

Assessment of Performance Indicators in Obstetrics and Gynecology Ward Compared with the Standards in Educational Hospitals, Ahvaz, Iran

Farzad Faraji Khiavi¹, Mahboobeh Kianfar², Elham Amiri^{*3}

Article Info:

Article History:

Received: 04/04/2018

Accepted: 08/06/2018

Published: 03/16/2019

Keywords:

Performance Indicators
Hospital
Standard
Obstetrics and
Gynecology Ward

Abstract

Background and Objectives: One of the main issues in hospitals is assessing the efficiency and effectiveness of performance. For this purpose, many indicators are offered which are known as performance indicators, and we can assess hospitals' situation in terms of productivity by assessing and comparing it with standards. The aim of this study was to evaluate and compare the performance indicators in compare to the standards in educational hospitals in Ahvaz, Iran.

Material and Methods: This was a cross-sectional and descriptive study. Performance indicators related to obstetrics and gynecology wards in two educational hospitals of Ahvaz city were collected and compared with standard. A questionnaire was used for data collection.

Results: The results showed that most indicators, such as the number of midwife per delivery bed, rooming-in of baby and mother, and access to the patient information via HIS were favorable.

Conclusion: The results of this study showed that some of performance indicators are not favorable and proper action is required to improve these indicators.

Citation: Faraji-Khiavi F, Kianfar M, Amiri E. Assessment of Performance Indicators in Obstetrics and Gynecology Ward Compared with the Standards in Educational Hospitals, Ahvaz, Iran. *Depiction of Health* 2019; 9(4): 244-251.

1. Department of Health Services Management, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
2. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
3. Department of Rehabilitation Administration, School of Rehabilitation, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
(Email: Elham.amiri66@yahoo.com)



© 2019 The Author(s). This work is published by *Depiction of Health* as an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

ارزیابی شاخص‌های عملکردی بخش زنان و زایمان بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز و مقایسه آن با استاندارد

فرزاد فرجی‌خیایوی^۱، محبوبه کیان‌فر^۲، الهام امیری^{۳*}

چکیده

زمینه و اهداف: یکی از موضوعات اساسی در بیمارستان‌ها، بررسی میزان کارایی و اثربخشی است. به این منظور شاخص‌های متعددی بیان شده است، که به عنوان شاخص‌های عملکردی معروف هستند و با محاسبه و مقایسه آنها با استانداردها، می‌توان وضعیت بیمارستان را از نظر بهره‌وری سنجید. این مطالعه با هدف بررسی شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های شهر اهواز و مقایسه عملکرد این بیمارستان‌ها با استاندارد انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه که از نوع توصیفی-مقطعی می‌باشد. شاخص‌های عملکردی مربوط به دو بیمارستان آموزشی شهر اهواز که دارای بخش زنان بودند، جمع‌آوری شده و با استاندارد مقایسه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرس‌شنامه و فرم‌های آماری بود.

یافته‌ها: اغلب شاخص‌های مورد مطالعه مانند تعداد کادر مامایی به ازای تخت فعال، درصد اجرای کامل هم‌اتاقی مادر و دسترسی به اطلاعات بیمار از طریق سیستم اطلاعات بیمارستانی در وضعیت مطلوب قرار داشتند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد، که تعدادی از شاخص‌های عملکردی در وضعیت مطلوب قرار ندارند و باید اقدامات لازم در جهت بهبود وضعیت این شاخص‌ها انجام شود.

کلیدواژه‌ها: شاخص‌های عملکردی، بیمارستان، استاندارد، بخش زنان و مامایی

نحوه استناد به این مقاله: فرجی‌خیایوی ف، کیان‌فر م، امیری ا. ارزیابی شاخص‌های عملکردی بخش زنان و زایمان بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز و مقایسه آن با استاندارد. تصویر سلامت ۱۳۹۷؛ ۹(۴): ۲۴۴-۲۵۱.

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۲. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۳. گروه مدیریت توان‌بخشی، دانشکده توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران (Email: elham.amiri66@yahoo.com)

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کربیتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

امروزه ارتقای کیفیت درمان و دستیابی به بالاترین استاندارد مراقبت، جزء مهمترین اهداف سازمان‌های بهداشتی و درمانی محسوب می‌شود و رسیدن به این هدف، جز با سازماندهی و بهره‌گیری از اطلاعات مقدمور نیست (۱).

بیمارستان‌ها به‌عنوان یکی از سازمان‌های مهم ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد، که موقعیتی بسیار خطیر و مسؤولیتی بسیار سنگین دارند. این مراکز به امور حیاتی اهتمام می‌ورزند، که تأمین و تضمین سلامت جامعه مرهون عملکرد صحیح و مسؤولانه آنها است (۲، ۳). خدمات بیمارستانی هرچند که بخش عظیم منابع بهداشتی و درمانی را به‌خود اختصاص می‌دهند، اما برای تعیین کارایی و اثربخشی این خدمات به بررسی دقیق نیاز است (۴).

