

Performance Evaluation of Emergency Departments in Selected Hospitals Affiliated with Tabriz University of Medical Sciences: A Cross-Sectional Study

Haniyeh Ebrahimi Bakhtavar¹, Zahra Hosseinnajhad², Parvaneh Mahmoudi³, Fariba Valizadeh¹, Farzad Rahmani^{4*}

¹ Emergency and Trauma Care Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Hospital Emergency Department Office, Deputy of Treatment, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³ Pre-Hospital Emergency and Disaster Management Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁴ Health Services Management Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Original Article

Article History:

Received: 6 Jul 2025

Revised: 17 Oct 2025

Accepted: 22 Jun 2026

ePublished: 27 Jun 2026

Keywords:

Emergency Ward,
Leadership,
Performance
Evaluation,
Hospital

Abstract

Background. The emergency department (ED) is a critical hospital unit that plays a vital role in patient outcomes and overall health system performance. Regular, systematic evaluation of ED performance is essential for identifying strengths and weaknesses and for strategic planning to improve service quality and patient safety. This study aimed to evaluate the performance of selected EDs affiliated with Tabriz University of Medical Sciences using a validated and reliable checklist.

Methods. This descriptive cross-sectional study evaluated EDs of 16 hospitals, comprising all facilities affiliated with Tabriz University of Medical Sciences and six district (Level 1) hospitals. The latter were selected via cluster sampling from populous counties with diverse geographical distributions to ensure provincial representation. The study was conducted from January to March 2025. The assessment tool consisted of a two-part checklist: general ED information and a validated 117-item questionnaire covering nine performance domains. The checklists were completed in person by an expert from the hospital ED department of University's Vice-Chancellery for Treatment Affairs. Data were analyzed using SPSS version 26. In addition to descriptive statistics, independent samples t-test was used to compare performance scores by hospital type. The correlation tests were used to assess the relationship between quantitative variables.

Results. The overall performance score of the EDs (out of 100) ranged from "good" to "excellent". Among the 9 domains, "time indicators" (mean score: 89.2 ± 5.1) and "patient-centered care" (mean score: 85.7 ± 7.3) received the highest scores. Conversely, "space and physical facilities" (mean score: 72.4 ± 10.8) and "documentation" (mean score: 75.1 ± 9.5) received the lowest scores. No significant statistical difference was found between general and specialized hospitals, nor was there a significant correlation between performance and the number of beds or annual patient volume ($P > 0.05$).

Conclusion. Although the overall performance of the studied EDs was satisfactory, the findings highlight a need for targeted interventions in "space and physical facilities" and "documentation". It is recommended that policymakers and ED managers allocate budget for the renovation and optimization of physical infrastructure. Furthermore, implementing continuous training programs for staff regarding the importance and accuracy of clinical documentation is essential for improving service quality.

Ebrahimi Bakhtavar H, Hosseinnajhad Z, Mahmoudi P, Valizadeh F, Rahmani F. Performance Evaluation of Emergency Departments in Selected Hospitals Affiliated with Tabriz University of Medical Sciences: A Cross-Sectional Study. *Depiction of Health*. 2026; 17(2): 125-137. doi: 10.34172/doh.2026.12. (Persian)

* Corresponding author; Farzad Rahmani, E-mail: rahmanif@tbzmed.ac.ir



Research Insight

- The emergency departments (EDs) evaluated in this study attained a satisfactory overall performance.
- Efficiency in "time indicators" and the delivery of "patient-centered care" constitute the primary operational strengths of the studied facilities.
- Significant deficiencies persist in "physical infrastructure and facilities" and "clinical documentation," marking these as the most critical areas for improvement.
- Rectifying these gaps requires strategic capital investment in physical space and continuous professional development focused on the accuracy and importance of clinical documentation.

Expanded Abstract

Background

The emergency department (ED) occupies a critical position within the healthcare system, requiring the rapid and high-quality execution of complex clinical processes. The performance of a hospital's ED is a primary benchmark for its overall quality of patient care. Despite its importance, comprehensive studies focusing on the systematic monitoring and evaluation of EDs remain limited. This study aimed to evaluate the performance of selected EDs affiliated with Tabriz University of Medical Sciences using a validated assessment tool. By utilizing this standardized instrument, the study sought to accurately assess provincial ED status and identify specific weaknesses to inform strategic solutions for nationwide hospital evaluation and improvement.

Methods

This cross-sectional descriptive study evaluated the 16 EDs: 10 located in the provincial capital and 6 district general hospitals in the provinces selected through cluster sampling between January and March 2025. To maintain confidentiality and adhere to research ethics, individual hospital names were anonymized.

The assessment tool comprised two sections: 1) general ED information, and 2) a validated 117-item questionnaire (Akbari Sari et al.) covering nine domains: management and leadership, human resources, physical space and facilities, medications and medical equipment, guidelines and policies, patient-centered care, clinical documentation, quality and effectiveness of services, and time indicators.

Data collection was conducted in person by an ED expert from the university's clinical affairs office, who completed the checklists through field observations, interviews with head nurses, and review of department documentation. Performance was categorized based on the percentage of total possible points: very poor (0–20%), poor (20–40%), average (40–60%), good (60–80%), very good (80–90%), and excellent (90–100%).

Statistical analysis was performed using SPSS version 20. Quantitative data were described using mean

(standard deviation) and qualitative data via frequency (percentage). The independent samples t-test compared performance scores by hospital type, while Pearson correlation test assessed relationships between quantitative variables. Significance was set at $P < 0.05$.

Results

Across the 16 EDs, the average overall score fell within the "good" to "very good" range ($>80\%$). The "time indicators" (mean = 89.2 ± 5.1) and "patient-centeredness" (mean = 85.7 ± 7.3) domains demonstrated the highest performance. In contrast, "physical space and facilities" (72.4 ± 8.10) and "documentation recording" (75.1 ± 9.5) received the lowest scores.

Pearson correlation analysis showed no significant relationship between overall performance and annual emergency visit volume ($P=0.612$, $r=0.113$). Spearman correlation indicated no significant relationship between performance and hospital bed capacity ($P=0.333$, $r=0.259$).

Analysis of pervasive strengths and weaknesses revealed that "time indicators" and "patient-centeredness" were consistently high across 87.5% and 75% of centers, respectively. Conversely, "physical space and facilities" (68.8%) and "documentation" (50%) were identified as the most frequent areas of relative weakness, indicating a clear need for targeted interventions.

Conclusion

This evaluation confirms that the studied EDs under Tabriz University of Medical Sciences generally operate at a "good" to "very good" level. The primary strengths lie in operational efficiency (time indicators) and patient-centered care. However, the consistent weaknesses found in physical infrastructure and documentation processes present opportunities for improvement.

Given the ED's vital role in patient management, policymakers should prioritize short- and long-term strategic planning to address these infrastructure and documentation gaps. Future research should focus on developing quality improvement models tailored to these specific performance domains.

* Corresponding author; Farzad Rahmani, E-mail: rahmanif@tbzmed.ac.ir



Practical Implications of Research

While overall ED performance is satisfactory, there is a clear mandate for continuous quality improvement

across all domains. Specifically, hospital managers should focus on modernizing physical facilities and enhancing human resource management.

ارزیابی عملکرد بخش اورژانس بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز

هانیه ابراهیمی بختور^۱، زهرا حسین‌نژاد^۲، پروانه محمودی^۳، فریبا ولیزاده^۴، فرزاد رحمانی^{۴*}

^۱ مرکز تحقیقات اورژانس و مراقبت‌های تروما، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ اداره اورژانس بیمارستانی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۳ مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۴ مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. بخش اورژانس به‌عنوان یکی از حیاتی‌ترین بخش‌های بیمارستان، نقش تعیین‌کننده‌ای در نتایج درمانی بیماران و عملکرد کلی سیستم سلامت دارد. ارزیابی منظم و نظام‌مند عملکرد این بخش برای شناسایی نقاط قوت و ضعف، و در نهایت برنامه‌ریزی برای ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار امری ضروری است. این مطالعه با هدف ارزیابی عملکرد بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تبریز با استفاده از یک چک لیست معتبر و قابل اطمینان انجام شد.

