

ارزیابی کیفیت ارائه خدمات اورژانس باهنر کرمان، ۱۳۷۹

دکتر علیرضا ظهور *

چکیده

بمنظور ارزیابی کیفیت خدمات رسانی اورژانس کرمان در یک مطالعه توصیفی مقطعی، پرسشنامه‌ای وچک لیستی برای تمام مراجعه کنندگان به اورژانس بیمارستان شهید باهنر به تعداد ۶۶۰ نفر در بهمن ماه ۱۳۷۹ توسط مشاهده‌گر تکمیل گردید. نتایج نشان داد که حدود ۸۷٪ مراجعین به دلیل وقوع سانحه و بقیه به دلیل درد ناگهانی عضوی از بدن به اورژانس مراجعه نموده‌اند. مهم ترین مشکل مراجعه کنندگان در تشخیص اولیه: بریدگی (۲۵٪)، تروما به پا و سر (۳۹٪)، تروما به سایر اعضای (۵٪)، درد ناحیه کلیه‌ها (۴٪)، مشکوک به آپاندیسیت (۴٪)، دل درد (۴٪) و در تشخیص نهایی: شکستگی دست و پا همراه با شکستگی سایر اعضای بدن (۴۷٪) جراحی و بریدگی (۲۶٪) و کوفتگی و دررفتگی یکی از اندام‌ها (۹٪) گزارش شده است. میانگین فاصله وقوع سانحه تا ورود بیمار به اتاق پزشک حدود ۶۷ دقیقه، فاصله بین ورود بیمار به اتاق پزشک تا شروع معاینات ۴ دقیقه، فاصله درخواست آزمایش تا دریافت نتیجه ۴۰ دقیقه، معطلی انجام اولین مشاوره ۶۰ دقیقه، معطلی بیماران از زمان شروع معاینه تا تشخیص نهایی ۷۲ دقیقه، معطلی بیماران در اتاق عمل اورژانس و اتاق عمل بزرگ تا آغاز عملیات جراحی بترتیب ۱۰ و ۲۱ دقیقه بوده است. مقایسه شاخص‌ها با استانداردهای بین المللی بیانگر پایین بودن کیفیت خدمات رسانی اورژانس کرمان می‌باشد. بمنظور ارتقای کیفیت خدمات، با توجه به این که بیشترین مراحل وقت گیر در گردش کار اورژانس و تشخیص بیماری انجام تست‌های تشخیصی و مشاوره بوده است که حدود ۳۳٪ مراجعین به اورژانس از شکستگی حداقل یکی از اندام‌ها رنج برده و ۶۰٪ مشاوره‌ها با اورتویدها صورت گرفته، پیشنهاد می‌گردد که ضمن بهره‌گیری از مدیران ورزیده‌تر در اورژانس ترتیبی اتخاذ گردد تا اورژانس بتواند از خدمات مستمر متخصصان اورتویدها بهره‌مند گردد و یا حداقل امکان دستیابی به آنان آسانتر باشد.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی، اورژانس، کیفیت

مقدمه

اورژانس، میزان رضایتمندی و نتیجه درمان آنان بوده است [۱۲۸].

در ایران در زمینه ارزیابی کیفیت خدمات اورژانس و بررسی وضعیت خدمات ارائه شده در این واحد تحقیقات بسیار اندکی صورت گرفته است. در این پژوهش علاوه بر سنجش رضایتمندی مددجویان عوامل متعددی از قبیل: خصوصیات دموگرافیکی بیماران،

هرچند اندازه‌گیری کیفیت مراقبت‌های بخش اورژانس بسیار مشکل است [۷، ۶]. ولی تاکنون پژوهش‌های زیادی به منظور ارتقای کیفیت فرآیندهای بخش اورژانس در اکثر نقاط جهان صورت گرفته است. در این پژوهش‌ها مهم ترین ملاک‌های ارزیابی کیفیت خدمات اورژانس: متوسط زمان انتظار بیماران اورژانس تا دریافت خدمات مورد نیاز، متوسط زمان اقامت بیماران در بخش

* استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان

در ۸۷٪ موارد مراجعه بیمار به دلیل وقوع سانحه بود، که از این عده حدود ۲۹٪ بر اثر تصادف رانندگی، ۲۶٪ زمین خوردگی، ۱۸٪ نزاع، ۱۰٪ سقوط از بلندی، ۶٪ بریدگی، ۵٪ اصابت یک جسم به فرد، ۱٪ فرو رفتن یک جسم خارجی در چشم یا گوش و ۲٪ بر اثر عواملی چون سوختگی، مسمومیت و سگ گاز گرفتگی مراجعه نموده بودند.

در ۱۳٪ (۸۶ از ۶۶۰) موارد مراجعه بیمار به دلیل درد ناگهانی عضو بوده که از این عده ۵۷٪ با شکم درد، ۳۳ درصد با ناراحتی کلیه، ۷ درصد با سردرد و بقیه (۳٪) با درد اندام تناسلی و معقد به اورژانس مراجعه داشته‌اند.

