



کیفیت خدمت رسانی به بیماران در بخش فوریت‌ها

فریبا عسگری^۱ - هاجر محبوب مؤدب^۲ - دکتر منوچهر جمالی^۳ - دکتر حسین خانجانی^۳
دکتر سید رسول وهابی^۴ - دکتر محمد امانی^۴ - دکتر نوشین زمانی^۴

چکیده

مقدمه: محدودیت زمانی، بار کاری زیاد و محدود بودن اقدامات تشخیصی و فوریت در انتخاب درمان از ویژگی‌های برجسته کار در اورژانس است. این نکته، به همراه مشکلات خاص اورژانس مرکز پزشکی منتخب به عنوان بزرگترین مرکز اورژانس ارجاع پذیر در استان گیلان، ما را بر آن داشت تا با استفاده از اطلاعات و آمار، این نقاط ضعف را به صورت مستند بیان نموده و راهکارهایی برای بهبود کیفیت خدمت رسانی بیماران ارائه نماییم.

روش بررسی: در یک مطالعه مقطعی به مدت یک ماه (مرداد ماه ۱۳۸۱) کیفیت خدمت رسانی به تمام مراجعه کنندگان به بخش فوریت‌ها (به غیر از فوریت‌های اطفال، زنان، مامایی و روانپزشکی) بررسی شد. برای هر بیمار پرسشنامه‌ای حاوی شاخص‌های مورد نظر توسط مشاهده گر تکمیل شد و پس از ورود داده‌ها به رایانه تحلیل آماری صورت گرفت.

یافته‌ها: تعداد مراجعات به بخش فوریت‌های مرکز آموزشی درمانی منتخب، در زمان طرح ۲۸۱۵ نفر (به طور متوسط ۸۴ نفر در روز) بود. از این تعداد ۵۹/۲ درصد مراجعین شخصی، ۴۰/۸ درصد موارد ارجاعی (از مراکز دیگر یا مطب‌ها یا اورژانس) بودند. ۴۲/۳ درصد بیماران بستری و ۵۷/۷ درصد آنها به طور سرپایی درمان شدند. متوسط زمان صرف شده برای هر یک از اقدامات تشخیصی و درمانی به این شرح بوده است: معطلی زمان صرف شده برای معاینه توسط کارورز اسکرین ۳ دقیقه، معطلی برای معاینه توسط کارورز سرویس ارجاعی ۲۹ دقیقه، ورود تا پذیرش بیمار ۵۵ دقیقه، تشکیل پرونده ۱۶ دقیقه، نوشتن دستورات لازم ۱۶ دقیقه، ورود به اورژانس تا انتقال از پذیرش به سایر بخش‌ها ۱۸ دقیقه، ورود بیمار سرپایی تا تحویل نسخه به او (پس از اقدامات تشخیصی و درمانی سرپایی) ۱۱۸ دقیقه، درخواست آزمایش تا آماده شدن نتیجه ۹۷ دقیقه، درخواست EKG تا آماده شدن آن ۱۱ دقیقه، درخواست سونوگرافی تا انجام آن ۴۸ دقیقه، درخواست گرافی یا سی تی اسکن تا انجام آن ۲۷ دقیقه، در مردادماه ۱۳۸۱ بخش‌های ارتوپدی و جراحی بیشترین تعداد موارد پذیرش را داشتند (به ترتیب ۳۹/۱ درصد و ۲۸/۸ درصد موارد پذیرش) دستیاران مقیم در اتاق اسکرین بخش فوریت‌ها در اکثر روزها از بین دستیاران بیهوشی و جراحی بوده‌اند و در مجموع فقط ۱۰/۲ درصد موارد رشته تحصیلی اسکرین با حیطه تخصصی بیماری مراجع کنندگان تطابق داشته است. متوسط موارد انجام CPR و مرگ در اورژانس به ترتیب ۲/۵ و ۲ مورد در روز بوده است. تشخیص اولیه در ۳۴ درصد موارد صحیح و در ۵/۷ درصد موارد غلط بوده است. ۴۲/۸ درصد موارد، تشخیص نهایی با ارزیابی یک علامت یا نشانه به دست آمده است. در ۱۵/۱ درصد موارد، تشخیص نهایی بیمار مبهم بوده است. شلوغ‌ترین ساعات شبانه روز از نظر مراجعه به اورژانس ۴ بعد از ظهر تا ۱۲ شب (۴۹/۴ درصد مراجعات) برآورد گردید.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج، بیشترین مراحل وقت گیر در گردش کار مرکز اورژانس منتخب، عبارتند از: انجام تست‌های تشخیصی، تصمیم‌گیری برای پذیرش بیمار، نوشتن دستورات لازم و تشکیل پرونده. نقایص دیگر مرکز اورژانس منتخب عبارتند از: فضای فیزیکی کم و نامناسب با تعداد مراجعات بالایی اورژانس، ناهمخوانی رشته دستیار اسکرین با نوع شکایت بیماری مراجع کنندگان و عدم ثبت تشخیص نهایی بیماری در بعضی پرونده‌ها.

