

# رابطه استقرار شاخص‌های کیفی ارزشیابی با کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان\*

امیر اشکان نصیری پور<sup>۱</sup>، انیس عباسی<sup>۲</sup>، شهرام توفیقی<sup>۳</sup>، ناصر بهنام پور<sup>۴</sup>، محمودرضا گوهری<sup>۵</sup>

## چکیده

**مقدمه:** به منظور ارتقای فرایند ارائه خدمات درمانی، رعایت حقوق بیماران و ایجاد وحدت رویه در خط مشی‌های درمانی، در سال ۱۳۸۲ شاخص‌های کیفی ارزشیابی به کلیه بیمارستان‌های کشور ابلاغ گردید. این پژوهش با هدف بررسی وضعیت اجرای دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده و رابطه‌ی استقرار آن‌ها به صورت شاخص‌های کیفی ارزشیابی با کیفیت خدمات بیمارستان‌های پایلوت دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام پذیرفت.

**روش بررسی:** این پژوهش یک مطالعه‌ی تحلیلی بود که بر اساس اطلاعات موجود در پرونده‌های بیماران، قبل از ابلاغ دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده و بعد از ابلاغ آن، کیفیت خدمات اندازه‌گیری و نتایج آن با یکدیگر مقایسه شد. جامعه‌ی آماری، پرونده‌های بیمارستانی بود که طی سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶ در بیمارستان‌های پایلوت دانشگاه علوم پزشکی گلستان تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند و همچنین پرونده‌ی کلیه مادران بارداری که در بیمارستان‌های مذکور زایمان نموده بودند. حجم نمونه شامل ۷۹۲ پرونده بود که به روش طبقه‌ای متناسب، انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از سه نمونه چک لیست و یک فرم اطلاعاتی استاندارد که ابلاغی از سوی وزارت بهداشت بوده است، از اسناد و مدارک پزشکی بیمارستان‌های پایلوت جمع‌آوری شد. داده‌ها به کمک آزمون آماری  $\chi^2$  و به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS<sub>۱۶/۵</sub> تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** در سال ۱۳۸۱ در ۵/۱ درصد و در سال ۱۳۸۶ در ۳۲/۱ درصد پرونده‌های مورد بررسی دستورالعمل ارزشیابی پیش از اعمال جراحی الکتیو رعایت شده بود که این تغییر از نظر آماری در سطح خطای  $\alpha = ۰/۰۵$  معنی‌دار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). در سال ۱۳۸۱، در ۳۱/۶ درصد و در سال ۱۳۸۶ در ۴۴/۹ درصد پرونده‌ها، دستورالعمل آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی به طور کامل رعایت گردیده بود ( $P < ۰/۰۰۱$ ). در سال ۱۳۸۱ در ۷۷/۸ درصد و در سال ۱۳۸۶ در ۸۵/۱ درصد پرونده‌های مورد بررسی، راهنمای تسکین درد به طور کامل رعایت شده بود ( $P = ۰/۰۰۱$ ). در سال ۱۳۸۱، در بیمارستان‌های مورد مطالعه ۴۹ درصد زایمان‌ها سزارین بود که در سال ۱۳۸۶ به ۴۲ درصد کاهش یافته بود ( $P < ۰/۰۰۱$ ). بیشترین اندیکاسیون سزارین مربوط به اندیکاسیون سزارین قبلی بود. در کلیه محوره‌های مورد مطالعه، بین استقرار شاخص‌های کیفی و کیفیت خدمات، رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** اجرای دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده تا حدودی منجر به بهبود کیفیت خدمات درمانی گردیده است. با استقرار ضوابط اجرایی لازم و بازنگری‌های مکرر در خصوص دستورالعمل‌های ارزشیابی کیفی بیمارستان‌ها، کیفیت خدمات افزایش می‌یابد.

**واژه‌های کلیدی:** شاخص‌ها؛ کیفیت مراقبت‌های بهداشتی؛ ارزشیابی؛ بیمارستان‌ها.

## نوع مقاله: تحقیقی

پندیرش مقاله: ۸۸/۱۱/۵

اصلاح نهایی: ۸۸/۶/۳۰

دریافت مقاله: ۸۷/۱۲/۱۲

**ارجاع:** نصیری پور امیر اشکان، عباسی انیس، توفیقی شهرام، بهنام پور ناصر، گوهری محمودرضا. رابطه‌ی استقرار شاخص‌های کیفی ارزشیابی با کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۱۲۵-۱۳۷.

## مقدمه

\* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد و بخشی از طرح تحقیقاتی شماره ۳۵/۶۸۶۶ با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی گلستان می‌باشد.

۱. استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران.

۲. کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

۳. استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...، تهران، ایران.

۴. مربی، آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۵. استادیار، آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

بیمارستان‌ها به عنوان مرکز ثقل ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، از عوامل تعیین‌کننده در توفیق بخش بهداشت و درمان و گسترش عادلانه‌ی مراقبت‌ها در کلیه سطوح شبکه به شمار می‌روند (۱). تأکید بیش از حد بر شاخص‌های کمی در نظام ارزشیابی بیمارستان‌ها، باعث افت عملکرد مراکز درمانی و

میزان‌های دیگر از قبیل میزان مرگ‌ها، عوارض ناخواسته، توان تأمین مالی بیمارستان‌ها و توانایی بیمارستان‌ها برای سازگاری با آخرین و جدیدترین شیوه‌های درمانی توجهی نداشته است. همچنین نتایج مطالعات فراوان بازرنگری و تصحیح معیارهای ارزشیابی فعلی بیمارستان‌ها را ضروری می‌داند (۹-۷).

در ایران دفتر ارزشیابی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأکید بر شاخص‌های ساختاری و منابع، بیمارستان‌ها را درجه‌بندی می‌نماید. اما پاره‌ای از تحقیقات و نتایج تحقیقات بالا نشان می‌دهد که ارزشیابی و درجه‌بندی بیمارستان‌ها با تأکید بر این شاخص‌ها به تنهایی کافی نیست و دارای نارسایی‌های مهمی است (۲). بنابراین جایگاه راهکارهایی علمی جهت غلبه نمودن بر این نارسایی‌ها در نظام درمانی کشور خالی است و هنوز هم پر نشده است، اما چند سال است در حوزه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تلاش‌هایی از قبیل تنظیم و افزودن دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریتی شده در قالب شاخص‌های کیفی ارزشیابی، آغاز شده است تا این موضوع مهم را به منصفه عمل برساند.

از این‌رو، پژوهش حاضر به منظور بررسی وضعیت اجرای دستورالعمل مراقبت‌های مدیریتی شده در خصوص نسبت سزارین به کل زایمان‌ها، میزان مصرف آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی قبل از جراحی، رعایت ضوابط ارزیابی‌های لازم قبل از اعمال جراحی الکتیو و میزان مصرف داروهای مسکن قبل و بعد از استقرار آن‌ها (به عنوان شاخص‌های کیفی ارزشیابی بیمارستان‌ها) و رابطه‌ی استقرار آن‌ها با کیفیت خدمات درمانی انجام گرفت.

### روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه‌ی تحلیلی بود که در آن بر اساس اطلاعات موجود در پرونده‌های بیماران، قبل از ابلاغ دستورالعمل مراقبت‌های مدیریتی شده و بعد از ابلاغ آن، کیفیت خدمات اندازه‌گیری و نتایج آن با یکدیگر مقایسه شده است. جامعه‌ی آماری، پرونده‌های بیمارانی بود که طی

عدم انگیزه برای ارتقای فرایندهای درمانی آن‌ها شده است. از این‌رو فقدان یک ساز و کار ارزشیابی مؤثر بر عملکرد بیمارستان‌ها، باعث افزایش نارضایتی مردم از بخش درمان کشور می‌گردد (۲).

مراقبت مدیریت شده به روشی اتلاق می‌شود که مراقبت سلامتی را با یک کیفیت قابل قبول در سطح جامعه و بیشترین کارایی و اثربخشی ممکن عرضه می‌کند. هدف مراقبت مدیریت شده، برقراری روشی مناسب برای مراقبت از بیمار، تشخیص روش‌های درمانی غیر ضروری و تشخیص پزشکانی است که خارج از هنجارهای جامعه‌ی بهداشتی و درمانی عمل می‌کنند تا رفتارشان را تغییر دهند (۴، ۳).

در کشور ما به منظور ارتقای فرایند ارایه‌ی خدمات درمانی، رعایت حقوق بیماران، افزایش کیفیت در ارایه‌ی خدمات درمانی و ایجاد وحدت رویه در خط مشی‌های درمانی، برخی از دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریتی شده، در قالب شاخص‌های کیفی ارزشیابی جهت کاربرد و به منظور کیفی کردن ارزشیابی بیمارستان‌ها به کلیه‌ی بیمارستان‌های کشور در سال ۸۲ ابلاغ گردیده است (۵). اما جهت تحقق اهداف مذکور، شناسایی بستر اجرایی مناسب با مبانی قانونی و ضمانت‌های اجرایی لازم، جهت پیاده‌سازی این دستورالعمل‌ها لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

نتایج پژوهش نصیری‌پور و همکاران نشان می‌دهد که کاربرد دستورالعمل مراقبت‌های مدیریتی شده بر ارزیابی قبل از اعمال جراحی می‌تواند نقش سازنده‌ای در کاهش عوارض ناشی از اعمال جراحی و بهبود کیفیت خدمات ایفا نماید (۶).

مطالعات بسیاری در مورد ارتباط بین درجه‌ی ارزشیابی بیمارستان‌ها با میزان عملکرد و دستیابی آن‌ها به مراقبت‌های با کیفیت در داخل و خارج کشور صورت گرفته است که نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که ارتباطی بین درجه‌ی اعتبار بخشی بیمارستان‌ها و مراقبت‌های با کیفیت نیست. همچنین نتایج پژوهش‌ها در خارج کشور نشان داده است که شورای مشترک اعتبار بخشی در طول ۵۰ سال گذشته، به طور تقریبی فقط میزان‌های ساختاری و فرایندی را به کار برده است و به

منظور مقایسه‌ی یکسان، پرونده‌هایی با اعمال جراحی یکسان در سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶ مورد مطالعه قرار گرفتند. در مجموع ۷۹۲ پرونده طی این ۲ سال جهت هر ۳ دستورالعمل مورد ارزیابی قرار گرفت. جهت بررسی میزان سزارین‌ها کلیه‌ی فرم‌های آماری مربوط بررسی گردید. تعداد نمونه‌ی به دست آمده مطابق جدول ۱ می‌باشد.

در این پژوهش، در واقع محقق مداخله‌ای را که در سال ۱۳۸۲ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت گرفت و شامل ابلاغ دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده به صورت استقرار شاخص‌های کیفی ارزشیابی بود، بدون هیچ گونه مداخله‌ای و بر اساس اطلاعات موجود در پرونده‌ی بیماران ثبت کرده است.

داده‌ها از طریق سه نمونه چک لیست استاندارد و تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مربوط به دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده و یک فرم اطلاعاتی نسبت سزارین به کل زایمان‌ها گردآوری شد (۵). گردآوری داده‌ها توسط چک لیست و فرم اطلاعاتی انجام شد. عملکرد هر بیمارستان در خصوص هر یک از آیتم‌های چک لیست، نمره‌دهی و در نرم‌افزار SPSS ثبت گردید. به منظور تعیین رابطه‌ی استقرار هر یک از شاخص‌های کیفی با کیفیت خدمات بیمارستانی مربوط از آزمون آماری  $\chi^2$  استفاده شد.

سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶، در بیمارستان‌های پایلوت دانشگاه علوم پزشکی گلستان (بیمارستان‌های عمومی دولتی مجری طرح استقرار شاخص‌های کیفی) تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند و یا از داروهای مسکن استفاده کرده بودند. همچنین کلیه‌ی مادران بارداری که در بیمارستان‌های مذکور در این فاصله زمانی زایمان نموده بودند.

جهت بررسی میزان سزارین‌ها کلیه‌ی فرم‌های آماری مربوط بررسی گردید و برای سایر مراقبت‌ها از آنجا که جامعه‌ی آماری مورد مطالعه از ۷ بیمارستان مختلف تشکیل شده بود، برای تقسیم حجم نمونه، به روش طبقه‌ای متناسب، عمل شد. در این پژوهش هر بیمارستان یک طبقه در نظر گرفته شد و به تناسب تعداد اعمال جراحی هر بیمارستان، تعداد ۳ تا ۶ پرونده از بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند و یا از داروهای مسکن استفاده نموده‌اند، هر ماه به طور متناسب در بین بیمارستان‌های مورد مطالعه توزیع شد. برای انتخاب هر پرونده در سال ۱۳۸۱، به صورت تصادفی و طبقه‌ای عمل شد. در سال ۱۳۸۶ نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف انجام شد و به صورت منتخب پرونده پزشک مشخص در سال ۱۳۸۱ با نوع عمل جراحی مشخص، در سال ۱۳۸۶ پرونده‌ی همان پزشک، با همان نوع عمل جراحی انتخاب شد. در صورت عدم فعالیت آن پزشک در سال ۱۳۸۶ در بیمارستان‌های مورد مطالعه، به

جدول ۱: نمونه پژوهش

نام بیمارستان	تعداد نمونه در سال ۱۳۸۱	تعداد نمونه در سال ۱۳۸۶	کل نمونه
امام خمینی (ره) بندر ترکمن	۶۰	۶۰	۱۲۰
شهدا بندر گز	۳۶	۳۶	۷۲
امیرالمومنین (ع) کردکوی	۷۲	۷۲	۱۴۴
قائم (عج) علی آباد	۶۰	۶۰	۱۲۰
فاطمه الزهرا (س) مینودشت	۳۶	۳۶	۷۲
شهدای گنبد	۶۰	۶۰	۱۲۰
شهید مطهری گنبد	۷۲	۷۲	۱۴۴
جمع پرونده‌ها	۳۹۶	۳۹۶	۷۹۲

