J Crit Care Nurs. 2020 July;13(2)

Published online 2020

Research Article

The Effect of Emergency Medicine Establishment on the Evaluation of the Performance Indicators of the Emergency Department

Mohammad Sedaghat[1], Mahbube Noori[1] , Elnaz Damani[2*] , Elham Damani[3]

1. Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

*2. Student Research Committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

3. Iranshahr University of Medical Sciences, Iranshahr, Iran

*Corresponding author: Elnaz Damani, Student Research Committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.
E-mail: damanidamani111@gmail.com

Abstract

Background & Aim: The emergency department is one of the most important wards in a hospital. This study was conducted with the aim of evaluating the performance indices in emergency departments of hospitals before and after the establishment of the emergency medicine group.

Methods: In this cross-sectional study, the performance indices in the emergency departments of hospitals were extracted before and after the establishment of emergency medicine groups from the archive of these hospitals.

Results: This study showed that the presence of the emergency medicine group in the hospital had no effect on the performance indicators of the emergency department, but the establishment of the emergency medicine group in Khatam al-Anbia Hospital reduced the rate of unsuccessful CPR, the rate of hospitalization with personal satisfaction and the average triage time in Levels 3, 4 and 5 are triaged. According to the results of this study, the percentage of unsuccessful CPR did not differ during the year in the hospital, but its percentage decreased after the establishment of emergency medicine in the hospital.

Conclusion: According to findings it can be concluded that the establishment of emergency medicine groups in hospitals improved their performance indices.

Keywords: Emergency, Emergency Medicine Group, Hospital

Copyright © 2018, Critical Care Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
دوره ۱۳، شماره ۲، ۱۳۹۹
صفحات: ۳۷-۳۰

تأثیر استقرار طب اورژانس بر ارزیابی شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس

محمد صداقت[۱]، محبوبه نوری[۱]، الناز دامنی[۲*]، الهام دامنی[۳]

۱. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
*۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۳. دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر ، ایرانشهر، ایران

نویسنده مسوول: الناز دامنی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران. E-mail: damanidamani111@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: بخش اورژانس یکی از مهم‌ترین بخش‌های بیمارستان است که عملکرد آن می‌تواند تأثیر فراوانی بر عملکرد سایر بخش‌های بیمارستان و رضایت بیماران داشته باشد. این مطالعه با هدف تأثیر استقرار طب اورژانس بر ارزیابی شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس دو بیمارستان انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه که از نوع توصیفی- مقطعی بود، تأثیر استقرار طب اورژانس بر ارزیابی شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس دو بیمارستان در زاهدان، در سال۱۳۹۷ از بایگانی بیمارستان‌ها استخراج شد.

یافته‌ها: این مطالعه نشان داد که حضور گروه طب اورژانس در بیمارستان تأثیری روی شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس نداشته است اما استقرار گروه طب اورژانس در بیمارستان خاتم الانبیاء باعث کاهش میزان CPR ناموفق، میزان ترک بیمارستان با رضایت شخصی و هم‌چنین کاهش میانگین مدت زمان تریاژ در سطوح ۳، ۴ و ۵ تریاژ شده است. بر اساس نتایج این مطالعه، درصد CPR ناموفق، طی یکسال در بیمارستان تفاوت نداشته اما درصد آن پس از استقرار طب اورژانس در بیمارستان کاهش داشته است.

نتیجه‌گیری: حضور گروه طب اورژانس در بیمارستان باعث بهبود شاخص‌های عملکردی طب اورژانس شده است.

کلیدواژه‌ها: اورژانس، گروه طب اورژانس، بیمارستان

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

مقدمه

دریافت خدمات مراقبتی به عنوان یکی از نیازهای اساسی بشر در نظر گرفته می‌شود. در راستای حرکت به سمت جامعه سالم رعایت استانداردها در این خدمات مورد توجه فراوان است. یکی از مهم‌ترین بخش‌های بیمارستان که عملکرد آن می‌تواند تأثیر فراوانی بر سایر بخش‌های بیمارستان، رضایت بیماران و نحوه ارائه خدمت داشته باشد بخش اورژانس است[۲-۱].

