

# تحلیل زمان سنجی گردش کار بیماران در بخش اورژانس و عوامل مؤثر بر آن (بیمارستان شهدای هفتم تیر تهران؛ ۱۳۸۷)

محمد حسینی<sup>۱</sup>، حسین شاکر<sup>۲</sup>، حامد بصیر غفوری<sup>۳</sup>، فرهاد شکرانه<sup>۴</sup>

چکیده

مقدمه: زمان سنجی گردش کار بیماران در بخش اورژانس، بر بسیاری از فرایندهای این بخش تأثیر می گذارد. هدف این مطالعه بررسی زمان سنجی گردش کار بیماران در بخش اورژانس بیمارستان شهدای هفتم تیر تهران و ارتباط آن با عوامل مختلف در یک دوره زمانی ۱۰ روزه بود.

روش بررسی: در این پژوهش مشاهده‌ای مقطعی، از پرونده‌ی ۶۴۹ بیمار اطلاعات دموگرافیک، نوع بیماری، نحوه‌ی مراجعه به بخش اورژانس، زمان‌های لازم، درخواست یا عدم درخواست آزمایش‌ها و ویزیت سایر سرویس‌ها، استخراج و داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری t مستقل تحلیل شد.

یافته‌ها: متوسط فاصله‌ی زمانی بین تریاژ تا ویزیت پزشک، ۲۲ دقیقه، ویزیت پزشک تا تعیین تکلیف، ۲۱۰ دقیقه، تعیین تکلیف تا خروج بیماران، ۵۱ دقیقه و تریاژ تا تعیین تکلیف، ۲۴۳ دقیقه است. این زمان‌ها با جنس بیمار و نوع بیماری و شیفت کاری، رابطه‌ی آماری معنادار ندارند، ولی با نحوه‌ی ورود به بخش اورژانس، درخواست تصویربرداری و آزمایش، بین درخواست ویزیت جراحی و جراحی عصبی و فواصل زمانی تریاژ تا ویزیت پزشک و ویزیت پزشک تا تعیین تکلیف، و تعیین تکلیف تا خروج بیماران و تریاژ تا تعیین تکلیف، به ترتیب ارتباط آماری معنادار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: متوسط زمان بین تریاژ تا ویزیت پزشک و ویزیت پزشک تا تعیین تکلیف و متوسط مجموع زمان بین تریاژ و تعیین تکلیف در این مرکز (تروما)، در حد استاندارد است. نحوه‌ی مراجعه و درخواست آزمایش‌ها و ویزیت سرویس‌های جراحی و جراحی عصبی بر این زمان هامؤثر است.

کلید واژه‌ها: تحلیل زمان سنجی، بخش اورژانس، کیفیت خدمات، تروما، خدمات مراقبت بهداشتی، مدت اقامت

• وصول مقاله: ۸۸/۴/۱۳ • اصلاح نهایی: ۸۸/۹/۱۶ • پذیرش نهایی: ۸۸/۱۲/۱۸

۱. استادیار گروه طب اورژانس، بیمارستان شهدای هفتم تیر، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
۲. استادیار گروه طب اورژانس، بیمارستان رسول اکرم (ص)، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
۳. استادیار گروه طب اورژانس، بیمارستان شهدای هفتم تیر، دانشگاه علوم پزشکی ایران، نویسنده مسئول (hbgs@iums.ac.ir)  
۴. کارشناس ارشد کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دفتر هدایت استعدادهای درخشان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

