مقاله پژوهشی

# بررسی چالش‌های مدیریت تخت در بیمارستان‌های آموزشی ریفرال شهر مشهد

محمدعلی سدید [۱]، علی تقی پور [۲]، الهه هوشمند [۳]، زهرا خدادادی [۴]، جواد مقری [۵*]

[۱] کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، مشهد، ایران

[۲] استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، مشهد، ایران

[۳] دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، مشهد، ایران

[۴] کارشناسی ارشد اقتصاد بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، مشهد، ایران

[۵] استادیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، مشهد، ایران

* **نویسنده مسؤول:** جواد مقری
moghrij@mums.ac.ir

## چکیده

**زمینه و هدف:** یکی از مهم‌ترین پیام‌های حد واسط نظام سلامت که به‌طور مستقیم سلامت افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، دسترسی به خدمات می‌باشد. افزایش روزافزون تقاضا برای دریافت خدمات از یک‌سو و عدم‌کفایت تخت‌های موجود بر اساس استانداردهای مربوطه در بسیاری از بیمارستان‌های کشور از سوی دیگر، این ضرورت را ایجاب می‌کند که از تخت‌های موجود استفاده بهینه به عمل آید. پژوهش حاضر با هدف بررسی چالش‌های مدیریت تخت در بیمارستان‌های آموزشی ریفرال شهر مشهد انجام‌شد.

**روش پژوهش:** این مطالعه از نوع کیفی و به روش تحلیل محتوا انجام شد. جامعه پژوهش مدیران شاغل در سال ۱۳۹۸ در بیمارستان‌های امام رضا (ع) و قائم (عج)، به‌عنوان بیمارستان‌های ریفرال مشهد و همچنین مدیران ستادی بودند. برای نمونه‌گیری جامعه اولیه پژوهش از روش هدفمند با رویکرد حداکثر تنوع استفاده شد. جمع آوری داده‌ها تا زمان رسیدن به حد اشباع ادامه یافت. به‌منظور گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختاریافته استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها نیز همزمان با گردآوری داده‌ها، مصاحبه‌ها پیاده‌سازی و کدگذاری شد و تحلیل به‌وسیله نرم‌افزار MaxQDA 11 انجام پذیرفت.

**یافته‌ها:** انجام فرآیند مقایسه مداوم داده‌ها از نظر شباهت‌ها و تفاوت‌ها، به کدهای مشابه و قابل ادغام باهم منجر به ایجاد ۷ مفهوم اصلی گردید؛ این مفاهیم شامل چالش‌های پذیرش، چالش‌های اختصاص تخت، چالش‌های ماندگاری، چالش‌های ترخیص، چالش‌های فرایندها، چالش‌های ساختارها، چالش‌های نیروی انسانی بود.

**نتیجه‌گیری:** توجه به چالش‌های مدیریت تخت در این مطالعه تا حد زیادی می‌تواند به ساماندهی اورژانس و جریان صحیح بیمار در بیمارستان کمک نماید. با شناخت مشکلات ناشی از مدیریت تخت و حرکت به سمت اصلاح آن‌ها، نظام سلامت از بهره‌وری بالاتری برخوردار گشته و دسترسی بیماران به مراقبت‌های سلامت بدون نیاز به افزایش هزینه، ارتقا خواهد یافت.

**واژه‌های کلیدی:** تخصیص منابع، طول مدت اقامت، ضریب اشغال تخت، بیمارستان‌ها، مدیریت تخت

**ارجاع:** سدید محمدعلی، تقی پور علی، هوشمند الهه، خدادادی زهرا، مقری جواد. بررسی چالش‌های مدیریت تخت در بیمارستان‌های آموزشی ریفرال شهر مشهد. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۱؛ ۷(۳): ۲۰-۲۱۰.

**تاریخ دریافت:** ۱۴۰۱/۰۵/۱۵
**تاریخ اصلاح نهایی:** ۱۴۰۱/۰۹/۱۲
**تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۱/۰۹/۱۹



[ Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-08 ]

[ DOI: 10.18502/mshsj.v7i3.11391 ]

## مقدمه

طبق استانداردهای موجود تمامی افراد جامعه باید به خدمات سلامت دسترسی داشته باشند. افزایش بار بیماری‌ها، ضرورت توسعه تخت‌های بستری و حرکت به سمت توزیع مناسب آن‌ها را اجتناب ناپذیر می نماید. بنابراین توزیع مناسب تخت‌ها، یکی از راه‌های دستیابی به دسترسی جامع به خدمات سلامت است. طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت تعداد تخت تعریف شده برای کشورهای درحال‌توسعه ۴ عدد تخت به ازاء هر هزار نفر جمعیت می‌باشد. بر

اساس آخرین اطلاعات در سال ۲۰۱۴ کشور ایران در رتبه‌بندی شاخص نسبت تخت به جمعیت در رتبه ۱۲۲ جهان قرارگرفته است. در چشم‌انداز ۱۴۰۴، متوسط تعداد تخت تعریف‌شده ۲/۶ تخت به ازاء هر هزار نفر جمعیت می‌باشد. در حال حاضر وضعیت موجود در نقاط مختلف کشور متفاوت می‌باشد. بیشترین سهم تخت‌های بستری در طبقه دانشگاه‌های مستقر در پایتخت (برابر با ۲/۷ تخت به ازای هر هزار نفر جمعیت) بوده است و کمترین سهم از تخت‌های بستری در طبقه دانشگاه‌های مستقر در شهرستان‌های غیر مرکز استان (برابر با ۰/۸ تخت به ازای هر هزار نفر جمعیت) بوده است. بدترین وضعیت پراکندگی تخت‌های بستری در کلان منطقه ۹ آمایشی شامل استان‌های خراسان رضوی، خراسان شمالی و خراسان جنوبی بوده است (۱).

بر اساس مطالعه نبیلو و همکاران (۱۳۹۲) در کشور، ۶/۲ تا ۲۹/۶ درصد روزهای بستری، غیرضروری گزارش شده‌اند. برآوردها نشان می‌دهد با کاهش زمان بستری بیماران به میزان ۴ ساعت معادل ۳۰ تخت به ظرفیت تخت‌ها افزوده خواهد شد. مدیریت بهره‌برداری روشی برای بررسی نحوه به‌کارگیری منابع و ازجمله تخت‌های بیمارستانی و بهبود آن است (۲). همچنین روند رشد جمعیت در ایران تا سال ۱۴۱۴ رو به افزایش خواهد بود. به‌طوری‌که در سال ۱۳۸۵، جمعیت بالای ۶۰ سال ۷/۳ درصدکل جمعیت بوده است و برآورد می‌شود در سال ۱۴۱۴ به ۱۷/۶ درصد از جمعیت برسد؛ یعنی طی ۲۰ سال آینده بر جمعیت سالمند ایران افزوده خواهد شد. ازاین‌رو، برنامه‌ریزی صحیح و دقیق برای پاسخ گوئی به نیازهای جامعه، به‌ویژه در بخش درمان و نیز تخصیص تخت‌های بستری ضروری است (۳). برخلاف تقاضای بسیار زیاد، حجم عظیمی از تخت‌های بیمارستانی به دلیل عدم برنامه‌ریزی و مدیریت صحیح بدون استفاده مانده است (۴). از سوی دیگر بایستی توجه داشت که عدم بهره‌وری مناسب تخت‌های بیمارستانی و ادراک بیماران مبنی بر عدم وجود ظرفیت خالی درمانی می‌تواند از موانع مهم موجود در مراجعه بیماران و تعامل ایشان باشد (۵).