از آنجا که بیمارانی که به این بخش مراجعه می‌کنند از نظر وضعیت جسمانی در حالت بحرانی به سر می‌برند، رسیدگی به وضعیت آنها در اسرع وقت و با بالاترین کیفیت از جمله وظایف کادر پزشکی و پرستاری شاغل در این بخش است[۳]. ارائه خدمات مؤثر، به دنبال عملکرد به موقع این بخش امکان پذیر است[۴]. منطقی است که رعایت استانداردها در این بخش اهمیت فراوانی دارد[۵].

با توجه به اهمیت بخش اورژانس در خدمات بیمارستانی، ارزیابی مکرر عملکرد این بخش برای اطمینان از اثر بخشی آن توصیه می‌شود[۱]. افزایش آگاهی مردم در برخورد با سوانح و حوادث پزشکی باعث کوتاه شدن مدت اقامت بیمار در اورژانس، می‌شود. سرویس‌دهی شبانه روزی به بیماران اورژانس توسط یک متخصص که در تمامی زمینه‌های بیهوشی، ارتوپدی، جراحی، داخلی، عفونی، خون و ...توانایی رسیدگی و درمان دارد، حائز اهمیت است. کیفیت خدمات مراقبتی در بخش اورژانس از ابعاد مختلف مورد توجه می‌باشد.

تعدادی از دانشمندان تئوری‌های مختلفی در زمینه مدیریت خدمات اورژانس مطرح کرده‌اند که همه‌ی این تئوری‌ها بر وجود یک رویکرد سیستمی در ارائه خدمت تکیه دارند[۶].

روش ارزیابی عملکرد که نتایج را به مقادیر قابل محاسبه تبدیل می‌کند یکی از ویژگی‌های کمک کننده در حیطه‌ی این ارزیابی‌هاست و در حقیقت جنبه‌ی کمی دارد[۷]. عملکرد بخش اورژانس شامل دریافت بیماران، تریاژ، پایدارسازی بیمار و شروع درمان اورژانس برای بیمارانی که با علایم و شرایط مختلفی(بحرانی، فوری و...) به بخش اورژانس مراجعه می‌کنند، است[۳]. در این بخش، درمان باید فوری، مناسب و شایسته باشد[۴].

علاوه بر تجهیزات و داروهای اورژانس، فضای فیزیکی و حتی طراحی محیط اورژانس نیز در کیفیت عملکرد و رضایت کارکنان بهداشتی و مردم از خدمات ارائه شده بسیار تأثیرگذار است[۵]. به منظور اطمینان از ارائه خدمات مناسب و اثربخش، انجام ارزیابی خدمات، کمک‌کننده خواهد بود. برای ارزیابی دقیق و اثربخش نیاز به «استاندارد» داریم تا با مقایسه کمی و کیفی وضعیت با استانداردها بتوانیم از چگونگی شرایط موجود مطلع و برای رفع مشکلات آن اقدام کنیم[۶].

شاخص‌های بیمارستانی، مهم‌ترین نشان دهنده‌های عملکرد بیمارستان هستند چرا که با بررسی آنها، عملکرد بیمارستان به وضوح روشن و نقاط قوت و ضعف آن آشکار می‌شود.

شاخص‌های بخش اورژانس، نیز بخشی از این شاخص‌ها هستند که برای عملکرد بخش اورژانس در نظر گرفته می‌شوند. تعداد شاخص‌های سلامت بسیار زیاد است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با بررسی‌های مشخص و ثبت شده، شاخص‌های اولویت‌دار مدیریتی در بخش اورژانس را مشخص کرده‌است. این شاخص‌ها شامل ۵ شاخص (درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت، درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ساعت، درصد CPR نا موفق، درصد ترک با مسئولیت شخصی و میانگین مدت زمان تریاژ در هر سطح تریاژ) است با بررسی این شاخص‌ها در مرکز اورژانس، می‌توان نقاط قوت و ضعف آن بخش را مشخص کرد و برنامه-ریزی‌های دقیق‌تری برای رسیدن به اهداف این بخش‌ها انجام داد[۸].