### یافته‌ها

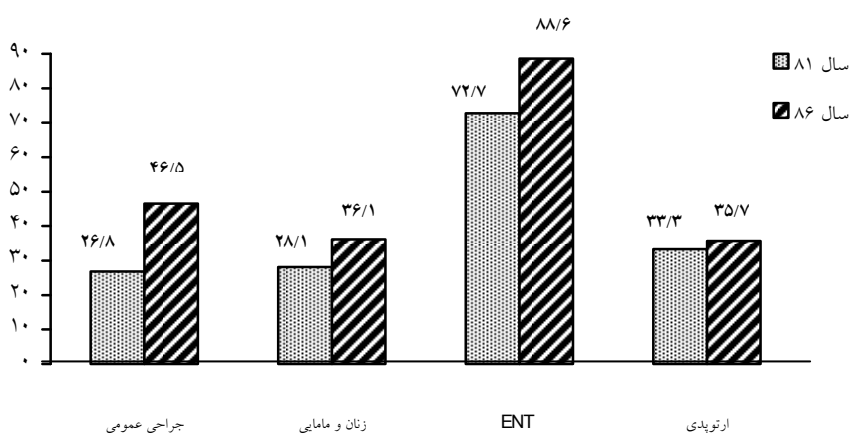
در رابطه با دستورالعمل مراقبت مدیریت شده، ارزیابی قبل از اعمال جراحی، در سال ۱۳۸۱ در ۵/۱ درصد پرونده‌های مورد بررسی، دستورالعمل ارزیابی پیش از اعمال جراحی الکتیو به طور کامل رعایت شده بود که در سال ۱۳۸۶ به ۳۲/۱ درصد رسید. به طور کلی رابطه‌ی ابلاغ این دستورالعمل با کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان مثبت و معنی‌دار بود ( $\alpha = 0/05, P < 0/001$ ) (جدول ۲).

در مورد دستورالعمل ارزیابی پیش از اعمال جراحی، بهترین عملکرد را در سال ۱۳۸۶ به ترتیب بیمارستان‌های فاطمه الزهرا (س) مینودشت و شهدای بندر گز داشتند که به ترتیب در ۹۱/۷ درصد و ۸۳/۳ درصد پرونده‌ها، دستورالعمل ارزیابی پیش از اعمال جراحی الکتیو به طور کامل رعایت شده است (جدول ۲). در سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶ به غیر از ثبت معیارهای انجمن بیهوشی آمریکا (۶/۲ درصد در سال ۱۳۸۱ و ۵۳/۸ درصد در سال ۱۳۸۶)، به طور متوسط ۹۱ درصد از بقیه‌ی موارد عنوان شده در دستورالعمل در سال ۱۳۸۱ و ۹۵ درصد در سال ۱۳۸۶ برای بیماران پیش از عمل جراحی الکتیو رعایت شده است که این تغییر از نظر آماری معنی‌دار است ( $P < 0/002$ ). غیر از درخواست آزمایش‌های پاراکلینیک، در سایر موارد قید شده در دستورالعمل ارزیابی قبل از اعمال جراحی، بین ابلاغ

دستورالعمل مذکور و میزان رعایت آن‌ها رابطه‌ی معنی‌دار و مثبتی وجود داشت (جدول ۳).

در رابطه با دستورالعمل مراقبت مدیریت شده آنتی‌بیوتیک تراپی پروفیلاکتیک قبل از جراحی، در سال ۱۳۸۱، در ۳۱/۶ درصد پرونده‌ها دستورالعمل آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی به طور کامل رعایت شده است که در سال ۱۳۸۶ به ۴۴/۹ درصد افزایش یافته است. یافته‌ها نشان داد که رابطه‌ی استقرار این دستورالعمل با میزان مطابقت مصرف آن، در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان مثبت و معنی‌دار بود ( $\alpha = 0/05, P < 0/001$ ). بهترین عملکرد را در سال ۱۳۸۶ به ترتیب بیمارستان‌های شهید مطهری گنبد، با رعایت دستورالعمل فوق در ۷۲/۲ درصد پرونده‌ها و امیرالمومنین (ع) کردکوی با ۶۲/۵ درصد داشته‌اند.

در سال ۱۳۸۱، تنها در ۴۵/۷ درصد پرونده‌ها زمان تجویز آنتی‌بیوتیک (۳۰-۴۵ دقیقه قبل از عمل) با دستورالعمل استاندارد تطابق داشته است و در ۵۴/۳ درصد موارد حین و بعد از عمل تجویز شده است که در سال ۱۳۸۶ به ۶۲/۱ درصد تطابق رسید. در سال ۱۳۸۱ در ۴۶/۵ درصد موارد، آنتی‌بیوتیک بیشتر تجویز شده است که این میزان در سال ۱۳۸۶ به ۳۳/۳ درصد کاهش یافت (جدول ۲). دستورالعمل مذکور در اعمال جراحی گوش و حلق و بینی بیش از سایر انواع اعمال جراحی رعایت گردیده است (نمودار ۱).



نمودار ۱: میزان اجرای دستورالعمل آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی در انواع اعمال جراحی در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶

جدول ۲: توزیع فراوانی پرونده‌های مورد مطالعه بر حسب میزان اجرای شاخص‌های کیفی ارزشیابی در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶

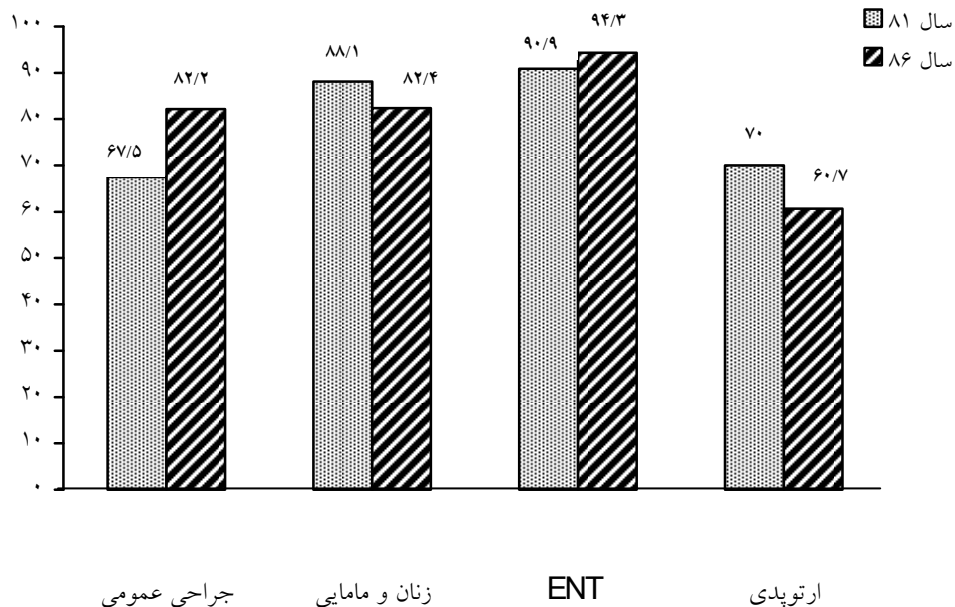
نام بیمارستان	سال	دستورالعمل ارزیابی پیش از عمل جراحی		دستورالعمل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی		دستورالعمل تسکین درد	
		رعایت	عدم رعایت	رعایت	عدم رعایت	رعایت	عدم رعایت
شهدای گنبد	۱۳۸۱	۰	۶۰	۱	۵۹	۵۷	۳
	درصد	۰	۱۰۰	۱/۷	۹۸/۳	۹۵	۵
شهدای گنبد	۱۳۸۶	۰	۶۰	۲	۵۸	۵۴	۶
	درصد	۰	۱۰۰	۳/۳	۹۶/۷	۹۰	۱۰
شهید مطهری گنبد	۱۳۸۱	۰	۷۲	۳۲	۴۰	۵۷	۱۵
	درصد	۰	۱۰۰	۴۴/۴	۵۵/۶	۷۹/۲	۲۰/۸
شهید مطهری گنبد	۱۳۸۶	۰	۷۲	۵۲	۲۰	۶۴	۸
	درصد	۰	۱۰۰	۷۲/۲	۲۷/۸	۸۸/۹	۱۱/۱
فاطمه الزهرا (س) مینودشت	۱۳۸۱	۰	۳۶	۱۵	۲۱	۲۵	۱۱
	درصد	۰	۱۰۰	۴۱/۷	۵۸/۳	۶۹/۴	۳۰/۶
فاطمه الزهرا (س) مینودشت	۱۳۸۶	۳۳	۳	۱۵	۲۱	۲۹	۷
	درصد	۹۱/۷	۸/۳	۴۱/۷	۵۸/۳	۸۰/۶	۱۹/۴
قائم (عج) علی آباد	۱۳۸۱	۰	۶۰	۷	۵۳	۴۴	۱۶
	درصد	۰	۱۰۰	۱۱/۷	۸۸/۳	۷۳/۳	۲۶/۷
قائم (عج) علی آباد	۱۳۸۶	۹	۵۱	۱۶	۴۴	۵۵	۵
	درصد	۱۵	۸۵	۲۶/۷	۷۳/۳	۹۱/۷	۸/۳
امیرالمومنین (ع) کردکوی	۱۳۸۱	۰	۷۲	۳۸	۳۴	۶۴	۸
	درصد	۰	۱۰۰	۵۲/۸	۴۷/۲	۸۸/۹	۱۱/۱
امیرالمومنین (ع) کردکوی	۱۳۸۶	۳۳	۳۹	۴۵	۲۷	۶۶	۶
	درصد	۴۵/۸	۵۴/۲	۶۲/۵	۳۷/۵	۹۱/۷	۸/۳
امام خمینی (ره) بندر ترکمن	۱۳۸۱	۰	۶۰	۳	۵۷	۳۶	۲۴
	درصد	۰	۱۰۰	۵	۹۵	۶۰	۴۰
امام خمینی (ره) بندر ترکمن	۱۳۸۶	۲۲	۳۸	۲۷	۳۳	۴۲	۱۸
	درصد	۳۶/۷	۶۳/۳	۴۵	۵۵	۷۰	۳۰
شهدای بندر گز	۱۳۸۱	۲۰	۱۶	۲۹	۷	۲۵	۱۱
	درصد	۵۵/۶	۴۴/۴	۸۰/۶	۱۹/۴	۶۹/۴	۳۰/۶
شهدای بندر گز	۱۳۸۶	۳۰	۶	۲۱	۱۵	۲۷	۹
	درصد	۸۳/۳	۱۶/۷	۵۸/۳	۴۱/۷	۷۵	۲۵
کل بیمارستان‌ها (جمع)	۱۳۸۱	۲۰	۷۷۲	۱۲۵	۶۶۷	۳۰۸	۴۸۴
	درصد	۲/۵	۹۷/۵	۱۵/۸	۸۴/۲	۳۸/۸	۶۱/۲
کل بیمارستان‌ها (جمع)	۱۳۸۶	۱۲۷	۶۶۵	۱۷۸	۶۱۴	۳۳۷	۴۵۵
	درصد	۱۶	۸۴	۲۲/۴	۷۷/۶	۴۲/۵	۸۸/۵

جدول ۳: توزیع فراوانی پرونده‌های مورد مطالعه بر حسب ثبت دلایل انجام آزمایش‌های ضروری در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶

سال	ثبت دلایل انجام آزمایش‌های ضروری			جمع پرونده‌ها
	انجام آزمایش بدون دلیل	انجام آزمایش با دلیل	عدم انجام آزمایش اضافی	
۱۳۸۱	۸۳	۱۰۶	۲۰۷	۳۹۶
	درصد	۲۶/۸	۵۲/۳	۱۰۰
۱۳۸۶	۱۰۴	۱۰۹	۱۸۳	۳۹۶
	درصد	۲۶/۳	۴۶/۲	۱۰۰

بین ابلاغ دستورالعمل تسکین درد و میزان رعایت آن در کلیه‌ی بیمارستان‌ها به جز بیمارستان شهدای گنبد رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. رابطه‌ی استقرار شاخص‌های کیفی تسکین درد، با میزان رعایت ضوابط آن در اعمال جراحی عمومی قوی‌تر بود ( $P = ۰/۰۰۹$ ,  $\alpha = ۰/۰۵$ ) (نمودار ۲).

طی سال ۱۳۸۱ در ۷۷/۸ درصد پرونده‌ها، راهنمای تسکین درد به طور کامل رعایت شده بود که این میزان در سال ۱۳۸۶ به ۸۵/۱ درصد افزایش یافت ( $P = ۰/۰۰۲$ ,  $\alpha = ۰/۰۵$ ) (جدول ۲). بهترین عملکرد را در سال ۱۳۸۶ بیمارستان‌های قائم (عج) علی آباد و امیرالمومنین (ع) کردکوی با ۹۱/۷ درصد داشته‌اند.



نمودار ۲: میزان اجرای دستورالعمل تسکین درد در انواع اعمال جراحی در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶

سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶ به ترتیب در ۹۸ درصد و ۹۷ درصد از موارد، به ذکر علت سزارین پرداخته شده است. بعد از ابلاغ دستورالعمل، نسبت سزارین به کل زایمان‌ها در بیمارستان امام خمینی (ره) بندر ترکمن نسبت سزارین بیشتر کاهش یافت؛ به طوری که درصد سزارین در این بیمارستان از ۵۷ درصد در سال ۱۳۸۱ به ۳۳ درصد در سال ۱۳۸۶ کاهش یافت. بعد از آن بیمارستان‌های قائم (عج) علی آباد و شهدای گنبد قرار داشتند. متوسط درصد سزارین در بیمارستان شهدای بندر گز در سال ۱۳۸۶ نه تنها کاهش نداشت، بلکه از ۵۹ درصد به ۶۳ درصد افزایش نشان داده است (جدول ۴).