ورود بیمار به اتاق پزشک

حدود ۸۷٪ بیماران مستقیماً به اورژانس کرمان مراجعه داشته و ۱۳٪ توسط سایر مراکز درمانی استان ارجاع داده شده‌اند. حدود ۴٪ بیماران بین ساعت ۱۲ شب تا ۸ صبح، ۱۱٪ بین ۸ تا ۱۲ صبح، ۵۸٪ بین ۱۲ تا ۸ بعد از ظهر، و ۲۷٪ بین ۸ بعد از ظهر تا ۱۲ شب به اورژانس مراجعه کرده‌اند.

حدود ۴۸٪ بیماران مراجعه کننده به اورژانس بلافاصله پس از ورود به اتاق پزشک معاینه شده و ۳۱٪ آنان ۱ تا ۵ دقیقه، ۱۳٪ آنان ۶ تا ۱۰ دقیقه، ۷٪ آنان ۱۱ تا ۱۵ دقیقه و ۱٪ بیش از ۱۵ دقیقه تا انجام معاینات معطل شده‌اند. میانگین فاصله زمانی بین ورود بیمار به اتاق پزشک تا شروع معاینه ۴ دقیقه (SD=5/1) بوده است. حدود ۵۵٪ بیماران در اطاق پزشک اورژانس (در اولین ویزیت) توسط پزشک و بقیه (۴۵٪) توسط اترن‌ها معاینه شده‌اند.

استفاده از پاراکلینیک

پزشکان عمومی ۶۵٪ و اترن‌ها ۸۶٪ برای تشخیص بیماری معاینه شدگان از پاراکلینیک استفاده نموده‌اند. برای تشخیص بیماری ۴۹۰ نفر جمعاً ۵۹۲

دلایل مراجعه به اورژانس، نحوه ارجاع بیماران به اورژانس، زمان انتظار بیمار برای دریافت خدمات و وضعیت تشخیص، مشاوره و ترخیص بیماران مورد توجه قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت توصیفی مقطعی انجام گرفت و جامعه پژوهش آن شامل تمام بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان شهید باهنر کرمان به تعداد ۶۶۰ نفر در بهمن ماه سال ۱۳۷۹ بود. داده‌ها در این پژوهش به صورت مصاحبه و ثبت مشاهدات جمع آوری گردید، برای تمام بیماران زیر ۹ سال و همچنین برای بالای ۹ سالی که امکان انجام مصاحبه به دلایل مشکلات جسمی و روانی میسر نبوده، مصاحبه با همراه بیمار انجام گرفت.

پرسشنامه حاوی سؤالاتی در مورد خصوصیات دموگرافیکی بیماران، نوع حادثه، شکایت بیمار، شیوه انتقال او به اورژانس و رضایتمندی بیماران بود و چک لیست حاوی سؤالاتی در مورد تخصص افراد معاینه کننده، تشخیص اولیه، تشخیص نهایی، زمان انتظار برای تشخیص اولیه و نهایی، نوع خدمات و زمان انتظار برای دریافت خدمات درمانی، مشاوره‌های انجام گرفته و زمان ترخیص بیمار از بخش اورژانس بود.

یافته‌های پژوهش

نتایج نشان داد که ۲۷٪ مراجعه کنندگان به اورژانس را زنان و میانگین سنی مردان و زنان مراجعه کننده به ترتیب ۲۷ و ۲۵ سال بود، حدود ۱۶٪ بیماران بی‌سواد، ۲۹٪ در سطح خواندن و نوشتن، ۴۹٪ در مقطع راهنمایی و دبیرستان و بقیه (۶٪) دانشگاهی بودند. محل سکونت ۸۲٪ بیماران شهر کرمان، ۱۷٪ سایر شهرستان‌های استان و بقیه سایر استان‌های کشور بود.

ظرف ۲ تا ۵ ساعت بوده است. میانگین معطلی انجام اولین مشاوره ۶۰/۷ دقیقه (SD=66/1) بوده است. میانگین معطلی انجام دومین مشاوره جهت بیمارانی که برایشان دومین مشاوره درخواست شده (۵۲ نفر) ۹۹/۹ دقیقه (SD=۸۲/۵) و میانگین معطلی انجام سومین مشاوره جهت بیمارانی که برایشان سومین مشاوره (۸ نفر) درخواست شده ۵۴/۳ دقیقه (SD=۳۴/۲) بوده است.

