

Research Paper

Factors Affecting the Development of Age-Friendly Hospitals in Iran: A Factor Analysis

Fatemeh Kyani¹, Mahmoud Mahmoudi Majdabadi Farahani^{*2} , Kamran Hajinabi³

1. PhD Student, Health Services Management, Department of Health Services Administration, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

2. Professor, Department of Health Services administration, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

3. Assistant Professor, Department of Health Services administration, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

Citation: 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): 355-367

Resived: 6 Oct 2019

Accepted: 23 Aug 2019

Available Online: Dec2020

Abstract

Background & Aims: Developing countries such as Iran experience a growing phenomenon of aging, and the elderly are at a risk of longer hospital stay. The increasing number of elderly patients necessitates the establishment of age-friendly hospitals. This study aimed to determine the factors affecting the development of age-friendly hospitals in Iran using factor analysis.

Materials and Methods: This descriptive, analytic and cross-sectional study was performed during three months in 2018. The statistical population included physicians, nurses, and paramedical staff of hospitals from across the country. In total, 408 subject were selected by cluster sampling. Data were collected using a demographic characteristics questionnaire (seven items) and the researcher-made age-friendly hospital questionnaire (57 items). In addition, data analysis was performed in SPSS version 22, and the exploratory factor analysis was confirmed by AMOS

Results: The exploratory analysis identified seven main components, including ethics in care (eight variables and variance 8.84%), physical environment (nine variables and variance 7.75%), care process (six variables and variance 7.69%), emotional and behavioral environment (six variables and variance 7.38%), organizational support (six variables and variance 7.33%), healthcare systems (six variables and variance 5.99), and policy-making (six variables and variance 5.56%). All the seven factors explained 50.56% of total variance.

Conclusion: According to the results of the study, attention to factors including ethics in care, physical environment, care process, emotional and behavioral environment, organizational support, healthcare systems, and policy-making factors can lead to the development of age-friendly hospitals in Iran.

Keywords:

Age-Friendly Hospital, Development, Iran, Factor Analysis.

***Corresponding author:**

Leila Moghtader

Address: Department of Health Services administration, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Tel: +98 (912) 1253712

Email: mahmoodim@tums.ac.ir

عوامل مؤثر بر گسترش بیمارستان‌های دوستدار سالمند در ایران: تحلیل عاملی

فاطمه کیانی^۱، محمود محمودی مجدآبادی فراهانی^{۲*}، کامران حاجی نبی^۳

۱. دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده:

تاریخ دریافت: ۱ آبان ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۴ آذر ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: دی ماه ۱۳۹۸

زمینه و هدف: کشورهای در حال توسعه مانند ایران، روند رو به رشد جمعیت سالمندان را تجربه می‌کنند. سالمندان با خطر نگهداری بیشتر در بیمارستان مواجه هستند. با افزایش تعداد بیماری‌ها در سالمندان، ایجاد بیمارستان دوستدار سالمند مورد تأکید است. این مقاله عوامل مؤثر بر گسترش بیمارستان‌های دوستدار سالمند در ایران را بررسی کرده است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی به مدت ۳ ماه در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه پژوهش شامل پزشکان، پرستاران و پیراپزشکان سطح بیمارستان‌های کشور می‌باشد که ۸۰۴ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه مشخصات فردی (۷ عبارت) و پرسش‌نامه بیمارستان دوستدار سالمند محقق‌ساخته (۷۵ عبارت) پس از انجام روایی و پایایی انجام شد. داده‌ها با نرم‌افزار SSPS نسخه ۲۲ تحلیل شد، سپس با نرم‌افزار SOMA تأییدیه تحلیل عامل اکتشافی حاصل گردید.

یافته‌ها: در تحلیل اکتشافی، ۷ مؤلفه اصلی شناسایی شد که به ترتیب شامل: اخلاق در مراقبت با ۸ متغیر و واریانس ۸/۸۴ درصد، محیط فیزیکی با ۹ متغیر و واریانس ۷/۷۵ درصد، فرآیند مراقبت با ۶ متغیر و واریانس ۷/۶۹ درصد، محیط عاطفی و رفتاری با ۶ متغیر و واریانس ۷/۳۸ درصد، حمایت سازمانی با ۶ متغیر و واریانس ۷/۳۳ درصد، سیستم‌های ارائه خدمات با ۶ متغیر و واریانس ۵/۹۹ درصد، سیاست‌گذاری با ۶ متغیر و واریانس ۵/۵۶ درصد. این ۷ مؤلفه ۵۰/۵۶ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه، توجه به عوامل اخلاق در مراقبت، محیط فیزیکی، فرآیند مراقبت، محیط عاطفی و رفتاری، حمایت سازمانی و سیاست‌گذاری، می‌تواند در گسترش بیمارستان دوستدار سالمند در ایران مؤثر باشد.

کلید واژه‌ها:

بیمارستان دوستدار سالمند، گسترش، ایران، تحلیل عاملی.

نویسنده مسئول:

محمود محمودی مجدآبادی فراهانی

نشانی:

تلفن: ۰۹۱۲۱۲۵۳۷۱۲

پست الکترونیک: mahmoodim@tums.ac.ir

مقدمه:

پارک و برنند، مطالعه‌ای تحت عنوان «بیمارستان دوستدار سالمند» در کانادا انجام دادند، این بیمارستان‌ها در چهار محور، سیاست‌ها و فرآیندها، سیستم‌های مراقبت، رفتارهای اجتماعی و محیط فیزیکی تبیین شده‌اند.^(۱۷)

یک مطالعه توسط چپو و چن در تایوان تحت عنوان «به سوی بیمارستان‌های دوستدار سالمند و خدمات سلامت» انجام شده است. در این مطالعه، چهارچوبی را در قالب استراتژی‌هایی برای گسترش فعالیت‌های بیمارستان‌های دوستدار سالمند ارائه نموده است که شامل مؤلفه‌های سیاست و مدیریت بیمارستان، خدمات و ارتباطات، محیط و فضای فیزیکی و فرآیند مراقبت سلامت می‌باشد.^(۱۸)

ونگ و همکاران در کانادا یک مطالعه‌ای تحت عنوان تجزیه و تحلیل برای شناسایی اقدامات فعلی و فرصت‌های آینده برای ارتقای مراقبت سلامت سالمندان با استفاده از چهارچوب دوستدار سالمندی پرداختند، در این مطالعه ۵ محور حمایت سازمانی، فرآیند مراقبت محیط عاطفی و رفتاری، اخلاق در مراقبت‌های پزشکی و اقدامات پژوهشی و محیط فیزیکی مورد تأکید قرار گرفته است.^(۱۹)

کیم و همکاران در کره مطالعه‌ای را تحت عنوان «گسترش چهارچوب بیمارستان‌های دوستدار سالمند» انجام دادند و مؤلفه‌هایی را در چهار محور تبیین نمودند که شامل سیاست مدیریت بیمارستان، فرآیند مراقبت خدمات، ارتباطات و محیط فیزیکی می‌باشد.^(۲۰)

احمدی تیمورلویی و همکاران مطالعه‌ای تحت عنوان «آمادگی بیمارستان‌های دوستدار سالمند در کشورهای در حال توسعه» در ایران انجام دادند. این پژوهش وضعیت بیمارستان‌های ایران را بر اساس چک لیست بیمارستان دوستدار سالمند مورد ارزیابی قرار داده است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که وضعیت بیمارستان‌ها در جهت ارائه خدمات به سالمندان، درمان در منزل، تعامل کادر پزشکی با سالمندان و اقدامات پیشگیرانه دچار ضعف است و موضوع سلامت سالمندان، مغفول واقع شده است.^(۲۱)

