بررسی وضعیت واحد پذیرش بستری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۳۸۷

مهناز صمدبیک[۱و۲]، مریم احمدی[۳]، مهدی بیرجندی[۴]

۱- مربی، گروه مدارک پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
۲-دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت اطلاعات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳-دانشیار گروه مدیریت اطلاعات بهداشتی،دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی،دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴-مربی، گروه بهداشت، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

یافته / دوره سیزدهم / شماره ۱ / بهار ۹۰ / مسلسل ۴۷

چکیده

دریافت مقاله: ۸۹/۱۰/۲۱ ، پذیرش مقاله: ۸۹/۱۱/۱۷

* **مقدمه:** واحد پذیرش در هر سازمان بهداشتی و درمانی ورودی و خروجی سیستم را کنترل می‌کند؛ و به کارگیری برخی از فنون مدیریتی مانند تحلیل فرایند، نقش مهمی در شناخت مشکلات این واحد دارد. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت واحد پذیرش بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم آباد در سال ۱۳۸۷ انجام شد.

* **مواد و روش‌ها:** این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی است که به صورت مقطعی انجام شده است. داده‌ها با استفاده از چک لیست محقق ساخته مبتنی بر استانداردهای واحد پذیرش به روش مشاهده و مصاحبه با صاحبان فرایند گردآوری گردید. اعتبار محتوای آن بر اساس نظر ۷ نفر از اساتید و صاحبنظران در این زمینه تایید و برای پایایی از روش آزمون مجدد استفاده گردید. تحلیل فرایند واحد پذیرش بستری نیز در هر یک از بیمارستانها صورت گرفت. داده ها با استفاده از امتیاز بندی، آستانه‌ی تحلیل و شاخص‌های آمار توصیفی و به کمک نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. اطلاعات جمع آوری شده به صورت جداول آماری تهیه گردید.

* **یافته‌ها:** فرایند واحد پذیرش بستری در بیمارستان‌های تحت مطالعه مشابه است و در کلیه بیمارستان‌های مذکور، از بین واحدهای دخیل در این فرایند تنها واحد صندوق از تمرکز مکانی برخوردار می‌باشد. متوسط زمان انتظار بیماران برای پذیرش بستری (۲۰/۵۰+۱۹/۱۰) دقیقه بود. درجه مطلوبیت تسهیلات فیزیکی و فضا ،پرسنل ،روندکاری و خط مشی‌ها ،تجهیزات و سیستم مکانیزه واحد پذیرش بستری در بیمارستان‌های مورد پژوهش با درصد فراوانی (۳۵/۵٪)در گروه "متوسط" قرار گرفت. بالاترین درصد تطابق با استاندارد مربوط به تجهیزات با ۴۳/۳٪ و کمترین آن مربوط به تسهیلات فیزیکی و فضا با ۳۰٪ بود.

* **بحث و نتیجه‌گیری:** در مجموع درجه مطلوبیت واحد پذیرش در کلیه بیمارستان‌های مورد مطالعه "متوسط" بود. تهیه و تدوین دستورالعمل‌های خاص واحد پذیرش بستری، به کارگیری نیروی انسانی متخصص و علاقمند، برگزاری دوره های بازآموزی، تخصیص بهینه منابع، تجهیزات و فضای مورد نیاز ،ارزیابی مداوم عملکرد این بخش و انجام اقدامات بهبود فرایند در جهت ارتقا عملکرد این بخش حائز اهمیت است.

* **واژه‌های کلیدی:** واحد پذیرش، بیمارستان آموزشی، زمان انتظار، تسهیلات فیزیکی، خط مشی‌ها.

آدرس مکاتبه: خرم آباد، گلدشت شرقی، دانشکده پیراپزشکی
پست الکترونیک: mahbeik @yahoo.com

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

مقدمه

از آنجایی که واحد پذیرش اولین گام جهت ورود بیماران به مرکز درمانی است به این نام خوانده می‌شود(۱). این بخش یکی از قسمت‌های استراتژیک بیمارستان است که گردآوری اطلاعات بیمار در آن پایه گذاری می‌گردد، بنابراین واحد پذیرش به عنوان قلب بیمارستان محسوب می‌شود(۲). این واحد کانال ارتباطی بین مصرف کننده خدمات (بیمار) و ارائه دهنده خدمات (بیمارستان) برقرار می‌کند و فرایند ورود و خروج بیمار در برنامه‌های درمانی در آن شکل می‌گیرد(۳).

در یک سیستم بیمارستانی با توجه به اینکه کل سیستم برای خدمت به بیمار در نظر گرفته شده است، تنظیم سیستم ورودی(داده) و خروجی(ستاده) از اهمیت بسیار برخوردار است که با تنظیم امور پذیرش، ترخیص و اتخاذ روش‌های مناسب میسر خواهد شد(۴). یک سیستم صحیح پذیرش امکان ارتباط سازمانی در واحدهای تابعه هر بیمارستان را به خوبی فراهم کرده و از کم‌کاری یا دوباره کاری در مراحل اداری و یا درمانی جلوگیری می‌نماید(۵).

نتیجه دلخواه یک سیستم، زمانی با کارایی بیشتر به دست می‌آید که منابع و فعالیت‌های مربوطه به عنوان یک فرایند مدیریت شوند(۶). در سیستم درمانی، فرایند پذیرش یک فرایند کلیدی است و شامل مراحلی است که از زمان مراجعه بیمار به واحد پذیرش بستری و تحویل برگه دستور بستری تا تشکیل پرونده و پذیرش بیمار انجام می‌شود. نظراتی که کارکنان و بیماران ارائه داده‌اند حاکی از این امر است که این فرایند نیاز به ارتقا دارد(۷). این فرایند می‌تواند از طریق مهندسی مجدد فرایند، روش focus-PDCA و روش‌های دیگر مدیریت کیفیت بهبود یابد(۸).

زمان نیز یکی از منابع مهم و غیر قابل بازگشت مدیریت می‌باشد(۹)، و افرادی که در سیستم‌های مراقبت بهداشتی سرمایه‌گذاری می‌نمایند این سیستم‌ها را به دلیل طولانی بودن زمان‌های انتظار ارائه خدمتشان، مورد انتقاد قرار می‌دهند(۱۰)، همچنین، یکی از مهم‌ترین علل نارضایتی بیماران و خانواده‌های آنان مربوط به زمان انتظار پذیرش می‌باشد(۱۱).

