

Research Paper**Assessing the Duration of Unnecessary Hospitalization and Expenses in Older Individuals Suffering From Cerebral Vascular Accident in the Chronic Care Unit**Reza Nikookar¹, Shahram Ghaffari², Ahmad Ali Akbari Kamrani³, *Robab Sahaf³, Manizheh Moghadam³, Mahmood Reza Ghadimi⁴

1. Iranian Social Security Organization, Fayyaz Bakhsh Hospital, Tehran, Iran.
2. Deputy of Education, Iranian Social Security Organization, Tehran, Iran.
3. Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Deputy of Economic & Planning Affairs, Iranian Social Security Organization, Tehran, Iran.

Citation: Nikookar R, Ghaffari Sh, Akbari Kamrani AA, Sahaf R, Moghadam M, Ghadimi MR. [Assessing the Duration of Unnecessary Hospitalization and Expenses in Older Individuals Suffering From Cerebral Vascular Accident in the Chronic Care Unit (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2015; 10(2):180-187.

Received: 14 Dec. 2014

Accepted: 24 Feb. 2015

ABSTRACT

Objectives Health system costs are progressively increasing due to several factors such as the increase in the number of elderly population with chronic diseases. Therefore, the efficient use of limited financial and human resources are very important. We aimed to review unnecessary health care cost of elderly patients with stroke in acute care department of Fayyaz Bakhsh Hospital, Tehran and comparison with subacute care unit.

Methods & Materials In this descriptive study, 51 patients admitted to the neurological unit of the Fayyaz Bakhsh Hospital were included.

Results The average Length of Stay (LOS) was 8.3 days. 30 patients needed subacute care, which will result in average LOS in acute and subacute care of 6.2 and 2.1 days respectively ($P < 0.001$). Moreover, the average cost of per patient and day hospitalization was 1.182.000 (ir.rials) and 1.416.000 (ir.rials), respectively, of which 17% were transferable to subacute care.

Conclusion The results showed that 25% of LOS and 17% of the cost of the acute care to subacute care unit is transferable.

Keywords:Elderly, Stroke,
Acute care, Sub-
acute care*** Corresponding Author:****Robab Sahaf, PhD****Address:** Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.**Tel:** +98 (21) 2218004**E-mail:** robabsahaf@gmail.com

بررسی طول مدت بستری غیر ضروری و هزینه‌های آن در سالمندان مبتلا به سکته مغزی در بخش مراقبت حاد بیمارستان شهید دکتر فیاض بخش تهران در سال ۱۳۹۲

رضا نیکوکار^۱، شهرام غفاری^۲، احمدعلی اکبری کامرانی^۳، رباب صحاف^۴، منیژه مقدم^۲، محمودرضا قدیمی^۲

۱- سازمان تامین اجتماعی، بیمارستان شهید دکتر فیاض بخش، تهران، ایران.

۲- اداره کل آموزش، سازمان تامین اجتماعی، تهران، ایران.

۳- مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۴- دفتر آمار و محاسبات اقتصادی، سازمان تامین اجتماعی مرکز، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۲ آذر ۱۳۹۳
تاریخ پذیرش: ۰۵ اسفند ۱۳۹۳

اهداف: هزینه‌های نظام سلامت به دلایل متعددی از جمله افزایش جمعیت سالمندان به طور فزاینده‌ای رو به افزایش است. استفاده بهینه از منابع محدود مالی و انسانی به ویژه در بخش بستری که سهم قابل توجهی از هزینه‌های نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهد، بیش از پیش ضروری است.

هدف از انجام این مطالعه، بررسی طول مدت بستری غیر ضرور و هزینه‌های آن در سالمندان مبتلا به سکته مغزی در بخش مراقبت حاد بیمارستان شهید دکتر فیاض بخش تهران در سال ۱۳۹۲ بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که از سالمندان مبتلا به سکته مغزی بستری شده در بخش داخلی اعصاب (مراقبت حاد) بیمارستان شهید دکتر فیاض بخش تهران به عمل آمده است.

