

مقاله اصیل

وضعیت تعیین تکلیف بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس قبل و بعد از استقرار طب اورژانس؛ یک مطالعه مقایسه ای

ذبیح الله محقق^۱، صبا عابدزاده^۱، رزیتا خاتمیان اسکویی^{۲*}، مولود فوگردی^۲

^۱ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

^۲ دانشکده پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

^۳ گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

* رزیتا خاتمیان اسکویی، ایران، بیرجند، بیمارستان امام رضا، بخش اورژانس. تلفن: ۰۰۹۸۵۶۳۱۶۲۲۳۱؛ پست الکترونیک: khatamian87@yahoo.com

دریافت: مهر ۹۹؛ پذیرش: آذر ۹۹

چکیده

مقدمه: ضرورت وجود تربیت پزشکان متخصص اورژانس در اواسط قرن ۲۰ در پاسخ به افزایش انتظارات مردمی برای دسترسی شبانه روزی به مراقبت‌های پزشکی کیفی و تخصصی احساس شد. این مطالعه با هدف مقایسه وضعیت تعیین تکلیف بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس امام رضا (ع) شهر بیرجند قبل و بعد از استقرار طب اورژانس صورت پذیرفته است. **روش کار:** در این مطالعه مقایسه ای تعداد ۸۰۰ بیمار بستری شده در اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) بیرجند در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۰ (قبل از استقرار طب اورژانس) و ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ (بعد از استقرار طب اورژانس) از جهت وضعیت تعیین تکلیف مورد مقایسه قرار گرفتند. اطلاعات بیماران (شامل اطلاعات دموگرافیک، علت مراجعه، مدت زمان بستری و تعیین تکلیف بیماران، ترخیص یا ارجاع بیماران) از پرونده کاغذی یا سیستم HIS بیمارستان جمع آوری شد. داده‌ها پس از جمع آوری وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شده و از آزمون من ویتنی و کای اسکور در سطح معناداری برابر با ۰.۰۵ استفاده شد. **یافته‌ها:** میانگین مدت زمان تعیین تکلیف بیماران قبل و پس از استقرار متخصصین طب اورژانس از $222/73 \pm 343/1$ به $174/33 \pm 200/19$ دقیقه به طور معناداری کاهش یافت ($P < 0.001$). توزیع فراوانی ترخیص با رضایت شخصی، تعیین تکلیف بیماران زیر ۶ ساعت و ۱۲ ساعت بین دو بازه زمانی با یکدیگر اختلاف معناداری داشت ($P < 0.05$). توزیع فراوانی بیماران ارجاع شده به سایر مراکز درمانی و ارجاع شده به سایر بخش‌ها بین دو بازه زمانی مورد بررسی با یکدیگر اختلاف معناداری نداشت ($P > 0.05$). **نتیجه گیری:** حضور متخصصین طب اورژانس به عنوان یک الگوی موفق در نظام سلامت منجر به افزایش سرعت، کیفیت و دقت در ارائه خدمات به بیماران بستری در بخش اورژانس شد.

کلمات کلیدی: طب اورژانس، اورژانس، تعیین تکلیف، بیرجند

۱. مقدمه

تجهیزات، خدمات، فضای فیزیکی و حتی طراحی محیط اورژانس نیز در کیفیت عملکرد و رضایت کارکنان بهداشتی و مردم از خدمات ارائه شده بسیار تاثیر گذار است (۶). از طرفی دیگر با توجه به شلوغی و ازدحام بیش از اندازه مریض در اکثر اوقات بیمارستان‌ها و علی رغم پیشرفت علم پزشکی در سالیان اخیر و بالندگی رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی، متأسفانه کیفیت خدمات اورژانس بهبود قابل توجهی نداشت (۷). از سال‌های دور، مشکلات فراوانی در اداره بخش اورژانس بیمارستان‌ها احساس می‌شد، در حقیقت هیچ پزشکی در بیمارستان مسئولیت مستقیم مدیریت بیماران اورژانس را نمی‌پذیرفت و بخش‌های اورژانس مراکز دانشگاهی نیز توسط دستیاران رشته‌های مختلف اداره می‌شد (۷). در اورژانس‌ها صف‌های طولانی انتظار و تشخیص‌های اشتباه امری طبیعی و روتین محسوب می‌شد. معمولاً این بخش توسط پرستاران اداره می‌شد و آن‌ها بر اساس برآورد اولیه‌شان از پزشکان درخواست کمک می‌نمودند (۸، ۹).