نتایج مطالعات قبلی با مطرح کردن نقایص و مشکلات مربوط به واحد پذیرش و فرایند پذیرش از جمله، معطل شدن بیمار و آزار روحی بیمار در این واحد(۱۲و۱۳)، فقدان شبکه ارتباطی وعدم هماهنگی بین بخش‌های مختلف و واحد پذیرش(۱۴)، کمبود امکانات این واحد و نداشتن یک روش مشخص برای پذیرش بیمار(۱۵)، اتلاف وقت بیماران به دلیل مسائل کاغذبازی بیمارستان، آشنا نبودن بیماران به مقررات بیمارستانی ونقض نوبتها(۱۶و۱۷)، مسئولین پذیرش فاقد تحصیلات دانشگاهی، عدم وجود دستورالعمل‌های مشخص در زمینه پذیرش بیمار و شرح وظایف مدون و کامل برای پرسنل این واحد، وضعیت نامطلوب موقعیت مکانی و فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی واحد پذیرش، عدم تفویض اختیار به این واحد برای انجام وظایف و عملکردهای اصلی مربوطه (۲۴-۱۸)، عدم تمرکز مکانی واحدهای دخیل در فرایند پذیرش، غیرقابل پیش‌بینی بودن زمان انتظار به دلیل نبودن یک سیستم پذیرش و وقت دهی مناسب، نارضایتی بیماران از(۲۵)، متفاوت بودن فرایند پذیرش در بیمارستان‌های مختلف، لزوم پیمودن مسیرهای تکراری در جریان پذیرش(۲۶-۲۴)،برخورد ناصحیح مسئول پذیرش، شکایت بیماران از رفتار و برخورد کارکنان پذیرش و عدم ارائه اطلاعات به آنان در مورد

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

پرکردن فرم رضایت‌نامه(۲۹-۲۷) نشانگر وجود ضعف‌های فراوان در این زمینه می‌باشد.

از این رو، باید نهایت سعی و کوشش در اصلاح و پیشبرد این بخش به دلیل اهمیت آن در کارایی، ارزیابی و اعتلای کمی و کیفی فعالیت‌های بهداشتی و درمانی بیمارستان‌ها صورت گیرد. لذا پژوهشگران با هدف تعیین وضعیت واحد پذیرش بستری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان اقدام به تحقیق در این مورد نمودند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی از نوع مقطعی است که در سال ۸۷ انجام شد. جامعه پژوهش را بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان که عبارت است از بیمارستان اعصاب وروان، آیت الله مدنی، عسلی و شهدای عشایر تشکیل می‌داد. در بیمارستان‌های مذکور فرایند واحد پذیرش بستری، موقعیت مکانی واحدهای دخیل در فرایند، زمان انتظار پذیرش بستری، و وضعیت واحد پذیرش بستری از لحاظ موقعیت مکانی ، وضعیت نیروی انسانی، خط مشی، روش‌های انجام کار و قوانین و مقررات موجود، تجهیزات وتسهیلات واحد پذیرش بستری به دلیل اثرات قابل توجه آن بر فرایند و زمان انتظار پذیرش مورد مطالعه قرار گرفت.

جهت نمایش فرایند واحد پذیرش بستری در بیمارستان‌های مورد بررسی از رسم فلوچارت گردش کار استفاده گردید و با استفاده از آن مراحل مختلفی که برای انجام پذیرش از ابتدا (تحویل دستور بستری به متصدی پذیرش) تا انتها (تشکیل پرونده و ارجاع بیمار به بخش بستری) انجام می‌گیرد و موقعیت مکانی واحدهای دخیل در فرایند واحد پذیرش بستری تعیین گردید. همچنین تحلیل و شفاف‌سازی فرایند پذیرش بستری با تمام جزئیات در هر یک از بیمارستان‌ها صورت گرفت.

جامعه پژوهش زمان‌سنجی شامل ۶۹ نفر بیمار مراجعه کننده به واحد پذیرش بستری این بیمارستان‌ها در طول دو روز بود. در زمان‌سنجی فرایند پذیرش بستری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی آسان استفاده گردید. به‌طوری‌که زمان انتظار برای کلیه مراجعین واحد پذیرش بستری در هر مرکز برای دو روز کاری محاسبه گردید و برای دستیابی به اطلاعات منطقی‌تر دو روز مورد مطالعه با فاصله زمانی، انتخاب شد تا در صورت وجود علت خاص در روزهای متوالی، نتایج به دست آمده کمتر تحت تاثیر این علل قرار گیرد و در نهایت با استفاده از پیمودن مسیرگردش بیمار در بیمارستان برای فرایند پذیرش بستری و مصاحبه با بیماران، همراهان و متصدیان پذیرش عوامل طولانی شدن زمان انتظار برای پذیرش بیماران مذکور مشخص و ثبت گردید. سپس با بررسی داده‌های گردآوری شده، علل عام(علل افزایش زمان انتظار پذیرش بستری برای کلیه بیماران) و علل خاص(علل افزایش غیر منتظره زمان انتظار برای بعضی از بیماران) استخراج گردید.

گردآوری داده‌های مربوط به وضعیت پذیرش با استفاده از چک لیست محقق ساخته و به روش مشاهده مستقیم و مصاحبه صورت پذیرفت. چک لیست مورد نظر بر اساس استانداردهای برگرفته از مرور متون و منابع علمی داخلی و خارجی معتبر تهیه شده بود. در قسمت ابتدایی چک لیست، اطلاعات مربوط به مشخصات کلی بیمارستان قرار داشت. قسمت اصلی چک لیست شامل ۱۱۲ سوال بسته ۱ امتیازی و ۹ سوال باز بود. سوالات این چک لیست ۱۵ سوال به تجهیزات، ۱۵ سوال به تسهیلات فیزیکی و فضا، ۵۰ سوال به روش‌های انجام کار، خط‌مشی‌ها و دستورالعمل‌ها، ۳۲ سوال

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

به سیستم مکانیزه و ۹ سوال باز به نیروی انسانی واحد پذیرش بستری مربوط بوده است.

