

بررسی توزیع فراوانی مراجعه‌ی مجدد و عوامل مرتبط با آن در بیماران ترخیص شده طی ۱۲ ساعت از اورژانس مرکز آموزشی - درمانی الزهراء (س) اصفهان در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۴

مهرداد اسماعیلیان^۱، محمد طالب‌پور^۲، علی مهربانی کوشکی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: عوامل مختلفی در شلوغی اورژانس بیمارستان‌ها دخیل هستند. یکی از این عوامل که با وجود تأثیر احتمالی بالا، کمتر مورد توجه قرار گرفته است، مراجعه‌ی مجدد بیماران ترخیص شده از بخش اورژانس می‌باشد. از آن جایی که مطالعه‌ی در این زمینه انجام نشده بود، این پژوهش با هدف تعیین توزیع فراوانی مراجعه‌ی مجدد و عوامل مرتبط با آن، به انجام رسید.

روش‌ها: این مطالعه‌ی تحلیلی - کاربردی در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۴ در بخش اورژانس بیمارستان الزهراء (س) اصفهان انجام گرفت. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه، بیماران مراجعه کننده به اورژانس این بیمارستان در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۴ بودند. در این مطالعه، ۴۰۰ پرونده از مراجعات به اورژانس بیمارستان به صورت تصادفی انتخاب شدند و مراجعه‌ی مجدد آن‌ها به اورژانس، به همراه اطلاعات دموگرافیک و سایر اطلاعات، شامل فاصله‌ی زمانی بین دو مراجعه، علت اولیه و علت مراجعه‌ی مجدد، نوع ترخیص در اولین مراجعه و دیگر اطلاعات از آن‌ها استخراج و در پرسش‌نامه‌ی ویژه ثبت گردید. در صورتی که علت مراجعه‌ی مجدد، همان علت مراجعه‌ی اولیه و زمان مراجعه‌ی مجدد کمتر از یک هفته بود، به عنوان نقص درمان در نظر گرفته شد و علت آن بررسی و نتیجه، در مجموعه اطلاعات هر بیمار ثبت شد. اطلاعات جمع‌آوری شده، با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: ۵۴ نفر (۱۳/۵ درصد) از بیماران مراجعه‌ی مجدد داشتند. میانگین فاصله‌ی زمانی بین دو مراجعه، $7/4 \pm 5/8$ روز بود که در ۳۰ نفر (۵۵/۶ درصد) کمتر از ۷ روز و در ۲۴ نفر (۴۴/۴ درصد) ۷ روز و بیشتر بود. فراوانی مراجعه‌ی مجدد بر حسب گروه سنی بیماران اختلاف معنی‌دار داشت و درصد بیشتری از بیماران زیر ۵۰ سال، دارای مراجعه‌ی مجدد بودند. همچنین، فراوانی مراجعه‌ی مجدد بر حسب شغل، تحصیلات و نوع ترخیص در اولین مراجعه اختلاف معنی‌دار داشت.

نتیجه‌گیری: درصد قابل توجهی از بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان الزهراء (س) اصفهان دارای مراجعه‌ی مجدد هستند که حدود نیمی از این مراجعات تکراری، به علت بیماری اولیه بوده است. این امر، علاوه بر افزایش ترافیک بیمار در بخش اورژانس، منجر به هدر رفت منابع مالی، انسانی و تجهیزاتی بیمارستان می‌شود و بار اقتصادی بیشتری را نیز بر بیمار تحمیل می‌نماید. با توجه به این که بخشی از مراجعات مجدد بیماران به علت مدیریت ناصحیح بیمار در بخش اورژانس است و عوامل مختلفی نظیر عوامل مربوط به بیمار و عوامل مربوط به بیمارستان در آن دخیل هستند، لازم است تدابیر لازم در این زمینه اندیشیده شود و بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس، طوری مدیریت شوند که خدمات تشخیصی و درمانی مورد نیاز را در اولین مراجعه دریافت نمایند.

واژگان کلیدی: اورژانس، مراجعه‌ی مجدد، علت مراجعه

ارجاع: اسماعیلیان مهرداد، طالب‌پور محمد، مهربانی کوشکی علی. بررسی توزیع فراوانی مراجعه‌ی مجدد و عوامل مرتبط با آن در بیماران ترخیص

شده طی ۱۲ ساعت از اورژانس مرکز آموزشی - درمانی الزهراء (س) اصفهان در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۴. مجله دانشکده پزشکی اصفهان

۱۳۹۵؛ ۳۴ (۳۷۱): ۹۸-۱۰۵

و در حقیقت، این واحد اورژانس است که بیماران با حالات وخیم و اورژانسی را می‌پذیرد و پس از تثبیت موقعیت، آن‌ها را ترخیص و یا به بخش‌های بیمارستان منتقل می‌نماید (۱). از این رو، با توجه به

مقدمه

اورژانس بیمارستان، وظیفه‌ی اصلی رسیدگی به بیماران را به منظور جلوگیری از مرگ و میر و به ویژه احیای قلبی - ریوی به عهده دارد

۱ - استادیار، گروه طب اورژانس، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲ - دانشجوی پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی و کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳ - اپیدمیولوژیست، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

بهداشتی - درمانی بیماران بستری، می‌تواند به عنوان شاخصی مرتبط با بستری مجدد غیر برنامه‌ریزی شده‌ی زود هنگام در بیماران با نارسایی قلبی، دیابت یا بیماری انسدادی مرتبط باشد (۱۴).

