گذاری برای سالمندان در تمام خدمات بیمارستان / مرکز تعریف شده و وجود دارد.	
۱۱(۵۷/۹)	۵(۲۶/۳)	۳(۱۵/۸)	در داروخانه بیمارستان / مرکز شهروندان سالمند در خصوص داروهای نوشته شده در نسخه توجیه می گردند.	خدمات ارتقای سلامت و مراقبت های پزشکی
۰	۰	۱۹(۱۰۰)	در تمامی کانترهای بیمارستان / مرکز یک صف مجزا برای سالمندان وجود دارد.	
۰	۰	۱۹(۱۰۰)	در بیمارستان / مرکز سیستم ارائه خدمات در منزل برای سالمندان وجود دارد و کارکنان بیمارستان / مرکز در صورت نیاز به منازل سالمندان مراجعه نموده و ارائه خدمت می نمایند	
۲(۱۰/۵)	۳(۱۰/۵)	۱۵(۷۸/۹)	برنامه غربالگری سالمندان در مرکز / بیمارستان انجام می شود.	
۰	۰	۱۹(۱۰۰)	در مرکز / بیمارستان فرد خاصی به عنوان هماهنگ کننده خدمات مراقبت سلامت برای سالمندان وجود دارد.	
۱(۵/۳)	۰	۱۸(۹۴/۷)	در مرکز / بیمارستان متخصص طب سالمندی حضور دارد.	
۰	۰	۱۹(۱۰۰)	کلینیک مجزای چند تخصصی برای سالمندان در این بیمارستان / مرکز موجود می باشد.	
۱(۵/۳)	۰	۱۸(۹۴/۷)	افراد مراقبت کننده از سالمندان در صورت نیاز از طریق بیمارستان / مرکز در دسترس می باشند.	
۰	۰	۱۹(۱۰۰)	یک بخش سالمندان به صورت مجزا در بیمارستان / مرکز وجود دارد.	خدمات بستری در بیمارستان
۲(۱۰/۵)	۹(۴۷/۴)	۸(۴۲/۱)	امکانات تفریحی و سرگرمی مانند رادیو، تلویزیون و بازی های فکری برای سالمندان در بیمارستان / مرکز وجود دارد.	
۱۹(۱۰۰)	۰	۰	نمازخانه و مکان عبادت در بخش های بیمارستان / مرکز وجود دارد.	

بحث

توان انتقال بیماران به بیمارستان و یا حضور همراهان بیمار به بیمارستان را تسریع و تسهیل نمود (۱۲). در پژوهش حاضر بیمارستان های خصوصی و غیر آموزشی استان خراسان رضوی، دسترسی مناسبی به ایستگاه های حمل و نقل عمومی نداشتند؛ بنابراین نیاز است تا به این مورد توجه ویژه ای از جانب دانشگاه های علوم پزشکی و همچنین شهرداری های صورت پذیرد.

نتایج مطالعه در ارتباط با تعیین میزان انطباق بیمارستان های غیر آموزشی و خصوصی استان خراسان رضوی با معیار بیمارستان دوستدار سالمند در حیطه فضای فیزیکی حاکی از وضعیت مطلوب در این حیطه بود. ن که در پژوهش تاجور و همکاران که در سال ۱۳۹۸ در شهر اصفهان انجام گرفت، نتایج حاکی از این بود که بیش از ۸۰ درصد بیمارستان ها

یافته های پژوهش در رابطه نتایج مطالعه در ارتباط با تعیین میزان انطباق بیمارستان های غیر آموزشی و خصوصی استان خراسان رضوی با معیار بیمارستان دوستدار در بعد دسترسی به بیمارستان، حاکی از وضعیت نامناسب در این حیطه بود. در پژوهش کیانی و همکاران که باهدف تعیین عوامل مؤثر بر گسترش بیمارستان های دوستدار سالمند از دیدگاه سالمندان انجام شد، نشان داد که در بیمارستان های شهر تهران دسترسی آسان به بیمارستان از طریق وسایل حمل و نقل عمومی جزو چالش های مهم و اساسی بیماران می باشد (۱۱). این نتایج با پژوهش حاضر همسو است. دسترسی فیزیکی مناسب به بیمارستان ها جزو ملزومات طراحی یک بیمارستان می باشد چراکه از این طریق می