روش کار. در این مطالعه توصیفی- مقطعی، در بازه زمانی دی ماه ۱۴۰۳ لغایت اردیبهشت ماه ۱۴۰۴ تعداد ۱۶ بخش اورژانس بیمارستانی شامل تمام بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز به همراه ۶ بیمارستان محیطی (سطح یک) که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین شهرستان‌های پرجمعیت و با پراکندگی جغرافیایی مختلف استان انتخاب شدند تا نماینده‌ای از وضعیت اورژانس در سطح استان باشند. چک لیست مورد استفاده در این مطالعه شامل اطلاعات کلی در مورد بخش اورژانس و پرسش‌نامه تایید شده شامل ۱۱۷ سوال در ۹ حوزه ارزیابی عملکرد بود. تکمیل چک‌لیست توسط کارشناس اداره اورژانس بیمارستانی معاونت درمان دانشگاه و به‌صورت حضوری بود. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. علاوه بر توصیف داده‌های کمی و کیفی، مقایسه امتیازات عملکردی در دو گروه براساس نوع بیمارستان از آزمون تی مستقل استفاده شد. برای ارزیابی ارتباط بین متغیرهای کمی از آزمون‌های همبستگی استفاده گردید.

یافته‌ها. رتبه کلی عملکرد بخش‌های اورژانس (از ۱۰۰) در محدوده "خوب" تا "خیلی خوب" قرار داشت. در بین ۹ حوزه ارزیابی شده، حوزه "شاخص‌های زمانی" با میانگین نمره $89/2 \pm 5/1$ و حوزه "بیمار محوری" با میانگین نمره $85/7 \pm 7/3$ ، بالاترین امتیازات را کسب کردند. در مقابل، حوزه "فضا و تسهیلات فیزیکی" با میانگین نمره $72/4 \pm 10/8$ و حوزه "ثبت مستندات" با میانگین نمره $70/1 \pm 9/5$ ، پایین‌ترین امتیازات را به خود اختصاص دادند. بین عملکرد بیمارستان‌های جنرال و تخصصی و نیز بین عملکرد و متغیرهای تعداد تخت و ورودی سالانه، تفاوت یا رابطه آماری معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری. اگرچه عملکرد کلی بخش‌های اورژانس مورد مطالعه مطلوب ارزیابی شد، ولی نتایج، نیاز به مداخله هدفمند در دو حوزه "فضا و تسهیلات فیزیکی" و "ثبت مستندات" را آشکار می‌سازد. به سیاست‌گذاران و مدیران بخش اورژانس پیشنهاد می‌شود با تخصیص بودجه برای نوسازی و بهینه‌سازی فضای فیزیکی و همچنین اجرای دوره‌های آموزشی مستمر برای پرسنل در زمینه اهمیت و روش‌های صحیح مستندسازی، گام‌های عملی در جهت ارتقای کیفیت این حوزه‌ها بردارند.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۱۵
اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۰۷/۲۵
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱
انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۴/۰۶

کلیدواژه‌ها:

بخش اورژانس،
مدیریت و رهبری،
ارزیابی عملکرد،
بیمارستان

* پدیدآور رابط: فرزاد رحمانی، آدرس ایمیل: rahmanif@tbzmed.ac.ir



پیام مقاله

- عملکرد کلی بخش‌های اورژانس مورد مطالعه در سطح رضایت‌بخشی قرار داشت.
- «شاخص‌های زمانی» و «مراقبت بیمار محور» به عنوان قوی‌ترین حوزه‌های عملکردی بودند.
- ضعف‌های اصلی مربوط به «فضای فیزیکی و امکانات» و «مستندسازی بالینی» بود.
- رفع این نقاط ضعف نیازمند سرمایه‌گذاری هدفمند و آموزش مداوم کارکنان برای افزایش کیفیت خدمات است.

مقدمه

اعتباربخشی نامیده می‌شود. اعتباربخشی نه تنها شرایط استاندارد را ارزیابی می‌کند، بلکه جنبه‌های تحلیلی، مشاوره‌ای و بهبودی نیز دارد. برخی از موضوعات پزشکی مبتنی بر شواهد، اخلاق پزشکی، کاهش خطاهای پزشکی و ایمنی بیمار در بخشی از فرآیند اعتباربخشی گنجانده شده‌اند. اعتباربخشی سازوکاری مؤثر برای ارزیابی عملکرد، بهبود کیفیت و ایمنی سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی است.^۵ لبنان به‌عنوان اولین کشور در شرق مدیترانه، استانداردهای اعتباربخشی را ارائه و اجرا کرده است. برای اولین بار در ایران در سال ۱۳۷۶ (۱۹۹۷ میلادی)، استانداردها و معیارهای ارزیابی بیمارستان‌های عمومی منتشر شد.^{۶،۷} استانداردهای اعتباربخشی در ایران برگرفته از آخرین منابع مورد استفاده در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه و همسو با معیارهای مذهبی، فرهنگی، اقتصادی و همچنین شرایط بومی است که هدف ارتقاء کیفیت، ایمنی و بهبود پاسخگویی در نظام سلامت است.^۵ شاخص‌های ارزیابی عملکرد اورژانس به‌صورت کمی و کیفی بوده و به سه دسته ورودی، عملیاتی و خروجی تقسیم می‌شوند که در اعتباربخشی هم اهمیت آنها در نظر گرفته می‌شود.^{۸،۹،۱۰} تعیین و شناسایی تعداد محدودی شاخص اساسی که بتواند اهداف مدیریتی بخش اورژانس را برآورده سازد، ضروری می‌باشد.^{۱۰}

یکی از تحولاتی که در سال‌های اخیر تاثیر شگرفی بر عملکرد سیستم‌های مدیریتی ایجاد نموده است، وجود نظام ارزشیابی و پایش عملکرد می‌باشد. امروزه ابزار و روش‌های مختلفی برای سنجش عملکرد در سازمان‌ها به کار می‌رود و در صورتی که به‌طور صحیح و مستمر انجام بشود موجب ارتقاء عملکرد این بخش‌ها و کارایی و اثربخشی آنها خواهد شد.^{۱۱} یکی از این ابزارها، طراحی و تدوین چک لیست‌ها می‌باشند که می‌توانند در سطح وسیعی برای پایش عملکرد بخش اورژانس مفید باشند.^{۱۲}

