

میزان پذیرش‌ها و روزهای اقامت غیر مقتضی بیماران در بیمارستان‌های شهر سبزوار

محمد علی یعقوبی فر^۱، کاظم مسکنی^۱، آرش اکابری^۲، فاطمه شهابی پور^۳

^۱ عضو هیأت علمی گروه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

^۲ عضو هیأت علمی گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

^۳ کارشناس درمان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

نشانی نویسنده مسؤول: سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده بهداشت، محمدعلی یعقوبی فر

E-mail: moalyafa@gmail.com

وصول: ۹۰/۲/۱۰، اصلاح: ۹۰/۳/۲۰، پذیرش: ۹۰/۵/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: پذیرش و اقامت غیرمقتضی به‌عنوان یکی از ضعف‌های نظام بهداشت و درمان و از معیارهای ارزشیابی عملکرد بیمارستانی، تعیین کارایی و اثربخشی تخت‌های بیمارستانی حتی در کشورهای پیشرفته می‌باشد. اقامت غیرمقتضی بیمار علاوه بر افزایش هزینه، وی را در معرض عفونت بیمارستانی نیز قرار می‌دهد. هدف از این پژوهش بررسی پذیرش و اقامت غیرمقتضی در بیمارستان‌های شهر سبزوار در سال ۱۳۸۷ بر اساس معیارهای پروتکل ارزیابی مناسب می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است. جامعه پژوهش بیماران پذیرش شده بیمارستان‌های شهر سبزوار بود. حجم نمونه مورد نیاز ۳۸۵ نفر و روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی چند مرحله‌ای بود. به این صورت که هر یک از سه بیمارستان طی ۱۲ هفته متوالی و سه روز در هفته در دو بخش و هر بخش دو نفر به‌طور تصادفی طبقه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و نهایتاً ۴۲۸ نفر مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. داده‌های لازم با استفاده از جداول معیارهای پذیرش و بستری مقتضی بیمار و پرونده بیماران در سه بیمارستان مورد مطالعه جمع‌آوری شد. سپس با تکمیل جداول و ثبت نتایج، داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 15 و با استفاده از آزمون مجذور کای و آزمون دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین اقامت بیماران در بیمارستان‌های مورد بررسی ۳/۲۳ روز بود اما ۱۱/۴ درصد پذیرش‌ها غیرمقتضی بود که بخش اورتوپدی با ۲۹/۱ درصد بیشترین مقدار و بخش جراحی زنان بدون پذیرش غیرمقتضی کمترین مقدار را به خود اختصاص دادند. پذیرش غیرمقتضی در مردان (۱۳/۹ درصد) بیشتر از زنان (۹/۷ درصد) بود و بیشترین پذیرش غیرمقتضی مربوط به سنین ۴۱ تا ۶۰ سال (۱۷/۶ درصد) می‌باشد. فراوانی پذیرش مقتضی به علت نیاز به جراحی یا اقدامات تهاجمی دیگر (۴۸/۸ درصد) بیشترین فراوانی را داشته است. در بیمارستان‌های مورد بررسی بستری ۰/۲ درصد بیماران غیرمقتضی و بستری ۹۹/۸ درصد آن‌ها مقتضی بوده است.

نتیجه‌گیری: میزان پذیرش غیرمقتضی نسبت به بستری مقتضی رقم بالاتری را نشان می‌دهد و نسبت پذیرش‌های غیرمقتضی در بخش اورتوپدی بسیار بالا و در بخش جراحی زنان بسیار پایین است. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۸/شماره ۳/صص ۲۳۲-۲۲۴).

واژه‌های کلیدی: پذیرش مقتضی؛ پذیرش غیرمقتضی؛ اقامت مقتضی؛ اقامت غیرمقتضی؛ پروتکل ارزیابی مناسب.

مقدمه

با ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌توان کیفیت اجرایی برنامه‌ها، روند پیشرفت اجرا و میزان شکست یا موفقیت برنامه را تعیین نمود (۱). خدمات بیمارستانی پرهزینه‌ترین بخش نظام بهداشتی و درمانی در کشور می‌باشد. سهم بیمارستان‌ها از هزینه‌های جاری دولت در بخش بهداشت و درمان بین ۵۰ تا ۸۰ درصد می‌باشد؛ به همین دلیل نقش مهمی در افزایش یا کاهش هزینه‌های سیستم بهداشتی و درمانی داشته و ارزیابی آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۲). اما برخی هزینه‌های خاص گاهی توسط پزشکان و پرستاران بیشتر قابل کنترل است تا به‌وسیله مدیران؛ که در این رابطه می‌توان به مدت زمان اقامت بیمار، چگونگی خدمت یا مراقبت و غیره اشاره نمود (۳).