در اغلب کشورهای درحال توسعه، حدود پنج الی ۱۰ درصد هزینه‌های دولت به بخش سلامت اختصاص یافته است (۵). بیمارستان‌ها باید به‌طور منظم در دوره زمانی مشخص، مورد بررسی و مقایسه قرار گیرند و وضعیت آنها در استان‌ها، مناطق مختلف و سازمان‌های گوناگون (دولتی، خصوصی، تأمین اجتماعی و غیره)، مشخص شود (۶).

برای سنجش عملکرد هر سازمان از جمله بیمارستان، باید برای هر یک از اجزاء سیستم، شاخص‌هایی را تعریف کرد که این شاخص‌ها برای اندازه‌گیری میزان دستیابی به آرمان‌ها یا اهداف از قبل تعیین‌شده، مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲، ۷). شاخص‌ها، اطلاعاتی هستند که می‌توانند در سطح وسیعی برای تصمیم‌گیری در رابطه با مدیریت مصرف‌کننده، کیفیت مراقبت از بیمار، سیستم بازپرداخت و غیره، مورد استفاده قرار گیرند (۸). همچنین شاخص‌ها ابزاری هستند که از آنها برای مقایسه میزان خدمات (شناخت میزان خدمات ارائه‌شده)، ارزیابی خدمات (توسط سازمان‌های ارزیابی‌کننده کیفیت و صدور پروانه)، مقایسه خدمات با استانداردها، مراکز مشابه و یا سال‌های گذشته، استفاده می‌شود. در مقایسه شاخص‌های بیمارستانی با استانداردها، نقاط ضعف و قوت کارکرد و عملکرد بیمارستان‌ها و فاصله آنها با وضعیت مطلوب مشخص می‌گردد (۱). از جمله شاخص‌های عملکرد، ضریب اشغال تخت، نسبت عملکرد تخت، متوسط اقامت بیمار، نسبت پذیرش به‌ازای هر تخت ثابت و فعال، میزان مرگ‌ومیر بیمارستانی و فاصله چرخش اشغال تخت، می‌باشد (۹).

در ایران، برخی شاخص‌های بیمارستانی رضایت‌بخش نیست و در مواردی با حد مطلوب آن اختلاف زیادی دارد، که این به معنی تلف شدن سرمایه عظیم ملی است. طبق برآورد سازمان بودجه، در وضعیت کنونی هر تخت

بیمارستانی برای رسیدن به مرحله استفاده، به‌طور متوسط ۲۵۰ میلیون ریال هزینه در بردارد و سالانه در مورد تخت‌های بیمارستانی غیرفعال، حدود ۳۰۰ میلیارد تومان بودجه تلف می‌شود. این درحالی است که بسیاری از بیماران به‌علت عدم دسترسی به تخت بیمارستانی یا به‌علل گوناگون، نمی‌توانند بستری شوند (۶).

شاخص‌های عملکرد بیمارستان‌های دولتی در ایران نشان می‌دهد، که درصد اشغال تخت‌های بیمارستانی در سال ۱۳۷۰ حدود ۴۰ درصد بوده، که در سال ۷۶ به ۵۷/۷ درصد افزایش یافته و سپس سیر نزولی داشته و در سال ۱۳۸۰ به حدود ۵۷ درصد رسیده است. درحالی‌که در زمان مشابه، این رقم در کشورهای اروپای غربی ۷۵ تا ۸۵ درصد، در آمریکا ۶۷ درصد و در آلمان ۸۲ درصد بوده است (۱۰). در مطالعه‌ای نشان داده شد، که بین درصد اشغال تخت و فاصله چرخش تخت با میزان عفونت استافیلوکوک مقاوم به متی‌سیلیناز، ارتباط وجود دارد (۱۱).

