

مرگ و میر در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

دکتر سعید آصفزاده*

چکیده :

در یک مطالعه زمینه‌یابی به مدت ۶ ماه، رخدادهای مرگ و میر در مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین مطالعه شد که ۴۸۹ مورد فوت شامل ۴۳ درصد زن و ۵۷ درصد مرد بود. ۴۲/۵ درصد مرگ و میر قبل از ۲۴ ساعت و ۵۷/۵ درصد پس از ۲۴ ساعت روی داده بود. بیماری‌های دوران نوزادی بیشترین تعداد مرگ و میر را به خود اختصاص داده (۳۸/۳ درصد) و پس از آن بیماری‌های قلب و عروق قرار داشت (۳۳ درصد). بیشترین مرگ و میر مربوط به گروه نوزادان و پس از آن گروه سنی ۶۵ تا ۷۴ سال و کمترین مرگ و میر به گروه سنی ۵ تا ۱۴ سال تعلق داشت. متوسط طول اقامت برای فوت‌شدگان ۵ روز بود. نرخ کلی مرگ و میر برای مرکز بوعلی سینا ۷۵/۵ در هزار (مورد ترخیص)، شهید رجایی ۱۰/۸ در هزار، کودکان قدس ۱۷/۸ در هزار و کوثر ۰/۲ در هزار برای زایمان‌ها و ۳۰/۴ در هزار تولد زنده برای نوزادان بود.

توزیع مرگ و میر در روزهای تعطیل و غیرتعطیل به طور کلی همگن ولی در بیمارستان بوعلی سینا ۱۶/۸ درصد (نسبت به میانگین ۲۰ درصد) و در بیمارستان شهید رجایی ۲۶/۲ درصد مرگ و میرها در روزهای تعطیل اتفاق افتاده بود. در مجموع ۲۷ درصد مرگ و میرها در شیفت صبح، ۳۴ درصد در شیفت عصر و ۳۹ درصد در شیفت شب روی داده بود.

فراوانی مرگ و میرها در ساعات مختلف شبانه‌روز نیز بررسی شد که بطور کلی در ساعات ۱۱ برای شیفت صبح، ۱۶ برای شیفت عصر و ۲۰ و ۲۲ برای شیفت شب بیشترین تعداد مرگ و میر روی داده بود.

کلید واژه‌ها : مرگ و میر - مراقبت بیمارستانی

Keywords : Hospital death , Hospital care

⑤ مقدمه :

میزان مرگ و میر بیمارستانی یکی از شاخص‌هایی است که به کمک آن می‌توان به نحوه ارائه خدمات بیمارستانی، الگوی مرگ و میر در منطقه، طبقه‌بندی مهلک بودن بیماری‌ها در منطقه، میزان مرگ و میر در سنین مختلف پی برد.

یکی از جنبه‌های اصلی بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی ارزشیابی پی‌آمدهای مراقبت‌های درمانی است که به وسیله شاخص‌هایی نظیر طول اقامت بیمار و میزان مرگ و میر قابل اندازه‌گیری است و تهیه چارت‌های کنترل به منظور فرآیند درمان بیماران و پی‌آمدهای آن (طول اقامت، مرگ و میر، عفونت بیمارستانی و غیره) مفید واقع می‌گردد (کریستوفر والس ۱۹۹۳).

طبق آمار سال ۱۳۷۱ در ایران، مرگ و میر بیمارستانی برای ۲۴ ساعت اول برابر ۵/۳ در هزار (کل مرخص شدگان، مرخص شده + فوت شده) می‌باشد و این رقم برای بعد از ۲۴ ساعت اول ۱۰/۷ در هزار می‌باشد که به طور کلی برای مجموع قبل و بعد از ۲۴ ساعت اول بستری در بیمارستان معادل ۱۶ در هزار است.

مرگ و میر بیمارستانی تابع عوامل متعددی مانند: شرایط بیولوژیک بیمار، اتیولوژی، آسیب شناسی، کیفیت مراقبت‌های پزشکی و تکنولوژی درمان، مراقبت‌های پرستاری، آسیب‌پذیری بیماری، شدت حوادث، تصادفات و غیره است.