مشکل بیماران در تشخیص اولیه و نهایی

یکی از شاخص‌های مهم در ارزیابی خدمات اورژانس مدت زمانی است که بیمار، معطل تشخیص نهایی بیماری خود می‌گردد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که حدود ۲۳٪ از مراجعه‌کنندگان به اورژانس کرمان کم‌تر از ۵ دقیقه، حدود ۸٪ بین ۵ تا ۲۰ دقیقه، ۱۴٪ بین ۲۱ تا ۴۰ دقیقه، ۱۵٪ بین ۴۱ تا ۶۰ دقیقه، ۱۸٪ بین ۶۱ تا ۹۰ دقیقه، ۹٪ بین ۹۱ تا ۱۲۰ دقیقه، ۷٪ بین ۱۲۱ تا ۳ ساعت، ۴٪ بین ۳ تا ۶ ساعت و ۲٪ بیش از ۶ ساعت از شروع معاینه تا تشخیص نهایی معطل شده‌اند. میانگین معطلی بیمارانی از زمان شروع معاینه تا تشخیص نهایی ۷۲/۱ (SD=101/5) دقیقه بوده است. میانگین این معطلی برای کسانی که تنها یک مشاوره (۳۵۹ نفر) داشتند، ۹۹/۲ دقیقه (SD=93/4) برای آنهایی که دو مشاوره داشته‌اند (۴۴ نفر)، ۱۸۰/۸ دقیقه (SD=151/8)، برای آنهایی که سه مشاوره (۸ نفر) داشتند، ۲۶۷/۲ دقیقه (SD=260) و برای آنهایی که اصلاً مشاوره (۲۴۹ نفر) نداشتند، ۱۵۰/۸۴ دقیقه (SD=33/56) بوده است (P<0/05).

میانگین این معطلی برای کسانی که از پاراکلینیک استفاده نمودند (۴۹۰ نفر)، ۹۵/۱ دقیقه (SD=108) و برای کسانی که از پاراکلینیک استفاده نکردند (۱۷۰ نفر)، ۵/۹ دقیقه (SD=22/4) بود (P<0/001). نتایج نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین استفاده از پاراکلینیک و انجام مشاوره وجود دارد به طوری که

مورد آزمایش، رادیولوژی و سی‌تی‌اسکن درخواست شده که شامل ۳۶٪ آزمایش، ۸۲٪ رادیولوژی و ۳٪ سی‌تی‌اسکن بوده است.

نتیجه آزمایش: حدود ۱۱٪ بیماران ارجاعی به آزمایشگاه ظرف ۵ تا ۱۵ دقیقه، ۳۳٪ ظرف ۱۶ تا ۳۰ دقیقه، ۳۰٪ ظرف ۳۱ تا ۴۵ دقیقه، ۱۰٪ ظرف ۴۶ تا ۶۰ دقیقه و تنها ۱۶٪ بیش از یک ساعت به طول انجامیده است. میانگین فاصله زمانی ارجاع به آزمایشگاه تا دریافت نتیجه آزمایش ۴۰/۳ دقیقه (SD=21/7) بود.

نتیجه رادیولوژی: حدود ۲۸٪ بیماران ارجاعی به رادیولوژی ظرف ۵ تا ۱۵ دقیقه، ۵۰٪ ظرف ۱۶ تا ۳۰ دقیقه، ۱۷٪ ظرف ۳۱ تا ۴۵ دقیقه، ۲٪ ظرف ۴۶ تا ۶۰ دقیقه و ۲٪ بیش از یک ساعت به طول انجامیده است. میانگین فاصله زمانی ارجاع به رادیولوژی تا دریافت نتیجه ۲۵/۳ دقیقه (SD=13/4) بود.

نتیجه سی‌تی‌اسکن: زمان انتظار حدود ۱۲٪ بیماران ارجاعی به بخش سی‌تی‌اسکن ظرف ۵ تا ۱۵ دقیقه، ۵۹٪ ظرف ۱۶ تا ۳۰ دقیقه، ۱۲٪ ظرف ۳۱ تا ۴۵ دقیقه، ۶٪ ظرف ۴۶ تا ۶۰ دقیقه و ۱۱٪ بیش از یک ساعت به طول انجامیده است. میانگین فاصله زمانی ارجاع به سی‌تی‌اسکن تا دریافت نتیجه ۳۱ دقیقه (SD=11/14) بوده است.

مشاوره برای تشخیص و درمان

برای تشخیص و درمان بیماری حدود ۶۳٪ افراد، با متخصصین مربوطه مشاوره صورت گرفته است (جمعاً ۴۷۵ مشاوره برای تشخیص بیماری ۴۱۱ نفر). حدود ۲۰٪ مشاورین جراح عمومی، ۶۰٪ اورتوپد و ۲۰٪ متخصصین مغز و اعصاب بوده‌اند.