متوسط درصد سزارین در سال ۱۳۸۱، در بیمارستان‌های مورد مطالعه ۴۹ درصد بوده است که در سال ۱۳۸۶ به ۴۲ درصد کاهش یافته است. این تغییر از نظر آماری در سطح خطای  $\alpha = 0/05$  معنی‌دار است ( $P < 0/001$ ). بیشترین اندیکاسیون سزارین با ۲۹ درصد در سال ۱۳۸۱ و ۳۳ درصد در سال ۱۳۸۶ مربوط به اندیکاسیون سزارین قبلی می‌باشد. بعد از آن اندیکاسیون عدم تناسب سر جنین با لگن مادر ۱۸ درصد در سال ۱۳۸۱ و ۱۰ درصد در سال ۱۳۸۶ بود. در سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶ به ترتیب در ۲ درصد و ۳ درصد موارد سزارین، اندیکاسیون سزارین انتخابی ثبت شده است و به عبارتی در

جدول ۴: مقایسه‌ی تعداد و درصد زایمان طبیعی و سزارین در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶

نام بیمارستان	سال	سزارین		زایمان طبیعی		جمع
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
شهدای گنبد	۱۳۸۱	۱۸۴۵	۳۹	۲۸۸۵	۶۱	۴۷۳۰
	۱۳۸۶	۱۴۳۶	۳۰	۴۳۸۶	۷۰	۵۸۲۲
فاطمه الزهرا (س) مینودشت	۱۳۸۱	۴۶۸	۲۹	۱۱۴۷	۷۱	۱۶۱۵
	۱۳۸۶	۶۵۱	۲۹	۱۶۱۶	۷۱	۲۲۶۷
قائم (عج) علی آباد	۱۳۸۱	۱۱۱۴	۴۶	۱۳۰۷	۵۴	۲۴۲۱
	۱۳۸۶	۱۰۳۴	۳۴	۱۷۸۲	۶۶	۲۸۱۶
امیرالمومنین (ع) کردکوی	۱۳۸۱	۱۰۶۵	۶۵	۵۷۴	۳۵	۱۶۳۹
	۱۳۸۶	۹۳۶	۶۵	۵۰۹	۳۵	۱۴۴۵
امام خمینی (ره) بندر ترکمن	۱۳۸۱	۱۰۹۶	۵۷	۸۲۷	۴۳	۱۹۲۳
	۱۳۸۶	۵۶۹	۳۳	۱۱۱۷	۶۷	۱۶۸۶
شهدای بندر گز	۱۳۸۱	۱۴۹	۵۹	۱۰۳	۴۱	۲۵۲
	۱۳۸۶	۲۳۰	۶۳	۱۳۶	۳۷	۳۶۶

## بحث

نتایج پژوهش حاضر در مورد مراقبت مدیریت شده ارزیابی قبل از عمل، نشان داد در بیمارستان‌هایی که در آن‌ها فرم ارزیابی قبل از اعمال جراحی الکتیو در پرونده‌ی بیماران ضمیمه گردیده بود، دستورالعمل فوق بیشتر رعایت گردیده است. همچنین برگزاری کلاس‌های آموزشی برای متخصصین و کارکنان در بیمارستان، استقبال نسبی متخصصین شاغل در بیمارستان و توجه نمودن آن‌ها طی دوره‌ی دستیاری در رعایت بیشتر این دستورالعمل بسیار مؤثر بوده است.

در سال ۱۳۸۶ درخواست‌های اضافه بدون اندیکاسیون علمی برای رادیوگرافی قفسه سینه، الکتروکاردیوگرافی و سایر آزمایش‌ها وجود داشت و دلیل انجام اضافه‌ی آن‌ها اعتقاد پزشکان به ارزیابی کامل بیمار و یافتن عوامل خطر قبل از اعمال جراحی توسط این اقدامات تشخیصی بود.

پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهد که اندازه و نوع آزمایش‌های قبل از عمل به طور گسترده‌ای طی ۲ دهه‌ی اخیر متحول شده‌اند؛ چرا که درخواست آزمایش‌های اضافه بدون در نظر گرفتن جنبه‌های علمی و عملی باعث بروز مشکلاتی از قبیل تحمیل هزینه‌های غیر ضروری به بیماران، به تعویق افتادن پرونده‌ها و فرآیندهای درمانی بیماران، اقدامات تهاجمی تشخیصی غیر ضروری توأم با عوارض برای بیماران، صرف انرژی و اتلاف زمان، ارزیابی و صرف هزینه از سوی منابع مالی و صندوق بیمه‌ها و فرسودگی و کاربری بیش از حد وسایل و تجهیزات پزشکی تشخیصی می‌شود (۵).

نتایج مطالعات کرباسی و همکاران (۱۰)، افهمی و همکاران (۱۱) و نیز نصیری‌پور و همکاران (۶) بیانگر تأیید اقدامات اشاره شده در دستورالعمل ارزیابی پیش از اعمال جراحی می‌باشد و با مطالعه‌ی حاضر مطابقت دارد.

نتایج مطالعات مذکور حاکی از آن است که معاینات بالینی و گرفتن تاریخچه‌ی دقیق بیمار قبل از بیهوشی، بهترین روش برای ارزیابی خطر بیهوشی و اعمال جراحی و اسکرین نمودن بیماران است و به تنهایی می‌تواند پایه‌ای منطقی برای بررسی بیماران در حین عمل باشد و با صرف کمی وقت و

بررسی دقیق‌تر بالینی می‌توان از تحمیل هزینه‌ی اضافی بر بیمار و سیستم بهداشتی درمانی و بروز عوارض احتمالی جلوگیری نمود (۱۳، ۱۲).

موارد اصلی مغایرت مصرف آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان به دلایل زیر بود: - در اعمال جراحی تمیز که احتیاج به تجویز آنتی‌بیوتیک وجود ندارد، در اکثر موارد تجویز آنتی‌بیوتیک انجام شده بود که دلایل آن توسط جراحان، عدم اطمینان به بسته‌های استریل و وسایل جراحی، لوازم مصرفی و بهداشت اتاق عمل عنوان گردید.

- در مورد عدم رعایت نوع آنتی‌بیوتیک تجویز شده مطابق دستورالعمل، بیشتر آنتی‌بیوتیک‌هایی نظیر جنتامایسین و کلیندامایسین تجویز شده بود که جراحان دلیل آن را عدم پاسخ آنتی‌بیوتیک سفتریاکسون یا مترونیدازول یا سفازولین و مترونیدازول دانسته‌اند.

- در مواردی که تجویز آنتی‌بیوتیک بیشتر از دوز مورد اشاره در دستورالعمل تجویز شده بود، دلایل آن را عدم کفایت دوز مورد نظر در دستورالعمل، عدم تطابق دوز مورد نظر با کتاب‌های علمی و شرایط اتاق عمل دانستند.

نتایج پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهد که تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی باید با توجه به عوارض و منافع حاصل از آن مورد سنجش قرار گیرد و همچنین توصیه می‌شود که در تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی از آنتی‌بیوتیک‌های مطمئن، ارزان و باکتری‌سید با طیف وسیع استفاده شود (۱۵، ۱۴).