یافته‌ها: به طور متوسط هر بیمار مبتلا به سکته مغزی ۸/۳ روز در بیمارستان بستری شده است. در حدود ۵۹٪ از این بیماران می‌توانستند بخشی از خدمات بستری خود را طبق نظر متخصصین در بخش تحت حاد دریافت نمایند. به عبارت دیگر با انتقال مدتی از اقامت بیمار به بخش تحت حاد، مدت زمان بستری بیماران، قابل کاهش به ۶/۲ روز است. ضمناً میانگین هزینه هر بیمار و هر روز بستری در وضعیت موجود به ترتیب برابر با ۱۱/۸۰۰ / ۰۰۰ و ۱/۴۱۶ / ۰۰۰ ریال بوده است که در صورت میسر بودن ادامه درمان بیماران در بخش تحت حاد، این رقم حدود ۱۷٪ قابل کاهش بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که ۲۵٪ از روزهای بستری و ۱۷٪ از هزینه‌هایی که در بخش مراقبت حاد اتفاق می‌افتد، قابل انتقال به بخش مراقبت تحت حاد است.

کلیدواژه‌ها:

سالمند، سکته مغزی، بخش مراقبت حاد، بخش مراقبت تحت حاد

مقدمه

با توجه به گذار جمعیتی^۱ مذکور و افزایش نسبت سالمندان جامعه، انتظار می‌رود بار^۲ بیماری‌های مرتبط با افزایش سن نیز افزایش یابد. یکی از بیماری‌های مرتبط با افزایش سن، سکته مغزی است؛ سکته مغزی، عبارت است از علائم بالینی اختلال کانونی^۳ یا فراگیر^۴ عملکرد مغزی که به سرعت ایجاد شده و بیش از ۲۴ ساعت طول می‌کشد و ممکن است منجر به مرگ شود. بروز سکته مغزی به علت اختلال عروقی مغز است [۴، ۵].

جمعیت جهان در حال پیر شدن است. بر اساس تخمین سازمان ملل متحد، شمار سالمندان بالای ۶۰ سال از ۸۰۰ میلیون در سال ۲۰۱۱ به بیش از دو میلیارد در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت [۱]. سرعت رشد جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه بیش از سه برابر کشورهای توسعه‌یافته است [۲]. جمعیت ایران نیز در حال سالمند شدن است و این روند در سال‌های آینده نیز ادامه خواهد داشت به طوری که انتظار می‌رود شمار سالمندان ایرانی در فاصله سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰، دو برابر شود [۳].

1. Population Transition
2. Burden
3. Focal
4. Global

* نویسنده مسئول:

دکتر رباب صحاف

نشانی: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سالمندی.

تلفن: ۲۲۱۸۰۰۴ (۲۱) +۹۸

پست الکترونیکی: robabsahaf@gmail.com

روش مطالعه

جمعیت مورد مطالعه در تحقیق حاضر، بیماران سالمند ۶۰ و بالای ۶۰ سال مبتلا به سکته مغزی بودند که در بخش مراقبت حاد (بخش نورولوژی) بیمارستان شهید دکتر فیاض بخش تهران در تابستان ۱۳۹۲ بستری شدند. نمونه‌گیری به روش تمام شماری افرادی بود که رضایت آگاهانه خود را جهت شرکت در این تحقیق اعلام نموده بودند.

ابتدا پرسش‌نامه‌ای شامل مشخصات زمینه‌ای دموگرافیک، تاریخچه بیماری‌های قبلی و وضعیت درمان بیماران از نظر مراحل نیاز به مراقبت‌های حاد و تحت حاد طی مدت بستری و نیز هزینه‌های بستری به تفکیک، طراحی شد. سپس پرسش‌نامه مذکور در زمان پذیرش و مراحل مختلف درمان، توسط پژوهشگر و پزشکان متخصص نورولوژیست همکاری‌کننده، تکمیل شد. پزشکان متخصص، مرز زمانی عدم نیاز به دریافت خدمات درمانی حاد و زمان نیاز به خدمات تحت حاد را مشخص کردند. پس از ترخیص بیمار، اطلاعات مربوط به طول مدت بستری و هزینه‌های درمان براساس صورتحساب بیمارستانی صادر شده، جمع‌آوری شد. در مرحله نهایی، داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۵۱ بیمار ۹۳-۶۰ سال با میانگین سنی ۷۷/۹ سال در مطالعه شرکت داشتند (جدول ۱). بیش از نیمی از بیماران (۳۱ نفر معادل ۶۰/۸٪) زن و ۲۰ نفر (۳۹/۲٪) مرد بودند.

