

Research Paper

A Qualitative Analysis of Hospital Information System Evaluation Indicators Based on the Logic Mode

Ghasem Abedi¹ , *Roya Malekzadeh¹ , *Seyyede Tayebbeh Mansori²

1. Department of Healthcare Services Management, Health Sciences Research Center, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

2. Department of Healthcare Services Management, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.



Citation: Abedi Gh, Malekzadeh R, Mansori ST. [A Qualitative Analysis of Hospital Information System Evaluation Indicators Based on the Logic Mode (Persian)]. *Journal of Health Research in Community*. 2025; 11(3):68-99. <https://doi.org/10.32598/JHRC.11.3.7>

<https://doi.org/10.32598/JHRC.11.3.7>

Received: 08 Feb 2025

Accepted: 06 May 2025

Available Online: 01 Oct 2025

ABSTRACT

Introduction and Purpose: Evaluating hospital information system (HIS) evaluation indicators has a significant impact on the health planning and policy-making process. Therefore, the present study was conducted to explore the HIS evaluation indicators using the logic model.

Methods: This qualitative research was conducted in 2024. First, the concepts were identified through a literature review. Subsequently, through semi-structured interviews with 20 experts (including health system managers, policymakers, and HIS experts from the hospitals in northern Iran), the indicators were identified. Purposive sampling and snowball sampling were used to select the participants. All indicators were evaluated, coded, and categorized based on similarity and symmetry. Then, themes were identified and analyzed using content analysis. Finally, an expert panel was asked to classify the indicators based on the Logic model into structural, process, output, and outcome levels.

Results: After eliminating duplicates and overlapping indicators, 471 indicators were found. Based on the panel of experts' opinions, 407 indicators were finally selected. Based on the Logic model, they were categorized into 100 structural indicators, 101 process indicators, 95 output indicators, and 111 outcome indicators. From the participants' perspective, eight main themes were extracted: management & leadership, administration & support, facilities & equipment, productivity, paraclinical services, clinical services, financial, and environmental. These themes effectively explain HIS indicators in line with the Logic model.

Conclusion: The Logic model, by linking activities, processes, outputs, and outcomes, provides a comprehensive analysis of HIS performance. It is recommended that hospitals in Iran focus on improving infrastructure, service quality, strategic monitoring, and social responsibility to enhance HIS performance and sustainability.

Keywords: Hospital information system, Logic model, Qualitative analysis

* Corresponding Authors:

Roya Malekzadeh, Assistant Professor.

Address: Department of Healthcare Services Management, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Tel: +98 (911) 7475323

E-Mail: roya.malekzadeh30@yahoo.com

Seyyede Tayebbeh Mansori

Address: Department of Healthcare Services Management, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Tel: +98 (911) 2180448

E-Mail: t.mansori1389@gmail.com

Copyright © 2025 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

The overall objective of this research is to design a conceptual model of hospital information system (HIS) indicators using the logic model. In line with this objective, four specific objectives are pursued: (a) identify and explain HIS evaluation indicators by reviewing the literature, (b) to extract structural indicators related to the HIS evaluation from the perspective of experts, (c) to identify evaluation process indicators that indicate the performance and efficiency of the HIS in practice, and (d) to define the indicators that examine the outcomes and outputs of the HIS performance from the perspective of stakeholders. These goals generally seek to provide a comprehensive and reliable model for evaluating and improving the efficiency of HISs, thereby enabling more effective data management and health decision-making.

Materials & Methods

This qualitative study using the Graneheim and Lundman's content analysis method. The study population included senior, middle, and operational managers of selected general hospitals affiliated with Mazandaran University of Medical Sciences and Babol University of Medical Sciences (Hazrat-e Zahra, Rouhani, and Shahid Rajaei hospitals), experienced accreditation assessors with at least five years of experience, as well as professors and PhD graduates in health information management and health policymaking. Participants were selected purposively with the snowball approach. Data were collected through semi-structured interviews, using questions designed based on the literature review and expert comments.

Data analysis included full transcription of interviews, identification of semantic units (words, sentences, and paragraphs), coding, and grouping them into more abstract categories and themes. Guba and Lincoln's criteria were used for assessing the trustworthiness of the data by using long-term participation, peer review, participant feedback, and faculty approval. After analysis, the findings were presented to an expert panel and reviewed in two rounds based on the Delphi method. In this stage, the indicators were rated on a 9-point Likert scale. Those with a mean score below 4 were eliminated, those with a score above 7 were accepted, and those with a score between 4 and 7 were re-assessed in the second round. Final consensus was reached when the change in mean scores between the two rounds was less than 15%, and the response rate

was greater than 70%. Each interview lasted an average of 45 minutes.

Results

In this qualitative study, the opinions of 20 experts were used; 55% were female and 45% were male. In terms of education, 25% had a PhD degree, 35% a master's degree, and 40% a bachelor's degree. By reviewing the literature and conducting semi-structured interviews, 777 indicators were initially identified, which were reduced to 471 by removing duplicates and overlapping items. Finally, 407 final indicators were selected. These indicators were divided into four categories based on the logic model: structural (n=100), processes (n=101), outputs (n=95), and outcomes (n=111). Eight main themes were also extracted, including management & leadership, administration & support, facilities & equipment, productivity, paraclinical, clinical, financial, and environmental.

In the domain of management & leadership, experts indicated the challenges such as practical training, time constraints for patient education, weakness in root cause analysis of errors, and incomplete implementation of the analysis of states and errors in documentation and information systems.

In the domain of administration & support, issues such as shortage of manpower, need for improved training, occupational safety, issues related to water quality, water treatment plant, and hospital waste, shortage of personal protective equipment, and waste management problems were raised.

In the domain of facilities & equipment, problems such as lack of specialized equipment, delays in repairs, and financial constraints were identified. In the theme of productivity, the main factors were optimal use of hospital beds, reducing length of stay, managing admission and discharge processes, and fair distribution of human resources. In the paraclinical domain, the challenges of staff shortages, drug shortages, increased demand for diagnostic services, and delays in reporting test results were identified as key issues. In the clinical domain, reducing mortality, managing medication errors, improving critical care, and improving patient safety were among the most important indicators. In the financial domain, cost management, insurance deductible control, resource allocation, and increasing revenue by improving service quality were key issues. Finally, environmental indicators included energy consumption, waste management, paper consumption, and the use of energy-efficient equipment as factors for sustainable development.

Conclusion:

In this study, 407 indicators were identified for HIS evaluation and categorized into eight main themes: leadership & management, administration & support, facilities & equipment, productivity, paraclinical services, clinical services, finance, and environmental indicators. Based on the logic model, they were classified into structural, process, output, and outcome levels. Structural indicators reflected resource capacity; process indicators captured operational performance, and outcome indicators highlighted service quality and long-term health effects. The study recommends strengthening infrastructure, improving clinical and paraclinical workflows, and validating the model through quantitative methods in future studies.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical considerations, including informed consent, data confidentiality, and participant autonomy, were observed. The study was approved by the Ethics Committee of [Mazandaran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.MAZUMS.REC.1402.295).

Funding

This article was extracted from Seyyede Tayebbeh Mansori's master's thesis in Health Services Management at [Mazandaran University of Medical Sciences](#). This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for profit sectors.

Authors contributions

Ghasem Abedi and Roya Malekzadeh contributed to the study design; Seyyede Tayebbeh Mansori contributed to data collection; Seyyede Tayebbeh and Roya Malekzadeh contributed to data analysis, writing, review & editing.

Conflicts of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank all participants for their cooperation in this study.



الگوی مفهومی شاخص‌های سیستم اطلاعات بیمارستانی با مدل زنجیره‌ای برنامه: یک تحلیل محتوای کیفی

قاسم عابدی^۱، رویا ملک‌زاده^۱، سید طیبه منصوری^۲

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۲. گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.



Citation: Abedi Gh, Malekzadeh R, Mansori ST. [A Qualitative Analysis of Hospital Information System Evaluation Indicators Based on the Logic Mode (Persian)]. *Journal of Health Research in Community*. 2025; 11(3):68-99. <https://doi.org/10.32598/JHRC.11.3.7>

doi: <https://doi.org/10.32598/JHRC.11.3.7>

چکیده

مقدمه و هدف: با استفاده از شاخص‌های سیستم اطلاعات بیمارستانی تأثیر بسزایی در روند برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری سلامت دارد. از این رو مطالعه حاضر با هدف ارائه الگوی مفهومی شاخص‌های سیستم اطلاعات بیمارستانی با رویکرد مدل زنجیره‌ای برنامه انجام شد.

روش کار: این پژوهش به روش کیفی و با رویکرد تحلیل محتوا در سال ۱۴۰۳ انجام شد. ابتدا شاخص‌های موجود در سیستم HIS بیمارستان شناسایی و جمع‌آوری گردید. سپس، براساس اهداف پژوهش، شاخص‌هایی از طریق بررسی متون استخراج شدند. در ادامه، با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و هدفمند با ذی‌نفعان شامل مدیران نظام سلامت، سیاست‌گذاران و خبرگان علمی آشنا به شاخص‌های سیستم اطلاعات بیمارستانی، داده‌ها جمع‌آوری شد. نمونه‌گیری به روش هدفمند و سپس روش گلوله‌برفی برای گسترش نمونه‌ها به کار گرفته شد. تمامی شاخص‌ها ارزیابی شدند و پس از رونویسی مصاحبه‌ها، واحدهای مبتنی بر معنا تعیین، کدگذاری و طبقه‌بندی براساس شباهت و تقارن انجام شد. سپس، با روش تحلیل محتوا، مضامین شناسایی و تجزیه و تحلیل شدند. در نهایت، یک کارگروه تخصصی از اعضای تیم پژوهش تشکیل گردید که شاخص‌ها را براساس مدل زنجیره‌ای برنامه تقسیم‌بندی کرد.

یافته‌ها: در این مطالعه شاخص‌های به‌دست‌آمده از وضعیت موجود، بررسی متون، مصاحبه کیفی با ذی‌نفعان پس از حذف شاخص‌های تکراری و همپوشانی، به ۴۷۱ شاخص رسید که با تشکیل پنل خبرگان و ارزیابی‌های دقیق‌تر، این تعداد به ۴۰۷ شاخص منتخب کاهش یافت که به‌عنوان تم‌های فرعی شناسایی شدند که براساس مدل زنجیره‌ای برنامه به ۱۰۰ شاخص ساختاری، ۱۰۱ شاخص فرایندی، ۹۵ شاخص نتیجه‌ای و ۱۱۱ شاخص پیامدی دسته‌بندی شدند که از دیدگاه حاضرین در مطالعه کیفی، هشت تم اصلی مدیریت و رهبری، اداری و پشتیبانی، امکانات و تجهیزات، بهروری، پاراکلینیک، بالینی، مالی و شاخص‌های سبز در تبیین شاخص‌های بیمارستان با مدل زنجیره‌ای برنامه مؤثرند.

نتیجه‌گیری: این پژوهش با مدل زنجیره‌ای برنامه‌ای، ۴۰۷ شاخص را در چهار لایه ساختاری، فرایندی، نتیجه‌ای و پیامدی و هشت تم اصلی شناسایی و تحلیل کرد که شاخص‌های ساختاری بر منابع و زیرساخت‌ها، فرایندی بر اجرای مأموریت‌ها، نتیجه‌ای بر کیفیت خدمات و پیامدی بر پایداری اجتماعی و محیط‌زیستی تمرکز دارند. مدل زنجیره‌ای برنامه با پیوند منابع، اقدامات و پیامدها، تحلیلی جامعی از عملکرد بیمارستان ارائه می‌دهد که توصیه می‌شود بیمارستان‌ها بر بهبود زیرساخت، کیفیت خدمات، پایش استراتژیک و مسئولیت‌پذیری اجتماعی برای ارتقاء عملکرد و پایداری تمرکز کنند.

کلیدواژه‌ها: بیمارستان، شاخص، سیستم اطلاعات بیمارستان، مدل زنجیره‌ای برنامه

تاریخ دریافت: ۲۰ بهمن ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۶ اردیبهشت ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۴۰۴

* نویسندگان مسئول:

دکتر رویا ملک‌زاده

نشانی: ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی.

تلفن: ۷۴۷۵۳۲۳ (۹۱۱) ۰۹۸

رایانامه: roya.malekzadeh30@yahoo.com

سید طیبه منصوری

نشانی: ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی.

تلفن: ۲۱۸۰۴۴۸ (۹۱۱) ۰۹۸

رایانامه: t.mansori1389@gmail.com



Copyright © 2025 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

شاخص‌های کلیدی عملکرد^۳ (KPI) به بهبود عملکرد و افزایش کارآمدی اطلاعات کمک می‌کند [۱۳].

باین حال شواهد نشان می‌دهد کیفیت شاخص‌ها وابسته به کیفیت داده‌های زیربنایی آن‌ها است. به‌عنوان مثال، آنما و همکاران در مطالعه خود عنوان کردند برای اینکه شاخص‌های عملکرد مراقبت‌های بهداشتی (PI)^۴ قابل اعتماد باشند، داده‌های زیربنایی PI‌ها باید کامل، دقیق، سازگار و قابل تکرار باشند [۱۴]. هوفر و همکاران نیز گزارش کرده‌اند بسیاری از شاخص‌های مورد استفاده برای نظارت بر کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی، از منابع ناکارآمد هستند [۱۵]. در همین راستا، آلو و همکاران نیز در بیمارستان‌های نیجریه بر ضرورت توجه به شاخص‌هایی نظیر ضریب اشغال تخت، متوسط اقامت بیماران و میانگین گردش تخت تأکید کردند [۱۶]. افزون بر این، مایل افشار و همکاران نشان دادند مدیران و تصمیم‌گیران همواره با مشکل انتخاب بهترین شاخص از میان مجموعه متنوعی از شاخص‌ها روبه‌رو هستند و اغلب به دلیل انباشتگی داده‌ها، به کارگیری همه آن‌ها امکان‌پذیر نیست [۱۷].

در میان ابزارهای موجود برای سامان‌دهی و تحلیل شاخص‌ها، مدل زنجیره‌ای برنامه به‌عنوان یک ابزار کارآمد برای نقشه‌برداری و ارزیابی جامع عملکرد مطرح است [۱۲]. در این مدل، هر نظام دارای ورودی‌هایی است که پس از عبور از مجموعه‌ای از فرایندها و اقدامات کنترلی، به نتایج و پیامدهای موردانتظار منتهی می‌شود [۱۸]. این الگو به دلیل نگاه سیستماتیک خود، می‌تواند روابط میان اجزای HIS و شاخص‌های عملکردی را به‌طور شفاف نشان دهد. در مطالعه نیپاک و همکاران نیز استفاده از این مدل در ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها، به توسعه شاخص‌های جامع و دقیق‌تر کمک کرده است [۱۹].

