

## اولویت بندی شاخص های عملکردی حیطة کیفیت - اثربخشی بیمارستان های عمومی با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی (AHP)

- حسین جباری بیرامی<sup>۱</sup>، رعنا غلامزاده نیکجو<sup>۲</sup>، علی جنتی<sup>۳</sup>، محمد اصغری جعفرآبادی<sup>۴</sup>، الهام دادگر<sup>۵</sup>
- 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: ۹۳/۱۲/۱۰ ، پذیرش مقاله: ۹۳/۲/۱۱

**\* مقدمه:** کیفیت مراقبت های بهداشتی عبارتست از درجاتی از خدمات ارائه شده به افراد و جوامع که احتمال نتایج مطلوب را افزایش داده و مطابق با دانش حرفه ای روز باشد. به منظور سنجش کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان نیاز به شناسایی شاخص ها و استانداردهای عملکردی است، چرا که این شاخص ها، اساس ساختار ارزیابی بیمارستانی را تشکیل می دهند. این مطالعه با هدف تعیین شاخص های عملکردی بیمارستان های عمومی در حیطة کیفیت - اثربخشی و اولویت بندی این شاخص ها انجام پذیرفته است.

**\* مواد و روش ها:** این مطالعه، یک مطالعه توصیفی - کیفی و از نوع کاربردی بوده که از طریق بررسی سیستماتیک متون و دریافت اطلاعات از صاحب نظران بیمارستان از طریق پرسشنامه صورت پذیرفته است. به منظور اولویت بندی شاخص های عملکردی حیطة کیفیت - اثربخشی از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی (AHP) استفاده شده و نتایج بدست آمده با نرم افزار Expert Choice 11 تحلیل مدیریتی شده است.

**\* یافته ها:** در حیطة کیفیت - اثربخشی ۷۳ شاخص عملکردی از بررسی متون مختلف حاصل شد و از این میان شاخص های 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 شاخص های عملکردی اولویت دار برگزیده شد.

**\* بحث و نتیجه گیری:** شاخص های عملکردی مربوط به کیفیت - اثربخشی از جایگاهی مهم در ارزیابی های نظام سلامت و سازمان بیمارستان، برخوردار است. با استفاده از ارزشیابی کیفیت خدمات در مراکز بهداشتی درمانی می توان مشکلات و نواقص را بررسی کرد و با تجزیه و تحلیل اطلاعات در جهت کاهش آنها کوشید.

**\* واژه های کلیدی:** شاخص های 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

## مقدمه

داشته باشد. بنابراین؛ برای ارزیابی بیمارستان‌ها 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 به‌طور 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 اندازه‌گیری 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 منعکس‌کننده کیفیت سیستم مراقبت سلامت بوده و به عنوان یک علامت و راهنما برای تعیین مسیر اقدامات آتی و نوع پژوهش‌های مورد نیاز به وسیله ارائه‌دهندگان و سیاستگذاران سلامت عمل می‌نماید (۸).

پروژه‌های زیادی در این حیطة در کشورهای اروپایی و سرتاسر جهان در حال اجرا می‌باشد. علاوه بر آن ابتکارات چندی بوسیله سازمان‌های بین‌المللی مثل سازمان بهداشت جهانی و سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه مورد حمایت قرار گرفته‌اند (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

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 تقریباً 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

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 حیطة 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 گزینه‌های چهارتایی (مناسب، نیازمند یکسری تغییرات، نیازمند تغییرات جزئی، 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 حیطة 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 ۷۶/۵ درصد، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری و در نهایت نتایج بدست آمده با استفاده از نرم افزار Expert Choice نسخه ۱۱

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 این که 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 حیطة کیفیت و اثربخشی اقدامی صورت نگرفته است، این مطالعه با هدف تعیین شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های عمومی در حیطة 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 تکنیک AHP که یکی از تکنیک‌های تصمیم‌گیری با معیارهای چندگانه است و به منظور تصمیم‌گیری و انتخاب یک گزینه از میان گزینه‌های مختلف تصمیم با توجه به شاخص‌هایی که تصمیم‌گیرنده تعیین می‌کند، و از طریق مقایسه دو به دو گزینه‌ها و ارائه امتیاز به آنها به کار می‌رود، انجام پذیرفته است. این روش در سال ۱۹۸۰ به همت سعتهی ابداع و ارائه شد (۱۲).