کلید واژه‌ها: خدمات اورژانس، فرآیند زمان انتظار، کیفیت خدمت رسانی

۱- کارشناس ارشد آموزش مدیریت خدمات پرستاری، دانشکده پرستاری- مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۲- کارشناس ارشد آموزش داخلی جراحی پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پرستاری آستارا

۳- دکترای عمومی، پزشک عمومی بخش درمانگاه مرکز آموزشی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۴- دانشجوی دوره پزشکی

مقدمه

طبق برآوردها، تقریباً ۲۵ درصد جمعیت به دلیل حوادث قابل پیشگیری، دچار مرگ پیش از موعد می شوند (۱). در برخی از مطالعات، تروما به عنوان شایع ترین علت مرگ و میر و معلولیت در سنین زیر ۴۵ سال شناخته شده است (۲) و در بررسی های دیگر، علل غیر ترومایی و در صدر آنها مرگ ناگهانی قلبی و بیماری های عروق کرونر به عنوان شایع ترین علت مرگ شناخته شده اند (۸ و ۳). در هر صورت، تمام موارد فوق در دامنه کاری فوریت ها قرار می گیرند. در بخش فوریت ها، ثانیه ها و دقایق ممکن است تعیین کننده فاصله میان مرگ یا ناتوانی جدی با زندگی مفید و مولد باشند (۹). علاوه بر این، محدودیت زمانی، بار کاری زیاد، تنوع دامنه کاری پزشک با توجه به تنوع بیماران، کم بودن اطلاعات اولیه در آغاز ورود بیمار و محدود بودن اقدامات تشخیصی و فوریت در انتخاب درمان در بخش فوریت ها، از ویژگی های مهم کار در این بخش می باشد (۴). مراکز اورژانس به عنوان درمانگاه سرپایی نیز مورد استفاده مردم قرار می گیرند (۵ و ۶). موارد فوق، به همراه مشکلات خاص در بخش فوریت ها در مرکز آموزشی، درمانی منتخب وجود دارد که بزرگترین مرکز اورژانس استان و مهمترین اورژانس ارجاع پذیر ارشت است. از جمله این موارد، سیستم خاص اداره اسکرین رعایت سلسله مراتب ارجاع بیمار و استفاده از دستیارهای رشته ها در اسکرین، ارایه خدمات اورژانس در زمینه های متفاوت به طور همزمان و در فضای مشترک و نارضایتی بخشی از بیماران از خدمات ارایه شده، مارا بر آن داشت تا با استفاده از اطلاعات و آمار و مقایسه برخی از آنها با استانداردهای ارایه شده توسط انجمن طب اورژانس آمریکا (SAEM) (۷)، برای مستند سازی مشکلات و نقاط ضعف اقدام کنیم و بر همین اساس، برای بهبود کیفیت خدمت رسانی به بیماران، راهکارهایی ارایه نماییم.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی بوده و به مدت یک ماه به صورت شبانه روزی در مردادماه سال ۱۳۸۱ در بخش فوریت های یکی از مراکز آموزشی-درمانی منتخب در شهر ارشت انجام شده است. تمام مراجعه کنندگان به بخش فوریت های مرکز فوق الذکر به

