

Original Article

Causes of mortality in patients referred to emergency unit of Tabriz Imam Reza hospital, in 2014-2015

Kavous Shahsavari nia¹, Amir Ghaffar zad², Alireza Ala², Hossein Alikhah³, seyede Arezou Ghoreishi², Elnaz Asghari⁴, Zahra Motazedi^{5*}

¹Road Traffic Injury Research Center, Department of Emergency Medicine Research, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Department of Emergency Medicine Research, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³Resident of Emergency Medicine, Department of Emergency Medicine Research, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴Ph.D. Student of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁵Infectious and Tropical Disease Research Center, Sina Medical Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

*Corresponding author; E-mail: zmotazedi64@gmail.com

Received: 22 January 2016 Accepted: 8 May 2016 First Published online: 9 December 2017
Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2018 February-March; 39(6):57-64

Abstract

Background: Being the first-line treatment of patients, emergency units have an especial importance. The mortality of patients in the emergency department is a problem that has been exacerbated in recent years. Further studies on the causes of death are required in the emergency for correct judgment. This study is conducted in order to better understand the causes of death, in patients referred to emergency unit of Tabriz Imam Reza hospital in 2014 – 2015.

Methods: This cross-sectional study was carried out on the profiles of all patients admitted to the emergency department of Tabriz Imam Reza hospital. Demographic data and causes of death were extracted.

Results: Of the 604 patients who died in the emergency department, 60.6% were men, 54.6% married and 31.5% had over 75 years. The most common causes of death were internal illnesses (22.2%) and trauma (19%). In total, 39.1% patients were died before in the emergency department and 32.1% of patients were referred from another hospitals.

Conclusion: It seems that internal illnesses and trauma are the most common causes of death in the emergency department. The high rate of mortality shows the importance of early aids and proper referral system.

Keywords: Mortality, Emergency, Hospital, Education and Treatment Center, Causes

How to cite this article: Shahsavari nia K, Ghaffar zad A, Ala A.R, Alikhah H, Ghoreishi S.A, Asghari E, Motazedi Z. [Causes of mortality in patients referred to emergency unit of Tabriz Imam Reza hospital, in 2014-2015]. Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2018 February-March;39(6):57-64. Persian.

مقاله پژوهشی

علل مرگ و میر در مراجعین اورژانس مرکز آموزشی- درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع) تبریز در سال ۱۳۹۳

کاووس شهسواری نیا^۱، امیر غفارزاد^۲، علیرضا علا^۳، حسین علیخواه^۴، سیده آرزو قریشی^۵، ال ناز اصغری^۶، زهرا معتمدی^{۵*}

^۱ مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب حوادث جاده‌ای، گروه آموزشی طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲ مرکز پژوهشی طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۳ رزیدنت طب اورژانس، مرکز پژوهشی طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۴ دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۵ مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، مرکز آموزشی درمانی سینا، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^{*} نویسنده رابط؛ ایمیل: zmotazedi64@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۲ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۱۹ انتشار برخط: ۱۳۹۶/۹/۱۸
 مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز. بهمن و اسفند ۱۳۹۶؛ ۳۹(۶): ۵۷-۶۴

چکیده

زمینه: اورژانس بیمارستان بعنوان خط اول برخورد با بیماران دارای اهمیت ویژه‌ای است. مرگ و میر بیماران در بخش اورژانس مشکلی است که در سال‌های اخیر تشدید یافته است. از این رو مطالعات بیشتری جهت کسب اطلاعات دقیق و برنامه ریزی صحیح در مورد علل و کنترل مرگ و میر در اورژانس مورد نیاز است. مطالعه حاضر با هدف توصیف علل مرگ و میر در بیماران مراجعه کننده به اورژانس مرکز آموزشی- درمانی امام رضا (ع) تبریز در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

روش کار: این مطالعه به روش توصیفی مقطعی انجام شد. پس از کسب اجازه، پرونده تمامی افراد مراجعه کننده به اورژانس در طول سال ۱۳۹۳، که به هر علت در اورژانس فوت کرده بودند، از بایگانی مرکز استخراج و از نظر متغیرهای مرتبط نظیر نوع تروما، دلایل رخداد، سطح هوشیاری و ... بررسی شد. داده‌ها با SPSS ۱۸ و با روشهای آماری توصیفی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: در مجموع ۶۰۴ پرونده‌ی واجد شرایط مطالعه گردید که اکثر آنها مرد (۶۰/۶٪)، متأهل (۵۴/۶٪) و بالای ۷۵ سال (۳۱/۵٪) بودند. مهمترین علت مرگ مشکلات داخلی چون پارگی‌های احشاء و اختلالات الکترولیتی (۲۲/۲٪) و تروما (۱۹٪) بود. ۳۹/۱٪ افراد قبل از ورود به اورژانس فوت کرده بودند و ۳۲/۱٪ افراد ارجاعی از سایر مراکز بودند.