در ایران، بسیاری از شاخص‌های بیمارستانی فاصله قابل توجهی با استانداردهای مطلوب دارند و این موضوع موجب اتلاف منابع و کاهش کیفیت خدمات شده است. باتوجه به این که ارزیابی عملکرد از طریق شاخص‌های کلیدی یکی از روش‌های اصلی شناسایی مسائل سازمانی است، مطالعات مختلفی در کشور انجام شده که هریک صرفاً بخشی از شاخص‌ها را بررسی کرده‌اند [۶]. از این رو باتوجه به اهمیت روزافزون مدیریت مبتنی بر اطلاعات در بیمارستان‌ها، پژوهش حاضر با هدف ارائه الگوی مفهومی شاخص‌های سیستم اطلاعات بیمارستانی با رویکرد مدل زنجیره‌ای برنامه در بیمارستان‌های **دانشگاه علوم پزشکی بابل** و **دانشگاه علوم پزشکی مازندران** در سال ۱۴۰۳ انجام شده است تا با تحلیل و انسجام‌بخشی به شاخص‌های HIS، مدیران را در بهبود فرایندهای مدیریتی و ارتقای کیفیت خدمات یاری دهد.

امروزه یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های نظام‌های پیشرفته، توانایی تولید، پردازش و مدیریت اطلاعات است؛ از این رو ایجاد سیستم‌هایی که بتوانند اطلاعات را به‌صورت دقیق و یکپارچه فراهم کنند اهمیت فراوانی دارد. سیستم اطلاعات بیمارستانی یکی از ابزارهای کلیدی در این زمینه است که با یکپارچه‌سازی داده‌ها و تسهیل تبادل اطلاعات بین بخش‌های درون و برون سازمانی، موجب ارتقای کیفیت مراقبت، افزایش رضایت‌مندی، کاهش هزینه‌ها و بهبود اثربخشی فعالیت‌های بالینی می‌شود [۱]. همچنین پیشرفت‌های جهانی در حوزه سلامت دیجیتال نشان می‌دهد توجه به HIS و توسعه مستمر آن، نقش مهمی در ارتقای کیفیت خدمات درمانی دارد [۲].

براساس تعریف **سازمان بهداشت جهانی**^۱، شاخص‌ها یا نشانگرها، متغیرهایی هستند که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم به اندازه‌گیری تغییرات کمک می‌کنند [۳] و قادر هستند میزان دستیابی به آرمان‌ها و اهداف از قبل تعیین‌شده در یک سازمان ارزیابی کنند [۴]. شاخص‌های بیمارستانی، ابزار اصلی سنجش بهره‌وری و کیفیت خدمات بوده و در برنامه‌ریزی، سازماندهی و هماهنگی فعالیت‌های بیمارستانی نقش اساسی دارند [۵]. به همین دلیل لازم است این شاخص‌ها معتبر و قابل اعتماد باشند [۶]. از مهم‌ترین شاخص‌های عملکردی بیمارستان می‌توان به درصد اشغال تخت، نسبت عملکرد تخت، فاصله چرخش تخت، متوسط اقامت، نسبت فوت‌شدگان به بستری‌شدگان اشاره نمود [۵]. برای طبقه‌بندی این شاخص‌ها، مدل دونابدیان^۲ به‌طور گسترده استفاده می‌شود که شاخص‌ها را در سه گروه ساختار، فرآیند و پیامد قرار می‌دهد [۷].

شناخت صحیح و انتخاب مناسب شاخص‌ها از عوامل مهم موفقیت سازمان‌هاست، زیرا عدم شناخت یا استفاده از شاخص‌های ناکارآمد، به اتلاف منابع و کاهش کیفیت خدمات منجر می‌شود. به همین دلیل تدوین یک مجموعه جامع و کارآمد از شاخص‌ها، نقطه آغاز توسعه چارچوب‌های مدیریت اطلاعات سلامت و تقویت عملکرد HIS محسوب می‌شود [۸]. همچنین استانداردسازی و مقایسه شاخص‌ها از مهم‌ترین روش‌ها برای پایش کیفیت خدمات درمانی است [۹] و بررسی مستمر آن‌ها در سازمان‌ها و مناطق مختلف کشور ضرورت دارد [۱۰]. توجه به شاخص‌های عملکردی به دلیل نقش آن‌ها در ارتقای رفاه و توسعه اجتماعی، یک ضرورت مدیریتی اجتناب‌ناپذیر است [۱۱]. بنابراین احصا و تحلیل شاخص‌های بیمارستانی جزء جدایی‌ناپذیر هر نظام سلامت بوده و بهبود کیفیت خدمات را امکان‌پذیر می‌سازد [۱۲]. علاوه بر این، پیاده‌سازی سیستم‌های مبتنی بر

3. Key Performance Indicator (KPI)
4. Performance Indicator (PI)

1. World Health Organization (WHO)
2. Donabedian

روش کار

این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا انجام شد و هدف آن شناسایی و اعتبارسنجی شاخص‌های ارزیابی سیستم اطلاعات بیمارستانی با بهره‌گیری از تجارب خبرگان و مرور متون بود. در مطالعه حاضر به دلیل کشف و آشکار شدن تجارب ارائه‌دهندگان خدمت درخصوص مؤلفه‌ها و مصادیق شاخص‌های اطلاعات بیمارستانی، رویکرد تحلیل محتوای کیفی استفاده شد.

معیار ورود به مطالعه، مدیران عالی، میانی و عملیاتی بیمارستان‌های جنرال منتخب دانشگاه علوم پزشکی مازندران (بیمارستان حضرت زهرا و بیمارستان امام رضا (ع) و دانشگاه علوم پزشکی بابل (بیمارستان شهید رجایی) شامل رئیس بیمارستان، مدیر داخلی، مدیر پرستاری، مدیر مالی، مدیر اداری، مدیر اطلاعات سلامت، سرپرستاران بخش‌های بالینی، مسئول بخش‌های پاراکلینیکی و... با حداقل ۵ سال سابقه مدیریت، خبرگان اجرایی شامل کارشناسان باتجربه و ارزیابان اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی مازندران و بابل با داشتن حداقل ۵ سال سابقه کار و همچنین خبرگان علمی شامل اساتید، فارغ التحصیلان دکتری تخصصی در رشته‌های مدیریت اطلاعات سلامت، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، سیاست‌گذاری سلامت، اقتصاد سلامت که مایل به شرکت در مطالعه بودند، استفاده شد.

بدین منظور، باتوجه به هدف مطالعه و به‌منظور گردآوری دیدگاه‌های جمعی افراد کلیدی، نمونه‌ها ابتدا به روش هدفمند شناسایی و سپس با رویکرد گلوله برفی تکمیل شدند؛ به‌گونه‌ای که براساس نظر و معرفی افراد اولیه دارای معیارهای ورود به مطالعه، سایر صاحب‌نظران نیز به تدریج شناسایی گردیدند. مصاحبه‌ها تا زمانی ادامه یافت که داده‌ها به مرحله اشباع برسد. در این مطالعه، فرایند گردآوری داده‌ها با مشارکت ۲۰ فرد صاحب‌نظر به نقطه اشباع رسید. شایان ذکر است براساس روش نمونه‌گیری هدفمند که کاربرد فراوانی در پژوهش‌های کیفی دارد، پژوهشگر براساس اهداف مطالعه و برای دستیابی به سودمندترین نمونه‌ها، مطلع‌ترین افراد را برمی‌گزیند تا امکان پاسخ‌گویی مناسب به سؤالات تحقیق فراهم شود.

به‌منظور جمع‌آوری نظر این صاحب‌نظران به روش نیمه‌ساختارمند مصاحبه عمیق صورت گرفت. جهت انجام مصاحبه‌ها، فرم راهنما تهیه شد. در طراحی این فرم، علاوه بر مرور متون، از تجارب چند نفر از کارشناسان خبره در این حوزه، نیز استفاده گردید. در مرحله بعد، به‌منظور اطمینان از معنی‌دار بودن سؤالات از نظر پاسخ‌دهندگان، با چند تن از کارشناسان خبره مصاحبه شد و برحسب دیدگاه آن‌ها و بنا به ضرورت، اصلاحات لازم در جهت رفع نواقص انجام گرفت. در مصاحبه‌ها به شرکت‌کنندگان اجازه داده شد آزادانه به توصیف شاخص‌های

بیمارستانی در ابعاد ساختاری، فرآیندی، نتیجه‌ای و پیامدی بپردازند. از آنان پرسیده شد «درخصوص شاخص‌های ساختاری چیزی به ذهنتون می‌آید؟»، «چه شاخص‌های ساختاری می‌تواند به ارزیابی عملکرد بیمارستان کمک نماید»، «تجربیاتتان را از مصادیق شاخص‌های بیمارستانی بازگو کنید؟» این سؤالات را برای شاخص‌های فرآیندی، نتیجه‌ای و پیامدی نیز پرسیده شد.

حین مصاحبه تمرکز به مواردی بود که مشارکت‌کننده را به سمت ارزیابی بیمارستان با شاخص‌های بیمارستانی سوق دهد. زمانی که نیاز به روشن‌سازی اطلاعات در زمینه‌ای خاص بود از سؤالات خاص‌تری استفاده شد. سؤالات پیگیری‌کننده و اکتشافی براساس داده‌های ارائه‌شده توسط شرکت‌کننده جهت روشن‌تر شدن مفهوم و عمیق‌تر شدن روند مصاحبه، مطرح شد. زمان جلسات مصاحبه‌ها از قبل پیش‌بینی و با افراد موردنظر به‌صورت تلفنی یا حضوری هماهنگ شد و ضمن ارائه توضیحات در مورد هدف مصاحبه‌ها، به افراد اطمینان داده شد که داده‌ها و سخنان آنان به‌طور کامل و محرمانه حفظ خواهد شد و درعین حال مجازند علی‌رغم موافقت اولیه، در هر زمان از مصاحبه که تمایل داشته باشند، از ادامه کار انصراف دهند. در مرحله بعدی برای تمام افرادی که به‌طور کاملاً آگاهانه و داوطلبانه حاضر به همکاری باشند، فرم رضایت کتبی اخذ شد. به‌منظور افزایش مسائل مربوط به صحت، دقت و حفظ محرمانه بودن محتوای مصاحبه‌ها سعی شد مکانی آرام و دور از هیاهوی محیط کار افراد برای انجام مصاحبه، پیش‌بینی شود. ضمناً مدت‌زمان هر مصاحبه به‌طور متوسط ۴۵ دقیقه با انحراف معیار ۱۰ دقیقه بود.

جهت تحلیل داده‌ها، خلاصه‌نویسی بلافاصله پس از هر مصاحبه (خلاصه‌ها شامل برداشت مصاحبه‌گر از مهم‌ترین ایده‌های مطرح‌شده در مصاحبه)، سپس گوش دادن به فایل صوتی و دست‌نویس کردن محتوای آن، در پایان چک کردن دست‌نوشته‌ها با محتوای فایل صوتی انجام شد. جهت تحلیل محتوا از رویکرد کیفی گرانیم و لوندمن به‌صورت زیر استفاده شد [۲۰]:

۱. محقق مصاحبه‌ها را به‌صورت مکتوب درآورد و آن‌ها را چندین بار مورد مطالعه قرارداد تا شناخت کاملی را از آن به دست آورد.

۲. کل مصاحبه‌ها به‌عنوان واحد تحلیل محسوب شدند. منظور از واحد تحلیل یادداشت‌هایی هستند که قرار است تحت تحلیل و کدگذاری قرار بگیرند.

۳. پاراگراف‌ها، جملات و یا کلمه‌ها به‌عنوان واحد معنایی محسوب شدند. واحد معنایی مجموعه‌ای از کلمات و جملات است که از نظر محتوایی با یکدیگر در ارتباط بوده و باتوجه به محتوا و مفادشان جمع‌بندی شده و در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند.

بودند (جدول شماره ۱). در این مطالعه، با بهره‌گیری از مرور متون و مصاحبه با خبرگان، تعداد ۷۷۷ شاخص شناسایی شد، پس از حذف شاخص‌های تکراری و همپوشانی، به ۴۷۱ شاخص کاهش یافت. سپس با تشکیل کارگروه خبرگان و انجام ارزیابی‌های دقیق‌تر، این تعداد به ۴۰۷ شاخص منتخب محدود شد که به‌عنوان درون‌مایه‌های فرعی شناسایی شدند. این شاخص‌ها براساس مدل زنجیره‌ای برنامه به چهار دسته اصلی شامل ۱۰۰ شاخص ساختاری، ۱۰۱ شاخص فرایندی، ۹۵ شاخص نتیجه‌ای و ۱۱۱ شاخص پیامدی تقسیم شدند. از دیدگاه حاضرین در مطالعه کیفی، ۸ درون‌مایه اصلی مدیریت و رهبری، اداری و پشتیبانی، امکانات و تجهیزات، بهره‌وری، پاراکلینیک، بالینی، مالی و شاخص‌های سبز در تبیین شاخص‌های بیمارستان با رویکرد مدل زنجیره‌ای برنامه نقش مؤثری داشتند (جدول شماره ۲).

شاخص‌های ساختاری شامل منابع و زیرساخت‌های لازم برای عملکرد سیستم هستند، شاخص‌های فرایندی به نحوه اجرای فعالیت‌ها و فرایندهای مرتبط با ارائه خدمات می‌پردازند، شاخص‌های نتیجه‌ای بازتاب کیفیت خدمات و رضایت مشتریان را نشان می‌دهند و شاخص‌های پیامدی اثرات بلندمدت و تأثیرات کلان سیستم بر جامعه و محیط‌زیست را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. این طبقه‌بندی به تحلیل جامع‌تر و درک بهتر عملکرد بیمارستان کمک می‌کند و پیوند منطقی بین منابع، اقدامات و نتایج را به تصویر می‌کشد.

جهت سهولت درک درون‌مایه‌های اصلی و فرعی شاخص‌های سیستم اطلاعات بیمارستانی، این شاخص‌ها با استفاده از مدل زنجیره‌ای برنامه به‌صورت بصری و گرافیکی در تصویر شماره ۱ ارائه شده است.