در طول قرن ۲۰ مراکز درمانی خصوصاً بیمارستان‌ها با افزایش بسیار زیاد بیماران به علت بیماری‌های واگیر و حوادث ترافیکی، بدنیال آن درخواست

خدمات پزشکی اورژانسی به بیمارانی که در بدو ورود به بیمارستان یا یک بخش درمانی با یک مشکل مراجعه می‌کنند در بخش اورژانس ارائه می‌شود. اورژانس از ارکان ضروری و اجتناب ناپذیر بیمارستان‌های عمومی است که در صورت چنین کمبودی، خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها، دچار نقص خواهد شد (۱). عملکرد این بخش بر سایر بخش‌های بیمارستان و همچنین رضایت بیماران بستری در بیمارستان اثر دارد (۲).

وظیفه امداد رسانی و درمان سریع و همه جانبه کلیه بیماران اورژانسی، مصدومین حوادث و سوانح و تمام بیمارانی که از نظر شرایط فیزیولوژیک ناپایدار بوده و نیاز به بررسی و درمان مداوم بر اساس سیر بیماری دارند، بر عهده بخش اورژانس می‌باشد (۳، ۴). وظیفه دریافت، تریاژ، پایداری و شروع درمان اورژانسی بیماران و مراقبت‌های بحرانی بیماران نیز در این بخش قابل انجام است (۵).

امروزه ارائه خدمات پزشکی به بیماران مراجعه کننده به بخش‌های اورژانس، در نظام سلامت اهمیت خاصی دارد (۶). علاوه بر داروها و

بیماران جمع‌آوری شد. ابزار مورد استفاده در این بررسی چک لیستی محقق ساخته استاندارد بود. در این چک لیست اطلاعات دموگرافیک بیماران، علت مراجعه، مدت زمان بستری و تعیین تکلیف بیماران، ترخیص یا ارجاع بیماران در طی مدت زمان بستری شده در اورژانس ثبت شد. پس از جمع‌آوری، داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ وارد شد و نتایج توصیفی به صورت میانگین $\pm$ انحراف معیار و توزیع فراوانی نسبی گزارش شد. ابتدا جهت بررسی توزیع نرمال داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون من ویتنی و کای اسکور در سطح معناداری برابر با ۵ صدم در نظر گرفته شد.

۳. نتایج

در مجموع تعداد ۹۵۹۶ بیمار در ۶ ماه ابتدایی سال ۱۳۹۰ و تعداد ۱۳۷۷۳ در ۶ ماه ابتدایی سال ۱۳۹۶ به اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) بیرجند مراجعه کرده بودند. میانگین سنی بیماران سال ۱۳۹۰ و ۱۳۹۶ به ترتیب $22/30 \pm 58/19$ و $23/29 \pm 86/19$ سال بود. در سال ۱۳۹۰ تعداد ۲۶۰ بیمار (۶۵٪) مرد و ۸/۹۱٪ (بیماران ۳۶۷ نفر) ساکن شهر و در سال ۱۳۹۶ تعداد ۲۵۲ نفر (۶۳٪) مرد و ۸۶٪ (بیماران ۳۴۵ نفر) ساکن شهر بودند. میانگین سنی، توزیع فراوانی جنسیت و محل سکونت بیماران در بین سال ۱۳۹۰ و ۱۳۹۶ اختلاف معناداری نداشت ($P > 0/05$). شایع‌ترین علت مراجعه بیماران در سال ۹۰ و ۹۶ به اورژانس بیمارستان مالتیپل تروما به ترتیب با فراوانی ۱۸۹ نفر (۵۷٪/۲) و ۱۱۲ نفر (۲۸٪) بود. توزیع فراوانی سایر علل مراجعه بیماران مورد مطالعه به اورژانس بیمارستان امام رضا در سال ۹۰ و ۹۶ در جدول شماره ۱ آمده است. میانگین مدت زمان تعیین تکلیف بیماران مراجعه کننده قبل از استقرار طب اورژانس ۳۴۳ دقیقه و بعد استقرار ۲۰۰ دقیقه بود ($P < 0/05$). در مجموع تعداد ۲۲۶ بیمار (۵۶٪/۵) قبل از استقرار و ۳۳۶ (۸۴٪) بیمار بعد از استقرار زیر ۶ ساعت تعیین و تکلیف شدند. تعداد افراد تعیین تکلیف شده زیر ۶ ساعت در سال ۱۳۹۶ بطور معناداری از تعداد بیماران تعیین تکلیف شده زیر ۶ ساعت ابتدای سال ۱۳۹۰ بیشتر بود ($P < 0/01$) (جدول شماره ۲). براساس نتایج مطالعه تعداد ۲۱۸ بیمار به علت مولتیپل و تروما مستقیم در سال ۱۳۹۰ و ۱۶۴ بیمار در سال ۱۳۹۶ تحت عمل جراحی قرار گرفتند که بین تعداد بیماران تحت جراحی در دو سال مورد بررسی با یکدیگر اختلاف معناداری وجود داشت ($P < 0/05$). همچنین تمامی بیماران سال ۱۳۹۰ و تعداد ۸۴ بیمار در سال ۱۳۹۶ توسط متخصصین مرتبط ویزیت شده و مشاوره تخصصی برای بیماران انجام شد. تعداد مشاوره‌های تخصصی انجام شده در سال ۱۳۹۶ بطور معناداری در مقایسه با سال ۱۳۹۰ کاهش داشت ($P < 0/05$).