واحد پذیرش اولین نقطه تماس با بیماران و اقوام آن‌هاست، لذا نحوه عملکرد این بخش در موفقیت بیمارستان نقش مهمی دارد (۴). پذیرش بیمار در حین و یا بعد از انجام مرحله تریاژ صورت می‌گیرد. بیمار با یکی از نوارهای سیستم تریاژ از نظر شدت صدمه شناسایی و بلافاصله توسط کارمند پذیرش با تشکیل پرونده آماده انتقال می‌گردد (۵).

اقامت مقتضی زمانی است که بیمار نیازمند معالجات مداوم و فعال پزشکی، پرستاری و پیراپزشکی است که ارائه آن در محلی دیگر غیر از بیمارستان همچون مراقبت سرپایی و روزانه قابل انجام نیست (۶).

پذیرش و اقامت غیرمقتضی به‌عنوان یکی از ضعف‌های سیستم‌های بهداشت و درمان حتی در کشورهای پیشرفته می‌باشد. در ایران، مشکلات موجود در حوزه‌های مدیریتی بیمارستان‌ها و معضلات اقتصادی و فرهنگی اطلاع از میزان پذیرش و اقامت غیرمقتضی جهت حذف یا اصلاح موانع بستری صحیح و مقتضی حیاتی است. با نگاهی به هزینه‌های سالانه تخت‌های کشور، بدون در نظر گرفتن هزینه‌های اجتناب‌ناپذیر حجم هزینه-

های بلاثمر و تحمیلی که صرفاً با اشغال غیرمقتضی تخت به سیستم درمان کشور تحمیل می‌شود، روشن خواهد شد (۷).

روزهای بستری غیرمقتضی، هزینه اقامت را در بیمارستان‌ها افزایش داده، منابع در دسترس برای بیماران با وضعیت بحرانی را کاهش داده و بیماران را در معرض عفونت بیمارستانی قرار می‌دهد (۸).

نظام‌های مختلف در صدد کاستن از تخت‌های بیمارستانی هستند این موضوع به‌عنوان فرایند ارتقاء کیفیت می‌تواند مواردی از قبیل سنجش اساسی میزان استفاده نابجا از این خدمات، شناخت علل کاربرد نابجا، شناخت فرایند غلط، اصلاح فرایند و نهایتاً سنجش اثرات این تغییرات را در بر داشته باشد (۹). کاهش اقامت غیرمقتضی به‌روزی بیمارستان را افزایش داده لیست انتظار را کاهش می‌دهد، اما کیفیت را کاهش نمی‌دهد (۱۰).

نتایج بررسی پذیرش و روزهای اقامت بیماران براساس پروتکل ارزیابی مناسب در مرکز آموزشی درمانی امام خمینی تبریز (۱۳۸۵) نشان داد که ۶ درصد پذیرش‌ها و ۸/۶ درصد بستری‌ها غیرمقتضی بودند. بین پذیرش و بستری غیرمقتضی با سن، جنس و وضعیت بیمه درمانی و شناخت بیماری ارتباط معناداری دیده نشد (۷).

در مطالعه پوررضا و همکاران در بیمارستان‌های امام خمینی و دکتر شریعتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۲۲/۸ درصد پذیرش‌ها غیرمقتضی بود و نیز روزهای اقامت در این بیماران به‌طور معناداری کوتاه‌تر از بیماران با پذیرش مقتضی می‌باشد. این میزان در بخش‌های مختلف بیمارستان نیز به‌طور معناداری با یکدیگر تفاوت داشته است. همچنین نتایج نشان داد که ۸/۶ درصد روزهای بستری غیرمقتضی بوده است (۱۱).

در اکثر مطالعات، مخارج بستری بخش اعظم هزینه‌ها را تشکیل می‌دهد؛ مدت زمان بستری در بیمارستان نسبت مستقیمی با میزان اعمال طبی انجام شده

در بیمار دارد که دارای هزینه‌های زیادی می‌باشد (۱۲).

در بررسی وضعیت مدیریتی و اقتصادی پذیرش‌ها و بستری‌ها در بیمارستان‌های آموزشی و خصوصی شیراز (۱۳۸۶)، برآورد هزینه بستری‌های غیرضروری به ازای هر بیمار نشان داد که میانگین هزینه روزهای بستری غیرمقتضی به ازای هر بیمار در بیمارستان نمازی برابر ۴۰۷۴۰ ریال، در بیمارستان فقیهی برابر ۴۸۵۲۰ ریال و در بیمارستان‌های خصوصی دنا و اردیبهشت به ترتیب برابر ۴۳۴۰۷۰ و ۳۸۸۷۴۰ ریال بوده است (۱۴).

