اولویت‌بندی شاخص‌های عملکردی حیطه کیفیت - اثربخشی بیمارستان‌های عمومی با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی(AHP)

حسین جباری بیرامی[1]، رعنا غلامزاده نیکجو[2]، علی جنتی[3]، محمد اصغری جعفرآبادی[4]، الهام دادگر[5]

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی – درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۲- دانشجوی دکتری تخصصی،کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۳- استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی – درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۴- استادیار، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۵- کارشناس ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

یافته / دوره شانزدهم / شماره ۱ / بهار ۹۳ / مسلسل ۵۹

چکیده

دریافت مقاله: ۹۲/۱۲/۲۰ ، پذیرش مقاله: ۹۳/۲/۱۱

مقدمه: کیفیت مراقبت‌های بهداشتی عبارتست از درجاتی از خدمات ارائه شده به افراد و جوامع که احتمال نتایج مطلوب را افزایش داده و مطابق با دانش حرفه‌ای روز باشد. به منظور سنجش کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان نیاز به شناسایی شاخص‌ها و استانداردهای عملکردی است، چرا که این شاخص‌ها ، اساس ساختار ارزیابی بیمارستانی را تشکیل می‌دهند. این مطالعه با هدف تعیین شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های عمومی در حیطه کیفیت - اثربخشی و اولویت بندی این شاخص‌ها انجام پذیرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، یک مطالعه توصیفی- کیفی و از نوع کاربردی بوده که از طریق بررسی سیستماتیک متون و دریافت اطلاعات از صاحب‌نظران بیمارستان از طریق پرسشنامه صورت پذیرفته است. به منظور اولویت‌بندی شاخص‌های عملکردی حیطه کیفیت - اثربخشی از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی (AHP) استفاده شده و نتایج بدست آمده با نرم افزار Expert Choice 11 تحلیل مدیریتی شده است.

یافته‌ها: در حیطه کیفیت - اثربخشی ۷۳ شاخص عملکردی از بررسی متون مختلف حاصل شد و از این میان شاخص‌های عملکردی نرخ بروز عفونت بیمارستانی (۱۰۰٪)، میزان شیوع حوادث بیمارستانی (۷۲٪)، میزان خالص مرگ و میر بیمارستانی(۶۳٪) و درصد رضایت بیماران (۵۳٪) به عنوان شاخص‌های عملکردی اولویت‌دار برگزیده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: شاخص‌های عملکردی مربوط به کیفیت - اثربخشی از جایگاهی مهم در ارزیابی‌های نظام سلامت و سازمان بیمارستان، برخوردار است. با استفاده از ارزشیابی کیفیت خدمات در مراکز بهداشتی‌درمانی می‌توان مشکلات و نواقص را بررسی کرد و با تجزیه و تحلیل اطلاعات در جهت کاهش آنها کوشید.

واژه‌های کلیدی: شاخص‌های عملکردی،کیفیت ، اثربخشی ، بیمارستان عمومی، تحلیل سلسله مراتبی.

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی.

پست الکترونیک: R.Gholamzade@gmail.com

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

مقدمه

وجود نظام ارزیابی عملکرد در هر سازمان به اندازه‌ای مهم جلوه می‌نماید که فقدان نظام ارزیابی در ابعاد مختلف سازمان اعم از ارزیابی در استفاده از منابع و امکانات، اهداف، استراتژی‌ها و ... به عنوان یکی از علایم بیماری سازمان محسوب می‌شود (۱). بخش بهداشت و درمان و به‌ویژه سازمانی مثل بیمارستان به‌منظور کسب اطمینان از ارائه بهترین و کیفی‌ترین مراقبت‌ها از این قاعده مستثنی نمی‌باشد (۲). علاوه بر آن بیمارستان‌ها واحد اصلی و کلیدی در یک نظام سلامت هستند و نقش کلیدی در ارائه خدمات بهداشتی – درمانی دارند (۳).