مدیریت و رهبری

تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها نشان داد حوزه مدیریت و رهبری در بیمارستان با چالش‌های گسترده‌ای در سطوح آموزش، ایمنی، مستندسازی، منابع و ساختارهای مدیریتی مواجه است. مشارکت‌کنندگان بر اهمیت و درعین‌حال ناکارآمدی نسبی برخی برنامه‌ها و فرایندها تأکید داشتند. پرسنل درمانی اذعان کردند آموزش‌ها در بهبود دانش و مهارت آن‌ها نقش مؤثری داشته، اما همچنان نیاز به تنوع در روش‌های آموزشی و ارزیابی اثربخشی آن‌ها وجود دارد.

یکی از مشارکت‌کنندگان تصریح کرد: «راندن‌های آموزشی برگزار شده، تأثیر بسزایی در ارتقای سطح دانش و مهارت پرسنل داشته است. باین‌حال، برای بهبود بیشتر نیاز به تنوع در روش‌های آموزشی و ارزیابی اثربخشی آن‌ها می‌باشد» (م۵).

درعین‌حال، کمبود آموزش‌های عملی نیز از نقاط ضعف

۴. سپس واحدهای معنایی، باتوجه‌به مفهوم نهفته در آن‌ها به سطح انتزاع و مفهوم‌پردازی رسیدند و توسط کدها نام‌گذاری شدند.

۵. کدها از نظر تشابه و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه و تحت طبقات انتزاعی‌تر با برچسب مشخص دسته‌بندی شدند.

۶. درنهایت با مقایسه طبقات با یکدیگر و تأمل دقیق و عمیق بر روی آن‌ها محتوای نهفته درون داده‌ها تحت عنوان درون‌مایه مطالعه معرفی شدند.

جهت صحت و استحکام مطالعه از معیارهای پیشنهادی گوبا و لینکلن استفاده شد [۲۱]. پژوهشگر با شرکت طولانی‌مدت و مشارکت و تعامل کافی با شرکت‌کنندگان، جمع‌آوری اطلاعات معتبر و تأیید اطلاعات توسط مشارکت‌کنندگان، تلاش بر افزودن اعتبار تحقیق نمود. تکرار گام به گام و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، بهره‌گیری از بازبینی توسط استاد راهنما، مشاور و افراد صاحب‌نظر، جهت افزایش اعتماد داده‌ها صورت گرفت. جهت افزایش تأییدپذیری داده‌ها از تأیید اساتید هیئت‌علمی دانشگاه و نظرات تکمیلی آنان استفاده شد و قابلیت انتقال داده‌های مطالعه، با تلاش جهت ارائه توصیف غنی از گزارش تحقیق و همچنین نقل‌قول‌های مشارکت‌کنندگان به همان صورتی که گفته‌شده ارائه شد. یافته‌ها به کارگروه تخصصی ارائه شد. سپس، با بهره‌گیری از تکنیک دلفی (دو دور)، اهمیت و قابلیت اجرای هر شاخص براساس طیف لیکرت ۹ درجه‌ای ارزیابی شد. شاخص‌هایی با میانگین امتیاز کمتر از ۴ حذف، بالاتر از ۷ پذیرفته، و بین ۴ تا ۷ به دور دوم منتقل شدند. اجماع نهایی زمانی حاصل شد که تغییرات امتیازها در دو دور متوالی کمتر از ۱۵ درصد بود و نرخ پاسخ‌دهی کمتر از ۷۰ درصد نبود.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی و محافظت از حقوق مشارکت‌کنندگان، محقق بعد از اخذ معرفی‌نامه از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران، با معرفی خود به مشارکت‌کنندگان و توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، به آن‌ها اطمینان داد مطالب مصاحبه‌شده کاملاً محرمانه و بدون نام بردن از افراد ثبت می‌شود و امانت‌داری در متن مصاحبه و توصیه‌های راهنمای اخلاق در انتشار آثار پژوهشی رعایت می‌گردد.

یافته‌ها

در این مطالعه از نظرات ۲۰ نفر از مدیران، خبرگان علمی و خبرگان اجرایی بیمارستان‌های منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران و دانشگاه علوم پزشکی بابل بهره گرفته شد. ۵۵ درصد از شرکت‌کنندگان زن و ۴۵ درصد از آنان مرد بودند. ۲۵ درصد دارای مدرک دکتری و ۳۵ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۴۰ درصد دارای مدرک کارشناسی

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در تبیین شاخص‌های اطلاعات بیمارستانی

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	زن ۱۱(۵۵)
	مرد ۹(۴۵)
شغل	مدیر ۸(۴۰)
	خبرگان علمی ۳(۱۵)
	کارشناسان ۶(۳۰)
	ارزیابان ۳(۱۵)
سن	۴۰-۳۰ ۵(۲۵)
	۵۰-۴۱ ۱۰(۵۰)
	۶۰-۵۱ ۵(۲۵)
مدرک	کارشناسی ۸(۴۰)
	کارشناسی ارشد ۷(۳۵)
	دکترا ۵(۲۵)
سابقه کار	۱۰-۵ ۱(۵)
	۲۰-۱۰ ۸(۴۰)
	۳۰-۲۰ ۱۰(۵۰)
	۳۵-۳۰ ۱(۵)

مجله تحقیقات سلامت در جامعه

همچنین فرهنگ مدیریت خطا مورد انتقاد قرار گرفت: «در بیمارستان‌ها، گزارش خطا بیشتر به‌عنوان یک مسئله مدیریتی دیده می‌شود تا فرصتی برای یادگیری و بهبود، این باعث می‌شود همکاران از گزارش خطا اجتناب کنند» (۹م)

کیفیت مستندسازی به‌عنوان یکی از ارکان مراقبت ایمن مورد تأکید قرار گرفت: «ثبت دقیق و کامل گزارش‌های پرستاری، پایه و اساس ارائه مراقبت با کیفیت به بیماران است. وقتی اطلاعات درست ثبت نشود، ممکن است تصمیمات اشتباهی گرفته شود و به بیمار آسیب برسد. رهبری باید این موضوع را جدی بگیرد.» (۳م)

باین‌حال، فشار کاری و نقص در کدگذاری پرونده‌ها از موانع جدی شناخته شد: «نقص در کدگذاری پرونده‌ها، می‌تواند به اختلال در سیستم‌های اطلاعاتی و دشواری در دسترسی به اطلاعات منجر شود» (۱۸م)

سامانه «سپاس» یکی از ابزارهای کلیدی در مدیریت اطلاعات بیمار معرفی شد، اما چالش‌هایی در استفاده از آن گزارش شد: «سیستم سپاس بسیار مفید است، اما هنوز مشکلاتی دارد. گاهی اطلاعات به‌درستی بارگذاری نمی‌شود» (۸م)

سیستم آموزشی عنوان شد: «آموزش‌های عملی و کار با تجهیزات جدید، کمتر از آموزش‌های تئوری است و این کمبود باعث می‌شود در هنگام کار، با مشکلات بیشتری مواجه شوند.» (۱۳م)

همچنین به محدودیت زمانی در آموزش بیماران اشاره شد: «پرستاران زمان کافی برای آموزش کامل بیماران در اختیار ندارند و این امر موجب عدم اثربخشی آموزش‌ها می‌شود.» (۹م)

یکی از محورهای اصلی مصاحبه‌ها، ضعف در تحلیل ریشه‌ای خطاها و پیاده‌سازی ابزارهایی مانند تحلیل ریشه‌ای علل بروز خطا^۵ (RCA) و شیوه تجزیه و تحلیل حالات و آثار خطا^۶ (FMEA) بود.

«در بسیاری از حوادث، RCA انجام نشده یا ناقص بوده و این امر مانع از شناسایی و رفع ریشه مشکلات می‌شود.» (۱۲م)؛ «وقتی FMEA به‌درستی انجام می‌شود، می‌تواند به شناسایی نقاط ضعف سیستم‌های ما کمک کند و از بروز بسیاری از خطاها جلوگیری کند. رهبری باید این ابزار را به‌طور جدی در بیمارستان پیاده‌سازی کند.» (۱۴م)

5. Root Cause Analysis (RCA)

6. Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)

از جمله موضوعات مهم در مصاحبه‌ها، تأمین ایمنی شغلی کارکنان و مراقبت‌های پیشگیرانه بود. مشارکت‌کنندگان به نیاز برای معاینات دوره‌ای و کاهش مخاطرات شغلی اشاره کردند: «معاینات دوره‌ای برای شناسایی زودهنگام بیماری‌ها و حفظ سلامت کارکنان ضروری است» (م۱۸)

«محیط کار بیمارستان پر از مخاطرات شغلی است. باید تلاش کنیم تا مخاطرات شغلی را به حداقل برسانیم» (م۱۷)

بهره‌گیری از پیشنهادات کارکنان برای ارتقای عملکرد سازمانی نیز از محورهای کلیدی گفت‌وگوها بود: «از پیشنهادات کارکنان برای بهبود فرآیندها استقبال می‌کنیم که اجرای پیشنهادات مصوب‌شده نشان می‌دهد به نظرات کارکنان اهمیت می‌دهیم» (م۲)

موضوعات مرتبط با کیفیت آب، تصفیه‌خانه و پسماندهای بیمارستانی بخش مهمی از دغدغه‌های کارکنان را تشکیل می‌داد. کاهش کیفیت تصفیه فاضلاب در برخی بخش‌ها گزارش شد:

«نتایج تست اسپور منفی در ماه‌های اخیر به‌طور قابل توجهی افت کرده است. این نشان می‌دهد کیفیت تصفیه فاضلاب در بخش‌های خاصی به خطر افتاده و احتمال آلودگی آب‌های زیرزمینی وجود دارد» (م۶)

از جمله دلایل این وضعیت، کمبود بودجه و عدم نگهداری مناسب عنوان شد. همچنین نگرانی‌هایی درباره کلسنجی و سلامت آب آشامیدنی وجود داشت: «درصد کلسنجی مطلوب آب آشامیدنی در این منطقه پایین است. این موضوع نگرانی‌های بهداشتی جدی را ایجاد می‌کند» (م۹)

«درصد آزمایشات میکروبی مثبت آب آشامیدنی اگر بالاتر از حد مجاز استانداردهای ملی باشد، حاکی از وجود آلودگی میکروبی در منبع آب بیمارستان است» (م۴)

در همین راستا، استفاده ناکافی از وسایل حفاظت فردی نیز مطرح شد: «عدم استفاده از وسایل حفاظت فردی می‌تواند به افزایش ریسک آلودگی آب و احتمال بروز بیماری‌های عفونی منجر شود» (م۳)

باین‌حال، در برخی موارد کیفیت قابل قبولی گزارش شد: «درصد نتایج مطلوب آزمایشات شیمیایی آب آشامیدنی در بیمارستان، نشان‌دهنده کیفیت مطلوب آب از نظر پارامترهای شیمیایی است» (م۱۶)

نحوه اتیکت‌گذاری پسماند عفونی، از موارد مورد انتقاد بود: «متأسفانه، درصد اتیکت‌گذاری پسماند عفونی در این منطقه بسیار پایین است. این موضوع می‌تواند به مسائل بهداشتی و ایمنی جدی منجر شود» (م۱۵)

درعین‌حال، به ضرورت کنترل تولید پسماند در بخش‌های

محدودیت منابع و فشار کاری از موانع مهم اجرای مؤثر پروتکل‌ها و افزایش کیفیت خدمات دانسته شد: «ما تلاش می‌کنیم تمام موارد چک‌لیست را رعایت کنیم، اما گاهی اوقات به‌دلیل کمبود نیرو یا محدودیت‌های بودجه، با مشکل مواجه می‌شویم» (م۱۹)

فرآیندهای رسیدگی به شکایات و تصمیم‌گیری در کمیته‌ها نیز مورد نقد قرار گرفتند: «متأسفانه، فرآیندهای موجود برای پیگیری و بررسی شکایات شفاهی، کارآمد نیستند و ممکن است باعث عدم پاسخگویی به نیازهای بیماران شوند» (م۱۷)

«برخی از مصوبات کمیته‌ها، به‌دلیل عدم درک صحیح از مسائل یا عدم تناسب با شرایط موجود، در عمل کارایی ندارند» (م۱۱)

برخی مصاحبه‌شوندگان وقوع خطاهای بالینی جدی را ناشی از ضعف‌های سیستمی دانستند: «وقوع عمل جراحی به‌صورت اشتباه روی بیمار دیگر نشان‌دهنده نقص جدی در سیستم شناسایی و آماده‌سازی بیمار است» (م۱۰)

«انجام عمل جراحی به‌صورت اشتباه روی عضو سالم پیامدهای جدی برای بیمار و اعتبار بیمارستان دارد» (م۶)

اداری و پشتیبانی

در مصاحبه‌ها، مشارکت‌کنندگان به چالش‌ها و فرصت‌های مرتبط با منابع انسانی، ایمنی کارکنان، آموزش، سلامت محیطی و مدیریت پسماند اشاره کردند. تحلیل داده‌ها نشان داد نقش عملکردهای اداری و پشتیبانی در ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیماران، بسیار کلیدی است. کمبود نیروی انسانی به‌عنوان یکی از چالش‌های اصلی در سیستم اداری و پشتیبانی بیمارستان‌ها مطرح شد.