اسدی و همکاران وضعیت تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس بیمارستان رشت را با استفاده از پرونده بیماران بستری شده از سال‌های ۸۴ تا ۹۱ بررسی کردند. سن، جنس، علت مراجعه، تاریخ و تعداد موارد بستری، تعداد موارد ترخیص از بخش، درصد اشغال تخت و تخت روز اشغالی، مدت زمان بستری، تعداد ترخیص زیر ۶ ساعت و تعداد موارد انتقال به بیمارستان‌ها و بخش‌های دیگر از جمله متغیرهای این مطالعه بودند[۹].

در مطالعه‌ای که رهی و همکاران با هدف مقایسه زمان توقف بیماران پذیرش شده در بخش فوریت‌ها قبل و بعد از استقرار متخصص طب اورژانس نشان داد که میانگین توقف بیماران پذیرش شده قبل از حضور متخصص طب اورژانس ۴ ساعت و پس از حضور آن ۳ ساعت بود[۱۰]. نقش روزافزون مراقبت اورژانسی و اهمیت ارائه خدمات با کیفیت بالا در کوتاه-ترین زمان منجر به توسعه شاخه جدیدی در پزشکی بنام طب اورژانس شده است[۱۱]. متخصص طب اورژانس به عنوان یک رهبر باید دانش وسیعی در تمام زمینه‌های طب داشته باشد تا بتواند برای تعداد زیادی از بیماران در یک زمان محدود تصمیم گیری و درمان درست انجام دهد[۱۲]. طولانی شدن زمان انتظار و مدت زمان ویزیت در بخش اورژانس، ضمن کاهش کیفیت مراقبت، نارضایتی مراجعین را در بر خواهد داشت. در مقابل، با رسیدگی صحیح و به موقع می‌توان بیمار را از مرگ حتمی و معلولیت نجات داد[۱۳].

در مطالعه یوسفی و همکاران مشخص شد که با تشخیص و درمان به موقع بیماران توسط متخصصین طب اورژانس می‌توان مدت زمان انتظار و بستری بیماران را کاهش و میزان رضایت-مندی را ارتقاء بخشید. با توجه به نتایج پژوهش، استفاده از یک

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

پزشک متخصص طب اورژانس در بخش فوریت‌ها در جهت تشخیص پزشکی و سفارش اقدامات تشخیصی در مراحل اولیه فرآیند توصیه شود. چرا که بنظر می‌رسد پزشکان طب اورژانس با تشخیص سریع و درمان به موقع بتوانند از ازدحام در بخش-های درمانی بخصوص اورژانس‌ها بکاهند و هم‌چنین میزان رضایت‌مندی بیماران و حتی کارکنان را ارتقاء بخشند. به علاوه پزشکان طب اورژانس می‌توانند با ارجاع درست و به موقع بیماران به بخش‌های مربوطه در زمان و هزینه درمان صرفه-جویی نمایند. ارائه خدمات تخصصی و ارتقاء آنها در بخش اورژانس که منجر به حفظ و بهبود استاندارد خدمات می‌شود، ضروری است و باید به عنوان یکی از اولویت‌های مدیریتی بخش اورژانس در کلیه برنامه‌ریزی‌ها لحاظ شود. بر اساس مطالعات متعدد با حضور متخصصین طب اورژانس در بخش فوریت‌ها، خدمت رسانی به بیماران بهبود یافته و زمان انتظار برای دریافت خدمات بهداشتی بطور قابل توجهی کاهش می-یابد. این بدین معنی است که با تعیین تکلیف به موقع بیماران تخت‌های خالی بیشتری جهت پذیرش‌های احتمالی در اختیار بخش اورژانس قرار می‌گیرد به نظر می‌رسد که با حضور متخصصین طب اورژانس در سیستم درمانی، خدمت رسانی به بیماران اورژانس وضعیت مطلوب‌تری پیدا کرده و زمان انتظار برای دسترسی به خدمات کاهش می‌یابد. در ضمن با کاهش زمان انتظار بیماران و تعیین تکلیف به موقع آنها تخت‌های بیشتری جهت پذیرش‌های آینده در دسترس قرار می‌گیرد [۱۴]. با توجه به اهمیت بخش اورژانس در عملکرد بیمارستان و میزان رضایت مراجعین، ارزیابی این بخش در بیمارستان‌های شهرهای مختلف در جهت بهبود عملکرد بخش اورژانس اهمیت فراوانی دارد. با بررسی‌های انجام شده تا تاریخ آذرماه ۹۴ مطالعه‌ای که عملکرد بخش اورژانس بیمارستان‌های شهر زاهدان را ارزیابی کرده باشد مشاهده نشد.