جز بیماران بخشهای اطفال، زنان، مامایی و روانپزشکی (که در محل جداگانه ای پذیرش می شوند) در مدت زمان ذکر شده، مطالعه شدند. برای هر بیمار اطلاعات مورد نظر از طریق مشاهده و تکمیل چک لیست مربوط (فرم ۱) توسط سه کارورز و دو پزشک عمومی مستقر در مرکز فوق الذکر به عنوان همکاران اصلی طرح جمع آوری شد. این کار بدون اطلاع قبلی و با حداقل جلب توجه پزشکان و کادر درمانی بخش فوریت ها صورت گرفت و محتوای پرسشنامه ها از آنان مخفی نگه داشته شد. البته کاری مشابه، توسط گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۷۸ انجام شده بود که مورد توجه قرار گرفت (۱). در پایان مطالعه، اطلاعات جمع آوری شده نرم افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

الف) نتایج مربوط به زمان های صرف شده:

در جدول (۱) کلیه زمان های اتلاف در مراحل مختلف تشخیصی و درمانی از آغاز ورود بیماران تا هنگام ترخیص یا انتقال به سایر بخش ها (از قبیل ICU و...) و همچنین زمان های صرف شده از هنگام درخواست اقدامات پاراکلینیکی تا زمان آماده شدن نتیجه آنها ارایه شده است. در این جدول موارد ۱ تا ۳ و ۱۰ تا ۱۳ در مورد تمامی بیماران، موارد ۴ تا ۷ در مورد بیماران بستری و موارد ۸ تا ۹ درصد بیماران سرپایی است.

ب) نتایج مربوط به وضعیت اسکرین:

تعداد روزهای حضور دستیاران هر رشته در اسکرین فوریت های مرکز منتخب در مردادماه ۱۳۸۱ به این شرح بوده است: دستیار بیهوشی ۱۸ روز (۶۰ درصد)، جراحی ۱۶ روز (۵۳/۳ درصد)، داخلی اعصاب ۱۴ روز (۴۶/۶ درصد)، رادیولوژی ۱۰ روز (۳۳/۳ درصد)، داخلی ۳ روز (۱۰ درصد). در جدول (۲)، نتایج بررسی فراوانی بیماران بستری شده در مردادماه ۱۳۸۱ بر حسب سرویس تخصصی ارجاعی (بستری کننده) نشان داده شده است. در مجموع، بررسی چک لیست ها نشان می دهد که فقط در ۱۰/۲ موارد رشته تحصیلی دستیار اسکرین با حیطة تخصصی بیماری مراجعه کنندگان مطابقت داشته است.

1- Referral

2- Society of American Emergency Medicine



جدول ۱: میانگین زمان های اتلاف شده در مسیر انجام اقدامات لازم برای بیمار

حداکثر	حداقل	انحراف معیار \pm میانگین	زمان مربوطه (دقیقه)
۱۷	۰	$۶/۷۸ \pm ۲/۸$	زمان ورود به اورژانس تا معاینه توسط کارورز اسکرین
۱۴۷	۰	$۱۳/۵ \pm ۹/۸۲$	زمان ارجاع بیمار به یکی از سرویس ها تا معاینه توسط کارورز سرویس مربوطه
۷۲۰	۰	$۵۸/۵۴ \pm ۲۸/۷۱$	زمان ارجاع بیمار به یکی از سرویس ها تا معاینه توسط سرویس مربوطه
۴۷۵	۰	$۷۱/۵۸ \pm ۵۴/۶۱$	زمان ورود بیمار تا نوشتن برگه پذیرش
۷۹	۴	$۸/۴۹ \pm ۱۶۵/۶۵$	زمان تشکیل پرونده از هنگام نوشتن دستور بستری
۱۱۷	۲	$۹/۱۱ \pm ۱۵/۷۳$	زمان تشکیل پرونده تا نوشتن دستورات لازم
۱۱۱	۲۷	$۱۰۶/۸۷ \pm ۱۷۷/۵۲$	زمان ورود بیمار به اورژانس تا انتقال به سایر سرویس ها
۲۵۶	۱۵	$۶۵/۲۳ \pm ۱۱۴/۵۷$	زمان ورود بیمار تا اتمام اقدامات سرپایی
۶۷۸	۵	$۱۱۹/۳۸ \pm ۱۱۷/۴۹$	زمان ورود بیمار تا تحویل نسخه به بیمار سرپایی
۴۸	۰	$۸/۸۶ \pm ۱۱/۲۱$	زمان درخواست EKG تا انجام شدن آن
۱۸۳	۱۴	$۳۱/۸۲ \pm ۴۸۷/۹۱$	زمان درخواست انجام سونوگرافی تا آماده شدن نتیجه
۲۹۸	۲۹	$۶۴/۰۵ \pm ۹۷/۳۳$	زمان درخواست آزمایش تا آماده شدن نتیجه
۱۵۵	۶	$۱۹/۷۷ \pm ۲۶/۳۵$	زمان درخواست گرافی اورژانس تا آماده شدن نتیجه