نتایج مطالعات مختلف از جمله پژوهش هداوند و همکاران (۱۶) و سخاوت و همکاران (۱۷) به منظور تعیین تأثیر تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی در سزارین کم خطر جهت کاهش عوارض عفونی نشان داد که عدم استفاده از آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی در بیماران با سزارین الکتیو و یا کم خطر، بدون عارضه‌ی قبلی و عارضه‌ی عفونی قبلی، باعث افزایش عوارض عفونی نمی‌گردد. پژوهشگران با توجه به نتایج، پیشنهاد می‌کنند که استفاده از آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی تنها به سزارین‌های با



پزشکان شاغل در بیمارستان‌های استان گلستان بلکه اکثر پزشکان، از مخدرها به عنوان اولین خط درمانی برای کاهش درد بعد از اعمال جراحی استفاده می‌کنند، ولی به علت تضعیف سیستم تنفسی، خواب آلودگی و ایجاد وابستگی به این داروها، توصیه می‌شود که جایگزینی توسط ضد التهاب‌های غیر استروئیدی انجام شود. فواید این دارو در مقایسه با مخدرها شامل عدم ضعف سیستم تنفسی، عدم اعتیاد به دارو و کمتر بودن اثرات خواب آور می‌باشد و به همین دلیل استراحت کمتر در بستر و در واقع بهبودی سریع‌تر را باعث می‌شود (۲۱، ۲۰).

در کشورهای پیشرفته این تفکر حاکم است که درمان درد حق بیمار است و اداره‌ی درد جزیی از درمان بیمار می‌باشد (۲۲). از این رو باید به منظور ارتقای کیفیت خدمات بالینی بیمارستان‌های استان گلستان، به استانداردهای درد و اداره‌ی آن در بیمارستان توجه بیشتری شود.

با تحلیل دقیق نسبت سزارین به کل زایمان‌ها در کلیه‌ی بیمارستان‌های استان گلستان مشخص شد که آمار سزارین در استان در سال ۱۳۸۶ کاهش چشم‌گیری نداشته است. زیرا این میزان از بیمارستان‌های دولتی به بیمارستان‌های خصوصی شیفت یافته است. به طوری که درصد سزارین در بیمارستان‌های خصوصی استان در سال ۱۳۸۱ از ۶۹ درصد به ۷۷ درصد در سال ۱۳۸۶ افزایش یافته است. در سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶ به ترتیب در ۹۸ درصد و ۹۷ درصد از موارد به ذکر علت سزارین پرداخته شده است که در مقایسه با استاندارد جهانی (۱۵-۵ درصد)، آمار به دست آمده بسیار بالا می‌باشد که نیاز به واکاوی توسط متخصصین مربوط و متولیان امر احساس می‌شود. از سوی دیگر با توجه به این که اساس مراقبت‌های مدیریت شده تعیین نظارت سازمان‌های بیمه‌گر و کنترل هزینه و بهبود کیفیت مراقبت با در نظر داشتن منفعت گیرندگان خدمت می‌باشد، به نظر می‌رسد که در این مورد اجرای دستورالعمل مراقبت مدیریت شده و سیاست‌های کنترل ثبت تشخیص‌های پزشکان مؤثر واقع نشده است.

مطالعات تابنده و کاشانی نشان داد که شایع‌ترین علت سزارین در شهر گرگان، توصیه‌ی پزشک بدون داشتن علت

احتمال خطر بالای عفونت محدود گردد (۱۷، ۱۶).

فرخیان و نحوی در پژوهش خود، استفاده زیاد از آنتی‌بیوتیک‌های پروفیلاکسی جهت پیشگیری از عفونت‌های جراحی را راه مناسبی نمی‌دانند و معتقدند با بهره‌گیری از روش‌های اسپتیک در اعمال جراحی و امکانات بهداشتی مناسب علاوه بر کاهش هزینه‌های ناشی از مصرف زیاد داروها می‌توان هزینه‌های بیمار و بیمارستان را کاهش داد (۱۸).

مصرف بی‌رویه‌ی آنتی‌بیوتیک‌ها هزینه‌ی سنگینی بر بودجه‌ی بهداشت و درمان جامعه تحمیل می‌کند و همچنین با پیدایش سوش‌های مقاوم، سلامت جامعه را تهدید می‌کند. توجه به این نکته ضروری است که هیچ چیز جایگزین تکنیک صحیح جراحی و رعایت اصول اسپتیک نمی‌باشد و آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی در بهترین شرایط نمی‌تواند از پیدایش عفونت، در مواردی که اصول فوق رعایت نشوند، جلوگیری نماید (۱۹). از این رو کلیه‌ی پزشکان باید به رعایت اصول اسپتیک و موارد اشاره شده در دستورالعمل توجه ویژه‌ای نمایند.

موارد اصلی مغایرت با دستورالعمل تسکین درد در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان به دلایل زیر بود: - در اکثر موارد پزشکان، دلیل استفاده از مسکن تزریقی را عدم مقبولیت عامه در استفاده از شیاف و عدم همکاری بیمار و باور غلط نسبت به مسکن‌های تزریقی دانستند.

- در اغلب موارد تزریقی، ترتیب استفاده از مخدرهای تزریقی رعایت نمی‌شود و مخدر انتخابی در بیشتر موارد پتدین می‌باشد که دلایل استفاده از پتدین را تأثیر بیشتر و عوارض کمتر دارو و اعتیاد برخی بیماران ذکر کردند. اما مصرف پتدین به دلیل عوارض جانبی زیاد، عدم دسترسی به آن در همه‌ی مراکز درمانی، امکان تجویز تنها از طریق تزریق و محدودیت استفاده از آن در بعضی از بیماری‌ها از جمله آسم و زنان باردار با مشکلاتی مواجه است.

- در موارد عدم استفاده از ضد التهاب‌های غیر استروئیدی دلیل آن را عوارض جانبی این گونه داروها نظیر عفونت، آسه، همتوم و ... بیان نمودند.

نتایج پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهد که نه تنها

نمایان ساخته است. در نهایت با توجه به یافته‌های پژوهش در رابطه با وضعیت اجرای مراقبت‌های مدیریت شده در قالب شاخص‌های کیفی ارزشیابی و به منظور اجرای هر چه بهتر دستورالعمل‌های مذکور باید ضمانت‌های اجرایی لازم و بازنگری‌های مکرر در خصوص دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده صورت گیرد.

۱. آگاه‌سازی کادر تخصصی و پرسنل پرستاری از دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده،
۲. پویاتر نمودن کمیته‌ی مدیریت کیفی در بیمارستان‌ها (به طوری که موارد عدم تطابق با دستورالعمل‌های مذکور در کمیته مطرح و اقدام مداخله‌ای لازم و بازنگری‌های دوره‌ای با نظر متخصصین مختلف صورت پذیرد)،
۳. قرار دادن آئیمی تحت عنوان رعایت دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده در کارانه (نظام نوین) پزشکان متخصص،
۴. افزایش سطح آگاهی رؤسا و مدیران بیمارستان‌ها نسبت به دستورالعمل‌های ارزشیابی کیفی بیمارستان‌ها و دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده به منظور افزایش کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌های درمان،

۵. در نظر گرفتن و اختصاص امتیاز بیشتر به شاخص‌های کیفی و عملکردی در برابر شاخص‌های ساختاری T
۶. تهیه‌ی فرم استاندارد ارزیابی پیش از اعمال جراحی الکتیو و قرار دادن در پرونده‌ی بیماران به منظور ثبت موارد مورد نظر در دستورالعمل،