طبق مطالعات گسترده بانک جهانی بیمارستان‌ها تقریبا ۸۰ – ۵۰ درصد هزینه کل بخش بهداشت و درمان را به مصرف می‌رسانند و سهم بزرگی از پرسنل تحصیل‌کرده را در اختیار دارند (۴)، که این موضوع ضرورت ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها را دوچندان می‌نماید. اولین تلاش‌ها برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها را به سال ۱۸۵۹ و به فلورانس نایتینگل نسبت می‌دهند که کیفیت مراقبت‌ها را با مطالعه میزان مرگ و میر و میزان ابتلا اندازه‌گیری نمود. بعدها لهر برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها به نتایج مراقبت‌های سلامت مثل رضایت بیماران، مرگ و میر بیماران، بازگشت برنامه‌ریزی نشده به اتاق عمل و پذیرش مجدد طی ۷۲ ساعت بعد از ترخیص اشاره نمود (۵).

به منظور ارزیابی مراقبت‌های سلامت، هر کشوری دارای استانداردها و معیارهایی است که ویژگی این معیارها از کشوری به کشور دیگر و حتی بر حسب منطقه متفاوت است. نظام بهداشت و درمان به هر صورت که باشد (خواه با مشارکت بخش دولتی یا بخش خصوصی) باید استانداردهای روشن و جامعی به‌منظور ارزیابی عملکرد خدمات بهداشتی – درمانی داشته باشد. بنابراین؛ برای ارزیابی بیمارستان ها به‌نحو مؤثر نیازمند تهیه و بکارگیری شاخص‌های مناسب هستیم. در منابع مختلف تعاریف متفاوتی از واژه شاخص یا نشانگر ارائه شده است.

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، شاخص‌ها یا نشانگرها متغیرهایی هستند که به طور مستقیم یا غیر مستقیم به اندازه‌گیری تغییرات کمک می‌کنند، به این صورت که یک حالت معین را مشخص می‌کنند و از این رو می‌توانند برای اندازه گیری تغییرات به‌کار روند (۶،۷). تعاریف مختلفی نیز از مفهوم شاخص عملکردی از نویسندگان مختلف و با تأکیدات متمایز وجود دارد. ویژگی مشترک تمامی تعاریف، این است که اطلاعات ارائه شده توسط شاخص‌های عملکردی منعکس کننده کیفیت سیستم مراقبت سلامت بوده و به عنوان یک علامت و راهنما برای تعیین مسیر اقدامات آتی و نوع پژوهش‌های مورد نیاز به وسیله ارائه دهندگان و سیاستگذاران سلامت عمل می نماید (۸).

پروژه‌های زیادی در این حیطه در کشورهای اروپایی و سرتاسر جهان در حال اجرا می باشد. علاوه برآن ابتکارات چندی بوسیله سازمان‌های بین المللی مثل سازمان بهداشت جهانی و سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه مورد حمایت قرار گرفته اند (۹). دفتر منطقه‌ای اروپایی سازمان جهانی بهداشت با توجه به ضعف سیستم‌های ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها در سرتاسر اروپا، جمع‌آوری شواهد در زمینه عملکرد بیمارستان‌ها را مهم تشخیص داده و برای این منظور، پروژه جدیدی برای بهره‌مندی ۵۲ کشور عضو منطقه با هدف توسعه و انتشار چارچوب جامع و انعطاف‌پذیر برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها را آغاز نمود که تحت عنوان "ابزار ارزیابی عملکرد برای بهبود کیفیت در بیمارستان‌ها" مطرح است (۱۰). یکی از نمونه‌های موفق بررسی دائمی عملکرد