بخش اورژانس از حساس‌ترین، مهم‌ترین و پرمخاطره‌ترین بخش‌های یک بیمارستان است که عملکرد آن می‌تواند تأثیر بسزایی بر عملکرد سایر بخش‌های بیمارستان و رضایت بیماران داشته باشد.^{۲،۱۰} جایگاه اورژانس در بیمارستان و نظام بهداشتی درمانی به دلیل لزوم انجام سریع، باکیفیت و مؤثر فرآیندهای متعدد و پیچیده در آن، جایگاهی حساس و استثنایی است. بخش اورژانس هر مرکز یکی از مهم‌ترین معیارها در جهت ارزیابی نقش آن بیمارستان در خدمت‌رسانی به مردم می‌باشد. این بخش به‌طور شبانه‌روزی جمعیت بسیار زیادی از بیماران را تحت پوشش خدمات خود قرار می‌دهد و این حجم عظیم پذیرش موجب می‌گردد تا ارتباط بین بیمار و کادر درمان محدود باشد و احتمال بروز انواع مشکلات و عدم اطلاع کادر درمان از آن زیاد باشد. به همین دلیل ارزیابی عملکرد بخش اورژانس بیمارستانی دارای اهمیت بسیار بالایی می‌باشد.^۳ ارائه خدمات باکیفیت در بخش اورژانس با توجه به اینکه ارزشیابی سایر بخش‌های بیمارستان بر اساس امتیاز این بخش و کسب حد نصاب لازم در ارزشیابی بخش اورژانس، بستگی دارد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به‌طور کلی ارزشیابی اورژانس بیمارستان‌ها در سیستم ارزشیابی کل بیمارستان دارای جایگاه ویژه‌ای است. به دلیل حساسیت بخش اورژانس، ساختار و فرآیندهای ارائه خدمت در این بخش باید به گونه‌ای سازماندهی شود که بتواند با اعمال مدیریت کارآمد، عملکرد مناسبی در ارائه خدمات مطلوب به بیماران نیازمند داشته باشد. برای رسیدن به این اهداف بایستی ارزیابی دوره‌ای انجام شود که این ارزیابی دقیق و کارآمد نیاز به استانداردهایی دارد تا با مقایسه کمی و کیفی با استانداردها بتوان از چگونگی شرایط موجود، مطلع و برای رفع مشکلات آن اقدام کرد.^۴ فرآیند خودارزیابی و ارزیابی بیرونی سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی، بر اساس استانداردهای تعریف‌شده،

حوزه مدیریت و رهبری (۱۶ سوال)، منابع انسانی (۲۳ سوال)، فضا و تسهیلات فیزیکی (۱۹ سوال)، دارو و تجهیزات پزشکی (۶ سوال)، دستورالعمل‌ها و خط‌مشی‌ها (۱۲ سوال)، بیمار محوری (۱۰ سوال)، ثبت مستندات در پرونده بیمار (۵ سوال) کیفیت و اثربخشی خدمات (۱۳ سوال)، و شاخص‌های زمانی در اورژانس (۱۳ سوال) می‌باشد. سوالات به صورت دو جوابی شامل بلی/خیر، و دامنه امتیاز این سوالات ۱۰-۰ بود. در صورت تکمیل بودن مستندات امتیاز کامل برای سوال ثبت می‌شد؛ در صورت ناقص بودن مستندات براساس نظر کارشناس تکمیل‌کننده پرسش‌نامه، امتیاز بین ۹-۱ و در صورت عدم وجود مستندات امتیاز صفر برای آن سوال ثبت می‌شد. از بین سوالات ۵۱ سوال به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای بود که برای پاسخ حداکثر امتیاز ۱۰-۹ و پاسخ حداقل ۲-۱ امتیاز شامل می‌شد و در صورت عدم وجود مستندات برای آن سوالات امتیاز صفر در نظر گرفته می‌شد. حداکثر امتیاز حوزه مدیریت و رهبری برابر ۱۶۰ امتیاز، حوزه منابع انسانی برابر ۲۳۰ امتیاز، حوزه فضا و تسهیلات فیزیکی برابر ۱۹۰ امتیاز، حوزه دارو و تجهیزات و پزشکی ۶۰ امتیاز، حوزه دستورالعمل‌ها و خط‌مشی‌ها ۱۲۰ امتیاز، حوزه بیمارمحوری ۱۰۰ امتیاز، حوزه ثبت مستندات در پرونده بیمار ۵۰ امتیاز، حوزه کیفیت و اثربخشی خدمات ۱۳۰ امتیاز، و حوزه شاخص‌های زمانی در اورژانس ۱۳۰ امتیاز بود. در نهایت مجموع کل امتیاز پرسش‌نامه ۱۱۷۰ امتیاز بود.

برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به مطالعه بعد از هماهنگی با معاونت درمان دانشگاه و بیمارستان مورد ارزیابی، کارشناس مسئول اداره اورژانس بیمارستانی دانشگاه به بخش اورژانس بیمارستان منتخب مراجعه می‌نمود و براساس مستندات موجود در بخش، ارائه شده توسط سرپرستار بخش اورژانس و همچنین مشاهدات میدانی پرسش‌نامه مربوطه را تکمیل می‌نمود. مدت زمان مورد نیاز برای تکمیل هر پرسش‌نامه با توجه به پراکندگی بیمارستان‌ها و هماهنگی با مسئولین مربوطه جهت بازدید حدود یک تا دو روز کاری بود. طی ۱۶ هفته (هر هفته یک بیمارستان) اطلاعات لازم برای بخش اورژانس بیمارستان‌ها جمع‌آوری گردید.

برای نشان دادن وضع کلی عملکرد بخش‌های اورژانس امتیازات مربوط به هر حوزه نیز به صورت کلی جمع‌بندی

از آنجا که در حوزه ارزیابی و نظارت بر اورژانس بیمارستان‌ها تاکنون مطالعه جامعی در این خصوص صورت نگرفته است، این مطالعه با هدف ارزیابی عملکرد بخش اورژانس بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تبریز با استفاده از ابزار تأیید شده انجام گرفت تا با محور قرار گرفتن این ابزار به عنوان یک ابزار هماهنگ و دقیق در جهت ارزیابی بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های استان بتوان وضعیت بخش‌های اورژانس بیمارستانی را به صورت دقیق و کارآمد مورد ارزیابی قرار داد و همچنین با شناسایی نقاط ضعف بیمارستان‌ها، راه کارهای عملی و راهبردی برای ارتقای ارزیابی بیمارستان‌ها برنامه‌ریزی نمود.

روش کار

این مطالعه یک مطالعه توصیفی مقطعی بود که در محل بخش‌های اورژانس منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در فاصله زمانی دی ماه ۱۴۰۳ لغایت اردیبهشت ماه ۱۴۰۴ اجرا شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل کلیه بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های منتخب و وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز بوده و معیار خروجی برای این مطالعه وجود نداشت. تعداد ۱۶ بخش اورژانس بیمارستانی شامل تمام بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز به همراه ۶ بیمارستان محیطی (سطح یک) که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین شهرستان‌های پرجمعیت و با پراکندگی جغرافیایی مختلف استان انتخاب شدند تا نماینده‌ای از وضعیت اورژانس در سطح استان باشند. اسامی بیمارستان‌ها در گزارش نتایج به علت رعایت محرمانگی اطلاعات و اصول اخلاق نشر، ذکر نگردید.

پرسش‌نامه مورد استفاده در این مطالعه شامل دو قسمت بود. قسمت اول در خصوص اطلاعات کلی در مورد بخش اورژانس شامل نوع بیمارستان تک تخصصی یا جنرال، تعداد تخت فعال بیمارستان، تعداد تخت بستری و سرپایی بخش اورژانس و میزان مراجعین سالانه به اورژانس بیمارستان بود. برای طراحی قسمت دوم پرسش‌نامه، از پرسش‌نامه تایید شده در مطالعه اکبری ساری و همکاران استفاده شد که میزان پایایی (۰/۸۹) و تکرارپذیری (ICC) برابر ۰/۹۸ گزارش شده بود.^۴ این میزان گزارش شده نشان‌دهنده این است که ابزار مربوطه ابزاری روا و پایا می‌باشد. این پرسش‌نامه شامل ۱۱۷ سؤال و در ۹

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۶ بخش اورژانس بیمارستانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. ارزیابی توزیع نرمال داده‌های کمی با آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که متغیر امتیاز کل عملکرد اورژانس بیمارستان‌ها و تعداد مراجعین سالانه اورژانس توزیع نرمال داشتند (p به ترتیب برابر ۰/۸۴۴ و ۰/۴۹۹)، در حالی که توزیع متغیر تعداد تخت‌های بیمارستانی توزیع غیرنرمال داشت (p=۰/۰۱۲). میانگین و انحراف معیار نمره کلی و نمرات حوزه‌های مختلف عملکرد به تفکیک نوع بیمارستان در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، رتبه کلی تمام بخش‌ها در محدوده خوب تا خیلی خوب (بالا تر از ۸۰ از ۱۰۰) قرار دارد. حوزه «شاخص‌های زمانی» با میانگین $89/2 \pm 0/1$ و حوزه «بیمار محوری» با میانگین $80/7 \pm 7/3$ بهترین عملکرد را در بین ۹ حوزه داشتند. در مقابل، حوزه‌های «فضا و تسهیلات فیزیکی» ($72/4 \pm 10/8$) و «ثبات مستندات» ($70/1 \pm 9/0$) دارای پایین‌ترین میانگین نمره بودند.