باتوجه به نقش حیاتی بیمارستان‌ها، وجود شاخص‌های گوناگون آماری باعث اندازه‌گیری میزان کارایی مؤسسات بهداشتی و درمانی بوده و می‌تواند به‌عنوان راهبردی دقیق، موانع و مشکلات را از سر راه توسعه خدمات درمانی بردارد. براین اساس، این مطالعه با هدف ارزیابی شاخص‌های عملکردی بخش زنان و زایمان بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز و مقایسه آن با استاندارد، انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود، که به روش مقطعی انجام شد. جامعه پژوهش، بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرس-شنامه و شاخص عملکردی بود، که جهت این پژوهش از پرس‌شنامه مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و شاخص‌های عملکردی بخش زنان استفاده شد. شاخص‌های عملکردی از مطالعه عبادی‌فردآذر (۷) استخراج شد، که روایی و پایایی آن مورد تایید می‌باشد. منبع جمع‌آوری اطلاعات به‌صورت ترکیبی از اطلاعات مندرج در پرونده بیمار، پرسش از شخص بیمار و پرسنل درگیر با بیمار بود. نمونه پژوهش، شامل بیماران و پرسنل درگیر با بیماران بود. جمع‌آوری داده‌ها توسط پژوهشگر صورت گرفت و مطالعه در سال ۱۳۹۵ طراحی و اجرا شد. شاخص‌های عملکردی اصلی بیمارستان‌ها که مورد بررسی قرار گرفتند، شامل شاخص‌های دروندادی، فرآیندی و برون‌دادی بیمارستان‌ها بود. شاخص‌های درونداد، شامل ضریب اشغال تخت، سرانه بیمار به‌ازای هر

اکثر شاخص‌های عملکردی بخش زنان در هر دو بیمارستان، مانند درصد دسترسی به اطلاعات بیمار از طریق سیستم HIS، درصد دسترسی به داروهای اورژانسی در مواقع اضطراری، درصد رعایت دستورالعمل تغذیه با شیرمادر، تعداد متخصص به‌ازای تخت فعال، تعداد کادر خدماتی به‌ازای تخت فعال و تعداد کادر مامایی به‌ازای هر تخت فعال، در وضعیت مطلوب قرار داشتند. ضریب اشغال تخت در بیمارستان الف، در وضعیت نسبتاً نامطلوب قرار داشت. سرانه بیمار به‌ازای هر پرستار در بیمارستان ب و فاصله چرخش تخت در بیمارستان الف، در وضعیت نامطلوب قرار داشت.

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، بخش زنان بیمارستان الف از شاخص ضریب اشغال تخت، ۵ امتیاز، و بخش زنان بیمارستان ب از این شاخص ۴ امتیاز کسب کرد. بیمارستان الف از شاخص سرانه بیمار به‌ازای هر پرستار ۴ امتیاز و بیمارستان ب در همین شاخص ۲ امتیاز کسب کرد. هر دو بیمارستان از شاخص تعداد متخصص به‌ازای تخت فعال، ۵ امتیاز کسب کردند. بیمارستان الف و ب در دو شاخص تعداد کادر خدماتی به‌ازای تخت فعال و تعداد کادر مامایی به‌ازای هر تخت فعال، ۵ امتیاز کسب کردند.

پرستار، تعداد متخصص به‌ازای تخت فعال، تعداد کادر خدماتی به‌ازای تخت فعال، تعداد کادر مامایی به‌ازای هر تخت فعال بود. شاخص‌های فرآیندی، شامل درصد فوت نوزاد به کل زایمان، درصد فوت مادر به کل زایمان و نسبت سزارین به کل زایمان‌ها بود. شاخص‌های برونداد، شامل درصد اجرای کامل هم‌اتاقی (Rooming in)، متوسط طول اقامت بیمار در بخش، فاصله چرخش تخت، درصد دسترسی به اطلاعات بیمار از طریق سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS)، درصد دسترسی به داورهای اورژانسی در مواقع اضطراری و درصد رعایت دستورالعمل تغذیه با شیر مادر بود. وضعیت عملکرد هر شاخص با استفاده از مقیاس لیکرت اندازه‌گیری شد، به‌این‌صورت که امتیاز ۱ و ۲ نامطلوب، امتیاز ۳ نسبتاً مطلوب و امتیاز ۴ و ۵ مطلوب در نظر گرفته شد.

در ابتدا، هماهنگی‌های لازم جهت جمع‌آوری اطلاعات انجام شد و با مراجعه به واحد آمار و بخش‌های جراحی زنان، مامایی و زایشگاه، شاخص‌های عملکردی موردنظر تکمیل شد. درنهایت پس از جمع‌آوری اطلاعات، شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌ها با استاندارد کشور مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته‌ها