روش‌های گوناگونی جهت ارزیابی کاربرد نابجا از خدمات بیمارستان وجود دارد که از بین آن‌ها استفاده از AEP یا پروتکل ارزیابی مناسبت (Appropriateness Evaluation Protocol) رواج بیشتری دارد و اعتبار و روایی آن در چندین مطالعه در کشورهای آمریکایی و اروپایی مورد تأیید قرار گرفته است. این پروتکل دارای جدول معیارهای پذیرش مقتضی و معیارهای بستری مقتضی بیمار بر اساس خدمات پزشکی و پرستاری و معیارهای وضعیت بیمار می‌باشد (۷).

پذیرش و اقامت غیرمقتضی به‌عنوان یکی از ضعف‌های نظام بهداشت و درمان حتی در کشورهای پیشرفته می‌باشد، در ایران نیز با در نظر گرفتن شرایط و مشکلات موجود در حوزه‌های مدیریتی بیمارستان‌ها و معضلات اقتصادی و فرهنگی، اطلاع از میزان پذیرش و اقامت غیرمقتضی جهت حذف یا اصلاح موانع بستری صحیح و مقتضی حیاتی است.

لذا در پژوهش حاضر، پذیرش و اقامت غیرمقتضی در بیمارستان‌های شهر سبزوار بر اساس معیارهای پروتکل ارزیابی مناسبت مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است. گردآوری داده‌های این پژوهش در نیمه دوم سال ۱۳۸۷ از

بین پذیرش‌ها و بیماران بستری در سه بیمارستان واسعی و امداد و مینی شهر سبزوار صورت گرفت. حجم نمونه برای برآورد نسبت پذیرش غیرمقتضی و بستری غیرمقتضی با اطمینان ۹۵ درصد، ۳۸۵ نفر برآورد شد. در این مطالعه، تعداد ۴۳۲ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که داده‌های مربوط به ۴۲۸ نفر مورد قبول واقع شد.

روش نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی طبقه‌ای چندمرحله‌ای بود، به این صورت که سه بیمارستان شهر سبزوار را سه طبقه در نظر گرفته و از هر بیمارستان در طی ۱۲ هفته متوالی، در هر هفته سه روز و از هر بیمارستان دو بخش و در هر بخش دو بیمار به‌طور تصادفی انتخاب شد. در روش انتخاب نمونه‌ها ابتدا با مراجعه به بخش‌های مختلف، لیست بیمارانی که پذیرش شده را دریافت و از میان بیماران به‌طور تصادفی دو نفر را انتخاب نموده و جدول ۱ برای آن‌ها تکمیل گردید. جدول بستری غیرمقتضی نیز همانند جدول ۱ تکمیل می‌شد اما معیارهای بستری بیماران از سه دیدگاه خدمات پزشکی، خدمات پرستاری و معیارهای مربوط به وضعیت بیمار بررسی گردید. در خصوص بیمارانی که پذیرش آن‌ها با توجه به معیارها به‌عنوان پذیرش مقتضی تلقی گردید، جدول شماره ۲ تکمیل گردید. در صورتی که بستری بیمار غیرمقتضی بوده، علت اقامت بیمار عللی غیر از معیارهای AEP بوده با پاسخ به سؤال باز انتهای پروتکل مشخص شده است.

استفاده از پروتکل ارزیابی مناسبت جهت ارزیابی استفاده نابجا از خدمات بیمارستانی رواج بیشتری دارد زیرا اعتبار و روایی آن در چندین مطالعه در کشورهای آمریکایی و اروپایی مورد تأیید قرار گرفته است. لذا با استفاده از جداول شماره یک و دو در سه بیمارستان مورد مطالعه، داده‌ها جمع‌آوری و توسط نرم‌افزار SPSS 15 و با استفاده از آزمون مجذور کای و دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری در این مطالعه ۰/۰۵ و در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

فراوانی نمونه‌ها در سه بیمارستان مساوی و حدود ۳۳/۳ درصد بوده است. میانگین اقامت بیماران در بیمارستان‌های سبزوار در سال ۱۳۸۷ در زمان اجرای طرح ۳/۲۳ روز بود که در بیمارستان واسعی، امداد و مبینی به- ترتیب ۳/۹، ۳/۶ و ۲/۲ روز برآورد گردید.

میانگین سنی افراد مورد بررسی ۳۴/۸±۲۰/۱ سال بود که ۴۲/۱ درصد مرد و ۵۷/۹ درصد زن بوده‌اند. همچنین ۳۳/۳ درصد افراد بی‌سواد، ۵۰ درصد دیپلم و ۱۶/۷ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند. محل تولد ۹۳/۴ درصد سبزوار و ۶/۶ درصد غیربومی بوده‌اند. محل سکونت ۹۶/۹ درصد سبزوار و ۳/۱ درصد خارج از شهرستان سبزوار بوده است.