شده و سپس با در نظر گرفتن بازه ممکن کسب امتیاز در هر حوزه، میزان عملکرد به صورت خیلی ضعیف (۰-۲۰ درصد)، ضعیف (۲۰-۴۰ درصد)، متوسط (۴۰-۶۰ درصد)، خوب (۶۰-۸۰ درصد)، خیلی خوب (۸۰-۹۰ درصد) و عالی (۹۰-۱۰۰ درصد) دسته‌بندی شد و عملکرد بخش‌های اورژانس بیمارستانی مشخص و گزارش گردید. پرسش‌نامه‌ها پس از تکمیل، جمع‌آوری و نتایج آنها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ وارد گردیدند. برای توصیف داده‌های کمی و کیفی به ترتیب از میانگین (انحراف معیار) و فراوانی (درصد) استفاده شد. برای ارزیابی توزیع نرمال داده‌های کمی از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده گردید. برای مقایسه امتیازات عملکردی در دو گروه براساس نوع بیمارستان از آزمون Independent Sample's T-Test استفاده شد. برای ارزیابی ارتباط بین متغیرهای کمی با توزیع نرمال از آزمون همبستگی پیرسون و متغیر کمی با توزیع غیرنرمال از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده گردید. در تمامی موارد P-value کمتر از ۰/۰۵ معنادار تلقی گردید.

جدول ۱. نمره ارزیابی بخش اورژانس مراکز درمانی جنرال و تک تخصصی در حوزه‌های مختلف عملکردی

مرکز	مدیریت و رهبری (۱۶۰)	منابع انسانی (۲۳۰)	فضا و تسهیلات فیزیکی (۱۹۰)	دارو و تجهیزات پزشکی (۶۰)	دستورالعمل و خط‌مشی‌ها (۱۲۰)	بیمار محوری (۱۰۰)	ثبت مستندات (۵۰)	کیفیت و اثربخشی خدمات (۱۳۰)	شاخص‌های زمانی (۱۳۰)	مجموع (۱۱۷۰)
	نمره (درصد)	نمره (درصد)	نمره (درصد)	نمره (درصد)	نمره (درصد)	نمره (درصد)	نمره (درصد)	نمره (درصد)	نمره (درصد)	نمره (درصد)
GH ₁	۱۲۸ (۸۰/۰۰)	۱۸۵ (۸۰/۴۳)	۱۷۳ (۹۱/۰۵)	۴۶ (۷۶/۶۶)	۱۰۷ (۸۹/۱۶)	۷۳ (۷۳/۰۰)	۳۵ (۷۰/۰۰)	۱۱۲ (۸۶/۱۵)	۱۲۰ (۹۲/۳۰)	۹۷۹ (۸۳/۶۸)
	۱۳۴ (۸۳/۷۵)	۱۹۱ (۸۳/۰۴)	۱۶۰ (۸۴/۲۱)	۳۹ (۶۵/۰۰)	۹۲ (۷۶/۶۶)	۷۹ (۷۹/۰۰)	۴۲ (۸۴/۰۰)	۱۱۵ (۸۸/۴۶)	۱۲۰ (۹۲/۳۰)	۹۷۲ (۸۳/۰۸)
GH ₂	۱۱۵ (۷۱/۸۷)	۱۸۲ (۷۹/۱۳)	۱۵۹ (۸۳/۶۸)	۵۱ (۸۵/۰۰)	۱۰۳ (۸۵/۸۳)	۹۲ (۹۲/۰۰)	۴۳ (۸۶/۰۰)	۱۱۵ (۸۸/۴۶)	۱۰۶ (۸۱/۵۳)	۹۶۶ (۸۲/۵۶)
	۱۱۴ (۷۱/۲۵)	۱۷۰ (۷۳/۹۱)	۱۳۰ (۶۸/۴۲)	۴۰ (۶۶/۶۶)	۹۱ (۷۵/۸۳)	۷۳ (۷۳/۰۰)	۳۲ (۶۴/۰۰)	۱۱۱ (۸۵/۳۸)	۱۲۰ (۹۲/۳۰)	۸۸۱ (۷۵/۳۰)
GH ₃	۱۱۸ (۷۳/۷۵)	۱۴۲ (۶۱/۷۳)	۱۴۴ (۷۵/۷۹)	۴۲ (۷۰/۰۰)	۸۹ (۷۴/۱۶)	۷۷ (۷۷/۰۰)	۱۷ (۳۴/۰۰)	۹۷ (۷۴/۶۱)	۱۲۰ (۹۲/۳۰)	۸۴۶ (۷۲/۳۱)
	۱۰۵ (۶۵/۶۲)	۱۷۲ (۷۴/۷۸)	۱۲۹ (۶۷/۸۹)	۳۰ (۵۰/۰۰)	۱۰۳ (۸۵/۸۳)	۶۰ (۶۰/۰۰)	۲۳ (۴۶/۰۰)	۱۰۹ (۸۳/۸۵)	۱۱۵ (۸۸/۴۶)	۸۴۶ (۷۲/۳۱)
GH ₄	۱۰۱ (۶۳/۱۲)	۱۷۰ (۷۳/۹۳)	۱۱۵ (۶۰/۵۲)	۴۱ (۶۸/۳۳)	۹۰ (۷۵/۰۰)	۶۶ (۶۶/۰۰)	۳۷ (۷۴/۰۰)	۱۰۲ (۷۸/۴۶)	۱۲۰ (۹۲/۳۰)	۸۳۶ (۷۱/۴۵)
	۸۹ (۵۵/۶۲)	۱۵۰ (۶۵/۲۲)	۹۹ (۵۲/۱۰)	۳۸ (۶۳/۳۳)	۶۵ (۵۴/۱۶)	۸۱ (۸۱/۰۰)	۳۷ (۷۴/۰۰)	۱۱۴ (۸۷/۶۹)	۱۲۲ (۹۳/۸۴)	۷۹۵ (۶۷/۹۵)