جدول ۱. مقایسه شاخص‌های دروندادی بخش زنان و زایمان با استاندارد

شاخص درونداد	استاندارد	بیمارستان الف	امتیاز عملکرد	بیمارستان ب	امتیاز عملکرد
ضریب اشغال تخت	۷۵ درصد	۹۹/۶ درصد	۵	۸۰/۳ درصد	۴
سرانه بیمار به‌ازای هر پرستار	تقریباً ۲۹ بیمار به‌ازای هر پرستار	۲۶/۵ درصد	۴	۱۸/۵ درصد	۲
تعداد متخصص به‌ازای هر تخت فعال	دو نفر تا سقف ۲۰ تخت، به‌ازای هر ۱۰ تخت بعدی یک نفر اضافه شود	به‌ازای پنج تخت یک متخصص	۵	به‌ازای چهار تخت یک متخصص	۵
تعداد کادر خدماتی به‌ازای هر تخت فعال	به‌ازای هر شش تخت یک نفر	به‌ازای پنج تخت یک نفر	۵	به‌ازای سه تخت یک نفر	۵
تعداد کادر مامایی به‌ازای هر تخت فعال	به‌ازای هر بخش باید یک ماما در هر شیفت و یک ماما برای مواقع اورژانسی وجود داشته باشد.	به‌ازای هر تخت دو نفر	۵	به‌ازای هر تخت ۳/۷ درصد	۵

امتیاز داشت و در هر دو بیمارستان شاخص نسبت سزارین به کل زایمان‌ها، ۲ امتیاز کسب کرد.

در جدول شماره ۲، بیمارستان الف از شاخص درصد فوت نوزاد به کل زایمان‌ها، ۱ امتیاز و بیمارستان ب ۵ امتیاز کسب کرد. شاخص درصد فوت مادر در بیمارستان الف نسبت به کل زایمان‌ها ۲ امتیاز و بیمارستان ب ۳

جدول ۲. مقایسه شاخص‌های فرایندی بخش زنان و زایمان با استاندارد

عنوان شاخص	استاندارد (درصد)	بیمارستان الف (درصد)	امتیاز عملکرد	بیمارستان ب (درصد)	امتیاز عملکرد
درصد فوت نوزاد به کل زایمان‌ها	۲	۵/۲	۱	۱/۲	۵
درصد فوت مادر به کل زایمان‌ها	۰	۰/۱	۲	۰/۰۴	۳
نسبت سزارین به کل زایمان‌ها	۱۵-۵	۴۹/۶	۲	۴۶/۸	۲

در جدول شماره ۳، مشاهده می‌شود که هر دو بیمارستان در شاخص‌های درصد اجرای کامل هم‌اتاقی مادر و نوزاد، درصد دسترسی به اطلاعات بیمار از طریق سیستم HIS، درصد دسترسی به داروهای اورژانسی در مواقع اضطراری و درصد رعایت دستورالعمل تغذیه با شیر مادر، امتیاز کامل را کسب کردند. بیمارستان الف در شاخص فاصله چرخش

تخت ۲ امتیاز و بیمارستان ب در این شاخص ۴ امتیاز کسب کرد. بیمارستان الف در شاخص متوسط طول اقامت بیمار در بخش، ۴ امتیاز و بیمارستان ب در این شاخص ۵ امتیاز کسب کرد.

جدول ۳. مقایسه شاخص‌های بروندادی بخش زنان و زایمان با استاندارد

عنوان شاخص	استاندارد	بیمارستان الف	امتیاز عملکرد	بیمارستان ب	امتیاز عملکرد
درصد اجرای کامل هم‌اتاقی مادر و نوزاد Rooming in	۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	۵	۱۰۰ درصد	۵
متوسط طول اقامت بیمار در بخش	۲-۳ روز	۱/۸ روز	۳	۲/۹ روز	۵
فاصله چرخش تخت	۱/۵ روز	۰/۰۵ روز	۲	۰/۷ روز	۴
درصد دسترسی به اطلاعات بیمار از طریق سیستم HIS	۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	۵	۱۰۰ درصد	۵
درصد دسترسی به داروهای اورژانسی در مواقع اضطراری	۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	۵	۱۰۰ درصد	۵
درصد رعایت دستورالعمل تغذیه با شیر مادر	۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	۵	۱۰۰ درصد	۵

بحث

باتوجه به اینکه تخت‌های بیمارستانی سرمایه‌های عظیمی از منابع محدود بیمارستانی را به خود اختصاص می‌دهند، توجه به بهره‌وری مناسب از آنها ضروری به نظر می‌رسد (۱۲). یافته‌های تحقیق نشان داد، که شاخص ضریب اشغال تخت در بخش زنان بیمارستان الف نسبتاً مطلوب و در بخش زنان بیمارستان ب، مطلوب بود. در مطالعه عبادی‌فردآذر در بخش زنان بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، ضریب اشغال تخت ۶۳ درصد برآورد شده بود، که بسیار پایین‌تر از حد موردانتظار بود (۷). کرمی و همکاران، مطالعه‌ای را با عنوان رابطه بین درجه بیمارستان‌ها با شاخص‌های عملکردی در بیمارستان‌های شهرستان کاشان انجام دادند، که یافته‌ها نشان داد، بیشترین ضریب اشغال تخت در بیمارستان اخوان که مربوط به بیمارستان روحی و روانی می‌باشد، ۶۳/۱۴ درصد و در بیمارستان متینی که بیمارستان تخصصی می‌باشد، ۶۲/۴ درصد بود (۱۲). در مطالعه دیگری که توسط محمودی‌فر در شهرستان بوکان انجام شد، ضریب اشغال تخت ۶۹/۵ درصد گزارش شد (۱۳). در پژوهش ظهیری که در

بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اهواز انجام شده بود، شاخص ضریب اشغال تخت بیمارستان‌های مورد مطالعه ۶۳/۳ درصد بود (۱۴).