پذیرش غیرمقتضی در سنین ۴۱ تا ۶۰ سال (۱۷/۱۶ درصد) بیشترین و در سنین ۲۱ تا ۴۰ سال (۸/۸ درصد) کمترین بود ولی این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست ($p=۰/۲۱$).

فراوانی بیماران بررسی شده در بخش‌ها به ترتیب در بخش داخلی ۳۱/۳ درصد، اعصاب ۱۳/۸ درصد، ارتوپدی ۱۲/۹ درصد، جراحی عمومی ۱۱/۲ درصد، جراحی زنان ۷ درصد، اطفال ۵/۸ درصد، جراحی چشم ۴/۲ درصد، قلب و عروق و اورژانس ۳/۷ درصد، اورولوژی ۳ درصد، جراحی ۱/۴ درصد، نوزادان ۰/۹ درصد، سی‌سی‌یو و داخلی مغز و اعصاب ۰/۵ درصد بوده است.

در بیمارستان‌های مورد بررسی از مجموع ۴۲۸ بیمار بررسی شده، ۸۸/۶ درصد دارای پذیرش مقتضی و ۱۱/۴ درصد پذیرش‌ها غیرمقتضی بوده است که این مقدار در بیمارستان امداد ۱۷/۶ درصد، واسعی ۱۵/۴ درصد و مبینی ۱/۴ درصد بوده است؛ تفاوت نسبت پذیرش غیرمقتضی در این سه بیمارستان از نظر آماری معنادار است ($P<۰/۰۰۱$) (جدول ۱).

در بیمارستان‌های مورد بررسی، ۹۹/۸ درصد

دارای اقامت مقتضی و تنها ۰/۲ درصد اقامت غیرمقتضی بوده است. بیمارستان واسعی ۰/۷ درصد و بیمارستان امداد و مبینی فاقد بستری غیرمقتضی بوده‌اند اما تفاوت بین این سه بیمارستان از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۱).

معیارهای پزشکی و پرستاری پروتکل جهت بستری مقتضی بیماران بررسی شده به ترتیب ۹۸/۶ درصد و ۹۸/۸ درصد بوده است. بین بیمارستان‌ها بر اساس این معیارها از نظر آماری تفاوت معناداری وجود ندارد. مبنای وضعیت بیمار در بیماران بررسی شده با ۱۶/۱ درصد بود و بستری بیماران بر اساس این معیارها در سه بیمارستان مورد بررسی از نظر آماری تفاوت معناداری را نشان داد ($P<۰/۰۰۱$).

پذیرش غیرمقتضی بخش ارتوپدی با ۲۹/۱ درصد و بخش جراحی زنان بدون پذیرش غیرمقتضی بیشترین و کمترین مقدار را به خود اختصاص دادند. بخش‌های بیمارستانی تفاوت معناداری در پذیرش غیرمقتضی بیماران دارند ($P<۰/۰۰۱$) (جدول ۲).

معیارهای پزشکی و پرستاری جهت بستری مقتضی بیماران بررسی شده در بخش‌ها به جز سه بخش، ۱۰۰ درصد وجود داشته است و از این نظر، تفاوت بخش‌ها معنادار نبوده است. معیارهای بستری مقتضی بر مبنای وضعیت بیمار در بخش‌ها با ۸۳/۹ درصد کمترین فراوانی را به خود اختصاص داده است. بخش داخلی با ۹۶/۳ درصد و قلب و عروق با ۱۲ درصد به ترتیب بیشترین و کمترین معیار را داشته‌اند. بستری بیماران بر اساس معیارهای وضعیت بیمار در بخش‌ها از نظر آماری تفاوت معناداری دارند ($P<۰/۰۰۱$).

پذیرش ۱۰ درصد بیمه‌شدگان و ۱۵/۹ درصد بیماران فاقد بیمه غیرمقتضی بوده است و بیانگر بیشتر بودن نسبت پذیرش غیرمقتضی در بیماران دارای بیمه نسبت به بیماران فاقد بیمه درمانی بوده است. ولی این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود ($p=۰/۰۹$) (جدول ۳).