درصد قابل توجهی از بیماران (۸۲/۴٪)، سابقه ابتلا به بیماری‌های مختلف را ذکر کردند.

سابقه ابتلای بیماران به برخی بیماری‌های عمده مرتبط به تفکیک نوع بیماری در جدول ۲ ذکر شده است.

طول مدت بستری در بیمارستان در قریب به نیمی از بیماران (۴۵/۱٪)، ۱۰-۶ روز بود. حداکثر طول مدت بستری در ۵۰ بیمار (۲٪)، ۷۰ روز بود که به شکل معنی‌داری بیش از میانگین طول مدت بستری در سایر بیماران بود. طول مدت بستری بیماران مورد مطالعه در جدول ۳ به تفکیک ذکر شده است.

هزینه‌های بستری در بیمارستان در گروه افراد مورد مطالعه بر اساس صورتحساب بیمارستان به تفکیک در جدول ۴ ذکر شده است. هزینه هتلینگ، بخش اعظم هزینه‌های بستری (۴۰٪ هزینه کل) را به خود اختصاص می‌دهد و پس از آن، هزینه داروهای مصرفی بیمار (۲۴٪) در رتبه بعدی هزینه‌ها قرار دارد. در جدول ۵ میانگین هزینه‌های هر روز بستری بخش حاد به

بروز سکته مغزی با افزایش سن به‌طور تصاعدی افزایش می‌یابد [۶]. هر چند در مورد اپیدمیولوژی سکته مغزی در کشور ما مطالعات جامعی صورت نگرفته است [۷]، مطالعات بیانگر آن است که سکته مغزی دومین علت شایع مرگ و میر و در مجموع ششمین علت ایجادکننده بار بیماری در جهان است و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ به چهارمین علت ایجادکننده بار بیماری تبدیل شود [۸].

در مرحله حاد سکته مغزی، بیمار نیاز به بستری در بیمارستان دارد. دلایل عمده برای بستری بیمار عبارتند از انجام اقدامات تشخیصی و متعاقباً مداخلات درمانی به منظور بهبود شرایط بیمار، پیشگیری از وقوع سکته مغزی مجدد یا سایر اختلالات عروقی و ارائه مراقبت‌های پرستاری فاز حاد. یک جنبه دیگر درمان، ارائه اقدامات توانبخشی به منظور بهبود عملکرد^۵ و توانایی حرکت بیمار^۶ است. در واقع با توجه به ماهیت ناتوان‌کننده بیماری، بیمار برای آنکه بتواند مجدداً مستقل^۷ و بدون وابستگی زندگی کند، نیازمند دوره‌ای از اقدامات جامع توانبخشی است [۹].

درمان بیماران دچار سکته مغزی، اثرات عمده‌ای بر هزینه‌های بیمارستانی دارد. در کشورهای غربی، درمان بیماران دچار سکته مغزی، ۴٪-۳٪ هزینه بخش مراقبت‌های بهداشتی را به خود اختصاص می‌دهد [۱۰، ۱۱]. یکی از عوامل تعیین‌کننده هزینه تحمیل‌شده به بیماران و سیستم بهداشتی درمانی، طول مدت بستری آنان در بیمارستان است. می‌توان تدابیری اندیشید که پس از انجام اقدامات درمانی فاز حاد، ضمن اینکه بیمار از مراقبت‌های جامع لازم بهره‌مند شود، بتوان هزینه‌های درمان را به واسطه کاهش اقامت بیماران در بیمارستان کاهش داد. یک راهکار مناسب برای رسیدن به این هدف، انتقال بیمار به بخش «مراقبت‌های تحت حاد»^۸ است. این نوع از مراقبت، رویکرد مراقبتی جامع و مقرون به صرفه است که با هدف بهبود نتایج درمان^۱ در بیمارانی که نیازمند مداخلات کوتاه‌مدت پیچیده طبی و توانبخشی هستند، طراحی شده است. مراقبت‌های تحت حاد می‌تواند جایگزینی مناسب برای ادامه بستری بیمار پس از طی درمان مرحله حاد بیماری باشد [۱۲].