بنابراین، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر استقرار متخصصین طب اورژانس بر ارزیابی شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس بیمارستان‌های زاهدان انجام شد.

روش‌ها

در این مطالعه‌ی توصیفی- مقطعی بعد از کسب رضایت از همه بیماران بستری موقت شده در بخش اورژانس بیمارستان زاهدان نمونه‌گیری از طریق بررسی شاخص‌های حاصل از نحوه ارائه خدمات در بخش اورژانس، طی یک سال قبل و بعد از استقرار گروه طب اورژانس در بیمارستان انجام شد. ابزار و روش گردآوری داده‌ها فرم اطلاعاتی زیر است:

فرم جمع‌آوری اطلاعات بیمارستان، قبل از استقرار، بعد از استقرار، درصد تعیین تکلیف ظرف ۶ ساعت، درصد تعیین تکلیف ظرف ۶ ساعت، درصد CPR ناموفق، میانگین مدت زمان در هر سطح تریاژ، بود. روش اجرای مطالعه به این گونه بود که داده‌های موجود در پرونده تمامی بیماران جمع‌آوری و اطلاعات مربوط به شاخص‌های عملکردی، شامل: تعداد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف ۶ ساعت، تعداد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف ۱۲ ساعت، تعداد احیاء قلبی- ریوی موفق و ناموفق، نسبت ترک بخش با مسئولیت شخصی، تعداد کل بیماران، تعداد بیماران فوت شده توسط منشی بخش اورژانس ثبت می‌شدند.

برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی و برای تحلیل داده‌ها، از آزمون مجذور کای و تی مستقل استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ٦ ساعت، طی یک سال قبل و بعد از استقرار گروه طب اورژانس

بیمارستان A			
تعیین تکلیف ظرف مدت ۶ ساعت	بلی (N)	خیر(N)	جمع کل (N)
قبل از طب اورژانس	۱۱۰۷۱ (۶۹)	۴۷۴۴ (۳۱)	۱۵۸۱۵ (۱۰۰)
بعد از طب اورژانس	۱۳۵۹۷ (۶۴)	۷۳۲۲ (۳۶)	۲۰۹۱۹ (۱۰۰)
بیمارستان B			
تعیین تکلیف ظرف مدت ۶ ساعت	بلی (N)	خیر(N)	جمع کل (N)
قبل از طب اورژانس	۱۶۰۵۸ (۹۳)	۱۲۰۸ (۷)	۱۷۲۶۶ (۱۰۰)
بعد از طب اورژانس	۲۳۹۳۹ (۹۴)	۱۵۲۸ (۶)	۲۵۴۶۷ (۱۰۰)

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

یافته‌ها

در این مطالعه شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس بیمارستان زاهدان تعیین و با هم مقایسه شدند.

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت، طی یک سال قبل و بعد از استقرار گروه طب اورژانس

بیمارستان A			
خروج از اورژانس ظرف ۱۲ ساعت	بلی (N)	خیر(N)	جمع کل (N)
قبل از طب اورژانس	۱۴۳۹۲ (۹۱)	۱۴۲۳ (۹)	۱۵۸۱۵ (۱۰۰)
بعد از طب اورژانس	۱۹۲۸۱ (۹۲)	۱۶۳۸ (۸)	۲۰۹۱۹ (۱۰۰)
بیمارستان B			
خروج از اورژانس ظرف ۱۲ ساعت	بلی (N)	خیر(N)	جمع کل (N)
قبل از طب اورژانس	۱۶۴۰۳ (۹۵)	۸۶۳ (۵)	۱۷۲۶۶ (۱۰۰)
بعد از طب اورژانس	۲۳۷۰۴ (۹۳)	۱۷۶۳ (۷)	۲۵۴۶۷ (۱۰۰)