پذیرش مجدد، یک رویداد مکرر، پرهزینه و گاهی تهدیدکننده‌ی زندگی بیمار است که با شکاف در مراقبت‌های پی‌گیری همراه است (۱۵). امروزه، در کشورهای در حال توسعه، بیمارستان‌ها با هزینه‌های زیاد که به طور عمده مربوط به منابع انسانی، تجهیزات و تکنولوژی گران قیمت است، اداره می‌شود که در حقیقت، باید صرف خدمت به بیمار و جامعه گردد (۱۶). خدمات پریاپزشکی، تخت بیمارستانی، تجهیزات بیمارستانی و غیره که به نسبت سرانه‌ی جمعیت است، موجب می‌شود که از منابع موجود به نحو احسن استفاده شود و تا حد توان از به هدر رفتن منابع و امکانات بهداشتی - درمانی و اعمال هزینه‌های غیر ضروری و دوباره کاری جلوگیری به عمل آید و بودجه‌ی اختصاصی بخش بهداشت و درمان، بیهوده به مصرف نرسد (۱۷).

مطالعه‌ی الگوهای پذیرش مجدد بیماران بستری، می‌تواند راهنمای مداخلات کادر درمانی در پیش‌گیری از مراجعات مجدد قابل اجتناب بیماران باشد. مداخلاتی که دفعات و طول مدت پذیرش‌های مجدد بیمارستانی را کاهش می‌دهد و همچنین، مطالعاتی که علل مراجعات مجدد بیماران را بررسی می‌نماید، می‌تواند توجه مدیران بیمارستان‌ها را به کاربرد مداخلات خاص در بیماران با خطر بالا برای پذیرش مجدد معطوف سازد. از این رو، با توجه به اهمیت و شیوع بالای مراجعه‌ی مجدد بیماران ترخیص شده از بخش اورژانس، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین توزیع فراوانی مراجعه‌ی مجدد و عوامل مرتبط با آن در بیماران ترخیص شده از اورژانس بیمارستان الزهراء (س) اصفهان در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۴ به انجام رسید.

روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه‌ی تحلیلی-کاربردی بود که در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۴ در مرکز آموزشی - درمانی الزهراء (س) اصفهان به انجام رسید. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه، شامل بیماران مراجعه کننده به اورژانس این بیمارستان در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۴ بودند.

معیارهای ورود به مطالعه، شامل بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان الزهراء (س) اصفهان در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۴، داشتن پرونده‌ی اورژانس و وجود اطلاعات کافی در پرونده‌ی بیمار بودند. همچنین، عدم وجود اطلاعات کافی در پرونده و عدم امکان تماس با بیمار یا خانواده برای تکمیل اطلاعات، به عنوان معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه جهت مطالعات شیوع و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، شیوع

شرح وظایفی که برای اورژانس تعریف شده است و همچنین وضعیت بیماران مراجعه کننده، باید مدت بستری بیماران در این بخش، به حداقل برسد و بیمار پس از دریافت اقدامات اولیه و حیاتی، به بخش منتقل گردد (۲-۳) تا هم اقدامات اساسی و مراقبت‌های لازم برای وی صورت گیرد و هم بخش اورژانس برای پذیرش بیماران بعدی آمادگی لازم را داشته باشد.

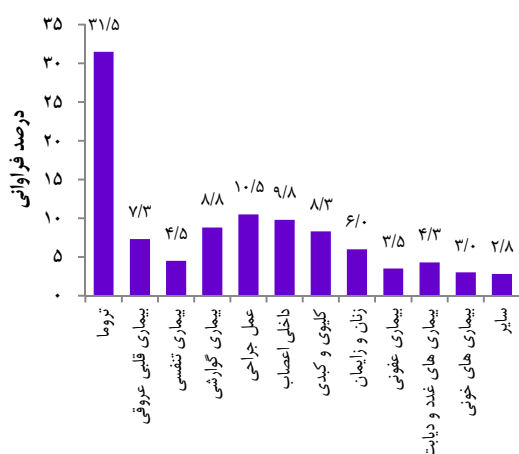
از سوی دیگر، ترافیک بیمار در بخش اورژانس، علاوه بر سردرگمی پرسنل و پایین آمدن بازده و کیفیت کاری، موجبات تشدید استرس بیمار و همراهان او را فراهم می‌نماید (۴). چه بسا بیمارانی که با حال عمومی نه چندان بد به بخش اورژانس مراجعه نموده‌اند و با دیدن بیماران بد حال مانند افراد مبتلا به Myocardial infarction (MI) حاد و یا تروما، دچار تشویش خاطر و استرس زیاد و به دنبال آن، اسپاسم‌های شدید قلبی و گاهی مرگ گردیده‌اند. از این رو، اورژانس بایستی همواره محیطی خلوت، آرام و به دور از استرس برای بیماران مراجعه کننده و پرسنل خدمت کننده باشد (۵).

همچنین، ازدحام زیاد در بخش اورژانس ممکن است کیفیت ارایه‌ی خدمات را نیز دچار نقصان نماید و بیماران خدمات تشخیصی و درمانی کافی دریافت نکنند و این امر، منجر به مراجعه‌ی مجدد بیماران ترخیص شده به اورژانس خواهد شد (۶).