باید توجه داشت، علاوه بر سیاست‌های بهداشتی در زمینه‌ی رعایت بهداشت و کاهش بار بیماری‌ها و بیماردهی و لزوم سرمایه‌گذاری در زمینه‌ی سیاست‌های بهداشتی با توجه به تغییر الگوی بیماری‌ها، کاهش بیماری‌های عفونی، افزایش بیماری‌های نوپدید و افزایش سن جمعیت، توجه به گسترش تخت‌ها در درازمدت امری اجتناب ناپذیر خواهد بود. بااین‌حال برای برطرف کردن نیاز فوری به خدمات بیمارستانی باید در جهت یافتن راه‌حل‌های عملی در جهت کاهش مدت انتظار بیماران در دریافت خدمات، برآورد صحیح نیروی انسانی مورد نیاز در مراکز، رعایت عدالت در استفاده از خدمات و امکانات درمانی، توزیع مناسب تخت و استفاده مناسب از ظرفیت بخش خصوصی اقدام نمود (۶). مدیریت بهینه تخت، سبب ایمنی و رضایت بیمار و همچنین مدیریت بهتر تأمین مالی می‌شود (۷).

باید توجه داشت، علاوه‌بر سیاست‌های بهداشتی در زمینه رعایت بهداشت، کاهش بار بیماری‌ها و بیماردهی و لزوم سرمایه گذاری در زمینه سیاست‌های بهداشتی باتوجه به تغییر الگوی بیماری‌ها، کاهش بیماری‌های عفونی و افزایش بیماری های نوپدید و افزایش سن جمعیت، توجه به گسترش تخت‌ها در دراز مدت، امری اجتناب ناپذیر خواهد بود. بااین‌حال برای برطرف کردن نیاز فوری به خدمات بیمارستانی باید درجهت یافتن راه حل‌های عملی در جهت کاهش مدت انتظار بیماران در دریافت خدمات، رعایت عدالت در استفاده از خدمات و امکانات درمانی، توزیع مناسب تخت و استفاده مناسب از ظرفیت بخش خصوصی اقدام نمود. این مطالعه سعی دارد با استفاده از نظرات صاحب نظران، به بررسی چالش‌های مدیریت تخت، خاصه در بیمارستان‌های سطح ۳ ارجاع ،که با حجم انبوه مراجعین سروکار دارند، بپردازد.

## روش پژوهش

این پژوهش از نوع کیفی و با استفاده از روش تحلیل محتوا از اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۸ تا اردیبهشت سال۱۳۹۹ انجام



[ Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-08 ]
[ DOI: 10.18502/mshsj.v7i3.11391 ]

شد. محل انجام مطالعه ۲ بیمارستان قائم و امام رضا به‌عنوان ۲ بیمارستان ریفرال در شهر مشهد در نظر گرفته‌شد. جامعه پژوهش در این مرحله مدیران شاغل در تمام سطوح مدیریتی (مدیران پرستاری، سوپروایزران، روسای بخش‌ها، مسئول شیفت اورژانس، رزیدنت سال آخر، پزشکان طب اورژانس، مدیران گروه‌های آموزشی و مدیران اجرائی) در بیمارستان‌های قائم و امام رضا و مدیران ستادی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد بودند. برای نمونه‌گیری جامعه اولیه پژوهش از روش هدفمند با رویکرد حداکثر تنوع استفاده شد و سعی شد افرادی وارد مطالعه شوند که بتوانند بیشترین کمک در فهم موضوع را انجام دهند. همچنین سعی شد طیف مختلفی از نظرات با گرایش‌ها و دیدگاه‌های مختلف اخذ شود. از سوی دیگر از روش نمونه‌گیری تئورتیکال یا نظری نیز در این مطالعه استفاده گردید تا چنانچه در خلال تحلیل داده‌ها مشخص شود که به‌منظور تکمیل داده‌ها نیاز به مصاحبه با جایگاه یا افراد خاصی خارج از جامعه پژوهش اولیه است، بتوان این کار را صورت داد.

با توجه به عرف مطالعات کیفی، از ابتدای پژوهش بنا شد مصاحبه‌ها تا زمان اشباع داده‌ها ادامه پیدا کند، بنابراین حجم نمونه خاصی برای انجام کار در نظر گرفته نشد. مصاحبه‌های اولیه به‌صورت عمیق و به‌صورت مصاحبه باز انجام شد. بعد از استخراج چارچوب سؤالات، مصاحبه‌ها به‌صورت نیمه ساختاریافته ادامه داده شد. درمجموع در این مرحله با ۲۸ نفر مصاحبه شد که ۱۴ نفر از مصاحبه‌شونده‌ها پزشک و ۱۴ نفر غیرپزشک بودند. از این نفرات ۵ نفر جزء کارشناسان ستادی و ۳ نفر کارشناسان خارج از مشهد و غیرپزشک و بقیه نفرات از گروه‌های آموزشی و بیمارستانی بودند. پزشکانی که حداقل ۴ سال سابقه نسبت به موضوع داشتند و یا با توجه به‌جایگاه شغلی به موضوع بیش‌تر مرتبط بودند (مثل متخصصین طب اورژانس)، در صورت تمایل به شرکت در مصاحبه‌ها، وارد مطالعه شدند. از بین مدیران نیز داشتن پست مدیریتی مرتبط با موضوع و یا حداقل ۴ سال سابقه کاری، به همراه تمایل برای شرکت در مطالعه، ملاک ورود به مطالعه بود.

به‌منظور تدوین راهنمای مصاحبه جهت انجام مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته از بررسی متون و مصاحبه‌های عمیق با ذی‌نفعان و دست‌اندرکاران مربوطه در بیمارستان استفاده شد. این ذی‌نفعان به‌صورت قضاوتی و با توجه به تجربیات و آشنایی ایشان از بین پزشکان، مدیران بیمارستانی و مدیران گروه‌های بالینی و سوپروایزران، در خصوص موضوع موردنظر انتخاب شدند. با استفاده از اطلاعات حاصل از بررسی متون و همچنین مصاحبه‌های عمیق، راهنمای مصاحبه جهت انجام مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته تدوین شد. هدف از این مصاحبه‌های بدون ساختار کشف ادراکات، احساسات و تفکرات شرکت‌کنندگان بود. سپس به مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با مشارکت‌کنندگان پرداخته شد. مشارکت‌کنندگان پژوهش ابتدا با رضایت شفاهی و سپس کتبی وارد پژوهش شدند و فرم رضایت آگاهانه مبنی بر ضبط مصاحبه توسط آن‌ها تکمیل گردید. مصاحبه‌ها در محل کار مشارکت‌کنندگان (بیمارستان قائم، بیمارستان امام رضا، ستاد معاونت درمان دانشگاه) صورت گرفت و با اخذ رضایت از آن‌ها به‌وسیله MP3 player ضبط گردید. پس از انجام هر مصاحبه، محتوای مصاحبه به دقت و کلمه به کلمه تایپ شد. موازین اخلاقی شامل گمنام بودن، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه رعایت شد. تمرکز سؤالاتی که برای راهنمای مصاحبه طراحی شدند، بر مسائل یا حیطه‌هایی بود که باید پوشش داده شوند.