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

بیمارستان در کشور استرالیا است که هر ساله گزارشی از عملکرد بیمارستان‌ها در استان‌های مختلف خود ارائه می‌کند. این گزارش‌های سالیانه برای بیمارستان‌های دولتی بخشی از شاخص‌های عملکرد بخش بهداشت آن کشور را تشکیل می‌دهد. خدمات ملی بهداشت در بریتانیا هم سیستم مشابهی برای تعیین عملکرد بیمارستان‌های زیر مجموعه خود دارد (۱۱). نظر به این‌که اکثر کشورهای اروپایی و کشور آمریکا در توسعه یک مجموعه ملی شاخص‌های عملکردی سیستم سلامت با چالش‌های بزرگی روبرو هستند و در کشور ایران نیز در زمینه شناسایی و اولویت‌بندی شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های عمومی در حیطه کیفیت و اثربخشی اقدامی صورت نگرفته است، این مطالعه با هدف تعیین شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های عمومی در حیطه کیفیت - اثربخشی و اولویت‌بندی این شاخص‌ها انجام پذیرفته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی – کیفی و از نوع کاربردی است که به شکل مرور سیستماتیک و با استفاده از تکنیکAHP که یکی از تکنیک‌های تصمیم‌گیری با معیارهای چندگانه است و به‌منظور تصمیم‌گیری و انتخاب یک گزینه از میان گزینه‌های مختلف تصمیم با توجه به شاخص‌هایی که تصمیم‌گیرنده تعیین می‌کند، و از طریق مقایسه دو به دوی گزینه‌ها و ارائه امتیاز به آنها به‌کار می‌رود، انجام پذیرفته است. این روش در سال ۱۹۸۰ به همت سعتی ابداع و ارائه شد (۱۲).

به منظور بررسی سیستماتیک انواع شاخص‌های عملکردی، جست‌وجوی مقالات با کلمات کلیدی انگلیسیPerformance Indicator و Hospital از پایگاه داده‌های Cochran، Springer، Proquest، PubMed، Direct Science، Emerald و Scholar Google و با کلمات کلیدی فارسی شاخص‌های عملکردی و بیمارستان از پایگاه داده‌های Sid، Iran Doc و Google scholar در بازه زمانی ۲۰۱۰-۱۹۸۰ انجام پذیرفت. شرایط ورود به مطالعه، ارتباط عنوان و چکیده مقاله با هدف پژوهش بود و در صورت نداشتن ارتباط موضوعی با هدف مطالعه و یا در صورت مبهم بودن عناوین مقالات، مقالات فاقد شرایط، از فهرست مقالات منتخب خارج می‌شدند.

پانزده مقاله در مرحله نهایی مورد انتخاب واقع شد که بعد از مطالعه و بررسی این مقالات، ۷۳ شاخص عملکردی در حیطه کیفیت - اثربخشی برگزیده شدند. این شاخص‌ها مورد بررسی پانل خبرگان واقع شد. به منظور تأیید روایی محتوایی با استفاده از معیارهای ضرورت، شفافیت، حساسیت، قابلیت سنجش، مرتبط بودن و سادگی شاخص با استفاده از گزینه-های چهارتایی (مناسب، نیازمند یکسری تغییرات، نیازمند تغییرات جزیی، نامناسب) وارد فرم تأیید روایی محتوایی شده و با توزیع پرسشنامه‌های تأیید روایی بین ۱۷ نفر از اساتید، متخصصان، صاحب‌نظران مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، کارشناسان بیمارستانی و مدیران و رؤسای بیمارستان‌ها و کارشناسان معاونت درمان با ۷۰٪ پاسخدهی جمع‌آوری شد.

و در نهایت با انتخاب شاخص‌های عملکردی با نمره ضرورت بیشتر از پنجاه درصد و با تعدیل تغییرات پیشنهادی در سایر معیارها، هشت شاخص به عنوان شاخص عملکردی نهایی در حیطه کیفیت - اثربخشی انتخاب شده و به منظور اولویت‌بندی در اختیار صاحب‌نظران قرار گرفت تا بوسیله تکنیک تحلیل سلسله مراتبی (AHP) اولویت‌بندی گردند.