فضای فیزیکی متناسب با استانداردهای بیمارستان های دوستدار سالمند دارند (۱۳). یافته های پژوهش احمدی و همکاران در شهر تهران نشان داد که اکثر بیمارستان ها از نظر فضای فیزیکی در سطح مناسبی قرار داشتند (۶). این نتایج با پژوهش حاضر همسو است. در مقابل پژوهش سانتوس و همکاران در کشور برزیل نیز حاکی از این موضوع بود که شرایط فیزیکی بخش اورژانس برای بیماران سالمند مناسب نمی باشد (۱۴). همچنین پژوهش الگیلانی در کشور مصر حاکی از این بود که فضای فیزیکی اکثر بیمارستان ها متناسب با استانداردهای بیمارستان دوستدار سالمند طراحی نشده است (۱۵). محیط و شرایط فیزیکی بیمارستان جزو یکی از مهم ترین اصول طراحی هر بیمارستانی می باشد (۱۶). محیط فیزیکی مناسب در بیمارستان ها می تواند به راحتی بیماران سالمند و جلوگیری از بروز عوارض برای آنان کمک نماید و این موضوع در مطالعات مختلف مورد توجه قرار گرفته است. از جمله جنت علیپور و همکاران در مطالعه خود عنوان کردند که نامناسب بودن شرایط فیزیکی و محیطی پیرامون سالمندان در محیط بیمارستان منجر به محدودیت حرکت و کاهش ایمنی آنان شده و منجر به کاهش عملکرد در بیماران سالمند بستری می گردد (۱۷). همچنین باستانی و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که امکانات فیزیکی از جمله وجود آسانسور، نرده و پله می تواند موجب کاهش لیز خوردن، سقوط و شکستگی اندام سالمندان و همچنین کاهش آسیب پذیری و ارتقاء سلامت این گروه و صرفه جویی در هزینه ها شود (۱۸). در مجموع در حیطه محیط و فضای فیزیکی متناسب با بیمارستان های دوستدار سالمند، بیمارستان های خصوصی و غیر آموزشی استان خراسان رضوی انطباق بالای ۷۰ درصدی را نشان دادند که حاکی از وضعیت تقریباً مناسب این حیطه می باشد. با این وجود می توان با برطرف کردن نواقص موجود در این زمینه به ارائه خدمات بیشتر و با کیفیت بالاتر به سالمندان کمک نمود.

نتایج مطالعه در ارتباط با تعیین میزان انطباق بیمارستان های غیر آموزشی و خصوصی استان خراسان رضوی با معیار بیمارستان دوستدار سالمند در حیطه تابلوهای راهنما بیمارستان دوستدار سالمند در بیمارستان های غیر آموزشی و خصوصی خراسان رضوی نشان داد که از لحاظ تابلوهای راهنما در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار داشتند. همسو با نتایج پژوهش حاضر، پژوهش های تاجور و همکاران، تراورس و همکاران

نیز نشان دادند بیش از ۸۰ درصد بیمارستان ها از لحاظ نصب تابلوهای راهنما در وضعیت مناسبی قرار داشتند (۱۹)، ۲۰). سایر پژوهش ها نیز بر لزوم وجود تابلوهای راهنمای واضح و با حروف بزرگ به علت ایجاد و شروع اختلالات بینایی، شنوایی و کاهش توانایی در تمرکز در سالمندان تأکید دارند و وجود این گونه تابلوهای راهنما را برای بیمارستان ها لازم می دانند (۶، ۲۱). بدین منظور باید نهایت دقت و حساسیت را در آماده کردن تابلوهای راهنمای بیمارستان به کاربرد تا بتوان هرچه بیشتر و بهتر به سالمندان با مشکلات عدیده ذکر شده، به طور مؤثر خدمت رسانی کرد.