استفاده از روش بازبینی مشارکت‌کنندگان برای تائید صحت داده‌ها و کدهای استخراج‌شده و یا اصلاح آن‌ها، به‌این‌صورت که تعدادی از مصاحبه‌ها بعد از کدگذاری به شرکت‌کنندگان بازگردانده شد تا به‌این‌ترتیب از صحت کدها و تفاسیر محقق اطمینان حاصل گردد و کدهایی که بیانگر دیدگاه آنان نیست اصلاح شود و بررسی روند تحلیل در مراحل کدگذاری، طبقه-بندی و استخراج درون‌مایه‌ها توسط اساتید راهنما و مشاور و افراد صاحب‌نظر جهت تطبیق و اطمینان از همخوانی طبقات با اظهارات شرکت‌کنندگان برای صحت و مقبولیت یافته‌ها، انجام گردید. برای تأمین اعتبار یافته‌ها از روش ناظر خارجی برای بررسی درک مشابه احتمالی وی با پژوهشگر و جستجو برای موارد مغایر استفاده‌شد که این مسئله از طریق ارائه کدهای اولیه از تفسیر تجارب شرکت‌کنندگان، مثال‌هایی از چگونگی استخراج درون‌مایه‌ها و گزیده‌هایی از متن مصاحبه‌ها برای هر یک از درون‌مایه‌ها صورت گرفت. جهت افزایش قابلیت انتقال تلاش شد با توصیف واضح، دقیق و هدفمند فرایند تحقیق و کارهای انجام‌شده در مسیر مطالعه امکان پیگیری مسیر تحقیق


Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir
[ Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-08 ]
[ DOI: 10.18502/mshsj.v7i3.11391 ]

و خصوصیات جمعیت مورد مطالعه برای دیگران فراهم شود. همچنین نتایج تحقیق به تعدادی از افراد که در مطالعه شرکت نداشتند به‌منظور قضاوت آن‌ها در مورد تشابه بین نتایج و تجارب خود، ارائه شد. راهنمای مصاحبه بعد از چند مصاحبه به علت ایده‌هایی که تولیدشده بودند مورد بازبینی قرار گرفت.

تحلیل داده‌ها همزمان با گردآوری داده‌ها و با استفاده از روش تحلیل محتوا و به‌وسیله نرم‌افزار MaxQDA 11 انجام پذیرفت. ابتدا کدگذاری سطح اول یا کدگذاری باز (open coding) انجام شد که شامل خرد کردن، مقایسه کردن، مفهوم‌پردازی و مقوله‌بندی داده‌ها می‌باشد. تحلیل داده‌ها از همان مصاحبه اول و به‌موازات انجام مصاحبه‌ها شروع شد. در کدگذاری سطح دوم یا کدگذاری محوری (axial coding) که پس از کدگذاری باز انجام می‌شود تا با برقراری پیوند بین مقوله‌ها، اطلاعات را به شیوه‌های جدیدی با یکدیگر مرتبط سازند، کدهای اصلی و فرعی بازخوانی شدند و سپس کدهای اصلی با معنای مشابه با یکدیگر دسته‌بندی‌شده و طبقات را تشکیل دادند. در کدگذاری انتخابی ( selective coding) بعد از کدبندی و تعیین طبقات، کدهای تعیین‌شده با یکدیگر مقایسه شد و در موارد اختلاف، بعد از تعیین کد نهایی و پیاده کردن مصاحبه‌ها از مشارکت‌کنندگان درخواست شد تا مطالب پیاده شده را مطالعه کنند و صحت‌وسقم آن‌ها را ارزیابی نمایند. متن‌ها چندین بار مطالعه شدند تا درکی کلی از متن به دست آمد و سپس متن خط به خط خوانده شد تا در مورد تک‌تک جملات نیز تصوری به دست آید و چارچوب مفهومی (conceptual Framework) به دست آمد.

ضمناً این مطالعه با کد اخلاق به شماره IR.MUMS.REC.1398.078 در دانشگاه علوم پزشکی مشهد مورد تائید قرار گرفت.

**یافته‌ها**

با انجام فرآیند مقایسه مداوم داده‌ها از نظر شباهت‌ها و تفاوت‌ها، به کدهای مشابه و قابل ادغام باهم یک کد انتزاعی‌تر با عنوان «طبقات فرعی ثانویه» که شامل ۶۵ کد می‌باشد، داده‌شد. طبقات فرعی ثانویه نیز از نظر شباهت‌ها و تفاوت‌ها بررسی شد و مواردی که مشابه بودند نیز یک کد انتزاعی‌تر از مرحله قبل تحت عنوان «طبقات فرعی اولیه» به آن‌ها اختصاص داده‌شد که شامل ۱۵ کد می‌باشد. نهایتاً ادغام زیر طبقات مشابه و مقایسه مداوم آن‌ها منجر به شکل گیری و ظهور۷ طبقه اصلی گردید.

الف) چالش‌های پذیرش شامل ۲ دسته برون‌زاد و درون‌زاد بودند. هدف از برون‌زاد، مواردی هستند که خارج از حیطه مدیریت بیمارستان می‌باشند و چالش درونزاد در حیطه مدیریت بیمارستانی می‌باشد. طبقات فرعی ثانویه چالش‌های پذیرش به شرح ذیل بود.

عوامل زمینه‌ای: عدم الزام بخش خصوصی به پذیرش بیمار، عدم تناسب پذیرش با ترخیص، پیر شدن جمعیت، ضعف نظام ارجاع و بحران‌ها. در زمینه‌ی بحران‌ها یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان کرد: «وقوع گاه بگاه بحران‌ها باعث افزایش لود بیماران اورژانس می‌شود. هفته گذشته بحران مسمومیت با CO داشتیم که لود بیماران اورژانس را افزایش داد» (مصاحبه شونده ۲۴).

تک مرکزیت بعضی تخصص‌ها: شهرت بیمارستان به درمان خاص، تک مرکزی بودن جهت بعضی از درمان‌ها در شهر.

زائرین: مناسبت‌ها و افزایش ناگهانی پذیرش‌ها، مسافرت زائرین بیمار به دلایل اعتقادی، تعداد زیاد زائرین در کل سال.

مراجعه مستقیم: عدم امکان کنترل بیماران مراجعه مستقیم، زیاد بودن تعداد مراجعه‌کننده‌ها، افزایش تعداد مراجعین بعد از اجرای طرح تحول، ورودی زیاد بخش دولتی به علت عدم کمک بخش خصوصی. یکی از مصاحبه‌شوندگان درزمینه‌ی افزایش تعداد مراجعین بعد از اجرای طرح تحول بین کرد: «به‌هرحال طرح تحول نظام سلامت مزایایی داشت. درکنارش انتظار می‌رفت هم‌زمان فضای فیزیکی و سایر آیتم‌ها نیز گسترش پیدا کند. کارشناس آمار نیستم ولی با توجه به لود بیمار قبل از طرح و بعد از آن شاهد بودیم که بیماران در مراجعه به بخش دولتی آرامش بیشتری پیدا کردند و لود مراجعین به‌مراتب بیشتر شد. این موضوع، تعیین سقف بیمه در چیدمان مدیریت تخت ما اثر خواهد گذاشت (مصاحبه شونده ۱۳).

[ Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-08 ]
[ DOI: 10.18502/mshsj.v7i3.11391 ]
راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، سال هفتم شماره ۳، پاییز ۱۴۰۱، شماره پیاپی ۲۵

جدول ۱: چالش‌های مدیریت تخت از دیدگاه مشارکت‌کنندگان

| طبقات اصلی | طبقات فرعی اولیه | طبقات فرعی ثانویه |
|---|---|---|
| **چالش‌های پذیرش** | چالش‌های برون‌زاد | عوامل زمینه‌ای، تک مرکزیت بعضی از تخصص‌ها، زائرین، مراجعه مستقیم، ارجاع و اعزام، درمان سرپایی |
| | چالش‌های درون‌زاد | ضعف در اطلاعات و ارتباطات، کاربری نادرست تخت‌ها |
| **چالش‌های اختصاص تخت** | چالش‌های برون‌زاد | توزیع نامناسب بخش‌ها بین بیمارستان‌ها، توسعه نامناسب تخت‌ها |
| | چالش‌های درون‌زاد | عوامل زمینه‌ای، تصمیم‌گیرندگان اختصاص تخت، مرزبندی تخت‌ها، توزیع نامناسب تخت، بستری در بخش غیر مرتبط |
| **چالش‌های ماندگاری بیمار** | چالش‌های برون‌زاد | عدم تناسب نیروی انسانی، پزشکی تدافعی، ماهیت بیماران داخلی و نورولوژی از نظر اقامت، ماندگاری بیماران end stage، فعالیت غیر مؤثر مراکز مراقبت در منزل، عدم امکان درمان سرپائی بیماران ارجاعی |
| | چالش‌های درون‌زاد | تأخیر در اقدامات، عوامل زمینه‌ای، اقدامات غیرضروری، ویزیت |
| **چالش‌های ترخیص** | چالش‌های برون‌زاد | عدم تناسب پذیرش با ترخیص، تأخیر در ترخیص بیماران بدون صاحب و مشمول مددکاری، به‌روز نبودن شاخص‌های تعیین تکلیف، تأخیر در ترخیص به علت مشکلات بیمه‌ای، عدم ترخیص به دلیل ترس از مشکلات قانونی |
| | چالش‌های درون‌زاد | تأخیر در ترخیص، عدم ترخیص در روزهای تعطیل، ترخیص زودهنگام و بستری مجدد با وضعیت حاد، ماندگاری بیمار بعد از ترخیص، کمی ترخیص روزانه |
| **چالش‌های ساختار** | چالش‌های برون‌زاد | ناکارآمدی بخش خصوصی، ستاد هدایت، عوامل زمینه‌ای، اشکالات آموزشی، اورژانس ۱۱۵ |
| | چالش‌های درون‌زاد | اشکالات مدیریت مالی، عدم رضایتمندی بیمار، تجهیزات |
| **چالش‌های فرآیندها** | چالش‌های برون‌زاد | تاخیر در درمان با عدم ارسال مدارک بیمار از شهرستان، محول شدن بار درمان به سیستم آموزش، محدودیت مراقبت در منزل به علت عدم پوشش بیمه |
| | چالش‌های درون‌زاد | نقاط ضعف مدیریت تخت، عوامل زمینه‌ای، اشکالات ساختمانی، ضعف در تعاملات، ضعف در مدیریت زمان تشخیص و درمان، مشاوره‌ها، پروسیجرها و پاراکلینیک |
| **چالش‌های نیروی انسانی** | چالش‌های مدیر تخت | اختیارات ناکافی مدیر تخت، عدم آشنای پرسنل بخش غیر مرتبط درباره مدیریت تخت، تحت فشار قرار گرفتن مدیر تخت توسط پزشکان، عدم پیگیری فرایندهای اشکال‌دار توسط مدیریت تخت، ضعف عملکرد مدیریت تخت، عدم آگاهی به دستورالعمل، عدم آموزش دستیاران در موضوع مدیریت تخت |
| | چالش‌های پرستاران | تعیین محل پرستاران کم‌سابقه و خطاکار در اورژانس، عدم اختیار بیمارستان در جذب پرسنل باکیفیت، عدم تبحر پرستاران بخش غیر مرتبط، محدودیت نیروی انسانی |
| | چالش‌های پزشکان | عوامل زمینه‌ای- دستیاران – متخصصین |

ارجاع و اعزام: ارجاع بدون هماهنگی بیمار بدحال از بخش خصوصی، ارجاع آخر هفته شهرستان‌های تابعه، ارجاع بیماران بدحال به ۲ مرکز، شیفت دادن بیماران از سایر مراکز، ارجاع بدون هماهنگی به دلیل عدم استطاعت مالی، اعزام بدون هماهنگی با آمبولانس خصوصی.

درمان سرپائی: زیاد بودن تعداد بیماران سرپائی، رواج کم درمان سرپائی به علت ضعف فرهنگی یا عدم آموزش، ضعف سیستم درمان در تعریف درمان سرپائی.

چالش‌های درون‌زاد پذیرش نیز شامل ۲ طبقه فرعی ثانویه بودند.

ضعف در اطلاعات و ارتباطات: عدم اطلاع اساتید از تخت‌های خالی، ارتباط بین بخشی ضعیف بین اورژانس، کلینیک و بخش در درمان سرپائی، افزایش ورودی به علت تقاضای القائی.

کاربری نادرست تخت‌ها: پذیرش بیماران الکتیو در اورژانس، استفاده نادرست از تخت‌های فوق تخصصی، بستری بیمار به دلایل آموزشی، پذیرش بدون رعایت اولویت.

ب) چالش اختصاص تخت، چالش‌های برون‌زاد این زیر مفهوم شامل ۲ طبقه فرعی بود. ذیل مفاهیم فرعی تعلق یافته به هر دسته را مشاهده می‌فرمایید.

توزیع نامناسب بخش‌ها بین بیمارستان‌ها: عدم توزیع تخت‌ها بر اساس شیوع بیماری، تمرکز بیماران نورولوژی در قائم. در مورد عدم توزیع تخت‌ها یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کند: «در کشور ما مشکل این است که توزیع تخت‌ها بر اساس شیوع بیماری‌ها نیست. در بررسی تخت‌های بیمارستانی ما شاهد این


Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir
[ Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-08 ]
[ DOI: 10.18502/mshsj.v7i3.11391 ]

موضوع هستیم که تخت‌های داخلی و جراحی به میزان تعداد بیماران مراجعه‌کننده درهر گروه متناسب نیست» (مصاحبه شونده ۲۳).

توسعه نامناسب تخت‌ها: کمی سرانه تخت، عدم امکان گسترش تخت‌های تخصصی به دلیل جنرال بودن مرکز، گسترش بخش‌ها بر اساس دلایل ناموجه، عدم گسترش بخش‌ها بر اساس نیازها، عدم توسعه تخت‌های گروه داخلی بر اساس نیاز.

چالش‌های درون‌زاد این زیر مفهوم شامل ۵ طبقه فرعی ثانویه بودند.

عوامل زمینه‌ای: بستری زودهنگام به علت عدم اطمینان از اختصاص تخت، تفاوت ترجیح گروه داخلی و جراحی به دلایل اقتصادی، عدم بهره‌برداری از تخت به‌صورت دائم یا موقت.

تصمیم‌گیرندگان اختصاص تخت: مقاومت مدیران در اختصاص تخت، عدم پاسخ گوئی اساتید در مورد وضعیت تخت بخش، اختصاص تخت توسط متخصصین طب، اختصاص تخت توسط دستیاران.

مرزبندی تخت‌ها: مرزبندی تخت‌ها بین روزهای هفته، مرزبندی تخت‌ها بین بخش‌ها، مرزبندی تخت‌ها بین پزشکان.

توزیع نامناسب تخت: توزیع تخت در بیمارستان و گروه با اولویت رشته مسئول یا مدیر، توزیع نامتناسب تخت بر اساس اورژانس و الکتیو، توزیع نامتناسب تخت‌ها بین گروه‌های مختلف.

بستری در بخش غیر مرتبط: خلوت کردن اورژانس به بهای اشغال تخت‌های غیر مرتبط، بستری بیمار نیازمند بخش ویژه در بخش عادی، مقاومت تیم پزشکی دربستری بیمار غیر مرتبط.