معطلی انجام اولین مشاوره برای حدود ۱۳٪ بیمارانی که برایشان مشاوره صورت گرفته ۱۰ دقیقه، ۱۵٪ ظرف ۱۱ تا ۲۰ دقیقه، ۱۳٪ ظرف ۲۱ تا ۳۰ دقیقه، ۳۱٪ ظرف ۳۱ تا ۶۰ دقیقه، ۱۷٪ ظرف ۱ تا ۲ ساعت و ۱۰٪

ترخیص وارجاع

حدود ۸۶٪ بیماران مراجعه کننده به اورژانس پس از اقدامات درمانی از اورژانس ترخیص شده اند، حدود ۱۳٪ جهت دریافت خدمات درمانی تکمیلی به سایر بخش‌ها ارجاع شده اند و بقیه طی اقدامات درمانی بعد از انجام عملیات احیا (CPR) در داخل اورژانس فوت کرده‌اند. محل ترخیص حدود ۲۶٪ بیماران ترخیص شده از اورژانس اتاق پزشک، در ۲۷٪ اتاق گچ و در ۴۰٪ اتاق عمل یا یکی دیگر از بخش‌های اورژانس بوده است.

فاصله زمان ورود به اورژانس تا ترخیص از اورژانس حدود ۶٪ افراد ترخیص شده ظرف ۲۰ دقیقه، ۹٪ ظرف ۲۱ تا ۴۰ دقیقه، ۱۴٪ ظرف ۴۱ تا ۶۰ دقیقه، ۲۹٪ ظرف ۱ تا ۲ ساعت، ۱۴٪ ظرف ۲ تا ۳ ساعت، ۷٪ ظرف ۳ تا ۵ ساعت، ۱۰٪ ظرف ۵ تا ۲۰ ساعت و بقیه (۷٪) ظرف ۱ تا ۳ شبانه روز از اورژانس انجام گرفته است. به طور متوسط میانگین فاصله زمان ورود به اورژانس تا ترخیص از آن حدود ۷ ساعت (SD=14) بوده است.

نتایج نشان داد که ۹۰٪ افرادی که به دلیل سانحه به اورژانس مراجعه داشته‌اند، از اورژانس ترخیص شده در حالی که این درصد برای کسانی که با درد ناگهانی عضو مراجعه داشته‌اند تنها ۶۵٪ بوده است (P<0/05).

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که میانگین فاصله زمانی ورود به اورژانس تا ترخیص از آن در ترخیص شدگانی که به دلیل شکم درد مراجعه داشته‌اند (۲۵ نفر) حدود ۷/۵ ساعت، در افرادی که به دلیل ناراحتی کلیه مراجعه داشته‌اند (۲۶ نفر) حدود ۵/۰ ساعت، در افرادی که به دلیل تصادف رانندگی مراجعه داشته‌اند (۱۴۲ نفر) حدود ۱۲ ساعت، در افرادی که به دلیل زمین خوردگی مراجعه داشته‌اند (۱۴۱ نفر) حدود ۴/۵ ساعت، در افرادی که بدلیل نزاع مراجعه داشته‌اند (۹۴ نفر) حدود ۵ ساعت، افرادی که متعاقب

برای تشخیص بیماری ۸۰٪ بیمارانی که از پاراکلینیک استفاده کرده‌اند حداقل یک مشاوره درخواست گردیده در حالی که تنها برای ۱۲٪ بیمارانی که از پاراکلینیک استفاده نکرده‌اند مشاوره درخواست شده است (P<0/01).

نتایج نشان داد که میانگین فاصله زمان شروع معاینه تا تشخیص نهایی برای بیمارانی که به علت سانحه (۵۷۴ نفر) مراجعه داشتند، ۶۸/۳ دقیقه (SD=97/3) و برای بیمارانی که به علت درد ناگهانی عضو (۸۶ نفر) مراجعه کردند، ۹۷/۹ دقیقه (SD=123/8) بوده است (P<0/01).

داروهای اورژانس

برای حدود ۷٪ بیماران مراجعه کننده به اورژانس حداقل یکی از انواع داروهای اورژانسی تجویز گردیده است. مدت زمان تجویز دارو تا در دسترس قرار گرفتن آن ۱۵/۱ دقیقه (SD=10/9) و میانگین معطلی در اتاق تزریق برای انجام تزریقات ۱۷/۷ دقیقه (SD=13/7) بوده است.

اتاق عمل

حدود ۳۰٪ مراجعه کنندگان به اورژانس کرمان به اتاق عمل اورژانس ارجاع داده شده‌اند. مهم ترین علل ارجاع: بنجیه زخم ۹۱٪، شستشو و بانسمان ۷٪ و چست تیوب ۲٪ بوده است. میانگین معطلی بیماران در اتاق عمل اورژانس ۱۰/۲ دقیقه (SD=9/5) و متوسط مدت زمانی که این بیماران در اتاق عمل اورژانس تحت جراحی قرار داشته‌اند ۳۰ دقیقه (SD=16) بوده است.