جدول ۲: توزیع فراوانی بیماران بستری شده بر حسب سرویس تخصصی

نام سرویس تخصصی	تعداد پذیرش (درصد)
ارتوپدی	۴۶۵ (۳۹/۱٪)
جراحی	۳۴۳ (۲۸/۸٪)
جراحی اعصاب	۱۷۲ (۱۴/۵٪)
داخلی	۱۴۳ (۱۲٪)
داخلی اعصاب	۵۱ (۴/۲٪)
فک و صورت	۸ (۰/۷٪)
ارولوژی	۸ (۰/۷٪)
جمع	۱۱۹۰

مرکز ۸۱ و تعداد مرگ ۷۴ مورد بود که از این تعداد ۱۹ نفر (۲۵/۸ درصد) در پذیرش، ۲۰ نفر (۲۷/۵ درصد) در ۲۴ ساعت اول ورود به بخش اورژانس فوت کرده اند. تعداد مراجعات در ساعات ۱۲ شب تا ۸ صبح ۱۷/۱ درصد، ۸ صبح تا ۴ بعد از ظهر ۳۳/۵ درصد و ۴ بعد از ظهر تا ۱۲ شب ۴۹/۴ درصد از کل مراجعات را به خود اختصاص داده اند. بیشترین بار کاری در ساعات ۴ بعد از ظهر تا ۱۲ شب بوده است.

ج) نتایج مربوط به حجم کار اورژانس:

تعداد کل مراجعه کنندگان به بخش فوریت های مرکز آموزشی درمانی منتخب (به غیر از سرویس های اطفال، زنان، مامایی و روانپزشکی) ۲۸۱۵ نفر (به طور متوسط ۸۴ نفر در روز) بود که ۱۱۹۰ نفر (۴۲/۳ درصد) آنان بستری شده و ۱۶۲۵ نفر (۵۷/۷ درصد) با اعمال تشخیصی و درمان سرپایی مرخص شده اند. تعداد کل موارد احیای قلبی - ریوی در مدت مذکور در این



جدول ۳: توزیع فراوانی وضعیت تشخیصی بیماران بستری شده در اورژانس مورد مطالعه بر حسب یکسان بودن تشخیص اولیه و نهایی

درصد	وضعیت تشخیصی بیمار
۳۴٪	تشخیص اولیه و نهایی یکسان است.
۴۲/۸٪	تشخیص نهایی با ارزیابی یک علامت یا نشانه بدست آمده است.*
۱۱/۸٪	تشخیص نهایی در پرونده ثبت نشده یا مبهم است.**
۳/۲٪	تشخیص معین در پرونده وجود ندارد.***
۵/۷٪	تشخیص اولیه غلط بوده در بررسی‌های نهایی به تشخیص دیگری رسیده‌اند.
۲/۵٪	آنچه به عنوان تشخیص نهایی مثبت شده است، به واقع تشخیص نیست.

