

میزان فراوانی پیامدهای نهایی در مراجعه‌کنندگان ترومایی ارجاعی توسط اورژانس پیش بیمارستانی با فرم سرپائی

حامد شفیعی

استادیار، متخصص بیهوشی، واحد توسعه تحقیقات علوم بالینی، دانشگاه علوم پزشکی قم، بیمارستان شهید بهشتی، قم، ایران

سید یاسر فروغی قمی

دانشیار، متخصص طب اورژانس، واحد توسعه تحقیقات علوم بالینی، دانشگاه علوم پزشکی قم، بیمارستان شهید بهشتی، قم، ایران

محمد رضا زارعی

متخصص طب اورژانس، واحد توسعه تحقیقات علوم بالینی، دانشگاه علوم پزشکی قم، بیمارستان شهید بهشتی، قم، ایران

امیر همتا

استادیار، دکتری اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، بیمارستان شهید بهشتی، قم، ایران.

فاطمه خزائی

دکتری عمومی، واحد توسعه تحقیقات علوم بالینی، دانشگاه علوم پزشکی قم، بیمارستان شهید بهشتی، قم، ایران.

نویسنده مسئول، ایمیل: f.khazaei1991@gmail.com

چکیده:

مقدمه: سیستم اورژانس پیش بیمارستانی دارای کدهای مشخص کشوری می‌باشد که در اعزام تکنسین‌های اورژانس به مأموریت جهت گزارش کوتاه به مرکز هدایت عملیات استفاده می‌گیرد. در زمان حضور واحد تیم اورژانس پیش بیمارستانی در محل حادثه، در مواردی که نیاز به اعزام بیماران توسط آمبولانس نباشد، این گونه بیماران بعد از معاینه و تکمیل فرم ۱۰۲۹، از بیماران خواسته می‌شود تا خودشان راساً بصورت سرپائی به یکی از واحد‌های اورژانس بیمارستان‌های شهر، مراجعه نمایند. این مطالعه با هدف بررسی میزان فراوانی پیامدهای نهایی در این دسته از بیماران مبتلا به تروما ارجاعی با فرم ۱۰۲۹ بعد از پذیرش در واحد اورژانس بیمارستان شهید بهشتی قم، انجام شد.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهش در این مطالعه را بیماران مراجعه‌کننده با فرم سرپایی اورژانس ۱۱۵ به اورژانس مرکز بهشتی تشکیل داده‌اند. داده‌ها به صورت سرشماری تصادفی از بررسی پرونده بیماران دارای فرم اورژانس پیش بیمارستانی ۱۱۵ در واحد مدارک پزشکی مرکز شهید بهشتی در طی سال‌های ۱۳۹۲ الی ۱۳۹۵ جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: مطالعه نشان داد ۱۳،۴۱ درصد بیماران تحت عمل جراحی سرپائی قرار گرفتند، و ۶،۳۳ درصد برای بیشتر از ۱۲ ساعت در اورژانس بستری شدند و ۵۲،۵ درصد در واحد مراقبت‌های ویژه بستری شدند. ۱۰،۷۸ درصد به اتاق عمل بیمارستان ارجاع شدند رابطه معنی‌داری بین متغیرهای جنس، سن و پیامد نهایی در بین بیماران ترومایی مراجعه‌کننده با فرم اورژانس دارای کد ۱۰۲۹ به بخش اورژانس مرکز شهید بهشتی وجود دارد ($P=0.0001$). اما بین متغیرهای زمان حضور اورژانس و منتظر ماندن در اورژانس و پیامد نهایی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($p=0.552$ و $p=0.741$).

بحث: این پژوهش با توجه به نتایج به دست آمده بیان می‌دارد که استفاده از کد ۱۰۲۹ برای ۵۰٪ بیماران که نیاز به یک درمان سرپایی دارند و وضعیت حاد اورژانسی ندارند مناسب است ولی برای سایر بیماران (حدود ۲۳٪) بیماران که نیاز به مداخلات درمانی و اقدامات تشخیصی بیشتری داشتند مناسب نمی‌باشد.