برخی از مشارکت‌کنندگان به اقدامات انجام‌شده برای کاهش این مشکل اشاره کردند: «باتوجه به کمبود نیرو، تلاش می‌کنیم با جذب نیروهای جدید، نسبت پرستار به تخت را بهبود ببخشیم» (م۴)

همچنین بر ضرورت تطابق تعداد کارکنان پشتیبانی با نیازهای واقعی تأکید شد: «باید تعداد کارکنان پشتیبانی را متناسب با نیازهای بیمارستان تنظیم کنیم» (م۱۶)

در حوزه آموزش، اهمیت ارتقای دانش و مهارت کارکنان به‌ویژه در زمینه‌های عمومی و تخصصی مورد تأکید قرار گرفت: «آموزش‌های عمومی برای همه کارکنان ضروری است تا با آخرین دستورالعمل‌ها و مقررات آشنا شوند» (م۱۱)

«آموزش‌های تخصصی برای ارتقای مهارت‌های ما و ارائه خدمات بهتر به بیماران ضروری است» (م۹)

خاص اشاره شد: «بخش‌های خاصی از بیمارستان میزان بیشتری از پسماند عفونی را تولید می‌کنند. این یافته‌ها برای بهینه‌سازی مدیریت و کنترل پسماند عفونی مفید است.» (م ۱)

نتایج حاصل از اجرای برنامه‌های کنترل کیفی تجهیزات نیز مثبت ارزیابی شد: «پس از اجرای برنامه کنترل کیفی، درصد تجهیزات قبول اعلام‌شده در آزمون‌های کنترل کیفی، به‌طور قابل توجهی افزایش یافت.» (م ۷)

امکانات و تجهیزات

تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد این تم شامل پنج محور کلیدی بود: کالیبراسیون و نگهداشت تجهیزات، تأمین تجهیزات حیاتی، کمبود تجهیزات تخصصی، تأخیر در تعمیرات، و محدودیت بودجه‌ای. تعدادی از مشارکت‌کنندگان بر اهمیت کالیبراسیون منظم تجهیزات تأکید کردند و آن را برای دقت در تشخیص و جلوگیری از آسیب به بیماران حیاتی دانستند: «کالیبراسیون منظم تجهیزات حیاتی است. اگر تجهیزات به‌درستی کالیبره نشوند، نتایج دقیقی به دست نمی‌آید و ممکن است به بیماران آسیب برسد.» (م ۱)

برخی از مصاحبه‌شوندگان به ضرورت تأمین تجهیزات سرمایه‌ای و ترالی‌های اورژانس اشاره داشتند و آن را برای کارایی بالینی حیاتی تلقی کردند: «تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای، قلب تپنده بیمارستان هستند. باید برای به‌روزرسانی و جایگزینی تجهیزات فرسوده سرمایه‌گذاری کنیم.» (م ۲۰)؛ تأمین ترالی‌های اورژانس استاندارد یکی از اولویت‌های ما است.» (م ۴)

چالش اصلی دیگری که مطرح شد، کمبود دستگاه‌های تخصصی مانند سی‌تی اسکن، آنژیوگرافی، پت اسکن و رادیوتراپی بود که پیامدهای مستقیمی بر تأخیر در خدمات تشخیصی و درمانی داشت: «ما با کمبود دستگاه‌های سی‌تی اسکن مواجه هستیم که این موضوع، باعث تأخیر در تشخیص و درمان بیماران می‌شود.» (م ۱۳)

کمبود دستگاه‌های آنژیوگرافی، محدودیت‌های زیادی در انجام روش‌های تشخیصی ایجاد کرده است.» (م ۹)

«تعداد دستگاه‌های پت اسکن بسیار کم است و این امر مداخلات حیاتی را به تأخیر می‌اندازد.» (م ۱۴)

«تعداد اندک دستگاه‌های رادیوتراپی باعث می‌شود بیماران مجبور به سفر به شهرهای دیگر شوند.» (م ۱۶)

یکی دیگر از مشکلات شایع، تأخیر در تعمیر دستگاه‌های معیوب بود که باعث کندی خدمات و استفاده از تجهیزات پشتیبان با کیفیت پایین‌تر می‌شود: «معمولاً چند روز طول می‌کشد تا دستگاه‌های معیوب تعمیر شوند. این تأخیر، روند کاری ما را مختل می‌کند.» (م ۱۲)

نهایتاً، برخی از مشارکت‌کنندگان به صراحت به کمبود بودجه برای تهیه تجهیزات پزشکی ضروری اشاره کردند و آن را مانعی برای توسعه خدمات دانستند: «بودجه اختصاص داده‌شده برای خرید تجهیزات کافی نیست و این مانع از پیشرفت خدمات می‌شود.» (م ۶)

بهره‌وری

مصاحبه‌های انجام‌شده نشان داد مشارکت‌کنندگان مفهوم بهره‌وری را در ارتباط تنگاتنگ با استفاده بهینه از منابع فیزیکی، انسانی و ساختاری بیمارستان می‌دانند. اظهارات آن‌ها را می‌توان در چند محور کلیدی دسته‌بندی کرد:

«بسیاری از شرکت‌کنندگان بر اهمیت فعال نگه‌داشتن حداکثری تخت‌های مصوب، کاهش طول مدت اقامت و افزایش گردش تخت‌ها تأکید داشتند. همچنین کمبود تخت در بخش‌های ویژه، سوختگی، روانپزشکی و اورژانس به‌عنوان مانعی برای ارائه خدمات کارآمد و ایمن مطرح شد. «بالا بودن میزان گردش تخت نشان‌دهنده کارآمدی بیمارستان در پذیرش و ترخیص بیماران است.» (م ۱۵)

یکی از موضوعات پرتکرار، کمبود نیروی انسانی در گروه‌های مختلف از جمله پرستاران، ماماها، پزشکان و کادر خدماتی بود که به‌طور مستقیم بر کیفیت مراقبت، ایمنی بیماران و رضایت کارکنان اثر می‌گذارد. «تعداد بیماران به نسبت پرستار خیلی زیاد است این باعث افزایش استرس شغلی پرستاران می‌شود.» (م ۸)

مشارکت‌کنندگان بر لزوم بهبود فرآیندهای پذیرش و ترخیص، کاهش زمان بین جراحی‌ها و استفاده مؤثرتر از تجهیزات تأکید داشتند. کاربرد فناوری اطلاعات برای تسریع این فرآیندها نیز مورد توجه قرار گرفت: «برای کاهش فاصله چرخش تخت، باید فرآیندهای ترخیص و پذیرش بیماران را بهبود بخشیم.» (م ۱۸)

مشکلات ناشی از توزیع نامتوازن بیمارستان‌ها و متخصصان در سطح کشور یکی دیگر از چالش‌های بهره‌وری بود. این موضوع به تمرکز بیماران در مراکز خاص، افزایش بارکاری، و کاهش دسترسی عادلانه منجر می‌شود. «توزیع نامناسب بیمارستان‌ها باعث نابرابری در دسترسی و کاهش بهره‌وری کلی نظام سلامت می‌شود.» (م ۱۰)

رشد روزافزون مراجعه‌کنندگان سرپایی و بستری، نشانه‌ای از اعتماد عمومی به خدمات بیمارستان‌ها تلقی شد، اما درعین حال فشار مضاعفی را بر کارکنان و زیرساخت‌ها تحمیل می‌کند که در صورت عدم مدیریت، می‌تواند بهره‌وری و کیفیت را کاهش دهد. «این حجم بالای مراجعه نباید باعث کاهش کیفیت خدمات شود.» (م ۵)

پاراکلینیک

بالینی

یافته‌های کیفی حاصل از مصاحبه‌ها نشان می‌دهد عملکرد واحدهای پاراکلینیکی نقش حیاتی در فرآیند تشخیص، درمان و مراقبت از بیماران دارد و چالش‌های متعددی بهره‌وری این بخش‌ها را تحت تأثیر قرار داده است. محتوای مصاحبه‌ها در چند محور کلیدی قابل طبقه‌بندی است: عدم تأمین کامل داروهای موردنیاز در داروخانه‌های بیمارستانی از چالش‌های رایج است که باعث نارضایتی بیماران و تحمیل هزینه‌های اضافی به آن‌ها می‌شود. «مراجعین اغلب مجبور می‌شوند برخی داروها را از بیرون تهیه کنند» (۳م)

-کمبود پرسنل در واحدهای پاراکلینیکی (آزمایشگاه، تصویربرداری، بانک خون و غیره) باعث بروز تأخیر در ارائه خدمات، افزایش خستگی شغلی و کاهش دقت می‌شود. «این حجم کار بالا باعث خستگی و فرسودگی شغلی می‌شود» (۱۸م)

-مشارکت‌کنندگان بر اهمیت کنترل کیفی فرآیندهای آزمایشگاهی تأکید داشتند و از عواملی مانند نوسانات محیطی، خطای انسانی، و پیچیدگی برخی آزمایش‌ها به‌عنوان عوامل خطاپذیر نام بردند. «ما همیشه تلاش می‌کنیم نتایج در محدوده قابل قبول باشند، اما با مشکلاتی مواجه می‌شویم» (۹م)

-افزایش شدید مراجعات به خدماتی مانند CT Scan، MRI و سونوگرافی به ایجاد صف‌های طولانی و تأخیر در پاسخ‌دهی منجر شده است که می‌تواند فرآیند درمان را به تعویق بیندازد. «بیماران باید مدت زیادی در نوبت MRI بمانند» (۱۶م)

-زمان آماده‌سازی گزارش‌ها در رادیولوژی، پاتولوژی و آزمایشگاه‌ها برای آغاز درمان بسیار حیاتی است. تأخیر در این گزارش‌ها، یکی از دغدغه‌های اصلی کارکنان درمانی بود. «هر چه گزارش‌ها زودتر آماده شوند، می‌توانیم درمان را سریع‌تر شروع کنیم» (۱۸م)

-مصاحبه‌شوندگان به مشکلات موجود در مدیریت خون و فرآورده‌های خونی اشاره کردند، از جمله اتلاف خون به‌دلیل انقضا یا عدم استفاده بالینی که هم از نظر اقتصادی و هم اخلاقی چالش‌برانگیز است. «گاهی خون‌ها دور ریخته می‌شوند... این موضوع ناراحت‌کننده است» (۴م)

-بالا بودن درصد گزارش‌های معوق در بخش‌های پاراکلینیکی به‌عنوان شاخصی از ضعف عملکرد سیستم معرفی شد که نیازمند بازبینی فرآیندها و به‌کارگیری راهکارهای اصلاحی است. «باید دلایل این تأخیرها را بررسی و راهکارهایی برای رفع آن‌ها پیدا کنیم» (۲م)

مصاحبه‌شوندگان به نقش اساسی کیفیت درمان و مراقبت‌های بالینی در بهبود نتایج بیمارستانی اشاره داشتند. یکی از مهم‌ترین شاخص‌های مدنظر مشارکت‌کنندگان، نرخ مرگ‌ومیر خالص و ناخالص بود که به‌عنوان نماد کیفیت مراقبت‌ها تلقی می‌شود (۸م، ۱۵م).

-در این میان، موفقیت در احیای قلبی ریوی (CPR) و پیشگیری از مرگ مغزی نیز به‌عنوان اهداف مهم مطرح شدند (۱۷م، ۷م). از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، کاهش زمان‌های حیاتی مانند زمان تعیین تکلیف بیماران در اورژانس (۱۳م، ۲۰م)، زمان رسیدن تیم احیا (۱۴م)، و زمان ورود به اتاق عمل قلب (۳م) می‌تواند تأثیر مستقیمی بر ارتقای کیفیت خدمات و افزایش رضایتمندی بیماران داشته باشد. همچنین تأکید شد میانه زمان تعیین تکلیف و ماندگاری بیماران شاخص‌های دقیق‌تری نسبت به میانگین برای پایش عملکرد اورژانس هستند (۱۲م، ۱۶م).

-برخی مشارکت‌کنندگان به افزایش شاخص‌هایی چون سزارین (۴م، ۱۸م)، بستری بیماران MI (۱۸م، ۹م)، و بستری از اورژانس (۱۱م) اشاره کردند که می‌تواند نشانگر وجود فشارهای سیستمی، نیاز به پیشگیری و یا کمبود خدمات سرپایی باشد. از سوی دیگر، افزایش مشاوره‌های تخصصی و ویزیت‌های تلفنی به‌عنوان نشانه‌ای از همکاری بین‌بخشی مثبت ارزیابی شد (۱۶م، ۸م).

-نگرانی‌هایی نیز درباره کیفیت مراقبت در بخش‌های ویژه مطرح شد. مواردی مانند بروز زخم بستر در CU (۱۵م)، خطاهای مرتبط با تزریق خون (۱۳م)، عفونت‌های بیمارستانی (۱۱م)، و استفاده ناصحیح از ابزارهای جراحی یا زایمانی (۷م، ۶م) نمونه‌هایی از مشکلات موجود در مراقبت‌های ایمن بودند.

-در همین راستا، مصرف صحیح داروهای حیاتی مانند ترومبولیتیک‌ها و اجرای تلفیق دارویی از الزامات ایمنی دارویی عنوان شد (۱۰م، ۱۷م). در حیطه مراقبت‌های مادر و نوزاد، مشارکت‌کنندگان بر ضرورت آموزش تیم مامایی (۴م)، کنترل آسیب‌های نوزادی مانند پنوموتوراکس (۱۹م)، آسفیکسی (۸م)، و کاهش مرگ پرناتال (۲م) تأکید کردند.

-همچنین مواردی مانند کورژ بعد از زایمان (۸م) و اجرای پروتکل‌های ایمن زایمان (۵م، ۱۳م) از دیگر موضوعات مورد اشاره بود.

-در نهایت، مشارکت‌کنندگان بر تحلیل دقیق داده‌های درمانی تأکید داشتند؛ به‌ویژه در خصوص مرگ‌ومیر گروه‌های خاص (نوزادان با آنومالی، کودکان ۱-۵۹ ماه، بیماران قلبی، دیابتی، یا دارای بیماری زمینه‌ای) که می‌تواند به برنامه‌ریزی هدفمند و تخصیص بهینه منابع کمک نماید (۲م، ۷م، ۹م، ۱۲م، ۱۳م، ۱۴م، ۱۵م).



تصویر ۱. تم اصلی و فرعی استخراج شده شاخص های سیستم اطلاعات بیمارستان با رویکرد مدل زنجیره ای برنامه

مجله تحقیقات سلامت در جامعه

مالی

اهمیت نیروی انسانی در عملکرد سازمان است و می تواند به بهینه سازی تخصیص منابع کمک کند. (م ۲)

بهینه سازی مصرف مواد و تجهیزات در بخش های تشخیصی به عنوان راهکاری برای کاهش هزینه ها مطرح شد. «کاهش هزینه های آزمایشگاهی از طریق بهینه سازی مصرف، یکی از راهکارهای کنترل هزینه است.» (م ۱۲)

«تعیین میانگین هزینه هر مراجعه تصویربرداری، نقش کلیدی در برنامه ریزی مالی این بخش دارد.» (م ۱۷)

تحلیل این نسبت برای سنجش پایداری مالی و حمایت از سرمایه گذاری های بلندمدت مورد توجه قرار گرفت. «این نسبت، نشان دهنده جهت گیری مالی بیمارستان و توازن بین هزینه های عملیاتی و توسعه ای است.» (م ۲۰)

ضرورت پایش مستمر هزینه و درآمد واحدهای مختلف برای بهبود عملکرد مالی و تخصیص منابع بهینه مطرح شد. «برآورد هزینه های ماهیانه بخش های بستری، مبنای اصلاح فرآیندهای مالی است.» (م ۲)

«درآمد ماهیانه هر بخش، میزان کارایی و توان درآمدزایی آن را مشخص می کند.» (م ۵)

تحلیل مصاحبه های کیفی نشان داد مدیریت مالی در بیمارستان ها یکی از محورهای کلیدی ارزیابی عملکرد محسوب می شود که چالش های مختلفی در زمینه هزینه کرد، درآمدزایی، تخصیص منابع و کنترل هزینه ها دارد. مشارکت کنندگان بر اهمیت شاخص های مالی در تصمیم سازی و برنامه ریزی استراتژیک تأکید داشتند، در حالی که ناکارآمدی برخی فرآیندهای موجود و کمبود داده های دقیق از جمله موانع اصلی مدیریت مالی مؤثر عنوان شد.