حدود ۱۵٪ مراجعه کنندگان به اورژانس کرمان به اتاق عمل اورژانس ارجاع داده شده‌اند. مهم ترین علل ارجاع به اتاق عمل بزرگ، شکستگی دست یا پا یا هر دو ۴۹٪، آپاندیسیت ۲۵٪، پارگی تاندون و شریان ۱۳٪، و هماتوم‌های مغزی ۵٪ بوده است. میانگین معطلی بیماران در اتاق عمل بزرگ ۲۰/۹ دقیقه (SD=22/4) و متوسط مدت زمانی که این بیماران در اتاق عمل بزرگ تحت جراحی قرار داشته‌اند ۸۲ دقیقه (SD=42/7) بوده است.

ساعت، حدود ۳۶٪ در فاصله ۳ تا ۵ ساعت، حدود ۳٪ در فاصله ۵ تا ۱۰ ساعت و حدود ۱۲٪ در فاصله ۱۰ تا ۲۰ ساعت پس از ورود به اورژانس به سایر بخش‌ها ارجاع داده شدند.

رضایتمندی بیماران

به هنگام ترخیص بیماران و یا ارجاع آنان به سایر بخش‌ها، مصاحبه‌ای با بیمار یا همراه وی به منظور سنجش رضایتمندی آنان انجام گرفت. نتایج نشان داد که بطور کلی ۵۹٪ مراجعین به بخش اورژانس از خدمات ارائه شده در بخش مذکور راضی، ۷٪ کاملاً راضی، ۱۹٪ بی نظر، ۱۰٪ ناراضی و ۶٪ کاملاً ناراضی بودند (جدول شماره ۲).

سقوط از بلندی مراجعه داشته‌اند (۴۶ نفر)، حدود ۶ ساعت و در افرادی که با یک وسیله برنده مجروح شده‌اند (۴۹ نفر)، حدود ۱/۵ ساعت بوده است.

بخش‌های اورتوپدی مردان (۳۴٪)، جراحی مردان (۳۳٪)، جراحی زنان (۱۲٪)، ICU (۱۱٪) مهمترین بخش‌هایی بوده که بیماران از اورژانس به آنها ارجاع داده شده‌اند.

حدود ۱۱٪ بیماران ارجاع داده شده به سایر بخش‌های در فاصله ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه، ۱۳٪ در فاصله ۲ تا ۳ ساعت، ۳۶٪ در فاصله ۳ تا ۵ ساعت، ۳٪ در فاصله ۱۰ تا ۲۰ ساعت پس از ورود به اورژانس به سایر بخش‌ها ارجاع داده شده اند.

جدول ۱: مهم ترین مشکل مراجعه کنندگان به اورژانس در تشخیص اولیه و نهایی

تشخیص اولیه	تعداد	درصد	تشخیص نهایی	تعداد	درصد
جراحی و بریدگی	۱۶۷	۲۵٪	شکستگی دست	۸۸	۱۳٪
تروما به پا	۱۵۰	۲۳٪	شکستگی دست همراه با سایر اعضا	۲۹	۴٪
تروما به دست	۱۲۸	۱۹٪	شکستگی پا	۶۶	۱۰٪
تروما به سر	۱۰۶	۱۶٪	شکستگی پا همراه با سایر اعضا	۱۷	۳٪
تروما به سایر اعضا	۳۵	۵٪	جراحی و بریدگی اعضا	۱۷۱	۲۶٪
درد ناحیه کلیه ها	۲۸	۴٪	کوفتگی و در رفتگی	۶۱	۹٪
مشکوک به آپاندیسیت	۲۵	۴٪	آپاندیسیت	۲۷	۴٪
دل درد	۲۴	۴٪	رنال کولیک	۳۱	۵٪
جمع	۶۶۳	۱۰۰	ظاهراً مشکلی نداشته	۹۸	۱۵٪
			غیره	۷۵	۱۱٪
			جمع	۶۶۳	۱۰۰

جدول ۲: رضایتمندی بیماران از وضعیت اورژانس کرمان

وضعیت	کاملاً راضی	راضی	بی‌نظر	ناراضی	کاملاً ناراضی	جمع
رضایتمندی						
سرعت انتقال بیمار از درب اورژانس به محل پذیرش	۴ (۰/۶)	۳۱۲ (۴۷/۴)	۲۹۱ (۴۴/۲)	۵۰ (۷/۶)	۰ (۰)	۶۵۷ (۱۰۰)
سرعت مراحل پذیرش بیمار و تشکیل پرونده	۹ (۱/۳)	۴۰۷ (۶۱/۱)	۲۲۰ (۳۳/۴)	۲۰ (۳)	۱ (۰/۱)	۶۵۷ (۱۰۰)
سرعت حضور پزشک بر بالین بیمار	۷۳ (۱۱/۱)	۵۲۵ (۷۹/۹)	۴۶ (۷)	۱۱ (۱/۶)	۲ (۰/۳)	۶۵۷ (۱۰۰)
سرعت ارائه خدمات پاراکلینیکی	۲۴ (۴/۴)	۴۱۷ (۸۵/۱)	۲۷ (۵/۵)	۲۳ (۴/۶)	۱ (۰/۲)	۴۹۰ (۱۰۰)
سرعت دسترسی به داروهای تجویزی در اورژانس	۷ (۱/۵)	۱۴ (۳/۰)	۹ (۱/۹)	۱۵ (۳/۲)	۲ (۴)	۴۶ (۱۰۰)
سرعت ارائه خدمات درمانی	۶۹ (۱۰/۵)	۴۶۹ (۷۱/۷)	۸۲ (۱۲/۴)	۳۶ (۵/۴)	۱ (۰/۱)	۶۵۷ (۱۰۰)
وجه پرداختی به صندوق اورژانس	۴ (۰/۶)	۲۰۸ (۳۱/۶)	۲۳۹ (۳۶/۳)	۱۹۴ (۲۹/۵)	۱۲ (۲)	۶۵۷ (۱۰۰)
نحوه برخورد پزشک اورژانس	۱۴۲ (۲۱/۶)	۴۹۱ (۷۴/۷)	۲۱ (۳/۱)	۳ (۰/۴)	۰ (۰)	۶۵۷ (۱۰۰)

