Journal of Military Health Promotion
2021, Volume 2, Issue 3
Pages: 408-415

Comparison of Selected National Hospital Emergency Indicators with Standards in a Military Hospital in Tehran

Amir Rezvanivand[1], Sayyed_Morteza Hosseini_Shokouh[2, 3*], Mohammad Meskarpour_Amiri[2], Mehdi Raei[2, 4], Ahmad Ameryoun[5, 6]

[1] *MSc. Student, Students' Research Committee, Faculty of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[2] *Assistant Professor, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[3] *Assistant Professor, Dep. of Health Services Management, Faculty of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[4] *Assistant Professor, Dep. of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[5] *Professor, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[6] *Professor, Dep. of Health Services Management, Faculty of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

Received: 11 September 2021 Accepted: 7 June 2022

Abstract

Background and Aim: Receiving a quick response is not only one of the most important factors affecting the satisfaction of emergency patients, but also one of the indicators for evaluating the quality of emergency services. The aim of this study was to compare the selected national indicators of hospital emergency with the standards in a selected military hospital in Tehran.

Methods: This descriptive-analytical and cross-sectional study performed in 2020 with random selection of patients referred to the emergency department of a military hospital in Tehran. Data collection tool was a researcher-made form whose validity and reliability were confirmed. Data were analyzed by t-test using SPSS software with $\alpha = 5\%$.

Results: Results showed that the average waiting time to receive the service until the assignment was 267 minutes. Also, the percentage of patients assigned within 6 hours, the index of patients discharged from the emergency department within 12 hours and the index of leaving with personal responsibility were in accordance with national standards and the average of the relevant values was statistically significant ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the results of this study, the indicators were in good condition. Hospital managers should pay special attention to these indicators and study them periodically. Moreover , in order to avoid long waiting times and reducing costs, proper and optimal management of resources are seeming essential.

Keywords: National indicators, Emergency, Waiting time, Military hospital

*Corresponding author: Sayyed_Morteza Hosseini_Shokouh , Email: hosainysh.morteza@gmail.com

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-27]

مجله ارتقای بهداشت نظامی
دوره ۲، شماره ۳، ۱۴۰۰
صفحات: ۴۱۵-۴۰۸

مقایسه شاخص های منتخب ملی اورژانس بیمارستانی با استانداردهای کشوری در یک بیمارستان نظامی شهر تهران

امیر رضوانی وند فنائی[۱]، سید مرتضی حسینی شکوه[۲،۳*]، محمد مسگرپورامیری[۲]، مهدی راعی[۲،۴]، احمد عامریون[۵،۶]

[۱]دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجوئی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران، ایران.
[۲] استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران، ایران.
[۳] استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران، ایران.
[۴]استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران، ایران.
[۵]استاد، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران، ایران.
[۶]استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: دریافت پاسخ سریع از عوامل تاثیرگذار بر رضایت بیماران و از شاخص های ارزیابی کیفیت خدمات بخش اورژانس به شمار می رود. این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه شاخص های منتخب ملی اورژانس بیمارستانی با استانداردها در یک بیمارستان منتخب نظامی شهر تهران انجام گرفت.

روش‌ها: مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی و مقطعی در سال ۹۸ و با انتخاب تصادفی مراجعه کنندگان به اورژانس یکی از بیمارستان های نظامی شهر تهران انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها یک فرم محقق ساخته بود که روائی و پایائی آن تائید شد. تحلیل داده ها با آزمون های تی تست تک نمونه ای با استفاده از نرم افزار SPSS و آلفای ۵ درصد صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد متوسط زمان انتظار جهت دریافت خدمت تا تعیین تکلیف ۲۶۷ دقیقه است. همچنین شاخص درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت، شاخص بیماران خارج‌شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت و شاخص ترک با مسئولیت شخصی مطابق با استانداردهای کشوری بوده و میانگین مقادیر مربوطه از نظر آماری نیز معنی دار بود($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: مطابق با یافته‌های این مطالعه، شاخص‌ها در وضعیت مطلوبی قرار داشتند. مدیران بیمارستان‌ها باید توجه ویژه‌ای به این شاخص‌ها داشته و این شاخص‌ها را به صورت دوره‌ای مورد مطالعه قرار دهند. همچنین برای جلوگیری از زمان انتظار طولانی و کاهش هزینه ها، نیاز به مدیریت صحیح و بهینه منابع ضروری به نظر می رسد.