نتایج مطالعه در ارتباط با تعیین میزان انطباق بیمارستان های غیر آموزشی و خصوصی استان خراسان رضوی با معیار بیمارستان دوستدار سالمند در حیطه پذیرش و پرداخت هزینه بیمارستان دوستدار سالمند در بیمارستان های غیر آموزشی و خصوصی خراسان رضوی حاکی از وضعیت نامطلوب این شاخص بود. همسو با نتایج پژوهش حاضر، پژوهش های احمدی و همکاران و تاجور و همکاران نیز نشان دادند که بیمارستان های مورد پژوهش در این مطالعات، وضعیت مطلوبی از لحاظ پذیرش و پرداخت هزینه نداشتند. تقریباً در هیچ کدام از این بیمارستان ها امتیاز خاصی برای سالمندان در خصوص پرداخت هزینه ها مشاهده نشد (۶، ۱۳). برای بهبود این شاخص می توان با ایجاد تعامل بین بخشهای صندوق و بایگانی، طراحی نرم افزارهایی جهت سریع تر صورتحساب سالمندان، در نظر گرفتن متصدی ویژه برای امور سالمندان و ایجاد تعامل بیشتر بین صندوق های بیمه تکمیلی و صندوق و مدیریت بیمارستان جهت تسریع امور و کاهش هزینه های سالمندان اقدام نمود.

نتایج مطالعه در ارتباط با تعیین میزان انطباق بیمارستان های غیر آموزشی و خصوصی استان خراسان رضوی با معیار بیمارستان دوستدار سالمند در حیطه اطلاعات و آموزش بیمارستان دوستدار سالمند در بیمارستان های غیر آموزشی و خصوصی استان خراسان رضوی، حاکی از وضعیت نامطلوب این شاخص می باشد. همسو با نتایج پژوهش حاضر مطالعه محبی و همکاران نشان داد که ارائه آموزش های صحیح می تواند باعث بهبود وضعیت سالمندان در بیمارستان ها شود که این موضوع در بیمارستان های مورد پژوهش به میزان بسیار کمی دیده شده است (۲۲). مطالعه کارکی و همکاران نیز نشان داد که هیچ یک از کارمندان، آموزش های لازم در

بیمارستان دوستدار سالمند در حیطه خدمات ارتقای سلامت و مراقبت‌های پزشکی در بیمارستان دوستدار سالمند در بیمارستان‌های غیر آموزشی و خصوصی استان خراسان رضوی، حاکی از وضعیت نامطلوب این شاخص بود. همسو با نتایج پژوهش در مطالعه احمدی و همکاران نیز بیمارستان‌ها وضعیت مطلوبی در این زمینه نداشتند (۶). گوهری نژاد و همکاران نیز در مطالعه خود، بیان کرده‌اند که یکی از نقایص خدمات بهداشتی ارائه شده به سالمندان در ایران، ترخیص سالمندان از بیمارستان بدون برنامه پیگیری مناسب یا عدم مراجعه به خدمات توان‌بخشی پس از درمان است (۸). پژوهش‌های آکوریا و همکاران و عبدالطیف و همکاران در کشورهای نیجریه و امارات نیز نشان داد عدم وجود افراد و پزشکان متخصص سالمندان می‌تواند بر پیامدهای بستری شدن سالمندان مؤثر باشد (۲۷، ۲۸). این در حالی است که در مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده به افراد مسن باید ویژگی‌های بیماری‌های مزمن و همراه ناشی از افزایش سن را در نظر بگیرند. با این حال، 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 (۲۰). به طور کلی، 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 به‌جای مراجعه به تخصص‌های مختلف، طی یک معاینه جامع، درمان مناسب را دریافت کرده و عوارض جانبی کمتری برای وی ایجاد می‌شود.