کلید واژه‌ها: مکانیسم، تروما، ارزیابی پیامد، بخش اورژانس

مقدمه

می تواند شامل بیماران ترومایی و غیر ترومایی می باشد که نیاز به اقدام درمانی اورژانس ندارند (۴). با توجه اهمیت کاهش مأموریت های غیر ضروری آمبولانس های ۱۱۵ از نظر کاهش هزینه، وقت پرسنل و استهلاک آمبولانس ها از طریق تعیین کردن برخی مشخصات و شرایط بیماران با نیاز آن ها به خدمات اورژانس EMS همچنین کمبود مطالعات در این زمینه خصوصا در ایران، مطالعه حاضر با هدف تعیین هدف اصلی تحقیق حاضر، تعیین میزان پیامدها در بیماران ترومایی ارجاعی توسط تیم اورژانس پیش بیمارستانی بصورت سرپائی به بیمارستان شهید بهشتی قم تحت کد ۱۰۲۹ در سال های ۱۳۹۲ الی ۱۳۹۵ می باشد. این مطالعه توسط اورژانس پیش بیمارستانی (کد ۱۰۲۹) و پیامدهای حاصله در بخش اورژانس بیمارستان شهید بهشتی سال های ۱۳۹۲ الی ۱۳۹۵ انجام شد. ۱۴

روش ها

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی مقطعی است که جامعه پژوهش را کلیه بیماران مراجعه کننده با فرم سرپائی اورژانس ۱۱۵ (فرم دارای کد ۱۰۲۹) به اورژانس مرکز بهشتی قم تشکیل دادند. با توجه به مطالعه پایلوت انجام شده و با در نظر گرفتن خطای نوع یک برابر ۰/۰۱ و خطای مطلق ۰/۰۴ حجم نمونه ۳۸۰ نفر برآورد گردید. در طول فرایند انجام این پژوهش ملاحظات اخلاقی در تمامی مراحل رعایت شد. پس از تصویب طرح و دریافت کد اخلاق از معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی قم و موافقت مسئولین بیمارستان شهید بهشتی استان قم با کد اخلاق IR.MUQ.REC.1397.012، اطلاعات مورد نیاز به صورت سرشماری تصادفی از پرونده بیماران دارای فرم اورژانس پیش بیمارستانی ۱۱۵ در واحد مدارک پزشکی

تروما علت اولیه مرگومیر و از دلایل اصلی ازکارافتادگی ومعلولیت در کشورهای درحال توسعه است (۱). خدمات اورژانس پیش بیمارستانی جزئی از سیستم مراقبت سلامت می باشد. این خدمات شامل اقدامات درمانی، تشخیصی، انتقال بیمار و خدمات بستری می باشد؛ و اولویت سیستم سلامت خدمات اورژانسی به موقع، مؤثر و کارآمد می باشد. بر اساس برخی از مطالعات انجام شده در کشورهای اروپایی عملکرد اولیه مناسب و کارآمد پرسنل پیش بیمارستانی منجر به کاهش قابل توجه زمان بستری بیماران در اورژانس و اتلاف وقت شده است (۲) ولی متأسفانه بر اساس مستندات، رویکردهای مطمئنی وجود ندارد که بر اساس آن ها پرسنل EMS بتوانند موارد نیازمند به ارجاع فوری به بیمارستان را از مواردی که نیاز به ارجاع فوری ندارند تشخیص بدهند؛ درحالی که مدارکی قابل استناد وجود دارد که اکثریت بیمارانی که تحت درمان سرپائی قرار گرفته اند و به بیمارستان منتقل نشده اند نیاز به اقدام اورژانسی بعدی نداشته اند (۳). سیستم اورژانس پیش بیمارستانی دارای کدهای مشخص کشوری می باشد که در هنگام اعزام تکنسین های اورژانس به مأموریت جهت گزارش کوتاه به دیسپچ (مرکز هدایت عملیات) مورد استفاده قرار می گیرد. یکی از موارد آن کد ارجاع بیماران با فرم سرپائی یا کد ۱۰۲۹ جهت مراجعه بیماران بدون نیاز به انتقال توسط آمبولانس اورژانس ۱۱۵ به بخش اورژانس بیمارستان ها می باشد. در موارد تماس گرفته با مرکز اورژانس ۱۱۵، تعدادی از بیماران بر اساس تشخیص و مشاوره پزشک در مرکز فوریت ها نیاز به اقدام خاصی نداشته و برای پیگیری درمان ارجاع به مرکز درمانی به صورت سرپائی می شوند که به عنوان بیماران ۱۰۲۹ شناخته می شوند. این بیماران

مربوط به شکستگی، ۹/۸ درصد ناشی از آسیب به سر و ۲/۹ درصد مربوط به پارگی عضلات بود (جدول ۱).