علی‌رغم مطالعات متعددی که در کشورهای پیشرفته در زمینه گسترش بیمارستان‌های دوستدار سالمند انجام شده است، مطالعات اندکی در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، در این زمینه مشاهده می‌شود. هرم سنی جمعیت جهان رو به پیری است و این روند در ایران از سرعت بیشتری برخوردار می‌باشد. با شروع دوره سالمندی، سالمندان بیشتر در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند. از طرف دیگر بیمارستان‌های کشور بر مبنای اصول دوستدار سالمند، دارای وضعیت نامناسبی می‌باشند.^(۲۲) لذا جهت ایجاد محیط مناسب و ارائه خدمات درمانی با کیفیت برای سالمندان، پژوهش حاضر در ایران ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین در پژوهش حاضر سعی شده است تا عوامل مؤثر بر گسترش بیمارستان‌های دوستدار سالمند در ایران تعیین شوند، واضح است که با تعیین عوامل مؤثر و نیز با برنامه‌ریزی منسجم و سیاست‌گذاری‌های کلان سلامت، می‌توان آمادگی لازم جهت ارتقا و حفظ سلامت سالمندان را کسب نمود.

سالمندی بخش جدایی‌ناپذیر از زندگی بشر است.^(۲۳) از ابتدای هزاره سوم، پدیده سالمندی بیش از گذشته به صورت یک پدیده جهانی جلوه‌گر شده است.^(۲۴) پیر شدن جمعیت محصول توسعه یافتگی جوامع است و بیانگر آن است که تلاش‌های دیروز بشر در درمان و کنترل بیماری‌های همه‌گیر از یکسو و تجدید موالید از سوی دیگر، جمعیت جهان را در آستانه پیری قرار داده است.^(۲۵) در طول تاریخ، جمعیت جهان همواره جوان و با میانگین سنی بیست ساله بوده است.^(۲۶) اما در نسل کنونی متوسط سن جهان دو برابر شده و از ۲۲ سال در سال ۱۹۷۵ به بیش از ۴۰ سال تا سال ۲۰۵۰ خواهد رسید و برای اولین بار در طول تاریخ، جمعیت سالمندان از جوانان بیشتر خواهد شد.^(۲۷) این روند افزایش سالخوردگی جمعیت هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه پدیده‌ای مشترک است.^(۲۸) بر اساس آخرین گزارش مرکز آمار ایران، جمعیت سالمندان در سال ۱۳۹۵ حدود ۷/۵ میلیون نفر بوده است.^(۲۹) بر اساس پیش‌بینی‌های رسمی سازمان‌های بین‌المللی ایران به عنوان یک کشور در حال توسعه در حال نزدیک شدن به پیری جمعیت است.^(۳۰) سازمان بهداشت جهانی در گزارش جمعیتی سال ۲۰۱۲ به وضعیت سالمندی کشور ایران هشدار داده است و تأکید کرده است که نظام سلامت باید برای این تغییر جمعیتی شدید در آینده آمادگی لازم را کسب نماید.^(۳۱) هزینه‌های خدمات مراقبت سلامت و مدت اقامت متوسط افراد سالمند در بیمارستان از عموم افراد جامعه بیشتر است.^(۳۲) اما با این وجود سالمندان از کیفیت خدمات ارائه شده توسط بیمارستان‌ها راضی نمی‌باشند و اکثر فعالیت‌هایی که در بیمارستان‌ها انجام می‌شود، دوستدار سالمند نبوده و خطراتی را برای آن‌ها فراهم می‌نماید.^(۳۳) بنابراین یکی از موضوعات مورد تأکید برای این قشر آسیب‌پذیر ارائه خدمات مراقبت سلامت سالمندان است که در قالب بیمارستان‌های دوستدار سالمند تبیین شده است.^(۳۴)

بیمارستان‌های دوستدار سالمند مکان‌هایی هستند که با توجه به ویژگی‌های فیزیکی، جسمی، زیستی، ناتوانی‌ها و نیازهای افراد در دوران سالمندی، امکانات و سیستم‌های مناسب و نیز کارکنان آگاه به نیازها و بیماری‌های دوران سالمندی را دارا می‌باشند. در این بیمارستان‌ها ابعاد گوناگون ارائه خدمات به سالمندان مورد توجه می‌باشد.^(۳۴،۳۵)

سازمان بهداشت جهانی اصولی را برای بیمارستان‌های دوستدار سالمند مشخص نموده که این اصول دارای سه محور اصلی زیر می‌باشد:

- ۱- اطلاعات، آموزش، ارتباطات و پرورش کارکنان و آشنا نمودن آنان به مسائل طب سالمندی در مراکز بهداشتی و درمانی و آموزش بیماران سالمند ۲- سیستم‌های خدمات مراقبت از سلامت شامل پذیرش و تطبیق اقدامات مراکز ارائه خدمات مراقبت با روال‌های اجرایی مربوط به نیازهای خاص سالمندان و استمرار مراقبت از افراد سالمند از طریق گزارش‌های به روز شده پزشکی ۳- محیط فیزیکی مناسب، محیطی تمیز و راحت و در دسترس، متناسب با نیازهای خاص سالمندان تا حد امکان مطابق با معیارهای استاندارد کلی طراحی معماری محیطی.^(۳۶)

روش بررسی:

پژوهش از نوع مطالعات کاربردی است که به شیوه توصیفی، تحلیلی، اکتشافی و به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۷ انجام شده است. در مرحله اول با مطالعات کتابخانه‌ای و بررسی متون و منابع مختلف در زمینه موضوع پژوهش، عوامل مؤثر بر گسترش بیمارستان‌های دوستدار سالمند گردآوری شده و در مرحله دوم پژوهش، پرسش‌نامه تحقیق، طراحی و اعتبار سنجی گردید. ابزار تهیه شده در اختیار ۱۵ نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌ها و کارشناسان متخصص که سابقه تحقیق و مطالعه در موضوع پژوهش را دارند، قرار گرفت و نظرات ایشان در مورد محتوا و نحوه نگارش پرسش‌نامه اخذ گردید که پس از اعمال نقطه نظرات و تأیید ایشان، روایی پرسش‌نامه تضمین گردید.

برای سنجش پایایی ابزار پژوهش، پرسش‌نامه به صورت تصادفی در اختیار ۳۰ نفر از افراد نمونه و توزیع مجدد آن بین همان گروه، پس از گذشت ۱۰ روز جهت محاسبه آزمون ضریب آلفاکرونباخ و ضریب همبستگی قرار گرفت که مقدار عددی آن به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۸ بدست آمد.