در مطالعه حاضر، ضریب اشغال تخت در بیمارستان الف ۹۹/۶ درصد و در بیمارستان ب ۸۰/۳ درصد برآورد شد. با توجه به اینکه بیمارستان الف بیمارستان منطقه‌ای می‌باشد و تعداد ارجاعات به این بیمارستان زیاد است، بالا بودن ضریب اشغال تخت ممکن است مشکلاتی را در پذیرش بیماران به دلیل عدم وجود تخت بستری، ایجاد کند و در این مواقع نیاز به استفاده از تخت اضافی می‌باشد، که این موضوع باعث ایجاد مشکلات دیگر، مانند عدم وجود مکان و خدمات مناسب جهت استفاده از تخت اضافی و احساس ناخوشایند بیمار می‌شود. جهت رفع این مشکل، پیشنهاد می‌شود امکانات بیشتری مانند تخت و فضای مناسب در این بخش‌ها در نظر گرفته شود و همچنین بخش زنان و مامایی در سایر بیمارستان‌های آموزشی راه اندازی شود.

سرانه بیمار به ازای هر پرستار در بیمارستان الف، در حد مطلوب و در بیمارستان ب نامتولوب بود. این شاخص در

پرخاطر به این مراکز باشد. در بیمارستان الف بیشترین علت منجر به سزارین، سزارین تکراری (۴۲/۸ درصد) بود و علل دیگر به ترتیب شامل دفع مدفوع جنین (Moconia) (۲/۱ درصد)، دیسترس جنین (Respiratory Distress) (۷/۳ درصد)، چندقلویی (۶/۸ درصد)، زایمان با پیا (Breach) (۵/۸ درصد)، فشار خون بالا (Hypertension) (۴/۵ درصد)، کنده شدن نابهنگام و غیرطبیعی جفت (Placental Abruption) (۳/۱ درصد)، توقف نزول یا اتساع دهانه رحم (Arst) (۱/۹ درصد) و سایر علل ۱۵/۳ درصد بود. در بیمارستان ب نیز همانند بیمارستان الف، بیشترین علت منجر به سزارین، سزارین تکراری (۴۴/۹ درصد) بود و علل دیگر به ترتیب شامل مکونیوم (۲۳/۴ درصد)، نمایش غیرطبیعی جنین (۹/۶ درصد)، دیسترس جنینی (۹/۳ درصد)، ارست (۴ درصد) و سایر علل ۸ درصد بود. در مطالعه فرزنان که در بیمارستان‌های شهر اصفهان انجام شد، درصد سزارین ۷۳/۶ درصد بود و شایع‌ترین علل عبارت بودند از: سزارین قبلی، زایمان سخت، نمای بریج، سزارین انتخابی و زجر جنینی (تنفس غیرطبیعی جنین) (۱۶). در مطالعه دهقانی که در شهرستان بم انجام شد نیز، ۵۹ درصد زایمان‌ها به‌روش سزارین انجام شده بود (۱۷). پژوهش بلبل حقیقی در شهرستان شاهرود نشان داد، که فراوانی سزارین در این شهرستان ۴۲/۱ درصد بود و بیشترین علت سزارین مربوط به سزارین تکراری بود، که مطابق با پژوهش حاضر است (۱۸).

یکی از مهمترین شاخص‌های بهداشتی هر کشور، میزان مرگ‌ومیر نوزادان است و این شاخص با سلامتی مادر، کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری، عوامل اجتماعی-اقتصادی (۱۹) و سنجش سلامت افراد ارتباط دارد (۲۰). حد موردانتظار کشوری در مورد شاخص میزان مرگ‌ومیر نوزادان، ۲ درصد است (۸)، که در این مطالعه میزان مرگ‌ومیر نوزادان در بیمارستان الف بالاتر از میزان استاندارد بود، که شاید دلیل این امر منطقه‌ای بودن این بیمارستان باشد. مطالعه بهمن‌بیجاری نشان داد، که از مجموع شش مرکز زایمانی در شهر کرمان و ۱۴ مرکز زایمانی در سایر شهرستان‌های استان کرمان در سال ۱۳۸۷، ۵۳۵ مورد مرگ نوزاد در استان کرمان گزارش شده بود و میزان مرگ نوزادی ۱۱/۵۱ در هر هزار تولد زنده بود (۲۱).