نتایج مطالعه در ارتباط با تعیین میزان انطباق بیمارستان‌های غیر آموزشی و خصوصی استان خراسان رضوی با معیار بیمارستان دوستدار سالمند در حیطه خدمات بستری بیمارستان دوستدار سالمند در بیمارستان‌های غیر آموزشی و خصوصی خراسان رضوی، اختصاص می‌یابد. طبق یافته‌های این پژوهش کمتر از نیمی از بیمارستان‌ها فاقد بخش مخصوص سالمندان و امکانات تفریحی بودند؛ اما همه بیمارستان‌ها به نمازخانه دسترسی داشتند همسو با نتایج پژوهش حاضر، در مطالعه تاجور و همکاران در شهر اصفهان، کمی بیش

خصوص نحوه برخورد با بیماران سالمند را دریافت نکرده بودند و سیاست‌های بیمارستان دوستدار سالمند در این حیطه اجرایی نمی‌شد (۲۳). نتایج پژوهش احمدآبادی و همکاران نیز حاکی از این موضوع بود که کمترین میزان رضایت سالمندان در حیطه آموزش و ارتباط مؤثر بود (۲۴). افزایش اطلاعات سالمندان و ارائه آموزش‌های لازم به آن‌ها در مورد موضوعات بهداشتی و درمانی و بهبود هدایت و اطلاع‌رسانی متناسب با نیازهای درمانی سالمندان، می‌تواند باعث افزایش دانش و کاهش عوارض ناشی از بیماری گردد. با توجه به این‌که قشر سالمند اطلاع کمتری در خصوص نکات بهداشتی و بیماری خوددارند، ارائه اطلاعات در رابطه با بیماری و نکات پیشگیرانه می‌تواند تا حد زیادی مراجعات سالمند به بیمارستان را کاهش داده و باعث بهبود کیفیت زندگی و مدیریت بیماری وی شود. در این راستا، وجود میز خدمت ویژه بیماران سالمند و ارائه آموزش‌های جداگانه توسط پرستاران به این گروه از بیماران پیشنهاد می‌گردد.

نتایج مطالعه در ارتباط با تعیین میزان انطباق بیمارستان‌های غیر آموزشی و خصوصی استان خراسان رضوی با معیار بیمارستان دوستدار سالمند در برنامه زمانی مناسب جهت مراجعه بیمارستان دوستدار سالمند در بیمارستان‌های غیر آموزشی و خصوصی استان خراسان رضوی نتایج حاکی از وضعیت نامطلوب این شاخص می‌باشد. پژوهش‌های طریق و همکاران در کشور عراق نشان داد که اکثریت بیمارستان‌ها زمان و واحد خاصی را برای ویزیت بیماران سالمند اختصاص نداده بودند (۱۹). همچنین در پژوهش هوانگ و همکاران، متقاعد کردن مدیریت بیمارستان برای اختصاص زمان و مکان ویژه سالمندان برای ارائه خدمات، جزو چالش‌های اساسی مطالعه ذکر شد (۲۵). با توجه به شرایط ویژه بیماران سالمند و عدم امکان معطل شدن‌های طولانی‌مدت به علت ضعف فیزیکی و همچنین وجود بیماری‌های زمینه‌ای، نیاز است تا در بیمارستان‌ها زمان اختصاصی برای مراجعه سالمندان در نظر گرفته شود تا از اتلاف وقت و فشار بر روی سالمندان جلوگیری شود (۲۶). این کار از طریق اولویت دادن به ویزیت‌های بیماران سالمند یا قرار دادن پزشک متخصص جداگانه ویژه این بیماران میسر خواهد شد.

نتایج مطالعه در ارتباط با تعیین میزان انطباق بیمارستان‌های غیر آموزشی و خصوصی استان خراسان رضوی با معیار

سالمند ارائه شده در بیمارستان ها یک مطالعه کیفی نیز ضروری به نظر می رسد.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد بیمارستان های خصوصی و غیر آموزشی استان خراسان رضوی از نظر برخورداری از شاخص های دوستدار سالمند در وضعیت مطلوبی قرار ندارند. لذا توصیه می شود مسئولین امر با توجه به کسب آگاهی از وضعیت موجود و شناخت اولویت ها، برنامه ریزی های دقیق و مناسبی را برای بهبود وضعیت شاخص ها در مراکز ذکر شده، طراحی و اجرا کنند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله مصوب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق IR.MEDSAB.REC.1402.030 و پیروی از اصول اخلاق پژوهش و رعایت مصوبات کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سبزوار است.