نتیجه‌گیری: شیوع بالای مرگ و میر در اثر مشکلات داخلی و تروما اهمیت کنترل و پیشگیری از این مشکلات در این منطقه را نشان می‌دهد. آمار بالای مرگ افراد در این مطالعه نشان دهنده‌ی اهمیت کمک‌های اولیه و اعزام صحیح با آمبولانس است.

کلید واژه‌ها: مرگ و میر، اورژانس، مرکز آموزشی- درمانی، علل

نحوه استناد به این مقاله: شهسواری نیا ک، غفارزاد ا، علا ر، علیخواه ح، قریشی س آ، اصغری ا، معتمدی ز. علل مرگ و میر در مراجعین اورژانس مرکز آموزشی- درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع) تبریز در سال ۱۳۹۳. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز. ۱۳۹۶؛ ۳۹(۶): ۵۷-۶۴

حق تألیف برای مؤلفان محفوظ است.

این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز تحت مجوز کپی‌تو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

هرچند در سال‌های اخیر، برای شناسایی عوامل دخیل در مرگ و میر بیماران در اورژانس تلاش‌هایی صورت گرفته است (۱۸-۲۰) اما با وجود اهمیت حیاتی اطلاعات دقیق مربوط به مرگ و میر، بخصوص در مراکز اورژانس، فقط در چند کشور توسعه یافته آمارهای دقیقی گزارش شده است (۲۱) و در اکثر موارد نتایج متناقض بوده است. بر این اساس ضرورت انجام مطالعات بیشتر برای قضاوت درست در مورد علل مرگ و میر در اورژانس ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه حاضر با هدف توصیف علل مرگ و میر در بیماران مراجعه کننده به اورژانس مرکز آموزشی-درمانی امام رضا (ع) تبریز در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

روش کار

این مطالعه به روش توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۳ در مرکز آموزشی-درمانی امام رضا(ع) انجام شد. لازم به ذکر است که این بیمارستان بزرگترین و عمده‌ترین مرکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی در سطح استان بوده و کلیه بیماران ارجاعی از سایر مراکز درمانی سراسر استان و استان‌های همجوار را پذیرش می‌نماید. در ضمن این بیمارستان مهمترین مرکز پذیرش بیماران ترومایی نیز می‌باشد. برای انجام این پژوهش پس از کسب اجازه، پرونده تمامی افراد مراجعه کننده به اورژانس از تاریخ ۱ فروردین ۱۳۹۳ لغایت آخر اسفند ۱۳۹۳، که به هر علت در اورژانس فوت کرده بودند، از بایگانی مرکز استخراج و از نظر متغیرهای مرتبط بررسی شد. متغیرهای مرتبط نظیر سن، جنس، وضعیت تاهل، نتایج آزمایش گازهای خونی، میزان اشباع اکسیژنی، علایم حیاتی، سابقه بیماری و مصرف دارو، مشکل اصلی، نوع مراجعه و زمان مرگ از پرونده‌ها استخراج و ثبت گردید. حجم نمونه در بررسی تمامی مرگ و میرهای حادث شده در طی یکسال براساس سوابق موجود ۶۲۸ مورد می‌باشد که پرونده ۱۴ مورد بدلیل ناقص بودن اطلاعات درج شده در آن از مطالعه خارج گردید. داده‌ها با spss۱۸ و با روش‌های آماری توصیفی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