بحث

ارزیابی و پایش عملکرد اورژانس از مهم‌ترین فرآیندهای آن به شمار می‌رود و در این راه، تدوین استانداردهای کمی و مشخص کردن دامنه‌ای از شاخص‌های معتبر و معنی‌دار در اورژانس از مهم‌ترین فعالیت‌های این فرآیند محسوب می‌شود[۷]. بر اساس نتایج این مطالعه، میانگین نمرات هر سطح تریاژ، طی یک سال قبل و بعد از استقرار طب اورژانس در بیمارستان تفاوت نداشته اما میانگین نمرات آن پس از استقرار طب اورژانس در بیمارستان، در سطوح ۳، ۴ و ۵ تریاژ کاهش داشته است. در مطالعه موسوی و همکاران(۱۳۸۹) با عنوان ارزیابی عملکردی گروه طب اورژانس در بیمارستان الزهرا(س) اصفهان، با روش ارزیابی ۳۶۰ درجه، با استفاده از پرسشنامه‌های خاص گروه دستیاران، کارورزان، متخصصین، مدیران، پرستاران و مصاحبه ساختاردار به این نتیجه رسیدند که عملکرد کلی این گروه در حیطه‌های آموزش بالینی و تعاملی، مثبت است[۸]. برات لو و همکاران(۱۳۹۳) در مطالعه‌ای با هدف ارزیابی شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس بیمارستان شهدای تجریش، وابسته به دانشگاه شهید بهشتی، با بررسی پرونده تمام بیماران مراجعه کننده به اورژانس در سال ۱۳۹۱ به این نتیجه رسیدند که استقرار مجموعه طب اورژانس، در بخش اورژانس می‌تواند موجب تریاژ کاراتر شود[۱۵].

موحدنیا و همکاران(۱۳۹۱) شاخص‌های زمان‌سنجی در بخش اورژانس بیمارستان فیروزگر تهران را بررسی کردند. در این مطالعه از فرم زمان‌سنجی گردش کار اورژانس با پنج گروه جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد حضور پزشک مقیم طب اورژانس و کمیته تعیین تکلیف بیماران می‌تواند اثر بسزایی در بهبود شاخص‌های زمان سنجی داشته باشد[۱۶].

جدول ۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی CPR ناموفق، طی یک سال قبل و بعد از استقرار گروه طب اورژانس

بیمارستان A			
CPR ناموفق	بلی (N)	خیر(N)	جمع کل (N)
قبل از طب اورژانس	۶۷ (۷۵)	۲۲ (۲۵)	۸۹ (۱۰۰)
بعد از طب اورژانس	۷۶ (۷۰)	۳۲ (۳۰)	۱۰۸ (۱۰۰)
بیمارستان B			
CPR ناموفق	بلی (N)	خیر(N)	جمع کل (N)
قبل از طب اورژانس	(۳۶)	(۶۴)	(۱۰۰)
بعد از طب اورژانس	(۲۶)	(۷۴)	(۱۰۰)

دکتر چهاردولی و همکاران(۱۳۹۰) در مطالعه‌ای وضعیت اورژانس‌های دارای سیستم تخصصی طب اورژانس شهر تهران را با شاخص‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مقایسه کردند. در این مطالعه بخش‌های اورژانس هفت بیمارستان دولتی شهر تهران که متخصصین و دستیاران طب

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

اورژانس در آن حضور دارند ارزیابی شد و شاخص‌های فضای فیزیکی، تجهیزات، دارو و فرآیندهای اورژانس با استانداردهای سال‌های اخیر تأثیر شگرفی بر عملکرد سیستم‌های مدیریتی ایجاد نموده‌است وجود نظام ارزشیابی و پایش عملکرد است.

جدول ٤. توزیع فراوانی مطلق و نسبی ترک با مسئولیت شخصی بیماران از بخش اورژانس، طی یک سال قبل و بعد از استقرار گروه طب اورژانس

بیمارستان A			
ترک با مسئولیت شخصی	بلی (N)	خیر(N)	جمع کل (N)
قبل از طب اورژانس	۲۶۸۹ (۱۷)	۱۳۱۲۶ (۸۳)	۱۵۸۱۵ (۱۰۰)
بعد از طب اورژانس	۳۱۳۸ (۱۵)	۱۷۷۸۱ (۸۵)	۲۰۹۱۹ (۱۰۰)
بیمارستان B			
ترک با مسئولیت شخصی	بلی (N)	خیر(N)	جمع کل (N)
قبل از طب اورژانس	۱۷۲۷ (۱۰)	۱۵۵۳۹ (۹۰)	۱۷۲۶۶ (۱۰۰)
بعد از طب اورژانس	۱۲۷۷ (۵)	۲۴۱۹۳ (۹۵)	۲۵۴۶۷ (۱۰۰)