جدول ۱: وضعیت پذیرش و بستری مقتضی و غیرمقتضی درسه بیمارستان مورد بررسی در شهر سبزوار

مقتضی	بستری		پذیرش		فراروانی	
	مقتضی	غیرمقتضی	مقتضی	غیرمقتضی		
۱۴۲	۱	۱۲۱	۲۲	تعداد	واسعی	بیمارستان
۹۹/۳	۰/۷	۸۴/۶	۱۵/۴	درصد		
۱۴۲	۰	۱۱۷	۲۵	تعداد	امداد	
۱۰۰	۰	۸۲/۴	۱۷/۶	درصد		
۱۴۳	۰	۱۴۱	۲	تعداد	میینی	
۱۰۰	۰	۹۸/۶	۱/۴	درصد		
۴۲۷	۱	۳۷۹	۴۹	تعداد		کل
۹۹/۸	۲	۸۸/۶	۱۱/۴	درصد		
P=۱		P<۰/۰۰۱				

جدول ۲: وضعیت پذیرش و بستری مقتضی و غیرمقتضی در بخش‌های بیمارستان‌های مورد بررسی در شهر سبزوار

مقتضی	بستری		پذیرش		فراروانی		
	مقتضی	غیرمقتضی	مقتضی	غیرمقتضی			
۱۳۴	۰	۱۲۸	۶	تعداد	داخلی		
۱۰۰	۰	۹۵/۵	۴/۵	درصد			
۲۴	۱	۲۳	۲	تعداد	اطفال		
۹۶/۰	۴/۰	۹۲/۰	۸/۰	درصد			
۵۹	۰	۵۰	۹	تعداد	اعصاب		
۱۰۰	۰	۸۴/۷	۱۵/۳	درصد			
۱۸	۰	۱۶	۲	تعداد	جراحی چشم		
۱۰۰	۰	۸۸/۹	۱۱/۱	درصد			
۱۶	۰	۱۵	۱	تعداد	قلب و عروق	بخش	
۱۰۰	۰	۹۳/۸	۶/۳	درصد			
۳۰	۰	۳۰	۰	تعداد	جراحی زنان		
۱۰۰	۰	۱۰۰	۰	درصد			
۴۸	۰	۴۱	۷	تعداد	جراحی		
۱۰۰	۰	۸۵/۴	۱۴/۶	درصد			
۵۵	۰	۳۹	۱۶	تعداد	ارتوپدی		
۱۰۰	۰	۷۰/۹	۲۹/۱	درصد			
۴۳	۰	۳۷	۶	تعداد	سایر		
۱۰۰	۰	۸۶/۰	۱۴/۰	درصد			
۴۲۷	۱	۳۷۹	۴۹	تعداد		کل	
۹۹/۸	۲	۸۸/۶	۱۱/۴	درصد			
P=۰/۱۳۸		P<=۰/۰۰۱					

بیمار در ۱۶/۱ درصد افراد بیمه شده و ۲۵/۱ درصد در بیماران فاقد بیمه وجود داشته است. تفاوت بین دو گروه بیمه‌دار و بدون بیمه از این نظر معنادار است ($p=۰/۰۰۳$) (جدول ۳).

در بررسی فراوانی معیارهای پذیرش مقتضی، نیاز به جراحی یا اقدامات تهاجمی دیگر برای ۲۴ ساعت آینده

از بین پذیرش‌شدگان غیرمقتضی، ۰/۲ درصد از بین بیماران فاقد بیمه بوده است. معیارهای پزشکی و پرستاری جهت بستری مقتضی در افراد بیمه شده و بیمه نشده بیش از ۹۸ درصد وجود داشته است. تفاوت معناداری بین دو گروه دارای بیمه و بدون بیمه از این نظر وجود ندارد. معیارهای بستری مقتضی بر مبنای وضعیت

جدول ۳: پذیرش و بستری مقتضی و غیرمقتضی بیماران مورد بررسی از نظر وضعیت بیمه آن‌ها در شهر سبزوار

وضعیت بیمه	بیمار		پذیرش		بستری		بستری (معیار پزشکی)		بستری (معیار پرستاری)		بستری (وضعیت بیمار)	
	مقتضی	غیر مقتضی	مقتضی	غیر مقتضی	مقتضی	غیر مقتضی	مقتضی	غیر مقتضی	مقتضی	غیر مقتضی	مقتضی	غیر مقتضی
دارای بیمه	۲۸۹	۳۲	۳۲۰	۱	۳۱۷	۴	۳۱۷	۴	۳۱۷	۴	۲۷۹	۴۲
درصد	۹۰/۰	۱۰/۰	۹۹/۷	۰/۳	۹۸/۹	۱/۲	۹۸/۸	۱/۲	۹۸/۸	۱/۲	۸۶/۹	۱۳/۱
فاقد بیمه	۹۰	۱۷	۱۰۷	۰	۱۰۵	۲	۱۰۶	۱	۱۰۶	۱	۸۰	۲۷
درصد	۸۴/۱	۱۵/۹	۱۰۰	۰	۹۸/۱	۱/۹	۹۹/۱	۰/۹	۹۹/۱	۰/۹	۷۴/۸	۲۵/۲
تعداد کل	۳۷۹	۴۹	۴۲۷	۱	۴۲۲	۶	۴۲۳	۵	۴۲۳	۵	۳۵۹	۶۹
درصد کل	۸۸/۶	۱۱/۴	۹۹/۸	۰/۲	۹۸/۹	۱/۴	۹۸/۸	۱/۲	۹۸/۸	۱/۲	۸۳/۹	۱۶/۱
	P=۰/۰۹		P=۰/۵۶		P=۰/۰۶		P=۰/۰۸		P=۰/۰۳			