کلیدواژه‌ها: شاخص های ملی، اورژانس، زمان انتظار، بیمارستان نظامی.

*نویسنده مسئول: سید مرتضی حسینی شکوه. پست الکترونیک: hosainysh.morteza@gmail.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۶/۲۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۳/۱۷

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-27]

مقدمه

بخش اورژانس به عنوان ورودی (۱) و قلب تپنده بیمارستان (۲) و سیستم بهداشت و درمان کشور بوده و بهبود وضعیت و سازماندهی بخش اورژانس بیمارستانی از اولویت های وزارت بهداشت محسوب می گردد (۱). امروزه این بخش، اصلی ترین مکان جهت ارائه مراقبت های پزشکی بوده و افزایش تعداد بیماران در کنار پذیرش همزمان بیماران بدحال با بیمارانی که مشکلات جزئی تری دارند، موجب تراکم جمعیت در اورژانس بیمارستان ها شده است. براساس مطالعه صورت گرفته در آمریکا در یک دوره ۱۵ ساله(۱۹۹۱ تا۲۰۰۶ میلادی) تعداد بیمارانی که در بخش اورژانس بیمارستان های این کشور ویزیت شده اند، ۳۲ درصد افزایش یافته است (۹۰/۳ میلیون نفر به ۱۱۹/۲ میلیون نفر) (۳). هر چند در کشور ما آمار رسمی و ثبت شده¬ای در خصوص تعداد مراجعین به بخش اورژانس وجود ندارد اما آمارهای پراکنده نشان دهنده پذیرش بالغ بر ۳۰ میلیون نفر بیمار از طریق این بخش در بیمارستان های سراسر کشور است (۱).

ازدحام در بخش اورژانس همواره به عنوان یک معضل جدی، فراگیر و تاثیرگذار بر کیفیت ارائه خدمات مطرح بوده است. عدم تعیین تکلیف و ارائه خدمات به موقع به بیماران منجر به افزایش خطر بروز عواقب بدخیم، نارضایتی بیمار و همراهان و در نهایت خشونت و تداخل در انجام امور عادی اورژانس می گردد. ارتباط مستقیمی بین گردش بیمار و در نتیجه افزایش مدت اقامت، تعیین تکلیف بیماران و کاهش میزان رضایتمندی آنها از خدمات ارائه شده، دیده شده است (۲). براساس استانداردهای موجود بیماران بخش اورژانس باید نهایتا ظرف شش ساعت از زمان ورود تعیین تکلیف شوند (۴). در ایران، پیری جمعیت منجر به افزایش تعداد پذیرش در اورژانس گردیده است (۵) و مطالعات متعدد نشان می دهد که زمان انتظار و ازدحام جمعیت در بخش های اورژانس (EDs) در سراسر جهان در حال افزایش است (۶). در یک مطالعه صورت گرفته با رویکرد مرور سیستماتیک در سال ۲۰۱۷ بر روی زمان انتظار بیماران در بخش اورژانس بیمارستانی ایران، زمان انتظار بیماران بالاتر از استاندارهای بین المللی و ملی گزارش شده است (۲).

شاخص‌های کلیدی عملکرد به‌عنوان معیارهایی هستند که جهت شناسایی و کمی سازی عملکرد استفاده می‌شوند(۷) و از طرفی در بخش اورژانس استفاده از شاخص‌های زمانی از عناصر مهم سنجش کیفیت ارائه مراقبت‌ها و عملکرد این بخش حیاتی بیمارستان محسوب می شود (۸). بدن منظور تعیین استانداردهای کمی و طیفی از شاخص‌های مهم و معتبر در واحد اورژانس به‌عنوان فعالیت کلیدی در بیمارستان‌ها در نظر گرفته می‌شوند چراکه این شاخص‌های از یک سو ضمن انعکاس عملکرد کلی بیمارستان، نشان دهنده نقاط ضعف و قوت بخش خواهد بود (۹ و ۱۰). بدین منظور در کشور شاخص های ملی بخش اورژانس بیمارستانی تدوین و ابلاغ شده است. از انجا که سرعت عمل در ارائه خدمات اورژانس از اهمیتی حیاتی برخوردار بوده و سنجش زمان انتظار بیمار در این بخش از شاخص های اصلی سنجش عملکرد اورژانس محسوب می گردد و از طرفی بررسی شاخص‌های زمانی آسان‌ترین و بهینه‌ترین روش برای حل معضل شلوغی در بخش اورژانس است در این مطالعه پنج شاخص اصلی منتخب مورد مطالعه قرار گرفت.

