پژوهنده (مجله پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي)
سال سيزدهم, شماره ۱ , پي در پي۶۱ ، صفحات ۷۱ تا ۷۵
فروردين و ارديبهشت ۱۳۸۷

تاريخ دريافت مقاله ۸۶/۲/۸
تاريخ پذيرش مقاله ۸۶/۵/۷

علل بستري طولاني مدت بيماران در اورژانس پر ازدحام در يک نمونه از بيمارستان های آموزشي در شهر تهران

دكتر حميد رضا حاتم آبادي[۱] * ، دكتر علي محمدي [۲]

چكيده

سابقه و هدف: در شرايط ايده آل، حداكثر مدت بستري بيماران در بخش اورژانس ۶ ساعت است. بستري طولاني مدت بيماران، اثرات زيانباري روي كيفيت مراقبت بيمار، رضايتمندي وي و ايجاد ازدحام در اورژانس دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسي علل بستري طولاني مدت بيماران، در يک نمونه از اورژانس پر ازدحام (overcrowded) در يک بيمارستان آموزشي چند تخصصي در شهر تهران انجام گرفت.

مواد و روش ها: در اين مطالعه مقطعي و آينده نگر، بيماراني كه بيش از ۲۴ ساعت در اورژانس بيمارستان امام حسين(ع) از دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي از تاريخ اول آبان ۱۳۸۴ لغايت يک آذر ۱۳۸۴ بستري بودند مورد بررسي قرار گرفتند.

يافته ها: از ۳۶۳۰ بيمار مورد مطالعه، ۹۳% پس از معاينه اوليه ترخيص شده و ۲۲۲ نفر در اورژانس به مدت بيش از ۲۴ ساعت ماندند. علت عدم بستري اين بيماران عبارت بودند از: عدم وجود تخت خالي (۶۸ نفر)، تحت نظر بودن بيمار توسط چند سرويس درماني (۲۱ نفر), عدم تشخيص دقيق بيماري (۳۳نفر), احتمال بهبود در اورژانس (۵۲ نفر), ترک بيمار علي رغم توصيه پزشک (۳۱بيمار) و بيماران رو به فوت كه از آنان قطع اميد شده بود (۱۷بيمار).

نتيجه گيري: بستري طولاني مدت بيماران در بخش اورژانس بيمارستان هاي آموزشي مشكلي بزرگ است كه شايع ترين علل آن محدوديت تخت بستري، فقدان دستورالعمل واضح براي بستري بيماران رو به مرگ، تحت نظر بودن توسط چند سرويس و نبود يک تشخيص واضح مي باشد. لذا راه حل هاي زير شامـل : ۱) ايجاد بخش عقبه (Holding unit) ۲) دادن اختيارات بيش تر به پزشک اورژانس جهت بستري ۳) ايجاد قوانين از پيش تعيين شده (Guideline) ۴) فعال كردن انتقال هاي بين بيمارستانی, پيشنهاد مي گردد

واژگان كليدي: *بخش تحت نظر ، ازدحام در بخش اورژانس ، انتقال بين بيمارستاني*

مقدمه

ازدحام در بخش اورژانس يک مسأله رو به رشد در سراسر دنيا مي باشد، درحالي كه در شرايط ايده آل بخش اورژانس بايد محلي براي مراقبت حاد باشد (۱). ارزيابي اوليه و ايجاد شرايط پايدار در يک بيمار با يک مشكل اورژانس در حدود يک تا ۲ ساعت به طول مي انجـامد. سپس بيـماران بدون مشكل واضح سريعاً مرخص شده و آن هايي كه به ارزيابي بيش تـري نيـاز دارنـد وارد بخـش هاي بستري مي شوند. ازدحام بيش از حد در شرايطي ايجاد مي شود كه بيمار نياز به بستري دارد امـا به علـت عـدم وجـود تخت خالـي قادر به ترک اورژانس نيست (۲). در زماني كه بخش اورژانس با چنين بيماراني پر مي شود، پرسنل به طور ناخودآگاه وظيفه مراقبت از بيـماران را براي يک مـدت زمان طولاني به عهـده