تاکنون مطالعات زیادی در مورد رابطه مرگ و میر بیمارستانی با نوع درمان و مراقبت‌های خاص به ویژه درمان‌های تهاجمی، در خارج از کشور صورت گرفته است. به عنوان مثال ریوکس و همکاران (۱۹۹۲) در پژوهش خود در مورد مرگ و میر بیمارستانی پس از عمل آنژیوپلاستی در یکی از بیمارستان‌های پاریس به

رقم ۷/۵ درصد (بیماران تحت عمل واقع شده) رسیده‌اند. هاریس (۱۹۹۲) در تحقیق خود در مورد مرگ و میر بیمارستانی مجروحان ناشی از توفان تورنادو را ۷ درصد تعیین کرده است. لای - اک و همکاران (۱۹۹۲) مرگ و میر بیمارستانی را در مورد درناژ صفرا در کلانژیتس حاد به روش آندوسکپی ۱۰ درصد و به روش جراحی ۳۲ درصد برآورد کرده‌اند.

در تحقیقی که سارنا، سالیلی، داتا و کوماری (۱۹۹۱) در کشور هند در مورد مرگ و میر بیمارستانی نوزادان انجام داده‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که از تعداد ۷۳۰۹ مورد تولد زنده ۳۲۸ نوزاد تلف شده‌اند (۴۵ در هزار). محققان فوق در مقاله خود حد مطلوب مرگ و میر نوزادان را ۴/۶ در هزار تولد زنده می‌دانند. در بررسی متون در مورد مرگ و میر در روزهای تعطیل و شیفت‌های شب و روز و مقایسه این دو، سابقه مطالعاتی دستیابی نشد.

دکتر افتخار و همکاران (۱۳۷۲) در بررسی مرگ و میر حول ولادت در ۱۷ زایشگاه تهران، مرگ و میر نوزادان در ۷ روز اول تولد را ۱۳/۷ در هزار تولد زنده برآورد کرده‌اند.

اخوان فرد و همکاران (۱۳۷۰) در پایان نامه خود مرگ و میر عمومی و مرگ و میر بیمارستانی را در شهرستان قزوین بررسی کرده‌اند ولی بدلیل مشخص نبودن روش و اهداف تحقیق، ضعف در روش آماری، استفاده نکردن از سیستم استاندارد برای طبقه‌بندی بیماری‌ها براساس (ICD) و غیره، اطلاعات گردآوری شده چندان قابل استفاده نیست. در بررسی مذکور تعداد مرگ و میر براساس فصل، بیماری‌های مختلف و بیمارستان‌های بوعلی سینا و شهید رجایی و کوشر طبقه‌بندی شده است که به ترتیب بیماری‌های عفونی، قلبی، مغزی، گوارشی و عفونی عوامل اصلی مرگ و

شیفت شب: از ساعت ۱۹/۳۱ لغایت ۷/۳۰ روز بعد - علل مرگ و میر با استفاده از طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10) سازمان بهداشت جهانی صورت گرفته است و کلیه بیماری‌ها و عوامل فوت نوزادان تحت عنوان بیماری‌های خاص نوزادان در نظر گرفته و محاسبه شده است. (دو مورد فوت ناشی از تصادف رانندگی مستثنی بوده است).

- طبق تعریف ICD-10 نوزادان شامل متولدینی است که حداکثر ۴ هفته از عمر آنها می‌گذرد.

⊗ مواد و روش‌ها:

روش مطالعه زمینه‌یابی و توصیفی است که در فاصله زمانی اول آبان ۱۳۷۲ به مدت ۶ ماه داده‌های مربوط به تمام مرگ و میرهای اتفاق افتاده در ۴ مرکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین (با مراجعه به مدارک پزشکی مربوط) توسط پرسشنامه گردآوری شد. این مراکز عبارت بودند از:

۱- مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا با ظرفیت ۱۳۴ تخت (تخصصی داخلی - عفونی، قلب و اعصاب و روان)

۲- مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی با ظرفیت ۲۰۲ تخت (تخصصی جراحی)

۳- مرکز آموزشی درمانی کودکان قدس با ظرفیت ۱۲۲ تخت (تخصصی کودکان)

۴- مرکز آموزشی درمانی کوثر با ظرفیت ۱۲۵ تخت (تخصصی زنان و زایمان) + ۳۶ کات نوزادان

⊗ یافته‌ها:

بطور کلی در طی دوره بررسی (آبان ۷۲ تا پایان فروردین ۷۳)، ۴۹۸ فوت در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین روی داده بود که از این تعداد ۲۱۱ نفر (۴۳ درصد) زن و ۲۸۱ نفر

میر در بیمارستان بوعلی سینا بوده و در بیمارستان شهید رجایی ۳۴/۴ درصد از مرگ و میرها به علت عفونت‌های جراحی روی داده بود.