در کشور ایران، مراقبت تحت حاد سازمان یافته‌ای وجود ندارد لذا هدف از انجام این مطالعه، محاسبه مدت زمان اقامت بیماران سالمند دچار سکته مغزی در بیمارستان که می‌تواند در بخش مراقبت‌های تحت حاد سپری شود و نیز محاسبه هزینه‌های ناشی از اقامت غیر ضروری بیماران دچار سکته مغزی در بیمارستان است.

5. Functional recovery
6. Mobilization
7. Independently
8. Sub acute Care
9. outcome-oriented

جدول ۱. فراوانی سنی بیماران دچار سکته مغزی بستری شده در بیمارستان شهید فیاض بخش.

گروه‌های سنی	فراوانی	فراوانی نسبی (%)
۶۰ تا ۶۹ سال	۱۰	۱۹/۶
۷۰ تا ۷۹ سال	۱۸	۳۵/۳
۸۰ تا ۸۹ سال	۲۰	۳۹/۲
بالای ۹۰ سال	۳	۵/۹
جمع	۵۱	۱۰۰

سالمند

جدول ۲. فراوانی نسبی بیماران دارای سابقه ابتلاء به بیماری‌های مرتبط با سکته مغزی.

نوع بیماری	بیماری ایسکمیک قلب (%)	نارسایی احتقانی قلب (%)	پرفشاری خون (%)	سکته مغزی قبلی (%)	دیابت (%)	اختلال پروفایل چربی های خون (%)	اختلال شناختی (%)
فراوانی نسبی	۹/۸	۲	۳۷/۳	۷/۸	۳۵/۳	۲۷/۵	۲

سالمند

تفکیک نوع هزینه بیان شده است.

(۶۰٪)، کاندید انتقال به بخش تحت حاد بودند. بدین ترتیب بر اساس نتایج مطالعه اخیر، ۱۰۷ روز از ۳۵۵ روز بستری (۳۰٪) طول کل مدت بستری، می‌توانست در بخش تحت حاد سپری شود. میانگین طول مدت بستری بیماران در بیمارستان، هفت روز بود که با عنایت به طول مدتی که بیماران می‌توانستند در بخش تحت حاد سپری کنند این مدت زمان به طور میانگین به

بدون در نظر گرفتن داده پرت^{۱۰}، مجموع طول مدت بستری بیماران در بخش حاد، ۳۵۵ روز بود. بر اساس نظر متخصصان همکاری کننده در این پژوهش، ۳۰ بیمار از ۵۰ بیمار مورد مطالعه

10. Outlier

جدول ۳. فراوانی نسبی افراد بستری در گروه‌های مختلف از نظر طول مدت بستری.

طبقه	طول مدت بستری در بخش حاد (روز)	فراوانی	فراوانی نسبی (%)
۱	۰-۵	۱۸	۳۵/۳
۲	۶-۱۰	۲۳	۴۵/۱
۳	۱۱-۱۵	۷	۱۳/۷
۴	۱۶-۲۱	۲	۳/۹
۵	۲۰	۱	۲

سالمند

جدول ۴. مجموع هزینه‌های بستری بیماران دچار سکته مغزی به تفکیک نوع هزینه.