۱ * . نويسنده مسؤول: استاديار، طب اورژانس، بخش اورژانس بيمارستان امام حسين (ع)، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي. آدرس براي مكاتبه: تهران، ميدان امام حسين (ع)، خيابان نظام آباد، بيمارستان امام حسين (ع) ، بخش اورژانس
۲ . دستيار طب اورژانس، بيمارستان امام حسين (ع)، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

گرفته و در نتيجه به شدت در برابر بيماران اورژانسي جديد، دچار مشکل خواهند بود.

در کشور ما، تعداد زيادي بيمار بد حال وارد اورژانس بيمارستان هاي دولتي مي شوند که علت آن ارزان تر بودن اين مراکز و هم چنين انتقال آن ها توسط آمبولانس هاي پيش بيمارستاني است که طبق قوانين مصوب، بخش اورژانس موظف به پذيرش تمام بيماران مي باشد. در اين ميان عدم وجود قانوني براي بستري سريع اين بيماران در بخش ها و يا پذيرش توسط بيمارستانهاي با بيمار کم تر منجر به باقي ماندن تعداد زيادي از بيماران در اورژانس و ممانعت از فعاليت معمول اورژانس مي شود و اين در حالي است که ممکن است در همان زمان تخت هاي داخل بخش همان بيمارستان يا بيمارستان هاي ديگر خالي باشد.

با بررسي علل بستري طولاني مدت، هدف اين است که با ارائه راه حل هاي ممکن باعث ترغيب مديريت بيمارستان ها در ايجاد تغييراتي براي بهبود مراقبت بيماران در بخش اورژانس باشيم.

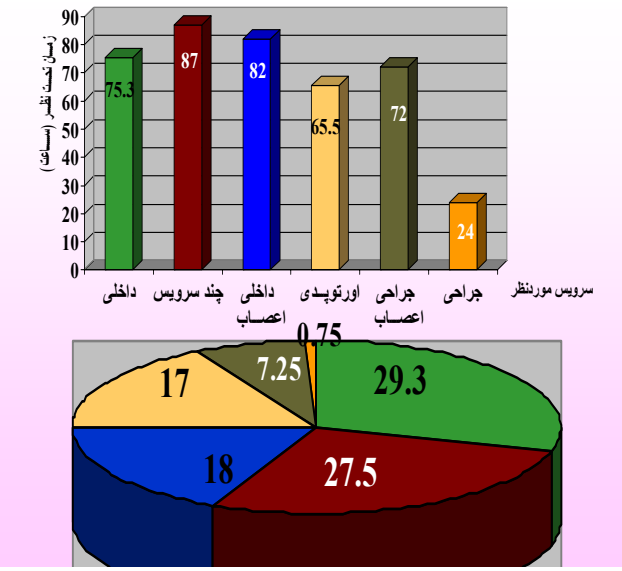
مواد و روش ها

بيمارستان امام حسين(ع) يک بيمارستان دانشگاهي با نزديک به ۵۰۰ تخت مي باشد که در شرق تهران واقع شده و ميزان اشغال تخت آن در نيمه دوم سال ۱۳۸۴ حدود ۶۰ تا ۷۵% بوده است. بيش تر از ۳۶۰۰۰ بيمار اورژانسي در سال ۱۳۸۴ توسط پزشکان (متخصص طب اورژانس، دستياران طب اورژانس و دستياران ارشد چرخشي از بخش هاي داخلي، جراحي، ارتوپدي و اطفال) ويزيت شده و بستري بيماران در بخش توسط رزيدنت ارشد بخش مربوطه و بر طبق شاخص هاي مشخص وي مشتمل بر حاد بودن بيماري، تمايل علمي فرد، زمينه اجتماعي و... انجام شد.