حوزه عملکردی									
مدیریت و رهبری (۱۶۰)	منابع انسانی (۲۳۰)	فضا و تسهیلات فیزیکی (۱۹۰)	دارو و تجهیزات پزشکی (۶۰)	دستورالعمل و خطمشی‌ها (۱۲۰)	بیمار محوری (۱۰۰)	ثبت مستندات (۵۰)	کیفیت و اثربخشی خدمات (۱۳۰)	شاخص‌های زمانی (۱۳۰)	مجموع (۱۱۷۰)
نمره (درصد)	نمره (درصد)	نمره (درصد)	نمره (درصد)	نمره (درصد)	نمره (درصد)	نمره (درصد)	نمره (درصد)	نمره (درصد)	نمره (درصد)
GH ₉	۴۵ (۲۸/۱۲)	۱۵۷ (۶۸/۲۶)	۹۸ (۵۱/۵۸)	۴۱ (۶۸/۳۳)	۷۷ (۶۴/۱۶)	۶۹ (۶۹/۰۰)	۲۹ (۵۸/۰۰)	۹۹ (۷۶/۱۵)	۱۲۰ (۹۲/۳۰)
	۱۴۸ (۹۲/۵۰)	۱۶۰ (۶۹/۵۶)	۱۵۵ (۸۱/۵۸)	۵۰ (۸۳/۳۳)	۸۹ (۷۴/۱۷)	۷۸ (۷۸/۰۰)	۴۲ (۸۴/۰۰)	۱۱۲ (۸۶/۱۵)	۹۶۲ (۸۲/۲۲)
SH ₁	۱۳۴ (۸۳/۷۵)	۱۸۹ (۸۲/۱۷)	۱۲۰ (۶۳/۱۶)	۴۳ (۷۱/۶۷)	۱۰۵ (۸۷/۵۰)	۸۶ (۸۶/۰۰)	۴۳ (۸۶/۰۰)	۱۱۴ (۸۷/۶۹)	۹۴۴ (۸۰/۶۸)
	۱۲۹ (۸۰/۶۲)	۱۷۷ (۷۶/۹۵)	۱۳۲ (۶۹/۴۷)	۴۷ (۷۸/۳۳)	۹۹ (۸۲/۵۰)	۸۲ (۸۲/۰۰)	۴۷ (۹۴/۰۰)	۹۸ (۷۵/۳۸)	۹۳۲ (۷۹/۶۶)
SH ₃	۱۲۳ (۷۶/۸۷)	۱۵۹ (۶۹/۱۳)	۱۳۲ (۶۹/۴۷)	۴۵ (۷۵/۰۰)	۱۰۲ (۸۵/۵۰)	۷۸ (۷۸/۰۰)	۳۹ (۷۸/۰۰)	۱۱۰ (۸۴/۶۲)	۹۰۷ (۷۷/۵۲)
	۱۳۵ (۸۴/۳۷)	۱۵۸ (۶۸/۶۹)	۱۱۰ (۵۷/۸۹)	۴۰ (۶۶/۶۷)	۱۰۶ (۸۳/۳۳)	۸۹ (۸۹/۰۰)	۳۸ (۷۶/۰۰)	۱۰۸ (۸۳/۰۸)	۸۹۴ (۷۶/۴۱)
SH ₅	۱۳۳ (۸۳/۱۲)	۱۴۵ (۶۳/۰۴)	۱۱۰ (۵۷/۸۹)	۵۵ (۹۱/۶۷)	۸۵ (۷۰/۸۳)	۸۰ (۸۰/۰۰)	۴۱ (۸۲/۰۰)	۱۰۲ (۷۸/۴۶)	۸۷۶ (۷۴/۸۷)
	۱۰۳ (۶۴/۳۷)	۱۶۳ (۷۰/۸۶)	۱۱۶ (۶۱/۰۵)	۴۶ (۷۶/۶۷)	۱۰۴ (۸۶/۶۷)	۷۱ (۷۱/۰۰)	۴۵ (۹۰/۰۰)	۹۳ (۷۱/۵۴)	۸۴۵ (۷۲/۲۲)

GH: بیمارستان جنرال (General Hospital); SH: بیمارستان تک تخصصی (Specialized Hospital)

پزشکی تبریز انجام شد. براساس نتایج به‌دست آمده از مطالعه، عملکرد کلی تمام مراکز درمانی مورد بررسی در محدوده عملکردی خیلی خوب و خوب قرار داشتند. میانگین نمره کلی مراکز ۸۸۸/۵۰ (۷۵/۹۴ درصد-رتبه خوب) بود. مهم‌ترین نقاط قوت مراکز درمانی، حوزه‌های شاخص‌های زمانی (با میانگین نمره ۸۹/۲ از ۱۰۰) و بیمار محوری (با میانگین نمره ۸۵/۷ از ۱۰۰) بود. در مقابل، حوزه‌های فضا و تسهیلات فیزیکی (با میانگین نمره ۷۲/۴ از ۱۰۰) و ثبت مستندات (با میانگین نمره ۷۵/۱ از ۱۰۰) به عنوان نقاط ضعف نسبی شناسایی شدند.

مطالعات نشان می‌دهد که بیش از ۴۰ درصد از بیماران بستری در بیمارستان و ۷۰ درصد از بیماران بخش مراقبت‌های ویژه از طریق بخش اورژانس وارد می‌شوند. تاکنون، شفافیت کمی برای بیماران در انتخاب بهترین مراقبت‌های اورژانسی وجود داشته است.^{۱۳} امروزه در کشورهای در حال توسعه، دولت‌ها از اعتباربخشی به‌عنوان ابزاری برای تضمین کیفیت مراقبت استفاده می‌کنند. استانداردهای بین‌المللی، کمیسیون مشترک بین‌المللی (JCI)، مبنای اعتباربخشی در سراسر جهان است.^۵

بر اساس آزمون همبستگی پیرسون، رابطه آماری معناداری بین نمره کلی عملکرد و تعداد مراجعین سالانه اورژانس ($r = ۰/۱۱۳$, $P = ۰/۶۱۲$) یافت نشد. آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین نمره کلی عملکرد با تعداد تخت‌های بیمارستانی رابطه آماری معناداری وجود ندارد ($r = ۰/۲۵۹$, $P = ۰/۳۳۳$).

برای شناسایی نقاط قوت و ضعف عمده در بین بیمارستان‌ها، حوزه‌هایی که در اکثر مراکز به‌طور ثابت نمره بالا یا پایین کسب کرده بودند، مورد تحلیل قرار گرفتند. حوزه‌های "شاخص‌های زمانی" (۸۷/۵ درصد) و "بیمار محوری" (۷۵ درصد) به ترتیب فراگیرترین نقاط قوت سیستم بودند. در مقابل، "فضا و تسهیلات فیزیکی" (۶۸/۸ درصد) و "ثبت مستندات" (۵۰ درصد) به‌عنوان شایع‌ترین نقاط ضعف نسبی شناسایی شدند.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی ارزیابی عملکرد بخش اورژانس بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم

مدت زمان بستری در اورژانس و میزان استفاده از منابع را بهبود بخشید.^{۱۹}

در حوزه ارزیابی فضا و تسهیلات فیزیکی، ۴ بیمارستان (۲۵ درصد) در وضعیت متوسط، ۸ بیمارستان (۵۰ درصد) در وضعیت خوب، ۳ بیمارستان (۱۸/۷۵ درصد) در وضعیت خیلی خوب و یک بیمارستان (۶/۲۵ درصد) در وضعیت عالی قرار داشتند. میانگین نمره کل مراکز ۱۳۰/۱۲ (۶۸/۴۸ درصد-رتبه خوب) بود. روو و کناکس (Rowe & Knox) گزارش کرده‌اند که محیط فیزیکی بخش اورژانس تأثیر قابل توجهی بر عملکرد دارد. طبق نتایج مطالعات، یک محیط فیزیکی منظم، اثربخشی را افزایش داده و سرعت و دقت در ارائه خدمات را بهبود می‌بخشد.^{۲۰} با این حال، محیط فیزیکی بخش‌های اورژانس نیاز به توجه بیشتری نسبت به سایر بخش‌ها دارد.^{۲۱}

در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی، یک بیمارستان (۶/۲۵ درصد) در وضعیت متوسط، ۱۲ بیمارستان (۷۵ درصد) در وضعیت خوب، ۲ بیمارستان (۱۲/۵ درصد) در وضعیت خیلی خوب و یک بیمارستان (۶/۲۵ درصد) در وضعیت عالی قرار داشتند. میانگین نمره مراکز ۴۳/۷۵ (۷۲/۹۲ درصد-رتبه خوب) بود. تجهیزات پزشکی به میزان زیادی در اثربخشی کیفیت خدمات درمانی نقش دارند. نقص عملکرد و عدم دسترسی به تجهیزات پزشکی در موسسات درمانی بر ارائه خدمات درمانی به عموم تأثیر می‌گذارد. زمزم (Zamzam) و همکارانش در خصوص تجهیزات پزشکی در مراکز درمانی چنین نتیجه‌گیری کردند که به‌کارگیری تکنیک‌های مناسب و اتخاذ الگوریتم‌های هوش مصنوعی و یا یادگیری ماشین منجر به انطباق با استانداردهای ملی و الزامات قانونی می‌شوند.^{۲۲} در راستای نتایج این پژوهش پیلای (Pillay) و همکارانش هم در بررسی خود در یک ممیزی در بیمارستانی در ژوهانسبورگ آفریقای جنوبی نشان دادند که کاستی‌های خاص در تجهیزات مدیریت راه هوایی اورژانس وجود داشته و علل این کمبودها بررسی نشده است.^{۲۳}