۴. بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر شایع‌ترین علت مراجعه بیماران به اورژانس مالتیپل تروما بود. میانگین مدت زمان تعیین تکلیف بیماران مراجعه کننده قبل از استقرار طب اورژانس ۳۴۳ دقیقه و بعد استقرار ۲۰۰ دقیقه بود که در مقایسه با قبل از استقرار کاهش معناداری داشت ($P < 0/05$). تعداد بیمارانی تعیین تکلیف زیر ۶ و ۱۲ ساعت بعد از استقرار طب اورژانس بطور معناداری بیشتر از مدت مشابه قبل از استقرار متخصصین طب اورژانس بود ($P < 0/05$). بر اساس مطالعه انجام شده توسط ما

ارائه خدمات تخصصی ۲۴ ساعته مواجه شدند، که منجر به افزایش نسبت پزشکان متخصص به نسبت پزشکان عمومی شد (۱۰-۱۲). باتوجه به مشکلات رخ داده، شرایط بیمارستان‌ها و مشکلات مدیریت درمان بیماران در اواسط و اواخر قرن ۲۰ بخش اورژانس بصورت تمام وقت پایه‌گذاری شد و ضرورت وجود تربیت پزشکان متخصص اورژانس در پاسخ به افزایش انتظارات مردمی برای دسترسی شبانه روزی به مراقبت‌های پزشکی کیفی و تخصصی با تاسیس اولین دوره تربیت دستیار در این رشته در دانشگاه سیسیناتی اوهایو آمریکا پا به عرصه وجود نهاد (۱۳، ۱۴). در کشور ایران نیز مانند سایر کشورها احساس نیاز به طب اورژانس سال به سال افزایش یافت. همراه با افزایش آمار اورژانس‌ها و ارتقاء خدمات در بیمارستان‌ها این رشته در ایران نیز پایه‌گذاری شد (۱۴).

توقف طولانی مدت در اورژانس امکان ارائه خدمات به سایر بیماران نیازمند فوریت‌های پزشکی را کاهش داده که موجب نارضایتی بیماران و افزایش تلفات ناشی از حوادث خواهد شد (۱۵). نقش پزشک متخصص طب اورژانس در کاهش زمان انتظار و مدت زمان اقامت بیماران به عنوان یک عامل کلیدی مشخص برای رضایت بیماران، منجر به کاهش خطر قصور برای بیمارستان و افزایش تمایل بیمار جهت پرداخت هزینه و ارجاع بیماران جدید می باشد (۱۶).

از آنجایی که مطالعات محدودی در خصوص سنجش شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس (مدت زمان اقامت بیماران در بخش اورژانس) قبل و بعد از استقرار متخصصین طب اورژانس به انجام رسیده و از طرفی دیگر با توجه به اطلاعات محدود از وضعیت موجود در اورژانس‌ها برآن شدیم که این مطالعه را با هدف مقایسه میزان تعیین تکلیف بیماران مراجعه کننده به اورژانس امام رضا (ع) شهر بیرجند قبل و بعد از استقرار طب اورژانس انجام دهیم.