برای تعیین اعتبار آن با ۷ نفر از اساتید و صاحبنظران در زمینه مربوطه مشاوره به عمل آمد و پس از تایید روایی صوری و روایی محتوایی، مورد استفاده قرار گرفت. پایایی چک‌لیست نیز از طریق اجرای آزمایشی آن در یک مرکز آموزشی(خارج از نمونه پژوهش) در دو نوبت به فاصله یک هفته صورت پذیرفت و پس از تعیین ضریب همبستگی (r=۰/۸۵) پایائی آن نیز مورد تایید قرار گرفت.

در نهایت، داده‌های این پژوهش با استفاده از امتیازبندی، آستانه‌ی تحلیل، آمار توصیفی و به کمک نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. به این ترتیب که به هریک از پاسخ‌های مثبت چک لیست یک امتیاز اختصاص یافت، سپس درصد فراوانی پاسخ‌های مثبت مربوط به هر قسمت محاسبه گردید و درجه مطلوبیت موارد مورد مطالعه بر اساس گروه‌بندی درصد فراوانی به صورت ضعیف (۲۵-۰)،متوسط(۵۰-۲۵)، خوب (۷۵-۵۰) و بسیارخوب (۱۰۰-۷۵)تعیین شد.

یافته‌ها

در ۴ بیمارستان آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی لرستان از ۵۴۵ تخت ثابت تعداد ۵۳۴ تخت فعال بود (۹۷/۹۸٪)(جدول ۱).

تحلیل نمودارهای قالبی و جریان فرایند نشان داد که فرایند واحد پذیرش بستری در بیمارستان‌های تحت مطالعه مشابه است (شکل۱) و در کلیه بیمارستان‌های مذکور، از بین واحدهای دخیل در این فرایند تنها واحد صندوق از تمرکز مکانی برخوردار بود.

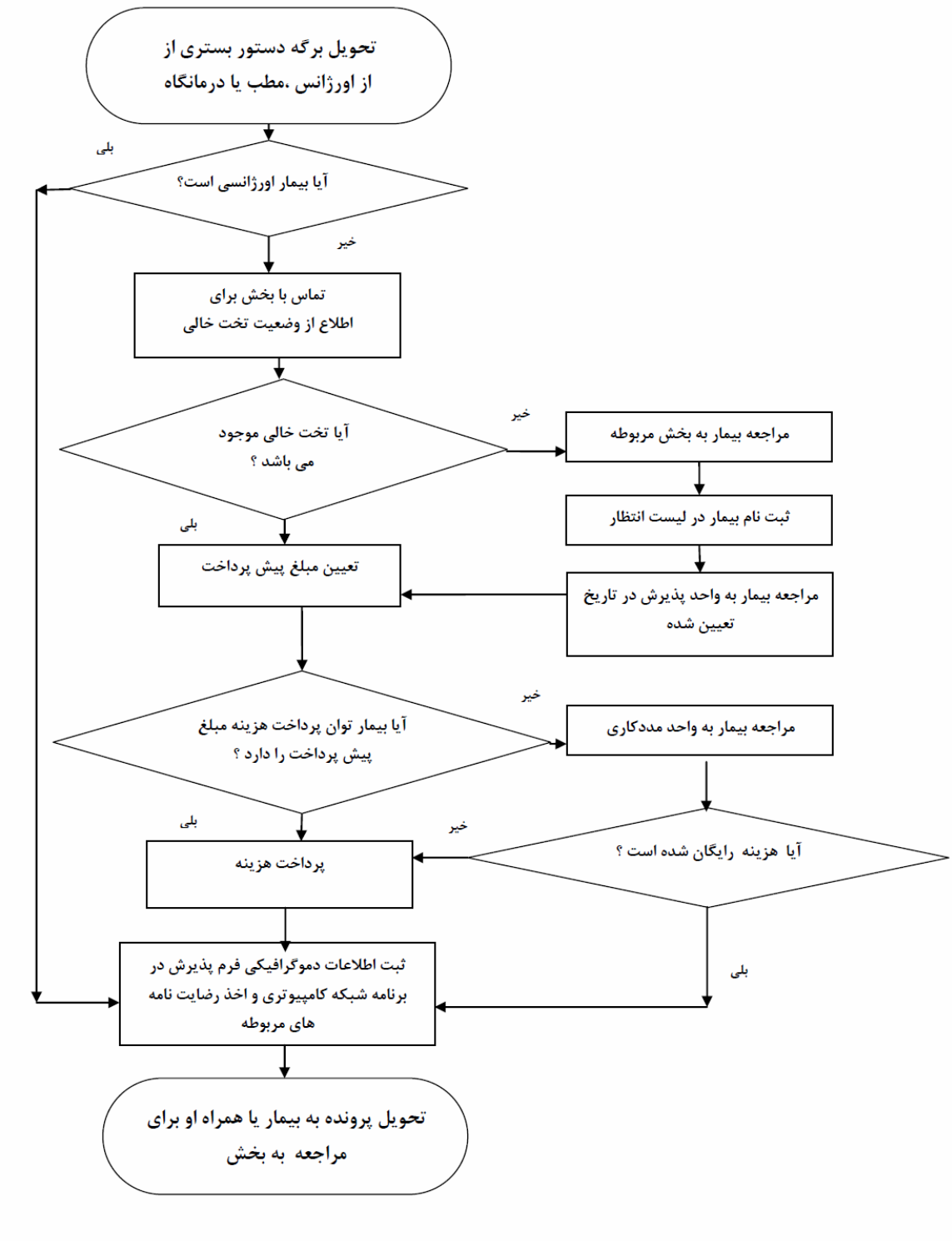
در واحد پذیرش بستری بیمارستان‌های مورد پژوهش۱۷ نفر به کار اشتغال داشتند، که از این تعداد ۱ نفر (۶٪) دارای مدرک کارشناسی مدارک پزشکی، ۲ نفر (۱۲٪)کاردان مدارک پزشکی، ۶ نفر(۳۵٪) مدارک دانشگاهی غیر مرتبط با مدارک پزشکی و ۸ نفر (۴۷٪)دیپلم بودند. دربیمارستان عسلی ،پرسنل تحصیلکرده مدارک پزشکی (کاردان و کارشناس) در واحد پذیرش وجود نداشت. اکثریت پرسنل این واحد (۱۴نفر؛۷۸٪)مونث بودند. استخدام پیمانی و شبه پیمانی بیشترین فراوانی وضعیت استخدامی را با (۱۱ نفر؛۶۴٪) داشت. ۸۳ ٪ از کارکنان هیچ دوره آموزشی مرتبط با مدارک پزشکی یا پذیرش ندیده بودند. میانگین سنی پرسنل پذیرش بستری و سابقه کار در این واحد به ترتیب۳۴ سال سن و ۶ سال سابقه کار به دست آمد.