در انتها، ابزار مطالعه به صورت پرسش‌نامه محقق ساخته در ۲ بخش تنظیم شد. بخش اول حاوی سؤال در خصوص اطلاعات دموگرافیکی (۷ عبارت) بود و بخش دوم پرسش‌نامه، سؤالات مربوط به گسترش بیمارستان دوستدار سالمند می‌باشد که پس از مرور و بررسی متون بر اساس اهداف مطالعه تهیه و تنظیم شدند. این بخش از پرسش‌نامه شامل ۵۷ سؤال در ۷ حیطه می‌باشد:

حیطه اول عوامل فیزیکی با ۱۰ سؤال، حیطه دوم عوامل عاطفی- رفتاری با ۸ سؤال، حیطه سوم عوامل سیستم ارائه خدمات با ۸ سؤال، حیطه چهارم عوامل سیاست‌گذاری با ۱۰ سؤال، حیطه پنجم عوامل فرایند مراقبت با ۷ سؤال، حیطه ششم عوامل حمایت سازمانی با ۱۰ سؤال و حیطه هفتم عوامل اخلاق در مراقبت با ۸ سؤال بود. پاسخ به هر سؤال بر اساس درجه‌بندی لیکرت در مقیاس ۵ گزینه‌ای می‌باشد، به طوری که به گزینه خیلی کم، نمره یک و به گزینه خیلی زیاد، نمره ۵ داده شد.

در مرحله سوم مطالعه، تحت عنوان مطالعه میدانی، پرسش‌نامه نهایی شده از مرحله قبل در بین جامعه پژوهش توزیع شد. جامعه پژوهش را پزشکان، پرستاران، پیراپزشکان، در سطح کشور تشکیل می‌دهد. حجم نمونه ۴۲۰ نفر بود. با توجه به وسعت و پراکندگی جامعه و تفاوت‌های ساختاری و فرهنگی استان‌ها، بیمارستان‌ها به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از ۶ استان در مناطق مختلف جغرافیایی ایران، دو استان از مرکز (تهران و اصفهان) و یک استان از شمال (گیلان)، جنوب (خوزستان)، مغرب (کرمانشاه) و مشرق (خراسان رضوی) به صورت تصادفی انتخاب و سپس نمونه‌ها در هر بیمارستان به روش در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن حداقل ۱ سال سابقه کار، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات کارشناسی، با توجه به خود گزارش‌دهی داشتن سابقه مراقبت یا تجارب علمی، اجرایی، مدیریتی در خصوص سالمندان و داشتن تمایل برای شرکت در پژوهش می‌باشد. معیارهای خروج از مطالعه عدم تکمیل به همکاری جهت تکمیل پرسش‌نامه و مخدوش بودن پاسخ‌ها بود.

نمونه‌گیری پس از توضیح در مورد اهداف پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه از نمونه‌ها انجام شد. همچنین در مورد گمنام بودن، حفظ اسرار و رعایت حریم شخصی به واحدهای پژوهش اطمینان کافی داده شد. سپس پرسش‌نامه‌ها، حضوری بین نمونه‌ها توزیع شد و با اختصاص دو روز برای تکمیل پرسش‌نامه، مجدداً به مشارکت‌کنندگان مراجعه و پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری گردید. پرسش‌نامه‌هایی که ناقص پاسخ داده شده بود از مطالعه خارج شد، بدین ترتیب که از پرسش‌نامه‌های داده شده به نمونه‌ها، ۴۰۸ پرسش‌نامه به طور کامل تکمیل شدند.

تعداد شرکت‌کنندگان در این مرحله بر اساس اصول راهنمایی حجم مورد نیاز برای انجام تحلیل عاملی، در نظر گرفتن ۵ تا ۱۰ نمونه به ازای هر سؤال می‌باشد^(۲۰). در تحقیق حاضر تعداد نمونه، با احتساب ۷ برابر گویه‌های پرسش‌نامه که شامل ۵۷ گویه بوده است، ۳۹۹ نفر در نظر گرفته شد. با این وجود به منظور دستیابی به نتایج دقیق‌تر و با توجه به احتمال ریزش نمونه و پیش‌گیری از بازگشت نامناسب و پرسش‌نامه‌های بی‌پاسخ، پنج درصد به حجم نمونه اضافه شد و تعداد نمونه ۴۲۰ در نظر گرفته شد.

داده‌های حاصل از مطالعه میدانی پس از جمع‌آوری و بهینه‌سازی آیت‌ها و تشکیل بانک داده‌ها به منظور محاسبات آماری توصیفی و آماره مشخص استنباطی توسط پژوهشگر وارد نرم‌افزار SPSS گردید.

در ابتدا شاخص‌های آماری توصیفی شامل درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار، متغیرهای دموگرافیک محاسبه شد، سپس آماره‌های مشخص استنباطی با روش تحلیل عامل اکتشافی با چرخش واریمکس و تحلیل عامل تأییدی بر روی داده‌های مربوطه انجام گرفت. جهت کفایت حجم نمونه با توجه به تعداد سؤالات پرسش‌نامه و به منظور امکان‌پذیری انجام تحلیل عامل اکتشافی، از مقیاس (Keiser- Meyar- Olkin) KMO و جهت مناسب بودن داده‌ها از آزمون بارتلت (Bartlett) استفاده گردید. ابزار تحلیل مورد استفاده نرم‌افزار SPSS و AMOS بوده است.

نتایج:

نتایج این پژوهش در سه مرحله به دست آمده است. در مرحله اول، مشخصات فردی و دموگرافیک نمونه پژوهش، مرحله دوم یافته‌های مربوط به تحلیل عامل اکتشافی و آزمون‌های مربوط به تأیید صحت آن و بررسی کفایت حجم نمونه آورده شده است و در مرحله سوم نتایج مربوط به تحلیل عامل تأییدی و شاخص‌های برازش آورده شده است.

در مرحله اول، داده‌های مربوط به متغیرهای جنس، سن، میزان تحصیلات، سابقه خدمتی افراد شرکت‌کننده در پژوهش جمع‌آوری شد و مورد آزمون توصیفی قرار گرفت. بر اساس اطلاعات به دست آمده، ۴۵/۶ درصد زنان و ۵۴/۴ درصد مردان که ۵۸/۳ درصد آنان دارای تحصیلات کارشناسی ارشد به بالا بودند. بیشترین میزان سابقه خدمتی، در بین گروه‌های ۱۱ تا ۲۰ سال سنوات خدمت می‌باشد. (جدول ۱).

در مرحله بعد، آزمون‌های استنباطی تحلیل عاملی بر روی

شد (جدول ۲). در تحلیل عامل اکتشافی ۷ مؤلفه اصلی با مقادیر ویژه بالاتر از یک شناسایی شد که به ترتیب شامل اخلاق در مراقبت، محیط فیزیکی، فرآیند مراقبت، محیط عاطفی - رفتاری - حمایت سازمانی، سیستم‌های خدمات مراقبت و سیاست‌گذاری می‌باشد. این عامل‌های استخراج شده در مجموع ۵۰/۵۶۶ درصد واریانس تمامی متغیرهای پژوهش را به خود اختصاص داده‌اند (جدول ۳).

در مرحله سوم پژوهش برای تأیید و برازش مؤلفه‌های بدست آمده در تحلیل عامل اکتشافی و متغیرهای بارگذاری شده از نرم‌افزار AMOS 18 استفاده شد. یافته‌های بدست آمده از تحلیل عامل تأییدی نشان می‌دهد که شاخص‌های برازش محاسبه، بر برازش مطلوب و مناسب تأکید می‌کند و روش تحلیل عامل تأییدی عوامل و متغیرهای حاصل از تحلیل اکتشافی را تأیید می‌نماید (جدول ۴).

داده‌های استخراج شده با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS صورت پذیرفت. پژوهشگر در ابتدا به منظور وجود شرایط لازم برای به‌کارگیری تحلیل عاملی بر روی داده‌های شاخص کفایت از نمونه‌برداری (KMO) و آزمون بارتلت استفاده نموده است. نتایج این آزمون نشان داد که مقدار KMO برابر با ۰/۸۷ و آزمون بارتلت در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار بود که هر دو قابلیت داده‌ها را برای تحلیل عوامل تأیید نمودند.