سیاسگزاری

از معلومین محترم تحقیقات و فناوری، اساتید محترم در دانشگاه های علوم پزشکی استان خراسان رضوی، مسئولین بیمارستان های آموزشی درمانی استان خراسان رضوی و مشارکت کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

از نیمی از بیمارستان ها امکانات رفاهی مناسب سالمندان داشتند. همچنین نمازخانه و مکان عبادت در تمامی بیمارستان ها وجود داشت؛ 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 (۱۳). در مطالعه احمدی و همکاران نیز تنها ۲۳ درصد از بیمارستان ها افراد مراقبت کننده از سالمندان را تعیین کرده بودند و بخش بستری مختص سالمندان در هیچ یک از بیمارستان های شهر تهران وجود نداشت و ۳۱ درصد تا حدودی امکانات مناسب سرگرمی و تفریحی را داشته اند (۶). با توجه به ارتباط مستقیم فعالیتهای تفریحی و مذهبی با سلامت روان سالمندان (۲۹)، تیم مدیریت بیمارستان باید به این موضوع توجه ویژه ای داشته باشند. پیشنهاد می شود در مطالعات آتی، شاخص های دوستدار سالمند دیگری نیز که در چک لیست وجود نداشت مورد ارزیابی قرار گیرند و با توجه به وضعیت نامطلوب بیمارستان ها انجام یک مطالعه با رویکرد کیفی برای بررسی علل عدم رعایت معیارهای دوستدار سالمند در بیمارستان های غیرآموزشی و خصوصی استان خراسان رضوی از دیدگاه مسئولین مربوطه پیشنهاد می گردد. و نیز سایر مطالعات دیگر از جمله بررسی ارتباط میزان دوستدار بودن بیمارستان ها با میزان رضایت سالمندان بستری در این مراکز، ۲. بررسی تاثیر به کارگیری پزشک متخصص سالمندان بر میزان رضایت سالمندان از خدمات بیمارستانی، ۳. بررسی دیدگاه و تجارب سالمندان درباره خدمات دوستدار

References

1. Wilmoth JR, Bas D, Mukherjee S, Hanif N. World social report 2023: Leaving no one behind in an ageing world: UN; 2023.
2. Pezhhan A, Ambika A. Aging in the Middle East with Special Focus on Iran. Handbook of Aging, Health and Public Policy: Perspectives from Asia: Springer; 2023. p. 1-14. https://doi.org/10.1007/978-981-16-1914-4_169-1
3. Lisko I, Kulmala J, Annetorp M, Ngandu T, Mangialasche F, Kivipelto M. How can dementia and disability be prevented in older adults: where are we today and where are we going? Journal of internal medicine. 2021;289(6):807-30. <https://doi.org/10.1111/joim.13227>
4. Nelson RE, Hyun D, Jezek A, Samore MH. Mortality, length of stay, and healthcare costs associated with multidrug-resistant bacterial infections among elderly hospitalized patients in the United States. Clinical Infectious Diseases. 2022;74(6):1070-80. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab696>
5. Mehri N, Messkoub M, Kunkel S. Trends, determinants and the implications of population aging in Iran. Ageing International. 2020;45(4):327-43. <https://doi.org/10.1007/s12126-020-09364-z>
6. 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. <https://doi.org/10.15171/hpp.2015.006>
7. Ageing W. Active ageing: towards age-friendly primary health care. World Health Organization, 2004.