جدول ۱: مشخصات کلی بیمارستانهای تحت پژوهش در سال ۱۳۸۷

نام بیمارستان	نوع بیمارستان		تعداد تخت		تعداد پذیرش ها	درصد اشغال	متوسط روز
	عمومی	تخصصی	ثابت	فعال	(در سال)	تخت	بستری
اعصاب و روان		*	۴۷	۴۷	۸۱۰	۸۰	۲۵
آیت الله مدنی		*	۷۸	۱۲۸	۱۰۸۶۶	۶۸/۵	۲
عسلی		*	۸۰	۵۵	۵۱۱۰	۴۶	۲
شهدای عشایر	*		۳۴۰	۳۰۴	۴۰۶۰۵	۸۷	۳/۴
جمع	۱	۳	۵۴۵	۵۳۴	۵۷۳۹۱	۷۰	۸/۱

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

شکل ۱: فرایند پذیرش بستری در بیمارستان های تحت پژوهش در سال ۱۳۸۷



[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

جدول۲: امتیازات و درصد فراوانی متغیرهای مورد بررسی در واحد پذیرش بیمارستان های تحت مطالعه در سال ۱۳۸۷

گویه مورد بررسی	نام بیمارستان	اعصاب وروان	آیت الله مدنی	عسلی	شهدای عشایر	جمع
وضعیت تسهیلات فیزیکی و فضا	n=۱۵	۵	۶	۵	۲	۱۸
		(٪۳۳/۳)	(٪۴۰)	(٪۳۳/۳)	(٪۱۳/۳)	(٪۳۰)
روش‌های انجام کار،خط مشی‌ها و دستورالعمل‌ها	n=۵۰	۱۸	۲۱	۱۶	۱۶	۷۱
		(٪۳۶)	(٪۴۲)	(٪۳۲)	(٪۳۲)	(٪۳۵/۵)
تجهیزات	n=۱۵	۸	۷	۶	۵	۲۶
		(٪۵۳/۳)	(٪۴۶/۷)	(٪۴۰)	(٪۳۳/۳)	(٪۴۳/۳)
سیستم مکانیزه	n=۳۲	۹	۱۳	۹	۱۳	۴۴
		(٪۲۸/۱)	(٪۴۰/۶)	(٪۲۸/۱)	(٪۴۰/۶)	(٪۳۴/۴)
جمع	n=۱۱۲	۴۰	۴۷	۳۶	۳۶	۱۵۹
		(٪۳۵/۷)	(۴۱/۹)	(٪۳۲/۱	(٪۳۲/۱)	(٪۳۵/۵)

راهنمای جدول: درجه مطلوبیت موارد مورد مطالعه بر اساس گروه بندی در صد فراوانی: ضعیف (۲۵-۰)،متوسط(۵۰-۲۵)، خوب (۷۵-۵۰) و بسیارخوب (۱۰۰-۷۵)

در جدول ۲ توزیع امتیازات و درصد فراوانی متغیرهای مورد بررسی در واحد پذیرش بستری (روشهای انجام کار ، خطمشی‌ها و دستورالعمل‌ها، تجهیزات، تسهیلات فیزیکی و فضا وسیستم مکانیزه) در بیمارستان‌های تحت مطالعه ارائه شده است.

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد بیشترین درصد تطابق خطمشی‌ها و روش‌های انجام کار پذیرش بستری با استاندارد۴۲٪ در حد متوسط در بیمارستان آیت الله مدنی و کمترین در صد۳۲٪ در حد متوسط در بیمارستان‌های شهدای عشایر و عسلی بود. تجهیزات واحد پذیرش بستری بیمارستان اعصاب و روان با ۵۳/۳٪ امتیاز در حد خوب و تجهیزات واحد پذیرش بستری بیمارستان شهدای عشایر با ۳۳/۳٪ امتیاز در حد متوسط، به ترتیب بیشترین و کمترین امتیاز را به دست آوردند. بیشترین و کمترین درصد فراوانی مربوط به تسهیلات فیزیکی و فضای واحد پذیرش بستری به ترتیب در بیمارستان آیت الله مدنی با۴۰ ٪ در حد متوسط و بیمارستان شهدای عشایر با ۱۳/۳٪ در حد ضعیف بوده است. سیستم مکانیزه واحد پذیرش بستری در بیمارستان‌های تحت مطالعه با میانگین امتیاز ۳۴/۴٪ در حد متوسط بود. طبق این جدول درجه مطلوبیت کلیه متغیرهای مورد بررسی و وضعیت کلی واحدهای پذیرش بستری بیمارستان‌های تحت مطالعه "متوسط" می‌باشد و تنها ایتم تجهیزات در بیمارستان اعصاب و روان در گروه‌بندی "خوب" قرار دارد.جدول شماره ۳ زمان انتظار بیماران جهت پذیرش بستری را در بیمارستان‌های مورد پژوهش نشان می‌دهد.

بر اساس این جدول بیشترین زمان انتظار پذیرش بستری مربوط به بیمارستان اعصاب و روان و کمترین آن مربوط به بیمارستان شهدای عشایر بوده است.