در طی سال‌های ۱۳۹۲ الی ۱۳۹۵ توسط چک لیست پژوهشگر ساخته جمع‌آوری شد

در این مطالعه از فرم‌های تکمیل‌شده در بیماران ترومایی که توسط پرسنل تکنسین تکمیل شده و کد ۱۰۲۹ ثبت شده است؛ اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، ساعت ورود بیمار به بخش اورژانس و ساعت حضور تکنسین ۱۱۵ بر بالین بیمار و نوع تروما در چک‌لیست ثبت گردید.

سپس پیامد حاصله از مراجعه از قبیل بستری زیر ۶ ساعت، بالای ۱۲ ساعت در اورژانس، انتقال به سایر بخش‌ها، میزان آسیب‌های جدی و مرگ استخراج گردید. این داده‌ها جهت آنالیز با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی فراوانی و میانگین استفاده شد. همچنین برای مقایسه مقادیر مورد انتظار (expected value) و مقادیر مشاهده‌شده (observed value) از آزمون کای دو و جهت بررسی رابطه متغیرها استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی حاکی از این بود که از بین ۳۸۰ بیمار ترومایی مراجعه‌کننده با فرم سرپایی اورژانس ۱۱۵ به بخش اورژانس بیمارستان شهید بهشتی طی سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵، ۳۱۷ نفر مرد (۴/۸۳ درصد) و ۶۳ نفر زن (۶/۱۶ درصد) بودند. از نظر نوع مکانیسم تروما به ترتیب برخورد عابر پیاده با موتور با (۵/۲۴ درصد، افتادن از موتور (۵/۱۹ درصد) و برخورد موتور با اتومبیل (۹/۱۷ درصد) بیشترین فراوانی را داشتند. بیشترین فراوانی آسیب جدی مربوط به کوفتگی (۷/۳۴ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به آسیب مفاصل (۱/۶ درصد) بود. ۹/۲۳ درصد از آسیب‌های جدی در بین بیماران ناشی از خراشیدگی، ۱/۱۷ درصد

جدول ۱ - ویژگی دموگرافیک بیماران ترومایی مراجعه کننده با فرم اورژانس به بخش اورژانس

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
جنس		
مرد	317	83/4
زن	63	16/6
مکانیسم تروما		
عابر پیاده - اتومبیل	55	14/5
موتور - موتور	15	3/9
110	1	0/3
عابر پیاده - موتور	93	24/5
عابر پیاده - ماشین سنگین	7	1/8
موتور - اتومبیل	68	17/9
موتور - ماشین سنگین	8	2/1
اتومبیل - اتومبیل	22	5/8
اتومبیل - ماشین سنگین	4	1/1
موتور	74	19/5
اتومبیل	28	7/4
نوع آسیب ترومایی		
کوفتگی	131	34/7
خراشیدگی	90	23/9
شکستگی	65	17/1
آسیب به سر	34	8/9
پارگی عضلات	35	9/2
آسیب مفاصل	23	6/1

نتایج حاصله از پیامد نهایی بیماران نشان داد که ترخیص با ترخیص پس از بستری بیشتر از ۱۲ ساعت در اورژانس ۲۴ اقدامات سرپایی ۱۹۰ نفر (۵۰ درصد)، ترخیص پس از انجام جراحی سرپایی ۵۱ نفر (۱۳/۴۳ درصد)، ترخیص پس از تحت نظر در زیر ۶ ساعت در اورژانس ۵۳ نفر (۱۳/۹۴ درصد)، و مرگ (صفر درصد) بودند (جدول ۲).