به‌طور کلی، بستری غیرمقتضی در زنان ۰/۴ درصد و در مردان وجود نداشته است. بستری غیرمقتضی بر اساس معیارهای پزشکی و پرستاری در مردان ۱/۷ درصد و در زنان حدود یک درصد می‌باشد و این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست. بستری غیرمقتضی بر اساس معیارهای مربوط به وضعیت بیمار در مردان ۷۶/۷ درصد و در زنان ۸۹/۱ درصد و بیشتر از مردان است که این تفاوت از نظر آماری معنادار می‌باشد (p=۰/۰۰۱).

بحث

پژوهش باختری اقدم و همکاران در مرکز آموزشی درمانی امام خمینی تبریز نشان داد که ۶ درصد پذیرش‌ها و ۸/۶ درصد بستری‌ها غیرمقتضی بودند (۷). در مطالعه پوررضا و همکاران میزان پذیرش غیرمقتضی ۲۲/۸ درصد و میزان بستری غیرمقتضی ۸/۶ درصد گزارش شده است (۱۱).

پژوهش اقبالیخواه و همکاران در واحد مراقبت-های ویژه اطفال بیمارستان کودکان بهرامی، ۲۰ درصد موارد بستری غیرمقتضی در بیماران را نشان داد (۱۴). نتایج حاصل از پژوهش رفیعیان و همکاران در بخش ریکواری مراکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نیز نشان داد که پذیرش بیمار در بخش‌های ریکواری در اکثر موارد نزدیک به استاندارد بوده است (۱۵).

نتایج در مورد بیمارستان‌های مورد بررسی در سبزوار با یافته‌های فوق مطابقت ندارد.

که نیاز به بیهوشی یا بی‌حسی موضعی و یا استفاده از وسایل بیمارستانی باشد (۴۸/۸ درصد) بیشترین فراوانی و شیمی درمانی نیازمند به نظارت در طی درمان (صفر درصد) و سرباز کردن زخم یا محتویات داخل بدن (نیم درصد) کمترین فراوانی را داشته‌اند.

در بررسی فراوانی معیارهای بستری مقتضی بیماران، انجام اقدامات جراحی در همان روز (۴۹/۵ درصد) بیشترین فراوانی و آنژیوگرافی در همان روز (صفر درصد) و کاتتراسیون قلبی، آنژیوگرافی، بیوپسی یکی از ارگان‌های داخلی و توراکوستتیز یا پاراستتیز در همان روز (۰/۲ درصد) کمترین فراوانی را داشته‌اند.

بستری غیرمقتضی در سنین کمتر از ۲۰ سال (۱/۴ درصد) وجود داشته است و این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست (p=۰/۱۹).

بستری غیرمقتضی بر اساس معیارهای پزشکی در سنین بالای ۶۱ سال (۶ درصد) بر اساس معیارهای پرستاری در سنین ۴۱ تا ۶۰ سال (۱/۴ درصد) بیشترین مقادیر را داشته اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبوده است. بستری غیرمقتضی بر اساس معیارهای وضعیت بیماران در سنین بیشتر از ۶۰ سال (۷ درصد) کمترین و در افراد ۲۱ تا ۴۰ ساله (۸۹/۹ درصد) بیشترین مقدار بوده اما تفاوت رده‌های سنی بر اساس معیارهای مربوط به وضعیت بیمار از نظر آماری معنادار است (p=۰/۰۰۶).

پذیرش غیرمقتضی در مردان (۱۳/۹ درصد) بیشتر از زنان (۹/۷ درصد) می‌باشد ولی این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست (p=۰/۱۷).

در مطالعه پوررضا و همکاران (۱۱)، پژوهش باختری اقدم و همکاران (۷)، پژوهش ناظمیان و همکاران در مشهد (۱۲)، همچنین مطالعه وحیدی و همکاران در بیمارستان شهید مدنی (قلب) تبریز، رابطه بین جنس با پذیرش و بستری غیرمقتضی بررسی شد و مانند مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین این دو متغیر پیدا نشد.