مسأله‌ی مراجعه‌ی مجدد به بخش اورژانس، از دیدگاه دیگری نیز قابل بررسی می‌باشد و آن مسایل مالی و هزینه‌های بیمارستانی است. درمان و هزینه‌ی مراقبت از بیمار، مسأله‌ای است که سال‌ها مورد توجه بوده است؛ چرا که این موضوع، تأثیر به‌سزایی در نحوه‌ی مراقبت از بیمار و اقتصاد بهداشت و درمان کشورها دارد (۷) و مراجعات مجدد، هزینه‌ی اقتصادی قابل توجهی را به بیمار و سیستم بهداشتی تحمیل می‌نماید (۸). در عین حال، با وجود خدمات متعددی که از طرف بیمارستان به خدمت گیرندگان ارایه می‌شود، بارها مشاهده شده است که تعدادی از بیماران به دفعات مکرر و در فواصل زمانی کوتاه، به اورژانس مراجعه نموده و بستری شده‌اند و با دریافت خدمات متعدد در طی روزهای متوالی، هزینه‌های دیگری مانند غذا، تجهیزات مصرفی پزشکی و غیر پزشکی را نیز بر سیستم درمانی و بیمار تحمیل نموده‌اند؛ در صورتی که احتمال می‌رود درصد قابل توجهی از این مراجعات مکرر، ضروری نبوده است (۹).

پذیرش‌های مجدد بیمارستانی به علت تأثیر بر هزینه و کیفیت مراقبت بیمارستانی و نیز تحمیل بار اضافی برای بیماران و خانواده‌های آنان، از موارد نگران کننده است و کاهش هزینه برای بیماران، از اولویت‌های مهم مدیران بیمارستان‌ها به حساب می‌آید (۱۰-۱۱).

پذیرش مجدد بیمارستانی، می‌تواند برای اندازه‌گیری کیفیت مراقبت بیمار استفاده شود (۱۲-۱۳). برای مثال، کیفیت پایین مراقبت



علت اولین مراجعه

شکل ۱. درصد فراوانی علت اولین مراجعه‌ی بیماران به بخش اورژانس بیمارستان الزهرا (س) اصفهان

جدول ۱. توزیع متغیرهای دموگرافیک بیماران تحت مطالعه

متغیر	سطح متغیر	تعداد (درصد)	
سن (سال)	< ۵۰	۳۰۱ (۷۵/۳)	
	> ۵۰	۹۹ (۲۴/۷)	
جنس	مرد	۲۱۷ (۵۴/۲)	
	زن	۱۸۳ (۴۵/۸)	
شغل	بی‌کار	۴۴ (۱۱/۰)	
	آزاد	۱۰۳ (۲۵/۷)	
	کارمند	۳۸ (۹/۵)	
	خانه‌دار	۱۲۸ (۳۲/۰)	
تحصیلات	محصل و دانشجو	۴۸ (۱۲/۰)	
	کارگر	۲۴ (۶/۰)	
	بازنشسته	۱۵ (۳/۸)	
	بی‌سواد	۵۲ (۱۳/۰)	
محل سکونت	داخل شهر	۲۰۶ (۵۱/۵)	
	خارج شهر	۱۹۴ (۴۸/۵)	
	فاصله‌ی بیمارستان تا محل سکونت	کمتر از ۱۰	۱۹۷ (۴۹/۲)
	۱۰-۳۰	۱۳۹ (۳۴/۸)	
سطح تریاژ در اولین مراجعه	بیش از ۳۰	۶۴ (۱۶/۰)	
	۱	۷ (۱/۷)	
	۲	۹۹ (۲۴/۸)	
	۳	۲۳۲ (۵۸/۰)	
	۴	۶۲ (۱۵/۵)	

مراجعه‌ی مجدد به بخش اورژانس که به علت نبود مطالعه‌ی مشابه، به میزان ۰/۵ در نظر گرفته شد و پذیرش میزان خطای ۰/۰۵ به تعداد ۳۸۴ نفر برآورد گردید که جهت اطمینان بیشتر، ۴۰۰ پرونده مورد بررسی قرار گرفت.

روش اجرای مطالعه بدین صورت بود که بعد از تأیید طرح تحقیقاتی و انجام هماهنگی‌های لازم، با مراجعه‌ی پژوهشگر به واحد مدارک پزشکی بیمارستان و تعیین حجم پرونده‌های اورژانس مربوط به نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۴، تعداد ۴۰۰ پرونده به روش تصادفی ساده و با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری تعیین و نسبت به بررسی آن‌ها اقدام گردید. اطلاعات مورد نیاز شامل اطلاعات دموگرافیک، اطلاعات مربوط به نوع بیماری، مدت زمان اقامت در اورژانس، مراجعه‌ی مجدد، دفعات مراجعه و غیره بود که این از پرونده‌ی بیمار استخراج و در چک لیست ویژه‌ای که به همین منظور تهیه شده بود، ثبت گردید. در صورتی که اطلاعات کافی در پرونده‌ی بیمار موجود نبود، در ابتدا سعی گردید ضمن تماس با بیمار، نسبت به تکمیل نواقص اقدام شود و در صورت عدم موفقیت، پرونده از مطالعه خارج و نسبت به جایگزینی آن با پرونده‌ی جدید اقدام می‌گردید.

در نهایت، در طی این مطالعه با کلیه‌ی نمونه‌های انتخاب شده تماس حاصل شد و در مورد مراجعه‌ی مجدد آن‌ها در طی یک هفته بعد از ترخیص سؤال شد. در صورت مثبت بودن پاسخ، علت مراجعه‌ی مجدد پرسش و ثبت گردید.