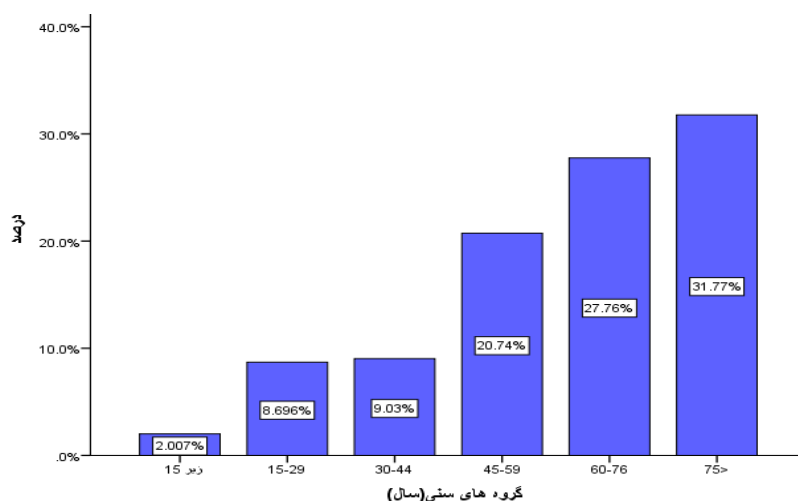
در طول سال ۹۲۹۱۷ بیمار به بخش اورژانس مراجعه کرده‌اند که ۶۲۸ نفر از آنها در اورژانس فوت شده‌اند (۰/۶۷٪). از آن بین ۶۰۴ پرونده‌ی نسبتاً کامل مطالعه گردید. رده سنی افراد به تفکیک در (نمودار ۱) نمایش داده شده است. اکثر موارد متوفی مرد (۶۰/۶٪)، متأهل (۵۴/۶٪) و بالای ۷۵ سال (۳۱/۵٪) بودند. سایر مشخصات دموگرافیکی در (جدول ۱) آورده شده است. ۳۹/۱٪ افراد قبل از ورود به اورژانس فوت کرده بودند و ۳۲/۱٪ افراد ارجاعی از سایر مراکز بودند. در ۷۲/۵٪ موارد مرگ کمتر از شش ساعت از زمان پذیرش رخ داده بود. سایر عوامل زمینه‌ای در

اورژانس بیمارستان به عنوان خط اول برخورد با بیماران دارای اهمیت ویژه‌ای است و طب اورژانس بخش جدایی ناپذیر از سیستم مراقبت‌های بهداشتی است که نشان دهنده اولین خط از مراقبت و نقطه ورود به برترین مکان از نظر امکانات و مراقبت‌های بهداشتی در سراسر جهان است (۱-۳). کیفیت مراقبت در اورژانس را می‌توان به عنوان نشانه‌ی غیرمستقیم از استاندارد خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده توسط بیمارستان و عمده‌ترین نشانه‌ی تعیین کننده رضایت بیماران از سیستم مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای توسعه یافته عنوان نمود (۴-۷). مرگ و میر بیماران در بخش اورژانس مشکلی است که در سال‌های اخیر تشدید یافته است (۸،۹). ۱۵-۶۰ درصد از تمام موارد مرگ در بیمارستان در اورژانس رخ می‌دهد (۱۰،۱۱). مطالعات قبلی نشان داده‌اند که شرایط قلبی و عروقی، حوادث رانندگی، تروما و سرطان مهم‌ترین علت مرگ و میر در اورژانس می‌باشند (۱۲)، البته علت مرگ و میر در نقاط مختلف جغرافیایی متفاوت است (۱۳). شناسایی الگو و علل بروز مرگ و مقابله با عوامل زمینه‌ای آن، یکی از مناسب‌ترین راهبردها برای پیشگیری از آن و در نتیجه افزایش طول عمر می‌باشد (۱۴).

در مطالعه‌ای که بین سالهای ۱۹۹۴-۱۹۹۰ در سیستم بهداشتی انگلستان صورت گرفت نشان داده شد که میزان مرگ و میر در بیمارستانهای مختلف از ۳/۴ تا ۱۳/۶ درصد متفاوت است. در این مطالعه نقش بخشهای مختلف بیمارستانی و نوع پذیرش بیماران در میزان مرگ و میر بیمارستانی مشخص شده است. همچنین گزارش شد که حدود ۶۰٪ مرگهای بیمارستانی در این کشور در بخش اورژانس رخ می‌دهد (۱۵). میزان مرگ و میر سالانه در ایران حدود ۳۲۰-۳۵۰ هزار نفر می‌باشد که بیشترین مورد (۳۵-۴۰ درصد) بعلت بیماری‌های قلبی و عروقی، ۱۰-۱۲ درصد سرطان-ها، ۱۸-۲۰ درصد سوانح و تصادفات، ۱۲-۱۵ درصد بیماریهای واگیر مادرزادی، نوزادان و سوء تغذیه و ۱۲-۱۵ درصد بعلت بیماری‌های مزمن دیگر گزارش شده است (۱۶).