ج) چالش‌های ماندگاری بیمار شامل ۶ طبقه فرعی ثانویه برون‌زاد، عدم تناسب نیروی انسانی، پزشکی تدافعی، ماهیت بیماران داخلی و نورولوژی از نظر اقامت، ماندگاری بیماران end stage، فعالیت غیر مؤثر مراکز مراقبت در منزل و عدم امکان درمان سرپائی بیماران ارجاعی بود. در ارتباط با ماهیت بیماران داخلی و نورولوژی یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان کرد: «ماهیت بیماران داخلی و اعصاب این است که مدت طولانی بستری می‌شوند. بیماران داخلی معمولاً با وضعیت بد وارد بیمارستان می‌شوند، طول مدت درمان آن‌ها زیاد است. این دو گروه بیماران بعد از اقدامات درمانی به حدی می‌رسند که دیگر قرار نیست درمانی برای آن‌ها صورت بگیرد فقط جنبه مراقبتی دارند» (مصاحبه شونده ۱۹).

چالش‌های درون‌زاد شامل ۴ طبقه فرعی ثانویه بود.

تأخیر در اقدامات: بی‌توجهی گروه داخلی به مدت بستری به علت نداشتن پروسیجر، عدم انجام شبانه‌روزی و روزهای تعطیل اقدامات، پاراکلینیک، بستری طولانی در اورژانس، زمان‌بر شدن اقدامات با عدم هماهنگی بین بخشی.

عوامل زمینه‌ای: نبود تجهیزات لازم برای خدمات پاراکلینیک، جانمائی و ترکیب تخت اشتباه، غیراقتصادی بودن بستری طولانی.

اقدامات غیرضروری: پروسیجرهای درخواستی غیر اورژانس، درخواست اقدامات پاراکلینیک زیاد، درخواست اقدامات غیرضروری، تکرار غیرضروری اقدامات.

ویزیت: طولانی شدن ویزیت در اورژانس مرکز آموزشی، تأخیر در ویزیت بیماران فوق تخصصی، طولانی شدن پروسه درمان به علت ویزیت کوتاه، استفاده از مهر اساتید توسط دستیاران در ویزیت، تعدد ویزیت، تأخیر در ویزیت توسط ماهرترین فرد، تاخیردر ویزیت صبحگاهی، عدم ویزیت روزانه اساتید، بدون ویزیت ماندن بیمار در بخش غیر مرتبط، ویزیت روزهای تعطیل.

د) چالش‌های ترخیص، این مفهوم شامل ۵ طبقه فرعی ثانویه برون‌زاد، عدم تناسب پذیرش با ترخیص، تأخیر در ترخیص بیماران بدون صاحب و مشمول مددکاری، به‌روز نبودن شاخص‌های تعیین تکلیف، تأخیر در ترخیص به علت مشکلات بیمه‌ای و عدم ترخیص به دلیل ترس از مشکلات قانونی بود. در مورد مشکلات بیمه‌ای، یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند: «بعضی از بیماران دفترچه بیمه با تاریخ منقضی شده دارند و باید تا دریافت دفترچه جدید بمانند. درصورتی‌که می‌شد در زمان بستری این موارد را کنترل و برطرف کرد. شاید اگر واحدهای بیمه‌ای در شیفت شب حضور داشتند و دفترچه جدید می‌دادند با این مشکل مواجه نمی‌شدیم» (مصاحبه شونده ۱۷).

چالش‌های درون‌زاد شامل ۵ طبقه فرعی ثانویه، تأخیر در ترخیص (روند طولانی ترخیص، تاخیر در ترخیص-تأخیر در بستری بعدی، نبود مددکار در شیفت شب، مشکلات اداری ترخیص، دید مالی بعضی پزشکان به بیمار)، عدم ترخیص در روزهای تعطیل، ترخیص زودهنگام و بستری مجدد با وضعیت حاد، ماندگاری بیمار بعد از ترخیص و کمی ترخیص روزانه بود. در زمینه‌ی ماندگاری بیمار بعد از ترخیص یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «گاهاً بیمار بعد از ترخیص به علل

[ Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-08 ]
[ DOI: 10.18502/mshsj.v7i3.11391 ]
راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، سال هفتم شماره ۳، پاییز ۱۴۰۱، شماره پیاپی ۲۵

دیگری به‌جز مسائل درمانی روی تخت باقی می‌ماند. از قبیل مشکلات بیمه‌ای، مسائل مالی و نوشتن خلاصه پرونده. این موضوع باید در پرونده‌های مختلف بررسی‌شده و بعد از شناسایی در جهت کم شدن آن‌ها باید اقدام کنیم. بیماری که ترخیص می‌شود در اسرع وقت خلاصه پرونده نوشته شود» (مصاحبه شونده ۱۵).

ه) چالش‌های برونزاد ساختار شامل ۵ طبقه فرعی ثانویه بود.

ناکارآمدی بخش خصوصی: اعزام بدون هماهنگی با آمبولانس خصوصی، اعزام بدون هماهنگی بیمار بدحال از بخش خصوصی، دیدگاه انتفاعی بیمارستان‌های غیردولتی، عدم همکاری بخش خصوصی در پوشش بیماران داخلی.

ستاد هدایت: اعزام نابه‌سامان، ترس متخصصین شهرستان‌ها از بدنامی، فرهنگ بیماران شهرستانی، عدم استفاده از ظرفیت تخت شهرستان‌ها، عدم استفاده از تخت بیمارستان‌های مشهد، عدم هدایت صحیح بیماران توسط ستاد، نقش کم‌رنگ ستاد هدایت.

عوامل زمینه‌ای: کاهش سقف پرداخت بیمه‌ها، ورودی نامحدود با امکانات محدود، وضعیت بد اقتصادی بیماران، مشکل بیمه‌ای مراکز مراقبت در منزل، توزیع نامناسب تجهیزات گران‌قیمت. در مورد ورودی نامحدود با امکانات محدود یکی از مدیران بیان کرد: «ورودی نامحدود با امکانات محدود است و نیاز به برنامه‌ریزی جدی دارد. اگر امکانات کافی و توزیع عادلانه در شهرستان‌ها انجام شود این‌قدر لود بیمار در این دو مرکز نخواهیم داشت» (مصاحبه شونده ۲۱).

اشکالات آموزشی: صدمه به آموزش به علت بار درمان، عدم توجه به گایدلاین‌های موجود، صدمه به آموزش با حضور طب اورژانس، تضاد بین آموزش ودرمان. یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان می‌گوید: «وقتی لود بیمار زیاد است، عملاً آموزش به حاشیه کشانده می‌شود وهمه مشغول انجام اقدامات درمانی هستند. اساتید و رده‌های دیگر هم به همین شکل هستند» (مصاحبه شونده ۲۱).

اورژانس ۱۱۵: انتقال اشتباه ۱۱۵ به علت تشخیص اولیه اشتباه، دیسپچ نامناسب بیماران اورژانس ۱۱۵.

چالش‌های درونزاد ساختار شامل ۳ طبقه فرعی ثانویه بود. مفاهیم فرعی در ذیل بیان‌شده است.