در اين مطالعه مقطعي و آينده نگر، چک ليست هايي از بيماران بستري در اورژانس بيمارستان امام حسين(ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکي شهيد بهشتي از اول آبان لغايت اول آذرماه ۱۳۸۴ که مدت بستري آن ها بيش از ۲۴ ساعت بود تهيه شد. افراد مسؤول در تمام روزهاي بستري چک ليستي را که شامل سرنوشت نهايي بيمار (بستري، ترخيص، انتقال، مراقبت در بخش اورژانس و مرگ)، محل بستري نهايي، تعداد بيماران جهت بستري در هر بخش، علت اصلي تأخير بستري بيمار، زمان ورود بيمار و زمان خروج بيمار تکميل نمودند.

يافته ها

از اول آبان تا اول آذر ماه ۸۴، ۳۶۳۰ بيمار جهت معاينه وارد اورژانس شدند که ۹۳% آن ها پس از معاينه اوليه از اورژانس ترخيص و مابقي آن ها که ۲۲۲ نفر بودند براي ارزيابي بيش تر در اورژانس به مدت بيش تر از ۲۴ ساعت ماندند. از بين اين بيماران، ۱۲۲ نفر بستري شده و بقيه از اورژانس ترخيص شدند. علل دير بستري شدن ۱۲۲ بيمار عبارت بودند از: وجود نداشتن تخت کافي جهت بستري (۶۸ نفر)، عدم تشخيص بيماري به علت حاضر نشدن آزمايشات و روش هاي تصوير برداري (۳۳ نفر) و تحت نظر قرار گرفتن بيمار توسط چند سرويس درماني (۲۱ بيمار).



نمودار ۱- متوسط زمان بستری و فراوانی بيماران تحت نظر بر اساس سرويس تحت درمان

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

عللي که باعث شد تا ۱۰۰ بيمار ديگر در بخش بستري نشود عبارت بود از: کافي بودن درمان در اورژانس (۵۲ نفر)، ترک بيمارستان با رضايت (۳۱ بيمار) و فوت بيمار (۱۷ بيمار).

متوسط زمان بستري بيماران بر اساس سرويس تحت درمان و توزيع بيماران بر اساس سرويس تحت درمان در نمودار ۱ نشان داده شده است.

بحث

بر طبق مطالعات قبلي، مدت زمان طولاني براي بستري بيمار، باعث نارضايتي نسبت به بخش اورژانس شده و يکي از مسائل اصلي پيش رو طب اورژانس در حال حاضر است (۵-۳). بـر اسـاس يافتـه هـاي ايـن مطالعـه بيـماراني کـه تحت نظر بيش تر از يک تخـصص بودند بيـش تـرين زمـان انتظار جهت بستري را داشتند و بيماران با مشکل جراحي کم ترين مدت و تعداد را داشته اند به شرطي که اين بيمار صرفاً جراحي بوده و مشترک با سرويس ديگر نباشد.

در اين مطالعه بستري سريع تر تعدادي از بيماران موجود در اورژانس ضروري به نظر رسيد. اما به علت نبودن تخت خالي بسـتري آن ها مقـدور نبود. بنابراين اولين قدم افزايش توان بيمارستان در پذيرش بيماران اضافي به بخش است.

علت تأخير ۹% از بيماران (۲۱ بيمار)، دخيل بودن بيش از يک تخصص در درمان بيماران بود، به طوري که هيچ کدام از سرويس ها مسؤوليت بستري بيمار را به عهده نگرفتند. اين بيماران معمولاً وضعيتشان بغرنج بوده و نياز بيش تري به بستري در بخش داشتند اما بخش هاي بيمارستاني به شکل غير قابل انعطاف جهت يک تخصص خاص طراحي شده است به طوري که اگر بيماري علاوه بر پنوموني دچار فيبريلاسيون دهليزي باشد نه در بخش CCU و نه در بخش عفوني دستور بستري مي گيرد و همين طور است بيمار با قند بالا که سکته مغزي نيز نموده است.