در حوزه دستورالعمل و خط‌مشی‌ها، یک بیمارستان (۶/۲۵ درصد) در وضعیت متوسط، ۷ بیمارستان (۴۳/۷۵ درصد) در وضعیت خوب و ۸ بیمارستان (۵۰ درصد) در وضعیت خیلی خوب قرار داشتند. میانگین نمره مراکز ۹۴/۱۸ (۷۸/۴۸ درصد-رتبه خوب) بود. عزیززاده و

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که در حوزه مدیریت و رهبری بخش اورژانس مراکز درمانی، یک بیمارستان (۶/۲۵ درصد) رتبه ضعیف، یک بیمارستان (۶/۲۵ درصد) رتبه متوسط، ۸ بیمارستان (۵۰ درصد) رتبه خوب، ۵ بیمارستان (۳۱/۲۵ درصد) رتبه خیلی خوب و یک بیمارستان (۶/۲۵ درصد) رتبه عالی را کسب کرده‌اند. میانگین نمره تمامی مراکز ۱۱۵/۸۷ (۷۲/۴۲ درصد-رتبه خوب) بود. در راستای این نتایج، برخی مطالعات نشان داده‌اند که مدیریت و رهبری یک تیم در بخش اورژانس مهارت حیاتی بوده و بر عملکرد تیم و مراقبت از بیمار تأثیر بسزایی دارد. رهبران تیم دارای صلاحیت بالینی بوده، ساختار و جهت کلی را برای تیم فراهم کرده و نظارت موثر بر فعالیت‌های سایر اعضای تیم دارند؛ همچنین اعضای تیم را در صورت لزوم راهنمایی کرده و گاهی اوقات مراقبت‌های عملی لازم را از بیمار انجام می‌دهند.^{۱۴} دانش در مورد رهبری بالینی، کاربرد آن، توانمندی در تصمیم‌گیری، مدیریت بخش، توانایی تأثیرگذاری بر محیط، اعتماد به نفس در رهبری و تسهیل تیم می‌باشد.^{۱۵} فورد (Ford) و همکارانش در مطالعه خود نشان دادند که رهبری فرآیندهای مراقبت در تروما را بهبود داده و قابلیت ارتقا از طریق آموزش را دارد. سبک و ساختار بهینه رهبری تحت تأثیر ویژگی‌های بیمار و ترکیب تیم قرار دارد.^{۱۶} روزنمن (Rosenman) و همکارانش به این نتیجه رسیدند که با وجود اینکه توانمندی رهبری و مدیریت تیمی در مراقبت از بیمار وجود دارد؛ ولی رویکرد استاندارد برای ارزیابی رهبری تیمی در بخش اورژانس وجود ندارد.^{۱۷}

نتایج مطالعه کنونی نشان داد که در حوزه منابع انسانی، ۱۳ بیمارستان (۸۱/۲۵ درصد) در وضعیت خوب و ۳ بیمارستان (۱۸/۷۵ درصد) در وضعیت خیلی خوب قرار داشتند. میانگین نمره کل مراکز ۱۶۶/۸۷ (۷۲/۵۵ درصد-رتبه خوب) بود. در راستای نتایج این پژوهش، مطالعه اپورناک (Apornak) نشان داد که استانداردسازی تعداد و نحوه توزیع نیروهای انسانی در بخش‌ها برای افزایش کارایی و کیفیت خدمات ارائه شده به بیمار و بهره‌وری در بیمارستان‌ها ضروری است.^{۱۸} دوما و ارینگیری (Duma & Aringhieri) نیز گزارش کردند اگر تصمیمات تخصیص منابع برای اجرای فعالیت‌ها، فعالیت‌های احتمالی بعدی را نیز در نظر بگیرد، می‌توان میانگین زمان مراجعه به پزشک،

محافظت از متخصصان و مؤسسات مراقبت‌های بهداشتی در صورت طرح دعوی کمک می‌کند. علاوه بر این، می‌تواند به‌طور قابل توجهی در زمینه تحقیقات پزشکی و توسعه شیوه‌های مبتنی بر شواهد نقش داشته باشد و در نتیجه دانش پزشکی را پیش ببرد و مراقبت‌های آینده از بیمار را بهبود بخشد.^{۳۰}

در حوزه کیفیت و اثربخشی خدمات، ۷ بیمارستان (۴۳/۷۵ درصد) در وضعیت خوب و ۹ بیمارستان (۵۶/۲۵ درصد) در خیلی خوب قرار داشتند. میانگین نمره مراکز ۱۰۶/۹۴ (۸۷/۸۴ درصد-رتبه خیلی خوب) بود. در ارائه خدمات اورژانسی، خدمات با کیفیت بالا برای مراقبت از بیمار از اهمیت بالایی برخوردارند.^{۳۱} کیفیت داده‌ها شامل ابعاد مختلفی مانند دقت، قابلیت اطمینان، کامل بودن، به موقع بودن، یکپارچگی و محرمانگی می‌باشد.^{۳۲} اندازه‌گیری شاخص‌های کیفیت داده‌ها برای ارائه شواهد قابل اعتماد به سیاست‌گذاران جهت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی بهتر برای ارائه خدمات درمانی با کیفیت بالا ضروری بوده^{۳۳} و کیفیت داده‌های مراقبت‌های بهداشتی نه تنها برای مراقبت از بیمار مهم است، بلکه اثربخشی و کارایی عملکرد متخصصان مراقبت‌های درمانی و خدمات آنها را نیز افزایش می‌دهد.^{۳۴، ۳۵}

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، در حوزه ارزیابی شاخص‌های زمانی، ۵ بیمارستان (۳۱/۲۵ درصد) در وضعیت خیلی خوب و ۱۱ بیمارستان (۶۸/۷۵ درصد) در وضعیت عالی قرار داشتند. میانگین نمره مراکز ۱۱۷/۵۰ (۹۰/۳۸ درصد-رتبه عالی) بود. اندازه‌گیری و تحلیل زمان ارائه خدمات در بخش اورژانس، راهی برای بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی است. آمینا و همکارانش نشان دادند که میانگین زمان انتظار بیماران بستری در بیمارستان بهارلو تهران مناسب است. میانگین زمان انتظار بیمار از تریاژ تا ویزیت پزشک ۶ دقیقه و میانگین زمان بین معاینات تا خروج از اورژانس ۱۸۰ دقیقه محاسبه شد. کل زمان اقامت در بخش اورژانس حدود ۲۱۰ دقیقه تخمین زده شد. عواملی مانند به‌کارگیری سیستم حاکمیت بالینی و حضور متخصص طب اورژانس مقیم، نقش مهمی در کاهش زمان انتظار در بخش اورژانس داشته است.^{۳۶}

از محدودیت‌های این مطالعه، ارزیابی بخش اورژانس‌ها به‌صورت منتخب به‌علت محدودیت‌های زمانی

همکارانش هم در مطالعه خود چنین نتیجه‌گیری کردند که با ایجاد چارچوبی برای استفاده از راهنماهای بالینی می‌توان از خطاهایی که معمولاً در شرایط غیرطبیعی، نامطلوب و غیرقابل پیش‌بینی رخ می‌دهند، جلوگیری کرد. در این مطالعه بهبود استفاده از دستورالعمل‌های بالینی در بخش اورژانس گزارش شده است.^{۳۴} در این راستا در مطالعه زائویا (Zaouya) و همکارانش هم در اجرای دستورالعمل استاندارد تریاژ، شکاف بین وضعیت موجود اجرای فرایند و وضعیت ایده‌آل وجود داشت.^{۳۵}