اشکالات مدیریت مالی: غیراقتصادی بودن بستری طولانی بیمار، هزینه زیاد و بی‌جای بستری‌های غیرضروری، غیراقتصادی بودن انجام سرپائی اقدامات پاراکلینیک، مصرف بی‌رویه تجهیزات توسط دستیاران، تضاد منافع، پرداخت نامناسب حق‌الزحمه، تأخیر در پرداخت به پزشکان. یکی از شرکت‌کنندگان در مصاحبه در زمینه‌ی پرداخت نامناسب حق‌الزحمه می‌گوید: «وضعیت پرداخت نامناسب در مراکز دولتی باعث شده حتی متخصصین بعد از اتمام تعهدات قانونی تمایل و انگیزه‌ای به فعالیت نداشته باشند. اخیراً نامه‌ای ابلاغ‌شده که در پایان هر ماه مقداری از مبلغ به پزشکان تفاهمی پرداخت شود» (مصاحبه شونده ۱۵).

عدم رضایتمندی بیماران: نارضایتی بیماران به علت عدم وجود امکانات، سیاست‌گذاری غلط در کسب رضایتمندی بیمار، بستری بیمار به دلایل غیرموجه، عدم رضایتمندی بیمار در اورژانس.

تجهیزات: کمبود تجهیزات موردنیاز، اعزام به دلیل نیاز به تجهیزات فوق تخصصی و خاص، خرابی تجهیزات، استهلاک تجهیزات به علت انجام اقدامات تکراری غیرضروری، اشکالات تجهیزات تشخیصی، عدم توسعه واقعی باوجود تخت فرسوده و کم‌مصرف، خرابی مقطعی تجهیزات و برهم زدن برنامه‌ها. «تجهیزات اهمیت زیادی دارند و درمقطع زمانی که دستگاه CT اسکن بیمارستان خراب بود در خصوص پیگیری و درمان بیمار پروسه طولانی‌تری را طی می‌کردیم» (مصاحبه شونده ۱۹).

و) چالش برونزاد فرآیندها شامل ۳ طبقه فرعی ثانویه، تاخیر در درمان با عدم ارسال مدارک بیمار از شهرستان، محول شدن بار درمان به سیستم آموزش و محدودیت مراقبت در منزل به علت عدم پوشش بیمه بود و همچنین چالش‌های درونزاد فرآیندها شامل ۵ طبقه فرعی ثانویه بود.

نقاط ضعف مدیریت تخت: تأکید صرف دستورالعمل بر مرحله پذیرش مدیریت تخت، عدم تأکید بر رعایت تناظر در انتقالات به بخش‌ها، تغییر وضعیت بیمار در صف انتظار از الکتیو به اورژانس، عدم امکان استفاده از تمام تخت‌ها در مدیریت تخت بستری بیمار در بخش غیر مرتبط.

عوامل زمینه‌ای: عدم استفاده از تخت به علت رزرو یا مرخصی موقت، عدم رعایت ایمنی بیمار در شلوغی اورژانس، عدم اولویت‌بندی بین بیمار الکتیو و اورژانس.

اشکالات ساختمانی: پراکندگی زیاد بیمارستان امام رضا در


Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir
[ Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-08 ]
[ DOI: 10.18502/mshsj.v7i3.11391 ]

سطح، عدم پاسخ گوئی نقشه بندی قدیمی بیمارستان‌ها با نیاز فعلی.

ضعف در تعاملات: حفظ تخت از راه افزایش تعداد پذیرش و مدت بستری، عدم تبعیت پزشکان از فرایندهای بیمارستانی، گسست بین کادر مدیریت با پزشکان و دستیاران، تداخل کاری طب اورژانس با سایر گروه‌ها، عدم هماهنگی با گروه‌ها در تعیین سرویس بیماران.

ضعف در مدیریت زمان تشخیص و درمان، مشاوره‌ها، پروسیجرها و پاراکلینیک: کندی جریان بیمار، عوارض ناشی از تأخیر در تشخیص، تاخیر درمان بیمار الکتیو در اورژانس، سیر طولانی مشاوره جهت انتقال، تأخیر در انجام مشاوره‌ها، انتقال تاثیر تاخیر در اقدامات به بیمار بعدی، تأخیر در انجام اقدامات درمانی، تاخیر در پروسیجرها به علت فوق تخصصی بودن اساتید، تاخیر در اقدامات بیمار بخش غیر مرتبط تا انتقال به بخش اصلی، انتقال تاثیر تاخیر در اقدامات به بیمار بعدی، صرف وقت و هزینه جهت آزمایش‌های غیرضروری، تأخیر به علت پذیرش سرپائی پاراکلینیک، تأخیر در ریپورت رادیولوژی و تأخیر در پاراکلینیک. در رابطه با سیر طولانی مشاوره جهت انتقال یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گوید: «بر اساس یک قانون نانوشته آسیستان بیمار را آنقدر در اورژانس (تحت نظر) نگه می دارد که آنکالی این استاف تمام‌شده و آنکالی استاف دیگر که استروک می‌بیند شروع‌شده و پذیرش شود» (مصاحبه شونده ۱۳).

ز) چالش‌های نیروی انسانی خود به ۳ دسته چالش‌های مدیر تخت، پرستاران و پزشکان تقسیم می‌شود.

چالش مدیر تخت شامل ۷ طبقه فرعی ثانویه از جمله اختیارات ناکافی مدیر تخت، عدم آشنایی پرسنل بخش غیر مرتبط درباره مدیریت تخت، تحت‌فشار قرار گرفتن مدیر تخت توسط پزشکان، عدم پیگیری فرایندهای اشکال‌دار توسط مدیریت تخت، ضعف عملکرد مدیریت تخت، عدم آگاهی به دستورالعمل و عدم آموزش دستیاران در موضوع مدیریت تخت بود.

درزمینه‌ی اختیارات ناکافی مدیریت تخت یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کند: «فرد مسئول پاسخگو در واقع در این موضوع نداریم. معمولاً ما وقتی مسئولیتی را به کسی می‌سپاریم، اختیاری به او نمی‌دهیم. ما در نوشتن فرایندها یا داشتن فرایندهای مناسب مشکلی نداریم. مشکل در اعطای اختیار به فردی است که به‌عنوان مسئول منصوب‌شده، می‌باشد» (مصاحبه شونده ۲۳).

چالش پرستاران شامل ۴ طبقه فرعی ثانویه بود که عبارتند از تعیین محل پرستاران کم‌تجربه و خطاکار در اورژانس، عدم اختیار بیمارستان در جذب پرستاران باکیفیت، عدم تبحر پرستاران بخش غیر مرتبط، محدودیت نیروی انسانی.

چالش‌های پزشکان شامل ۳ طبقه فرعی ثانویه عوامل زمینه‌ای، دستیاران و متخصصین بود.

عوامل زمینه‌ای: هدف‌دار بودن شرح‌حال اینترن در اورژانس، پزشکی متکی به پاراکلینیک، ضعف نظارتی به علت پزشک سالاری در سیستم، کم‌اطلاعی پزشکان از نحوه مدیریت تخت بیمارستان و سلیقه پزشک در درمان بستری یا سرپایی.

دستیاران: خستگی مفرط دستیاران، عدم فعالیت درمانی دستیاران بر اساس نیاز آموزشی، پوشش اورژانس با دستیاران سال یک، کم‌تجربگی دستیاران، گاردینگ دستیاران، انجام مشاوره اساتید توسط دستیاران، تعداد کم دستیاران، دخالت مستقیم دستیاران سال یک در درمان بیمار و رزیدنت مدار بودن بیمارستان.