براي تحقق اين امر به موارد زير نياز است:

۱) تهيه گايد لاين: دستور العمل هاي از پيش تعيين شده مي تواند علاوه بر کم کـردن مشـکلات قانوني باعـث صرفه جويي در هزينه ها و بالا بردن توان بيـمارستان شود.

۲) وسايل و افراد لازم در بخش ها که متناسب با بيماران بستري بوده و براي چندين سرويس توانايي خدمت رساني داشته باشند.

۳) تيم بستري در موافعي که قبلاً ذکر شد بيمار را تعيين تکليف نموده و ترجيحاً از رؤساي بخش هاي درگير و معاونت درمان بيمارستان که با فرآيند بستري بيمار آشنا هستند انتخاب شوند.

در شرايط ايده آل بيماراني که در طي بستري در بخش اورژانس بهبود يافته و بستري نياز نداشتند بايستي در بدو ورود به بخش منتقل مي شدند، اما اين امر هميشه مقدور نيست بنابـراين بهـتر است يـک بخـش تحـت نظر (Holding unit) که محل و افراد به کار گماشته شده در آن مي تواند از بخش اورژانس مجزا باشد براي گروهي از بيماران که در هر صورت به مدت طولاني مي مانند در نظر گرفته شود تا ادامه درمان در آن محل انجام شود و ما بتوانيم کيفيت درمان را بالا برده و براي بيماران آرامش بيش تري ايجاد کنيم و هم چنين با ايجاد چنين بخشي بتوان توجه بيش تري به درمان و تعيين تکليف بيماران بد حال نموده و کيفيت مراقبت (Quality of care) و هزينه اثر بخشي (Cost- effectiveness) را در بيمارستان بالا برد.

براي ايجاد عدالت در بستري بيماران مختلف بدون توجه به محـل ارجـاع آن ها، بايد سيـاستي اتخاذ شود تا بيماران بر اساس تخـت هاي موجـود و نيـازشان به بخش، در اولويت قرار گيرند و نه بر اساس اين که بيـمار چه کسي است و يا از طرف چه کسي فرستاده شده است (۳). البته بايد توجه کرد که تعـدادي از بيـماران که از درمانـگاه ارجـاع شـده انـد ممکن است در شرايطي مانند بيماران اورژانسي در اولويت باشند، اما نکته تعيين کننده در بستري بيماران هميشه بررسي وضعيت باليني آن ها است.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

در برخـورد با شلـوغي در اورژانـس روش هـاي ديگـري وجود دارد کـه عبارتنـد از ايجـاد تسهـيلات جهـت انتـقال بيـن بيمارستاني به مرکز ديگر و اين در شرايطي است که اقدامات اوليه براي بيمار انجـام شده و وضعـيت بيـمار پايدار شده باشد. البته موانعي وجـود دارد کـه از انتـقال بيـمار جلوگيري مي کند که شامل: راضي نبودن بيمار به انتقال به علت مسائل مالي، آشنا نبودن با محيط بيمارستان دوم و يا عدم پذيرش توسط آن بيمارستان به علت بد حال بودن اسـت. لذا لازم است تعـامـل مثبـتي با وجـود پزشـک هدايت کننده (Medical director) بين سيستم اورژانس پيش بيمارستاني و اورژانس بيمارستان جهت انتقال بيماران وجود داشته باشد که در حال حاضر در کشور ما اجرا نمي شود و پيشنهاد مي شود اطلاعات وارد شده توسط بيمارستان ها توسط مراکز خاص چک شود تا بيمارستان ها از دادن اطلاعات نادرست در مورد تخت هاي ويژه و معمولي خود پرهيز کنند.

علاوه بر تقويت سيستم هاي اورژانس بيمارستاني و پيش بيمارستاني براي جلوگيري از شلوغي اورژانس همکاري ساير گروه ها از جمله مددکاري هاي اجتماعي (جهت ترخيص بيماران با مشکل مادي) و هم چنين سازمان بهزيستي جهت انتقال بيماراني که فقط به مراقبت هاي پرستاري نياز داشته و مشکل مزمن دارند اشاره کرد (۵و۶).