در ایران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با مشارکت سازمان ثبت احوال و با انجام برنامه‌ای به منظور ثبت موارد مرگ براساس علت و مشخصه‌های شناسنامه‌ای فوت شدگان، قدم مهمی در تعیین الگوی مرگ و میر در کشور و پایش روند آن برداشته است که ماحصل آن بهره‌مند شدن از نتایج آن برای تدوین، طرح و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای و ارزیابی برنامه‌های مربوط به بهداشت عمومی خواهد بود. شناسایی الگوی مرگ و میر و پایش روند آن به تعیین اولویت‌های بهداشتی و اولویت‌های توسعه سلامت نگر بخش بهداشت درمان، تخصیص منابع و تعدیل عوامل اصلی مرگ‌های زودرس و انجام پژوهش کمک خواهد نمود (۱۷).

(جدول ۲) خلاصه شده است. مهمترین علت مرگ مشکلات داخلی چون پارگی احشاء و اختلالات الکترولیتی (۲۲/۲٪) و تروما (۱۹٪) و کمترین علت آن سپسیس (۳٪) بود. علل مرگ به تفکیک در (جدول ۳) گزارش شده است.



نمودار ۱: توزیع فراوانی موارد مرگ به تفکیک گروه‌های سنی

جدول ۱: توزیع مشخصات دموگرافیکی

متغیر	سطوح متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۳۶۶	۶۰/۶
	زن	۲۲۴	۳۷/۱
	نانوشته	۱۴	۲/۳
وضعیت تاهل	مجرد	۵۶	۹/۳
	متاهل	۳۳۰	۵۴/۶
	بیوه	۱۶۰	۲۶/۵
	مطلقه	۳۲	۵/۳
محل سکونت	نانوشته	۲۶	۴/۳
	شهر	۴۱۲	۶۸/۲
	روستا	۱۸۰	۲۹/۸
	نانوشته	۱۲	۲
تحصیلات	بیسواد	۲۸۲	۴۶/۷
	ابتدایی	۹۶	۱۵/۹
	دبیرستان	۹۲	۱۵/۲
	دیپلم	۶۴	۱۰/۶
	لیسانس	۵۴	۸/۹
شغل	نانوشته	۱۶	۲/۶
	محصل	۱۰	۱/۷
	دانشجو	۱۶	۲/۶
	بیکار	۳۲۸	۵۴/۳
	ازاد	۱۵۸	۲۵/۸
سابقه بیماری قبلی	دولتی	۷۲	۱۱/۹
	نانوشته	۲۲	۳/۶
	بلی	۴۳۲	۷۱/۵
سابقه بستری قبلی	خیر	۱۴۴	۲۳/۸
	نانوشته	۲۸	۴/۶
	بلی	۱۷۸	۲۹/۵
سابقه مصرف دارو	خیر	۳۵۲	۵۸/۳
	نانوشته	۷۴	۱۲/۳
	بلی	۳۰۰	۴۹/۷
	خیر	۲۴۸	۴۱/۱
	نانوشته	۵۶	۹/۳

جدول ۲: توزیع عوامل زمینه‌ای

عوامل زمینه‌ای	سطوح متغیر	فراوانی	درصد
میزان اشباع اکسیژن (O2sat)	کمتر از ۸۰	۲۸۲	۴۶/۷
	بالای ۸۰	۱۹۶	۳۲/۵
	نانوشته	۱۲۶	۲۰/۹
تنفس در دقیقه	کمتر از ۱۲	۲۸۲	۴۶/۷
	بین ۱۲ تا ۲۰	۱۹۶	۳۲/۵
	بیش از ۲۰	۰	۰
	نانوشته	۱۲۶	۲۰/۹
فشارخون دیاستولی	کمتر از ۵۰	۲۲۲	۳۶/۸
	بین ۵۰ تا ۱۰۰	۲۰۸	۳۴/۴
	بیش از ۱۰۰	۳۰	۵
	نانوشته	۱۴۴	۲۳/۸
فشارخون سیستولی	کمتر از ۹۰	۲۹۶	۴۹
	بین ۹۰ تا ۱۵۰	۱۳۴	۲۲/۲
	بیش از ۱۵۰	۵۲	۸/۶
	نانوشته	۱۲۲	۲۰/۲
ضربان قلب	کمتر از ۶۰	۱۹۰	۳۱/۵
	بین ۶۰ تا ۱۰۰	۱۳۴	۲۲/۲
	بالای ۱۰۰	۱۶۸	۲۷/۸
	نانوشته	۱۱۲	۱۸/۵
سطح هوشیاری (GCS)	کمتر از ۵	۱۵۰	۲۴/۸
	بین ۵ تا ۱۰	۵۶	۹/۳
	بیش از ۱۰	۱۵۶	۲۵/۸
	نانوشته	۲۴۲	۴۰/۱
مدت زمان بستری در اورژانس	>۶	۴۳۸	۷۲/۵
	۶-۲۴	۱۴۶	۲۴/۲
	<۲۴	۲۰	۳/۳
	نانوشته	-	-
موارد ثبت مرگ	بیمارستان	۳۰۲	۵۰
	پزشکی قانونی	۲۸۸	۴۷/۷
	نانوشته	۱۴	۲/۳
اعزامی	بلی	۱۹۴	۳۲/۱
	خیر	۳۶۲	۵۹/۹
	نانوشته	۴۸	۷/۹
محل مرگ	خارج از بیمارستان	۲۳۶	۳۹/۱
	داخل بیمارستان	۳۳۶	۵۵/۶
	نانوشته	۳۲	۵/۳
گازهای خون شریانی (ABG)	اسیدوز متابولیک	۸۸	۱۴/۶
	اسیدوز تنفسی	۲۶	۴/۳
	نانوشته	۴۹۰	۸۱/۱
تشخیص نهایی	بلی	۵۴۲	۸۹/۷
	خیر	۱۸	۳
	نانوشته	۴۴	۷/۳