بحث و نتیجه گیری

یک جسم به فرد (۱۷٪) اعلام کرد که بیانگر وجود تفاوت در عوامل وقوع سوانح می‌باشد و ضرورت انجام مطالعات اپیدمیولوژیک پیرامون این موضوع را در نقاط مختلف کشور نشان می‌دهد [۱۳].

مهم‌ترین مشکل مراجعه‌کننده‌گان به اورژانس در تشخیص اولیه به ترتیب بریدگی (۲۵٪)، تروما به پا (۲۳٪)، تروما به دست (۱۹٪)، تروما به سر (۱۶٪)، تروما به سایر اعضا (۵٪)، درد ناحیه کلیه‌ها (۴٪)، مشکوک به آپاندیسیت (۴٪) و دل درد (۴٪) گزارش شده و مهمترین عوامل ایجادکننده تروما در این پژوهش به ترتیب سوانح رانندگی، نزاع و سقوط از بلندی بوده است که این نتایج با نتایج پژوهش‌های انجام شده در ایالات متحده آمریکا همخوانی دارد [۵].

با توجه به فراوانی تروما در مراجعه‌کننده‌گان به اورژانس و این که کوچک‌ترین اتلاف وقت در تشخیص و ارزیابی اولیه این بیماران می‌تواند منجر به تشدید ضایعات و حتی مرگ آنان گردد، جا دارد مسئولین امر به

نتایج نشان داد که حدود ۸۷٪ مراجعه‌کننده‌گان به دلیل وقوع یک سانحه و بقیه موارد (۱۳٪) به دلیل درد ناگهانی عضوی از بدن به اورژانس مراجعه نموده اند.

مهم‌ترین اعضای دردناک در بین افرادی که به دلیل درد ناگهانی عضو به اورژانس مراجعه داشته، شکم درد (۵۷٪)، ناراحتی کلیه (۳۳٪) و سر درد (۷٪) بوده و مهم‌ترین عواملی که منجر به وقوع سانحه گردیده، تصادف رانندگی (۲۹٪)، زمین خوردگی (۲۶٪)، نزاع (۱۸٪)، سقوط از بلندی (۱۰٪) بریدگی (۶٪)، اصابت یک جسم سنگین به فرد (۵٪)، فرو رفتن یک جسم خارجی در چشم یا گوش، سوختگی، مسمومیت و سگ‌گرفتگی (جمعاً ۳٪) بوده است.

صادقی در طرح تحقیقاتی خود تحت عنوان اپیدمیولوژی افراد مصدوم در مراجعه به مرکز فوریت‌های رفسنجان مهم‌ترین عواملی که منجر به وقوع سانحه در مراجعه‌کننده‌گان به اورژانس رفسنجان گردیده بود را سقوط از بلندی (۴۰٪)، سوانح رانندگی (۲۶٪) و اصابت

معطلی انجام اولین مشاوره ۶۰ دقیقه، دومین مشاوره ۹۹ دقیقه و سومین مشاوره ۵۴ دقیقه بوده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که میانگین معطلی بیماران از شروع معاینه تا تشخیص نهایی ۷۲ دقیقه بوده است. این مدت برای کسانی که تنها یک مشاوره داشته‌اند ۹۲ دقیقه، برای آن‌هایی که دو مشاوره داشته‌اند ۱۸۰ دقیقه و برای آن‌هایی که سه مشاوره داشته‌اند ۲۶۸ دقیقه و برای آن‌هایی که اصلاً مشاوره نداشته‌اند ۱۶ دقیقه بوده است.