*** به علت ترخیص با رضایت شخصی

* مثلاً تنگی نفس

** اما با بررسی اوراق پرونده مشخص می‌شود

د) شاخص‌های مربوط به صحت تشخیص:

در جدول (۳)، وضعیت تشخیصی بیماران بستری شده در بخش اورژانس مرکز آموزشی منتخب و مقایسه ای از تشخیص اولیه و نهایی آنان دیده می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه کیفیت خدمت رسانی در بخش فوریت‌های مرکز آموزشی درمانی در چهار حیطه زمان معطلی، وضعیت اسکرین، حجم کار و وضعیت تشخیصی اولیه بررسی شد. همانطور که از نتایج مشهود است، به دلیل حضور دائمی کارورز اسکرین در محل کار خود، زمان معطلی بیماران برای ویزیت توسط کارورز اسکرین به حداقل رسیده و اکثر بیماران به هنگام ورود و بدون فوت وقت ویزیت شده‌اند که از این نظر نشانگر وضعیت مطلوبی است.

بیشتر زمان تلف شده، ناشی از عدم حضور کارورز سرویس ارجاعی است. دستیار سرویس ارجاعی به طور متوسط ۲۹ دقیقه پس از تماس با او در اورژانس حاضر شده است که چنین زمانی نسبتاً مطلوب است. در مورد رشته‌هایی که از حساسیت بالایی برخوردار بوده و دستیار مربوط حضور دائمی در بخش فوریت‌ها دارد (مانند جراحی و...) این زمان به صفر رسیده و در مورد دستیارهایی که اشتغال فراوانی در خارج اورژانس (از جمله اتاق عمل) داشته‌اند این زمان تا حد نگران کننده ۱۲ ساعت افزایش دارد.

گاهی علیرغم ویزیت سریع کارورز و دستیار، به علت تشکیل ندادن بموقع پرونده، وقت بیمار تلف می‌شود. برخی از عللی که منجر به طولانی شدن زمان برای تشکیل پرونده و به دست آمدن زمان‌های تا حداکثر ۷۹ دقیقه شده است عبارتند از: عدم حضور مسئول پذیرش اورژانس در محل کار خود، فرستادن همراهان به پذیرش بیمارستان و سردرگمی آنها.

به نظر می‌رسد که تهیه پرونده‌های از پیش آماده شده (موقت و دائمی) و قرار دادن آنها در پذیرش اورژانس برای تشکیل پرونده فوری، منجر به حذف این مرحله وقت گیر خواهد شد. همچنین مشخص نمودن مسیر پذیرش بیمارستان، رادیولوژی، سونوگرافی و آزمایشگاه با خطوط رنگی متفاوتی که بر کف زمین رسم شوند از سردرگمی و اتلاف وقت مراجعین خواهد کاست.

زمان تلف شده از تشکیل پرونده تا نوشتن دستورات لازم برای بیمار در پرونده و در نتیجه اجرای آن توسط پرسنل گاهی به ۱۱۷ دقیقه نیز رسیده است که برخی از دلایل مهم آن عبارتند از: صرف وقت برای نوشتن شرح حال بیمار در پرونده قبل از ثبت دستورات، نیاز کارورز به مشورت با دستیار مربوط برای نوشتن دستورات اولیه و اورژانسی، شلوغی اورژانس.

منظور از اقدامات سرپایی در این مطالعه، تمام اقدامات درمانی است که بدون تشکیل پرونده انجام می‌شوند مانند: بخیه کردن، گچ گیری و... باید توجه داشت که تحویل نسخه به بیمار سرپایی گاهی پس از انجام اقدامات تشخیصی و



درمانی سریایی بوده و بدین ترتیب، زمان به دست آمده قابل توجه و مطلوب است.

علت تأخیر برای آماده شدن EKG رami توان به کافی نبودن تعداد کارکنان مسئول EKG در بیمارستان و اشتغال آنان در بخش های مختلف نسبت داد. بنابر استانداردهای انجمن طب اورژانس آمریکا، زمان تلف شده از هنگام درخواست تا آماده شدن نتیجه گرافی حداکثر ۱۵ دقیقه و سونوگرافی حداکثر ۳۵ دقیقه پیش بینی شده است (که ۵ دقیقه از این مدت برای اتلاف وقت تا دسترسی به رادیولوژی محسوب گشته است).