جدول ۳: توزیع فراوانی علل مرگ و میر در افراد فوت شده

علت مرگ	تشخیص	فراوانی (%)	فراوانی کلی (%)
علل قلبی	سکته قلبی (MI)	۷۸ (۱۲/۹)	۹۴ (۱۵/۵)
	آریتمی	۲ (۰/۳)	
	فشارخون بالا	۱۴ (۲/۳)	
علل ریوی	سندرم دیسترس تنفسی حاد (ARDS)	۸ (۱/۳)	۴۲ (۶/۹)
	ادم پولمونی	۸ (۱/۳)	
	ترومبوآمبولی ریوی	۲۶ (۴/۳)	
تروما	سر	۷۸ (۱۲/۹)	۱۱۴ (۱۹)
	سینه	۱۷ (۲/۸)	
	شکم	۲ (۰/۵)	
	اندام ها	۱۷ (۲/۸)	
بیماریهای دستگاه گوارش	ایسکمی مزانترا	۱۲ (۲)	۷۰ (۱۱/۶)
	انسداد روده	۶ (۱)	
	بیماری کلیوی پیشرفته (ESRD)	۲۶ (۴/۳)	
	خونریزی دستگاه گوارش (GIB)	۲۶ (۴/۳)	
سرطان	سرطان ریه	۲۴ (۴)	۶۲ (۱۰/۲)
	سرطان گوارش	۱۶ (۲/۶)	
	سرطان سینه	۶ (۱)	
	سرطان خون	۱۶ (۲/۶)	
علل عفونی (سپسیس)			۱۸ (۳)
سکته مغزی (CVA)	سکته مغزی ایسکمیک	۳۸ (۶/۳)	۷۰ (۱۱/۶)
	سکته مغزی هموراژیک	۳۲ (۵/۳)	
علل داخلی غیر تروماتیک	پارگی احشاء	۱۰۶ (۱۷/۶)	۱۳۴ (۲۲/۲)
	اختلالات الکترولیتی	۲۸ (۴/۶)	

بحث

این مطالعه با هدف تعیین علل مرگ و میر و عوامل مرتبط با آن در بیماران مراجعه کننده به اورژانس مرکز آموزشی- درمانی امام رضا (ع) تبریز در سال ۱۳۹۳ انجام شد. در مطالعه حاضر که می- توان اولین مطالعه‌ی جامع در مورد علل مرگ بیماران بستری اورژانس در شمالغرب کشور در نظر گرفت، ۶۷٪ درصد از مراجعین به اورژانس در طول سال فوت کرده بودند. در پژوهش Alimohammadi و همکاران در تهران از بین ۱۵۴۲۵۰ مراجعه کننده‌ی بالای ۱۸ سال، از اول ۲۰۰۹ تا پایان ۲۰۱۰ به اورژانس، ۲۰۹۰ نفر (۱/۳۵٪) فوت کرده بودند (۲۲).

در این پژوهش اکثر افراد فوت شده (۷۱/۵٪) سابقه‌ی بیماری قبلی داشتند که می‌تواند نشان دهنده‌ی شیوع بالای بیماری‌های مزمن نیز باشد که پژوهش‌ها نشان دهنده کیفیت پایین زندگی در بیماران دارای بیماری مزمن (۲۳) می‌باشد.