بر اساس نتایج بدست آمده در اورژانس اصفهان، زمان ورود بیمار به اورژانس تا انتقال به سایر بخش‌ها ۱۸۹ دقیقه (SD=106)، زمان ورود بیمار تا ترخیص از اورژانس ۹۵ دقیقه (SD=55)، زمان درخواست آزمایش تا آماده شدن نتیجه ۱۱۶ دقیقه (SD=64)، زمان درخواست رادیوگرافی و اسکن تا آماده شدن نتیجه ۳۵ دقیقه (SD=22) بوده است. مقایسه شاخص‌ها نشان می‌دهد که وضعیت کیفیت خدمت رسانی اورژانس کرمان نسبت به اورژانس اصفهان بسیار پایین‌تر است که یکی از دلایل این تفاوت احتمالاً مستقر بودن دستیاران اورتوپدی و جراحی به جای اترن‌ها در اورژانس اصفهان می‌باشد [۱].

همان‌طور که مشاهده می‌گردد زمان تلف شده برای حضور مشاورین در اسکرین زیاد بوده است که نشانگر تأخیر نگران‌کننده برخی از مشاورین در مراجعه به اورژانس می‌باشد که بخشی از آن را احتمالاً می‌توان ناشی از اشتغال متخصصین در سایر بخش‌ها و یا بی‌توجهی آنان به فراخوان دانست. عدم هماهنگی بین رشته تحصیلی معاینه‌کنندگان اسکرین و حیطه تخصصی مورد نیاز بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس می‌تواند از عوامل مهم درخواست آزمایشات و مشاوره‌های مکرر و گاهی بی‌مورد و هم‌چنین عدم تشخیص صحیح و به موقع بیماری گردد.

استقرار افراد متخصص در اتاق اسکرین توجه خاصی مبذول دارند.

برای تشخیص بیماری، ۲۶٪ مراجعه‌کنندگان به اورژانس از آزمایشگاه، ۶۱٪ رادیولوژی و ۳٪ از سی تی اسکن استفاده گردیده است. میانگین فاصله زمانی درخواست آزمایش تا آماده شدن نتیجه ۴۰ دقیقه، فاصله زمانی درخواست رادیولوژی تا دریافت نتیجه ۲۵ دقیقه و فاصله زمانی درخواست سی تی اسکن تا دریافت نتیجه ۳۱ دقیقه بوده است.

بنابر استانداردهای انجمن اورژانس آمریکا زمان تلف شده از هنگام درخواست تا آماده شدن نتیجه رادیوگرافی حداکثر ۱۵ دقیقه، از هنگام درخواست تا آماده شدن نتیجه آزمایش‌های خون و ادرار حداکثر ۱۰ دقیقه و برای آماده شدن نتایج آنالیز ادرار و آزمایشات بیوشیمی خون حداکثر ۶۰ دقیقه پیش‌بینی شده است [۱۳].

با توجه به تفاوت چشمگیر زمان تلف شده برای آماده شدن نتیجه آزمایش در اورژانس کرمان با استانداردهای بین‌المللی و این‌که این شاخص عامل مستقیمی در تأخیر ارائه خدمات درمانی و تصمیم‌گیری برای ترخیص بیماران سرپایی می‌باشد، لازم است مسئولین امر ترتیبی اتخاذ نمایند تا این فاصله زمانی به حداقل ممکن کاهش یابد.

مهم‌ترین مشکل مراجعه‌کنندگان به اورژانس کرمان در تشخیص نهایی شکستگی دست (۳۰٪)، شکستگی دست همراه با شکستگی سایر اعضا بدن (۴٪)، شکستگی پا (۱۰٪)، شکستگی پا همراه با شکستگی سایر اعضا بدن (۳٪)، جراحی و بریدگی (۲۶٪) و کوفتگی و در رفتگی یکی از اندام‌ها (۹٪) بوده است.

برای تشخیص و درمان حدود ۶۳٪ مراجعه‌کنندگان به اورژانس با حداقل یکی از متخصصین اورتوپد، جراح و مغز و اعصاب مشاوره صورت پذیرفته است. حدود ۶۰٪ مشاورین اورتوپد، ۲۰٪ جراح عمومی و ۲۰٪ متخصصین مغز و اعصاب بوده‌اند به طور متوسط میانگین

با توجه به این که در پژوهشی نشان داده شده که استقرار دستیاران به جای پزشک عمومی و انترن‌ها در بیمارستان به طور چشمگیری در تشخیص و سرعت ۱۸۹ دقیقه در بهبودی بیماران مؤثر بوده است [۴]، و این که حدود ۲۳٪ مراجعه کننده‌گان به اورژانس کرمان از شکستگی حداقل یکی از اعضا یا اندام‌ها رنج می‌بردند، احتمالاً استقرار اورتوپد یا جراح عمومی به جای پزشک عمومی و انترن می‌تواند نقش به‌سزایی در تشخیص سریع و درمان بیماران داشته باشد.