## References

1. Aien Parast A. Effective Factors on Health Sector Demand, Health Economic Seminar. Tehran: Iran University of Medical Sciences. 2000 [Persian]
2. Asghary M. Health Economics. Tehran: Economic Nov Nasher. 1998 [Persian]
3. Utilization of Health Services in Islamic Republic of Iran in 2002]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2005. [Persian]
4. Petrova SA. Demand for and Utilization of Dental Services: An Empirical Study of the Spanish Dental Care Market. Barcelona: Bar-uni; 2001.
5. Geoffrey R, Norman DL. Streiner. Biostatistics the bare Essentials. Ontario: Mosby, 1994.
6. Gujarati DN. Basic Econometrics. [Trans by: Abrishamy H]. 3rd ed. Tehran: Tehran University Press; 1995. [Persian]
7. Bhatti T, Rana Z, Grootenorst P. Dental Insurance, Income and the Use of Dental Care. Canada:PUB 2004.
8. Masakoi L. the Demand for Medical Care, Evidence from Urban Areas in Bolivia, the World Bank, Working Paper .Washington, DC: Working Paper; 1996.
9. Fernandez E, Schiaffino A, Rajmil L.. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia. J. Epidemiol Community Health. 1999; 53(4): 218-222
10. Fahimi A. Estimation of Medical Care Demand in Iran. [Ms.c Thesis]. Tehran. Tehran University. 1995. [ Persian]
11. Vander H, Demarest S, Tafforeau J, Oyen H. Socioeconomic differences in the utilization of health services in Belgium. Health policy 2003; 65(2): 153-165.
12. Sander MA. Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Curacao-Social Sciences and Medicine 1997; 45(2): 213-220
13. Noori M. Estimation of Medical Care Demand Function

درآمدی ۴ نیز ۵۹.۷۲۳ برابر تقاضای سطح درآمدی پایه برای خدمات دندانپزشکی بوده است ( $p < 0.05$ ). بنابراین چنین به نظر می‌رسد که احتمال تقاضا برای خدمات دندانپزشکی خانوار از یک سطح درآمدی خاص تفاوت کرده و افزایش می‌یابد. نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که بین درآمد و تقاضا برای خدمات دندانپزشکی رابطه مستقیم برقرار است و با افزایش سطح درآمد، مقدار تقاضا نیز افزایش می‌یابد. سطوح درآمدی به صورت زیر گروه‌بندی شده است:

سطح ۱: درآمد کمتر از ۴۵۰۰۰۰ تومان

سطح ۲: درآمد ۴۵۰۰۰۰ - ۵۷۹۹۹۹ تومان

سطح ۳: درآمد ۵۸۰۰۰۰ - ۷۴۹۹۹۹ تومان

سطح ۴: درآمد ۷۵۰۰۰۰ تومان و بیشتر

نوری در مطالعه خود اشاره می‌کند که خدمات دندانپزشکی و سایر کالاها و خدمات موجود در سبد کالایی درمان، کالایی ضروری بوده و با افزایش درآمد، خانوارها درصد بیشتری از درآمد خود را صرف خدمات دندانپزشکی (عمدتاً گران‌تر) می‌کنند. همچنین ساندرومن و واندرهیدن در مطالعات خود اشاره نموده‌اند که سطح اقتصادی - اجتماعی بالاتر با تقاضای خدمات دندانپزشکی رابطه مستقیم دارد. استویانووا نیز در مطالعه خود بیان می‌کند که سطح درآمد خانوار یکی از اصول تعیین‌کننده تقاضای خدمات دندانپزشکی خانوار است. به طوری که سطوح درآمدی پایین‌تر با تعداد مراجعات دندانپزشکی کمتر مرتبط بوده و تعداد مراجعات با افزایش میزان درآمد، بیشتر شده است. [۴، ۱۰، ۱۲، ۱۳]

بنابراین پیشنهاد می‌شود با انجام سیاست‌گذاری‌های هدفمند از جمله افزایش آگاهی افراد در خصوص روش‌های پیشگیری در زمینه بهداشت دهان و دندان، ارائه طرح‌های بیمه مکمل یا پایه برای تحت پوشش قرار دادن خدمات دندانپزشکی در گروه‌های هدف خاص و بالا بردن سطح قابلیت‌های عملی و علمی دندانپزشکان، در جهت بهره‌مندی اقشار مختلف جامعه از خدمات دندانپزشکی مورد نیاز، به طور مؤثر گام برداشت.