نتایج پژوهش‌های باختری اقدم و همکاران (۷) و پوررضا و همکاران (۱۱) نشان داد که بین پذیرش و بستری غیرمقتضی بیمار و سن رابطه معناداری وجود ندارد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه وحیدی و همکاران در بیمارستان شهید مدنی (قلب) تبریز، رابطه بین افزایش سن با طول مدت اقامت ارتباط مستقیم وجود داشت (۱۶). بیماران مسن به علت کهولت مستعد ابتلا به بیماری‌های مزمن بوده و در مراقبت از خود ناتوان هستند. در مطالعه پوررضا و همکاران در بیمارستان‌های امام خمینی و دکتر شریعتی تهران (۱۱) بین پذیرش و نوع بیمارستان رابطه معناداری پیدا نشد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. زیرا نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که نسبت پذیرش غیرمقتضی در بیمارستان‌ها تفاوت دارد و ارتباط بین نوع پذیرش با بیمارستان معنادار است.

در مطالعه پوررضا و همکاران، پذیرش غیرمقتضی در بیماران دارای بیمه بیش از بیماران فاقد بیمه و حدود ۴ درصد بوده است. همچنین بین پذیرش، اقامت غیرمقتضی و وضعیت بیمه بیماران از نظر آماری رابطه معناداری دیده نشد (۱۱). نتایج پژوهش باختری اقدم و همکاران نیز نشان داد که بین پذیرش و بستری غیرمقتضی بیمار با وضعیت بیمه رابطه معناداری وجود ندارد (۷) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

مطالعه وحیدی و همکاران نشان داد که افراد فاقد بیمه که خود ناچار به پرداخت کلیه هزینه‌های بیمارستان هستند، کمترین مدت اقامت در بیمارستان را داشته‌اند. بیشترین مدت اقامت در بیمارستان را بیمه رایگان

نیروهای مسلح و کمیته امداد داشته‌اند (۱۶). مطالعه پوررضا و همکاران نیز نشان داد که بین میانگین روز بستری غیرمقتضی در دو بیمارستان مورد مطالعه اختلاف معناداری وجود دارد (۱۱) که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد.

در مطالعه پوررضا و همکاران پذیرش غیرمقتضی در بخش‌های مختلف از نظر آماری معنادار بوده است به گونه‌ای که بخش‌های قلب و جراحی اعصاب بدون پذیرش غیرمقتضی اما بخش اورولوژی (۶۹/۲ درصد) و بخش ENT (۵۳/۳ درصد) بیشترین پذیرش غیرمقتضی را داشته است (۱۱). در مطالعه حاضر، بخش اورتوپدی (۲۹/۱ درصد) و بخش جراحی زنان (صفر درصد) بیشترین و کمترین میزان پذیرش غیرمقتضی را به خود اختصاص دادند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه پوررضا و همکاران، بین میانگین روز بستری غیرمقتضی در بخش‌های مختلف اختلاف معناداری دیده شد و اختلاف معنادار بین بخش‌های جراحی اعصاب با ۲/۷ روز به‌عنوان بالاترین میانگین و جراحی عمومی تأیید گردید (۱۱) که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. در مطالعه حاضر، بین میانگین روز بستری غیرمقتضی در بخش‌های مختلف اختلاف معناداری آماری مشاهده نگردید.

در مطالعه پوررضا و همکاران، پذیرش غیرمقتضی به‌طور معناداری با طول مدت اقامت ارتباط دارد، یعنی بیمار دارای پذیرش غیرمقتضی روزهای کمتری در بیمارستان اقامت داشته است (۱۱) اما در پژوهش حاضر به‌علت این‌که تمام افراد مورد بررسی بستری شده‌اند، لذا نمی‌توان ارتباط بین پذیرش و بستری را بررسی کرد.

پروتکل ارزیابی در کشورهای اروپایی و آمریکایی تأیید شده است اما در ایران نیاز به بررسی‌های خاص دارد تا مطابق با شرایط نظام بهداشت و درمان کشور مورد استفاده قرار گیرد. تفاوت در روش پذیرش را شاید بتوان به عواملی از قبیل نوع بیمارستان، مکان

غیرمقتضی از نظر هزینه و اقدامات درمانی نیز موجب رفاه مردم گردد. ارتقاء خدمات بهداشتی در سطوح پایین-تر و سیستم صحیح ارجاع می‌تواند تأثیر زیادی بر کاهش پذیرش و اقامت غیرمقتضی بیمار در بیمارستان داشته باشد. کاهش روزهای پذیرش و بستری غیرمقتضی نیز بر بار کاری پرسنل و رسیدگی به بیماران تأثیر به‌سزایی خواهد داشت.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار به‌خاطر تأمین هزینه‌های طرح و کارکنان معاونت درمان و بیمارستان‌های مورد بررسی به‌خصوص خانم عزت نصرآبادی در زمینه تکمیل پرسشنامه و جمع‌آوری داده‌ها تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

جغرافیایی متفاوت و میزان اشغال و تفاوت در بستری در بیمارستان‌ها را به عواملی از قبیل بزرگی بیمارستان و در دسترس بودن تخت نسبت داد. متغیرهایی مانند خصوصیات دموگرافیک بیمار و پزشک معالج بر مدت اقامت و پذیرش بیمار مؤثر است.