۲. روش کار

در این مطالعه مقایسه ای تعداد ۸۰۰ بیمار بستری شده در اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) بیرجند در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۰ (قبل از استقرار طب اورژانس) و ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ (بعد از استقرار طب اورژانس) از جهت کیفیت تعیین تکلیف مورد مقایسه قرار گرفتند. پس از تصویب طرح در شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به شماره IR.BUMS.REC.1397.329، این مطالعه در بخش مدارک پزشکی اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) بر روی پرونده بیماران آغاز شد. حجم نمونه در این مطالعه بر اساس جدول مورگان و متناسب با تعداد کل بیماران موجود در زمان مورد مطالعه در اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) ۴۰۰ نفر در هر یک از بازه‌های زمانی وارد مطالعه شدند. روش نمونه‌گیری در هر یک از دوره‌ها به صورت سیستمیک تصادفی بود. فاصله نمونه‌گیری از تقسیم تعداد کل بیماران بر حجم نمونه حاصل شد که نمونه اول بصورت تصادفی بر اساس جدول اعداد تصادفی انتخاب و سایر بیماران با جمع فاصله نمونه‌گیری بدست آمد. معیار انتخاب شماره نمونه‌ها نرم افزار HIS بیمارستان بود. برای بیماران مراجعه کننده در ۶ ماه اول ۱۳۹۶ (بعد از استقرار طب اورژانس) با توجه به ثبت الکترونیک پرونده‌ها در سیستم‌های موجود در پذیرش اطلاعات کامل بیماران از این نرم‌افزار استخراج شد. جهت به دست آوردن اطلاعات بیماران در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۰ (قبل از استقرار طب اورژانس) اطلاعات لازم از پرونده کاغذی

جدول ۱. مقایسه فراوانی علل بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان امام رضا بیرجند قبل و بعد از استقرار طب اورژانس

علت مراجعه	۶ ماه اول سال ۱۳۹۰	۶ ماه اول سال ۱۳۹۶	(P - Value)
رنال کولیک	۲۷ (۶/۸)	۲۸ (۷/۰)	(P < ۰,۰۰۱)
مالتیپل تروما	۱۸۹ (۴۷/۲)	۱۱۲ (۲۸/۰)	
درد شکم	۳۲ (۸/۰)	۷۶ (۱۹)	
قلبی	۴۵ (۱۱/۲)	۴۶ (۱۱/۵)	
سقوط	۵۶ (۱۴/۰)	۴۶ (۱۱/۵)	
اعصاب و روان	۹ (۲/۳)	۱۰ (۲/۵)	
تروما مستقیم به یک عضو	۲۹ (۷/۲)	۵۲ (۱۳/۰)	
سایر	۱۳ (۳/۳)	۳۰ (۷/۵)	

داده ها به صورت فراوانی و درصد گزارش شده اند.

جدول ۲. مقایسه مدت زمان تعیین تکلیف، انتقال به بخش، سایر مراکز درمانی و رضایت شخصی بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) قبل و بعد از استقرار طب اورژانس

متغیر	قبل از استقرار	بعد از استقرار	(P - Value)
زمان تعیین تکلیف			
میانگین $\pm$ انحراف معیار	۲۲۲٫۷ $\pm$ ۳۴۳٫۱	۱۷۴٫۳ $\pm$ ۲۰۰٫۲	< ۰,۰۰۱
تعیین تکلیف بیماران زیر ۶ ساعت			
بلی	۲۲۶ (۵۶/۵)	۳۳۶ (۸۴)	< ۰,۰۰۱
خیر	۵۱۷۴ (۴۳/۵)	۶۴ (۱۶)	
تعیین تکلیف بیماران زیر ۱۲ ساعت			
بلی	۳۶۲ (۹۰/۵)	۳۹۱ (۹۷/۷۵)	< ۰,۰۰۱
خیر	۳۸ (۹/۵)	۹ (۲/۲۵)	
بیماران ارجاع شده به سایر مراکز درمانی			
بلی	۷ (۱/۷۵)	۱۸ (۴/۵)	۰,۲۷۷
خیر	۳۹۳ (۹۸/۲۵)	۳۸۲ (۹۵/۵)	
بیماران منتقل شده به بخش			
بلی	۴ (۱)	۱۹ (۴/۷۵)	۰,۴۷۷
خیر	۳۹۶ (۹۹)	۳۸۱ (۹۸/۲۵)	
ترخیص با رضایت شخصی			
بلی	۹۵ (۲۳/۷۵)	۳۷ (۹/۲۵)	۰,۰۰۶
خیر	۳۰۵ (۷۶/۲۵)	۳۶۳ (۹۰/۷۵)	