۷. بازنگری دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده مطابق دانش روز و بررسی پیشنهادهای سایر دانشگاه‌ها در خصوص دلایل عدم اجرای دستورالعمل‌های فوق،

۸. برگزاری دوره‌های آموزشی در خصوص دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده در دوره‌ی دستیاری متخصصین،

۹. فرهنگ سازی در گیرندگان خدمت در جهت سوق و تمایل بیشتر این افراد به سمت زایمان طبیعی توسط مشاوره و آموزش‌های قبل از زایمان در مراکز درمانی، ارایه‌ی پمفلت‌های آموزشی و استفاده از رسانه‌های عمومی (تأثیرگذار در جامعه)،
۱۰. ارایه‌ی استانداردهای درمانی از طریق تدوین

طبی قطعی (۵۲/۶ درصد) و شایع‌ترین علت تمایل شخصی به سزارین، احساس درد کمتر بود. نتایج این مطالعه، نشان دهنده‌ی بالاتر بودن درصد سزارین در جامعه‌ی علوم پزشکی نسبت به کل جامعه بود (۲۳).

در آمریکای لاتین بین سرانه‌ی تولید ناخالص ملی و میزان سزارین همبستگی وجود دارد و میزان سزارین در بیمارستان‌های خصوصی بالاتر از بیمارستان‌های دولتی بوده است که با پژوهش حاضر هم‌خوانی زیادی نشان می‌دهد (۲۴). برای دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده سزارین ضمانت اجرایی لازم در نظر گرفته نشده است و برنامه ریزان و مسئولین مربوط باید جهت کاهش میزان سزارین‌های غیر ضروری بر اساس واقعیت‌های فرهنگی و علمی، راهکارهای مناسبی از جمله آموزش صحیح و به موقع و مشاوره‌ی خانواده و همچنین تهیه‌ی امکانات زایمان بی‌درد و زایمان واژینال پس از سزارین را اتخاذ نمایند تا بتوان از این طریق با کاهش عوارض احتمالی این عمل جراحی، گام مؤثری در جهت ارتقای سطح سلامت مادران و نوزادان برداشت.

### نتیجه‌گیری

در کلیه‌ی دستورالعمل‌های مورد بررسی، بین استقرار شاخص‌های کیفی و کیفیت خدمات (رعایت ضوابط دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده) رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. با توجه به نتایج پژوهش، استقرار شاخص‌های کیفی ارزشیابی از طریق اجرای دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده تا حدودی منجر به بهبود کیفیت خدمات درمانی گردیده است. از این رو با استقرار ضمانت‌های اجرایی لازم و بازنگری‌های مکرر در خصوص دستورالعمل‌های ارزشیابی کیفی، می‌توان کیفیت بیشتر خدمات درمانی را شاهد بود.

### پیشنهادها

توجه مدیران خدمات بهداشتی درمانی به ۳ مقوله‌ی ارتقای کیفیت خدمات، دسترسی و تأمین منابع مالی سازمان‌های ذیربط، اهمیت مراقبت‌های مدیریت شده را بیش از پیش

زایمان طبیعی، زایمان بدون درد و فواید آن و آگاهی از علل و شرایط منجر به سزارین،  
۱۹. ارایه‌ی روش‌های زایمان بی‌درد در بیمارستان‌ها با همکاری متخصص زنان و متخصص بیهوشی،  
۲۰. بالا بردن سطح آگاهی و افزایش تبحر پرسنل عامل زایمان و بهبود امکانات و تجهیزات زایمان واژینال ایمن،  
۲۱. ارتقای کیفی زایشگاه‌ها،  
۲۲. تدوین پروتکلی به منظور انجام زایمان ایمن و دادن فرصت کافی در مرحله‌ی اول زایمان برای افزایش میزان زایمان واژینال،  
۲۳. قرار دادن درصد انجام سزارین به عنوان یکی از معیارهای ارزشیابی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دست اندر کار زایمان؛ به طوری که میزان سزارین بالاتر از ۲۰ درصد در بیمارستان‌های عمومی (دولتی و خصوصی) و بالاتر از ۲۵ درصد در مراکز ارجاعی (دولتی و خصوصی) به عنوان معیار منفی ارزشیابی شناخته شود،  
۲۴. ایجاد ضمانت‌های اجرایی لازم و بازنگری‌های مکرر در خصوص دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده.

### تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه‌ی کارکنان و پزشکان متخصص محترم شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان و حمایت‌های معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان تشکر و قدردانی می‌گردد.

دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده شماره‌ی ۵ و بالا بردن سطح علمی پزشکان به ویژه پزشکان متخصص زنان و زایمان (تأثیرگذار در جامعه‌ی پزشکی)،  
۱۱. به کارگیری اهرم سیستم بیمه‌گذار در کشور در جهت کاهش پرداخت به زایمان‌های سزارین بدون اندیکاسیون علمی،  
۱۲. استفاده از اهرم‌های نظارتی و ارزشیابی جهت هدایت سیستم مدیریت بیمارستان‌ها در ترویج زایمان طبیعی و کاهش آمار میزان سزارین از میزان تعیین شده در دستورالعمل کشوری،  
۱۳. مکاتبه با دبیرخانه‌ی شورای عالی بیمه جهت افزایش حق‌الزحمه زایمان طبیعی و کاهش حق‌الزحمه سزارین،  
۱۴. قرار دادن درصد سزارین به عنوان یک شاخص در تمديد پروانه‌ی مطب پزشکان متخصص زنان و زایمان،  
۱۵. تنظیم و ارایه‌ی ساز و کارهای کنترل لازم جهت تعیین دقت تشخیص‌های پزشکی و اندیکاسیون‌های سزارین،  
۱۶. سپردن نقش فعال‌تر به کارشناسان مامایی در زمینه‌ی مراقبت‌های دوران بارداری (این امر می‌تواند در آموزش و آگاهی مادران باردار در خصوص جوانب انتخاب روش زایمان طبیعی و سزارین تأثیر داشته باشد)،  
۱۷. تبلیغ روش‌های زایمان طبیعی از طریق رسانه‌های فراگیر،  
۱۸. برگزاری کلاس‌های آمادگی زایمان به طور دوره‌ای و منظم جهت آشنایی زنان باردار با آمادگی‌های لازم جهت انجام

### References

1. Asef Zadeh S. Medical learning and health care services. Tehran: Scientific and Cultural Institute; 1997. p. 29.
2. Baghbanian A. Survey of The relationship between performances of hospitals affiliated with Shiraz University of Medical Sciences and their evaluation scores, [MSc Thesis] Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2002. p. 2.
3. Davis SR, Meier ST. The elements of managed care: a guide for helping professionals. New York: Wadsworth Thomson Learning; 2001. p. 42.
4. Getzen TE. Health economics: fundamentals and flow of funds. New Jersey: John Wiley & Sons; 1997.
5. Evaluation and accreditation center in care hospital evaluation group. Evaluation Quality Indexes Implementation in Hospitals of health. Tehran: Publications Ministry of Health and Medical Services; 2005. p. 74.