از انجا که براساس اسناد و استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت و درمان، رعایت شاخص های ملی اورژانس بیمارستانی در تمام بیمارستان ها و از جمله بیمارستان های نظامی ضروری بوده و با عنایت به عدم انجام چنین مطالعه ای در بیمارستان نظامی مورد نظر، در این مطالعه پنج شاخص ملی اورژانس بیمارستانی (شامل درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت شش ساعت، درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت، درصد ترک با مسئولیت شخصی، میانگین زمانی خروج بیماران بستری شده از اورژانس و میانگین مدت زمان انتظار بیماران برای اولین ویزیت پزشک در هر سطح تریاژ) در اورژانس یکی از بیمارستان های منتخب نظامی شهر تهران در مقایسه با استانداردهای مربوطه مورد مطالعه و مقایسه قرار گرفت.

روش‌ها

این پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع کمی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش، کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس یکی از بیمارستان های منتخب نظامی شرق تهران در شیفت های کاری مختلف بودند. به‌منظور محاسبه حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، مقدار d، 15 دقیقه برای برآورد مدت اقامت بیماران و مقدار σ برابر با ۱/۵۲ برگرفته از مطالعهٔ بصیرغفوری و همکاران (۱۱)، حجم نمونه نهایی برابر با ۱۴۲ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن احتمال درصد ریزش در مطالعه تعداد نهایی نمونه، ۱۵۵ نفر برآورد شد.

ابتدا جهت جمع‌آوری داده‌ها، فرم جمع‌آوری داده طراحی شد. این فرم تلفیقی از چند فرم تریاژ برای بیمارستان‌های مختلف بود. سپس مراحل مربوط به روان‌سنجی ابزار انجام گرفت. بدین منظور روایی صوری و محتوایی فرم مربوطه با استفاده از شاخص‌های CVI و CVR توسط ۱۰ نفر از خبرگان موردسنجش قرار گرفت. مقادیر شاخص های CVI و CVR به ترتیب ۰/۸ و ۰/۹ محاسبه گردید که از نظر دریافت حداقل امتیاز برای هر شاخص در محدوده قابل قبول قرار داشت.

انتخاب نمونه ها به‌صورت سهمیه ای برای شیفت ها و تصادفی ساده در هر شیفت صورت گرفت. برای تعیین سهمیه

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-27]

هر شیفت، تعداد مراجعات برای یک دوره ۴ ماهه مشخص‌شده و به‌تناسب تعداد مراجعات، حجم نمونه هر شیفت مشخص شد. برای توصیف داده ها از جداول توزیع فراوانی و شاخص های مرکزی (میانگین) و پراکندگی (انحراف معیار) استفاده شد. برای تحلیل داده ها از آزمون های پارامتریک تی تک نمونه ای استفاده گردید. لازم به ذکر است تحلیل های این مرحله به کمک نرم افزار SPSS ۱۶ و سطح اطمینان ۹۵ درصد صورت گرفت. مطالعه حاضر به عنوان بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و با کسب مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) (به شماره IR.BMSU.REC.1397.170) و رعایت مسائل اخلاق در پژوهش انجام شد.

نتایج

نتایج نشان داد بیشتر نمونه ها از نظر جنسیت، مذکر(۶۶/۵ درصد)، از نظر دامنه سنی در محدوده سنی ۲۰ الی ۳۰ سال (۲۲/۶ درصد) با میانگین ۴۴/۵۴ سال، بیشترین نوع تریاژ بیماران سطح چهار(۵۴/۲ درصد) و بیشترین نحوه تعیین تکلیف بیمار به صورت ترخیص داروئی(۵۲/۳ درصد) بوده است (جدول شماره یک). لازم به ذکر است براساس استاندارهای بیمارستانی، در ایران سطوح تریاژ اورژانس بیمارستانی در ۵ سطح تعریف می گردد. در سطوح ۴ و ۵ تریاژ بیمار به متخصص طب اورژانس ارجاع داده می شود. در سطح ۲ و ۳ تریاژ بیمار مستقیماً به واحد تحت نظر اورژانس منتقل‌شده و در سطح یک تریاژ معمولاً به واحد احیاء ارجاع می گردد.