داده‌های مطالعه بعد از جمع‌آوری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (version 22, SPSS Inc., Chicago, IL) و آزمون‌های آماری t ، χ^2 و One-way ANOVA و آزمون‌های همبستگی Pearson و Spearman مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۴۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به بخش اورژانس بیمارستان الزهرا (س) اصفهان در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۴ مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند. میانگین سن بیماران 35.1 ± 19.8 سال با دامنه‌ی ۱-۸۷ سال بود. از نظر توزیع جنسی، ۲۱۷ نفر (۵۴/۳ درصد) مرد و ۱۸۳ نفر (۴۵/۷ درصد) زن بودند. در شکل ۱، درصد فراوانی علت اولین مراجعه‌ی بیماران تحت مطالعه آمده است. بر حسب این شکل، تروما، شایع‌ترین علت مراجعه‌ی بیماران به بخش اورژانس بود؛ به طوری که از ۴۰۰ بیمار مراجعه‌کننده، ۱۲۶ نفر (۳۱/۵ درصد) به علت تروما به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده بودند.

در جدول ۱، توزیع متغیرهای دموگرافیک بیماران مورد مطالعه آمده است. بر حسب این جدول، از نظر شغلی، بیشترین شغل مشاهده شده، خانه‌داری با فراوانی ۱۲۸ مورد (۳۲/۰ درصد) بود.

داشتند. میانگین فاصله‌ی زمانی بین دو مراجعه، $5/8 \pm 7/4$ روز با دامنه‌ی ۳۰-۲ روز بود. همچنین، فاصله‌ی زمانی بین دو مراجعه در ۳۰ نفر (۵۵/۶ درصد) کمتر از ۷ روز و در ۲۴ نفر (۴۴/۴ درصد) ۷ روز و بیشتر بود.

در جدول ۲، توزیع فراوانی مراجعه‌ی مجدد بر حسب مشخصات بیماران آمده است. بر حسب این جدول، فراوانی مراجعه‌ی مجدد بر حسب گروه سنی بیماران اختلاف معنی داری داشت و درصد بیشتری از بیماران زیر ۵۰ سال، دارای مراجعه‌ی مجدد بودند. همچنین، فراوانی مراجعه‌ی مجدد بر حسب شغل بیماران نیز اختلاف معنی داری داشت و در زنان خانه‌دار، بالاترین فراوانی دیده شد. تحصیلات بیماران نیز در مراجعه‌ی مجدد مؤثر بود و زنان خانه‌دار، بیشترین مراجعه‌ی مجدد را داشتند.

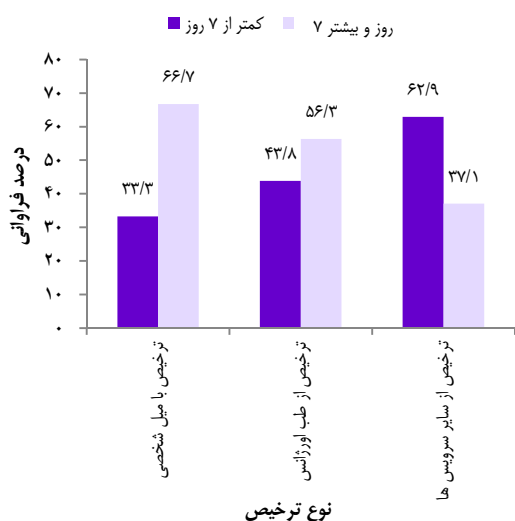
همچنین، بیشتر بیماران (۳۰/۳ درصد) دارای تحصیلات متوسطه بودند، محل سکونت بیشتر افراد (۵۱/۵ درصد) در داخل شهر و فاصله‌ی محل سکونت بیشتر بیماران (۴۹/۳ درصد) تا بیمارستان، کمتر از ۱۰ کیلومتر بود.

سطح تریاژ در بدو ورود به بخش اورژانس در ۷ نفر (۱/۸ درصد) سطح ۱، ۹۹ نفر (۲۴/۸ درصد) سطح ۲، ۲۳۲ نفر (۵۸/۰ درصد) سطح ۳ و ۶۲ نفر (۱۵/۵ درصد) سطح ۴ بود. میانگین مدت اقامت در بخش اورژانس، $5/6 \pm 5/7$ ساعت بود.

۲۵ نفر (۶/۳ درصد) از بیماران مورد مطالعه با رضایت شخصی، ۲۱۱ نفر (۵۲/۸ درصد) از طب اورژانس و ۱۶۴ نفر (۴۱/۰ درصد) از طریق دیگر خدمات، از اورژانس ترخیص شده بودند. ۵۴ نفر (۱۳/۵ درصد) از بیماران مورد مطالعه مراجعه‌ی مجدد