سپس جهت شناسایی مهم‌ترین و مؤثرترین مؤلفه‌های مؤثر بر گسترش بیمارستان‌های دوستدار سالمند و شناسایی میزان بارگذاری هر کدام از متغیرها روی مؤلفه‌های اصلی از آنالیز عامل اکتشافی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس انجام شد. در این پژوهش گویه‌هایی که دارای عاملی بالای ۰/۴ بودند برای ادامه تحلیل انتخاب شدند که از ۵۷ گویه مطرح شده، ۱۰ گویه به علت نداشتن بار عاملی مناسب از فرآیند تحلیل حذف

جدول ۱. یافته‌های دموگرافیک افراد شرکت کننده در پژوهش

متغیر	گروه	فراوانی (درصد)
جنس	زن	۱۸۶ (۶/۴۵)
	مرد	۲۲۲ (۴/۵۴)
سن	۳۰ تا ۴۰ سال	۱۰۷ (۲۲/۲۶)
	۴۱ تا ۵۰ سال	۲۳۶ (۸۴/۵۷)
	۵۱ سال به بالا	۶۵ (۱۶)
میزان تحصیلات	لیسانس	۱۷۰ (۷/۴۱)
	فوق لیسانس	۹۴ (۲۳)
	دکترای تخصصی	۲۷ (۶/۶)
	پزشک متخصص	۵۹ (۲/۱۴)
سابقه کار خدمتی	پزشک عمومی	۵۸ (۲/۱۴)
	۱ تا ۱۰ سال	۲۷ (۶/۶)
	۱۱ تا ۲۰ سال	۲۱۳ (۲/۵۲)
	۲۱ تا ۳۰ سال	۱۶۸ (۲/۴۱)

جدول ۲. عامل‌ها و متغیرهای مشاهده شده گسترش بیمارستان دوستدار سالمند همراه بار عاملی به ترتیب ابعاد استخراج شده

عامل	سؤال پرسش‌نامه	گویه‌ها و ابعاد مربوطه	بار عاملی
اخلاق در مراقبت	۵۷	رعایت حریم خصوصی بیمار و اصول رازداری	۰/۷۱۷
	۵۰	افزایش آگاهی پرستاران نسبت به مراقبت‌های تسکینی و پایان عمر	۰/۷۰۳
	۵۱	افزایش توانایی سالمند جهت در میان گذاشتن علایق شخصی‌اش با کارکنان	۰/۶۷۴
	۵۲	دریافت کردن مراقبت توسط پرستار-پزشک با جنسیت همگن	۰/۶۶
	۵۶	آشنایی با محیط بخش در بدو پذیرش	۰/۶۵۴
	۵۳	تأکید بر ارائه خدمات هزینه اثربخش در فرآیند مراقبت	۰/۶۵۳
	۵۵	طراحی سیستم شناسایی سالمندان در معرض خطر سو رفتار	۰/۶۴۸
	۵۴	فراهم کردن سیستم‌های مشاوره‌ای برای کارکنان، بیماران و همراهانشان	۰/۶۳۴
محیط فیزیکی	۶	دسترسی آسان به بیمارستان برای سالمند: ضرورت وجود جای پارک مناسب در بیمارستان برای سالمندان و درب ورودی مجزا در بیمارستان برای سالمند و نزدیک بودن به ایستگاه اتوبوس	۰/۶۷۲
	۷	هدایت و مسیریابی سالمندان در بیمارستان: وجود خطوط راهنما، مکان نصب تابلوها، بزرگ و درشت بودن اندازه کلمات و حروف، وضوح تصاویر، در صورت نیاز متناسب بودن تابلوها به زبان محلی	۰/۶۵۶
	۲	موجود بودن زنگ اخبار در بالای تخت، توالت و حمام جهت اطلاع از وقوع حادثه	۰/۶۴۵
	۹	مناسب بودن و ایمن بودن تخت سالمند: نصب نرده برای تخت، مناسب بودن ارتفاع تخت، استاندارد بودن تشک	۰/۶۱۵
	۸	توسعه برنامه‌های کنترل عفونت برای محیط فیزیکی بیمارستان	۰/۶۰۵
	۳	طراحی فضای بیمارستان متناسب با شرایط سالمند: از نظر نور، رنگ، کف	۰/۶۰۵
	۱	اصلاح و مناسب‌سازی محیط فیزیکی جهت استقلال بیشتر سالمند: نصب دستگیره در دو طرف راهروها و سرویس بهداشتی و حمام، موجود بودن رمپ و نرده در کنار پله	۰/۵۵۷
	۵	دسترسی سالمندان به وسایل کمکی نظیر وسایل حرکتی و تقویت‌کننده‌های شنوایی	۰/۵۱۷
	۴	عریض وسیع و جادار بودن آسانسور، راهروها و درب‌های اتاق‌ها (جهت حرکت و جابه‌جایی) دسترسی به آسانسور در تمامی طبقات بیمارستان برای سالمندان	۰/۵۱۲
	۴۰	افزایش آگاهی و مشارکت سالمندان در فرآیند مراقبت	۰/۷۶۵
فرآیند مراقبت	۴۱	کاهش طول مدت بستری بیماران سالمند	۰/۷۴۴
	۳۹	تدوین برنامه مدون جهت همکاری بیمارستان با سایر سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی و اجتماعی جهت ادامه درمان	۰/۷۳۸
	۴۲	ارائه برنامه‌های مراقبت با ارزیابی‌ها چندوجهی و بین رشته‌ای و انجام مداخلات و ارزیابی سالمند	۰/۷۲۲
	۴۳	تدوین یک روش مشترک و مورد توافق برای تبادل اطلاعات بیمار بین سازمان‌ها و بیمارستان	۰/۷۱۸
	۳۸	تدوین پروتکل برای غربالگری بیماری‌های پرخطر	۰/۶۸۵