شرکت کنندگان به شاخص هایی چون میانگین هزینه هر بیمار در طول دوره درمان و میانگین هزینه هر بار مراجعه بستری به عنوان ابزارهای مهم در سنجش کارایی و اثربخشی نظام سلامت اشاره کردند. «شاخص میانگین هزینه هر بیمار، میزان منابع مصرف شده برای درمان را نشان می دهد و یکی از مهم ترین معیارهای اقتصادی در ارزیابی نظام های سلامت است.» (م ۳)

«هزینه هر بار مراجعه بستری، نمایانگر مدیریت صحیح یا ناکارآمد منابع در بیمارستان هاست.» (م ۷)

سهم بالای نیروی انسانی در هزینه های بیمارستان از دیگر موضوعات مطرح شده بود. این سهم می تواند هم مزیت و هم چالش تلقی شود. «سهم حقوق و دستمزد از کل هزینه ها، بیانگر

جدول ۲. شاخص‌های سیستم اطلاعات بیمارستان بارویکرد مدل زنجیره‌ای برنامه

مدیریت و رهبری	
شاخص (گویه)	درون مایه
تعداد کل مراجعین بیمارستان	ساختاری
نسبت فضای بالینی به پشتیبانی	
نسبت فضای بخش بستری به فضای بخش اورژانس	
درصد بیماران بستری از اورژانس	
درصد بیماران بستری از درمانگاه	فرایندی
درصد مراجعین سرپایی به داروخانه	
نسبت تخت روز بستری پذیرش بیماران اورژانس	
متوسط زمان پذیرش بیمار	
متوسط زمان ترخیص بیمار	
مدت زمان بازبایی یک پرونده	
درصد آموزش پرسنل جدید ورود	
درصد پرسنل آموزش دیده در زمینه ایمنی و سلامت شغلی	
درصد پرسنل آموزش دیده در زمینه تجهیزات پزشکی	
درصد پرسنل آموزش دیده در زمینه هموویزیولاس	
سرانه آموزش ضمن خدمت کادر پرستاری و مامائی	
درصد میزان فعالیت انجام شده در آموزش بیماران و کارکنان	
درصد برگزاری راندهای آموزشی	
درصد بیماران (تریاز ۴ و ۵) از کل مراجعین اورژانس	
درصد بیماران (تریاز ۱ و ۲ و ۳) از کل مراجعین اورژانس	
درصد RCA انجام شده	
درصد جناسازی البسه و ملحفه‌های آلوده	
درصد رعایت شست‌وشوی دست پرسنل	
درصد پرونده‌های کدگذاری شده	
میزان مستندسازی پرونده	
درصد ارسال پرونده بیماران به سامانه سپاس	
درصد ثبت صحیح گزارش پرستاری	
درصد انجام FMEA در بیمارستان	
درصد بازبیدیهای انجام شده واحد تأسیسات	
درصد بازبیدیهای انجام شده جهت ارزیابی اعتباربخشی	
درصد شکایات ثبت شده بیماران	
درصد شکایات شفاهی بیماران	

مدیریت و رهبری	
شاخص (گویه)	درون مایه
درصد آموزش به بیمار	فرایندی
درصد بازدیدهای مدیریتی انجام شده	
درصد تشکیل کمیته‌های اصلی بیمارستانی	
درصد تشکیل کمیته‌های آموزش	
درصد تکمیل فرم رضایت آگاهانه	
درصد رعایت استانداردهای فرم رضایت آگاهانه	
میزان آگاهی کادر درمان از منشور حقوق بیمار	
میزان خطاهای پزشکی گزارش شده	
میزان خطاهای دارویی گزارش شده	
میزان بیمارپذیری (تعداد بیمار بستری شده به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت منطقه در بیمارستان‌ها)	
درصد رعایت استانداردهای اعتباربخشی	نتیجه ای
درصد مصوبات انجام شده کمیته‌های بیمارستانی	
درصد پیگیری‌های پس از ترخیص	
درصد اجرای مصوبات بازدیدهای مدیریتی	
درصد موارد ترخیص با رضایت شخصی	
درصد ترک با مسئولیت شخصی بستری	
درصد ترک با مسئولیت شخصی اورژانس	
درصد نیدل استیک	
درصد رعایت استانداردهای الزامی ایمنی بیمار	
درصد رعایت استانداردهای ارزیابی اولیه بیمارارن	
درصد رعایت استانداردهای منشور حقوق بیمار	
میزان امتیاز مکتسبه در پیمایش فرهنگ ایمنی	
ارتقاء عملکرد پرسنل در زمینه احیای قلبی-ریوی	
درصد شکایات حل وفصل شده مراجعین اورژانس	
درصد شکایات حل وفصل شده مراجعین بستری	
ضریب شدت حادثه ASR	
شدت تکرار حادثه FSI	
نسبت فوت‌شدگان به بستری‌شدگان	
درصد داروهای درخواست شده خارج از فارموکوبه	
درصد پرونده‌های بستری بدون نقص	
تعداد موارد کودک آزاری	

مدیریت و رهبری	
شاخص (گویه)	درون مایه
میزان اثربخشی آموزش پرستار به بیمار	پیامدی
میزان بروز عفونت‌های بیمارستانی	
درصد میزان ساعت آموزشی تجهیزات پزشکی به کارکنان	
درصد رضایتمندی بیماران اورژانس	
درصد رضایتمندی بیماران بستری	
درصد رضایتمندی بیماران درمانگاه	
درصد رضایت بیماران از امکانات رفاهی و هتلینگ	
درصد رضایت بیماران از رفتار و عملکرد پزشکان	
درصد رضایت بیماران از رفتار و عملکرد پرستاران	
درصد رضایتمندی کارکنان	
میزان اثربخشی مصوبات کمیته‌ها	
درصد انطباق با چک‌لیست ارزیابی سیستم کیفیت در وضعیت بهداشتی آشپزخانه	
میزان خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ایمنی بیمار	
میزان خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ایمنی بیمار منجر به مرگ یا عارضه پایدار	
درصد انجام عمل جراحی به‌صورت اشتباه روی بیمار دیگر	
درصد انجام عمل جراحی به‌صورت اشتباه روی عضو سالم	
درصد انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار	
درصد مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی	
تلقیح مصنوعی با دهنده اشتباه در زوجین نابارور	
درصد موارد سقوط بیماران به کل بیماران پذیرش‌شده	
درصد موارد سقوط از تخت بیماران در طول بستری	
میزان سقوط بیمار منجر به عارضه پایدار یا مرگ	
میزان ایجاد زخم فشاری ۲ و ۱ در بیماران بستری	
میزان ایجاد زخم فشاری درجه ۳ یا ۴ و یا زخم های فشاری تونلی در بیماران بستری	
درصد بروز زخم بستر در بیماران پس از بستری به کل بیماران پذیرش‌شده	
درصد مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده خونی	
درصد مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی	
درصد مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه‌های آلوده	
ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی	
درصد کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین	
درصد جاگذاشتن هرگونه وسیله اعم از گاز، قیچی، پنس و ... در بدن	

مدیریت و رهبری	
درون مایه	شاخص (گویه)
پیمادی	تعداد مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هایپوگلاسمی در مرکز درمانی
	درصد مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه آمبولی عروقی
	درصد مرگ یا ناتوانی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق دارو، دوز دارو، زمان تزریق
	درصد مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه دستکاری غیراصولی ستون فقرات
	موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی
	تعداد موارد ربودن بیمار
	درصد مفقود شدن بیمار بستری بیش از ۴ ساعت
	درصد خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی
	تعداد حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گازهای دیگر...)
	درصد کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلق در درمان
	درصد مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیا متعاقب شوک الکتریکی احیا بیمار و یا اشکالات تجهیزات
	درصد سوختگی‌های بدن بال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اتاق عمل
	موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده‌های اطراف تخت
	اصرار به تزریق داروی خطر آفرین یا قطع تمعدي اقدامات درمانی توسط کادر درمان
	میزان تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پرخطر
ساختاری	میزان تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پرخطر منجر به مرگ یا عارضه پایدار در بیمار
	میزان مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه
	میزان بروز شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو منجر به مرگ یا عارضه پایدار
	میزان بروز شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو
	میزان عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
	میزان عوارض ناشی از بیهوشی یا جراحی
	میزان خونریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
بالینی (درمان)	
درون مایه	شاخص (گویه)
ساختاری	تعداد موارد احیا در بیمارستان
	موارد RTPA
	تعداد کل مشاوره درخواستی
	تعداد مشاوره درخواستی اورژانسی
نسبت مشاوره‌های اورژانسی به مشاوره‌های غیراورژانسی	

بالینی (درمان)	
شاخص (گویه)	درون مایه
در صد ویزیت تلفنی پزشک	ساختاری
تعداد موارد درخواستی مشاوره تغذیه بیماران بستری	
نسبت عمل جراحی به تخت عمل	
درصد انجام مشاوره تغذیه بیماران بستری	
درصد بیماران مراجعه کننده با MI	فرایندی
متوسط زمان جداسازی بیمار از ونتیلاتور	
درصد بیماران بستری در اورژانس به کل مراجعه	
متوسط زمان تأخیر ورود بیمار به اتاق عمل قلب	
میانگین مدت زمان حضور تیم احیا از زمان اعلام کد تا حضور بر بالین بیمار	
میانگین مدت زمان انتظار برای اولین ویزیت پزشک در سطح ۱ تریاژ	
میانگین مدت زمان انتظار برای اولین ویزیت پزشک در سطح ۲ تریاژ	
میانگین مدت زمان انتظار برای اولین ویزیت پزشک در سطح ۳ تریاژ	
میانگین مدت زمان انتظار برای اولین ویزیت پزشک در سطح ۴ تریاژ	
میانگین مدت زمان انتظار برای اولین ویزیت پزشک در سطح ۵ تریاژ	
میانگین زمانی تعیین تکلیف بیماران اورژانس	
میانگین زمانی ماندگاری بیماران بستری شده از اورژانس	
میانگین زمانی تعیین تکلیف بیماران اورژانس	نتیجه ای
میانگین زمانی ماندگاری بیماران بستری شده از اورژانس	
میانگین زمانی تعیین تکلیف بیماران اورژانس	
میانگین زمانی ماندگاری بیماران بستری شده از اورژانس	
میانگین زمان انجام مشاوره اورژانسی	
درصد اعمال جراحی کنسل شده	
میزان کنسل شدن اعمال جراحی قلب	
درصد موارد PCI	
درصد زخم بستر در بیماران بستری در بخش ICU	
درصد ستهای استریل نشده در اتوکلاو با استفاده از کلاس ۶	
میزان مصرف ترومبولیتیک در بیماران قلبی CCU	
درصد بیماران بستری شده در CCU با تشخیص MI	
درصد انجام تلفیق دارویی	
درصد نوزادان پنوموتوراکس	
درصد پارگی و سوراخ شدگی اتفاقی	
درصد سوختگی ناشی از کوتر در اتاق عمل	
میزان بروز خطای تزریق خون	

بالینی (درمان)	
درون مایه	شاخص (گویه)
نتیجه ای	درصد واکنش های ناخواسته بیماران به خون و فراورده های خونی
	درصد زایمان با ابزار
	درصد زایمان های بی درد
	درصد کوراژ بعد از زایمان
	فراوانی موارد مرگ پری ناتال
	درصد القا زایمان
	درصد اپی زیاتومی
	میزان بروز PE و DVT در بیمارستان
	میزان ترومای زایمان و مرگ مادر
	درصد اعزام بیمار
	میزان گزارش عفونت های بیمارستانی
	درصد سزارین به کل زایمان
	درصد زایمان سزارین نخست زا
	درصد سزارین بار اول
	درصد پذیرش مجدد بیماران
پیامدی	درصد زایمان سزارین
	درصد زایمان طبیعی
	در صد احیای ناموفق بستری
	در صد احیاء ناموفق اورژانس
	درصد مرگومیر خالص
	درصد مرگومیر ناخالص
	درصد مرگومیر اورژانس
	درصد مرگومیر کل نوزادان
	درصد مرگومیر نوزادان آنومالی
	درصد مرگومیر نوزادان بالای ۲۶ هفته
	درصد مرگومیر نوزادان زیر ۲۶ هفته
	میزان مرگ ۱ تا ۵۹ ماهه
	درصد سکتة قلبی
	میزان واکنش ناشی از انتقال خون ناسازگار
	میزان گزارش عوارض ناشی از ترانسفوزیون خون
	میزان آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی

بالینی (درمان)	
شاخص (گویه)	درون مایه
میزان آسیب حین تولد نوزاد	پیامدی
درصد جدا شدن زخم محل جراحی	
درصد عفونت بعد از عمل جراحی	
درصد CPR موفقیت آمیز در بخش سی سی یو	
درصد بیمارانی که دچار عفونت محل تراکتوستومی شده‌اند	
درصد بیماران دچار مرگ مغزی	
درصد مکنونیوم اسپیراسیون	
درصد ROP	
درصد آسپکسی	
درصد بیمارانی که پس از شیمی درمانی دچار عارضه می‌شوند	
میزان عفونت‌های بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شده‌اند	
میزان مرده‌زایی	
میزان مرگ کودکان	
میزان موربیدیتی و nearmiss مادران در اثر عوارض زایمان	
شاخص آپگار	
درصد CPR موفق بیماران ترومایی	ساختاری
تعداد موارد CPR موفق در طی یک دوره زمانی مشخص	
درصد موارد CPR موفق بیماران فاقد علائم حیاتی بدو ورود به اورژانس	
درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت از اورژانس	
درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۱۲ ساعت از اورژانس	
میزان بستری مجدد بیمار در بیمارستان	
نسبت کارکنان بالینی به تخت بستری	
نسبت کارکنان درمانی اورژانس به تخت اورژانس	
نسبت کارکنان پشتیبانی به تخت	ساختاری
نسبت کارکنان پرستاری به تخت	
نسبت کادر پرستاری به جمعیت	
نسبت پرستار بخش ویژه به تخت ویژه	
نسبت پزشک به تخت	
نسبت پزشک به جمعیت	