نتایج نشان داد میانگین مدت زمان انتظار (بعد از پالایش داده های پرت) تا تعیین تکلیف بیماران در کل ۲۶۷ دقیقه است و پنج شاخص زمانی مورد مطالعه در حد استانداردهای کشوری بودند(جدول شماره دو).

مقایسه میانگین شاخص های درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف ۶ ساعت، درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف ۱۲ ساعت و ترک با رضایت شخصی با استانداردها اختلاف داشته و این اختلاف از نظر آماری نیز معنی دار بود($P<0/05$) (جدول شماره سه).

جدول ۱: مشخصات نمونه های مورد مطالعه از نظر جنسیت، سن، سطح تریاژ و نحوه تعیین تکلیف در بخش اورژانس

متغیر		تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۱۰۳	۶۶/۵
	زن	۵۲	۳۳/۵
دامنه سنی	۰-۲۰	۱۰	۶/۵
	۲۰-۳۰	۳۵	۲۲/۶
	۳۰-۴۰	۲۵	۱۶/۱
	۴۰-۵۰	۲۶	۱۶/۸
	۵۰-۶۰	۲۵	۱۶/۱
	۶۰-۷۰	۱۲	۷/۷
	بالاتر از ۷۰ سال	۲۲	۱۴/۲
	میانگین(انحراف معیار)	۴۴/۵۴(۱۹/۹۸) سال	
سطح تریاژ	سطح یک	۰	۰
	سطح دو	۵	۳/۲
	سطح سه	۳۷	۲۳/۹
	سطح چهار	۸۴	۵۴/۲
	سطح پنج	۲۹	۱۸/۷
نوع تعیین تکلیف	ترخیص دارویی	۸۱	۵۲/۳
	اعزام به اتاق عمل	۱	۰/۶
	فوت	۲	۱/۳
	بخش	۴۴	۲۸/۴
	مرکز درمانی دیگر	۴	۲/۶
	ترخیص با رضایت شخصی	۳	۱/۹
	ارجاع به درمانگاه	۲۰	۱۲/۹

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-27]

جدول ۲: میانگین زمان انتظار و توزیع فراوانی شاخص های منتخب ملی اورژانس بیمارستانی در نمونه های مورد مطالعه

شاخص	فراوانی	درصد از کل	درصد از بستری
درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت	۳۴	۲۱/۹	۴۵/۹
درصد بیماران تعیین تکلیف شده بین ۶ تا ۱۲ ساعت	۲۷	۱۷/۴	۳۶/۵
درصد بیماران خارج‌شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت	۱۳	۸/۴	۱۷/۶
درصد ترک با مسئولیت شخصی	۳	۱/۹۳	۴/۰۵
CPR ناموفق	۰	۰	۰
میانگین زمان انتظار تا تعیین تکلیف بیمار(انحراف معیار)	۲۶۷(۷/۱۵) دقیقه		

جدول ۳- آمار تک نمونه ای برای شاخص های منتخب ملی اورژانس بیمارستانی در نمونه مورد مطالعه

شاخص	میانگین	SD	نمره معیار	P
بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت	۱/۳۷	۰/۰۵۱	۶	۰/۰۰۱
بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۱۲ساعت	۷/۰۷	۰/۵۸۴	۱۲	۰/۰۰۱
ترک با رضایت شخصی	۰/۰۲	۰/۰۱۱	۰/۴	۰/۰۰۱