جدول ۲. توزیع متغیرهای دموگرافیک بیماران تحت مطالعه

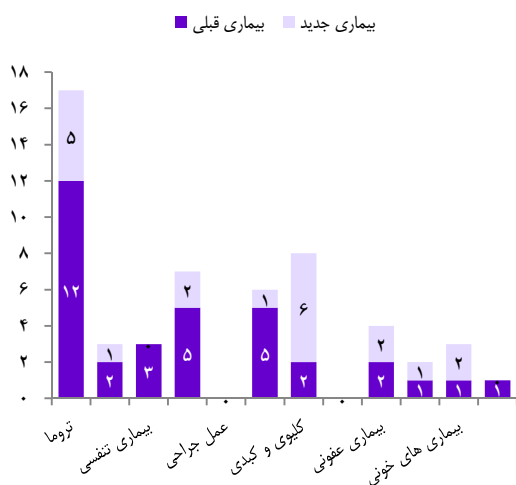
متغیر	مراجعه‌ی مجدد	دارد	ندارد	مقدار P
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
سن	میانگین	۳۹/۷ ± ۲۵/۶	۳۴/۳ ± ۱۸/۷	۰/۰۷۰
	کمتر از ۵۰ سال	۳۱ (۵۷/۴)	۲۷۰ (۷۸/۰)	۰/۰۰۱
جنس	بیش از ۵۰ سال	۲۳ (۴۲/۶)	۷۶ (۲۲/۰)	
	مرد	۲۳ (۴۲/۶)	۱۹۴ (۵۶/۱)	۰/۰۶۰
شغل	زن	۳۱ (۵۷/۴)	۱۵۲ (۴۳/۹)	
	بی‌کار	۴ (۷/۴)	۴۰ (۱۱/۶)	
	آزاد	۱۷ (۳۱/۵)	۸۶ (۲۴/۹)	
	کارمند	۰ (۰)	۳۸ (۱۱/۰)	۰/۰۰۶
	خانه‌دار	۲۵ (۴۶/۳)	۱۰۳ (۲۹/۸)	
	محصل و دانشجو	۶ (۱۱/۱)	۴۲ (۱۲/۱)	
	کارگر	۰ (۰)	۲۴ (۶/۹)	
	بازنشسته	۲ (۳/۷)	۱۳ (۳/۸)	
تحصیلات	بی‌سواد	۱۲ (۲۲/۲)	۴۰ (۱۱/۶)	
	ابتدایی	۱۲ (۲۲/۲)	۶۲ (۱۷/۹)	
	راهنمایی	۲۲ (۴۰/۷)	۴۸ (۱۳/۹)	< ۰/۰۰۱
	متوسطه	۴ (۷/۴)	۱۱۷ (۳۳/۸)	
	دانشگاهی	۴ (۷/۴)	۷۹ (۲۲/۸)	
	داخل شهر	۲۸ (۵۱/۹)	۱۷۸ (۵۱/۴)	۰/۹۶۰
فاصله‌ی بیمارستان تا محل سکونت	خارج شهر	۲۶ (۴۸/۱)	۱۷۱ (۴۹/۷)	
	کمتر از ۱۰ کیلومتر	۲۶ (۴۸/۱)	۱۷۱ (۴۹/۷)	
	۱۰-۳۰ کیلومتر	۱۸ (۳۳/۳)	۱۲۱ (۳۵/۲)	۰/۸۱۰
	بیش از ۳۰ کیلومتر	۱۰ (۱۸/۵)	۵۲ (۱۵/۱)	
سطح تریاژ	۱	۰ (۰)	۷ (۲/۰)	
	۲	۲۰ (۳۷/۰)	۷۹ (۲۲/۸)	۰/۱۵۰
	۳	۲۶ (۴۸/۱)	۲۰۶ (۵۹/۵)	
	۴	۸ (۱۴/۸)	۵۴ (۱۵/۶)	
نوع ترخیص	بازرسی شخصی	۳ (۵/۶)	۲۲ (۶/۴)	
	از طب اورژانس	۱۶ (۲۹/۶)	۱۹۵ (۵۶/۴)	< ۰/۰۰۱
	از سایر خدمات	۳۵ (۶۴/۸)	۱۲۹ (۳۷/۳)	



شکل ۳. درصد فراوانی فاصله‌ی بین دو مراجعه بر حسب نوع ترخیص اولیه

در شکل ۴، درصد فراوانی علت مراجعه‌ی مجدد بر حسب نوع بیماری آمده است. بر حسب این شکل، از ۱۷ بیمار دچار تروما که مراجعه‌ی مجدد داشتند، علت مراجعه‌ی مجدد آن‌ها در ۱۲ مورد بیماری قلبی و در ۵ مورد بیماری دیگر بوده است. انجام آزمون Fisher's exact نیز نشان داد که علت مراجعه‌ی مجدد بر حسب علت اولیه، اختلاف معنی‌داری ندارد ($P = ۰/۰۶۰$).

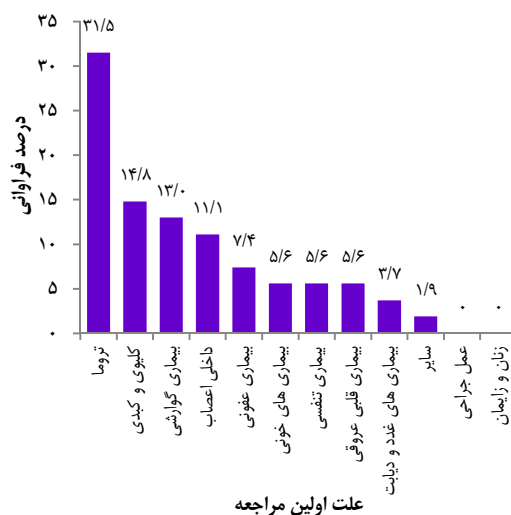
برابر نتایج مطالعه‌ی حاضر، از ۴۰۰ بیمار بررسی شده، ۴۲ نفر (۱۰/۵ درصد) بعد از اولین مراجعه به اورژانس، به مراکز دیگر مراجعه کرده بودند. در شکل ۵، توزیع فراوانی علت مراجعه‌ی بیماران به مراکز دیگر، آمده است.