ردیف	نوع هزینه	مبلغ (ریال)	درصد از کل (%)
۱	هتلینگ	۲۳۹ / ۶۰۰ / ۰۰۰	۴۰
۲	ویزیت	۶۹ / ۵۰۰ / ۰۰۰	۱۲
۳	دارو	۱۴۵ / ۸۰۰ / ۰۰۰	۲۴
۴	آزمایشات	۳۷ / ۷۰۰ / ۰۰۰	۶
۵	تصویربرداری	۳۷ / ۶۲۰ / ۰۰۰	۶
۶	سایر	۷۱ / ۶۸۰ / ۰۰۰	۱۲
کل		۶۰۱ / ۹۰۰ / ۰۰۰	۱۰۰

سالمند

جدول ۵. میانگین هزینه‌های هر روز بستری بخش حاد به تفکیک نوع هزینه.

ردیف	نوع هزینه	مبلغ (ریال)	درصد از کل (%)
۱	هتلینگ	۴۲۱/۰۰۰	۴۰
۲	ویزیت	۱۳۷/۰۰۰	۱۲
۳	دارو	۲۸۷/۰۰۰	۲۴
۴	آزمایشات	۷۸/۰۰۰	۶
۵	تصویربرداری	۸۸/۰۰۰	۶
۶	سایر	۱۶۸/۰۰۰	۱۲

سالمند

اقامت بیماران دچار سکته مغزی، $5/13 \pm 2/67$ روز تعیین شد. یافته‌های مربوط به مدل‌های رگرسیونی نشان دادند به‌ازای یک سال افزایش در سن بیمار، مدت اقامت بیمار به طور متوسط، یک روز افزایش می‌یابد. همچنین میان متغیرهای جنسیت و محل سکونت با تعداد روزهای اقامت ارتباطی به دست آمد [۱۴]. در مطالعه مذکور، هیچ متغیر مستقل قابل تغییری در مدل، پیشنهاد نشده است، لذا نمی‌توان با استفاده از نتایج آن به منظور کاهش طول مدت بستری، پیشنهادی ارائه کرد.

با توجه به اینکه در کشور ما مطالعات اندکی در این زمینه انجام شده است و نیز عدم وجود سیستم ارائه مراقبت‌های تحت حاد در ایران، می‌توان مطالعاتی که در سایر مناطق جهان انجام گرفته است را مورد بررسی قرار داد.

بر اساس مطالعه Kiaocharoen و همکاران، هزینه مراقبت‌های حاد بیماران دچار سکته مغزی از هزینه مراقبت‌های تحت حاد، بیشتر است. این مطالعه، عوامل پیش‌بینی کننده هزینه در فاز حاد را جراحی، پاتولوژی هموراژیک و طول مدت بستری مشخص کرد. بنابراین کاهش طول مدت بستری، می‌تواند در کاهش هزینه‌ها نقش داشته باشد.

به علاوه، می‌توان به منظور کاهش هزینه بستری در بیمارستان از انتقال بیمار به بخش مراقبت‌های تحت حاد که از نظر هزینه‌ای که بابت هر روز درمان پرداخت می‌شود، مقرون به صرفه بوده و در آن خدمات مناسب توانبخشی بیمار ارائه می‌شود، بهره‌گرفت [۱۵]. این خدمات را می‌توان در مکان‌های^{۱۲} مختلف ارائه داد. به عنوان مثال در ایالات متحده این مراقبت‌ها در بیمارستان‌ها، مراکز تخصصی ارائه مراقبت پرستاری^{۱۳} و حتی در منازل ارائه می‌شود [۱۶].

در مطالعه دیگری که توسط Appelros با هدف تعیین عوامل مؤثر بر طول مدت بستری در ۳۸۸ بیمار انجام شد، میانگین طول

دو روز کاهش می‌یافت و هزینه‌های بستری در بیمارستان نیز متعاقباً کاهش می‌یافت.

بحث

مطالعه حاضر به بررسی طول مدت بستری در بیماران دچار سکته مغزی پرداخته است. هدف از انجام مطالعه، تعیین طول مدت زمانی بستری که در آن بیماران، قابل ترخیص شدن از بخش ارائه مراقبت‌های حاد و انتقال به بخش مراقبت تحت حاد بودند.