بحث

هدف از این مطالعه مقایسه شاخص های منتخب ملی اورژانس بیمارستانی با استانداردهای کشوری در یک بیمارستان نظامی شهر تهران بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد مدت‌زمان انتظار در اورژانس جهت تعیین تکلیف ۲۶۷ دقیقه است. نتایج حاصل از مطالعه‌ای در کشور فرانسه، متوسط زمان انتظار برای بیماران پذیرش‌شده ۱۰ ساعت گزارش شده است (۱۲). در مطالعه اکبری و همکاران متوسط زمان کل ورود تا خروج بیمار از بخش ۱۷/۰۷±۱۵/۴ ساعت به دست آمد (۱۳). در مطالعه دیگری در کشور ایران متوسط زمان انتظار در واحدهای اورژانس ۴۵/۲±۲۷۶/۷ دقیقه گزارش شده است (۲). مطالعه‌ای در کشور هند نشان داد که بیشترین میانگین زمان انتظار ۳۸ ساعت است (۱۴). همچنین متوسط زمان انتظار در اورژانس در مطالعه موحدنیا و همکاران در ایران جهت تعیین تکلیف بیماران حدود ۳۰۵ دقیقه گزارش شده است (۱۵). همانطور که نتایج مطالعات نشان می دهد مدت زمان انتظار تا تعیین تکلیف بیمار در بخش اورژانش متفاوت گزارش شده است که از دلایل این تفاوت می توان به مواردی چون نوع بیمارستان، موقعیت مکانی و فیزیکی دسترسی به واحد اورژانس، مراجعه در زمان‌های متفاوت شبانه‌روز، و شلوغی و حجم بالای ارجاع به واحدهای اورژانس در شهرهای بزرگ اشاره کرد (۲). دلایل دیگر شامل نبود هماهنگی بین مراکز درمانی جهت ارجاع بیماران، نبود سیستم الکترونیکی جامع بین بیمارستان‌ها، فقدان استقرار واحد تریاژ، ارتباطات ضعیف و ناآشنا بودن بیماران با روندهای بیمارستانی می‌باشد. چون این عوامل منجر به سردرگمی بیماران می‌شود بنابراین ضروری است تا توجه خاصی به این موضوع شود (۱۶).

در سال‌های اخیر، ازدحام در واحدهای اورژانس به‌عنوان ورودی اصلی بیمارستان به دلایل مختلفی مانند افزایش سن و رشد جمعیت، روند استفاده از واحد اورژانس در موارد غیر اورژانسی، افزایش بروز جراحات عمدی و غیرعمدی، سوءمصرف دارو، بهره‌وری کم، بودجه محدود و منابعی که اکثراً به شلوغی و صف طولانی در واحد اورژانس ختم می‌شود، افزایش یافته است. در مطالعات صورت گرفته عوامل مختلفی در طولانی شدن زمان انتظار بیماران موثر بوده است که برخی از این عوامل عبارتند از: تعداد زیاد بیماران، فاصله طولانی بین واحدهای اورژانسی، ارتباطات ضعیف، تعداد کم نیروی انسانی، محدودیت پزشکان، کمبود حضور به‌موقع پزشکان، فقدان جدول زمان‌بندی مناسب و برنامه‌ریزی، مهارت، تجربه و دانش پایین کارکنان، کمبود تجهیزات پزشکی و سرعت‌پایین کادر پزشکی در مدیریت بیماران. بنابراین زمان انتظار و مدت اقامت در واحدهای اورژانس عوامل کلیدی در ارزیابی کیفیت عملکرد این واحد محسوب شده و نقش بسیار مهمی بر رضایت بیماران و بهره‌وری درمان ارائه‌شده دارد (۱۷و ۱۸). چراکه با افزایش زمان انتظار نه‌تنها به افزایش ترک اورژانس بدون معاینه شدن توسط پزشک می‌انجامد (۱۹) بلکه با توجه به عدم دریافت خدمت و انتظار عواقب درمانی شدیدتر، می تواند هزینه بسیاری را به سیستم درمان با توجه به محدودیت منابع تحمیل کند. مدیریت منابع انسانی، تغییر در روند کار و روش‌های درمانی، بهبود برنامه‌ریزی ترخیص‌های بیماران و بهبود عوامل داخلی مانند طراحی محیط کار از جمله راهکارهای مختلف پیشنهادی برای کاهش شلوغی واحد اورژانس است.