اداری و پشتیبانی	
شاخص (گویه)	درون مایه
نسبت پزشک عمومی به جمعیت	ساختاری
نسبت پزشک متخصص / فوق تخصص به جمعیت	
نسبت نیروی انسانی به تخت	
نسبت پرسنل پرستاری مرد به کل پرسنل پرستاری	
سرانه ساعت کار پرسنل در بیمارستان	
سرانه ساعت آموزشی عمومی پرسنل	
سرانه ساعت آموزشی تخصصی پرسنل	
متوسط زمان تأخیر و تأجیل پرسنل	فرایندی
سرانه ساعت اضافه کار پرسنل	
درصد بازدهی دوره‌های ساختمان	
میزان استفاده از وسایل حفاظت فردی	
درصد انجام تعمیرات تأسیساتی درخواستی	
درصد پیشنهادات مصوب شده کارکنان	
درصد تست اسپور منفی	
درصد کلرسنجی مطلوب آب آشامیدنی	
درصد کنترل کارایی تصفیه خانه فاضلاب	
درصد آزمایشات انجام شده از پساب خروجی تصفیه خانه	
درصد اتیکت گذاری پسماند عفونی	نتیجه ای
درصد معاینات دوره‌ای	
درصد حوادث شغلی ثبت شده در واحد بهداشت حرفه‌ای	
درصد نتایج مطلوب آزمایشات شیمیایی از آب آشامیدنی بیمارستان	
درصد آزمایشات میکروبی مثبت از آب آشامیدنی بیمارستان	
میزان تولید پسماند عفونی	
درصد مخاطرات شغلی کارکنان	
درصد پیشنهادات اجرایی کارکنان	
درصد نتایج آزمایشات بیولوژیک انجام شده از دستگاه اتوکلاد و امحای زیاله	

اداری و پشتیبانی	
شاخص (گویه)	درون مایه
درصد مقالات منتج از طرح	پیامدی
تعدادمقالات چاپ شده درنمایه ISI, SCOPUS, PUBMED و ...	
میزان رضایت شغلی کارکنان	
درصد تجهیزات قبول اعلام شده در آزمون کنترل کیفی	
امکانات و تجهیزات	
شاخص (گویه)	درون مایه
درصد فراهمی تجهیزات ضروری	ساختاری
نسبت ترالی اورژانس موجود به ترالی اورژانس استاندارد	
نسبت دستگاه MRI در ۱ میلیون نفر جمعیت	
نسبت دستگاه سی تی اسکن در ۱ میلیون نفر جمعیت	
نسبت دستگاه آنژیوگرافی در ۱ میلیون نفر جمعیت	
نسبت دستگاه رادیوتراپی در ۱ میلیون نفر جمعیت	
نسبت دستگاه پت اسکن در ۱ میلیون نفر جمعیت	
نسبت دستگاه گاما کامرا در ۱ میلیون نفر جمعیت	فرایندی
تعداد تجهیزات پزشکی سرمایه ای	
متوسط زمان تعمیر تجهیزات پزشکی	
درصدتجهیزات ضروری خریداری شده به تجهیزات ضروری موردنیاز	
درصد کامپیوترهای سرویس شده	
درصد کامپیوترهای رفع عیب شده	
درصد خرید کالاهای درخواست شده	
درصد خرید کالاهای اورژانسی	نتیجه ای
درصد انجام کالیبراسیون تجهیزات	
تعداد بیماران MRI شده	
تعداد بیماران سی تی اسکن شده	
تعداد بیماران آنژیوگرافی شده	
تعداد بیماران رادیوتراپی شده	
تعداد بیماران پت اسکن شده	
تعداد بیماران گاما کامرا شده	

امکانات و تجهیزات	
درون مایه	شاخص (گویه)
پیامدی	درصد کاهش موارد لغو جراحی به دلیل نبود تجهیزات
	درصد خطاهای درمانی ناشی از نقص یا خرابی تجهیزات
	درصد کاهش زمان بستری با استفاده از تجهیزات تشخیصی/درمانی دقیق و سریع
	درصد تأخیر در تشخیص به علت در دسترس نبودن تجهیزات تشخیصی
بهره وری	
درون مایه	شاخص (گویه)
ساختاری	تعداد تخت‌های ثابت
	تعداد تخت فعال
	نسبت تخت‌های فعال به ثابت
	تعداد تخت موقت یا اکسترا
	نسبت عملکرد تخت
	سرانه بیمارستان یا شاخص بیمارستان در جمعیت
	سرانه بیمارستان روانپزشکی یا شاخص بیمارستان روانپزشکی در جمعیت
	سرانه تخت (شاخص تخت به جمعیت)
	سرانه تخت ویژه (شاخص تخت ویژه به جمعیت)
	درصد تخت ویژه به تخت کل
	سرانه تخت سوختگی (شاخص تخت سوختگی به جمعیت)
	سرانه تخت روانپزشکی (شاخص تخت روانپزشکی به جمعیت)
	سرانه تخت اورژانس (شاخص تخت اورژانس به جمعیت)
	سرانه تخت روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی (شاخص تخت روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی)
	سرانه تخت روانپزشکی در بیمارستان‌های تخصصی روانپزشکی (شاخص تخت روانپزشکی در بیمارستان‌های تخصصی روانپزشکی)
	سرانه بیمار به ازای پرستار
	نسبت کادر خدماتی به تخت فعال
	نسبت کادر مامائی به تخت فعال
	تعداد متخصص به ازای تخت فعال
	تعداد کل پرسنل
	تعداد پرسنل پرستاری
	تعداد پزشک

درون مایه	بهره وری شاخص (گویه)
فرایندی	فاصله چرخش تخت
	میانگین تخت روز اشغالی
	میانگین مدت اقامت بیماران
	میانگین مدت اقامت بخش‌های عادی
	میانگین مدت اقامت بخش‌های ویژه
نتیجه ای	نسبت پذیرش بیمار به تخت
	گردش تخت اتاق عمل
	ساعت کار مفید اتاق عمل ماهانه
	تعداد بیمار ترخیص شده
	تعداد مراجعین بستری
	تعداد مراجعین سرپایی
	تعداد مراجعین به درمانگاه
	ضریب اشغال تخت کل بیمارستان
	ضریب اشغال تخت بخش‌های عادی
	ضریب اشغال تخت بخش‌های ویژه
	- درصد تخت روز اشغالی
	تعداد اعمال جراحی
	تخت روز فعال
	تخت روز کل
پیامدی	بهره‌وری تخت عمل
	میزان گردش تخت
	میزان گردش تخت بخش‌های عادی
	میزان گردش تخت بخش‌های ویژه
درون مایه	پارا کلینیک شاخص (گویه)
ساختاری	تعداد مراجعین سرپایی آزمایشگاه
	تعداد مراجعین بستری آزمایشگاه
	نسبت مراجعین بستری به سرپایی آزمایشگاه
	تعداد مراجعین بخش تصویربرداری / رادیولوژی
	تعداد مراجعین سونوگرافی

پارا کلینیک	
درون مایه	شاخص (گویه)
ساختاری	تعداد مراجعین MRI, CT SCAN
	تعداد نسخ سرپایی داروخانه
	تعداد نسخ دارویی بستری
	درصد اقلام دارویی مراجعین (سرپایی و بستری)
	نسبت پرسنل پاراکلینیک به تخت
فرایندی	تعداد بیماران مراجعه کننده جهت اقدامات پاراکلینیک
	مدت زمان تأمین خون و فراورده های خونی از بانک خون
	مدت زمان انجام تست های آزمایشگاهی
	مدت زمان انجام آزمایش های اورژانسی
	مدت زمان انجام آزمایش های غیر اورژانسی
	میانگین زمان پاسخدهی به آزمایشات
	میانگین زمان پاسخدهی به پاتولوژی
	میانگین زمان پاسخدهی به تصویربرداری
	میانگین زمان پاسخدهی به CT Scan
	میانگین زمان پاسخدهی به رادیولوژی
نتیجه ای	درصد موارد خون و فراورده مصرف نشده
	درصد پلاکت های برگردانده شده
	میزان سونوگرافی اورژانسی انجام شده
	درصد پکسل های اوتی
	درصد گزارشات معوقه پاتولوژی
	درصد گزارشات معوقه آزمایشگاه
	درصد گزارشات معوقه تصویربرداری
	درصد گزارشات معوقه CT Scan
	درصد گزارشات معوقه رادیولوژی
	درصد انجام آزمایشات اورژانسی در محدوده زمانی تعیین شده
	درصد داروهای عودتی به تفکیک هر بخش

پارا کلینیک	
شاخص (گویه)	درون مایه
درصد نتایج در محدوده قابل قبول گزارشات آزمایشگاه رفرنس	پیامدی
درصد انطباق نتایج بحرانی آزمایشات با شرایط بالینی بیمار	
درصد انطباق با چک لیست ارزیابی سیستم کیفیت در آزمایشگاه های تشخیصی طبی	
درصد آزمایشات بحرانی	

مالی	
شاخص (گویه)	درون مایه
میانگین هزینه هر بیمار در طول دوره	ساختاری
میانگین هزینه هر بار مراجعه بستری	
سهم حقوق و دستمزد کارکنان از کل هزینه ها	
میانگین هزینه هر بار مراجعه به آزمایشگاه	
میانگین هزینه هر بار مراجعه به واحد تصویربرداری	
نسبت هزینه های سرمایه ای به هزینه های جاری	
هزینه ماهیانه فعالیت هر بخش بستری	
درآمد ماهیانه فعالیت هر بخش بستری	
هزینه ماهیانه فعالیت هر واحد تشخیصی	
درآمد ماهیانه فعالیت هر واحد تشخیصی	
هزینه هر روز تخت بستری اشغال شده / بستری کل	
درآمد هر روز تخت بستری اشغال شده / بستری کل	
میزان هزینه تعمیرات تأسیساتی	
میزان هزینه تعمیرات تجهیزات پزشکی	
هزینه تعمیر و نگهداری ساختمان	
هزینه سیستم اطلاعات بیمارستانی	
درصد هزینه آموزش	
درصد هزینه پژوهش	
نسبت نقدینگی	
نرخ رشد درآمدهای اختصاصی	
میزان درآمد حاصله از مبادلات دارویی	

مالی	
شاخص (گویه)	درون مایه
نسبت درآمد عملیاتی	فرایندی
درصد تفاوت گلوبال (کل درآمد دریافتی از اعمال جراحی گلوبال-خالص دریافتی اعمال جراحی از بیمه‌ها)	
میانگین میزان تأخیر در وصول قطعی مطالبات به تفکیک سازمان‌های بیمه گر	
نسبت تخفیفات واحد مددکاری به کل درآمد بیمارستان	
نسبت بدهی	نتیجه ای
میزان درآمدهای وصول نشده از سوی بیماران بدون تسویه حساب	
میزان کسورات بیمه‌ای	
درصد هزینه دارو و لوازم مصرفی پزشکی به در آمد اختصاصی	
نسبت درآمد به هزینه	پیامدی
درصد هزینه‌های کارپردازی به درآمد اختصاصی	
تعداد کل پرونده‌های راکد (دارای ماده مالی)	
نسبت هزینه کرد دارویی و تجهیزات مصرفی به کل درآمد ماهیانه بیمارستان	
درصد سود حاصل از اعمال جراحی انجام شده	ساختاری
درصد هزینه‌های کل به درآمد اختصاصی	
تأخیر در پرداخت حقوق یا خرید تجهیزات به علت کمبود نقدینگی	
نرخ خروج پزشکان/پرستاران کلیدی به دلیل مشکلات مالی	
نسبت هزینه به درآمد به تفکیک بخش‌ها	
شاخص‌های سبز	
شاخص (گویه)	درون مایه
تعداد خرید تجهیزات و مواد مصرفی بیمارستانی منطبق با معیارهای زیست‌محیطی	ساختاری
میزان تخصیص بودجه مناسب جهت پیاده‌سازی مدیریت فضای سبز	
تعداد خرید مواد و تجهیزات پزشکی قابل استفاده مجدد در صورت امکان	
تعداد خرید تجهیزات و کالاهای عاری از جیوه در بیمارستان	
تعداد استفاده از تجهیزات، وسایل و لامپ‌های کم‌مصرف در بیمارستان	فرایندی
میزان برنامه‌ریزی دقیق و اصولی کنترل عفونت	
میزان جمع‌آوری و بازیافت کاغذهای باطله	
میزان استفاده از نسخ الکترونیک	
میزان استفاده کارکنان از وسایل نقلیه عمومی	
میزان مصرف برق	
میزان مصرف گاز	

شاخص‌های سبز	
شاخص (گویه)	درون مایه
میزان مصرف آب	فرایندی
میزان مصرف کاغذ	
سرانه مصرف آب	نتیجه ای
سرانه مصرف برق	
سرانه مصرف گاز	
سرانه مصرف کاغذ	
سرانه تولید پسماند	
میزان دفن پسماندهای بیمارستانی در منابع طبیعی	پیامدی
نرخ عفونت‌های بیمارستانی ناشی از بهداشت محیط	
دستیابی به استانداردهای سبز مثل LEED، HPH	

مجله تحقیقات سلامت در جامعه

شاخص‌های سبز

یافته‌های حاصل از مصاحبه‌های کیفی نشان داد این شاخص‌ها نه تنها در کاهش هزینه‌ها نقش دارند، بلکه موجب ارتقای کیفیت محیط زیست، سلامت کارکنان و بیماران نیز می‌شوند. مشارکت کنندگان بر لزوم اقدامات پایدار در زمینه مصرف انرژی، کاهش آلاینده‌ها، مدیریت پسماند و دیجیتالی سازی فرایندها تأکید کردند. کاهش مصرف برق، گاز و آب به عنوان راهکارهای مؤثر در صرفه جویی مالی و حفظ منابع طبیعی مطرح شد.