8. 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(1):321-56. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.32156>
9. Tavares J, Santinha G, Rocha NP, editors. Age-friendly health care: a systematic review. *Healthcare*; 2021: MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010083>
10. Fallahi F, Adib-Hajbaghery M, Safa A. Status of age-friendly city indicators in Iran cities: a systematic review. *BMC geriatrics*. 2024;24(1):412. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05021-1>
11. Kyani F, MAHMOUDI MFM, Hajinabi K. Factors Affecting the Development of Age-Friendly Hospitals in Iran: A Factor Analysis. 2019.
12. Karliner LS, Pérez-Stable EJ, Gregorich SE. Convenient access to professional interpreters in the hospital decreases readmission rates and estimated hospital expenditures for patients with limited English proficiency. *Medical care*. 2017;55(3):199. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000643>
13. Tajvar M, Torabi M, Dargahi H, Atashbahar O, Sajadi HS. Assessing the Isfahan Hospitals based on the World Health Organization's Age-Friendly Hospital Model: A Mixed Method Study. *Iranian Journal of Ageing*. 2023;0-. <https://doi.org/10.32598/sija.2023.3536.1>
14. Santos MTd, Lima MADdS, Zucatti PB. Elder-friendly emergency services in Brazil: necessary conditions for care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2016;50:0594-601. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500008>
15. El-Gilany A-H, El-Bastawesy S, Ibrahim AM. Internal Physical Environment of Health Care Facilities and Services Provided for Elderly in Port Said, Egypt. *International journal of Nursing Didactics*. 2018;8(11):17-22.
16. Bahramnezhad F, Noughabi AAA, Afshar PF, Marandi S. Exercise and quality of life in patients with chronic heart failure. *Galen Medical Journal*. 2013;2(2):49-53. <https://doi.org/10.31661/gmj.v2i2.30>
17. Jannat Alipour Z, Fotoukian Z, Ahmadi H. Elderly-Friendly Hospitals, a Step towards Improving the Health of the Elderly-A Review Study. *Quarterly Journal of Caspian Health and Aging*. 2021;6(2):22-41.
18. Bastani P, Dehghani M, Ahmadi Marzaleh M. Assessing shiraz pharmacies according to senior-friendly criteria. *Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(1):116-23. <https://doi.org/10.21859/sija-1201116>
19. Tariq E, Lafta R. A profile on health-care services for old in Baghdad. *Mustansiriyah Med J*. 2018;17:52-6. https://doi.org/10.4103/MJ.MJ_13_18
20. Tavares J, Grácio J, Nunes L. Assessment of hospital environments and policies: seeking an age-friendly hospital. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017;20:254-8. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160095>
21. Boltz M, Capezuti E, Shabbat N. Building a framework for a geriatric acute care model. *Leadership in Health Services*. 2010;23(4):334-60. <https://doi.org/10.1108/17511871011079029>
22. Mohebbi S, Bolboli S, Mohebbi S. Factors and Implications of Elder Friendly Medical Centers: A Qualitative Research. *MEJDS*. 2016;9(70).
23. 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;8:1-9. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S83008>
24. Ahmadabad AD, Bahrevar V, Zeinali A. Elderly patients' satisfaction with provided services in Yazd Shahid Sadoughi Hospital. *Elderly Health Journal*. 2016;2(1):45-9.
25. 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: CGJ*. 2011;14(4):100. <https://doi.org/10.5770/cgj.v14i4.8>
26. Bahramnezhad F, Asgari P, Zolfaghari M, Afshar PF. Family-centered education and its clinical outcomes in patients undergoing hemodialysis short running. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015;17(6). [https://doi.org/10.5812/ircmj.17\(5\)2015.20705](https://doi.org/10.5812/ircmj.17(5)2015.20705)
27. Akoria OA. Establishing in-hospital geriatrics services in Africa: Insights from the University of Benin Teaching Hospital geriatrics project. *Annals of African medicine*. 2016;15(3):145. <https://doi.org/10.4103/1596-3519.188896>
28. Abdellatif TMF, Al Jaziri AMSA, Taryam MMO, Monsef NA, Buharoun AI, Elbadawi SAM, et al. Dubai primary health care centers conformation to WHO age-friendly primary healthcare recommendations. *Advances in Aging Research*. 2017;6(6):83-92. <https://doi.org/10.4236/aar.2017.66009>
29. 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:HSI.S12434. <https://doi.org/10.4137/HSI.S12434>