نتایج هم چنین نشان داد که تنها حدود ۴۸٪ بیماران از سرعت انتقال از درب اورژانس به محل پذیرش، ۶۳٪ از سرعت مراحل پذیرش و تشکیل پرونده، ۹۱٪ از سرعت حضور پزشک بر بالین بیمار در اتاق پزشک، ۹۶٪ از نحوه برخورد پزشک اورژانس، ۸۹٪ از سرعت ارائه خدمات پاراکلینیکی، ۸۲٪ از سرعت ارائه خدمات درمانی، ۴۶٪ از سرعت دسترسی به دارو و ۳۲٪ از مقدار پول پرداختی به صندوق اورژانس اظهار رضایت نموده‌اند، این نتایج با نتایج دو پژوهش دیگری که به منظور سنجش رضایتمندی بیماران بخش اورژانس به دست آمده تقریباً همخوانی دارد [۲، ۳].

منابع

- ۱- امامی سید محمد حسین، و همکاران؛ کیفیت خدمت رسانی به بیماران در بخش فوریت‌ها: مرکز پزشکی الزهرا (س) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۱۳۷۸؛ مجله علمی پژوهش در علوم پزشکی، سال پنجم، شماره ۲، تابستان ۱۳۷۹، صص: ۱۱۷-۱۲۳.
- ۲- حبیبی محمد؛ بررسی میزان رضایت بیماران از اورژانس‌های بیمارستان‌های دانشگاهی شفا، کرمان و شهید باهنر؛ پایان نامه جهت اخذ درجه دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، ۱۳۷۷.
- ۳- ابوالحسنی فرید، و همکاران؛ شیوه ارزیابی میزان رضایت مراجعین از اورژانس بیمارستان شهید، مباشر کاشانی همدان؛ خلاصه مقالات ارائه شده در سمینار بهینه سازی خدمات درمانی در بیمارستان‌ها، ۱۳۷۵.
- ۴- درخشان محمدرضا؛ مقایسه مرگ و میر بیماران در دوره قبل و بعد از شروع خدمات دستیاران در بیمارستان کودکان قائم همدان؛ مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان، سال هفتم، شماره ۲، تابستان ۱۳۷۹، شماره مسلسل ۱۶، صص: ۲۷-۲۴.
- ۵- صادقی سهراب؛ اپیدمیولوژی افراد مصدوم در مراجعه به مرکز فوریت‌های بیمارستان حضرت علی ابن ابی طالب (ع) رفسنجان طی سال ۱۳۷۶؛ فصلنامه علمی پژوهشی فیض، شماره ۶، تابستان ۷۷، صص: ۸۲-۷۷.
- 6- Headrick R.W., Leonard MS, Goldman j; A quality of care evaluation measure for emergency medical Service systems; j Med syst, 1978; 2(4) : 281-301.
- 7- caldwell F.S.; Quality Assurance and data collection: current status, problems and pitfalls; j Am Rec Assoc, 1989 Aug; 60 (8) : 35-8
- 8- show K. N., et al; A solution to seasonal fluctuations in emergency department censns; Annal of emergency medicine (United states); 1998 Dec, Vol. 32, No. 6; p: 698-702.
- 9- Bruec T. A , et al; Factors that influence patient satisfaction in the emergency department ; journal of nurse care quality (United states); 1998 Dec, Vol.13, No.2; p: 31-7.
- 10- Hirshon j. M. , et al; Effect of rotational patient assignment on emergency department lergth of stay; journal of emergency medicine, 1996 Nov-Dec; Vol. 14, No;6, p: 763-8.
- 11- Bergner L. , eisenberg M, Hallstrom A; Evluating emergency medical services: Quasi experimental outcome studies; Eval Health prof Mar; 2(1): 3-19.
- 12- Mayer j.D.; Emergency medical service: delays, response time and survival; Med Care ,1979 Aug; 818-27.
- 13- Goldfrank L., Henneman pL, Ling Lj, Prescott IE, Rosen C, sama A, et al; Emergency center categorization standards; Acode Emerg Med , 1999; 638-55.

***Quality assessment of emergency services at Bahonar
hospital of Kerman ,1991***

Dr. Zohoor A.R. (MD)

Abstract: To assess the emergency services quality at Kerman Bahonar hospital , a questionnaire was given to 660 referees on a descriptive , cross – sectional study in Jan. 1991. The results showed that about %87 of the patients had referred due to car accidents while the rest had come due to sudden pain feelings in their bodies . The average time from the accident moment to the patient's entering into the doctor's office was about 60 minutes , from the entrance to examination startpoint 4 minutes ,the time taken to receive the tests ' results 40 minutes ,the time wasted to do the first consultation 60 minutes , the patients' waittime from the startpoint to receive the tests' finalresults 72 minutes , and preoperation times wasted before undergoing operations at emergency and general operation wards were 10 and 20 minutes respectively . Comparing the mentioned services with the international standards , they proved to be of a lower quality . To promot the quality of such services , it is recommended to apply more competent managers along with present or at least oncall orthopedists at the ward , since about 33% of the clients had fractures or needed an orthopedic consultation.

Key words : *Assessment , emergency , quality , services .*