داده ها به صورت فراوانی و درصد گزارش شده اند.

ابتدایی سال ۱۳۹۶ (۸۴٪) افزایش داشته است که این افزایش معنادار بود ($P < ۰,۰۵$). نتایج مطالعه صورت گرفته توسط ما با مطالعه صورت گرفته توسط یوسفزاده و همکاران (۱۵) بیان شد تعیین تکلیف زیر ۶ ساعت از ۱۵/۵۴ درصد به ۳۰/۷۵ درصد افزایش یافت، همخوانی دارد ($P < ۰,۰۵$). اسدی و همکاران بیان کردند که میزان ترخیص زیر ۶ ساعت از ۱۵/۵ درصد قبل از استقرار متخصصین طب اورژانس به ۲۳/۴ درصد بعد از استقرار متخصصین طب اورژانس افزایش معناداری یافت ($P < ۰,۰۵$) (۱۷). مطالعه صورت گرفته توسط ما با مطالعه صورت گرفته توسط هاشمی و همکاران (۱۸) همخوانی ندارد بطوریکه درصد بیماران ترخیص شده زیر ۶ ساعت افزایش معنادار نداشته است. از جمله دلایل این عدم همخوانی می توان به تفاوت در فاصله زمان بررسی قبل و بعد از استقرار متخصصین طب اورژانس اشاره نمود، بطوریکه در مطالعه هاشمی فاصله زمانی مارس ۲۰۱۲ تا فوریه ۲۰۱۳ را به دو بازه زمانی ۶ ماه قبل و پس از استقرار متخصصین طب اورژانس تقسیم نموده در حالیکه در مطالعه صورت گرفته توسط ما بعد از چند سال از استقرار متخصصین طب اورژانس این مطالعه انجام شد. از جمله دلایل دیگر می توان به مکان های

بیشتر تعداد مراجعین به اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) بیماران مذکر (۶۵٪ در سال ۱۳۹۰ و ۶۳٪ سال ۱۳۹۶) تشکیل می دادند. نتایج این مطالعه با مطالعه صورت گرفته توسط اسدی و همکاران همخوانی داشته است بصورتیکه اکثریت بیماران مراجعه کننده به اورژانس (۹/۷۰٪) را بیماران مذکر تشکیل می دادند (۱۷). در مطالعه صورت گرفته توسط ما میانگین مدت زمان تعیین تکلیف بیماران از ۱۰/۳۴۳ دقیقه در سال ۱۳۹۰ به ۱۹/۲۰۰ دقیقه در سال ۱۳۹۶ بطور معناداری کاهش یافت ($P < ۰,۰۵$). نتایج این مطالعه با مطالعه صورت گرفته توسط بزرگی هاشمی و همکاران میانگین مدت زمان ارایه خدمات تریاژ به بیماران از ۶/۰۴ دقیقه به ۵/۱ دقیقه به طور معناداری کاهش داشت همخوانی دارد ($P < ۰,۰۵$) (۱۹). این کاهش معنادار میزان ارائه خدمات اعم از تریاژ و ویزیت توسط متخصصین طب اورژانس و میانگین مدت زمان تعیین تکلیف بیماران حاکی از حضور موثر متخصصین طب اورژانس در این بخش از بیمارستان است.