در این مطالعه، عمده‌ترین عوامل خطر، پرفشاری خون و دیابت بود. نتایج به دست آمده با نتایج مطالعه دلبری و همکاران که بر روی ۹۵۳ بیمار دچار سکته مغزی با هدف تعیین عوامل خطر، طول مدت بستری و میزان کشندگی انجام شده است، همخوانی دارد [۱۳] همچنین میانگین طول مدت بستری در این مطالعه (۷ روز) بود که با نتایج سایر مطالعات از جمله مطالعه دلبری و همکاران (۷/۷ روز) همخوانی دارد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، طول مدت بستری بیماران دچار سکته مغزی در بخش مراقبت‌های حاد، می‌تواند کاهش یابد؛ در این مطالعه، طول مدت بستری می‌تواند دو روز کاهش یابد. با توجه به اینکه طول مدت بستری یکی از عوامل تعیین کننده هزینه درمان است، هزینه‌ها نیز به همین نسبت کاهش می‌یابند. انجام مطالعات مرتبط با طول مدت بستری بیماران و عوامل مؤثر بر آن به منظور یافتن عوامل قابل تغییر^{۱۱} از اهمیت بسزایی برخوردار است. در ایران مطالعات اندکی در این زمینه وجود دارد که به آن‌ها اشاره می‌شود.

نتایج مطالعه‌ای که توسط هاشمی‌فرد و همکاران به منظور ساخت مدلی برای تعیین تعداد روزهای اقامت بیماران دچار سکته مغزی و بررسی ارتباط آن با تعدادی از متغیرهای مستقل در بیمارستان واسعی سبزوار انجام شد، میانگین مدت

12. Settings

13. Skilled nursing Home

11. Modifiable

References

- [1] Bloom DE, Boersch-Supan A, McGee P, Seike A. Population aging: Facts, challenges, and responses. Harvard: Harvard University Press; 2011.
- [2] World Health Organization. Global health and aging. Geneva: World Health Organization; 2011.
- [3] Mehryar A, Ahmad Nia SH. Age-structural transition in Iran: Short and long term consequences of drastic fertility swings during the final decades of twentieth century. Paper presented at: CICRED Seminar. 2004 February 23-26; Paris, France.
- [4] World Health Organization. WHO task force on stroke and other cerebrovascular disorders. Recommendation on stroke prevention, diagnosis and therapy. Stroke. 1989; 20(10):1407-31. doi: 10.1161/01.str.20.10.1407
- [5] World Health Organization. WHO MONICA project principal invest. Geneva: World Health Organization; 1988.
- [6] The World Health Organization MONICA Project (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease): A major international collaboration. WHO MONICA Project Principal Investigators. Journal of Clinical Epidemiology. 1988; 41(2):105-14. doi: 10.1016/0895-4356(88)90084-4
- [7] Donnan GA, Srikanth VK. Management of stroke in older people. Australian Journal of Hospital Pharmacy. 2000; 30(2):60-5. doi: 10.1002/jppr200030260
- [8] Hosseini AA, Sobhani-Rad D, Ghandehari K, Benamer HT. Frequency and clinical patterns of stroke in Iran; Systematic and critical review. BMC Neurology. 2010;10(1):72. doi: 10.1186/1471-2377-10-72.
- [9] Menken M, Munsat TL, Toole JF. The global burden of disease study: implications for neurology. Archives of Neurology. 2000; 57(3):418-20. doi: 10.1001/archneur.57.3.418
- [10] Van Straten A, Van der Meulen J, Van den Bos GA, Limburg M. Length of hospital stay and discharge delays in stroke patients. Stroke. 1997; 28(1):137-40. doi: 10.1161/01.str.28.1.137
- [11] Evers SM, Engel GL, Ament AJ. Cost of stroke in the Netherlands from a societal perspective. Stroke. 1997; 28(7):1375-81. doi: 10.1161/01.str.28.7.1375
- [12] Evers S, Goossens M, Ament A, Maarse J. Economic evaluation in stroke research. An introduction. Cerebrovascular Diseases. 2001; 11(2):82-91. doi: 10.1159/000047617
- [13] Kathleen M. Griffin, Theodore McDowell JR. Subacute care-where does it fit under managed care? Scottsdale, Arizona: Griffin Management, Inc; 2007.
- [14] Delbari A, Salman Roghani R, Tabatabaei SS, Lökk J. A stroke study of an urban area of Iran: Risk factors, length of stay, case fatality, and discharge destination. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 2010; 19(2):104-9. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.06.003.
- [15] Hashemi Fard A, Saffari SE, Adnan R. [Analysis of hospitalization length for cerebrovascular accident patients in Sabzevar Vaseyee hospital using count regression models (Persian)]. Daneshvar Journal. 2014; 21(109):17-24.