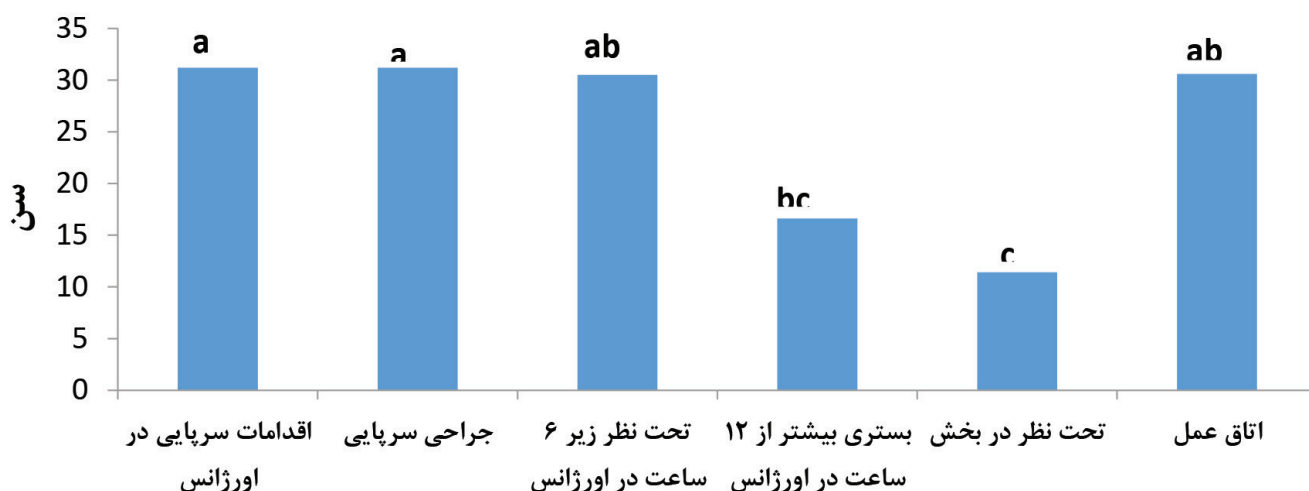
جدول ۲ - پیامد نهایی بیماران ترومایی مراجعه‌کننده با فرم اورژانس دارای کد ۱۰۲۹ به بخش اورژانس

پیامد نهایی	فراوانی	درصد فراوانی
اقدامات سرپایی در اورژانس	190	50
جراحی سرپایی	51	13/43
تحت نظر زیر 6 ساعت در اورژانس	53	13/94
بستری بیشتر از 12 ساعت در اورژانس	24	6/33
تحت نظر در بخش مراقبت ویژه	21	5/52
انتقال به اتاق عمل	41	10/78
مرگ	0	0

نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA) نشان داد که ارتباط معنی داری بین متغیر سن و پیامد نهایی در بین بیماران ترومایی مراجعه‌کننده با فرم اورژانس دارای کد ۱۰۲۹ به بخش اورژانس مرکز شهید بهشتی در طی سال‌های ۱۳۹۲ الی ۱۳۹۵ وجود دارد ($P=0.0001$) (جدول ۳).

جدول ۳- نتایج آنالیز واریانس مربوط به رابطه متغیر سن با پیامد نهایی در بیماران ترومایی مراجعه‌کننده با فرم اورژانس دارای کد ۱۰۲۹ به بخش اورژانس

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	Sig.
بین گروه‌ها	5	1994/41	6/69	0/0001
درون گروه‌ها	374	298/093		
کل	379			



پیامد نهایی

شکل ۱- مقایسه میانگین بین متغیر سن و پیامد نهایی در بین بیماران ترومایی مراجعه کننده با فرم اورژانس دارای کد ۱۰۲۹ به بخش اورژانس