به‌علاوه نتایج مطالعه کنونی نشان داد در حوزه بیمارمحوری، ۱۰ بیمارستان (۶۲/۵۰ درصد) در وضعیت خوب، ۵ بیمارستان (۳۱/۲۵ درصد) و یک بیمارستان (۶/۲۵ درصد) در وضعیت عالی قرار داشتند. میانگین نمره مراکز ۷۷/۱۲ (۷۷/۱۲ درصد-رتبه خوب) بود. مراقبت بیمارمحور یک اولویت نوظهور در بسیاری از مراکز درمانی بوده، اما در بخش اورژانس فاقد شفافیت کافی می‌باشد. والش (Walsh) و همکارانش در مطالعه خود نشان دادند که مراقبت بیمارمحور برای بخش اورژانس ارزش بالایی داشته و باید در عمل استانداردسازی در این موضوع صورت پذیرد.^{۳۶} اسکویی (Schwei) و همکارانش هم چنین نتیجه‌گیری کردند که برای توصیف مراقبت بیمارمحور در بیماران اورژانسی، باید کارهای بیشتری انجام شود.^{۳۷}

در حوزه ثبت مستندات پزشکی، یک بیمارستان (۶/۲۵ درصد) در وضعیت ضعیف، ۲ بیمارستان (۱۲/۵۰ درصد) در وضعیت متوسط، ۶ بیمارستان (۳۷/۵۰ درصد) در وضعیت خوب، ۵ بیمارستان (۳۱/۲۵ درصد) در وضعیت خیلی خوب و ۲ بیمارستان (۱۲/۵۰ درصد) در وضعیت عالی قرار داشتند. میانگین نمره مراکز ۳۶/۸۷ (۷۳/۸۴ درصد-رتبه خوب) بود. وضعیت عملکرد بخش اورژانس در حوزه مستندسازی می‌تواند شاخص مهمی در اعتبار آن بیمارستان محسوب شود. یافته‌های اکثر مطالعات نشان داده است که مستندسازی شرایط بالینی بیمار از جنبه‌های حیاتی در بخش اورژانس و گامی حیاتی در ارزیابی بیمار است، جایی که زمان بسیار مهم است. این اطلاعات می‌تواند عواقب مرگ و زندگی داشته باشد.^{۳۸، ۳۹} مستندسازی شفاف و جامع فراتر از مراقبت فوری از بیمار است و با ارائه سابقه قانونی از مراقبت‌های ارائه شده و تصمیمات گرفته شده، عملکردی حیاتی برای اهداف پزشکی-قانونی دارد. این امر به

مربوطه که در اجرای طرح تحقیقاتی همکاری داشتند، تقدیر و سپاسگزاری می‌نمایند. همچنین نویسندگان این مقاله از واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران بابت حمایت و همکاری در انجام این تحقیق تقدیر و تشکر می‌کنند.

مشارکت پدیدآوران

هانیه ابراهیمی بختور در طراحی مطالعه، اجرای مطالعه و تهیه دست‌نوشته؛ زهرا حسین‌نژاد در جمع‌آوری داده‌ها؛ پروانه محمودی در طراحی مطالعه و تهیه دست‌نوشته؛ فریبا ولیزاده در طراحی مطالعه، تجزیه و تحلیل داده‌ها و فرزاد رحمانی در طراحی مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها و تهیه دست‌نوشته مشارکت داشته‌اند. نسخه نهایی مورد تایید تمامی نویسندگان می‌باشد.

منابع مالی

این مطالعه با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد IR.TBZMED.REC.1403.252 به تصویب رسیده است. محرمانگی اطلاعات و داده‌ها در این مطالعه رعایت گردیده است.

استفاده از هوش مصنوعی

نویسندگان اعلام می‌دارند در نوشتن مقاله از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی از بابت تالیف یا انتشار این مقاله وجود ندارد.

References

1. Baratloo A, Rahmati F, Forouzanfar MM, Hashemi B, Motamedi M, Safari S. Evaluation of Performance Indexes of Emergency Department. *Iranian Journal of Emergency Medicine*. 2015; 2(1): 33-38. doi: 10.22037/ijem.v2i1.8135. (Persian)
2. Rahmani F, Rezazadeh F, Ala A, Soleimanpour M, Mehdizadeh Esfajani R, Soleimanpour H.

مسئول ارزیابی جهت حضور در بخش اورژانس بیمارستان‌ها بود. محدودیت دیگر تک مرکزی بودن مطالعه بود که در محدوده عملیاتی یک دانشگاه این پروژه اجرا گردید. همچنین با عنایت به محدود بودن مطالعات در زمینه ارزیابی اکثر حوزه‌های مختلف عملکردی بخش اورژانس، نتوانستیم در قسمت بحث، نتایج مطالعه خودمان را با نتایج سایر مطالعات مقایسه نماییم.

نتیجه‌گیری

به‌صورت کلی، اگرچه ارزیابی‌های انجام شده نشان‌دهنده عملکرد کلی مطلوب بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های مورد مطالعه است، اما این نتایج ضرورت توجه و مداخله در دو حوزه کلیدی "فضا و تسهیلات فیزیکی" و "ثبات مستندات" را نمایان می‌سازد. پیشنهاد می‌شود مسئولان و سیاست‌گذاران حوزه درمان با سرمایه‌گذاری در نوسازی و توسعه فیزیکی بخش‌های اورژانس و نیز استقرار سیستم‌های نظارتی و آموزشی برای ارتقای کیفیت مستندات پزشکی، زمینه ارتقای پایدار کیفیت خدمات در این بخش حیاتی را فراهم نمایند.

پیامدهای عملی پژوهش

ارزیابی عملکرد بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تبریز نشان‌دهنده عملکردی در محدوده خوب و خیلی خوب است. اما، علی‌رغم نتایج خوب و خیلی خوب؛ نیاز به برنامه ریزی جهت ارتقا کیفیت در تمام حوزه‌ها وجود دارد. با توجه به نتایج عملکردی اورژانس در حوزه منابع انسانی، نیاز به توجه ویژه در این حوزه احساس می‌شود.

قدردانی‌ها

اعضای تیم پژوهشی از تمام سرپرستاران محترم بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها و کادر محترم بخش‌های

- Evaluation of Overcrowding of Emergency Department in Imam Reza Hospital in 2015 by Implementing 2 Scales: NEDOCS and EDWIN. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2017; 19(6): 1-4. doi: 10.5812/ircmj.15609
3. Jones PG, Van der Werf B. Emergency department crowding and mortality for patients presenting to