شکل ۴. توزیع فراوانی علت مراجعه‌ی مجدد نسبت به علت اولین مراجعه

از بین ۵۴ بیمار دارای مراجعه‌ی مجدد، ۳۴ نفر (۶۳/۰ درصد) به علت بیماری قبلی و ۲۰ نفر (۳۷/۰ درصد) به علت بیماری جدید مراجعه کرده بودند. نوع ترخیص نیز از عوامل تأثیرگذار در مراجعه‌ی مجدد بود؛ به طوری که ۵/۶ درصد مراجعات مجدد در بیماران ترخیص شده با میل شخصی، ۲۹/۶ درصد مربوط به بیماران ترخیص شده از خدمات طب اورژانس و ۶۴/۸ مربوط به بیماران ترخیص شده از سایر خدمات بود.

در شکل ۲، درصد فراوانی مراجعه‌ی مجدد بر حسب علت اولین مراجعه آمده است. بر حسب این شکل، بیماران دچار تروما، بیشترین درصد مراجعه‌ی مجدد را داشتند. در مقابل، بیماران تحت عمل جراحی و زنان و زایمان فاقد مراجعه‌ی مجدد بودند.



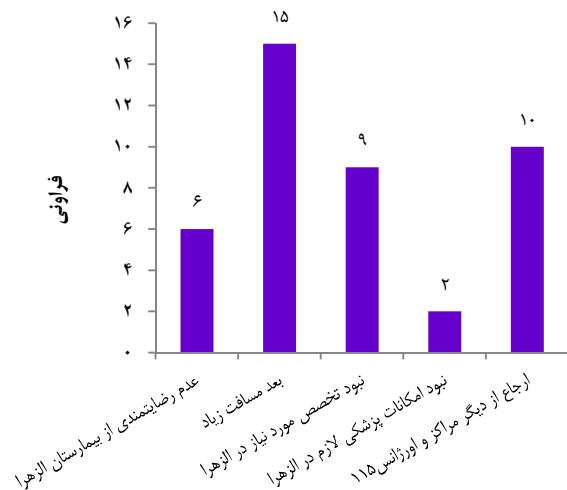
شکل ۲. درصد فراوانی مراجعه‌ی مجدد بر حسب علت اولین مراجعه

۳ بیمار ترخیص شده با میل شخصی، دارای مراجعه‌ی مجدد بودند که فاصله‌ی بین دو مراجعه در ۱ نفر (۳۳/۳ درصد) کمتر از ۷ روز و در ۲ نفر (۶۶/۷ درصد) ۷ روز و بیشتر بود. همچنین، ۱۶ بیمار ترخیص شده از طب اورژانس دارای مراجعه‌ی مجدد بودند که ۷ نفر آن‌ها (۴۳/۸ درصد) در فاصله‌ی کمتر از ۷ روز و ۹ نفر آن‌ها (۵۶/۳ درصد) در فاصله‌ی ۷ روز و بیشتر، دوباره به اورژانس مراجعه کرده بودند. ۳۵ نفر از بیماران ترخیص شده از سایر خدمات نیز دارای مراجعه‌ی مجدد بودند که ۲۲ نفر (۶۲/۹ درصد) در فاصله‌ی کمتر از ۷ روز و ۱۳ نفر (۳۷/۱ درصد) در فاصله‌ی ۷ روز و بیشتر دارای مراجعه‌ی مجدد بودند، اما آزمون Fisher's exact نشان داد که فاصله‌ی زمانی بین دو مراجعه بر حسب نوع ترخیص اختلاف معنی‌داری ندارد ($P = ۰/۳۱۰$) (شکل ۳).

برابر نتایج مطالعه‌ی حاضر، از ۴۰۰ بیمار مراجعه کننده به بخش اورژانس، ۱۳/۵ درصد مراجعه‌ی مجدد داشتند که ۶۳ درصد مراجعات مجدد، به علت بیماری قبلی بوده است. از طرف دیگر، فاصله‌ی زمانی بین دو مراجعه در ۵۵/۶ درصد کمتر از ۷ روز بود. بنا بر این، می‌توان اذعان نمود که درصد قابل توجهی از مراجعات مجدد بیماران به علت ناکامل بودن درمان بوده است. البته ناکامل بودن خدمات، تنها به دلیل نقص درمان و قصور پرسنل درمانی نبوده است؛ بلکه عوامل دیگری همچون نیاز به مراجعه‌ی مجدد بیمار برای پی‌گیری بیماری، مراجعه‌ی مجدد جهت انجام اقدامات پاراکلینیک، بروز عوارض درمان و غیره نیز می‌باشد. همچنین، در مواردی نیز تمایل و اصرار بیمار برای ترخیص از بیمارستان، ممکن است منجر به کامل نشدن خدمات درمانی و مراجعه‌ی مجدد بیمار گردد.