تعیین شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مقایسه شده‌اند. در پایان محقق‌قان به این نتیجه رسیدند که وضعیت اورژانس‌ها با در نظرگرفتن استانداردهای وزارت بهداشت مطلوب است. اما لزوم بازنگری در استانداردهای معرفی شده و به کارگیری سیستم تخصصی طب اورژانس در بیمارستان‌ها احساس می‌شود[۱۷].

یوسف‌زاده چابک و همکاران(۱۳۹۳) در مطالعه‌ای با هدف تعیین تعداد بیماران ترخیص شده زیر ۶ ساعت قبل و بعد از استقرار طب اورژانس، وضعیت طب اورژانس مرکز آموزشی- درمانی پورسینا را به ترتیب سه ماه قبل و سه ماه بعد از استقرار پزشکان طب اورژانس بررسی کردند. آنها با جمع‌آوری اطلاعات از طریق سیستم اطلاعات بیمارستانی به این نتیجه رسیدند که با امروزه ابزار و روش‌های مختلفی برای سنجش عملکرد در سازمان‌ها به کار می‌رود و در صورتی که به طور صحیح و مستمر انجام شود موجب ارتقای عملکرد این بخش و کارآیی و اثربخشی آن خواهد شد. یکی از این ابزار، شاخص‌ها هستند که می‌توانند در سطح وسیعی برای پایش عملکرد بخش اورژانس مفید واقع شوند. شاخص‌ها معمولاً از نظریه‌ها، نگرش‌ها و یا موقعیت‌ها سرچشمه می‌گیرند و قادرند میزان دستیابی به آرمان-ها یا اهداف از قبل تعیین شده در یک سازمان را مورد ارزیابی قرار دهند. به همین منظور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پنج معیار را به عنوان شاخص‌های عملکردی اورژانس بیمارستانی برای سنجش و ارزیابی کارکرد اورژانس‌ها تعریف کرده است. این شاخص‌ها اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل

جدول ۵. مقایسه میانگین و انحراف معیار مدت زمان تریاژ در هر سطح، طی یک سال قبل و بعد از استقرار گروه طب اورژانس

بیمارستان	سطح تریاژ	قبل	بعد	مقدار P
A	۱	۴/۵ ±۱/۳	۴/۰ ±۱/۷	۰/۵۶۲
	۲	۷/۰ ±۲/۱	۵/۸ ±۰/۴	۰/۱۹۳
	۳	۹/۰ ±۱/۸	۵/۶ ±۱/۰	۰/۰۰۱
	۴	۵/۱ ±۰/۷	۳/۵ ±۱/۰	۰/۰۰۳
	۵	۵/۴ ±۱/۰	۴/۰ ±۱/۲	۰/۰۰۳
B	۱	۴/۲ ±۳/۰	۴/۳ ±۴/۷	۰/۹۶۱
	۲	۶/۷ ±۳/۰	۶/۱ ±۳/۹	۰/۷۵۴
	۳	۸/۲ ±۲/۵	۱۰/۴ ±۲/۸	۰/۱۲۷
	۴	۴/۵ ±۱/۶	۴/۸ ±۱/۳	۰/۶۷۴
	۵	۵/۱ ±۲/۳	۷/۲ ±۳/۷	۰/۲۱۴

تشخیص و درمان به موقع می‌توان مدت زمان انتظار و مدت زمان بستری بیماران را کاهش داد[۱۸]. یکی از تحولاتی که در دستیابی و واقع گرایانه بوده و دارای چارچوب و محدوده زمانی معین است. پایش و پیگیری این شاخص‌ها کمک شایانی به