پرسشنامه‌های تعیین اولویت شاخص‌های عملکردی نیز در اختیار ۱۷ نفر از صاحب‌نظران قرار گرفت که با پاسخ دهی ۷۶/۵درصد، پرسشنامه‌ها جمع آوری و در نهایت نتایج بدست آمده با استفاده از نرم افزار Expert Choice نسخه ۱۱

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

مـورد تحلیـل مـدیریتی قـرار گرفـت و وزن‌هـای مطلـق و استانداردشده مربوط به هر شاخص عملکردی محاسبه گردید.

یافته‌ها

مقالات منتخب مورد مطالعه واقع شـده و شـاخص‌هـای عملکردی بیمارستان‌های عمومی در حیطه کیفیت - اثربخشی استخراج گردید. نتایج حاصل در جدول ۱ ذکر شده است.

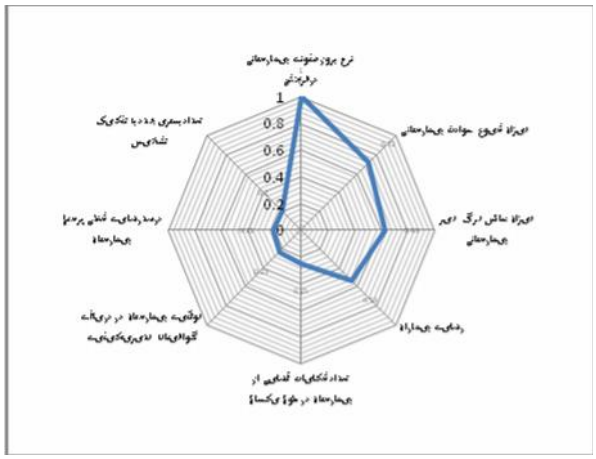
شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های عمـومی از طریـق فرم تأیید روایی و ارائـه پرسـشنامه بـه صـاحب‌نظـران مـورد بررسی قرار گرفته و نهایتاً هشت شاخص میزان خالص مرگ و میر بیمارستانی، تعداد بستری مجدد به تفکیک تشخیص‌هـای مختلف، میزان عفونت بیمارستانی به تفکیک بخش/ تشخیص/ پروسیجر، درصد رضایت بیمار، درصد رضایت کارکنان، میـزان شـیوع حـوادث بیمارسـتانی، میـزان شـکایت‌هـای قـانونی از بیمارستان در طول یک سال گذشته و موفقیت بیمارسـتان در دریافت گواهینامه‌هـای مـدیریت کیفیـت بـه عنـوان شـاخص عملکردی کلیدی در حیطه کیفیـت- اثربخـشی انتخـاب شـد. شـاخص‌هـای انتخـابی بـا اسـتفاده از تکنیـکAHP مـورد نظرسنجی و اولویت‌بندی صـاحب‌نظـران قـرار گرفـت و نتـایج اولویت‌بندی شاخص‌های عملکردی در حیطه‌هـای کیفیـت - اثربخشی به شرح نمودار ۱ می باشد.

با استفاده از خروجی نرم افـزار Expert Choice 11، شاخص‌های عملکردی نرخ بروز عفونـت بیمارسـتانی (۱۰۰٪)، میزان شیوع حوادث بیمارستانی (۷۲٪)، میزان خالص مـرگ و میر بیمارسـتانی (۶۳٪) و درصـد رضـایت بیمـاران (۵۳٪) بـه عنوان شاخص‌های عملکردی اولویت‌دار برگزیده شدند.