مقایسه این استانداردها با جدول ۱ نشان دهنده تأخیر اندکی در این قسمت است. در تفسیر این قسمت نباید تمام زمان تلف شده را به حجم کار سونوگرافی یا عدم حضور دستیار و یا کادر درمانی نسبت داد بلکه مسایل خاص این حیطه مانند نیاز به پرشدن مثانه برای انجام سونوگرافی یا معطل شدن بیمار سریایی برای تهیه وجه مربوط نیز باید مد نظر قرار گیرد. در صورت نیاز باید زمان های تلف شده به تفکیک نوع سونوگرافی لازم مورد بررسی مجدد قرار گیرد.

طبق استانداردهای SAEM باید هر مرکز اورژانس مجهز به آزمایشگاهی ۲۴ ساعته باشد که بتواند نتیجه آزمایش های HCG, ABG (در خون و ادرار)، هماتوکریت، پتاسیم، گلولز، کربوکسی هموگلوبین خون، بیوشیمی خون، (SMA-۷)، آمونیاک سرم، آنالیزادرار، آمیلاز، زمان پروترومبین و ... حداکثر ظرف ۶۰ دقیقه ارائه دهد و ضمناً مجهز به آزمایشگاه سم شناسی نیز باشد. علت تأخیر حدود ۲/۵ ساعت در بخش اورژانس و زمان تلف شده برای آماده شدن فرآورده های خونی به علت نرسیدن حجم نمونه به مقدار کافی در این تحقیق بیان نشده است. اما طبق نظر SAEM هر اورژانس باید مجهز به بانک خونی باشد که بتواند ۲ واحد گلوبول قرمز فشرده (P.C) با گروه خونی O منفی را ظرف حداکثر ۵ دقیقه و ۲ واحد خون از گروه خاص (Type Specific) را حداکثر ظرف ۱۵ دقیقه آماده کند و خون مورد نیاز را پس از تعیین گروه خون و سازگاری خون (Cross-Match) در ظرف حداکثر ۴۵ دقیقه در اختیار قرار دهد. در مورد بررسی وضعیت اسکرین همان گونه که در قسمت نتایج آورده شده و در جدول (۲) نیز مشهود است، با وجود آنکه ۱۲ درصد از پذیرش ها در بخش فوریت های مرکز

آموزشی - درمانی منتخب مربوط به سرویس داخلی بوده، دستیار داخلی هرگز به عنوان دستیار اسکرین به کار گرفته نشده است. در حالی که متخصصان رشته بیهوشی که تقریباً هیچ یک از بیماران مراجعه کننده به اورژانس در حیطه کاری شان نبوده است بیشترین روزهای حضور را در اسکرین اورژانس (۱۸ روز ۶۰ درصد) به خود اختصاص داده اند. این ناهماهنگی بین رشته تخصصی دستیار اسکرین و حیطه تخصصی مورد نیاز اکثریت بیماران مراجعه کننده به اورژانس از عوامل مهم سردرگمی بیماران، ارجاع های مکرر و گاهی بی مورد، اتلاف وقت و نارضایتی بیماران و در نتیجه کاهش کیفیت خدمت رسانی به بیماران می گردد.

با توجه به اینکه اغلب موارد پذیرش را سرویس جراحی به خود اختصاص داده است، به نظر می رسد به کارگیری چند متخصص جراحی جوان به طور شبانه روزی برای اداره اسکرین اورژانس در صحت و کیفیت خدمات ارائه شده به مراجعه کنندگان نقش قابل توجهی داشته باشد. در صورت امکان پذیر نبودن این امر، حضور دستیار جراحی سال دوم یا سوم در نوبت های صبح (با نظارت غیر مستقیم پزشک مسئول اورژانس) راه حل مناسبی برای رفع این مشکل در اسکرین اورژانس است. بهتر آن است که اورژانس توسط متخصص طب اورژانس و با حضور دائمی در هر سه نوبت اداره گردد و در صورت فقدان چنین متخصصی از متخصص جراحی یا داخلی با اشراف به رشته ای دیگر به عنوان مسئول اورژانس استفاده شود و نظارت کامل بر اسکرین و اورژانس به طور ۲۴ ساعته به او سپرده شود.