۰/۷۴۶	تقویت مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی و اصلاح نگرش کارکنان نسبت به بیماران سالمند	۱۶	محیط عاطفی رفتاری
۰/۷۳۷	داشتن ارتباط مطلوب و برخورد محترمانه با سالمند	۱۸	
۰/۷۳۵	وجود فرآیند نظام‌مند رسیدگی به شکایات	۱۷	
۰/۷۲۸	ارائه اطلاعات در مورد خدمات بیمارستان زمان ملاقات و هزینه‌های پزشکی	۱۴	
۰/۷۲۱	صبر و حوصله داشتن در مراقبت از بیمار سالمند	۱۳	
۰/۶۳۳	تهیه پمفلت و کتابچه‌ها آموزشی همراه با تصویر، جهت آگاهی بیماران و همراهان سالمند	۱۵	
۰/۷۲۱	تأمین بودجه معین برای تدارک تجهیزات و خدمات سیاست‌های دوستدار سالمند	۴۶	حمایت سازمانی
۰/۷۱۸	ارائه تسهیلات جهت تشویق کارکنان و ایجاد انگیزه جهت خلاقیت و نوآوری و همکاری در پیاده‌سازی استانداردهای دوستدار سالمند	۴۵	
۰/۷۱۲	ارائه آموزش‌های لازم به پزشکان و پرستاران در خصوص مبانی طب سالمندان	۴۴	
۰/۶۷۵	افزایش مشارکت کلیه ذی‌نفعان (سازمان بهزیستی، کمیته امداد، انجمن‌های خیریه و سازمان‌های مردم‌نهاد و بخش خصوصی و سالمندان...) در سیاست‌گذاری سالمندان	۴۷	
۰/۶۳۷	ایجاد بیمه‌های خاص سالمندی و اجبار نمودن آن برای همه آحاد جامعه از مقطع سنی مشخص و پوشش کلیه خدمات مراقبت سلامت سرپایی بستری درمان در منزل و خدمات ثالثیه و تجهیزات کمکی	۴۸	
۰/۶۲	ارزیابی فرایندها و برنامه‌های صورت گرفته از برنامه‌های بیمارستان دوستدار سالمند توسط مدیران و کارکنان	۴۹	
۰/۶۸۷	تأسیس درمانگاه‌ها و بخش‌های درمانی ویژه سالمندان در بیمارستان	۲۲	سیستم‌های خدمات مراقبت
۰/۶۷۹	سیستم اولویت‌دهی به سالمندان: در فرآیند پذیرش، داروخانه و صندوق بیمارستان (موجود بودن میز پذیرش مجزا، موجود بودن صندوق مجزا)	۲۴	
۰/۶۴۲	توجیه شدن سالمندان در خصوص داروهای نوشته شده در داروخانه بیمارستان	۲۵	
۰/۶۲۲	ایجاد سیستم ارائه خدمات در منزل برای سالمندان وجود داشته و مراجعه کردن به منزل سالمند در صورت نیاز	۲۳	
۰/۶۱۴	در دسترس بودن متخصص طب سالمندی در بیمارستان	۱۹	
۰/۵۶۴	ایجاد امتیازات خاص برای سالمندان در خصوص هزینه‌های خدمات در بیمارستان	۲۶	
۰/۷۰۵	ایجاد سیستم مدیریت جامع اطلاعات سلامت سالمندان کشور	۲۹	سیاست‌گذاری
۰/۶۵	ایجاد پرونده الکترونیک برای سالمندان	۳۱	
۰/۶۱۷	ارتقاء سطوح ملی و استانی ساختار سیاست‌گذاری در سلامت سالمندان	۳۰	
۰/۵۸	ذکر مفهوم بیمارستان دوستدار سالمند در رسالت و اهداف بیمارستان	۳۴	
۰/۴۹۷	تشکیل کمیته دوستدار سالمند در بیمارستان	۳۳	
۰/۴۶	ورود استانداردهای بیمارستان دوستدار سالمند به استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها	۳۲	

جدول ۳. مقادیر ویژه و واریانس تبیین شده عوامل استخراج شده از تحلیل عاملی اکتشافی

عامل	تعداد متغیر	مقادیر ویژه عوامل استخراج شده بعد از چرخش		
		مقدار ویژه	درصد واریانس تبیین شده	درصد تجمعی واریانس تبیین شده
عامل اول	۸	۴/۱۵۷	۸/۸۴۵	۸/۸۴۵
عامل دوم	۹	۳/۶۴۳	۷/۷۵۱	۱۶/۵۹۶
عامل سوم	۶	۳/۶۱۷	۷/۶۹۶	۲۴/۲۹۲
عامل چهارم	۶	۳/۴۷۲	۷/۳۸۷	۳۱/۶۷۹
عامل پنجم	۶	۳/۴۴۶	۷/۳۳۲	۳۹/۰۱۱
عامل ششم	۶	۲/۸۱۷	۵/۹۹۴	۴۵/۰۰۵
عامل هفتم	۶	۲/۶۱۴	۵/۵۶۱	۵۰/۵۶۶

جدول ۴. شاخص‌های نیکویی برازش عوامل مؤثر بر گسترش بیمارستان دوستدار سالمند

نام شاخص	مقادیر گزارش شده	مقادیر مناسب
(کای دو بر درجه‌ی آزادی) χ^2	۱/۵۴	<۳
نیکویی برازش (GFI)	۰/۸۵۷	>=۰/۸
نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)	۰/۸۴۳	>=۰/۸
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۳۷	<۰/۱۰
برازندگی تعدیل یافته (CFI)	۰/۹۰۸	>=۰/۹
برازندگی نرم شده (NFI)	۰/۹۳۸	>=۰/۹
برازندگی فزاینده (IFI)	۰/۹۰۹	>=۰/۹

بحث:

ضعف سیستم بهداشتی درمانی در رعایت حریم بیماران به خصوص سالمندان است. بنابراین رعایت اصول رازداری و حریم خصوصی مورد تأکید می‌باشد که با نتایج این پژوهش هم سو می‌باشد.

در مطالعه حاضر «مراقبت‌های تسکینی و پایان عمر» مؤثر بر اصول دوستدار سالمندی می‌باشد. یکی از رویکردهایی که به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران و افزایش اثر بخشی مراقبت‌ها انجام می‌شود و ماهیت بین حرفه‌ای دارد، مراقبت‌های تسکینی است. سالمندان نیازمند توجه به مراقبت‌های تسکینی و پایان عمر هستند و پرستاران باید آمادگی لازم را برای مواجهه با این موضوع داشته باشند^(۳۲). یافته‌های پژوهش حاضر تأکید بر افزایش آگاهی پرستاران نسبت به مراقبت‌های تسکینی و پایان عمر دارد که با مطالعه حیدری و همکاران^(۳۴) در یک راستا می‌باشد.

دومین عامل تأثیر گذار، محیط فیزیکی با ۹ متغیر است. محیط

نتایج تحلیل عاملی، منجر به شناسایی ۷ عامل مؤثر بر گسترش بیمارستان‌های دوستدار سالمند شد. اولین عامل مؤثر در مطالعه حاضر، اخلاق در مراقبت با ۸ متغیر است. یافته‌های پژوهش در زمینه اخلاق در مراقبت دربرگیرنده برنامه‌ها و اقدامات لازم جهت توجه به مسائل اخلاقی در مراقبت از سالمندان پرداخته است. کیم و همکاران^(۱)، چيووچن^(۱۸) و و همکاران^(۲۱) نیز، اخلاق در مراقبت را مؤلفه مهم برای بیمارستان دوستدار سالمند معرفی می‌کنند که با یافته‌های پژوهش همخوانی دارد. در این بعد، بیشترین بار عاملی مربوط به «رعایت حریم خصوصی بیمار و اصول رازداری» بود. رعایت حریم خصوصی بیمار یک متغیر مهم در تعیین سطح رضایتمندی و درک بیماران از کیفیت خدمات مراقبتی است. ادیب حاج باقری و ذهتاب چی^(۳۲) در مطالعه خود نشان دادند که میزان رعایت حریم بیشتر بیماران سالمند در بیمارستان در سطح متوسط و ضعیف است و این نشان‌دهنده

دادند که نحوه برقراری ارتباط کارکنان درمانی با سالمندان دارای وضعیت نامناسبی است و این امر مطالعه حاضر را با نتایج پژوهش فوق در جهت تقویت مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی صحیح کارکنان با سالمندان همسو می‌سازد.

در مطالعه حاضر، مهارت‌های عاطفی-رفتاری به عنوان عامل مهم در ارائه خدمات به سالمندان مورد توجه قرار گرفته است که از آن می‌توان به «توانایی برقراری ارتباط مؤثر توأم با احترام و شفقت با سالمندان» و «صبر و شکیبایی با بیماران سالمند» اشاره نمود که با مطالعه بهرامی و همکاران^(۳۴) در یک راستا می‌باشد.