در پژوهش حاضر، ۱۱/۴ درصد از پذیرش‌های بیمارستانی غیرمقتضی بود که علاوه بر علل مربوط به سیستم ارائه خدمات و وضعیت ارجاع، دلایل دیگری از قبیل اجتناب از معاینات سرپایی و پزشکی، عدم انجام آزمایشات بالینی در مراکز خارج بیمارستان، خود ارجاعی بیماران و مانند آن نیز می‌توانسته بر این نوع پذیرش مؤثر باشد.

با توجه به تأثیر نظام بیمه کشور بایستی یک نظام بیمه یکسان به صورت پایلوت اجرا گردد تا با مشخص شدن معایب و محاسن و رفع آن‌ها در کل کشور اجرا شود و علاوه بر تأثیر بر پذیرش‌ها و بستری‌های

References

1. Sadaghiani E. Evaluation Of Health And Treatment Cares And Hospital Standards. Tehran: Moein; 1997.(Persian)
2. Asefzadeh S. Health Education and medical cares .Tehran: Scientific and Cultural Publications; 1997.(Persian)
3. Emami A. Control of cost and effect in hospital. [cited 2006 Des 6]. Online material .available at: <http://nurse21.blogfa.com/post-57.aspx>.(Persian)
4. Sadaghiani E. Organization And Hospital Management. Tehran: Jahan Rayaneh;1998.(Persian)
5. Kabirzadeh A, Mohseni Saravi B, kabirzadeh A. Importance of being medical document employers in triage system. [cited 2006 Des 6]. Online material .available at: http://congress.basijmed.com/books/2nd/abstract/F1_1.HTM.(Persian)
6. Hartz AJ, Bade PF, Sigmann P, Guse C, Epple P, Goldberg KC. The evaluation of screening methods to identify medically unnecessary hospital stay for patients with pneumonia. nt J Qual Health Care. 1996;8(1):3-11.
7. Bakhtari Aghdam F, Vahidi R, Mohammadpoorasl A, Kavooosi Z. Evaluation of Response to Drug Treatment in Patients with Endocarditis Based on Clinical and Laboratory Findings. Med J Tabriz Univ Med Sci.2008;30(2):35-9.(Persian)
8. Jalali A, Hoseni SM. Survey of hospital stay in grade 1 academic hospital compared with a contracted hospital insurance .In: Afshar G. Collection of papers presented at the Conference on Health Economics.Tehran: Social Research Institute;2001.(Persian)
9. Matorras Galán P, de Pablo Casas M, Otero García L, Alonso López F, Daroca Pérez R, Díaz-Caneja Rodríguez N. Appropriateness of admissions to an internal medicine service at a tertiary hospital. Med Clin . 1990 ;94(8):290-3.

10. Kossovsky MP, Chopard P, Bolla F, Sarasin FP, Louis-Simonet M, Allaz AF, et al. Evaluation of quality improvement interventions to reduce inappropriate hospital use. *Int J Qual Health Care*. 2002;14(3):227-32.
11. PourReza A, Kavosi Z, Mahmoudi M, Batebi A. Admissions and numbers of days of staying of inpatients on the basis of the Appropriateness Evaluation Protocols in two Tehran University of Medical Sciences hospitals. *J School Public Health Inst Public Health Res*. 2006; 4(3):73-83.(Persain)
12. Nazemian F, Naghibi M, Naghibi O. Factors affecting the hospitalization period of kidney transplantation recipients. *Medl j mashhad univ med sci* . 2007; 50(95):11-16.(Persain)
13. Sarikhani Khorrami Y. Administrative and economic status and hospital admissions according to the protocol of the occasion by teaching and private hospitals in Shiraz. .2010 Mar. 4-6, Kerman: Kerman University of Medical Science; 2010. (Persain)
14. eghbalkhah a.,salamati p.,sotoudeh k.,khashayar p. evaluation and comparison of admission and discharge criteria in admitted patients' of pediatric intensive care unit of bahrami children's hospital with the criteria of american academy of pediatrics. *IRAN J PEDIATR*. 2006; 16(4):399-406.(Persain)
15. Rafieian M, Najji H, Tavakol KH. A Survey on standards performance in Recovery units. *Nurs Midw Res*.2004;25. (Persain)
16. Vahidi R, Koushavar H, Khodayari R. Factors affecting coronary artery patients hospital length of stay of tabriz madani hospital; 2005-2006. *J health admin*. 2006; 9(25):63-8.(Persain)