در مورد بررسی حجم کار در بخش فوریت ها در مرکز آموزشی - درمانی منتخب تعداد متوسط حدود ۸۴ مورد مراجعه روزانه و حدود ۱۶ مورد پذیرش (بستری) روزانه با توجه به فضای کوچک اتاق اسکرین با یک تخت، اتاق پانسمان با تنها ۱ تخت و اتاق گچ گیری با ۲ تخت و اتاق پذیرش و وجود یک منشی در اسکرین و فقط ۳-۲ کادر پرستاری در پذیرش، نشانگر بار کاری فراوان و توجه کننده علت افت کیفیت خدمت رسانی به خصوص در ساعات ۴ بعد از ظهر تا ۱۲ شب است (که حدود ۵۰ درصد مراجعات را بخود اختصاص می دهد). به علاوه روزانه به طور متوسط ۲/۱ درصد مورد



فهرست منابع

- 1- امامی، محمد حسن. ابطیحی، سیدحمیدرضا. بهمن زیاری، پروانه. قرائتی، محمدرضا. محمدی، مهرداد. خدمت رسانی به بیماران بخش فوریت‌ها، پژوهش در علوم پزشکی، سال پنجم، تابستان ۱۳۷۸، شماره ۲، صفحات ۱۱۷-۱۱۵.
- 2- Schwartz Gn. Principale and practice of emergency medicine. 3rd Ed, Pennsylvania, lea and febriger co. 1998.
- 3- Swinkowski Mf. cost and effectiveness issues in care of injuries patients. Clin orthop, 1999; 318.
- 4- Cumming P. cause of death in an emergency department. Am J Emerg med 1999; 8(5): 381-84.
- 5- And LH, Harward N. The clinical practice of Emergency medicine. 2nd Ed, Philadelphia, lippincot lth. 2000.
- 6- Fromn Re, Gibbo Lr. Critical care in the emergency department. Crit care med 2000; 21(8): 976.
- 7- Rothschild M, Gilbea S. referral admission and discharge patterns in a pediatric emergency department in Isreal. pediater Emerg care 1999; 19 (3): 11-14.
- 8- Gold Frank L, Henneman pl, ling LJ, Prescottt JE, Rosen C, sama A, et al. emergency center categorization standards. acad emerg med; 1999; 6: 638-55.
- 9- Zantec S, raolf k. where are Golden times lost? Res med sci j 2000; 5(2): 117-122.

عملیات احیای قلبی - ریوی (CPR) در این اورژانس انجام می‌شود که شاخص مهمی در افزایش حجم کار اورژانس و لزوم اختصاص تعداد بیشتری از پرسنل به چنین بیمارانی است در ضمن توجه به ارجاعی بودن حدود ۴۰/۸ درصد بیماران مراجعه کننده و عنایت به اینکه بیماران ارجاعی از وضعیت بالینی نامساعدی دارند توجه کننده مرگ و میر نسبتاً بالا و نشانه‌ای دیگر از حجم بالای کار در این اورژانس است. زیرا چنین بیمارانی مراقبت‌های بیشتری را طلب می‌کنند و نیروی بیشتری را به خود اختصاص می‌دهند. طبیعی است که فراهم نمودن فضای مناسب و پرسنل باتجربه کافی در حل این مشکل تأثیر انکارناپذیری خواهد داشت. در مورد پرسنل و نیروی انسانی بررسی بیشتری لازم است. رضایتمندی و بررسی علل نارضایتی و سهم هر قسمت از سیستم ارائه خدمات در ایجاد این نارضایتی می‌تواند موضوع مطالعات بعدی باشد.