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

ارزیابی عملکرد بخش اورژانس خواهد نمود. برای اندازه‌گیری شاخص‌های اولویت‌دار در بخش اورژانس طی جلسات کارشناسی که با حضور کارشناسان و متخصصین برگزار شد، از بین شاخص‌های پیشنهادی، در نهایت پنج شاخص به عنوان‌شاخص‌های اولویت‌دار برای سنجش در مرحله اول و در سطح کلان وزارتی انتخاب شد. به دلیل فلسفه وجودی اورژانس، بیماران نباید در بخش اورژانس بمانند. زیرا اورژانس بخشی است که بیمار باید به طور موقت بستری شود تا تعیین تکلیف شود و اگر لازم است تحت درمان در بیمارستان قرار گیرد باید بخش‌های تخصصی بیمارستان بیمار را پذیرش دهند. یکی از مشکلات بخش‌های اورژانس این است که برخی از آنها به مکانی برای بستری بیماران تبدیل شده‌اند و نه محلی برای بستری موقت و انتقال به سایر بخش‌های بیمارستان. این امر باعث اختلال در کارکرد بخش‌های اورژانس شده است. از این رو شاخص درصد بیماران تعیین تکلیف شده زیر شش ساعت از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان شاخص ملی با نظر صاحب نظران و کارشناسان تدوین شد. این شاخص نشان‌می‌دهد چه تعدادی از بیمارانی که سرپایی نبوده و نیاز به بستری موقت در اورژانس داشته‌اند ظرف شش ساعت تعیین تکلیف شده‌اند و دستور ترخیص از بخش اورژانس در پرونده‌شان ثبت شده است.

بدیهی است بالا بردن سطح این شاخص با چالش‌های زیادی روبرو است که نشان دهنده توان بخش اورژانس در مشخص کردن وضعیت بیماران صرف منابع بخش برای بیماران حاضر و گردش کار خوب در بخش اورژانس است.

از طرفی در برخی اورژانس‌ها، بیمار تعیین تکلیف می‌شود، ولی به دلایل مختلفی به صورت فیزیکی اورژانس را ترک نمی‌کند و باعث شلوغی بی‌مورد بخش و اختلال در کار اورژانس می‌شود و موجب می‌شود نیرو و امکانات بخش اورژانس به جای این که صرف بیماران بدحال جدید شود درگیر مشکلات مزمنی شود که رسیدگی به آنها در وهله اول به بخش اورژانس مرتبط نیست. از این رو علاوه بر شاخص درصد بیماران تعیین تکلیف شده زیر شش ساعت، شاخص درصد بیماران بستری موقت تعیین تکلیف شده خارج شده از اورژانس زیر ۱۲ ساعت نیز به عنوان شاخص ملی با نظر صاحب نظران و کارشناسان تدوین شد تا میزان خروج بیماران از بخش اورژانس را بسنجد. این شاخص نشان می‌دهد چه درصدی از بیماران بستری موقت در اورژانس که ظرف مدت ۶ ساعت تعیین تکلیف شده اند و دستور ترخیص در پرونده‌شان ثبت شده‌است، ظرف مدت ۱۲ ساعت اورژانس را ترک کرده‌اند و نیرو و امکانات اورژانس برای بیماران‌جدید 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 از جمله می‌توان به همکاری نکردن بخش‌های تخصصی، خالی نبودن تخت در بخش‌های ویژه و تخصصی، مشکل داشتن فرآیندهای اداری اورژانس و در نتیجه معطل شدن بیماران نام برد.

محدودیت‌های پژوهش

طولانی شدن زمان بستری بیماران اورژانسی در بخش اورژانس را می‌توان نام برد.

نتیجه‌گیری

انتظار می‌رود با اجرای ابلاغیه مقام عالی وزارت مبنی بر اولویت بستری بیماران 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 به موقع بیماران و انتقال صحیح بیماران به سایر بخش‌های تخصصی برای ادامه درمان است خواهد بود.

یکی دیگر از شاخص‌های اولویت‌دار بخش اورژانس، درصد CPR ناموفق است. اورژانس بیمارستان، اولین سطح برخورد با بیماران بدحالی‌است که به بیمارستان آورده می‌شوند. لذا انجام عملیات احیاء قلبی–ریوی، بیش از سایر بخش‌های بیمارستان، در این بخش صورت می‌گیرد.