شاخص فوت مادر یکی از شاخص‌های مهم در محاسبه بهداشت جامعه است و عملکرد کلیه بخش‌های بهداشتی و درمانی در این شاخص تاثیر دارد، چنان‌که تاکید سازمان جهانی بهداشت بر این شاخص، نشان‌دهنده اهمیت این شاخص می‌باشد (۸). براساس نتایج مطالعه حاضر، درصد مرگ مادر در بیمارستان الف بالاتر از میزان استاندارد بود، که ممکن است به دلیل منطقه‌ای بودن بیمارستان و ارجاع موارد پرخاطر به این بیمارستان باشد. میزان مرگ‌ومیر مادران نسبت

مطالعه عبادی فردآذر مانند بیمارستان ب، بسیار پایین‌تر از حد انتظار بود (۷). تعداد کادر خدماتی به‌ازای تخت فعال در بیمارستان الف، یک به پنج و در بیمارستان ب یک به سه بود، که مطلوب در نظر گرفته شد. این شاخص در مطالعه عبادی-فردآذر یک به ۱۲ بود (۷). تعداد کادر مامایی به‌ازای تخت زایمان در هر دو بیمارستان، مطلوب برآورد شد. این شاخص در مطالعه عبادی فردآذر بسیار پایین‌تر از حد موردانتظار بود (۷). تعداد متخصص به‌ازای تخت فعال در هر دو بیمارستان مورد مطالعه، در وضعیت مطلوب بود. بالا بودن تعداد نیروهای کار در هر دو بیمارستان که در جدول شماره ۱ مشخص شده است، شاید به این دلیل باشد که این بیمارستان-ها آموزشی هستند و ارجاعات به این بیمارستان‌ها زیاد است. بنابراین به نیروی کار بیشتر و متخصصان بیشتری نسبت به استاندارد نیاز دارند.

استاندارد فاصله چرخش تخت در بخش زنان، ۱/۵ روز بود که در بیمارستان الف نامطلوب و در بیمارستان ب مطلوب بود. این شاخص در مطالعه عبادی فردآذر ۵ روز به-دست آمده بود (۷). علت احتمالی می‌تواند نامطلوب بودن این شاخص در بیمارستان الف، زیاد بودن بار مراجعات به این بیمارستان و استفاده زیاد از تخت‌های اضافی باشد. با بالا رفتن درصد اشغال تخت و افزایش بستری‌شدگان، مدت اقامت بیماران در بیمارستان‌ها کاهش می‌یابد، که این کاهش می‌تواند به دلیل یکی از موارد؛ کمبود تخت، مرخص کردن بیماران قبل از بهبودی کامل و یا بهبودی سریع‌تر بیماران با اضافه شدن امکانات و دستگاه‌های تشخیصی باشد.

متوسط اقامت بیمار در هر دو بیمارستان مطلوب بود. شاخص متوسط طول اقامت بیمار در مطالعه عبادی فردآذر، ۴ روز (۷)، در مطالعه ظهیری ۳/۵ روز (۱۴) و در مطالعه گوهری که در بیمارستان هاشمی‌نژاد انجام شد نیز، میانگین مدت بستری بیماران ۱۲/۷ بود (۱۵).

طبیعی و همکاران، مطالعه‌ای را با عنوان ارتباط شایستگی مدیران و کارایی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام دادند و به این نتیجه دست یافتند، که بین شایستگی مدیران و متوسط اقامت بیمار رابطه معنادار وجود نداشت، اما بین شایستگی مدیران با درصد اشغال تخت، رابطه معنادار وجود داشت (۵).

شاخص دیگری که موردارزیابی قرار گرفت، میزان سزارین بود. افزایش میزان زایمان سزارین محدود به منطقه جغرافیایی خاص نبوده و در بیشتر نقاط جهان، از جمله کشورهای در حال توسعه میزانی بالاتر از توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی (۱۵-۵ درصد) دارد (۱۶). در پژوهش حاضر، درصد سزارین در بیمارستان الف، ۴۹/۶ درصد و در بیمارستان ب ۴۶/۸ درصد بود. شاید یکی از دلایل بالا بودن سزارین در این بیمارستان‌ها، منطقه‌ای بودن و ارجاع اکثر زایمان‌های

تنها دو بیمارستان در سطح شهر اهواز حائز شرایط ورود به مطالعه بودند، لذا پیشنهاد می‌شود در سایر شهرستان‌های استان خوزستان نیز، مطالعه صورت گیرد و نتایج شهر اهواز با سایر شهرها مورد مقایسه قرار بگیرد.