متخصصین: تحمیل اقدامات غیرضروری به بیمار توسط متخصص طب اورژانس، عدم سازوکار پرسشگری از عملکرد هیات علمی، عدم حمایت از متخصصین جنرال و کمی سوابق تجربی متخصصین طب اورژانس. یکی از متخصصین در مورد تحمیل اقدامات غیرضروری به بیمار توسط متخصص طب اورژانس اظهار کرد: «عملکرد طب اورژانس به شکلی بوده که نه‌تنها فرایندهای اورژانس کوتاه، بهتر و مؤثرتر نشده، بلکه نارضایتی گروه‌ها را هم به دنبال داشته است. یا برای بیمار اقداماتی انجام‌شده که نیازی به آن‌ها نبوده و یا در بخش هم قابل انجام بوده و نیازی به معطلی بیمار در اورژانس نبوده است» (مصاحبه شونده ۱۸).

**بحث**

پژوهش حاضر دربرگیرنده ۷ مفهوم اساسی (پذیرش، اختصاص تخت، ماندگاری بیمار، ترخیص، فرایندها، ساختارها، نیروی انسانی) و ۱۵ طبقه فرعی اولیه و ۶۵ طبقه فرعی ثانویه بود.

طبق نظر مشارکت کنندگان توزیع نامناسب تخت از چالش‌های درونزاد «اختصاص تخت» بود. عطاءاللهی و همکاران (۱۳۹۲) در مورد تخصیص تخت‌های بستری بیمارستان آموزشی

[ Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-08 ]
[ DOI: 10.18502/mshsj.v7i3.11391 ]
راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، سال هفتم شماره ۳، پاییز ۱۴۰۱، شماره پیاپی ۲۵

شهید محمدی شهرستان بندرعباس بیان می‌کنند کمبود تخت یا توزیع نامناسب تخت، اثراتی بر طولانی شدن زمان انتظار بیماران در بخش‌های بیمارستان به‌جا می‌گذارد و جابه‌جائی بیماران از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر را افزایش می‌دهد (۸).

فعالیت غیرموثر مراکز مراقبت در منزل و عدم تناسب نیروی انسانی منجر به ماندگاری طولانی بیماران می‌شود. همچنین با توجه به شیوع زیاد بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج، رشد فزاینده پدیده سالمندی، محدودیت تخت‌های ویژه، منابع انسانی، مالی و تجهیزاتی در مراکز درمانی و با عنایت به فواید بی‌شمار استفاده از مراقبت تسکینی در منزل، مسئولان نظام سلامت می‌بایست این شیوه مراقبتی را به‌عنوان یکی از اولویت‌های مهم نظام سلامت در نظر بگیرند (۹).

یکی از چالش‌های مطرح شده «ترخیص» بود که عدم تناسب پذیرش با ترخیص و تاخیر در ترخیص بیماران بدون صاحب و مشمول مددکاری باعث طولانی شدن روند ترخیص می‌شد. نتایج مطالعه در بحث چالش‌های «ترخیص» با مطالعه ابراهیمی‌پور و همکاران (۱۳۹۳) بر روی ۴۵۵ بیمار در بیمارستان امام رضای مشهد با موضوع زمان‌های ترخیص همخوانی دارد. از دلایل طولانی بودن زمان انتظار ترخیص بیمارستان امام رضا در مقایسه با سایر بیمارستان‌ها وسعت زیاد بیمارستان، پراکندگی بخش‌ها، حجم بسیار بالای بیماران بستری و نیز بسیاری از این بیماران به دلیل عدم توانائی پرداخت هزینه‌ها مجبور به استفاده از خدمات مددکاری اجتماعی هستند که این باعث طولانی شدن زمان ترخیص می‌گردد (۱۰).

همانطور که مشارکت کنندگان در چالش «فرآیندها» به بهبود کیفیت اشاره کردند، امین و همکاران (۱۳۹۶) در بررسی نظرات صاحب نظران و خبرگان در سیستم بهداشت و درمان کرمان با سابقه مدیریتی و اجرایی که تا زمان اشباع داده‌ها ادامه داشت بیان می‌کنند، در سال‌های اخیر انتظارات بیماران و توقعات آن‌ها در مورد افزایش کمیت و کیفیت خدمات ارائه‌شده به سمت تغییر نقش بیمارستان‌ها از ارائه‌دهنده خدمات درمانی به افزایش‌دهنده خدمات رفاه اجتماعی تغییریافته است (۱۱). همچنین در بحث چالش «ساختار» به اهمیت اصلاح ساختار بیمارستان‌ها تأکید کرده‌اند. آنچه بین کشورهای مختلف در راستای تغییرات پیش‌بینی‌شده یا احتمالی آینده مشترک است، اذعان به این مطلب است که بیمارستان‌ها نیاز به بازبینی و طراحی مجدد دارند (۱۱).

دهقان خیری و همکاران (۱۳۹۴) هم در مطالعه خود در بین پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران با ۵ سال سابقه کار در مورد نیروی انسانی بیان می‌کنند بیمارستان‌های دارای رزیدنت تقریباً بیماران را ۱۴ مرتبه بیشتر از حد انتظار پذیرش می‌دهند (۱۲). که با نتایج «چالش نیروی انسانی» در مطالعه حاضر همسو بود.

از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به رویکرد کیفی برای بررسی چالش‌ها اشاره کرد که با توجه به مطالعات محدود در این زمینه بهترین روش بود، همچنین مصاحبه شوندگان شامل مطلعین کلیدی نظیر مدیران ستادی و بیمارستان، مدیران گروه و روسای بخش‌ها، مدیران پرستاری و سوپروایزران بودند که این تنوع جایگاه منجر به درک جامع از موضوع مورد بررسی شد. از محدودیت‌های این مطالعه نادیده گرفتن چالش واحدهای پشتیبانی از جمله پذیرش، ترخیص و حسابداری بود.

## نتیجه‌گیری

این مطالعه به بررسی چالش‌های مدیریت تخت در بیمارستان‌های آموزشی ریفرال شهر مشهد از دیدگاه صاحب نظران پرداخت و در ۷ چالش اصلی شامل پذیرش، اختصاص تخت، ماندگاری بیمار، ترخیص، ساختار، فرآیندها و نیروی انسانی طبقه بندی شد. نظارت بر مراحل مختلف پذیرش شامل درخواست اعزام‌ها، پیگیری نتیجه اعزام‌های انجام‌شده، در عملکرد اورژانس بیمارستان اهمیت زیادی دارد و بایستی به نحوی شایسته انجام شود. همچنین در زمان‌های مختلف و بسته به نیاز، بهتر است تعداد پذیرش‌های بیماران مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گیرد و براساس‌آن برنامه‌ریزی اختصاص تخت انجام شود. موضوع اختصاص تخت بیشتر یک مسئله داخل بیمارستانی است که متأثر از عوامل خارجی می‌باشد. مدیران بیمارستان اگر نمی‌توانند بر عوامل برون‌زاد تأثیر زیادی بگذارند، نیاز دارند عوامل داخلی را کنترل کرده و سیاست‌گذاری‌های صحیحی داشته باشند. در بحث مدیریت زمان در موضوعات مختلف ازجمله ترخیص و ویزیت توجه جدی به عمل آید.