بر اساس متون علمی "احیاء قلبی–ریوی" به معنی نجات جان بیماری است که دچار ایست قلبی، تنفسی یا قلبی تنفسی توأم شده‌است و کیفیت انجام CPR، مرگ و زندگی را رقم می-زند[۱۹] این شاخص نشان می‌دهد چه درصدی از موارد CPR با موفقیت همراه نبوده است. با تحلیل این شاخص می‌توان به علل احتمالی عدم موفقیت در احیاء قلبی– ریوی دست یافت و برنامه‌ریزی‌های لازم جهت پایین آوردن سطح شاخص انجام داد. از چالش‌های مهم اندازه‌گیری و تحلیل این شاخص، تعریف یکسان برای موفق بودن عملیات CPR و توان مقایسه آن در بیمارستان‌های مختلف به دلیل مراجعات مختلف است.

پایین آوردن این شاخص، نشان‌دهنده عملکرد خوب بخش اورژانس و توانایی انجام کار تیمی و آگاهی پرسنل اورژانس در مدیریت شرایط حادترین بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس است که از جمله مهمترین دلایل وجودی بخش اورژانس است.

تشکر و قدرانی: این مطالعه منتج از پژوهش با کد اخلاق در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با شماره

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

(IR.ZAUMS.REC.1395.61) است. از واحدهای پژوهش و پرسنل بخش اورژانس تقدیر و تشکر می‌شود.

تعارض منافع: نویسندگان هیچ‌گونه تعارض مادی و معنوی با هیچ سازمانی نداشته‌اند.

منابع

1. Richard Sulluzzo TAMea. Emergency department management principles and applications. USA: Mosby; 1997; 65(2): 33–41.
2. Rahmani. Processes and activities of the emergency department of educational hospitals of Tehran University of Medical Sciences. 2006; 22(3): 130–141.
3. Asadi Farkhondeh. Improving the performance of hospital emergency services with a quality management approach. 2003; 33(2): 34–47.
4. History of Iranian Emergency Medicine: Iranian Emergency Medicine Association 2010; 55(7): 202–217.
5. Sattari Fard, Ehsan. Why and how to evaluate performance in repair and reconstruction organizations. , 2017; 98(2): 555–588.
6. Mr. Hashtjin, Asgar. Investigating the status of hospital indicators in hospitals across the country, 2001; 45(2): 84–99.
7. Ismaili Ayub. Importance of developing indicators in the evaluation system. Tadbir Magazine. 2004; 88(2): 13–21.
8. Horwitz, LI. Green, J. Bradley, EH. US emergency department performance on wait time and length of visit. J of Emerg Med, 2011; 55(2): 133–41.
9. Commission of Educational Programs Development. Educational program and emergency medicine criteria. Ministry of Health and Medical Education, Iranian Council for Graduate Medical Education, Tehran, Iran, 2008; 66(7): 33–51.
10. 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. J School Public Health. 2006;4(4):13-22.
11. Amiri H SvS, Ghodrat N. Emergency Medicine Physicians can Manage all Emergent Procedures in the Emergency Department. Turk J Emerg Med. 2009;9(3):101–4.
12. Amiri H SvS, Ghodrat N. Emergency Medicine Physicians can Manage all Emergent Procedures in the Emergency Department. Turk J Emerg Med. 2009;9(3):101–4.
13. Ghafouri H-B, Shokraneh F, Saidi H, Jokar A. How do Iranian emergency doctors decide? Clinical decision making processes in practice. Emerg Med J. 2011;29(5):394-8.
14. Horwitz LI, Green J, Bradley EH. US emergency department performance on wait time and length of visit. Ann Emerg Med 2010;55(2):133-41.
15. Malek Makan, L. Moravej Hossein, SM. The effect of intervention on patients satisfaction in emergency departments of the hospitals affiliated to Shiraz university of medical sciences. Journal of Jahrom medical, 2010; 7(3): 52-61
16. Shams, AS. Bahmanziari, N. Kordi, A. Pourentezari, M. Shokri, A. Naghdi, B. Patient's satisfaction and their problems in emergency department of Alzahra hospital. J Health Syst Res, 2013; 9(8): 803-811 .
17. Sprivulis, PC. Da Silva, J. Jacobs, IG. Frazer, ARL. Jelinek, GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. M JA, 2006; 184(5): 208.
18. Zohour A, Pilevarzade M. The study of service provision speed in emergency department of Kerman Bahonar hospital in 2000. J Iran Uni Med Sci. 2004;35:413-20.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]