از طرفی نتایج حاکی از این بود که مردان ترومایی دو برابر بیشتر از زنان ترومایی در بخش اورژانس کمتر از ۶ ساعت تحت نظر قرار گرفتند. به طوریکه، ۷/۹۳ درصد زنان در بخش اورژانس کمتر از ۶ ساعت تحت نظر قرار گرفتند و سپس مرخص شدند در حالیکه ۱۵/۱۴ درصد بیماران ترومایی مرد در بخش اورژانس کمتر از ۶ ساعت تحت نظر قرار گرفتند. ۱۵/۸۷ درصد بیماران ترومایی زن در اورژانس بیشتر از ۱۲ ساعت بستری شدند در حالیکه ۴/۴۱ درصد بیماران ترومایی مرد در اورژانس بیشتر از ۱۲ ساعت تحت نظر قرار گرفتند که این امر نشان می دهد زنان ترومایی سه برابر بیشتر از مردان ترومایی در اورژانس بیش از ۱۲ ساعت تحت نظر قرار گرفته شده اند. در طول دوره مطالعه ۴/۱ درصد بیماران ترومایی مرد (۱۳ نفر) در بخش بیمارستان شهید بهشتی قم تحت نظر قرار گرفتند، در حالیکه این برای بیماران ترومایی زن ۱۲/۶۹ درصد (۸ نفر) بود که نشان دهنده سه برابر بودن تحت نظر قرار گرفتن بیماران ترومایی زن در مقایسه با بیماران ترومایی مرد می باشد. تعداد مردان و زنان ترومایی برابری

حداقل زمان حضور پرسنل خدمات ۱۱۵ بر بالین بیمار ۱ دقیقه و حداکثر ۴۵ دقیقه بدست آمد و میانگین حضور پرسنل خدمات ۱۱۵ بر بالین بیماران ترومایی ۱۱/۱۳ دقیقه بود. نتایج آمار استنباطی در این مطالعه نشان دادند که ارتباط معنی داری بین متغیرهای جنس، سن و پیامد نهایی (P=0.0001) در بین بیماران ترومایی مراجعه کننده با فرم اورژانس دارای کد ۱۰۲۹ به بخش اورژانس وجود دارد. به طوری که ۵۳/۳۱ درصد (۱۶۹ بیمار) بیماران مرد و ۳۳/۳۳ درصد (۲۱) بیماران زن با انجام اقدامات سرپایی از بیمارستان مرخص شده بودند که این امر نشان می دهد اقدامات سرپایی در مردان تقریباً دو برابر زنان بوده است. میانگین سنی مراجعه کنندگان با کد ۱۰۲۹ به بیمارستان شهید بهشتی قم ۲۵،۷ سال بوده است. همچنین بین متغیر زمان حضور پرسنل ۱۱۵ و متغیر زمان انتظار بیمار جهت بستری در اورژانس بر حسب ساعت با پیامد نهایی به ترتیب (p=0.741) و (p=0.552) در بین بیماران ترومایی مراجعه کننده با فرم اورژانس دارای کد ۱۰۲۹ به بخش اورژانس رابطه معنی داری وجود نداشت.

به اتاق عمل انتقال داده شدند و تفاوتی در این زمینه بین بیماران زن و مرد مشاهده نشد (۱۱ درصد زنان ترومایی در برابر ۱۰ درصد مردان ترومایی). همچنین آمار توصیفی مربوط به ساعت منتظر ماندن بیماران در اورژانس با پیامد

نهایی بیماران ترومایی مراجعه‌کننده با فرم اورژانس دارای کد ۱۰۲۹ به بخش اورژانس مرکز شهید بهشتی در طی سال‌های ۱۳۹۲ الی ۱۳۹۵ بر حسب پیامد نهایی در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴- آمار توصیفی مربوط به متغیر ساعت انتظار بیماران در بخش اورژانس بر حسب پیامد نهایی

پیامد	تعداد	حداقل ساعت انتظار بیمار	حداکثر ساعت انتظار بیمار	میانگین	انحراف معیار
اقدامات سرپایی در اورژانس	190	0/25	168	7/77	17/04
جراحی سرپایی	51	0/25	243	9/60	34/25
تحت نظر زیر 6 ساعت در اورژانس	53	0/25	72	5/81	11/36
بستری بیشتر از 12 ساعت در اورژانس	24	0/25	12	3/52	3/98
تحت نظر در بخش	21	0/50	22	4/78	4/92
اتاق عمل	41	0/50	448	15/45	69/71

بحث:

با آمارهای بین المللی (۵ تا ۹ درصد) در بهترین مراکز می‌تواند به این علت باشد که ۷۰ درصد از موارد مرگ و میر ناشی از تروما در کشورهای در حال توسعه در مرحله پیش بیمارستانی اتفاق می‌افتد. از سوی دیگر این احتمال وجود دارد که مراقبت‌های بهتر در مرحله پیش بیمارستانی در کشورهای در حال توسعه باعث زنده نگه داشتن بیماران بدحالتر تا زمان رسیدن به بیمارستان می‌شود و در نتیجه این موضوع می‌تواند تعداد موارد فوت شده داخل بیمارستانی را افزایش دهد. در مطالعه papo و همکاران به اهمیت خدمات اورژانس پیش بیمارستانی و آثار و نتایج مثبت آن اشاره شده است (۹). در مطالعه ای دومکانیسم شایع تروما، تصادف با وسیله نقلیه موتوری و افتادن از موتور بود. این مسئله در مطالعه انجام شده توسط زرگر و همکاران در سطح شهر

تروما عامل اصلی مرگ و میر است که مسئول ۹ درصد مرگ و میرهای جهانی و دلیل اصلی مرگ در در جوانان است. (۵) و این درحالی است که بسیاری از مرگ‌ها با درمان مؤثرتر و سریع‌تر قابل پیشگیری هستند (۶).

در مطالعه برهنازهی و همکاران به اهمیت انجام مطالعات عمیق‌تر به ویژه از زمان حضور پرسنل در صحنه حادثه و حین انتقال بیمار به منظور بررسی دقیق‌تر عملکرد آن اشاره شده است (۷)؛ زیرا بسیاری از این مرگ‌ها و آسیب‌های مرتبط با حوادث از طریق مراقبت‌های مناسب پیش بیمارستانی قابل پیشگیری می‌باشند (۸). بنابراین رسیدگی به موقع به بیماران ترومایی بسیار حائز اهمیت است. نبود آمار مرگ و میر در این مطالعه (صفر درصد) در مقایسه

فعالیت‌های اجتماعی بالای مردان در مقایسه با زنان نسبت داده شود و در نتیجه مردان به تصادفات مربوط به وسایل نقلیه مستعدتر باشند.

نتایج این مطالعه نشان داد که اغلب بیماران ترومایی مراجعه کننده به بخش اورژانس به سرعت مرخص شدند که نشانه شدت کم این نوع صدمات است. این در حالی است که اکثر بیماران بستری شده در بخش مراقبت‌های ویژه توسط اورژانس پیش بیمارستانی منتقل شده بودند. همچنین این مورد می‌تواند به سیستم بیمه سلامت توسعه یافته نسبت داده شود که مراجعه به مراکز اورژانس را با هزینه نسبتاً ناچیز ممکن می‌کند. همچنین حدود ۱۳/۹ درصد از بیماران نیاز به کمتر از ۶ ساعت بستری در اورژانس داشتند و همچنین ۱۳ درصد نیاز به جراحی سرپایی داشتند. با توجه به محدود بودن امکانات و نیروی انسانی اورژانس پیش بیمارستانی سازمان اورژانس تصمیم بر آن گرفته است که جهت صرفه جویی در وقت و انرژی پرسنل اورژانس، با استفاده از سیستم دیسپچ (مشاوره تلفنی پزشک)، در صورت صلاحدید پزشک و موافقت خود بیمار با نشاندار نمودن کد ۱۰۲۹ فرم مربوط را تکمیل نمایند و آموزشهای لازم را به بیمار داده و از وی بخواهند در صورت مواجهه با مشکلات آتی به صورت سرپایی با در دست داشتن فرم به بیمارستان مراجعه نمایند (۱۹). با شناسایی گروه‌های در معرض خطر و مراقبت‌های مورد نیاز می‌توان در تدوین پروتکل‌های پیشگیرانه تروما همت گماشت. همچنین می‌توان به کمک راهاندازی سیستم ثبت منظم و دقیق اطلاعات بیماران ترومایی، ارتقای کیفیت خدمات را با اجرای برنامه‌های کنترل کیفیت پایش کرد و مراقبت‌های بیمارستانی را بهبود بخشید. در نهایت باید ذکر نمود که ارتقای برنامه‌های پیشگیرانه، مراقبت‌های پیش بیمارستانی و به دنبال آن مراقبت بیمارستانی در کنار یکدیگر از اولویت‌های مهم مواجهه با معضل تروما هستند (۱۹). این پژوهش با توجه به نتایج به دست آمده بیان می‌دارد