طبق نتایج افراد فوت شده در اورژانس علایم حیاتی ناپایداری داشتند بطوری که اکثر آنها اشباع اکسیژنی زیر ۸۰ (۴۶/۷٪)، برادی پنه (۴۶/۷٪)، هیپوتانسیون (۴۹٪) و برادی کاردی (۳۱/۵٪) داشتند. این مساله می‌تواند به دلیل ارجاعی بودن مرکز باشد، به عبارتی دیگر بیماران بد حال و افرادی که قابل درمان در مراکز دیگر نبودند، به این مرکز مراجعه کرده‌اند. فاصله زمانی طولانی بین

بروز مشکل تا زمان رسیدن به بیمارستان نیز می‌تواند از علل دیگر این یافته باشد که در آن صورت به بررسی‌های بیشتر مانند ارزیابی عملکرد سیستم پیش بیمارستانی نیاز پیدا می‌کند.

در این مطالعه حدود یک چهارم (۲۴/۸٪) بیماران فوت شده سطح هوشیاری پایینی داشتند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سطح هوشیاری یکی از عوامل مهم تعیین کننده و پیش گویی کننده‌ی بروز مرگ و میر در بیماران است (۲۴).

حدود نیمی از پرونده‌های افراد فوت شده به پزشکی قانونی ارجاع داده شده است که با توجه به بیماران فوت شده ترومایی (۱۹٪)، این یافته قابل قبول به نظر می‌رسد. طبق یافته‌ها ۳۹/۱٪ افراد قبل از رسیدن به مرکز فوت کرده بودند. همانطور که ذکر گردید می‌تواند به دلیل ارجاعی بودن مرکز و یا ضعف سیستم پیش بیمارستانی باشد. بیش از نیمی (۵۵/۶٪) از افراد نیز در اورژانس فوت کرده بودند. با توجه به اینکه این واحد یک مرکز آموزشی می‌باشد و همیشه به پرسنل پزشکی و پیراپزشکی و یا حداقل دانشجویان آنها دسترسی وجود دارد و از طرفی یک مرکز مجهز و بزرگ بوده و به عنوان یک واحد ارجاعی، حتی از استان های همجوار، عمل می‌کند، انتظار می‌رود که بررسی علل مرگ و میر بصورت جدی‌تر سر لوحه‌ی کار مسئولین قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

طبق نتایج میزان مرگ و میر در سالمندان و افراد با سابقه‌ی بیماری قلبی بالا است. سن بالا و سابقه‌ی بیماری قلبی اکثر نمونه‌ها ضرورت توجه ویژه به پیشگیری از بیماری‌های مزمن و انجام اقدامات لازم برای افزایش کیفیت زندگی و سلامت عمومی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن را نشان می‌دهد. بیماری‌های قلبی و تروما مهمترین عوامل کشنده در این مطالعه بودند که لزوم تغییر شیوه‌ی زندگی افراد را نشان می‌دهد. همچنین یافته‌های این مطالعه لزوم رساندن سریع و مناسب بیماران به مراکز را نیز خاطرنشان می‌نماید.

پیشنهادهات

با توجه به اینکه آمار بدست آمده تنها حاصل از یک مرکز می‌باشد، پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای جامع‌تر و در سطح تمامی مراکز درمانی منطقه برای بالا بردن دقت مطالعه صورت گیرد.

قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکترای عمومی پزشکی به شماره شماره ۹۳/۱-۷/۳۰ می باشد.

منافع متقابل

مؤلف اظهار می دارد که منافع متقابلی از تالیف یا انتشار این مقاله ندارد.

مشارکت مولفان

ک.ش نویسنده اول در مطالعه حاضر بعنوان استاد راهنمای اول بوده و در نهایت مقاله را خوانده و تأیید نموده اند. ا.ع، ح.ع در طراحی، اجرا و تحلیل نتایج مطالعه مشارکت نموده اند. آ.ق اجرای طرح را عهده دار بوده، ا.ا در تحلیل داده ها و ز.م در تحلیل داده ها، تنظیم و نگارش مقاله مشارکت نموده اند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش پس از کسب اجازه و هماهنگی‌های لازم و همچنین پس از تصویب طرح به شماره ۹۳/۱-۷/۳۰ به تاریخ ۱۳۹۳/۰۸/۲۲ در کمیته اخلاق منطقه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تبریز به عنوان پایان نامه‌ی دکترای عمومی پزشکی انجام گردید. داده‌های جمع‌آوری شده از افراد به شکل بی‌نام و به صورت کد گذاری شده وارد این مطالعه شد. اطلاعات جمع‌آوری شده به صورت حقیقی و بدون سوگیری ثبت شد.