مدت بستری حاد، ۱۲ روز بود. عوامل پیش‌بینی‌کننده طول مدت بستری شامل: شدت سکته مغزی، سکته لاکونار، دمانس پیش از سکته مغزی و سیگار کشیدن بود [۱۷].

نتیجه‌گیری نهایی

در مجموع طول مدت بستری در کشورهای مختلف بر اساس سیستم ارائه خدمات درمانی، بسیار متفاوت است. حتی در یک مطالعه منفرد نیز در هفته‌های مختلف بستری، علل متفاوتی برای طولانی شدن مدت بستری بیماران ذکر شده است که از ماندن در بیمارستان به دلیل انتظار برای اقامت در مراکز اقامتی تا دلایل پزشکی متفاوت است [۹]. در هر مطالعه، عوامل پیش‌بینی‌کننده طول مدت بستری، می‌تواند متفاوت باشد، لذا مطالعات معتبر متعدد و مروری سیستماتیک به منظور دستیابی به این عوامل، ضروری است.

یکی از راه‌های مؤثر برای بهبود مراقبت در زمان بستری بیمار این است که بیمار در بخش خاص سکته مغزی بستری شود که درمان در آن توسط تیمی بین رشته‌ای که در مراقبت از این دسته بیماران مهارت دارند، ارائه شود. این بخش، بخشی از بیمارستان است که برای درمان بیماران سکته مغزی اختصاص یافته است. سکته مغزی می‌تواند بیماری ناتوان‌کننده‌ای باشد. برای بهبود عملکرد فرد مبتلا، ایده‌آل آن است که بیماران متعاقب سکته مغزی، دسترسی فوری به برنامه‌ها، خدمات و تسهیلات توانبخشی داشته باشند. این امر در کاهش میزان کمپلیکاسیون‌ها و نتایج بهتر در بهبود عملکرد بیمار نقش دارد. بیماران باید ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از سکته مغزی مورد ارزیابی قرار گیرند تا نوع توانبخشی مورد نیازشان تعیین شود و برنامه یا تسهیلاتی که به بهترین نحو، آن را برآورده می‌کند، مشخص شود. تمام بیماران باید برنامه‌ای اختصاصی برای توانبخشی داشته باشند. ترخیص زودهنگام بیمار همراه با حمایت و برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه، باید در بیماران واجد شرایط مد نظر قرار گیرد [۱۸].

تشکر و قدردانی

از تمامی سالمندان عزیز، اساتید محترم دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و مسئولین بزرگوار سازمان تامین اجتماعی که در به انجام رسیدن این مطالعه یاری رسانیده‌اند، کمال تشکر را دارم.

- [16] Harvell J. Subacute care: Its role and the assurance of quality. In: Newcomer RJ, Wilkinson AM. Annual Review of Gerontology and Geriatrics. New York: Springer; 1996.
- [17] Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Subacute care: Review of the literature [Internet]. 1994 [Cited 1994 Jan 1]. Available from: <https://aspe.hhs.gov/basic-report/subacute-care-review-literature>
- [18] Appelros P. Prediction of length of stay for stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2007; 116(1):15-9. doi: 10.1111/j.1600-0404.2006.00756.x
- [19] Network CS. The quality of stroke care in Canada. Canada: Canadian Stroke Network; 2011.