جدول شماره ۳-زمان انتظار بیماران در واحد پذیرش بستری بیمارستان های تحت پژوهش:۱۳۸۷

نام بیمارستان	تعداد نمونه	میانگین(دقیقه)	انحراف معیار(دقیقه)	میانه(دقیقه)	نما(دقیقه)	حداقل(دقیقه)	حداکثر(دقیقه)
اعصاب و روان	۵	۳۷	۴۰/۳۴	۲۰	۱۰	۱۰	۱۰۵
آیت الله مدنی	۲۱	۲۰/۱۱	۲۴/۰۹	۱۰	۵	۴	۱۱۰
عسلی	۱۲	۱۸/۰۸	۱۸/۱۶	۹/۵	۸	۵	۶۵
شهدای عشایر	۳۱	۱۵/۲۳	۱۴/۱۲	۱۰	۲۰	۴	۶۰
جمع	۶۹	۱۹/۱۰	۲۰/۵۰	۱۰	۵	۴	۱۱۰

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که تنها ۱۸ ٪ از مسئولین و کارکنان واحد پذیرش بستری از دانش‌آموختگان رشته مدارک پزشکی بودند و ۸۲٪ از پرسنل این بخش دارای مدرک تحصیلی دیپلم یا مدارک دانشگاهی غیرمرتبط بودند. این نتیجه به طور مشابه در تحقیقات دیگر بیان شده است(۱۸،۲۱، ۲۲، ۲۴، ۳۰). لازم به ذکر است که در بیمارستان عشایر به غیر از مسئول پذیرش که کارشناس مدارک پزشکی بود، کلیه پرسنل دارای مدرک کاردانی علوم آزمایشگاهی بودند.

در هیچ یک از واحدهای پذیرش مورد پژوهش، دستورالعمل و شرح وظایف مدونی که تعیین کننده وظایف کارکنان این واحد باشد، مشاهده نگردید که با تحقیقات انجام شده در این زمینه همخوانی دارد(۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۳۲-۳۰). با توجه به نقشی که اتخاذ سیاست‌ها و دستورالعمل‌های حرفه‌ای مدون و اجرایی در تصحیح، بهبود عملکرد و برقراری روابط صحیح بین بخشی ایفا می‌کند، وجود دستورالعمل‌های شغلی و شرح وظایف کارکنان در هر سازمانی سبب نظم و بهینه سازی فرایند گردش کار در آن سازمان خواهد شد(۳۰، ۳۱، ۳۳). بنابراین ،ارتقا عملکرد این واحد مستلزم توجه بیشتر به فرایند پذیرش بیمار و صدور دستورالعمل می‌باشد(۲۳). براین اساس، تهیه و تنظیم دستورالعمل‌های اجرایی و شرح وظایف مدون برای واحد پذیرش، ابلاغ آن به کارکنان و مسئولان، نظارت و پیگیری بر اجرای به موقع و صحیح آن و ارائه بازخورد برای بهبود عملکرد واحد پذیرش توصیه می‌گردد.

اکثریت(۸۳٪)کارکنان هیچ دوره آموزشی مرتبط با مدارک پزشکی یا پذیرش ندیده بودند. تحقیقات انجام شده در این زمینه عدم برگزاری منظم دوره‌های بازآموزی در زمینه مدارک پزشکی و پذیرش و نامطلوب بودن میزان توجه به برگزاری دوره‌های آموزش مداوم مذکور را تایید می نماید(۱۸، ۳۰، ۳۴، ۳۵). دوره های باز آموزی در بهبود عملکرد و نحوه فعالیت کارکنان نقش مهمی ایفا می کنند، لذا برگزاری منظم دوره های بازآموزی و طراحی، برنامه ریزی محتوی آموزشی این دوره ها متناسب با نیاز کارکنان، برگزاری کارگاه های آموزشی توسط مدیر بخش مدارک پزشکی، ترغیب پرسنل به یادگیری، تبدیل بخش مدارک پزشکی به یک بخش یادگیرنده، برگزاری کنفرانسهای درون بخشی برای پرسنل بخش و فراهم کردن تسهیلاتی توسط بیمارستان برای شرکت کارکنان بخش مدارک پزشکی در سمینارهای تخصصی این واحد حائز اهمیت است(۳۰، ۳۴). لازم به ذکر است که الزام گذراندن دوره آموزشی برای ارتقای سالیانه نیز به دلیل غیر مرتبط بودن مدرک تحصیلی پرسنل این واحد در بیمارستان های تحت مطالعه نتوانسته است بهبودی در عملکرد این واحد ایجاد نماید.

وضعیت تجهیزات، تسهیلات فیزیکی و فضا در بیمارستان های مورد پژوهش "مطلوب " نبود و فضای پذیرش بستری بدون توجه به تعداد پذیرش ،ترخیص و فعالیت شبانه روزی این واحد ،در نظر گرفته شده بود.این یافته با تحقیقات قبلی همخوانی داشت(۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۱). در تعیین موقعیت مکانی واحد پذیرش به عوامل مهمی مانند در دسترس بودن آن و مجاورت با واحد های مرتبط توجه نشده است چنانکه واحد پذیرش در بیمارستان های تحت مطالعه در طبقات زیرین یا فوقانی و در فاصله زیاد با بخش مدارک پزشکی ،مدیریت و بخش های درمانی استقرار یافته است، که با تحقیقات قبلی انجام شده در بیمارستان های آموزشی تهران و همدان همخوانی نداشت

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

زیرا در این بیمارستانها واحد پذیرش در محل مناسب و در دسترس قرار داشت(۲۱، ۲۴). همچنین در ۷۵٪ بیمارستان های مذکور پذیرش از طریق پنجره صورت می گرفت و به حفظ اسرار بیماران به عنوان مهم ترین وظیفه پرسنل این بخش اهمیتی داده نمی شد. بنابراین لازم است اقدامات لازم در خصوص تدارک منابع ،تجهیزات و فضای مناسب بر اساس استانداردهای موجود و ارزیابی دوره ای درونی و بیرونی واحد پذیرش صورت گیرد.

هیچ یک از واحدهای پذیرش تحت مطالعه نقش فعالی در زمینه انتقال و اعزام بیمار نداشت. اما،در ۷۵ ٪ بیمارستان های تحت مطالعه واحد پذیرش بستری امور مربوط به ترخیص بیمار و صندوق را نیز انجام می داد.به نظر می رسد که درگیر شدن پرسنل این واحد با وظایف واحد صندوق، فضای کاری نامناسب و عدم توجه مدیران و مسئولین مربوطه به نقش حیاتی این واحد در افزایش رضایت بیمار از بیمارستان موجب کاهش صحت و دقت تکمیل اطلاعات پذیرش بیمار ،رفتار و روابط ناصحیح با بیماران و عدم توضیحات کافی در مورد اهداف فرم رضایت نامه و عدم ارائه اطلاعات مورد نیاز بیماران به آنها شده است. ثابت شده است که عدم توجه به جنبه های روحی و روانی بیماران موجب کاهش رضایتمندی آنان می شود بنابراین نباید تاثیر روانی را که واحد پذیرش بر بیماران و های لازم برای استفاده از روشهای غیرحضوری رزرو تخت (اینترنتی،پیام کوتاه، تلفنی) برای پاسخ فوری به درخواست های پذیرش بیماران و تعیین شماره تخت آنان انجام شود.