طبق نتایج مهمترین علت مرگ مشکلات داخلی (۲۲/۲٪) و تروما (۱۹٪) و کمترین علت آن سپسیس (۳٪) بود. Zheng و همکاران در مطالعه‌ای نشان داده‌اند که بیماری‌های قلبی و عروقی، حوادث رانندگی، تروما و سرطان مهمترین علت مرگ و میر در اورژانس می‌باشند (۱۲). در مطالعه‌ای که Alimohammadi و همکاران در دانشگاه شهید بهشتی تهران انجام دادند، شایع‌ترین علت فوت را به ترتیب حوادث قلبی عروقی، تروماهای شدید و حوادث عروقی مغزی گزارش نمودند (۲۲). در مطالعه ما ترتیب علل فوت، علل داخلی، تروما و قلبی بود.

در بین مشکلات قلبی، سکته‌ی قلبی عمده‌ترین (۱۲/۹٪) علت فوت بود. بیماری‌های قلبی عروقی شایع‌ترین علت مرگ و میر در بیشتر کشورهای جهان بوده (۲۵) که میزان مرگ و میر بالای این بیماری شایع، لزوم آموزش و اصلاح شیوه‌ی زندگی افراد منطقه را نشان می‌دهد.

ترومبوآمبولی ریه بعنوان مهمترین عامل مرگ در اثر بیماری های ریوی شناخته شد. در پژوهش‌های دیگر بیماری مزمن انسدادی ریه از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و غیرقابل بازگشت شناخته شده است (۲۶). با توجه به اینکه ترومبوآمبولی عمدتاً در اثر بی‌حرکی ایجاد می‌شود، تغییر شیوه‌ی زندگی افراد برای کاهش این عامل نیز اکیدا توصیه می‌گردد.

سرطان ریه (۴٪) عمده‌ترین عامل مرگ در بیماران شناخته شده‌ی سرطانی بود. طبق مطالعات انجام یافته سرطان ریه ۲۰ و ۳۲ درصد مرگهای ناشی از سرطان را به ترتیب در مردان و زنان تشکیل می‌دهد که شایع‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان‌ها می‌باشد که عمده‌ترین عامل خطر آن در ۸۰-۹۰ درصد سیگار است (۲۷). با توجه به اینکه شیوع سرطان در این منطقه بالاست (۲۸)، این یافته قابل توجهی به نظر می‌رسد.

خونریزی معده شایع‌ترین علت مرگ در بین مرگ و میر ناشی از مشکلات گوارشی در این مرکز بود. با این وجود، مرگ‌های مربوط به تروما، تنها ۱۹٪ مرگ‌های بیماران بستری در اورژانس را شامل شده که در این بین بیشترین آمار مرگ مربوط به بیمارانی بوده است که متحمل ترومای ناحیه سر شده‌اند. از سوی دیگر، در حال حاضر مرگ‌های ناشی از تصادفات با وسایل حمل و نقل که در رده مرگ‌های ناشی از تروما قرار می‌گیرد، دومین علت مرگ و میر را در کشورمان به خود اختصاص داده است (۲۹).

البته عوامل متعددی میزان مرگ و میر ناشی از تروما را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما با توجه به نتایج حاضر می‌توان بهبود خدمات ارائه شده در اورژانس، تریاژ صحیح بیماران و سرعت عمل در انجام خدمات به بیماران را نیز مؤثر دانست که سبب بهبود آمار مرگ و میر ناشی از تروماها در اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) می‌شود.