درصد بیماران تعیین تکلیف شده زیر ۶ ساعت بر اساس نتایج مطالعه انجام شده توسط ما در ۶ ماه ابتدایی سال ۱۳۹۰ (۵/۵۶٪) در مقایسه با ۶ ماه

مراجع

1. Rahmani H, Arab M, Akbari F, Zeraati H. Structure, process and performance of the emergency unit of teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006;4(4):13-22. [Persian]
2. Zohour A, Pilevarzade M. The study of service provision speed in emergency department of Ker-man Bahonar hospital in 2000. *Journal of Iran University of Medical Sciences*. 2004;35:413-20. [Persian]
3. Brilli RJ, Spevetz A, Branson RD, Campbell GM, Cohen H, Dasta JF, et al. Critical care delivery in the intensive care unit: defining clinical roles and the best practice model. *Critical care medicine*. 2001;29(10):2007-19.
4. Rivers EP, Nguyen HB, Huang DT, Donnino MW. Critical care and emergency medicine. Current opinion in critical care. 2002;8(6):600-6.
5. Cowan RM, Trzeciak S. Clinical review: emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Critical care*. 2004;9(3):1-5.
6. Chardoli M, Mayel M, Mofidi M, Rezai M. Assessment of Emergency Department with Emergency Medicine Specialists regard to Ministry of Health standards in Tehran. *Journal of Medical Council of Iran*. 2012;29(4):338-46.
7. Judkins S. Paediatric emergency department design: Does it affect staff, patient and community satisfaction? *Emergency medicine*. 2003;15(1):63-7.
8. Zink BJ. Anyone, anything, anytime: a history of emergency medicine: Elsevier Health Sciences; 2005.
9. Suter RE. Emergency medicine in the United States: a systemic review. *World journal of emergency medicine*. 2012;3(1):5.
10. Buesching DP, Jablonowski A, Vesta E, Dilts W, Runge C, Lund J, et al. Inappropriate emergency department visits. *Annals of emergency medicine*. 1985;14(7):672-6.
11. Hsia RY, Nath JB, Baker LC. California emergency department visit rates for medical conditions

مورد بررسی اشاره نمود بطوریکه مطالعه هاشمی در تهران و مطالعه ما در شهر بیرجند انجام شد، با توجه به سطح میزان خدمات و امکانات موجود در شهر تهران از ابتدای مطالعه میزان ترخیص زیر ۶ ساعت بیماران میزان بالایی را به خود اختصاص داده بود درحالیکه در مطالعه ما درصد بیماران ترخیص شده زیر ۶ ساعت ۵۶ درصد بوده است. همچنین نتایج مطالعه ما با مطالعه صورت گرفته توسط یوسفزاده و همکاران که بیان کردند بین حضور متخصص طب اورژانس و درصد بیماران ترخیص شده زیر ۶ ساعت ارتباط مستقیم معناداری دارد ($P < 0/05$) که منجر به کاهش مدت زمان بستری بیماران در بخش اورژانس شده همخوانی دارد (۲۰). از طرفی دیگر بهبود صورت گرفته در خصوص وضعیت تعیین تکلیف، رضایت، ترخیص و ... فقط به علت حضور متخصصین طب اورژانس نبوده بلکه پیشرفت تکنولوژی و علم خصوصاً سامانه HIS بیمارستان نقش بسزایی در این امر داشته است.

۵. محدودیت ها

از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به تفاوت در منابع اطلاعاتی منبع جمع آوری داده ها در سال ۹۰ پرونده کاغذی و در سال ۹۶ سیستم HIS بود که در مدت زمانی ۶ سال تفاوت قابل توجهی می باشد. همچنین می توان به خطا در نمونه گیری با توجه به تصادفی و سیستماتیک بودن نمونه گیری اشاره نمود.

۶. نتیجه گیری

میانگین مدت زمان تعیین تکلیف بیماران بطور معناداری کاهش و همچنین میانگین تعداد بیماران ترخیص شده زیر ۶ ساعت به طور معناداری در مقایسه با پس از استقرار متخصصین طب اورژانس افزایش معنادار داشته است ($P < 0/05$)، حضور متخصصین طب اورژانس منجر به افزایش سرعت، کیفیت و دقت در ارائه خدمات به بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان ها به عنوان قلب بیمارستان شده است. بهبود این شاخص های مرتبط مذکور در بالا منجر به افزایش میزان رضایت مندی مراجعه کنندگان به اورژانس و همچنین صرفه جویی در هزینه، امکانات و خدمات ارائه شده به مراجعین اورژانس خواهد بود.