تهران نیز تایید شده است (۸). اما بر خلاف نتایج بدست آمده از پژوهشها در شهرهای کاشان و اردبیل است (۱۰). در شهر مشهد حوادث نقلیه ای به میزان ۷/۳۳٪ بیشترین علت تماس با EMS بودند. در ایستگاه های شهری و جاده ای، میانگین زمان پاسخگویی ۲/۶ و ۱/۶ دقیقه بود، در حالی که میانگین زمان رسیدن به صحنه ۱۳/۲ و ۱۱/۴ دقیقه و میانگین زمان تخلیه به ترتیب ۱۳/۲ و ۱۱/۴ دقیقه بود (۱۱). ۹۸۱۰۱۱.

میانگین سنی بیماران ترومایی مورد مطالعه ۲۳/۷۵ سال بود و این امر نشان می‌دهد که بیشترین مصدومین ترومایی افرادی هستند که در سنین فعال کاری قرار دارند. این نتیجه‌گیری مشابه با سایر مطالعات انجام شده در این زمینه است (۱۰، ۱۲، ۱۳). می‌توان متصور شد که تروما زیر سن ۱۰ سال بدلیل بی‌دقتی کودکان بوده، در حالیکه تروما بین سنین ۲۱ تا ۵۰ سال با افزایش تعداد تصادفات وسایل نقلیه موتوری یا حوادث مربوط به کار است. همچنین می‌توان استنباط نمود که افزایش تروما بعد سنین ۶۰ سالگی به علت ضعف بدن و فقدان توجه کافی است (۱۴). در مطالعه کنونی تعداد بیماران ترومایی مرد در مقایسه با بیماران ترومایی زن ۵/۰۳ برابر بیشتر بود. این مقدار در پژوهشی که در ۱۲ استان ایران توسط نقوی و همکاران انجام شده بود ۳/۷ برآورد گردید (۱۵). در مطالعه‌ای در سطح شهرگیلان نیز گزارش شد که مردان به عنوان بیشترین گروه در معرض خطر هستند (۱۶). این امر می‌تواند به شرایط فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی جامعه نظیر خانه‌دار بودن بیشتر زنان در جامعه و دخیل بودن بیشتر مردان در سیستم حمل و نقل نسبت داده شود. با در نظر گرفتن سایر مطالعات، تصادفات مربوط به وسایل نقلیه موتوری و آسیب های ناشی از سقوط به نظر می‌رسد که در مردان بیشتر از زنان باشد و این امر توسط سازمان بهداشت جهانی (۱۷) و موشیرو و همکاران (۱۸) تایید شده است. این امر نیز می‌تواند به

تاثیر استفاده از کد ۱۰۲۹ در کاهش بار کاری اورژانس پیش بیمارستانی و اورژانس بیمارستان انجام شود.

تشکر و قدردانی :

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی در مقطع دکتری عمومی در سال ۱۳۹۷ می‌باشد. بدین وسیله از اساتید محترم دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قم، مسئولان محترم بیمارستان و واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهیدبهشتی که پژوهشگران را یاری کردند، سپاس گزاریم.

که استفاده از کد ۱۰۲۹ برای 50% بیماران که نیاز به یک درمان سرپایی دارند و وضعیت حاد اورژانسی ندارند مناسب است ولی برای سایر بیماران (حدود 23%) بیماران که نیاز به مداخلات درمانی و اقدامات تشخیصی بیشتری داشتند مناسب نمی‌باشد. لذا ضروری است برنامه ریزی در خصوص آموزش پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی، با دقت بیشتری صورت پذیرد. تا بیماران نیازمند اقدامات درمانی و تشخیصی بیشتر را به صورت صحیح تشخیص داده و به موقع به اورژانس بیمارستان انتقال دهند. توصیه می‌شود پژوهشی در خصوص