به منظور بررسی سیستماتیک انواع شاخص‌های عملکردی، جست‌وجوی مقالات با کلمات کلیدی انگلیسی Performance Indicator و Hospital از پایگاه داده‌های PubMed، Proquest، Springer، Cochran، Pubmed و Scholar Google و Emerald، Direct Science و با

جدول ۱. شاخص‌های عملکردی حیطة کیفیت- اثربخشی بیمارستان

عنوان شاخص‌های عملکردی حیطة کیفیت - اثربخشی	عنوان شاخص‌های عملکردی حیطة کیفیت - اثربخشی
میزان کلیه مرگ‌ها به هر دلیلی (سن ۶۵-۱۵)	نرخ بروز عفونت بیمارستانی به تفکیک هر بخش
میزان کلیه مرگ‌ها به هر دلیلی (سن ۴۴-۶۴)	نرخ بروز عفونت بیمارستانی به تفکیک تشخیص
میزان مرگ بدلیل سرطان	نرخ بروز عفونت بیمارستانی به تفکیک پروسیجر
میزان مرگ‌های مربوط به بیماری‌های دستگاه گردش خون	نرخ بروز عفونت بیمارستانی پس از جراحی
میزان مرگ ناشی از تصادفات	نسبت بازگشت پیش بینی شده به اتاق عمل به تفکیک تشخیص
میزان مرگ بیمارستانی پس از جراحی	نسبت بازگشت پیش بینی شده به اتاق عمل به تفکیک جراح
میزان مرگ بیمارستانی پس از شکستگی استخوان ران	نسبت بازگشت پیش بینی شده به اتاق عمل به تفکیک پروسیجر
مرگ‌های ناهنگام در بیمارستان (۳۰ روز پس از جراحی- پذیرش اورژانس)	تعداد بستری مجدد به تفکیک تشخیص
مرگ‌های ناهنگام در بیمارستان (پذیرش غیر اورژانس)	نسبت پذیرش مجدد به کل پذیرش‌ها
میزان مرگ و میر مرتبط با ارائه خدمت	پذیرش مجدد برنامه‌ریزی نشده در بخش مراقبت‌های ویژه در طی ۷۲ ساعت بعد از ترخیص
میزان مرگ و میر مادران در بیمارستان	درصد بازگشت به سطح بالای مراقبت در طول ۴۸ ساعت
میزان مرگ و میر نوزادی در بیمارستان	نرخ بستری اورژانس طی ۲۸ روز پس از ترخیص به تفکیک تشخیص
میزان مرگ و میر جنینی در بیمارستان	نرخ بستری اورژانس طی ۲۸ روز پس از ترخیص به تفکیک پزشکی بستری کننده
میزان مرگ و میر اورژانس	درصد ترک زودرس بخش اورژانس قبل از تکمیل درمان
میزان خودکشی‌ها در بیمارستان	فراوانی تشخیص‌های تغییر یافته برای بیماران سرپایی
درصد مرگ و میر توام با شکایت در بیمارستان	فراوانی تشخیص‌های تغییر یافته برای بیماران بستری
میزان اثربسی بیمارستانی	درصد مداخلات درمانی مطابق با پروتکل‌های درمانی
درصد CPR ناموفق در بیمارستان	درصد جراحی‌های کشل شده به کل جراحی‌ها
میزان اشتباهات در مداخلات بالینی	نسب جراحی‌های موثر
موارد بستری ناشی از شکستگی لگن در مدت زمان معین	نسبت جراحی‌های استفاده شده به طور نامناسب
میزان زخم بستر در بیمارستان	نسبت اعمال جراحی سزارین انجام شده به کل زایمان‌ها
موارد شکست در نجات جان بیمار	میزان شیوع حوادث بیمارستانی
اشتباه به جا مانده در بدن بیمار جراحی در هر ۱۰۰۰ جراحی	میزان وقوع حوادث بیمار حاد در بیمارستان
درصد عوارض دارویی در بیمارستان	درصد حوادث پزشکی منجر به دادخواست قانونی
میزان بروز بیماری‌های همراه (Co Morbidity Disease)	میزان شکایت‌های بیماران از بیمارستان در هر ۱۰۰۰ بیمار
میزان هماتوم یا خونریزی بعد از عمل جراحی	میزان شکایت کارکنان بیمارستان
میزان اختلالات متابولیک و فیزیولوژیک بعد از عمل جراحی	تعداد شکایات قضایی از بیمارستان در طول یکسال
میزان نارسایی ریه‌ی بعد از عمل جراحی	درصد شکایات جلب رضایت شده در بیمارستان
درصد میزبانی و قایع بحرانی در بیمارستان	درصد مشتریان ناراضی بعد از حل و فصل شکایت
درصد رضایت بیماران (از زمان انتظار اولین ویزیت/مراقبت پرستار، پزشک و کارکنان اقدامات و نتایج درمانی)	میزان سقوط بیمار از تخت در بیمارستان
درصد رضایت کارکنان	موارد مرگ و میر غیر طبیعی در بیمارستان
درصد تشکیل پرونده پزشکی برای بیماران سرپایی	میزان مرگ و میر بیمارستانی به تفکیک تشخیص (طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها)
درصد تشکیل پرونده پزشکی برای بیماران بستری	میزان مرگ و میر بیمارستانی به تفکیک پروسیجرهای درمانی
مقالات علمی چاپ شده کارکنان به ازای کارمند - سال	میزان مرگ و میر در حین بیهوشی در بیمارستان
موفقیت بیمارستان در دریافت گواهینامه‌های کیفیت	نسبت فوت‌شدگان به بستری‌شدگان
درصد کمیته‌های فعال بیمارستانی	میزان مرگ و میر ناشی از سکنه قلبی در مدت ۳۰ روز بستری
میزان شرکت کارکنان در آموزش‌های مدون	