حمایت سازمانی، پنجمین عامل مؤثر با ۶ متغیر است. نقش حمایت سازمانی در گسترش بیمارستان‌های دوستدار سالمند در مطالعات کیم و همکاران^(۱)، چیو و چن^(۱۸) و ونگ و همکاران^(۱۹) تأیید شده است. در این بعد، بیشترین بار عاملی مربوط به «تأمین بودجه معین برای سیاست‌های دوستدار سالمند» می‌باشد.

کرکی و همکاران^(۱۱) در مطالعه خود کمبود منابع مالی را مانع اجرای برنامه‌های گسترش بیمارستان‌های دوستدار سالمند ذکر کردند و بر تأمین بودجه معین مالی جهت اجرای برنامه‌ها تأکید کردند که با نتایج این پژوهش در یک راستا است. نبود برنامه‌های آشناسازی و آموزش مداوم مدون در زمینه طب سالمندی و مراقبت سالمندی به عنوان مهم‌ترین چالش در سیستم آموزش بیمارستانی ایران می‌باشد^(۱۲) در مطالعه حاضر، «آموزش مبنای طب سالمندان برای کادر درمانی و غیر درمانی» مورد تأکید می‌باشد. همراستا با یافته‌های مطالعه حاضر، مطالعه صمیمی سده و همکاران^(۳۵) می‌باشد که توسعه و بهبود کیفیت آموزش تیم مراقبت بر اساس نیازهای سالمندان را ضروری می‌دانند.

سیستم‌های ارائه خدمات، ششمین عامل مؤثر با ۶ متغیر است. وجود بخش سرپایی مجزا، صف مجزا، سیستم اولویت‌گذاری برای سالمندان و تطبیق اقدامات مراکز ارائه خدمات با روال‌های اجرایی مربوط به نیازهای خاص سالمندان از ضرورت‌های مهم در بیمارستان‌های دوستدار سالمند بود و سازمان جهانی سلامت نیز بر این موضوع تأکید می‌کند^(۳۶).

احمدی و همکاران^(۱۲) و گوهری نژاد و همکاران^(۹) در پژوهش‌های خود بیان کردند که سالمندان هنگام مراجعه به بیمارستان همانند سایر گروه‌های سنی پذیرش می‌شوند و هیچ‌گونه سیستم اولویت‌بندی و بخش درمانی خاص برای سالمندان وجود ندارد. نتایج پژوهش‌های فوق با نتایج پژوهش حاضر در زمینه ایجاد و تأسیس درمانگاه‌ها و بخش‌های درمانی ویژه سالمندان در بیمارستان همخوانی دارد.

نیروی انسانی متخصص سالمندی به عنوان یکی از اجزای مهم مراقبت از سالمندان در کشور بسیار اندک و انگشت شمار است و پاسخگوی نیاز سالمندان نمی‌باشد^(۱۲). در همین راستا نتایج پژوهش حاضر با مطالعه علیزاده و همکاران^(۳۷) مبنی بر آموزش و تربیت پزشک متخصص طب سالمندی همسو می‌باشد.

آخرین مؤلفه تأثیرگذار، سیاست‌گذاری با ۷ متغیر می‌باشد. با سیاست‌گذاری صحیح و مناسب و استراتژی‌های اثربخش برای سلامت سالمندان، می‌توان مشکلات سالمندان را در آینده کاهش

فیزیکی بیمارستان باید تناسب لازم را با وضعیت خاص سالمندان داشته باشد^(۱۴،۱۵،۱۶). بالتز و همکاران^(۳۵)، کرکی و همکاران^(۱۱) و کیم و همکاران^(۱) نیز محیط فیزیکی را عامل مؤثر در گسترش بیمارستان دوستدار سالمند دانسته‌اند که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. در این بعد، بیشترین بار عاملی «دسترسی آسان به بیمارستان از طریق وسایل نقلیه عمومی» است که یکی از مؤلفه‌های مهم در ارائه خدمات به سالمندان است، چراکه بسیاری از سالمندان ممکن است نتوانند با وسیله نقلیه شخصی و یا همراه به بیمارستان بیایند. دسترسی آسان زمینه‌ای مناسب را فراهم می‌کند تا سالمندانی که ممکن است برای پیگیری درمان مجبور باشند به دفعات مکرر به بیمارستان مراجعه کنند، دچار مشکل نشوند. در تحقیقی که توسط رشمی در بیمارستان بنگلور در هندوستان انجام شده است، این مؤلفه مورد تأکید قرار گرفته است^(۳۶) که با نتایج این پژوهش هم‌راستا است.

«هدایت و مسیریابی سالمندان» در بیمارستان یکی از مؤلفه‌های مهم در ارائه خدمات به سالمندان است. تابلوهای راهنما در بیمارستان نقش مهمی در هدایت سالمندان به بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان دارد^(۱۲) این پژوهش، به هدایت و مسیریابی سالمندان از طریق تابلوهای راهنما تأکید دارد که با مطالعات بالتز و همکاران^(۳۵) و احمدی و همکاران^(۱۲) در یک راستا می‌باشد.

سومین عامل تأثیرگذار، فرآیند مراقبت با ۶ متغیر می‌باشد. یافته‌های پژوهش در زمینه فرآیند مراقبت دربرگیرنده تدوین برنامه‌های ارتقای سلامت و افزایش مشارکت بیماران در فرآیند درمان و تداوم و پیگیری درمان است که با مطالعات بالتز و همکاران^(۱۲) و ونگ و همکاران^(۱۹) و کیم و همکاران^(۱) هم‌خوانی دارد.

در این بعد بیشترین بار عاملی مربوط به «افزایش مشارکت سالمندان در فرآیند مراقبت» بود. مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری امر درمان منجر به افزایش رضایتمندی و جلب اعتماد بیشتر و کاهش اضطراب و هیجانات بیماران^(۳۸،۳۹) و موجب ارتقای شاخص‌ها و پیامدهای سلامتی^(۲۹) و کمیت و کیفیت زندگی می‌گردد^(۳۰). رژه و همکاران^(۳۱) در مطالعه خود به افزایش نقش مشارکت سالمندان در مراقبت تأکید می‌کند که با نتایج این پژوهش هم‌راستا می‌باشد.

با افزایش طول عمر انسان‌ها و بروز بیش از پیش بیماری‌های مزمن، هزینه‌های درمان و مدت اقامت سالمندان در بیمارستان‌ها مورد توجه می‌باشد^(۱۲). چیو و چن^(۱۸) و کیم و همکاران^(۱) در مطالعات خود، «کاهش طول مدت بستری بیماران سالمند» را یکی از مؤلفه‌های مهم دوستدار سالمندی ذکر کردند که با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. چهارمین عامل مؤثر، محیط عاطفی و رفتاری با ۶ متغیر است. در این بعد، بیشترین بار عاملی «تقویت مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی» است. آموزش و تقویت نحوه برقراری ارتباط کلامی صحیح با سالمندان به کارکنان و پزشکان، صبوری آنان را در برخورد ارتباط با سالمندان افزایش می‌دهد^(۳۰) و برقراری ارتباط صحیح با سالمندان نیازمند صرف زمان بیشتر و دقت بالاتر توسط کارکنان است^(۳۲). احمدی و همکاران^(۱۲) و رحیمیان و همکاران^(۳۳) در مطالعات خود نشان

احترام به حریم خصوصی بیماران سالمند، داشتن نگرش مثبت تیم مراقبت به سالمند، استفاده از نیروی متخصص در زمینه مراقبت از سالمندان، ایجاد محیط ایمن و امن و پیش‌گیری از سقوط و خطرات بستری و شناسایی سوار رفتار احتمالی در سالمندان می‌باشد.