جدول ۱. شاخص‌های عملکردی حیطه کیفیت- اثربخشی بیمارستان

عنوان شاخص‌های عملکردی حیطه کیفیت - اثربخشی	عنوان شاخص‌های عملکردی حیطه کیفیت - اثربخشی
نرخ بروز عفونت بیمارستانی به تفکیک هر بخش	میزا ن کلیه مرگ‌ها به هر دلیلی(سن ٦٤-١٥)
نرخ بروز عفونت بیمارستانی به تفکیک تشخیص	میزان کلیه مرگ‌ها به هر دلیلی(سن ٧٤- ٦٤)
نرخ بروز عفونت بیمارستانی به تفکیک پروسیجر	میزان مرگ بدلیل سرطان
نرخ بروز عفونت بیمارستانی پس از جراحی	میزان مرگ های مربوط به بیماریهای دستگاه گردش خون
نسبت بازگشت پیش بینی شده به اتاق عمل به تفکیک تشخیص	میزان مرگ ناشی از تصادفات
نسبت بازگشت پیش بینی شده به اتاق عمل به تفکیک جراح	میزان مرگ بیمارستانی پس از جراحی
نسبت بازگشت پیش بینی شده به اتاق عمل به تفکیک پروسیجر	میزان مرگ بیمارستانی پس از شکستگی استخوان ران
تعداد بستری مجدد به تفکیک تشخیص	مرگهای نابهنگام در بیمارستان(مرگ ۳۰ روزپس از جراحی- پذیرش اورژانس)
نسبت پذیرش مجدد به کل پذیرش‌ها	مرگهای نابهنگام در بیمارستان(پذیرش غیر اورژانس)
پذیرش مجدد برنامه‌ریزی نشده در بخش مراقبت‌های ویژه در طی ۷۲ ساعت بعد از ترخیص	میزان مرگ و میر مرتبط با ارائه خدمت
درصد بازگشت به سطح بالای مراقبت در طول ٤٨ ساعت	میزان مرگ و میر مادران در بیمارستان
نرخ بستری اورژانس طی ۲۸ روز پس از ترخیص به تفکیک تشخیص	میزان مرگ و میر نوزادی در بیمارستان
نرخ بستری اورژانس طی ۲۸ روز پس از ترخیص به تفکیک پزشک بستری کننده	میزان مرگ ومیر جنینی در بیمارستان
درصد ترک زودرس بخش اورژانس قبل از تکمیل درمان	میزان مرگ و میر اورژانس
فراوانی تشخیص‌های تغییریافته برای بیماران سرپایی	میزان خودکشی‌ها در بیمارستان
فراوانی تشخیص‌های تغییریافته برای بیماران بستری	درصد مرگ و میر توام با شکایت در بیمارستان
درصد مداخلات درمانی مطابق با پروتکل‌های درمانی	میزان اتوپسی بیمارستانی
درصد جراحی‌های کنسل شده به کل جراحی‌ها	درصدCPR ناموفق در بیمارستان
نسب جراحی‌های موثر	میزان اشتباهات در مداخلات بالینی
نسبت جراحی‌های استفاده شده به طور نامناسب	موارد بستری ناشی از شکستگی لگن در مدت زمان معین
نسبت اعمال جراحی سزارین انجام شده به کل زایمان‌ها	میزان زخم بستر در بیمارستان
میزان شیوع حوادث بیمارستانی	موارد شکست در نجات جان بیمار
میزان وقوع حوادث بسیار حاد در بیمارستان	اشیای به جا مانده در بدن بیمار جراحی در هر ۱۰۰۰ جراحی
درصد حوادث پزشکی منجر به دادخواست قانونی	درصد عوارض دارویی در بیمارستان
میزان شکایت‌های بیماران از بیمارستان در هر ۱۰۰۰ بیمار	میزان بروز بیماری‌های همراه(Co Morbidity Disease)
میزان شکایت کارکنان بیمارستان	میزان هماتوم یا خونریزی بعد از عمل جراحی
تعداد شکایات قضایی از بیمارستان در طول یک‌سال	میزان اختلالات متابولیک و فیزیولوژیک بعد از عمل جراحی
درصد شکایات جلب رضایت شده در بیمارستان	میزان نارسایی ریوی بعد از عمل جراحی
درصد مشتریان ناراضی بعد از حل و فصل شکایت	درصد ممیزی وقایع بحرانی در بیمارستان
میزان سقوط بیمار از تخت در بیمارستان	درصد رضایت بیماران(از زمان انتظار اولین ویزیت/مراقبت پرستار، پزشک وکارکنان کمکی/اقدامات و نتایج درمانی)
موارد مرگ ومیر غیرطبیعی در بیمارستان	درصد رضایت کارکنان
میزان مرگ و میر بیمارستانی به تفکیک تشخیص(طبقه بندی بین المللی بیماری ها)	درصد تشکیل پرونده پزشکی برای بیماران سرپایی
میزان مرگ و میر بیمارستانی به تفکیک پروسیجرهای درمانی	درصد تشکیل پرونده پزشکی برای بیماران بستری
میزان مرگ و میر در حین بیهوشی در بیمارستان	مقالات علمی چاپ شده کارکنان به ازای کارمند - سال
نسبت فوت‌شدگان به بستری‌شدگان	موفقیت بیمارستان در دریافت گواهینامه‌های کیفیت
میزان مرگ ومیر ناشی از سکته قلبی در مدت ۳۰ روز بستری	درصد کمیته‌های فعال بیمارستانی
میزان شرکت کارکنان در آموزش‌های مدون	