۷. تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت پژوهشی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و پرسنل اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) بیرجند به علت حمایت معنوی از این پایان نامه تقدیر و تشکر می گردد.

۸. سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگی بر اساس پیشنهاد کمیته بین المللی ناشران محلات پزشکی را دارا بودند.

۹. تضاد منافع

این مقاله هیچ گونه تضاد منافی ندارد.

۱۰. منابع مالی

هیچ گونه کمک مالی برای انجام پروژه دریافت نشد.

- increased while visit rates for injuries fell, 2005–11. *Health Affairs*. 2015;34(4):621-6.
12. Trauma NRCCo, Shock NRCCo. Accidental death and disability: the neglected disease of modern society: US Department of Health, Education and Welfare, Health Services and Mental ...; 1970.
 13. Bidari A, Hatamabadi HR. Emergency Medicine; a Review of the Past and a Look to the Future. *Iranian Journal of Emergency medicine*. 2016;3(1):1-3. [Persian]
 14. Shojaee M, Kariman H, Hatamabadi HR, Sabzghabaie A, Dolatabadi AA, Moghadam MA, et al. History and guideline of emergency medicine residency discipline in Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran; review of 2014. *Iranian Journal of Emergency Medicine*. 2014;1(1):2-10. [Persian]
 15. Mohtasham Amiri Z, Haghdooost Z, Mohseni M, Asadi P, Kazemnezhad Leili E. Patients discharged before and after presence of medical emergency specialists. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2014;24(1):64-70. [Persian]
 16. Grossman MD. The role of emergency medicine physicians in trauma care in North America: evolution of a specialty. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2009;17(1):1-6.
 17. Asadi P, Kasmaie VM, Zohrevandi B, Ziabari SMZ, Marzbani B. Disposition of patients before and after establishment of emergency medicine specialists. *Iran J Emerg Med*. 2014;1(1):28-33. [Persian]
 18. Hashemi B, Baratloo A, Rahmati F, Forouzanfar MM, Motamedi M, Safari S. Emergency department performance indexes before and after establishment of emergency medicine. *Emergency*. 2013;1(1):20-3. [Persian]

ORIGINAL ARTICLE

Decision-Making for Patients Referring to Emergency Department Before and After the Establishment of Emergency Medicine; a Comparative Study

Zabihullah Mohaqiq¹, Saba Abedzadeh¹, Rozita Khatamian Oskooee^{2*}, Molood foogardi²

¹Student Research Committee, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

²Department of Emergency Medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

*Corresponding author: Rozita khatamian Oskooee; Department of Emergency Medicine, Imam Reza Hospital, Taleghani Avenue, Birjand, Iran. Phone: 00985631624231, Email: khatamian87@yahoo.com

Recieved Date: October 2020; Accept Date: December 2020

Abstract

Introduction: The need for the training of emergency physicians was felt in the mid-20th century in response to rising public expectations for access to quality and specialized medical care around the clock. This study was conducted with the aim of comparing the decision-making status of patients referring to Imam Reza Hospital's Emergency Department in Birjand before and after the establishment of emergency medicine. **Methods:** In this comparative study, 800 patients who were admitted to the emergency department of Imam Reza Hospital, Birjand, Iran, from March to September in 2011 (before the establishment of emergency medicine) and 2017 (after the establishment of emergency medicine) were compared regarding the status of decision-making. Patient information (including patient demographics, reason for referral, length of hospital stay, and time to assignment, discharge or referral) was collected from a paper file or the hospital information system (HIS). After collecting the data, they were entered in SPSS software version 16 and Mann-Whitney and Chi-square tests were used at a significance level of 0.05. **Results:** Mean time to decision-making had reduced from 343.1 ± 222.73 minutes to 200.19 ± 174.33 minutes after the deployment of emergency medicine specialists ($P < 0.001$). There was a significant difference between the frequency of discharge against medical advice, and decision-making regarding the patients in less than 6 hours and 12 hours between the two time periods ($P < 0.05$). The number of patients who were referred to other medical centers and other wards was not significantly different between the two time periods ($P > 0.05$). **Conclusion:** The presence of emergency medicine specialists, as a successful model in the health system, led to an increase in speed, quality, and accuracy of providing services to patients admitted to the emergency department.

Key words: Emergency Medicine; Emergencies; Clinical Decision-Making; Birjand