برابر نتایج مطالعه‌ی حاضر، مراجعه‌ی مجدد به برخی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران همچون سن، شغل، سطح تحصیلات و نوع ترخیص ارتباط داشت. تذهیبی و همکاران، طی یک مطالعه‌ی مقطعی بر روی پرونده‌های بیماران بستری در نیمه‌ی اول سال ۱۳۸۵ در بیمارستان الزهرا (س) اصفهان مطالعه‌ی انجام دادند. آنان مشاهده کردند که ۱۶۱ بیمار بستری، مراجعه‌ی مجدد داشتند که علل عمده‌ی مراجعه‌ی مجدد به بیمارستان الزهرا (س)، شامل تکمیل درمان (۳۶/۶ درصد)، عود بیماری (۲۰/۵ درصد)، بیماری جدید (۱۸/۰ درصد)، لغو عمل جراحی (۵/۶ درصد)، درمان ناقص (۴/۳ درصد)، عفونت (۳/۱ درصد)، شکست درمان (۲/۵ درصد)، عفونت بعد از عمل (۱/۵ درصد)، ترخیص با میل شخصی (۱/۲ درصد) و تشخیص نادرست (۱/۲ درصد) بوده است. در این مطالعه، نتیجه‌گیری شده است که عوامل متعددی، می‌تواند در پذیرش مجدد بیماران به بیمارستان دخیل باشد که اغلب آن‌ها را می‌توان در سه حیطه‌ی عوامل مربوط به شخص بیمار، عوامل بالینی و عوامل بیمارستانی نام برد (۱۸).

با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه و مقایسه‌ی آن با دیگر مطالعات، نتیجه‌گیری کلی که می‌توان از مطالعه‌ی حاضر داشت، این است که درصد قابل توجهی از بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان الزهرا (س) اصفهان، دارای مراجعه‌ی مجدد هستند. حدود نیمی از این مراجعات تکراری، به علت بیماری اولیه بوده است و این امر، علاوه بر افزایش ترافیک بیمار در بخش اورژانس، منجر به هدر رفت منابع مالی، انسانی و تجهیزاتی بیمارستان می‌شود و بار اقتصادی بیشتری را نیز بر بیمار تحمیل می‌نماید. از این رو، با توجه به این که بخشی از مراجعات مجدد بیماران به علت مدیریت ناصحیح بیمار در بخش اورژانس است و عوامل مختلفی اعم از عوامل مربوط به بیمار و عوامل مربوط به بیمارستان در آن دخیل هستند، لازم است



علت مراجعه به مراکز دیگر

شکل ۵. توزیع فراوانی علت مراجعه‌ی مجدد به دیگر مراکز

بحث

اورژانس بیمارستان، به عنوان اولین خط مواجهه با بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی است و بیمارانی که به اورژانس مراجعه می‌نمایند، به علل مختلفی همچون ترس از بیماری، شدت بیماری و وجود نگرانی زیاد، انتظار دارند در اولین زمان مراجعه به اورژانس، تحت مراقبت های پزشکی قرار گیرند و خدمات لازم به آنان ارایه گردد. این انتظار بیماران، در مواردی منطقی و در مواردی نیز غیر منطقی است و یا ممکن است به علت حجم بالای مراجعین، مدت زمان انتظار بیماران طولانی گردد. طولانی شدن زمان انتظار بیماران به هر علتی که باشد، موجبات نارضایتی بیماران و در برخی مواقع از دست دادن زمان‌های طلایی برای خدمت‌رسانی به بیماران را فراهم می‌آورد. از طرف دیگر، مجموع دلایل بر روی کارکنان و پزشکان بخش اورژانس فشار وارد می‌آورد و این امر، ممکن است منجر به بروز کاستی‌هایی در خدمت‌رسانی به بیماران گردد.

عدم وجود فرصت کافی برای معاینات و بررسی های پاراکلینیک و انجام ناقص و ناکافی خدمات درمانی، علاوه بر نارضایتی بیمار و همراهان، منجر به مراجعه‌ی مجدد بیماران به بخش اورژانس می‌گردد و در صورتی که مراجعه‌ی مجدد بیماران به علت بیماری قبلی و در فاصله‌ی زمانی کوتاه (به طور معمول کمتر از ۷ روز) صورت پذیرد، احتمال می‌رود به سوء مدیریت درمان مربوط باشد. از این رو، با توجه به اهمیت و نقش میزان مراجعه‌ی مجدد در برنامه‌ریزی ارایه‌ی خدمات در اورژانس، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین توزیع فراوانی مراجعه‌ی مجدد و عوامل مرتبط با آن در بیماران ترخیص شده از اورژانس بیمارستان الزهرا (س) اصفهان در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۴ انجام شد.

تشکر و قدردانی

مقاله‌ی حاضر، حاصل پایان‌نامه‌ی دکتری حرفه‌ای پزشکی عمومی آقای محمد طالب‌پور می‌باشد که در حوزه‌ی معاونت پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی تصویب و با حمایت‌های این معاونت به انجام رسید. از این رو، نویسندگان مقاله از زحمات این معاونت سپاسگزاری می‌نمایند.

تدابیر لازم در این زمینه اندیشیده شود و بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس، طوری مدیریت گردند که خدمات تشخیصی و درمانی مورد نیاز را در اولین مراجعه دریافت نمایند. البته در اجرای چنین سیستمی، منابع مالی و تجهیزاتی کافی و فضای فیزیکی بیشتری مورد نیاز بخش اورژانس می‌باشد که تأمین کامل آن‌ها ممکن است در زمان حاضر عملی نباشد.