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]



نمودار ۱. اولویت‌بندی شاخص‌های عملکردی حیطه کیفیت –اثربخشی

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه در میان شاخص‌های عملکردی حیطه کیفیت- اثربخشی، اولین اولویت طبق نظر متخصصین به شاخص " نرخ بروز عفونت بیمارستانی" اختصاص یافت. در پژوهش باسو و همکاران (۲۰۱۰) مشخص گردید که موضوع میزان عفونت‌های بیمارستانی، یک موضوع مهم در زمینه خدمات سلامت می‌باشد و تعیین کننده کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی است (۱۳). حق پرست در پژوهش خود (۱۳۸۱) اشاره نمود که عفونت‌های بیمارستانی بار اضافه‌ای را بر دوش بخش‌های مراقبت‌های اولیه، ثانویه و ثالثیه خدمات بهداشتی اجتماعی، خود بیماران و کسانی که از آنها مراقبت می‌کنند، تحمیل می‌نماید که ممکن است مالی یا غیر مالی باشد (۱۴). فیاضی و همکاران (۱۳۸۳) نیز بیان داشتند که عفونت‌های بیمارستانی نقش بسیار مهمی در میزان مرگ و میر بیمارستانی دارند (۱۵). طبق تخمین نظام سلامت ملی انگلستان، عفونت‌های بیمارستانی سالانه ۹۸۶/۳۶ میلیون دلار هزینه به سیستم سلامت تحمیل می‌کنند که از کل این هزینه، ۹۴ درصد در طول مدت اقامت در بیمارستان و شش درصد پس از ترخیص تحمیل می‌شود (۱۴).

میزان شیوع حوادث بیمارستانی در اولویت بندی حاضر، رتبه دوم را کسب نمود که مطالعات مختلف نیز اهمیت این شاخص را روشن می‌سازند. پورتقی و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود اشاره نمودند که حوادث رویداده در بیمارستان باعث مرگ عده‌ای و یا از کارافتادگی کلی و یا جزیی می‌شوند (۱۶). هم چنین در مطالعه نیکپور و همکاران (۱۳۸۰) اشاره گردید که حوادث بیمارستانی به هر صورت و در هر درجه‌ای که باشند برای فرد حادثه دیده، بیمارستان و جامعه زیان‌های اقتصادی در بردارند و هزینه‌های آشکار و پنهان زیادی را تحمیل می‌نمایند. علاوه بر آن بیمارستان به نوعی مرکز سلامت و بازیابی آن محسوب می‌شود و وقوع حوادث شدیداً به اعتبار آن آسیب وارد می‌نماید (۱۷).