مطابق با یافته های این مطالعه شاخص درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت (۴۶ درصد) به طور

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-27]

معنی داری کمتر از ۶ ساعت گزارش شد. همچنین شاخص بیماران خارج‌شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت (۱۷/۶ درصد)، به طور معنی داری کمتر از ۱۲ساعت گزارش شد. این بدان معنی است که این شاخص ها مطابق با استاندارد کشوری بوده اند. در مطالعه قویدل و همکاران گزارش شد که ۷۱/۷۲ درصد از بیماران ظرف مدت کمتر از ۶ ساعت و ۵۷/۵۳ درصد ظرف مدت ۱۲ ساعت در اورژانس بیمارستان تعیین تکلیف شدند (۱۰). در مطالعه اکبری و همکاران زمان تعیین تکلیف تا خروج بیمار از بخش اورژانس بیشتر از زمان استاندارد کشوری بوده است (۱۳) که با یافته‌های این مطالعه مغایرت داشت. می‌توان خالی نبودن تخت‌ها، روند ترخیص طولانی‌مدت بیماران، تأخیر در مشاوره‌ها، ارسال گزارش آزمایشات و رادیولوژی و ویزیت‌های تخصصی و فوق تخصصی و عدم همکاری سایر متخصصین با متخصصین طب اورژانس را از عوامل تأثیرگذار بر عدم تعیین تکلیف به‌موقع بیماران در واحد اورژانس نسبت داد.

شاخص تعیین تکلیف بیماران ازجمله شاخص‌های مهم و حیاتی می‌باشند. بنابراین نیاز به توجه به این شاخص ضروری به نظر می‌رسد. راهکارهایی چون تعیین کمیته تعیین تکلیف بیماران، اولویت با بیماران بستری در اورژانس در صورت محدود بودن تخت‌ها، تخصیص بودجه کافی، آموزش و مستندسازی برای بهبود این شاخص مفید به نظر می‌رسد (۱۵). در هر حال شاخص تعیین تکلیف بیمار ظرف مدت ۶ ساعت نشان می‌دهد چه تعدادی از بیمارانی که سرپایی نبوده و نیاز به بستری موقت در اورژانس داشته‌اند، زیر ۶ ساعت تعیین تکلیف شده‌اند و دستور ترخیص از بخش اورژانس در پرونده‌شان ثبت‌شده است. بدیهی است بالا بردن سطح این شاخص با چالش‌های زیادی روبروست که نشان‌دهنده توان‌بخش اورژانس در مشخص کردن وضعیت بیماران، صرف منابع بخش برای بیماران حاضر و گردش کار خوب در بخش اورژانس است. از طرفی شاخص تعیین تکلیف بیمار ظرف ۱۲ ساعت نشان می‌دهد چه درصدی از بیماران بستری موقت در اورژانس که ظرف مدت ۶ ساعت تعیین تکلیف شده و دستور ترخیص در پرونده‌شان ثبت‌شده است، ظرف مدت ۱۲ ساعت اورژانس را ترک کرده‌اند و نیرو و امکانات اورژانس برای بیماران جدید مهیا شده و از شلوغی بی‌مورد اورژانس جلوگیری شده است. بدیهی است بالا بردن سطح این شاخص نیز مانند شاخص پیشین با چالش‌های زیادی روبروست که ازجمله می‌توان به همکاری نکردن بخش‌های تخصصی، خالی نبودن تخت در بخش‌های ویژه و تخصصی، مشکل داشتن فرایندهای اداری اورژانس و درنتیجه معطل شدن بیماران و ... نام برد. انتظار می‌رود با اجرای ابلاغیه مقام عالی وزارت مبنی بر اولویت بستری اورژانسی در بخش‌ها، از این مشکل کاسته شود. بالا بردن این شاخص نشان‌دهنده ارتباط خوب بخش اورژانس با سایر بخش‌هاست و باعث تخلیه بخش اورژانس از بیمارانی که تعیین تکلیف شده‌اند می‌شود که موجب خلوت شدن اورژانس، آسودگی کارکنان بخش اورژانس و افزایش رضایتمندی بیشتر ایشان، افزایش رضایت‌مندی بیماران، استفاده بهینه از منابع اورژانس و رسیدن به هدف نهایی اورژانس که درمان به‌موقع بیماران و انتقال صحیح بیماران به سایر بخش‌های تخصصی برای ادامه درمان است خواهد بود.