References

- Weiss SJ, Derlet R, Arndahl J, Ernst AA, Richards J, Fernandez-Frackelton M, et al. Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medical centers: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Acad Emerg Med* 2004; 11(1): 38-50.
- Naghavi M, Akbari ME. Epidemiology of trauma result from external causes (accidents) in Islamic Republic of Iran. Tehran, Iran: Fekrat Publications; 2002. p. 249. [In Prsian].
- Kobusingye OC, Hyder AA, Bishai D, Hicks ER, Mock C, Joshipura M. Emergency medical systems in low- and middle-income countries: recommendations for action. *Bull World Health Organ* 2005; 83(8): 561-640.
- (4) Golaghai F, Rafie M. Epidemiology of accidents result in hospitalization in emergency wards of Markazi province [Approved Research Project]. Arak, Iran: Deputy of Research, Arak University of Medical Sciences; 2002. p.13. [In Persian].
- Australasian College for Emergency Medicine (ACEM). Guidelines on the Implementation of the ATS in Emergency Departments [Online]. [cited 2013 Nov]; Available from: <https://www.acem.org.au/getattachment/d19d5ad3-e1f4-4e4f-bf83-7e09cae27d76/G24-Implementation-of-the-Australasian-Triage-Scal.aspx>
- Karpiel M. Improving emergency department flow. Eliminating ED inefficiencies reduces patient wait times. *Healthcare executive* 2004; 19(1): 40-1.
- Zohoor AR, Pilevarzadeh M. Study of speed of offering services in emergency department at Kerman Bahonar Hospital in 2000. *Razi J Med Sci* 2003; 10(35): 413-9. [In Persian].
- Topacoglu H, Karcioglu O, Ozucelik N, Ozsarac M, Degerli V, Sarikaya S, et al. Analysis of factors affecting satisfaction in the emergency department: a survey of 1019 patients. *Adv Ther* 2004; 21(6): 380-8.
- Derlet RW, Kinser D, Ray L, Hamilton B, McKenzie J. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: A 5-year study. *Ann Emerg Med* 1995; 25(2): 215-23.
- Ministry of Health and Medical Education. Implementation guideline for improving emergency departments of large hospitals in Universities and schools of medical sciences. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education, Deputy of Health; 2002. p. 117-9. [In Persian].
- Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E. Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients. *BMJ* 1995; 311(7002): 423-6.
- Cooke MW, Wilson S, Pearson S. The effect of a separate stream for minor injuries on accident and emergency department waiting times. *Emerg Med J* 2002; 19(1): 28-30.
- Waldrop RD, Harper DE, Mandry C. Prospective assessment of triage in an urban emergency department. *South Med J* 1997; 90(12): 1208-12.
- Asplin BR. Undertriage, overtriage, or no triage? In search of the unnecessary emergency department visit. *Ann Emerg Med* 2001; 38(3): 282-5.
- Banerjea K, Carter AO. Waiting and interaction times for patients in a developing country accident and emergency department. *Emerg Med J* 2006; 23(4): 286-90.
- Ardagh MW, Wells JE, Cooper K, Lyons R, Patterson R, O'Donovan P. Effect of a rapid assessment clinic on the waiting time to be seen by a doctor and the time spent in the department, for patients presenting to an urban emergency department: a controlled prospective trial. *N Z Med J* 2002; 115(1157): U28.
- Liew D, Liew D, Kennedy MP. Emergency department length of stay independently predicts excess inpatient length of stay. *Med J Aust* 2003; 179(10): 524-6.
- Tazhibi M, Ghaderi Nansa L, Tirani M. Causes of readmission of patients to Al Zahra hospital, Iran. *J Health Syst Res* 2016; 7(1): 101-7.

Frequency Distribution of Re-Hospitalization and Related Factors in Patients Discharged in 12 Hours from Alzahra Hospital Emergency Service, Isfahan, Iran, during 2015 Spring and Summer

Mehrdad Esmailian¹, Mohammad Talebpoor², Ali Mehrabi-Koushki³

Original Article

Abstract

Background: Several factors are related to emergency ward overcrowding and re-hospitalization may probably play a considerable role in this problem. Thus, the aim of this study was to determine re-hospitalization frequency and related factors in patients discharged in less than 12 hours from Alzahra hospital emergency service in Isfahan, Iran.

Methods: This is an applied cross sectional study of patients who referred to Alzahra hospital emergency department in Isfahan during 2015 spring and summer. In this study, 400 hospital records were randomly selected and studied for re-hospitalization. Demographic and other information including the interval between two referrals, cause of the first and second hospitalization, kind of discharge and other needed information were collected. If the causes of primary and secondary referrals were the same and the interval between the two was also less than one week, it was regarded as incomplete treatment. Finally, the data was analyzed by SPSS software.

Findings: 54 patients (13.5%) had re-hospitalization and the mean interval between the two referrals was 7.4 ± 5.8 days. In 30 of these patients (55.6%), the second referral was in less than 7 days. Re-hospitalization was different based on patients' age and more frequent in those with less than 50 years. This was also different based on their job, education and types of discharge in the first admit.

Conclusion: A considerable part of patients who referred to emergency ward had re-hospitalization which was related to primary diseases in almost 50% of them and this repeated refers leads to emergency overcrowding and increase of hospital cost. On the other hand, a part of this repeated hospitalization is due to incorrect management of patients in emergency ward which is due to factors related to patients and the hospital. Thus, patient who referred to emergency ward must be managed and diagnosed correctly and receive the required treatment on time.

Keywords: Emergency ward, Re-hospitalization, Repeated hospitalization

Citation: Esmailian M, Talebpoor M, Mehrabi-Koushki A. **Frequency Distribution of Re-Hospitalization and Related Factors in Patients Discharged in 12 Hours from Alzahra Hospital Emergency Service, Isfahan, Iran, during 2015 Spring and Summer.** J Isfahan Med Sch 2016; 34(371): 98-105

1- Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Student of Medicine, School of Medicine AND Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Epidemiologist, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Mohammad Talebpoor, Email: razie.fadakar@yahoo.com