در بررسی صحت تشخیص اولیه در بخش فوریت‌ها با توجه به جدول (۳) و با عنایت به اینکه هنگام ورود بیمار و تشخیص اولیه فقط با در دست داشتن مجموعه بسیار کوچکی از اطلاعات انجام می‌شود، صحت تشخیص‌های اولیه مجموعاً از وضعیت مناسبی برخوردار است اما آمار تشخیص‌های مبهم و غلط هنگامی نگران کننده می‌شود که گوشه چشمی به تعداد کل پذیرش‌های این مرکز اورژانس داشته باشیم. البته اکثر موارد مبهم تشخیص نهایی ناشی از بی‌توجهی یا عدم آگاهی نویسنده بر گه خلاصه پرونده از نوع و اهمیت محتویات این برگه بوده است. برقراری سیستم اسکرین مناسب، الزامی بودن تکمیل برگه سیر بیماری، آموزش نحوه صحیح پرکردن اوراق پرونده‌ها و نظارت بر آن و ثبت تشخیص نهایی در برگه اول پرونده با مهر اتندیگ، مشکل فوق را برطرف خواهد نمود.



The Patient Service quality in the Emergency Departments

F. Asgari¹, H. Mahjoub.M², M. Jamali³, H. Khanjani³, S. R. Vahabi⁴, M. Amani⁴, N. Zamani⁴

Abstract

Introduction: Time restraint, heavy workload, limitation of diagnostic procedures and Urgency in selecting treatment Method are among the remarkable features of working in emergency units. These points, along with other particular problems in a selected emergency largest referral unit in Glean/province were our driving force to document the weaknesses by using statistics and information and propose a strategy to improve the quality of health care rendered to patients.

Methods: In a cross-sectional study conducted within a month period, the quality health of services rendered to all referrals in emergency units expect, infant emergency unit, gyneochological and obsterics (O.B.G), and psychiatric cases were studied, A criterion based questionnaire was designed to be completed by the observer, then data were tallied statistically by computer.

Finbings: The number of referrals to the emergency department whilst the study was being conducted amounted to 2815.Or on the average (84 daily).59.2 percent personally referred, 40.8 percent were referrals from other centers or offices, 42.3 percent were hospitalized and 57.7 percent were treated as outpatients. The mean time spent for each diagnostic and treatment procedurals was as follows: The average time spent by trainers was 29 minutes, the time patient entered the unit until he was actually admitted took 55 minutes, record filling was 16 minutes, prescripitonal procedures 16 minutes, transfer time to the other departments 18 minutes, the time the emergency patient entered the ward (after diagnosis and treatment procedurals) till he got the prescription 118 minutes, lab results took 97 minutes. EKG results 11 minutes, sonography results 48 minutes, C.T scan from requstring to return the result took 27 minutes. During Shahrivar month in 1381, orthopedic and surgical wards had the most admissions (39.1and 28.8 respectably). Resident aids in the screening room at the emergency department were mostly anesthesists an surgeon aids all inal only 10.2 percent of the sceener's field of specialty matched the referees' cases. The average CPR and death cases in emergency unit was 2.5 and 2 respectably. Early diagnosis in 34% of the cases were correct and 5.4 percent were wrong. 42.8% of cases the final dignosis was determined by only one sign or indication. In 15.1% of the cases, there existed an ambiguity in the patient's diagnosis. The most crowded referral time estimated to have between 4 to 12p.m (49.4%).

Results: considering the results, the procedures which hinderd the work flow in the selected center include: diagnositic tests, making decisions on admission, orders, filing procedures. Other shortcomings of the selected center are; lack of adequate space and great number of emergency referrals, inconsistency of the aid's major field of study to the referrals actual medical complaint, and the absence of documentation of final diagosis in some cases.

Key words: *Emergency Services, Time Expectancy Process. Service Delivery Quality.*

1- Msc in Administration Education Nursing. Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery. Gilan University of Medical Sciences
 2- Msc in Medical, Surgical Education Nursing. Scholl of Nursing Astara Free Islamic University of Medical Sciences
 3- M.D, General Physical Outpatient Department Emergency in an educational hospital Guilan University of Medical Sciences
 4- Medical Intern, Student seventh year medical