نتایج بررسی سیستم مکانیزه پذیرش بستری نشان داد که در کلیه بیمارستان ها از سیستم اطلاعات بیمارستانی واحدی استفاده می گردد .این سیستم در بخش پذیرش ویژگی هایی مانند شماره دهی خودکار به پرونده بستگان دارد از نظر دور داشت(۳۹-۳۶). خوش آمدگویی در بدو ورود بیمار به بیمارستان و برخورد اولیه مناسب به برطرف کردن استرس کمک کرده و میزان رضایت بیمار از بیمارستان را افزایش می دهد(۴۰).

کلیه واحدهای پذیرش مورد پژوهش نقش اصلی خود در زمینه ذخیره جا، تعیین نوبت و اختصاص تخت را از دست داده بودند و تایید نهایی اختصاص تخت به بیماران به وسیله بخش بستری صورت می گرفت. در صورت عدم وجود تحت خالی ،زمان دقیق خالی شدن تخت برای اطلاع دادن به بیمار مشخص نبود و تنها لیست انتظار ناقص دستی برای تخصص هایی تنظیم می شد، که در آنها میزان تقاضا بالا و تخت بستری محدود بود(بیمارستان اعصاب و روان و بخش چشم بیمارستان عشایر). این یافته با نتایج حاصل از بررسی واحد پذیرش بیمارستان های اهواز مطابقت داشت(۴۱) استفاده از یک مدل ریاضی در بیمارستان جرجیس(St. George) لندن نشان داد که متغیر بودن مدت اقامت بیمار و پذیرش های مجدد غیرقابل پیش بینی موجب عدم کارایی سیستم رزرو پذیرش می شود و تنها در صورت بالابودن ظرفیت رزرو تخت می توان از این سیستم استفاده کرد(۴۳،۴۲). بنابراین باید تمهیدات لازم برای بهره برداری مناسب از تخت های بیمارستانی صورت گیرد(۴۶-۴۴) و برنامه ریزی بیماران جدید، پذیرش مراجعات مکرر با شماره پرونده قبلی(unit numbering)، عدم پذیرش یک بیمار با شماره پرونده متفاوت، امکان مشاهده و انتخاب سابقه بستری بیماران پیش از پذیرش، جلوگیری از حذف اطلاعات ثبت شده و امکان بازگرداندن بیمار ترخیصی به وضعیت بستری را دارا بود. اما دارای نواقصی مانند عدم امکان پذیرش بیمار در تختهای خالی (به طور اتوماتیک)به

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

دلیل تعریف نادرست تعداد تخت های بیمارستان در برنامه مذکور و اشغال تخت بخش های بستری به وسیله بیماران ترخیصی بی بضاعت، عدم امکان تعیین نوبت برای بستری و عمل جراحی (بوکینگ)، عدم دسترسی کارکنان پذیرش به قسمت گزارشات آماری و اطلاعات بیماران بستری و ترخیصی هر بخش، عدم ارتباط با پایگاه داده های خارج بیمارستان و دیگر شبکه های ارتباطی، نشان دار نکردن موارد دارای نقص اطلاعات پذیرش، چاپ فرم پذیرش غیر استاندارد توسط سیستم، عدم دسترسی به اطلاعات کامل بیماران و وضعیت بخش های مختلف در هر لحظه و عدم پشتیبانی نرم افزار از فرمتهای صدا، ویدئو و گرافیک بود. بر اساس تحقیقی که در بیمارستانهای تهران در مورد میزان انطباق نظام های اطلاعات بیمارستان با نیازهای کاربران بخش مدارک پزشکی انجام شد این نتیجه به دست آمد که اغلب اولویت های مهم بخش پذیرش در نظام های اطلاعات بیمارستان دیده می شود.توجه به عوامل انسانی ،تاثیر زیادی در موفقیت نظام های اطلاعاتی دارد، به طوری که در نظامی که بیشترین انطباق را با نیازهای کاربران دارد، مشارکت مستمر کاربران در توسعه نظام گزارش شده است(۴۷). بنابراین توصیه می گردد نواقص موجود در این سیستم با مشورت ونظرخواهی از متخصصان و انطباق آن با الزامات سیستم اطلاعات بیمارستانی و نیازهای کاربران رفع گردد.

نتایج زمان سنجی فرایند پذیرش بستری نشان دادکه بیماران به طور متوسط(۲۰/۵۰+۱۹/۱۰ دقیقه) با میانه ۱۰ دقیقه برای امور پذیرش منتظر می ماندند که این زمان و تغییرات آن کمتر از زمان انتظار محاسبه شده در بیمارستانهای آموزشی همدان (۵۵/۳۶+۲۹/۰۷) و میانه مدت زمان محاسبه شده پس از ارتقا فرایند پذیرش بستری در بیمارستان فقیهی شیراز (۲۵ دقیقه) بود(۲۴، ۴۸). در این تحقیق تفاوت ممکن است به دلیل مکانیزه شدن سیستم پذیرش بیمار، استفاده از سیستم شبکه ای اطلاعات بیمارستانی و صدور دفترچه بیمه روستائی در سال های اخیر باشد. مطالعه انجام شده در بیمارستانهای آموزشی کاشان نشان داد که افراد از مدت انتظار در واحد پذیرش کاملا راضی بوده اند(۲۹).

علی رغم کاهش انحراف معیار زمان انتظار در تحقیق حاضر، تفاوت زیادی بین حداکثر و حداقل زمان انتظار پذیرش بیمار وجود دارد (۱۰۶ دقیقه)، که بیانگر تاثیر علل خاص افزایش دهنده زمان انتظار در بیمارستان های مذکور می باشد. نمودارهای جریان داده های زمان سنجی پذیرش بستری در این پژوهش نشان داد که مهم ترین علل خاص افزایش زمان انتظار پذیرش بستری در کلیه بیمارستانهای مورد بررسی عبارت بودند از: عدم حضور مسئول پذیرش یا صندوق در محل کار خود، ارجاع به کمیته امداد برای آوردن فرم ارجاع، ارجاع به مددکار به دلیل عدم بضاعت مالی جهت پرداخت سپرده، ارجاع بیمار به پزشک اورژانس به دلیل خوانا نبودن تاریخ و علت بستری در برگه دستور بستری، انتظار برای خالی شدن تخت، عدم حضور همسر بیمار برای دادن رضایت، عدم وجود دستگاه کپی در بیمارستان برای گرفتن کپی از مدارک لازم برای بستری، ارجاع بیمار به بخش بستری برای تایید وجود تخت خالی در برگه دستور بستری.