نتیجه گیری

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد، که تعدادی از شاخص‌های عملکردی در وضعیت مطلوب قرار نداشتند و نیاز به ارزیابی و انجام اقدامات اصلاحی در جهت بهبود وضعیت این شاخص‌ها و به تبع آن، بهبود وضعیت عملکرد بخش می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

هنگام توزیع پرس‌شنامه و انجام مصاحبه‌ها، به افراد توضیح داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد بود و در هر مرحله از انجام پژوهش، می‌توانند از ادامه پژوهش امتناع ورزند و از افراد درخواست شد که صادقانه به سؤالات پاسخ دهند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با پشتیبانی مالی کمیته تحقیقات دانشجویی معاونت توسعه پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اهواز، انجام گرفته است (کد طرح: IR.AJUMS.REC.1392.212). پژوهشگران از همکاری مدیران و مسئولین محترم بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز سپاسگزار می‌کنند. از مدیریت محترم، مسئولین بخش‌های زنان و زایشگاه و واحد آمار هر دو بیمارستان نیز جهت همکاری در انجام این پژوهش، قدردانی می‌شود.

به تریخص موارد زایمان، معمولاً صفر و هرگز نباید از ۰/۲ درصد در موارد غیرعادی تجاوز کند (۸)، بنابراین این تعریف، هر دو بیمارستان مورد مطالعه از نظر شاخص درصد فوت مادر به کل زایمان‌ها در وضعیت مطلوب قرار داشتند. هم‌اتاقی مادر و نوزاد یک مدل مراقبت زایشگاهی است (۲۲)، که طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی؛ یعنی مادر و نوزاد در بیمارستان در تمام طول روز و شب، در یک اتاق باشند و محدودیتی از نظر تماس مستقیم بین آن دو وجود نداشته باشد (۲۳). در این مطالعه نیز، میزان اجرای هم‌اتاقی مادر و نوزاد در هر دو بیمارستان مورد مطالعه، ۱۰۰ درصد بود. هدف از تمامی آموزش‌ها و مشاوره‌ها در ارتباط با مزایای شیردهی از پستان و تغذیه شیرخوار با شیرمادر، تحقق تداوم تغذیه با شیر به‌طور انحصاری حداقل تا شش ماهگی و به‌طور ایده‌آل در کنار غذای کمکی تا پایان دوسالگی است. شروع هم‌آغوشی زودرس مادر و نوزاد و آغاز شیردهی از پستان بلافاصله بعد از زایمان، به‌همراه تشویق و آموزش شیردهی به مادران، از عوامل مهم در برقراری جریان شیر و ادامه توانایی مادر برای شیردهی از پستان محسوب می‌شود (۲۴). در پژوهش حاضر نیز، رعایت دستورالعمل تغذیه با شیرمادر در هر دو بیمارستان، ۱۰۰ درصد بود.

HIS یک سیستم اطلاعات بیمارستانی است، که داده‌های آن به‌صورت هم‌زمان به‌نحوی ذخیره می‌شوند که در زمان و مکان موردنیاز در دسترس کاربران مجاز قرار گیرند. با توجه به تحولات گسترده در تکنولوژی اطلاعات پزشکی و افزایش انتظارات بیماران، نیاز روزافزون به استفاده از HIS در بیمارستان پدید آمده و در قرن بیست‌ویکم، بیمارستان‌های فاقد HIS توانایی رقابت با سایر بیمارستان‌ها را نخواهند داشت (۲۵). در این مطالعه، درصد دسترسی به اطلاعات بیمار از طریق HIS، در هر دو بیمارستان ۱۰۰ درصد بود. از نقاط قوت مطالعه حاضر، می‌توان به این موضوع اشاره کرد که جهت جمع‌آوری داده‌ها از چند روش (پرس‌شنامه و پرسش از بیمار و پرسنل و بررسی اسناد بیمارستان)، استفاده شد. از نقاط ضعف پژوهش حاضر نیز، می‌توان به این نکته اشاره کرد که

References

1. Arzamani M. The comparison of performance indicators in educational hospitals of North Khorasan universities of medical sciences with the standards of the country in 2011-2012. J North Khorasan Univ Med Sci. 2013;4(4): 513-521. (Persian)
2. Amerioun A, nejati zarnaqi B, Hosseini Shokouh J, Zaboli R, Karimi Zarchi A. Management style of military hospitals and its relationship with hospital performance indicators. J Mil Med. 2013;15(1):59-68. (Persian)
3. Nekoei Moghadam M, Arabpour H, Majidi A, Molaie H. The relationship between a job promotion plan and performance indicators of hospitals affiliated to kerman university of medical sciences. J Health Manage Inf. 2011;8(5):690-98. (Persian)
4. Ayoubian A, Moazam E, Navid M, Hoseinpoufard Mj, Izadi M. Evaluation of intensive care unit and comparing it with existing standards in hospitals of Isfahan. J Mil Med. 2013;14(4):1-7. (Persian)