اصلاح ساختارها در بعد برون‌زاد، شامل اصلاح عملکرد ستاد هدایت، ساماندهی اعزام‌ها و استفاده از ظرفیت تخت شهرستان‌ها و بخش خصوصی ضروری است. اصلاح ساختار در بعد درون‌زاد، شامل اصلاح درمان و آموزش و ساختار مالی بیمارستان می‌باشد


Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir
[ Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-08 ]
[ DOI: 10.18502/mshsj.v7i3.11391 ]

که می‌تواند نقش مهمی در ارتقای کارایی بیمارستان داشته باشد. نظارت بر عملکرد پزشکان متخصص و فوق تخصص اعم از درمانی یا هیات علمی و دستیاران در ارتباط با موضوعات مرتبط با مدیریت تخت ضرورت دارد؛ همچنین بیمارستان‌های آموزشی باید از شرایط وابستگی بیش‌ازحد به فعالیت دستیاران خارج‌شده و با حفظ موقعیت آموزشی و با ایفای نقش فعال‌تر از جانب هیات علمی، به افزایش کیفیت خدمات کمک نمایند. مدیران میانی، پزشکان، مدیران گروه و هیات علمی توان و تمایل زیادی در حل مشکلات درمان دارند. توصیه می‌شود مدیران ارشد از توان بالقوه ایشان به‌صورت مؤثر در موضوعات مختلف استفاده نمایند.

**سپاسگزاری**

نویسندگان از تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند که در انجام این مطالعه ایشان را یاری نمودند.

**مشارکت نویسندگان**

طراحی پژوهش: م ع. س، ج. م، ع. ت، الف. ه

جمع‌آوری داده‌ها: م ع. س، ج. م، ز. خ

تحلیل داده‌ها: م ع. س، ج. م، ع. ت، الف. ه، ز. خ

نگارش و اصلاح مقاله: ز. خ، ج. م، م ع. س، ع. ت، الف. ه

**سازمان حمایت‌کننده**

مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با شماره ۹۸۰۱۰۸ می‌باشد که توسط دانشگاه علوم پزشکی مشهد مورد حمایت مالی قرارگرفته است.

**تعارض منافع**

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

## References

1)Haghdoost A, Hashemi H, Norihekmat S, Hajiaghajani M, Janbabaee GH, Maher A, et al. The geographical distribution of hospital beds in Iran in 2016 and the estimation of 2026. Iranian Journal of Epidemiolog 2015; 13(Special): 1-13. [Persian]

2) Nabilu B, Mohebbi I, Alinezhad H. Productivity of hospital beds: evaluation of inpatient bed days in the West Azerbaijan selected hospitals. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2012; 10(4): 565-71. [Persian]

3)Aghamohamadi S, Jahangiri K, Hajinabi K, Masoudi Asl I, Dehnavieh R. Foresight for inpatient beds in hospitals of Iran: vision 2035. Journal of Health Administration 2018; 21(71): 23-36. [Persian]

4) Marzban S, Savadkoohi A, Ramezankhani A, Hekmat Yar J. Explaining management status of intensive care units beds: a qualitative study. Journal Qualitatively Research Health Science 2019; 8(3): 192-203. [Persian]

5)Khodadadi Z, Tabatabaee S. Bakhshi M, Leghaee F, Moghri J. Factors affecting patient's engagement with physician in angioplasty patients: a case study. Journal of Health Administration 2021; 24(3): 32-42. doi: 10.52547/jha.24.3.32. [Persian]

6)Sanaeifar E, Mohaghegh B, Moghri J, Tabatabaee SS. Human resources estimation of the linear accelerator sector in Reza radiotherapy-oncology center based on workload indicator of staffing needs (WISN). Journal of Health Administration 2021; 24(1): 23-33. doi: 10.52547/jha.24.1.23. [Persian]

7)Frankel L, Hsu B, Yeh T, Simone S, Agus M, Arca M, et al. Criteria for critical care infants and children: picu admission, discharge, and triage practice statement and levels of care guidance. Pediatr Crit Care Med 2019; 20(9): 847-87. doi: 10.1097/PCC.0000000000001963.

8)Ataollahi F, Bahrami MA, AbesiI M, Mobasheri F, Khani SH. A gaol programming model for reallocation of inpatient beds in educational Shahid Mohamadi educational hospital of Bandar Abbas, Iran. Journal of Health Care Management (Journal of Health System) 2014; 5(1): 59-68. [Persian]

9)Heydari H. Home-based palliative care: a missing link to patients' care in Iran. Journal of Hayat 2018; 24(2): 97-101. [Persian]

10) Ebrahimipour H, Vafaee A, Nnouri Gh, Esmaeili H, Jamili S. Studying waiting time of patient during discharge process in clinical departments of Imam Reza hospital affiliated with Mashhad university of medical sciences in 2014. Hospital 2015; 14(1): 117-25. [Persian]

11) Amin A, Ghasemi E, Hashemian F, Sabermahani A. The hospital wards of the future framework. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2018; 15(7): 607-20. [Persian]

12) Dehghan N, Ghofrani F, Ajez H. Factors affecting the length of patients' stay in emergency unitss of hospitals affiliated to Tehran university of medical sciences from the viewpoint of emergency nurses. Advances in Nursing and Midwifery 2016; 25(91): 57-65. [Persian]

[ Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-08 ]

[ DOI: 10.18502/mshsj.v7i3.11391 ]

Research Article

# Investigating Challenges of Bed Management in Referral Teaching Hospitals in Mashhad

Mohammad Ali Sadid [1], Ali Taghipour [2], Elahe Hooshmand [3], Zahra Khodadadi [4], Javad Moghri [5*]

[1] MSc in Healthcare Management, Department of Management Sciences and Health Economics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences [MUMS], Mashhad, Iran
[2] Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences [MUMS], Mashhad, Iran
[3] Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences [MUMS], Mashhad, Iran
[4] MSc in Health Economic, Department of Health Management and Economics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences [MUMS], Mashhad, Iran
[5] Assistant Professor, Department of Health Management and Economics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences [MUMS], Mashhad, Iran

*** Corresponding Author:** Javad Moghri
moghrij@mums.ac.ir

**Citation:** Sadid MA, Taghipour A, Hooshmand E, Khodadadi Z, Moghri J. Investigating Challenges of Bed Management in Referral Teaching Hospitals in Mashhad. Manage Strat Health Syst 2022; 7(3): 210-20.

**Received:** August 06, 2022
**Revised:** December 03, 2022
**Accepted:** December 10, 2022

**Funding:** This study has been supported by Mashhad University of Medical Sciences (NO 980108).

**Competing Interests**: The authors have declared that no competing interest exist.

## A B S T R A C T

**Background:** Access to services is one of the main intermediate outcomes of health system which directly affects people's health. Increasing demand for services, on the one hand, and insufficiency of existing beds according to the relevant standards in many hospitals in the country, on the other hand, necessitate the optimal use of existing beds. The present study aims to investigate the challenges of bed management in the referral educational hospitals of Mashhad.

**Methods:** This was a qualitative study using content analysis method. The study population consisted of managers working in Imam Reza and Ghaem hospitals, as referral hospitals in Mashhad, and staff managers. Authors continued data collection until saturation was reached. Researchers used in-depth and semi-structured interviews to collect data. For data analysis, the authors transcribed and coded interviews, and at the same time, collected data using MaxQDA $_{11}$ software.

**Results:** Data were continuously compared in terms of similarities and differences to similar codes. They can be integrated together, leading to the creation of 7 main concepts. They included challenges regarding admission, bed allocation, sustainability, discharge, process, structure, and human resources.

**Conclusion:** Attention to the challenges of bed management in this study can greatly assist the correct emergency organization and patient flow in the hospital. Authorities need to recognize the problems arising from bed management and movie towards solving them. By doing so, the health system will enjoy higher productivity, and the patients ' access to health care will be enhanced without the need to increase the cost.

**Keywords:** Resource allocation, Length of stay, Bed occupancy, Hospitals, Bed management

[ Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-09-08 ]

[ DOI: 10.18502/mshsj.v7i3.11391 ]