References

- Calnan M. The functions of the hospital emergency department: a study of patient demand. *J Emerg Med* 1984; **2**(1): 57-63. doi: 10.1016/0736-4679(84)90049-0
- Baltzan MA. The new role of the hospital emergency department. *Can Med Assoc J* 1972; **106**(3): 249-256.
- Bross MH, Wiygul FM, Rushing SK. The role of the rural hospital emergency department. *Fam Med* 1991; **23**(5): 351-353.
- Muntlin A, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *J Clin Nurs* 2006; **15**(8): 1045-1056. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01368.x
- Burstin HR, Conn A, Setnik G, Rucker DW, Cleary PD, O'Neil AC, et al. Benchmarking and quality improvement: the Harvard Emergency Department Quality Study. *Am J Med* 1999; **107**(5): 437-449. doi: 10.1016/S0002-9343(99)00269-7
- Sun BC, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan TA, Burstin HR. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Ann Emerg Med* 2000; **35**(5): 426-434. doi: 10.1067/mem.2000.104195
- Sawe HR, Mfinanga JA, Mwafongo V, Reynolds TA, Runyon MS. Trends in mortality associated with opening of a full-capacity public emergency department at the main tertiary-level hospital in Tanzania. *International Journal of Emergency Medicine* 2015; **8**(1): 1-6. doi: 10.1186/s12245-015-0073-4
- Ly N, McCaig LF. *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2000 outpatient department summary*. *Adv Data* 2002; **327**: 1-7.
- Olsen JC, Bueneffe ML, Falco WD. Death in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1998; **31**(6): 758-765. doi: 10.1016/S0196-0644(98)70236-7
- Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A, et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *BMJ* 1999; **318**(7197): 1515-1520. doi: 10.1136/bmj.318.7197.1515
- Nelson P. Death in the Emergency Department: The Forgotten Tragedy. *J Pain Symptom Manage* 2011; **41**(1): 215-219. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.10.086
- Zheng ZJ, Croft JB, Giles WH, Mensah GA. *Sudden cardiac death in the United States, 1989 to 1998*. *Circulation* 2001; **104**(18): 2158-2163. doi: 10.1161/hc4301.098254
- Wall M, Huang J, Oswald J, McCullen D. Factors associated with reporting multiple causes of death. *BMC Med Res Methodol* 2005; **5**(1): 4-17. doi: 10.1186/1471-2288-5-4
- Research and Technology, Ministry of Health and Medical Education. Department of Statistical Year book of statistics, the causes of death and 90 years, Tehran 2012.
- Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A, et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *BMJ* 1999; **318**: 1515-1520. doi: 10.1136/bmj.318.7197.1515
- Davoodi S. *Iranian health challenges*. 1st ed. Ebtakar Dansh Publication. 2008; PP: 161.
- Mohseni M. *Introductory sociology*. Tehran. *Tehran University of Medical Sciences in collaboration* 1981; **4**: 100-108.
- Cameron PA, Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust* 2006; **184**(5): 213-216.
- Caterino JM, Kulchyski LK, Fischer CM, Wolfe RE, Shapiro NI. Risk factors for death in elderly emergency department patients with suspected infection. *J Am Geriatr Soc* 2009; **57**(7): 1184-1190. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02320.x
- Salazar A, Bardés I, Juan A, Olona N, Sabido M, Corbella X. High mortality rates from medical problems of frequent emergency department users at a university hospital tertiary care centre. *Eur J Emerg Med* 2005; **12**(1): 2-5.
- Rosel-Ramirez R, Loria A, Dominguez-Cherit G, Gutierrez-Sougarret B. A predicative model of mortality in the ICU of a Mexico City hospital. *Rev Invest Clin* 2004; **56**: 591-599.
- Alimohammadi H, Bidarizerehpooosh F, Mirmohammadi F, Shahrami A, Heidari K, Sabzghabaie A, et al. Cause of Emergency Department Mortality; a Case-control Study. *Emergency* 2014; **2**(1): 30.
- Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware JE Jr, Aaronson NK, Mosconi P, et al. Health related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* 2004; **13**(2): 283-298.
- Cho DY, Wang YC. Comparison of the APACHE III, APACHE II and Glasgow Coma Scale in acute head injury for prediction of mortality and functional outcome. *Intense Care Med* 1997; **23**: 77-84.
- Shahsavari S, Nazari F, Karimyar Jahromi M, Sadeghi M. Epidemiologic study of hospitalized cardiovascular patients in Jahrom hospitals in 2012-2013. *Cardiovascular Nursing Journal* 2013; **2**(2): 54-60.
- Hassanein SE, Narsavage GL. The dose effect of pulmonary rehabilitation on physical activity, perceived exertion and quality of life. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2009; **29**(4): 255-260.
- Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. *Harrison's Principles of internal medicine*. 18th ed, McGraw-Hill, USA. 2011; PP: 491-534.
- Sadjadi A, Malekzadeh R, Derakhshan M, Sepehr A, Nourali M, Sotoudeh M, et al. Cancer occurrence in Ardabil: Results of a population-based cancer registry from Iran. *Int J Cancer* 2003; **107**: 113-118. doi: 10.1002/ijc.11359
- World Health Organization *Injury: Leading cause of the global of disease* WHO: Geneva, 2010.