مطالعات مختلف در خصوص سومین شاخص عملکردی در حیطه کیفیت – اثربخشی (شاخص میزان مرگ و میر خالص بیمارستانی) نتایج مختلفی را ارائه می نمایند. بنابراین ارتباط بین مرگ و میر بیمارستانی و کیفیت مراقبت‌ها، بحث برانگیز و اثبات نشده باقی مانده است، چرا که برخی بیمارستان‌ها نسبت به سایرین، بیماران با شرایط وخیم‌تر و نامساعدتری را پذیرش می‌نمایند و تا زمان وجود نارضایتی از سیستم‌های جاری ثبت اطلاعات، مقایسه میزان‌های مرگ و میر گمراه کننده خواهد بود، چرا که حوزه گسترده‌ای برای دستکاری داده‌ها در سیستم‌های فعلی وجود دارد (۱۳). در مطالعه اکبرزاده و همکاران (۱۳۸۴) اشاره گردید که اطلاعات مرگ و میر، شاخص اولیه‌ای است که تمامی کشورها برای ارزشیابی نظام سلامت خود از آن استفاده می‌نمایند (۱۸). مطالعه فیاضی و همکاران (۱۳۸۳)، خاطر نشان کرد که مرگ و میر بیمارستانی قسمت عمده‌ای از مرگ‌های اجتماع را به خود اختصاص می دهد و میزان مرگ و میر بیمارستانی ارتباط نزدیکی با امکانات و تجهیزات پزشکی بیمارستان،

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

تعداد پرسنل پزشکی و کادر پرستاری، کیفیت ارائه مراقبت‌های پزشکی و پرستاری، نوع بیمارستان (آموزشی- غیر آموزشی)، بخش‌های مختلف بیمارستان و مشخصات بیماران بستری دارد (۱۵).

درصد رضایت بیمار به عنوان چهارمین شاخص عملکردی مهم در حیطه کیفیت - اثر بخشی مشخص شد. احمدی و همکاران (۱۳۸۶) نیز در مطالعه خود بیان نمودند که در مراکز بهداشتی – درمانی توجه به نظرات و خواسته‌های بیماران و جلب رضایت آنها یک شاخص کیفی به شمار می‌رود، چرا که این نظرات منجر به نوآوری شده و ارتقای کیفیت خدمات و اعاده سلامتی را به دنبال دارد. بیمارستان‌ها با استفاده از شاخص رضایت بیمار به عنوان یک شاخص کیفی، عملکرد خود را ارزیابی نموده و سطح آن را با دیگر بیمارستان‌ها و متوسط شاخص‌های کشوری و جهانی مقایسه می‌کنند (۱۹). مصدق راد (۱۳۸۰) نیز در پژوهش خود، رضایت بیمار از خدمات ارائه شده را مهمترین هدف فعالیت‌های گروه درمانی بیان می‌کند که در ارتقای سلامتی بیمار تأثیر بسزایی دارد. همچنین این پژوهش تأکید می‌نماید که تمرکز بر کیفیت نتایج و رضایت مشتری از خدمات ارائه شده در حال حاضر یک اولویت در بهداشت و درمان است که این نتیجه با یافته پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد (۲۰).

بکارگیری شاخص‌های عملکردی در بخش بهداشت و درمان به علت فشارهای سیاستگذاران و بیماران برای بهبود کیفیت ظاهری و فنی مراقبت به شدت در حال افزایش است. به همین دلیل سازمان‌های بهداشتی – درمانی و در رأس آنها بیمارستان‌ها در پی توسعه شاخص‌های عملکردی خود در برابر گرایش‌های جهانی اصلاحات نظام سلامت و شرایط بازار آزاد هستند (۲۱). عملکرد بیمارستان‌ها را می‌توان در حوزه‌های مختلفی مورد بررسی قرارداد. در هر یک از حوزه‌ها، می‌توان شاخص‌های مختلفی را برای سنجش عملکرد تعیین نمود. در گزینش شاخص‌های عملکردی، تنها زمانی می‌توان از آن‌ها برای دستیابی به اهداف مهم سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و مدیریت منابع بهره برد که ابتدا شاخص‌های مهم‌تر برگزیده شوند و سپس با درک ارتباطی که بین شاخص‌های برگزیده وجود دارد، در یک نگاه کلی و در عین حال دقیق، بتوان بر عملکرد بیمارستان نظارت مداوم داشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح پژوهشی مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شماره طرح ۵/۵۳/۷۹۸ مصوب ۹۰/۲/۱۱ است که بدین وسیله از این معاونت و کلیه صاحبنظران و متخصصین شرکت کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