بنابراین به دلیل اینکه در اکثر موارد، زمان انتظار ارائه خدمات سیستم های مراقبت بهداشتی به وسیله مشتریان مورد انتقاد قرار می گیرد(۴۹)، لازم است که برای کاهش اثر آنها تمهیداتی از قبیل ایجاد تعهد برای مسئول پذیرش یا صندوق برای حضور فعال در محل کار

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

خود، صدور دفترچه بیمه برای افراد تحت پوشش کمیته امداد، آموزش پزشکان در زمینه اصول مستندسازی صحیح دستور بستری، عدم دریافت پیش پرداخت از بیماران اورژانسی و تفویض اختیار کامل به واحد پذیرش برای اختصاص تخت اندیشیده شود، تا امکان پیش بینی دقیق زمان انتظار برای بیماران و همراهان آنها فراهم گردد.بررسی فرایندهای پذیرش بستری در بیمارستانهای تحت مطالعه نشان داد که این فرایند در بیمارستانهای مذکور مشابه است که با نتایج تحقیقات قبلی همخوانی نداشت(۱۵، ۲۴).

یکی از دلایل مشابهت فرایند را می توان استفاده بیمارستان ها از سیستم اطلاعات بیمارستانی واحد دانست.عدم تمرکز مکانی واحدهای دخیل در فرایند پذیرش بستری از علل عام افزایش زمان انتظار این فرایند می باشد که در مطالعات قبلی نیز یافته مشابهی به دست آمد(۶، ۱۵).

بنابراین بازنگری دوره ای و مراقبت و پایش واحد پذیرش و ترخیص از نکات بسیار مهم است و نیاز به بهبود خدمات، حذف فرایندهای قدیمی و اضافه نمودن فرایندهای جدید می باشد و مدیر مدارک پزشکی برای رسیدن به این مهم باید از صاحبان فرایند پذیرش درخواست نماید تا فلوچارتی از فعالیت واحد خود را ترسیم کنند تا بر اساس آن نقاط ضعف و قوت فرایند شناسائی و در جهت رفع آن و طراحی مجدد فرایند اقدام شود(۳۳) و جهت تثبیت روند ارتقا فرایند، موارد ارتقا به صورت برنامه اجرائی و دستورالعمل به اجراگذاشته شود تا از سرگردانی و اتلاف وقت مراجعین و رفت و آمدهای غیر ضروری آنان در واحد درمانی بکاهد و بدین ترتیب گام مهمی در جهت جلب رضایت بیماران برداشته شود.

تشکر و قدردانی

در پایان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان برای تصویب طرح تحقیقاتی حاضر و تقبل هزینه های آن و همچنین مسئولین مدارک پزشکی بیمارستان های مورد مطالعه که همکاری صمیمانه در این پژوهش داشتند کمال تشکر را داریم.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

References

1. Sadaghiani E. Hospital organization and management. vol 1. Tehran: Jahan Rayaneh; 1998. p. 27, 147. (In Persian)
2. Mac Eacheren TM. Hospital organization and management.3rd ed.Chicago:Physician Record Company; 1957.
3. Nekoei-Moghadam M. Condution of patient admission system in hospital according to environmental needs in West Azarbaijan Province. [Thesis]. Tehran: Tehran university of medical sciences, 1981. (In Persian)
4. Asefzadeh S. Patient flow analysis in a children's clinic. International Journal for Quality In Health Care. 1997; 9(2): 143-147.
5. Vakil P. Patient admission system in hospitals. [Thesis]. Tehran: Tehran university of medical sciences, 1979. (In Persian)
6. Mosadeghrad AM. Participative management's (Quality Circles) role in patients' waiting time, visit time and satisfaction. Hakim Research Magazine Quarterly, 2004; 7 (3): 1423. (In Persian)
7. Mosadeghrad AM. A Step to Total Quality Management. Management & Development Process Quarterly. 2002; 55: 3241.
8. Bakhtari A, Vahidi R, Noorizade R, et al. Inappropritness admission and Imam khomeini hospital of Tabriz university of medical sciences. Research Journal of Biological Sciences. 2007; 2(4): 468-471.
9. Hart M. Improving the quality of out patient service in NHS hospital:some policy consideration. International Journal of Health Cares Quality Assurance. 1996; 9(7): 23-38.
10. Lofvendahl S, Eckerlund I, Hansagi H, et al. Waiting for orthopaedic surgery: factors associated with waiting times and patients' opinion. International Journal for Quality in Health Care. 2005; 17(2): 133-140.
11. Howell EE, Bessman ES, Rubin HR. Hospitalists and an Innovative Emergency Department Admission Process. Journal of General Internal Medicine (JGIM). 2004; 19: 266-268.
12. Faghihi SH. Study of patient movement in hospital. [Thesis]. Tehran: Tehran university of medical sciences, 1995. (In Persian)
13. Mehran A. Study of patient length of stay in Ayatollah Kashani hospital affiliated to Shahrekord university of medical science. [Thesis]. Tehran: Tehran university of medical sciences, 1986. (In Persian)
14. Najafi D. Evaluation of performance of medical record department in teaching hospital affiliated to Shiraz university of medical science. [Thesis]. Tehran: Iran university of medical sciences, 1998. (In Persian)
15. Teimori Tolabi F. Study of inpatients waiting time in Imam Khomeini hospital. [Thesis]. Tehran: Tehran university of medical sciences, 1980. (In Persian)
16. Shayeghi J. patient movement in hospital and study of effective factors on patients length of stay. [Thesis]. Tehran: Tehran university of medical sciences, 1980. (In Persian)
17. Razavi Parizi E. Study of patients length of stay in Imam Khomeini Hospital. [Thesis]. Tehran: Tehran university of medical sciences, 1986. (In Persian)
18. Ghazi Saeid M. Study of medical record department activities in the educational