استفاده از مؤلفه‌های به دست آمده در این پژوهش، با توجه به بافت اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی کشور و امکانات کشور ما، می‌تواند مدیران را در برنامه‌ریزی بهتر یاری دهد تا با بهره‌گیری از آن‌ها، ضمن تدوین برنامه‌های عملیاتی مناسب برای بیمارستان‌ها در جهت آموزش اصول و مبانی سالمندی، تغییرات و اصلاح وضعیت بیمارستان‌های موجود و استانداردسازی آن‌ها، برای مواجه شدن با جمعیت رو به رشد سالمندی، موجب بهبود سطح رضایتمندی سالمندان و در نهایت ارتقاء سطح سلامت جامعه شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش:

این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران با شناسه IR. IAU.TMU. REC. ۱۳۹۸.۰۴۴ تأیید شده است. در این پژوهش توجیه و تشریح اهداف پژوهش برای پاسخ‌گویان و دادن اطمینان به واحدهای پژوهش درباره محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و رعایت اصول اخلاقی حین گردآوری اطلاعات کتابخانه‌ای و تمامی مراحل پژوهش انجام شده است.

حامی مالی:

این مقاله حامی مالی ندارد.

مشارکت نویسندگان:

تمامی نویسندگان در آماده سازی این مقاله مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع:

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی:

این پژوهش حاصل بخشی از یافته‌های پایان‌نامه دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی این دانشگاه و کلیه اعضای هیات علمی، همچنین روسا، مدیران، سرپرستان، کارکنان بیمارستان و تمامی عزیزانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

داد (۳۸،۳۹). در بعد سیاست‌گذاری، بیشترین بار عاملی مربوط به «ایجاد سیستم مدیریت جامع اطلاعات سلامت سالمندان در کشور» است. فقدان یک نظام جامع اطلاعاتی، از چالش‌های مراقبت سالمندی است و این در حالی است که انجام هرگونه اقدام و تصمیمی برای سالمندان، باید بر اساس اطلاعات قابل اعتماد از ویژگی‌های فردی و اجتماعی سالمندان صورت گیرد (۸). نتایج این پژوهش با مطالعات احمدی و همکاران (۱۲)، گوهری‌نژاد و همکاران (۸) و علیزاده خویی و همکاران (۴) مبنی بر ایجاد یک نظام جامع اطلاعاتی مطابقت و هم‌خوانی دارد.

در این مطالعه تشکیل پرونده الکترونیک سلامت یکی از عوامل مؤثر بر گسترش بیمارستان دوستدار سالمند می‌باشد. در این راستا گوهری نژاد و همکاران (۹) در مطالعه خود به ضرورت تشکیل پرونده الکترونیک برای افراد سالمند به خاطر فراموشی و کم سواد بودن تأکید نمودند که این یافته با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

نتیجه گیری

پژوهش تحلیلی ما نشان داد که اخلاق در مراقبت، محیط فیزیکی، فرآیند مراقبت، محیط عاطفی و رفتاری، حمایت سازمانی، سیستم‌های ارائه خدمت و سیاست‌گذاری بیشترین تأثیر را در گسترش بیمارستان‌های دوستدار سالمند دارند. توجه به این نکته حائز اهمیت است که عوامل مؤثر بر گسترش بیمارستان دوستدار سالمند، در واقع مفهومی جامع و چند بعدی است. بنابراین توجه به تمام ابعاد، می‌تواند به اصلاح وضعیت بیمارستان‌ها و کسب آمادگی جهت مواجه شدن با جمعیت رو به رشد سالمندی در کشور کمک نماید و خدمات مطلوب به سالمندان بر مبنای اصول دوستدار سالمندی را فراهم سازد و موجب بهبود سطح رضایتمندی سالمندان و در نهایت ارتقاء سطح سلامت جامعه شود.

از جمله مهمترین سیاست‌ها و برنامه‌های کشور باید طراحی و ساخت بیمارستان‌ها بر اساس اصول سالمندی باشد تا در حال حاضر و آینده‌ای نه چندان دور که کشور با خیل عظیم سالمندان برای دریافت خدمات درمانی مواجه می‌شوند، آمادگی لازم وجود داشته باشد.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین

با توجه به یافته‌های این پژوهش، تیم مراقبت به خصوص پرستاران، مراقبت دلسوزانه همراه با احترام، حفظ شأن سالمندان، صبر و شکیبایی برای گوش دادن به سالمند، همدلی، درک و تأمین نیازهای عاطفی سالمندان را جهت ارائه خدمات به سالمندان مورد توجه قرار دهند.

یافته‌های حاصل از مطالعه، لزوم مشارکت افراد سالمند و خانواده‌های آن‌ها در تصمیم‌گیری، آگاه‌سازی افراد سالمند و خانواده‌های آن‌ها در مورد شرایط خاص خود، همکاری‌های بین چند حرفه و درون حرفه‌ای را برای اصول دوستدار سالمندی و حمایت مطلوب و مراقبت از افراد سالمند آشکار کرد.

از دیگر یافته‌های کاربردی در بالین، تأکید تیم مراقبت به خصوص پرستاران بر ارائه مراقبت‌های تسکینی به افراد سالمند،

References

- 1- Kim Y, Han S, Hwang J. Development of the Korean framework for senior – friendly hospitals: a Delphi study. *BMC Health Services Research*. 2017; 17: 528-238. [DOI: 10.1186/s12913-017-2480-0]
- 2- Davidson PM, DiGiacomo M, McGrath SJ. The feminization of aging: how will this impact on health outcomes and services? *Health Care Women Int* 2011; 32: 1031-1045. [DOI: 10.1080/07399332.2011.610539]
- 3- Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel J-P, et al. The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet* 2016; 387:2145-54. [DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4]
- 4- Wallace P. Agequake. Finland: British Library Cataloguing in Publication Data;1992.
- 5- United Nations. Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Population Ageing .2013. New York: United Nations.
- 6- Lioyd-Sherlock P. Population again in developed and developing regions: implications for health Policy. *Soc Sci Med*. 2000; 51:887-95. [DOI: 10.1016/s0277-9536(00)00068-x]
- 7- Statistical Center of Iran. Selected results of the 2015 national population and housing census. 2016Tehran: Statistical Center of Iran.
- 8- Goharinezhad S, Maleki MR, Baradaran HR, Ravaghi H. Futures of Elderly Care in Iran: A Protocol with Senario Approach. *Med Journal Islam Republic* 2016; 30:416.
- 9- Goharinezhad S, Maleki MR, 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; 9:32-56
- 10- Gutman GM, Love T. Towards More Elder Friendly Hospitals: Final Report-Studies 3b and 3c. Gerontology Research Centre, Simon Fraser University, 2008.
- 11- Karki S, Bhatta DN, and Aryal UR. Older people’s perspectives on an elderly-friendly hospital environment: an exploratory study. *Risk Management Health care Policy*. 2015; 8: 81–89. [Doi: 10.2147/RMHP.S83008]
- 12- Ahmadi-Teymurlouy A, Seyedin H, Fadayevatan R. Toward Age Friendly Hospitals in Developing Countries: A Case Study in Iran. *Health Promotion Perspectives*, Vol. 5, No. 1, 2015; P: 42-51 . [Doi: 10.15537/smj.2015.9.11789].
- 13- Alhamdan, A. A., Alshammari, S. A., Al-Amoud, M. M., Hameed, T. A., Al-Muammar, M. N., Bindawas, S. M., 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): 1091-96.
- 14- Frank CC, Feldman S, Wyman R. Caring for Older Patients in Primary Care: Wisdom and Innovation from Canadian Family Physicians. *Canadian Family Physician*. 2018; 64(6):416-18.
- 15- Ahmadi-Teymurlouy A, Seyedin H, Fadayevatan R, Omrani A. Assessing the Suitability of the Design, safety and Physical Environment of Hospitals for the Elderly: A Case in Iran. *Iranian Journal of Health, Safety & Environment*, 2019; 6(1): 12313-1220.
- 16- Augustine V. Senior Friendly Hospital Strategy: Needs and Challenges. A Study in a Selected Hospital [BSc Dissertation], India: Karnataka, Bangalor, Rajiv Gandhi University of Health Sciences; 2010.
- 17- Park B, Brand P. An Elder-Friendly Hospital: Translating a Dream into Reality. *Nurs Leadrsh* 2004; 17:62-76. [DOI: 10.12927/cjnl.2004.16344]
- 18- Chiou S-T, Chen L-K. Towards age-friendly hospitals and health services. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2009; 49:S3-S6. [Doi: 10.1016/S0167-4943(09)70004-4]
- 19- Wong KS, Ryan DP, Liu BA. A System-Wide analysis using a Senior – Friendly Hospital Framework Identifies Current Practices and Opportunities for Improvement in the care