«کاهش مصرف برق، به کاهش هزینه‌های بیمارستان کمک می‌کند.» (۵م)؛ «نظارت بر مصرف گاز و شناسایی نقاط پرمصرف، در کنترل هزینه‌ها بسیار مؤثر است.» (۱م)؛ «بهینه سازی مصرف آب از طریق شیرآلات کم مصرف و بازیافت ضروری است.» (۸م)

تأمین تجهیزات کم مصرف و عاری از مواد مضر، به عنوان اقدامی مؤثر در حفاظت از محیط زیست و سلامت انسانی تلقی شد. «تجهیزات کم مصرف هم هزینه‌ها را کاهش می‌دهند و هم به حفظ محیط زیست کمک می‌کنند.» (۷م)

«خرید تجهیزات پزشکی عاری از جیوه، اولویت ماست تا از سلامت کارکنان و بیماران محافظت شود.» (۱۱م)

برخی مشارکت کنندگان بر اهمیت استفاده از مواد و تجهیزات قابل بازیافت یا قابل استفاده مجدد برای کاهش هزینه و تولید زباله تأکید کردند. «ما همیشه سعی می‌کنیم تجهیزات قابل استفاده مجدد بخریم تا هم منابع مالی را حفظ کنیم و هم محیط زیست را.» (۱۲م)

«هزینه‌های واحدهای تشخیصی باید به صورت ماهانه پایش شود تا بتوان هزینه‌ها را کنترل و بهرهوری را افزایش داد.» (۱۰م) مشارکت کنندگان به اثر منفی کسورات بیمه‌ای بر منابع مالی بیمارستان اشاره کردند. «کاهش کسورات بیمه‌ای مستقیماً باعث بهبود جریان نقدینگی بیمارستان می‌شود.» (۸م)

مسئله مهم در مدیریت مالی، حفظ تعادل بین ارائه خدمات حمایتی مانند مددکاری و حفظ درآمد بیمارستان بود. «توازن بین خدمات مددکاری و درآمد، موضوعی کلیدی در مدیریت منابع مالی است.» (۱۸م)

اجرای استانداردهای درمانی نه تنها کیفیت خدمات را افزایش می‌دهد، بلکه موجب کاهش هزینه‌ها نیز می‌شود. «اجرای پروتکل‌های درمانی استاندارد به کاهش هزینه‌ها و ارتقای کیفیت کمک می‌کند.» (۱۴م)

افزایش تعداد بیماران بستری، ارتقای کیفیت خدمات و جلوگیری از اتلاف منابع از جمله راهکارهای مطرح شده بودند. «افزایش بیماران بستری همراه با ارتقای کیفیت خدمات به افزایش درآمد منجر می‌شود.» (۴م)؛ «مدیریت هزینه‌ها و جلوگیری از هدررفت منابع، از عوامل کلیدی کاهش هزینه‌هاست.» (۶م)

مشارکت کنندگان بر ضرورت هدفمند شدن هزینه‌های آموزش و پژوهش برای حداکثرسازی اثربخشی آن‌ها تأکید داشتند. «هزینه‌های آموزشی باید طوری مدیریت شود که بیشترین بازدهی حاصل شود.» (۹م)

«هزینه‌های پژوهش باید در راستای حل مسائل واقعی بیمارستان‌ها باشد.» (۱۹م)

وجود فضای سبز مناسب، از منظر ارتقای سلامت روانی بیماران و کارکنان حائز اهمیت تلقی شد. «فضای سبز مناسب، محیطی آرامش بخش برای بیماران و کارکنان ایجاد می کند.» (۱۵م)

استفاده از فناوری های دیجیتال و کاهش استفاده از کاغذ باعث تسهیل فرآیندها و کاهش آلودگی محیطی شناخته شد. «استفاده از سیستم های الکترونیکی باعث کاهش مصرف کاغذ و افزایش کارایی می شود.» (۱۶م)؛ «توسعه زیرساخت های نسخ الکترونیک، ضروری است.» (۱۰م)

ترویج استفاده از حمل و نقل عمومی در میان کارکنان، به عنوان اقدامی مؤثر در کاهش آلودگی هوا و ترافیک شهری ذکر شد. «تشویق کارکنان به استفاده از وسایل نقلیه عمومی، به کاهش ترافیک و آلودگی هوا کمک می کند.» (۱۸م)

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف ارائه الگوی مفهومی شاخص های سیستم اطلاعات بیمارستانی با رویکرد مدل زنجیره ای برنامه در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی بابل و دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۴۰۳ انجام شد، با بهره گیری از مرور متون، مصاحبه های تخصصی و کارگروه خبرگان، ۴۰۷ شاخص شناسایی و در قالب ۸ درون مایه اصلی شامل مدیریت و رهبری، اداری و پشتیبانی، امکانات و تجهیزات، بهره وری، پاراکلینیک، بالینی، مالی و شاخص های سبز طبقه بندی گردید.

در درون مایه «مدیریت و رهبری» در مجموع ۱۱۶ شاخص ساختاری، فرایندی، نتیجه ای و پیامدی شناسایی شد. تطبیق این شاخص ها با مطالعات پیشین، حاکی از همسویی مفهومی در عین تفاوت های ساختاری ناشی از مدل مفهومی مورد استفاده است. در مطالعه چاندرا اوبول ردی و همکاران، شاخص هایی مانند نرخ سقوط بیمار و زخم فشاری به عنوان شاخص های کیفیت معرفی شدند؛ در مطالعه حاضر نیز این شاخص ها در دسته پیامدی و در درون مایه مدیریت و رهبری قرار گرفتند که نشانگر هم راستایی مفهومی با این پژوهش است [۲۲].

در پژوهش وفایی نجار و همکاران که با رویکرد کارت امتیازی متوازن انجام شده بود، شاخص هایی نظیر سقوط بیماران، ترخیص با رضایت شخصی و خطاهای دارویی در منظر «فرایندهای داخلی» طبقه بندی شده بودند که در مطالعه حاضر، همان شاخص ها به عنوان شاخص های پیامدی در حوزه مدیریت و رهبری شناسایی شدند. همچنین شاخص هایی چون درصد تشکیل کمیته های بیمارستانی و اجرای مصوبات آن ها که در منظر «رشد و یادگیری» طبقه بندی شده بودند، در مطالعه حاضر در زیرمجموعه مدیریت و رهبری قرار گرفتند.

شاخص رضایتمندی کارکنان نیز که در مطالعه یادشده در منظر مشتری تعریف شده بود، در پژوهش حاضر در درون مایه مدیریت و رهبری جای گرفت [۲۳]. این تفاوت ها ناشی از بهره گیری از مدل زنجیره ای برنامه در پژوهش حاضر است که برخلاف مدل کارت امتیازی متوازن، شاخص ها را براساس سطوح ساختاری، فرایندی، نتیجه ای و پیامدی طبقه بندی می نماید.

در درون مایه «اداری و پشتیبانی» ۳۸ شاخص ساختاری، فرایندی، نتیجه ای و پیامدی شناسایی شد. مطالعه حاضر با مطالعات پیشین تفاوت های معناداری در دسته بندی شاخص ها دارد که عمدتاً ناشی از تفاوت در چارچوب های مفهومی استفاده شده است. در مطالعه وفایی نجار و همکاران، شاخص هایی نظیر «درصد پیشنهادات اجرا شده کارکنان»، «نسبت کادر پرستاری به جمعیت» و «سرانه ساعت آموزشی پرسنل» در منظر «رشد و یادگیری» مدل کارت امتیازی متوازن قرار گرفتند، اما در پژوهش حاضر، شاخص درصد پیشنهادات اجرا شده به دلیل نقش آن در بازتاب اثربخشی تصمیمات مدیریتی، به عنوان یک شاخص نتیجه ای و شاخص های نسبت کادر پرستاری و سرانه آموزش، به دلیل نقش ساختاری شان در منابع انسانی، در گروه ساختاری درون مایه اداری و پشتیبانی طبقه بندی شدند.

همچنین، شاخص «درصد حوادث شغلی ثبت شده در واحد بهداشت حرفه ای» که در مدل وفایی نجار در منظر «مشتری» لحاظ شده بود، در این پژوهش به عنوان شاخص پیامدی تحلیل گردیده است [۲۳]. این جابه جایی مفهومی، به دلیل دیدگاه علت و معلولی مدل زنجیره ای برنامه است. در مطالعه عادل آذر و یونس محمدی نیز شاخص هایی همچون «تعداد تخت، پزشک یا پرستار به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت» به عنوان شاخص های کلیدی در منظر مشتری معرفی شده اند [۲۴]؛ در حالی که در مطالعه حاضر این شاخص ها به عنوان منابع ساختاری در درون مایه اداری و پشتیبانی طبقه بندی شده اند. این تفاوت به این دلیل است که مدل کارت امتیازی متوازن در چهار منظر کلیدی متمرکز است، در حالی که مدل زنجیره ای برنامه به ترسیم مسیر منطقی میان منابع، فرایندها و نتایج توجه دارد.

در درون مایه «بهره وری» ۴۵ شاخص ساختاری، فرایندی، نتیجه ای و پیامدی شناسایی شد. مطابق با یافته های مطالعه حاضر، شاخص هایی مانند درصد اشغال تخت، میانگین مدت اقامت بیمار، میزان گردش تخت، فاصله گردش تخت، نسبت تخت فعال به ثابت و تعداد اعمال جراحی به عنوان شاخص های کلیدی بهره وری شناسایی شده اند. این شاخص ها در بسیاری از مطالعات پیشین نظیر مطالعات محمودی و همکاران [۲۵]، خداداد نادری منش و همکاران [۳]، قاضی زاده و همکاران [۲۶]، دادگر و همکاران [۲۷] نیز به عنوان معیارهای اصلی ارزیابی عملکرد مطرح شده اند.

در پژوهش وفایی نجار و همکاران نیز شاخص‌هایی همچون درصد عفونت بیمارستانی، میانگین زمان انتظار در اورژانس، نرخ مرگ خالص و درصد اعمال جراحی لغوشده در منظر فرایندهای داخلی در BSC دسته‌بندی شدند؛ درحالی‌که در این مطالعه، بر مبنای تحلیل علی مدل زنجیره‌ای، این شاخص‌ها در لایه‌های فرایندی و پیامدی درون‌مایه بالینی جای گرفته‌اند و تصویر دقیق‌تری از تأثیر عملکرد بالینی بر نتایج سلامت بیماران ارائه می‌دهند [۲۳]. علاوه‌براین، شاخص‌هایی مانند درصد بیماران تعیین تکلیف‌شده ظرف ۶ ساعت، درصد CPR ناموفق و میانگین مدت‌زمان تریاژ که در مطالعات معراجی [۴] و ظاهری [۲۸] به‌عنوان شاخص‌های عملکرد اورژانس معرفی شده‌اند، در این مطالعه در طبقات فرایندی، نتیجه‌ای و پیامدی تحلیل شدند. این طبقه‌بندی بر لزوم پایش پیوسته شاخص‌های زمانی و کیفی در اورژانس تأکید دارد.

درنهایت، درون‌مایه بالینی در مدل زنجیره‌ای، با بهره‌گیری از تفکیک دقیق بین ساختار، فرایند، نتیجه و پیامد، امکان ردیابی تأثیر تصمیمات مدیریتی و مداخلات درمانی بر سلامت بیماران را فراهم کرده و نسبت به مدل‌های سنتی مانند BSC، تحلیل علی-معلولی منسجم‌تری از عملکرد بیمارستان ارائه می‌دهد.

در «تم مالی» ۳۸ شاخص شناسایی شد که شامل ۲۱ شاخص ساختاری، ۸ شاخص فرایندی، ۶ شاخص نتیجه‌ای و ۳ شاخص پیامدی است. مطالعات پیشین در حوزه مالی بیمارستانی نیز بر اهمیت این شاخص‌ها تأکید داشته‌اند. در مطالعه رضایی و همکاران، شاخص‌هایی مانند متوسط هزینه به‌ازای هر تخت فعال، متوسط درآمد به‌ازای هر تخت فعال و میانگین شکاف درآمد و هزینه هر تخت به‌عنوان معیارهای کلیدی مالی در بیمارستان‌های دولتی خودگردان معرفی شده‌اند که در این پژوهش نیز در همین چارچوب طبقه‌بندی شده‌اند [۲۹].

همچنین، در مطالعه مزداکی و همکاران، شاخص‌هایی نظیر درآمد سرانه تخت، نسبت سودآوری، نسبت بدهی و نقدینگی به‌عنوان شاخص‌های مالی در دوران قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت بررسی شدند که این شاخص‌ها نیز در مطالعه حاضر به‌عنوان شاخص‌های ساختاری و نتیجه‌ای مالی احصا شده‌اند [۳۰].

در پژوهش وفایی نجار و همکاران نیز شاخص‌هایی ازجمله میانگین هزینه هر بیمار، نسبت هزینه سرمایه‌ای به جاری، میزان کسورات، سهم حقوق کارکنان، درصد هزینه دارو، سهم هزینه آموزش و پژوهش در منظر مالی مدل BSC تحلیل شده‌اند. این شاخص‌ها نیز در مطالعه حاضر، با رویکرد مدل زنجیره‌ای برنامه‌ای، در طبقات ساختاری و فرایندی درون‌مایه مالی بازتعریف شده‌اند [۲۳].

وجه تمایز مطالعه حاضر، استفاده از مدل زنجیره‌ای برنامه‌ای است که امکان تحلیل روابط علی بین ساختار، فرایند و پیامدهای مرتبط با بهره‌وری را فراهم می‌سازد، درحالی‌که مطالعات پیشین از چارچوب‌هایی مانند مدل پابن لاسو، کارت امتیازی متوازن (BSC) یا رویکردهای تلفیقی استفاده کرده‌اند؛ و در مطالعه آذر و محمدی، شاخص‌هایی نظیر درصد اشغال تخت و میانگین اقامت بیمار در منظرهای «فرایندهای داخلی» و «مشتری» در چارچوب کارت امتیازی متوازن قرار گرفتند [۲۴]. درحالی‌که در مطالعه حاضر، این شاخص‌ها با توجه به نقش آن‌ها در بهره‌برداری بهینه از ظرفیت‌ها و منابع ساختاری، در قالب شاخص‌های بهره‌وری تحلیل شده‌اند. از این منظر، شاخص‌های بهره‌وری نه تنها نشانگر وضعیت موجود، بلکه بازتابی از اثربخشی سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های سازمانی هستند. این تحلیل علی امکان ارزیابی اثربخش‌تری از عملکرد بیمارستان فراهم می‌سازد، به‌ویژه در شرایطی چون همه‌گیری کووید-۱۹ که بهره‌برداری بهینه از منابع محدود، نقشی تعیین‌کننده در کارایی سیستم‌های درمانی ایفا می‌کند.