مورد تحلیل مدیریتی قرار گرفت و وزن‌های مطلق و استاندارد شده مربوط به هر شاخص عملکردی محاسبه گردید.

یافته‌ها

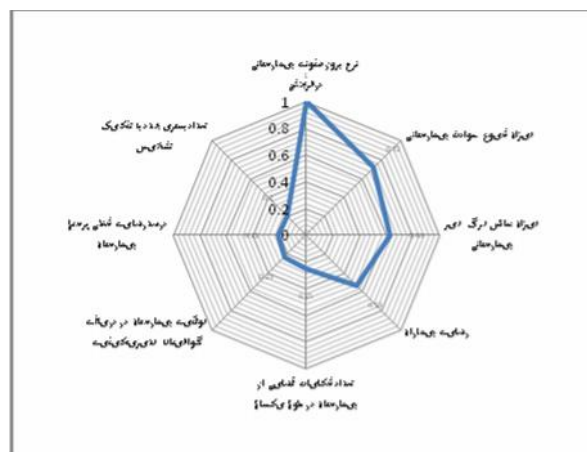
مقالات منتخب مورد مطالعه واقع شده و شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های عمومی در حیطة کیفیت - اثربخشی استخراج گردید. نتایج حاصل در جدول ۱ ذکر شده است.

شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های عمومی از طریق فرم تأیید روایی و ارائه پرسشنامه به صاحب‌نظران مورد بررسی قرار گرفته و نهایتاً هشت شاخص میزان خالص مرگ و میر بیمارستانی، تعداد بستری مجدد به تفکیک تشخیص‌های مختلف، میزان عفونت بیمارستانی به تفکیک بخش/ تشخیص/ پروسیجر، درصد رضایت بیمار، درصد رضایت کارکنان، میزان شیوع حوادث بیمارستانی، میزان شکایت‌های قانونی از بیمارستان در طول یک سال گذشته و موفقیت بیمارستان در دریافت گواهینامه‌های مدیریتی کیفیت به عنوان شاخص عملکردی کلیدی در حیطة کیفیت- اثربخشی انتخاب شد. شاخص‌های انتخابی با استفاده از تکنیک AHP مورد نظر سنجی و اولویت‌بندی صاحب‌نظران قرار گرفت و نتایج اولویت‌بندی شاخص‌های عملکردی در حیطة‌های کیفیت - اثربخشی به شرح نمودار ۱ می باشد.

با استفاده از خروجی نرم افزار Expert Choice 11، 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 شدند.

میزان شیوع حوادث بیمارستانی در اولویت بندی حاضر، رتبه دوم را کسب نمود که مطالعات مختلف نیز اهمیت این شاخص را روشن می‌سازند. پورتنی 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 بازبایی آن محسوب می‌شود و وقوع حوادث شدیداً به اعتبار آن آسیب وارد می‌نماید (۱۷).

مطالعات مختلف در خصوص سومین شاخص عملکردی در حیطة کیفیت - اثربخشی ( شاخص میزان مرگ و میر خالص بیمارستانی) نتایج مختلفی را ارائه می‌نمایند. 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 می‌دهد و میزان مرگ و میر بیمارستانی ارتباط نزدیکی با امکانات و تجهیزات پزشکی بیمارستان،



نمودار ۱. اولویت‌بندی شاخص‌های عملکردی حیطة کیفیت - اثربخشی

## بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه در میان شاخص‌های عملکردی حیطة 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).

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 حیطة 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 شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد.

## 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, Rezaian 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)

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.