یافته‌های دیگر این مطالعه نشان داد که شاخص ترک با مسئولیت شخصی ۴ درصد گزارش شد که تقریباً نزدیک به استاندارد کشوری (کمتر از ۴ درصد) می‌باشد. در مطالعه قویدل و همکاران ۴/۵۷ درصد از بیماران اورژانس را با مسئولیت شخصی خود ترک کردند (۱۰). همچنین در مطالعه دیگری شاخص ترخیص با میل شخصی ۴/۶ درصد بوده است (۲۰) که با استانداردهای کشوری مغایرت داشته‌اند. با افزایش میزان ورودی بیمار به اورژانس، زمان‌های درمان و بار شبانه‌روزی به اورژانس، میزان ترک با مسئولیت شخصی افزایش می‌یابد. در مطالعه‌ای گزارش شد که با کاهش حجم کاری تا ۱۰ درصد انتظار می‌رود که میزان ترک با مسئولیت شخصی حدوداً ۰/۸ درصد کاهش یابد(۱۹). همچنین افزایش تعداد پزشکان در اورژانس و سایر کادر درمان در ساعات شلوغی اورژانس و تأمین تجهیزات کافی و مورد نیاز برای ارائه مراقبت میزان ترک با مسئولیت شخصی کاهش می‌یابد (۲۰و ۲۱). ازآنجاکه بیمارستان مسئول تأمین سلامت بیماران مراجعه‌کننده به آن است و کیفیت خدمات بیمارستانی بر اساس نیازها و رضایت بیماران ارزیابی می‌شود، معمولاً هنگامی‌که بیمارستان و به‌طور خاص بخش اورژانس ارتباط مناسبی با بیمار و همراه وی برقرار کند و خدمات مطلوب و باکیفیت و بر اساس نیاز ایشان را ارائه دهد، بیمار و همراهان وی تمایل دارند تا انتهای درمان و ترخیص در مرکز درمانی بمانند؛ ولی یکی از مشکلاتی که در بیمارستان‌ها و مخصوصاً بخش اورژانس رخ می‌دهد، ترک بیمارستان و امتناع از ادامه درمان علی‌رغم ناتمام بودن درمان و با مسئولیت شخصی است. این تمایل به ترک بخش اورژانس می‌تواند از نارضایتی بیماران از خدمت ارائه‌شده، امکانات و تجهیزات، آموزشی بودن بیمارستان‌ها، بی‌حوصلگی ناشی از انتظار طولانی در بخش اورژانس و حس جدی نپنداشتن بیماری آنان توسط درمان گران و ... ناشی شود.

نتیجه‌گیری

بطور کلی نتایج مطالعه نشان داد شاخص های منتخب ملی اورژانس بیمارستانی در این مرکز درمانی مطابق با استانداردهای کشوری است. لکن با توجه به اهمیت زمان در رسیدگی به بیماران با شرایط حاد در بخش اورژانس، نیاز به ارائه راهکاری جهت کاهش زمان انتظار و رسیدگی به‌موقع به بیماران ضروری به نظر می‌رسد چراکه افزایش زمان انتظار منجر به افزایش

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-27]

هزینه ها و پیامدهای منفی بر سلامت بیماران می‌شود. برای بهبود عملکرد واحد اورژانس مدیران نظام سلامت باید به افزایش دقت و بهبود زمان‌بندی خدمات بیمار برای کاهش تلفات و منابع، ارزیابی مجدد زمان‌بندی فرآیندهای واحد اورژانس و ارزشیابی مجدد زمان انتظار بیماران با توجه به محدودیت بودجه و منابع توجه کنند.

تشکر و قدردانی: نویسندگان از تمامی بیماران و کارکنان بیمارستان نظامی مورد نظر که در انجام این مطالعه مشارکت داشتند صمیمانه تقدیر و تشکر می نمایند.

تضاد منافع: بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع انتشار این مقاله وجود ندارد.

منابع

1. Emamgholipour S, Jaafaripooyan E, Mohammadshahi M, Mohammadi Yazani E. The effect of Health Sector Evolution Plan on the performance indices of emergency department in hospitals of Tehran & Iran Universities of Medical Sciences: interrupted time series analysis. Iranian Journal of Emergency Medicine. 2018; 5(9): e9.

2. Fazl Hashemi SME, Sarabi Asiabar A, Rezapour A, Azami-Aghdash S, Hosseini Amnab H, Mirabedini SA. Patient waiting time in hospital emergency departments of Iran: A systematic review and meta-analysis. Med J Islam Repub Iran 2017; 31: 79.