انجمن پزشکان اورژانس آمريکا (ACEP) موارد زير را براي بر طرف کردن شلوغي در اورژانس توصيه مي کند (۷و۸): بيمه تأمين اجتماعي براي همه شهروندان، برداشتن موانع مالي بيمارستان ها ، افزايش تسهيلات جهت مراقبت حاد، ايجاد سرويس مراقبت در منزل، افزايش نيـروهاي پرسـتاري مناسب و دسـترسي به سرويس هاي مراقبت اوليه (primary care service).

نتيجه اين که شلوغي در اورژانس مسأله اي مربوط به چند سرويس است که مي تواند با هماهنگي بخش هاي مختلف و سيستم مديريت بيمارستان حل شود. در ايران در تعدادي از بيمارستان هاي بزرگ، موفقيت هايي در مقابله با شلوغي در اورژانس وجود داشته و در بيمارستان امام حسين[۶] نيز اخيراً طي هماهنگي بسيار نزديک با بخش هاي داخلي و نورولوژي و جراحي قدم هاي بزرگي براي حل اين مشکل برداشته شده که نتايج خوبي داشته است، اما به پي گيري مداوم نياز دارد.

نتيجه گيري

در چند دهه اخير همواره مديران ارشد وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکي به نقش اورژانس بيمارستان ها در سلامت جامعه تأکيـد داشتـه که اين امر در چنـد سال اخير با بهبود وضعيت اورژانس ها از نظـر نوسازي محيـط فيزيکي، وسايل و تجهيزات نمود بيش تري پيـدا کرده است. اما بدون شک در صورتي کـه همـکاري نزديک ساير گروه هاي تخصصي داخل بيـمارستان در مورد مسائلي از قبيل ويزيت سريع بيماران و انتقال آن ها به بخش مربوطه و در خارج از بيمارستان نظير اورژانس پيش بيمارستاني، مددکاران اجتـماعي و سازمـان هاي بهـزيستي وجـود نداشته و يا کم رنگ باشد، تجهيز اورژانس ها به وسايل مناسب و نيروي انساني، نخواهد توانست به تنهايي در حل اين معضل موفق باشد (۹).

تشکر و قدرداني

از کليه پرسنل زحمتکش اورژانس که نويسندگان اين مقاله را در جمع آوري اطلاعات ياري دادند نهايت تشکر را دارم.

REFERENCES

1. Andrulis DP, Kellerman A, Hintz EA. Emergency department and crowding in United States teaching hospitals. Ann Emerg Med 1991; 20:980- 6.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

2. Olson Cm. Hospital admission through the emergency department: The obstructed pathway. JAMA 1991; 266: 2274.
3. Lynn S, Kellerman AL. Critical decision making: managing the emergency department in an overcrowded hospital. Ann Emerg Med 1991; 20: 287- 92.
4. Lynn, Hsiao Ch, Ma HM-M. The impact of National Health Insurance on the severity and volume of emergency department visits. Am J Emerg Med 1998; 16: 92- 4.
5. Bullard MJ, Liaw SJ, Chen JC. Emergency Medicine Development in Taiwan. Ann Emerg Med 1996; 28: 542- 8.
6. Hu SC: Clinical and demographic characteristics of 13,911 medical emergency patients. J Formos Med Assoc 1991; 90:675- 80.
7. American College of Emergency Physicians. Measures to deal with emergency department overcrowding. Ann Emerg Med 1990; 19: 944- 5.
8. American College of Emergency Physicians: Emergency department observation units. Ann Emerg Med 1988; 17: 95- 6.
9. Shih FY, Ma MH, Chen SC, Wang HP, Fang CC, Shyu RS, et al. ED overcrowding in Taiwan: facts and strategies. Am J Emerg Med 1999; 17:198-202.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]