References

1. Sajjadi H, Hariri M, Karimi S, Baratpur S. Self performance Evaluateion of the hospitals and training centers of Esfahan university of medical science by using the organization Excellence model. Research in Medical.2008; 32(2): 227-231.
2. Arab M, Eskandari Z, Rahimi A, Purreza A, Dargahi H. Causes of readmission for patients in hospitals of Tehran. Hospital.2010; 9(1,2): 43-55.
3. Arab M, Zareei A, Rahimi A, Rezayian F, Akbari F. Analysis of factors affecting the duration of stay of patients in state hospitals in Lorestan. Hakim.2009; 12(4): 27-31. (In Persian)
4. Ebadifard Azar F, Ansari H, Rezapur A. Survey of hospital bed-day cost and performance indicators in selected hospitals of Iran University of Medical Sciences. Management and Medical Information.2004; 7(18): 37-44.
5. Van der Bij JD, Vissers JMH. Monitoring health care processes: a framework for performance indicators. International Journal of Health Care Quality Assurance.1999; 12(5): 214-221.
6. Jonidi N, Sadegi M, Ezadi M, Ranjbar R. Comparative performance indicators of a hospital in Tehran with the national standards. Military Medicine.2010; 12(4): 223-228.
7. Arab M, Tajvar M, Akbari F. Relation between leadership styles and hospital performance indicators. Journal of Gazvin University of Medical Science.2005; 10(4): 70-75. (In Persian)
8. Vlieland V. General hospitals strategic responses to performance indicators in health care. In Erasmus, MBA. Rotterdam, Erasmus; 2009.
9. Groene O, Skau J, Frqlich A. An International Review of Projects On Hospital Performance Assessment. International Journal for Quality in Health Care.2008; 20(3): 162-171.
10. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjran U, Arah OA, Guisset AL. A performance assessment framwork for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. International Journal for Quality in Health Care.2005; 17(6): 487-496.
11. Feyzzade A. Survey of hospital performance, additional cost or long term benefit. Health Researchers.2001; 1(1): 3-6.
12. Momeni M, Marmazi H. Quality financial services with the use of QFD and AHP. Review of Accounting and Auditing.2007; 14(48): 105-124.
13. Basu A, Howell R, Gopinath D. Clinical performance indicators: intolerance for variety. International Journal of Health Care Quality Assurance.2010; 23(4): 436-449.
14. Haghparast H. Social and economic load of hospital infections. Management and Medical Information.2002;5(12,13): 77-82.
15. Feyyazi N, Mahvari K, Zaree S, Gharibzade A, Ravagh M. Study of deaths cases in Mohammadi martyr hospital in Bandar Abbas. Hormozgan Medical Journal.2006; 10(3): 195-205. (In Persian)

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

16. Pourtaghi GH, Hekmat M, Rafaati H, Salem M. Hospital accidents prevalence rate and its affective agents in a military hospital staffs. Military Medicine.2011; 13(1):53-57.
17. Nikpur B, Kebriyayi A, Karbasiyan R. Review the Occurrence of accident in hospital and realated factors. Tabibe Shargh.2001; 3(1): 29-34. (In Persian)
18. Akbarzadeye Baghban A, Masarat E, Hemmati M. The diagnosis agreement about death causes in hospital records and death certificate in Loghman hospital. Journal of Epidemiology.2007; 3(1,2): 39-46.
19. Ahmadi B, Zivdar M, Rafiyi S. Satisfaction of hospitalized patients with type A Tehran University of Medical Sciences: cross sectional study in 1388. Payavarde Salamat.2010;4(1,2): 44-53. (In Persian)
20. Mosadegerad AM. Assessment of patient satisfaction of hospital services in Razi hospital of Qazvin. Management and Information in Health and Cure.2004; 1(1): 28-32
21. Geer E, Tuijl H, Rutte CG. Performance management in health care, performance indicator development, task uncertainty and types of performance indicator. Social Science & Medicine.2009; 69: 1523-1530.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]