3. Khazaei E, Khatiban M, Saeidi SZ, Karampourian A, Soltanian AR, Kimiaei Asadi H, et al. Evaluation of factors affecting emergency department length of stay. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac 2015; 23 (3):62-71.

4. Nasr Esfahani M, Esmailian M, Nasri M. Causes of prolonged length of stay for patients referred to the emergency department: a cross-sectional study. Journal of Iran Emergency Medicine 2014;1(1):45-9.

5. Hosseininejad SM, Aminiahidashti H, Pashaei SM, Goli Khatir I, Montazer SH, Bozorgi F, et al. Determinants of prolonged length of stay in the emergency department: a cross-sectional study. Emergency 2017; 5(1): e53.

6. Al-Onazi M, Al Hajri A, Caswell A, Leizl M, Villanueva H, Mohammed Z, et al. Reducing patient waiting time and length of stay in an Acute Care Pediatric emergency department. BMJ Qual Improv Rep 2017; 6(1): u212356.w7916.

7. Di Leva A, Sulis E. Process analysis for a hospital emergency department. International Journal of Economics and Management Systems. 2017;2.

8. De Freitas L, Goodacre S, O'Hara R, Thokala P, Hariharan S. Interventions to improve patient flow in emergency departments: an umbrella review. Emergency Medicine Journal. 2018;35(10):626-37.

9. Kaushal A, Zhao Y, Peng Q, Strome T, Weldon E, Zhang M, et al. Evaluation of fast track strategies using agent-based simulation modeling to reduce waiting time in a hospital emergency department. Socio-Economic Planning Sciences. 2015; 50:18-31.

10. Ghavidel M, Javadzadeh H, Saberi Isfeedvajani M, Emami Meybodi M. Assessment of performance index of emergency department in a hospital in Tehran, Iran. Hospital Practices and Research. 2017;2(2):36-40.

11. Basir Ghafouri H, Hosseini Kasnavieh M, Sharifi MA, Amini M, Darzi Ramandi A. A Survey of Patients' Length of Stay and Its Effective Predictors in Emergency Departments of TUMS Selected Hospitals. Journal of Payavard Salamat. 2017;11(3):18-26. [Persian[

12. Ajmi I, Zgaya H, Gammoudi L, Hammadi S, Martinot A, Beuscart R, et al. Mapping patient path in the Pediatric Emergency Department: A workflow model driven approach. Journal of biomedical informatics. 2015; 54:315-28.

13. Akbari M, Taheri L, Momeniyan S, Naderi L. Time indices and its related factors in the emergency department of teaching hospitals affiliated to Qom University of Medical Sciences, 2017; 1(3): 48-58. [Persian[

14. Tiwari Y, Goel S, Singh A. Arrival time pattern and waiting time distribution of patients in the emergency outpatient department of a tertiary level health care institution of North India. Journal of emergencies, trauma, and shock. 2014;7(3):160.

15. Movahednia S, Partovishayan Z, Bastani M. A survey of timing indicators of emergency department at Firoozgar hospital: 2012. Journal of Health Administration. 2013;16(51):95-102.

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-27]

16. Hemmati F, Mahmoudi G, Dabbaghi F, Fatehi F, Rezazadeh E. The factors affecting the waiting time of outpatients in the emergency unit of selected teaching hospitals of Tehran. Electronic J Gen Med. 2018;15(4.(

17. Sánchez M, Suarez M, Asenjo M, Bragulat E. Improvement of emergency department patient flow using lean thinking. International Journal for Quality in Health Care. 2018;30(4):250-6.

18. DeAnda R. Stop the bottleneck: improving patient throughput in the emergency department. Journal of Emergency Nursing. 2018;44(6):582-8.

19. Wiler JL, Bolandifar E, Griffey RT, Poirier RF, Olsen T. An emergency department patient flow model based on queueing theory principles. Academic Emergency Medicine. 2013;20(9):939-46.

20. Liu A, Kline DM, Brock GN, Bonsu BK. Multistate model of the patient flow process in the pediatric emergency department. PloS one. 2019;14(7):e0219514.

21. Meraji M, Taghizade E, Manouchehri Monazah F. Comparing emergency department performance indicators in Trauma centers. Journal of Health Administration. 2019;22(3):67-78.

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-27]