6. Nasiri pour AA, Ebrazeh A, Delgoshaei B. Managed health care evaluation study instructions before surgery in patients in ear, nose and throat hospital in Tehran Merchants. *Journal of Rehabilitation, Tehran Medical Sciences University* 2006; 15(1): 47-52.
7. Arab M, Pour Reza AG, Zerati H, Ravangard R. Is there any relationship between evaluation scores of hospitals affiliated with TUMS and their performance? *Journal of Health Information Management* 2005; 2(1): 1-7.
8. Lovern ED. Good scores don't equal good care; Study finds quality doesn't correspond with JCAHO rating. (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) [Online]. *Modern Healthcare* 2002; 32(2). Available from: URL: [http://goliath.ecnext.com/coms2/gi\\_0199-1347286/Good-scores-don-t-equal.html/](http://goliath.ecnext.com/coms2/gi_0199-1347286/Good-scores-don-t-equal.html/)
9. Griffith JR, Knutzen SR, Alexander JA. Structural versus outcomes measures in hospitals: a comparison of Joint Commission and Medicare outcomes scores in hospitals. *Qual Manag Health Care* 2002; 10(2): 29-38.
10. Karbasi SH, Hosseini SM, Tavakolei MR, Mahmoodi Rad GH. The value of routine chest X-ray examination before minor surgery in geriatrics in the anesthesia planning and anesthetic management. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2004; 11(2): 40-5.
11. Afhami MR, Rahimi Panah J, Hassan Zadeh Salmasi P, Ataei Y. Value of routine pre-operative chest X-ray in elderly patients. *Armagh Danesh, Journal of Yasuj University of Medical Sciences* 2004; 9(35): 21-9.
12. Archer C, Levy AR, McGregor M. Value of routine preoperative chest x-rays: a meta-analysis. *Can J Anaesth* 1993; 40(11): 1022-7.
13. Miller RD, Cucchiara RF. *Anesthesia*. 5<sup>th</sup> ed. London: Churchill Livingstone; 2000. p. 24-5.
14. Alizadeh KH, Kazemiyan GH, Hassanzadeh Z, Vaziry K. Soft-tissue surgery without prophylactic antibiotics. *Kowsar Medical Sciences* 2003; 8(3): 235-9.
15. Safaie M, Siabani SH. Comparing single and multiple-dose prophylactic antibiotic in non complicated Appendicitis wound infection. *Feyz, Kashan University of Medical Sciences* 2003; 7(1): 8-12.
16. Hadavand SH, Turkestani F, Zafarghandi N, Zaiery F, Vaziri M. The Effect of Intravenous Cefazolin on Infectious Complications Following Low- Risk Cesarean. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences & Health Services* 2007; 15(61): 39-8.
17. Sakhavat L, Karim Zadeh Meibodi MA, Beiki Bandar Abadi O. Study of the efficacy of the use of prophylactic antibiotics in decreasing infectious complications after elective cesarean surgery. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health System* 2003; 11(2): 32-6.
18. Farokhian P, Nahvi G. Study of the cost of prophylaxis antibiotic in surgery operation in Alzahra hospital, [MSc Thesis] Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2005.
19. Hassanzadeh Salmasi S, Parvizi R. A study on prophylactic usage of antibiotics in patients undergoing coronary artery bypass grafts. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2003; 25(3): 36-40.
20. A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology* 2002; 96(2): 485-96.
21. Miller R, Fleisher L, Roger A. General anesthesia. In: Miller S, Editor. *Anesthesia*. London: Churchill Livingstone, 2005. p. 379-410.
22. Furdon SA, Eastman M, Benjamin K, Horgan MJ. Outcome measures after standardized pain management strategies in postoperative patients in the neonatal intensive care unit. *J Perinat Neonatal Nurs* 1998; 12(1): 58-69.
23. Tabandeh A, Kashani E. The prevalancy of cesarean among employed educated women of medical science groups in Gorgan (2005). *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2007; 9(2): 67-70.
24. Tatari F, Abedi P, Afshari P, Haghhighzadeh MH. Comparative survey of cause's caesarian section in bearing women those refer to province and public hospitals in Mashhad. *Ilam University of Medical Sciences Journal* 2004; 12(1-2): 25-31.

## Relationship of Evaluation Quality Indexes Implementation and Quality of Services in Hospitals Affiliated with Golestan University of Medical Sciences, Iran\*

Amir Ashkan Nasiripour, PhD<sup>1</sup>; Anis Abbasi<sup>2</sup>; Shahram Tofighi, PhD<sup>3</sup>;  
Naser Behnampour<sup>4</sup>; Mahmoud Reza Gohari, PhD<sup>5</sup>

### Abstract

**Introduction:** To promote the processes of providing medical services, patient's rights and establishing uniformity in treatment policy, the evaluation quality indexes were communicated to all general hospitals in 2002. This study evaluates the implementation of managed care guideline before their communication as evaluation quality indexes of hospitals and their relationship with communication and quality degree of conducted services.

**Methods:** This study was an analytical study based on information in the records of patients, before and after the communication of managed care guideline. The statistical population including the records of patients who underwent surgery or had delivered in the pilot hospitals affiliated to Golestan University of Medical Sciences in 2002 and 2007, Iran. The sample included 792 cases which were selected by stratified method. Data collected using three types of checklists and a standard information form communicated by the Ministry of Health. Obtained data analyzed by SPSS<sub>16</sub> software and  $\chi^2$  test.

**Results:** The preoperative assessment guideline was performed in 5.1% and 32.1% of evaluated documents in 2002 and 2007, respectively ( $P < 0.001$ ). The prophylactic antibiotic guideline was performed in 31.6% and 44.9% of documents in 2002 and 2007, respectively ( $P < 0.001$ ). The pain relief guideline was fully performed in 77.8% and 85.1% of documents in 2002 and 2007, respectively ( $P = 0.001$ ). Cesarean section ratio to total deliveries in investigated hospitals were 49% in 2002 and decreased significantly to 42% in 2007 ( $P < 0.001$ ). Most cesarean indication belongs to repeated cesarean section indication. Generally, in all investigated indexes there were positive and significant relation between establishing of Evaluation quality indexes and services quality.

**Conclusion:** Implementation of managed care guideline led to improvement of quality in medical services. Establishing of guarantees and continuous rechecking regarding the quality assessment communications, could improve the quality of services in the future.

**Key words:** Indicators; Quality of Healthcare; Evaluation; Hospitals.

**Type of article:** Original article

Received: 2 Mar, 2009

Accepted: 25 Jan, 2010

**Citation:** Nasiripour AA, Abbasi A, Tofighi Sh, Behnampour N, Gohari MR. **Relationship of Evaluation Quality Indexes Implementation and Quality of Services in Hospitals Affiliated with Golestan University of Medical Sciences, Iran.** Health Information Management 2011; 8(2): 137.

\* This paper is outcome of MSc thesis and the part of research project No. 35.6866 with support of Golestan University of Medical Sciences.

1. Assistant Professor, Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. MSc, Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: anis1299@yahoo.com

3. Assistant Professor, Health Services Management, Baghiatollah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Lecturer, Vital Statistics, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

5. Assistant Professor, Vital Statistics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.