- emergency departments in New Zealand. *Emerg Med Australas.* 2021; 33(4): 655-664. doi: 10.1111/1742-6723.13699
4. Akbarisari A, Habibi F, Khosravi B, Hamouzadeh P, Yousefvand M. Designed Questionnaire to Evaluate the Performance of Hospital Emergency. *Journal of Hospital.* 2020; 19(1): 44-51. (Persian)
5. Hashemi B, Motamedi M, Etemad M, Rahmati F, Forouzanfar MM, Kaghazchi F. An Audit of Emergency Department Accreditation Based on Joint Commission International Standards (JCI). *Emerg (Tehran).* 2014; 2(3): 130-133.
6. Benor DE. Faculty development, teacher training and teacher accreditation in medical education: twenty years from now. *Med Teach.* 2000; 22(5): 503-512. doi: 10.1080/01421590050110795
7. Jaafariipooyan E, Agrizzi D, Akbari-Haghighi F. Healthcare accreditation systems: further perspectives on performance measures. *Int J Qual Health Care.* 2011; 23(6): 645-656. doi: 10.1093/intqhc/mzr063
8. Dinmohammadii M, Abbasi M, Jalali A. Emergency performance indices in emergency centers of teaching hospitals of Zanzan University of Medical Sciences. *Qom University of Medical Sciences Journal.* 2021; 15(2): 84-91. doi: 10.52547/qums.15.2.84. (Persian)
9. Cheshmekaboodi M, Ahmadi T, Nikbazm R, Mohammadi R, Zarduee Golanbari S, Mohammadi A. Analysis of Performance Indices of emergency Departments in Educational Hospitals of Kermanshah University of Medical Sciences Before and After Implementation of Health Sector Evolution Plan. *Journal of Healthcare Management Research.* 2020; 10(4): 55-66. (Persian)
10. Mayelafshar M, Noohi F, Riahi L, Nikravan A. Key performance indicators of emergency department: A literature review. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing.* 2019; 8(1): 10-19. (Persian)
11. Roppolo LP, Morris DW, Khan F, Downs R, Metzger J, Carder T, et al. Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation). *J Am Coll Emerg Physicians Open.* 2020; 1(5): 898-907. doi: 10.1002/emp2.12138
12. Casalino E, Choquet C, Bernard J, Debit A, Doumenc B, Berthoumieu A, et al. Predictive variables of an emergency department quality and performance indicator: a 1-year prospective, observational, cohort study evaluating hospital and emergency census variables and emergency department time interval measurements. *Emerg Med J.* 2013; 30(8): 638-645. doi: 10.1136/emered-2012-201404
13. ACEP. Emergency Department Accreditation Program. www.acep.org/edap
14. Dinh JV, Schweissing EJ, Venkatesh A, Traylor AM, Kilcullen MP, Perez JA, et al. The study of teamwork processes within the dynamic domains of healthcare: a systematic and taxonomic review. *Front Commun (Lausanne).* 2021; 6: 1-8. doi: 10.3389/fcomm.2021.617928
15. Palmer S, Rodrigues Amorim Adegboye A, Hooper G, Khan A, Leech C, Moore A, et al. Leadership training in emergency medicine: A national survey. *AEM Educ Train.* 2024; 8(6): 1-8. doi: 10.1002/aet2.11047
16. Ford K, Menchine M, Burner E, Arora S, Inaba K, Demetriades D, et al. Leadership and Teamwork in Trauma and Resuscitation. *West J Emerg Med.* 2016; 17(5): 549-556. doi: 10.5811/westjem.2016.7.29812
17. Rosenman ED, Branzetti JB, Fernandez R. Assessing Team Leadership in Emergency Medicine: The Milestones and Beyond. *J Grad Med Educ.* 2016; 8(3): 332-340. doi: 10.4300/jgme-d-15-00400.1
18. Apornak A. Human resources allocation in the hospital emergency department during COVID-19 pandemic. *Int J Healthc Manag.* 2021; 14(1): 264-270. doi: 10.1080/20479700.2020.1861173
19. Duma D, Aringhieri R. Real-time resource allocation in the emergency department: A case study. *Omega.* 2023; 117: 1-16. doi: 10.1016/j.omega.2023.102844
20. Rowe A, Knox M. The impact of the healthcare environment on patient experience in the emergency department: a systematic review to understand the implications for patient-centered design. *HERD.* 2023; 16(2): 310-329. doi: 10.1177/19375867221137097
21. Lin IC, Chiu PW, Lin CH. Impact of the Emergency Procedure Zone on Emergency Care. *Medicina (Kaunas).* 2023; 59(5): 1-10. doi: 10.3390/medicina59050901
22. Zamzam AH, Abdul Wahab AK, Azizan MM, Satapathy SC, Lai KW, Hasikin K. A Systematic Review of Medical Equipment Reliability Assessment in Improving the Quality of Healthcare Services. *Front Public Health.* 2021; 9: 1-12. doi: 10.3389/fpubh.2021.753951
23. Pillay S, Hoffman D, Parris P. Audit of emergency airway drugs and equipment at a Johannesburg hospital. *Afr J Emerg Med.* 2022; 12(4): 406-409. doi: 10.1016/j.afjem.2022.08.002
24. Azizzadeh M, Jannati A, Rahmani F, Naghibi D, Abdi A, Shahsavarinia K, et al. Assessing the Compliance of Emergency Department of Hospital Performance with Clinical Guidelines: A Case Study. *Depiction of Health.* 2022; 13(2): 223-233. doi: 10.34172/doh.2022.29. (Persian)
25. Zaouya N, Chaeib E, Sahli J, Zedini C. 78 Clinical audit of emergency department triage: the impact of

- interventional strategies. *BMJ Open Quality*. 2025; 14(Suppl 2): A102-A103. doi: 10.1136/bmjopen-2025-IHI.78
26. Walsh A, Bodaghkhani E, Etchegary H, Alcock L, Patey C, Senior D, et al. Patient-centered care in the emergency department: a systematic review and meta-ethnographic synthesis. *Int J Emerg Med*. 2022; 15(1): 1-12. doi: 10.1186/s12245-022-00438-0
27. Schwei RJ, Hoang L, Wilson P, Greene MZ, Lor M, Shah MN, et al. Patient-centered care outcomes for patients in the emergency department with a non-English language preference: A scoping review. *Patient Educ Couns*. 2023; 114: 107875. doi: 10.1016/j.pec.2023.107875
28. Mohamed KO, Abdalle HMH, Mohamed MA, Abbasher Hussien Mohamed Ahmed K. Improving Emergency Department Documentation Through SAMPLE Tool Implementation: A Clinical Audit From Sudan. *Clinical Audit*. 2024; 16: 77-86. doi: 10.2147/CA.S477811
29. Cheung K, Yip CS. Documentation Completeness and Nurses' Perceptions of a Novel Electronic App for Medical Resuscitation in the Emergency Room: Mixed Methods Approach. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2024; 12: 1-10. doi: 10.2196/46744
30. Watkins T, Aguero SM, Jaecks M. Impact of Clinical Decision Support on Time to Order Resolution for Patients with Documented Allergies. *Pharmacy (Basel)*. 2018; 6(3): 1-6. doi: 10.3390/pharmacy6030080
31. Mashoufi M, Ayatollahi H, Khorasani-Zavareh D, Talebi Azad Boni T, et al. Data quality assessment in emergency medical services: an objective approach. *BMC Emerg Med*. 2023; 23(1): 1-9. doi: 10.1186/s12873-023-00781-2
32. Chan M, Kazatchkine M, Lob-Levyt J, Obaid T, Schweizer J, Sidibe M, et al. Meeting the demand for results and accountability: a call for action on health data from eight global health agencies. *PLoS Med*. 2010; 7(1): 1-4. doi: 10.1371/journal.pmed.1000223
33. Sligo J, Gauld R, Roberts V, Villa L. A literature review for large-scale health information system project planning, implementation and evaluation. *Int J Med Inform*. 2017; 97: 86-97. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2016.09.007
34. Porter SC, Forbes P, Manzi S, Kalish LA. Patients providing the answers: narrowing the gap in data quality for emergency care. *Qual Saf Health Care*. 2010; 19(5): 1-6. doi: 10.1136/qshc.2009.032540
35. Whipple EC, Dixon BE, McGowan JJ. Linking health information technology to patient safety and quality outcomes: a bibliometric analysis and review. *Inform Health Soc Care*. 2013; 38(1): 1-14. doi: 10.3109/17538157.2012.678451
36. Amina S, Barrati A, Sadeghifar J, Sharifi M, Toulideh Z, Gorji HA, et al. Measuring and Analyzing Waiting Time Indicators of Patients' Admitted in Emergency Department: A Case Study. *Glob J Health Sci*. 2015; 8(1): 143-149. doi: 10.5539/gjhs.v8n1p143