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

hospitals Of Tehran univercity of medical science. [Thesis]. Tehran: Iran university of medical sciences, 1995. (In Persian)

19. Rohani S. The study of the admission of the referred patients to the hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences in 1998. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2000; 10(26): 27-32. (In Persian)
20. Raeissi P, Monajemi F. Job stressors for medical records personnel in teaching hospitals of Iran University of Medical Sciences. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar). 1999; 5(17-18). (In Persian)
21. Deraye S. Comparative study of organization and procedures in medical record departments in the teaching hospitals Of Tehran univercity of medical science. [Thesis]. Tehran: Iran university of medical sciences, 1995. (In Persian)
22. Farahmand F. An investigation of the admission units of educational hospitals affiliated to Shiraz University of Medieal Seiences and Health Services. Journal of Health Information Management, 2004; 1(2): 15-20. (In Persian)
23. Farahmand F, Sharifian R. Studying the staff's job satisfaction in admission unit of training hospitals affiliated with Shiraz University of Medical Sciences. Journal of Health Information Management. 2005; 2(2): 55-61. (In Persian)
24. Samadbeik M. A Study of the Admission and discharge in teaching hospitals affiliated with Hamedan University of Medical Science. Hospital Quarterly. 2003; 3(12):29-36. (In Persian)
25. Aeenparast A, Tabibi SJ, Shahanaghi K, Aryanejhad M. Estimating outpatient waiting time: a simulation approach. Payesh, Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research. 2009; 4(8): 327-333. (In Persian)
26. Wolk J. Can government influence the effective development and implamentation of hospital admission policy [dissertation].New Sout Wales(NSW): Community Medicine University of New Sout Wales; 2006.
27. Piri Z, Abbas Alizadeh Sh, Somi MH, et al. Reasons for selecting facilities of outpatient services for the natives of northwestern of Tabriz. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services. 2003; 59(): 37-42. (In Persian)
28. Zafarghandi MR, Rezaei SA, Khalkhali HR. Evaluation of patient satisfaction rate of admission processing in the hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Hakim Research Journal. 2005; 3(8): 31-37. (In Persian)
29. Sheikhtaheri A., Farzandipour M., Sadughi F. Consumer`s satisfaction with admission services in teaching hospitals affiliated to Kashan University of Medical Sciences. Journal of Health Management. 2007; 29(10): 15-24. (In Persian)
30. Tabibi SJ, Rabiei R, Sadooghi F. Performance evaluation of medical record department of specialized-teaching hospitals of Iran medical sciences university. Feyz, 2004; 29(8): 57-65. (In Persian)
31. Hajavi A, Haqani H, Akhlaqi F, et al. Evaluating the performance of the medical

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

records departments of Mashhad medical university teaching hospital. Journal of Health Management. 2005; 18(7): 7-13. (In Persian)
32. Hooshmandi M. study of knowledge of hospital executive chiefs about all medical record activities in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad province. [Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences, 1997. (In Persian)
33. Azizi AA. Study of medical record departments in hospitals affiliated to Kermanshah university of medical science according to standards of ministry of health and medical education. Dissertation abstracts of health system development and future expectances congress, 2nd national congress of today hospital- future hospital. Kermanshah, 2009. (In Persian)
34. Ahmadi M, Karami M. Total quality management principles and concepts; Implementation in medical records departments of teaching hospitals of Iran medical sciences university. Journal of Health Management 2007; 29(10): 25-30. (In Persian)
35. Ehteshami A, Shabani N, Azari G. Implementation of TQM from the viewpoint of medical record administrators in hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Science. Local medical record seminar. Kashan, 2006. (In Persian)
36. Zohoor A, Eslaminejad T. Patients satisfaction at hospitals affiliated to Kerman university of medical sciences in 2002. Journal of Health Management. 2005; 19(8): 29-36. (In Persian)
37. Ahmadvand L. Estimate of waiting time for patients referred to Khoram Abad Ashayer hospital. Hospital Quarterly. 2000; 6: 22. (In Persian)
38. Abbasi Sh, Khayambashi AM, Ferdosi M. Statistical process control of medical record in Gharazi hospital (2008). Journal of Health Information Management 2010; 7(3): 313.
39. Greenly J, Young T, Schoenherr R. Psychological distress and patient satisfaction. Medical Care. 1982; 20(4): 373-385.
40. Vandenbulcke C. Patient admission:hospitality in the hospital-concept and evaluation. Rech Soins Infirm. 1999; 57: 4-37.
41. Sekhavat Manesh F, Saburi Nejad R, Mansuri S. Study of supervision method of admission department on teaching hospitals in Ahvaz city. Dissertation abstracts of 2nd medical record students congress. Shiraz, 2007. (In Persian)
42. Gallivan S, Utley M, Treasure T, et al. Booked inpatient admissions and hospital capacity: mathematical modelling study. British Medical Journal (BMJ). 2002 Feb; 324: 280-282.
43. Anderson MA, Helms LB, Hanson KS, et al. Unplanned hospital readmissions: a home care perspective. Nursing Research. 1999; 48: 299–307.
44. Ham C, York N, Sutch S, et al. Hospital bed utilization in NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. British Medical Journal (BMJ). 2003; 327: 1257–1260.
45. Streamlined admission process. Available at:

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

http://www.thechildrenshospital.org/news/publications/practiceupdate/2008/admissions-process.aspx, Accessed Aug 18, 2009

46. Admissions process. Available at:
http://www.silverhillhospital.org/admissions-process.htm, Accessed Aug 18, 2009

47. Ahmadi M, Hosseini F, Barbadi M. A Survey on the compatibility of the Hospital Information Systems (HIS) with the needs of medical records users from the system. Journal of Health Management. 2008; 11(32): 25-32. (In Persian)

48. Safaei F, Jamali T, Karparvar Fard M. Inpatient process improvement by using of FOCUS-PDCA in Faghihi Hospital affiliated to Shiraz university of medical sciences. Dissertation abstracts of 2nd medical record students congress. Shiraz, 2007. (In Persian)

49. Dominique J L. Improving the quality of the admission process in a French psychiatric hospital:impact on the expertise of the professional team. International Journal for Quality in Health Care. 2001; 13(4): 333-338.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

This document was created with Win2PDF available at http://www.daneprairie.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]