منابع:

1. Zamani M, Esmailian M, Mirazimi MS, Ebrahimian M, Golshani K. Cause of trauma and its final outcome in patients referred to the emergency department; A cross-sectional study. Iranian Journal of Emergency Medicine. 1 (1): 22-7.
2. Thijssen WA, Kraaijvanger N, Barten DG, Boerma ML, Giesen P, Wensing M. Impact of a well-developed primary care system on the length of stay in emergency departments in the Netherlands: a multi-center study. BMC health services research. 2016;16(1):1-8.
3. Snooks H, Dale J, Hartley-Sharpe C, Halter M. On-scene alternatives for emergency ambulance crews attending patients who do not need to travel to the accident and emergency department: a review of the literature. Emergency Medicine Journal. 2004;21(2):212-5..
4. Ostadtaghizadeh A, Aghababaeian H, Khaleghy Rad M, Araghi Ahvazi L, Kiarsi M. Mushroom Poisoning of 1151 People in Iran; the Lessons Learnt: A Brief Report of Cases and the Literature Review. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2019;21(9).
5. World Health Organization. Injuries and violence: the facts, 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
6. Drake SA, Holcomb JB, Yang Y, Thetford C, Myers L, Brock M, et al. Establishing a regional trauma preventable/potentially preventable death rate. Ann Surg. 2020;271(2):375-82.
7. Borhanzahi K, Tanha ZE, Dadpisheh S, Parašt EY, Rigi A, Tanha HE. The Emergency Medical Technicians' Performance in Securing Delivery Patients, Including Nervous System Trauma in the city of Iranshahr during 2016-2017. Journal of Safety Promotion and Injury Prevention. 2021;8(4).
8. Pourshaikhiani M, Jahangiri K, Kazemnejad E, Vatankhah S. Pre-hospital emergency medical services: the analysis of EMS ambulances equipment in Rasht city. Scientific journal of rescue and relief.

2014;6(1):55-65.

9.Popa TO, Cimpoesu DC, Nedelea PL. Prehospital Emergency Care in Acute Trauma Conditions. Emergency Medicine and Trauma: IntechOpen; 2019.

10.Amani F, Habibzadeh S, Rostami K. Specifications of traumatized patients referring to Fatemi hospital of Ardabil, 2007-8. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2009;9(1):13-22.

11.Seyyednozadi M, Jarahi L, Erfanian MR, Shakeri MT. Pre-hospital emergency medical services: an epidemiological survey in Mashhad, Iran. Journal of Patient Safety & Quality Improvement. 2017;5(3):572-6.

12.Yousefzadeh S, Ahmadi DM, Mohammadi MH, Dehnadi MA, Hemati H, Shaabani S. Epidemiology of Injuries and their Causes among Traumatic Patients Admitted into Poursina Hospital, Rasht (second half of the year 2005). 2007.

13.Azami-Aghdash S, Sadeghi-Bazargani H, Shabaninejad H, Gorji HA. Injury epidemiology in Iran: a systematic review. Journal of injury and violence research. 2017;9(1):27.

14.Mishra B, Sinha ND, Sukhla S, Sinha A. Epidemiological study of road traffic accident cases from Western Nepal. Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine. 2010;35(1):115.

15.Azizi A, Abdoli G. Mortality rates in Kermanshah province-2000. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2003;7(3).

16.Kasmaei M, Vahid, Asadi, Peyman, Ziaberi M, Masoumeh S. Epidemiological study of driving accidents provided by the 115th Emergency Department of Guilan Province in 2012-2013. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2014; 20 (2): 55-60.

17.Organization WH. World report on ageing and health: World Health Organization; 2015.

18.Moshiro C, Heuch I, Åström AN, Setel P, Hemed Y, Kvåle G. Injury morbidity in an urban and a rural area in Tanzania: an epidemiological survey. BMC public health. 2005;5(1):1-10.

19.Bahrevar S. Studying the efficacy of prehospital stroke diagnosis using an Iranian IRPSS) (the accuracy of diagnosis and the transfer of stroke patients by emergency medicine personnel of Arak, curacy.