در درون‌مایه «پاراکلینیک» ۳۵ شاخص شناسایی شد که شامل ۱۱ شاخص ساختاری، ۱۳ شاخص فرایندی، ۷ شاخص نتیجه‌ای و ۴ شاخص پیامدی بود. در مطالعه وفایی نجار و همکاران، شاخص میانگین زمان پاسخ‌دهی به آزمایشات در منظر «رشد و یادگیری» در مدل کارت امتیازی متوازن (BSC) قرار گرفت، درحالی‌که در مطالعه حاضر، با توجه به نقش مؤثر آن در بهبود فرایندهای تشخیص و درمان و تأثیر مستقیم بر کیفیت مراقبت، در لایه فرایندی درون‌مایه پاراکلینیک دسته‌بندی شده است [۲۳].

تحلیل انجام‌شده نشان می‌دهد بهبود عملکرد پاراکلینیکی تنها از مسیر افزایش منابع یا تجهیزات حاصل نمی‌شود، بلکه بهینه‌سازی گردش کارها نقش تعیین‌کننده‌ای در ارتقای عملکرد دارد. در مجموع، یافته‌های این مطالعه ضمن هم‌راستایی با مطالعات پیشین، با بهره‌گیری از رویکرد زنجیره‌ای برنامه، تصویری عمیق‌تر و ساختاری‌تر از نقش شاخص‌های عملکردی در ارتقای خدمات پاراکلینیکی ارائه داده و چارچوب تحلیلی مناسبی برای تصمیم‌گیران نظام سلامت فراهم ساخته است.

در درون‌مایه «بالینی» ۸۸ شاخص شناسایی شد شامل ۱۰ شاخص ساختاری، ۱۴ شاخص فرایندی، ۲۹ شاخص نتیجه‌ای و ۳۵ شاخص پیامدی است. در چارچوب مدل زنجیره‌ای برنامه، درون‌مایه بالینی به‌عنوان هسته مرکزی فعالیت‌های بیمارستانی شناخته شده و سایر حوزه‌ها نقش پشتیبان در بهبود کارکرد آن دارند. مطالعات تطبیقی متعدد، هم‌راستایی و درعین حال عمق تحلیلی بالاتری را در مدل زنجیره‌ای نسبت به سایر مدل‌ها نشان می‌دهند. برای نمونه، در مطالعه چاندر اوبول ردی و همکاران، شاخص «میزان عفونت محل جراحی» به‌عنوان شاخص کیفیت معرفی شده بود که در این مطالعه، در لایه پیامدی درون‌مایه بالینی طبقه‌بندی شده و بیانگر اثر مستقیم مراقبت‌های بالینی بر نتایج سلامت است [۲۲].

حامی مالی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه سیده طیبه منصوری در مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی می باشد که این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران می باشد.

مشارکت نویسندگان

طراحی مطالعه: رویا ملک زاده و قاسم عابدی؛ جمع آوری داده ها: سیده طیبه منصوری؛ تحلیل داده ها، نگارش و ویرایش مقاله: سیده طیبه منصوری، رویا ملک زاده قاسم عابدی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از مشارکت کنندگان در مطالعه که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

در این پژوهش، با بهره گیری از مدل زنجیره ای برنامه ای، ۴۰۷ شاخص منتخب در دو دور دلفی در قالب چهار لایه ساختاری، فرایندی، نتیجه ای و پیامدی و در قالب هشت درون مایه اصلی شامل مدیریت و رهبری، اداری و پشتیبانی، امکانات و تجهیزات، بهره وری، پاراکلینیک، بالینی، مالی و شاخص های سبز شناسایی و تحلیل شد. یافته ها نشان دادند شاخص های ساختاری نقش مهمی در سنجش منابع و زیرساخت های مورد نیاز دارند و می توانند مدیران را در تخصیص بهینه منابع یاری دهند. در مقابل، شاخص های فرایندی ابزاری اثربخش برای ارزیابی اجرای مأموریت ها و پیگیری اهداف استراتژیک بوده و موجب تقویت تفکر سیستمی و بهبود مستمر می شوند. شاخص های نتیجه ای به عنوان بازتابی از رضایت مشتریان و کیفیت خدمات ارائه شده، معیاری برای سنجش اثربخشی سازمانی هستند. همچنین، شاخص های پیامدی با تمرکز بر تأثیرات کلان و بلندمدت بر جامعه و محیط زیست، بیمارستان ها را به سمت پایداری و مسئولیت پذیری اجتماعی سوق می دهند.

در مجموع، رویکرد زنجیره ای با ایجاد پیوند منطقی بین منابع، اقدامات و پیامدها، امکان تحلیلی جامع تر از عملکرد بیمارستان را فراهم می سازد. توصیه می شود بیمارستان ها با تمرکز بر ارتقای زیرساخت ها، بهبود کیفیت خدمات، بهره گیری از شاخص های فرایندی برای پایش راهبردی، و توجه به پیامدهای بلندمدت، مسیر بهبود عملکرد و پایداری را دنبال کنند.

محدودیت های مطالعه شامل ماهیت کیفی تحقیق و محدود بودن نمونه به تعداد محدودی از خبرگان و مدیران در دانشگاه های علوم پزشکی مازندران و علوم پزشکی بابل است که باعث می شود نتایج به طور کامل قابل تعمیم به سایر استان ها یا بیمارستان هایی با ساختار متفاوت نباشد. همچنین، نمونه گیری هدفمند و استفاده از روش گلوله برفی، هرچند با هدف افزایش تنوع نمونه انجام شده، ممکن است به سوگیری انتخاب و حضور بیش از حد افرادی با دسترسی آسان تر در نمونه منجر گردد. پیشنهاد می شود در گام های بعدی پژوهش، اعتبارسنجی عملی (Validation) این مدل در چند بیمارستان نمونه انجام شود و همچنین شاخص ها با روش های کمی مانند AHP اولویت بندی گردند تا قابلیت کاربرد و اثربخشی مدل بهبود یابد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله با کد طرح ۱۸۱۰۹ در دانشگاه علوم پزشکی مازندران و کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1402.295 تصویب شد.

References

- [1] Amiresmaili M, Zarei L, Sheibani E, Arabpur A. [Evaluation of the indicators of hospital information system (Persia)]. *Health Inf Manage* 2013; 10(1):3-15. [Link]
- [2] Thanos L, Gallos P, Zoulias E, Mantas J. Investigating the success of "asklepiao voulas" hospital information system. In: Mantas J, Stoicu-Tivadar L, Chronaki C, Hasman A, Weber P, Gallos P, et al, editors. *Public health and informatics*. Amsterdam: IOS Press; 2021. [DOI:10.3233/SHTI210245]
- [3] Naderi Manesh K, Nasiripour A, Masoudi Asl S, Babouei A, Ostovar R, Rezanjad M. [The study of the status of performance indicators in selected educational and non-educational hospitals of tehran province (Persian)]. *Armaghane Danesh*. 2020; 25(1):104-17. [DOI:10.52547/armaghanej.25.1.104]
- [4] Meraji M, Mirzaee S, Taghizade E, Monazah F. Comparing emergency department performance indicators in trauma centers. 2019. *J Health Adm*. 2019; 22(3):67-78. [Link]
- [5] Moghadamnia A, Jahani M, Bijani A, Yaminfirooz M, Naghshineh A, Mohammadnia K. [Evaluation of performance indicators and frequency of patient referrals in the hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences in 2013 (Persian)]. *J Babol Univ Med Sci*. 2016; 18(5):61-9. [DOI:10.22088/jbums.18.5.61]
- [6] Reisi-Nafchy M, Drees F, Mirzaeian R R. [Assessment of performance indicators in Hospitals University of Medical Sciences based on the standards of the Ministry of Health (Persian)]. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2014; 15(6):60-7. [Link]
- [7] Dehghani M, Rahimi B, Makhdomi K, Jebraeily M. [Determining key performance indicators in dialysis management dashboard for monitoring service quality (Persian)]. *J Mod Med Inf Sci*. 2023; 9(1):46-55. [DOI:10.32598/JMIS.9.1.8]
- [8] Jahanbakhsh M, Raeisi AR, Javaheri Kian E. [Identification of hospital information system performance key indicators for benchmarking; A qualitative study (Persian)]. *Manage Strateg Health Syst*. 2018; 3(1):17-32. [Link]
- [9] Tofighi S, Fallah M, Khajeh Azad M. [Quality evaluation of knowledge management in a military hospital based on the Baldrige excellence model (Persian)]. *J Mil Med*. 2012; 13(4):213-6. [Link]
- [10] Raadabadi M, Mobaraki H, Nazari A, Bakhteyari M. Investigations the functional indicators change due to implementation information system in Sina hospital. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2013; 15(5):90-6. [Link]
- [11] Asadi H, Soola AH, Hamidi R, Rezapour A, Ershadifard S, Davari M. [Performance indicators of hospitals affiliated to Ardabil University of Medical Sciences in 2019 (Persian)]. *J Iran Inst Health Sci Res*. 2021; 20(3):285-93. [DOI:10.52547/payesh.20.3.285]
- [12] Malekzadeh R, Mahmoodi G, Abedi G. [Assessment of hospital performance using balanced scorecard model and program chain pattern (Persian)]. *J Health Promot Manage*. 2019; 8(3):53-8. [Link]
- [13] Zolfaghari Z, Rezayatmand M, Alizadeh M, Saghaeiannejad S. Profiles for the key performance indicators (KPIs) of the hospital financial information system. *J Health Adm*. 2025; 28(1):95-108. [DOI:10.61882/jha.28.1.95]
- [14] Anema HA, Kievit J, Fischer C, Steyerberg EW, Klazinga NS. Influences of hospital information systems, indicator data collection and computation on reported Dutch hospital performance indicator scores. *BMC Health Serv Res*. 2013; 13:212. [DOI:10.1186/1472-6963-13-212] [PMID]
- [15] Hofer TP, Bernstein SJ, Hayward RA, DeMonner S. Validating quality indicators for hospital care. *Jt Comm J Qual Improv*. 1997; 23(9):455-67. [DOI:10.1016/S1070-3241(16)30332-7] [PMID]
- [16] Aloh HE, Onwujekwe OE, Aloh OG, Nweke CJ. Is bed turnover rate a good metric for hospital scale efficiency? A measure of resource utilization rate for hospitals in Southeast Nigeria. *Cost Eff Resour Alloc*. 2020; 18:21. [DOI:10.1186/s12962-020-00216-w] [PMID]
- [17] Mayelafshar M, Noohi F, Riahi L, Nikravan A. [Key performance indicators of emergency department: A literature review (Persian)]. *Iran J Cardiovasc Nurs*. 2019; 8(1):10-9. [Link]
- [18] Schmaltz SP, Williams SC, Chassin MR, Loeb JM, Wachter RM. Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission accreditation. *J Hosp Med*. 2011; 6(8):454-61. [DOI:10.1002/jhm.905] [PMID]
- [19] Nippak PM, Veracion JJ, Muia M, Ikeda-Douglas CJ, Isaac WW. Designing and evaluating a balanced scorecard for a health information management department in a Canadian urban non-teaching hospital. *Health Inf J*. 2016; 22(2):120-39. [DOI:10.1177/1460458214537005] [PMID]
- [20] Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(2):105-12. [DOI:10.1016/j.nedt.2003.10.001] [PMID]
- [21] Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, Giardina MD, Cannella GS, editors. *Handbook of qualitative research*. Los Angeles: Sage; 1994. [Link]
- [22] Reddy CO, Kamath R, Joseph Nazareth JJ, Lakshmi V, Kamath S. [Analysis of quality indicators in operation theatres and intensive care units in a tertiary care hospital in South India (Persian)]. *J Health Adm*. 2023; 26(2):66-83. [DOI:10.22034/26.2.66]
- [23] Vafae-najar A, Ebrahimipour H, Houshmand E, Zomorodiani H. [Identification and prioritization of hospital performance evaluation indices by combination of balanced scorecard and Delphi (Montaserieh Hospital) (Persian)]. *Navid No*. 2018; 21(66):1-11. [DOI:10.22038/nj.2018.31272.1122]
- [24] Azar A, Mohammadi Y. Developing a mathematical model for hospitals performance evaluation: An hybrid approach of FHNBS, SAW and LINMAP. *J Health Syst Res*. 2014; 10(3):509-24. [Link]

- [25] Mahmoodi A, Taji M, Ayask FA. Evaluating the performance of inpatient wards in hospitals affiliated with Birjand University of Medical Sciences using the pabon-lasso model in the years before and during the COVID-19 pandemic. *J Manage Strateg Health Syst.* 2023; 8(2):116-29. [DOI:10.18502/mshsj.v8i2.13649]
- [26] Ghazizadeh J, Partovi Y, Alidoost S, Kavakebi N. [Performance indicators of hospitals affiliated to Health Network in East Azerbaijan before and after health reform (Persian)]. *Payesh.* 2018; 17(3):217-26. [Link]
- [27] Dadgar R, Mahmoudi G. [The impact of health system reform plan on the hospital's performance indicators of Lorestan University of Medical Sciences (Persian)]. *Yafte.* 2017; 19(2):93-102. [Link]
- [28] Zaheri MM, Zarei MR, Sate FS, Hashemi SS. Comparison of the performance indicators of the Emergency Department of Qom Shahid Beheshti Hospital before and after the Health Transformation Plan,(Iran). *Qom Univf Med Sci J.* 2019; 13(10):19-25. [DOI:10.29252/qums.13.10.19]
- [29] Rezaee M, Shahbazifard M, Omranikhoo H. [Financial Indicators of public autonomous hospitals: A case study in Bushehr province in 2021 (Persian)]. *Iran South Med J.* 2023; 26(2):114-26. [DOI:10.61186/ismj.26.2.114]
- [30] Mazdaki A, Rezapour A, Khalilabad TH, Mohamadkhani N. [Factors affecting financial indicators in selected hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences before and after health system reform plan (Persian)]. *J Health Adm.* 2019; 22(1):40-8. [Link]