- of Hospitalized older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014. [DOI: [10.1111/jgs.13097](https://doi.org/10.1111/jgs.13097)]
- 20- Wolf E, Harrington KM, Clark SL, Miller MW. Sample Size Requirements for Structural Equation Models: An Evaluation of Power, Bias and Solution Propriety. 2013. *Educational and Psychological Measurement*; 76(6): 913-934. [Doi: [10.1177/0013164413495237](https://doi.org/10.1177/0013164413495237)]
- 21- Woo j, Mak B, Yeung F. Age – Friendly Primary Health Care: An Assessment of Current Service Provision for Older Adults in Hong Kong. *Health Serve Insights* 2013; 6: 69-77. [Doi: [10.4137/HSI.S12434](https://doi.org/10.4137/HSI.S12434)]
- 22- Adib-Hajbaghery M, Zehtabchi S. Evaluation of Elderly Patient’s Privacy and their Satisfaction Level of Privacy in Selected Hospitals in Esfahan. 2014; 8(29) 97-120. . (In Persian).
- 23- Badrakalimuthu V, Barclay S. Do people with dementia die at their preferred location of death? A systematic literature review and narrative synthesis. *Age Ageing*. 2014;43(1):13-9 . [DOI: [10.1093/ageing/aft151](https://doi.org/10.1093/ageing/aft151)]
- 24- Heidari M.R, Hosseinkhani S.N, norouzadeh R. Elderly’s Attitude toward End-of-Life Concerns. *Journal of Nursing Education*. 2018; volume 7(2):35-43.(In Persian)
- 25- Boltz M, Capezuti E, Shabbat N. Building a framework for a geriatric acute care model. *Leadership in Health Services* 2010; 23(4):334-360. [Doi:[10.1108/17511871011079029](https://doi.org/10.1108/17511871011079029)]
- 26- Rashmi M, Senior Friendly Hospitals in Banblore City- Development and Application of Criteria [MD Thesis]. India: Karnataka, Banglore, Rajiv Gandhi university of health sciences: 2010.
- 27- Rahimi M, Izadi N, Rezvan madani F, Eghbalian A. [Knowledge and Practice Level of Self-Directed Care Among Diabetics in Kermanshah City in 2014; A Short Report]. *Journal Rafsanjan University Med Science*. 2015; 14(2):167-72. . (In Persian).
- 28- Rafi F, Soleimani M, Seyed-Fatemi N. Concept Analysis of Participation of Patient with chronic Disease: Use of Hybrid Model. *Iran journal of Nursing*. 2010; 23(67):35-48. . (In Persian).
- 29- Vaskouei Eshkevarei K, Hajinabi K, Riahi L, Maleki M. Patient Sheared Decision-Making Models: A Comparative Study. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2019; 13(6): 83-93. (In Persian).
- 30-Parvareh S, Shamsalinia A, Jahanshahi M, Hajiahmadi M. Impact of Family –Based Empowering Model on the Received Threat and Self-Efficacy of Families of Diabetic Elderly at Risk of Falling. *Jornal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2018; 7(2):96-107. (In Persian).
- 31-Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Foroughan M. The Needs of Hospitalized Elderly Patients. *Iranian Journal of Ageing*. 2010; 5(1): 42-52. . (In Persian).
- 32- Kelley ML, Parke B, Jokinen N, Stones M, Renaud D. Senior-Friendly Emergency Department Care: An Environmental Assessment *Journal of Health Services Research & Policy*. 2011; 16(1): 6-12 . [DOI: [10.1258/jhsrp.2010.009132](https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.009132)]
- 33- Rahimyan M, Sahebzadeh MA. A Study of the Satisfaction Rate of Elderly Patients in General Hospitals Affiliated with the Isfahan University of Medical Sciences in 2009. *Teb va Tazkieh* 2010; 20(4):46-58. . (In Persian).
- 34- Bahrami M, Purfarzad Z, Keshvari M, Rafiei M, et al. Emotional Competence: A Core Competence in Gerontological Nursing in Iran. *International Journal Older People Nursing*. 2018; 13(6741):e12210.
- 35- Samimi Sedeh Gh, Mahfoozpour S, Hesam S, tabibi SJ. The Necessity of Aligning the Human Resources Strategies of Health System with the Mega-Trends of the Older People Health Domain. *Depiction of the Health*. 2018; 9(3): 172-185.(In Persian)
- 36- World Health Organization. *Active Aging: Towards Age-Friendly Primary Health*

Care. Who, 2004

- 37- Alizadeh F, Tabibi SJ, Maleki MR, Nasirpour AA, et al. Geriatric Specialists Prediction Based on Dynamic System Approach for the Iranian Elderly. *Journal of Hospital*. 2016; 15(3):125-135.(In Persian).
- 38- Sudo K, Kobayashi J, Noda S, Fukuda Y, Takahashi K. Japan's Healthcare Policy for the Elderly Through the Concepts of Self-Help (Ji-Jo), Mutual Aid (Go-Jo), Social Solidarity Care (Kyo-Jo), and Governmental Care (Ko-Jo). *Bioscience Trends*. 2018.; 12(1):7-11.[DOI: [10.5582/bst.2017.01271](https://doi.org/10.5582/bst.2017.01271)]
- 39- Bastani P, Dehgani M, Marzaleh MA. Assessing Shiraz Pharmacies According to Senior-Friendly Criteria. *Iranian Journal of Ageing* 2017; 12(1): 116-125. . (In Persian).
- 40- Alizadeh Khoeii M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Mohamadiazar M, Nazari N. Analytical Performance of Administrations in Charge of Ageing Program in Iran. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2013; 13(1): 74-81. . (In Persian).