5. Tabibi Sj, Fathi M, Riahi L, Yousofinejadi T. Communication between administrators competence and performance of educational hospitals of tehran. *The Teb Tazkiyeh*. 2010;77:17-24. (Persian)
6. Jonaidi Jafari N, Sadeghi M, Izadi M, Ranjbar R. Comparison of performance indicators in one of hospitals of tehran with national standards. *J Mil Med*. 2011;12(4): 223-228 . (Persian)
7. Ebadifardazar F, Choupani A, Saberi Anari H, Mohammadi N, Arkian SH, Choopani F. Comparing performance indicators of obstetric and gynecology ward with expected limits of indicators. *Hospital*. 2012;11(1):51-61. (Persian)
8. Barati Marani, Haghani H, Mohammadi R, Moradi F, Rouhani B, Torsaki M, et al. The relationship between organizational health and performance indicators of health care in teaching hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences: 2011. *J Health Adm*. 2012;14(46):31-8. (Persian)
9. Farajzadegan Z, Javadi A, Asgari G, Manzoori L. Indicators of utilization as a means for assessment of health information management systems. *Health Info Manage*. 2008;4(1):23-31. (Persian)
10. Cunningham JB, Kernohan WG, Rush T. Bed occupancy, turnover intervals and MRSA rates in English hospitals. *Br J Nurs*. 2006;15(12):656-60. doi:10.12968/bjon.2006.15.12.21398
11. Rafiei M, Ayatollahi SMT, Behboodian J. Bed occupancy rate modeling in Shiraz hospitals. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2008;12(2):58. (Persian)
12. Karami M, Safdari R, Pourbagher MR. The survey of relationship between evaluation scores of educational hospitals of Kashan University of Medical Sciences and their performance indices: 2005-2006. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2010;8(4):31. (Persian)
13. Mahmoudifar Y. The survey role of hospital Gholipour Bukan in elimination of region needs [dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2000. p.117 (Persian)
14. Zahiri M, Keliddar I. Performance evaluating in hospitals affiliated in AHWAZ University of Medical Sciences based on PABON LASSO model. *Hospital*. 2012;11(3):37-44 .(Persian)
15. Gohari M, Vahabi N, Moghadamifard Z. Semi-parametric Cox regression for factors affecting hospitalization length. *Daneshvar Med*. 2012;19(99):23-30. (Persian)
16. Farzan A, Javaheri S. Cesarean section and related factors in governmental and private hospitals of Isfahan. *J Health Sys Res*. 2010;6(1):79-85. (Persian).
17. Dehghani S L, Mehrohasani N, Rastad H, Ebrahimi M, Motamed Jahromi M. Factors influencing cesarean delivery in women visiting the women's pregnancy clinic in Bam, Iran. *J Health Develop*. 2012;1(3):237-243. (Persian)
18. Haghghi NB, Ebrahimi H, Ajami M. Comparison of frequency of vaginal delivery with cesarean section and its causes in Shahroud (2000). *J Reprod Fertil*. 2002;3(2):50-9. (Persian)
19. Delaram M, Ahmadi A. Prevalence of Low Birth Weight and its Related Factors in Shahr-e-Kord. *J Reprod Fertil*. 2008;9(3):263-71. (Persian)
20. Reidpath DD, Allotey P. Infant mortality rate as an indicator of population health. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(5):344-6. doi:10.1136/jech.57.5.344
21. Bahman-Bijari B, Niknafs P, Maddahiyan s. Causes of neonatal mortality in Kerman province in 1387- (2008-2009). *Urmia Med J*. 2012;22(6):501-6. (Persian)
22. Salmalian H, Farivar Kh, Khadivarzadeh T. study of the knowledge, attitude and practice of rooming – in nurses and midwives of hospitals In Mashad, Iran. *Asrar*. 2004;11(2):42-49.(Persian)
23. Serpero LD, Sabatini M, Colivicchi M, Gazzolo D. Rooming-in: an update. *Early Hum Dev*. 2013;89:S12-S4. doi:10.1016/S0378-3782(13)70082-3
24. Iavanbagha R, Hosseini Mb, Ghoujzade M, Amirshahi M. Continuation of breastfeeding and its obstacles mothers of premature infants who were referred to health centers Alzahra Tabriz. *Nursing & Midwifery Journal*. 2007;2(5):21-28. (Persian)
25. Gholam hosseini L, Sadeghi M. Assessment of hospital information system efficiency (SHAFa) in Imam Reza hospital. *Ann Milit Health Sci Res*. 2012;10(1):62-6. (Persian)