بطور کلی اطلاعات فوق نشان می‌دهد که بیماری‌های قلبی و سپس تصادف و تروما بیشترین تعداد مرگ و میر (۲۰/۵ درصد و ۱۲/۴ درصد) را به خود اختصاص داده است.

تحقیق حاضر به منظور تعیین فراوانی مرگ و میر بیمارستانی در هر یک از مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین و تعیین میزان مرگ و میر بیمارستانی در ۲۴ ساعت اول، پس از ۲۴ ساعت، همچنین علل مرگ و میر براساس طبقه‌بندی بیماریها، تعیین میزان مرگ و میر بیمارستانی به نسبت طول اقامت بیمار در هر یک از مراکز، تعیین فراوانی نسبی مرگ و میر در روزهای تعطیل و در هر یک از شیفت‌های صبح و عصر و شب انجام گرفت.

⊗ تعاریف کاربردی:

- مرگ و میر بیمارستانی عبارت است از نسبت تعداد بیماران بستری در بیمارستان که به مرگ می‌انجامد و معمولاً به صورت درصد یا در هزار نشان داده می‌شود. روش محاسبه آن در ایران به صورت زیر است:

۱۰۰ × تعداد فوت شدگان پس از ۲۴ ساعت بستری در مدت معین مرگ و میر بیمارستانی
جمع مرخص شدگان و فوت شدگان در مدت معین

۱۰۰ × تعداد فوت شدگان در بیمارستان در مدت معین مرگ و میر بیمارستانی (کلی)
جمع مرخص شدگان و فوت شدگان در مدت معین

- مرگ و میر کمتر از ۲۴ ساعت با مرگ و میر درمانگاهی و اورژانس معادل گرفته شده است.

- شیفت کاری در بیمارستان‌ها به سه قسمت تقسیم می‌شود:

شیفت صبح: از ساعت ۷/۳۱ لغایت ۱۳/۳۰

شیفت عصر: از ساعت ۱۳/۳۱ لغایت ۱۹/۳۰

(۵۷ درصد) مرد بودند.

۲۱۲ مورد (۴۲/۵ درصد) مرگ و میر قبل از ۲۴ ساعت و ۲۸۶ مورد (۵۷/۵ درصد) پس از ۲۴ ساعت گزارش شده بود. حدود ۴۷ درصد فوت‌شدگان ساکن قزوین، ۳۴ درصد ساکن اطراف قزوین و ۱۹ درصد از سایر نقاط بودند. ۲۷/۳ درصد از فوت‌ها در شیفت صبح، ۳۰/۵ درصد در شیفت عصر و ۴۲ درصد در شیفت شب روی داده بود. ۲۰ درصد از مرگ و میرها در ۳۶ روز تعطیل و ۸۰ درصد از مرگ و میرها در ۱۴۴ روز غیرتعطیل اتفاق افتاده بود.

جمع روزهای اقامت در بیمارستان برای ۲۸۶ نفر از فوت‌شدگان پس از ۲۴ ساعت، برابر ۱۴۷۹ (تخت - روز) و به طور متوسط ۵ تخت - روز بود. بیماری‌های دوران نوزادی بیشترین مرگ و میر (۳۸/۳ درصد) را به خود اختصاص داده بود. پس از آن بیماری‌های قلب و عروق (۳۳ درصد)، حوادث و تصادفات رانندگی (۵/۲ درصد)، بیماری‌های عفونی و انگلی و بیماری‌های دستگاه گوارش هر یک (۴/۴ درصد)، بیماری‌های دستگاه تنفس (۳/۸ درصد)، بیماری‌های ذهنی و ناهنجاری‌های رفتاری و سیستم اعصاب (۲/۶ درصد)، سرطان‌ها (۲/۲ درصد) و غیره قرار داشتند.

نارسی، علت عمده فوت نوزادان بود و پس از آن بیماری‌های تنفسی، قلب و عروق، سپتی‌سمی، آنومالی و مننژیت قرار داشت.

بیشترین مرگ و میر، مربوط به نوزادان و پس از آن گروه سنی ۶۵ تا ۷۴ سال و در مرتبه سوم گروه ۷۵+ سال بود. کمترین مرگ و میر به گروه سنی ۵ تا ۱۴ سال تعلق داشت. گروه سنی ۶۵ تا ۷۴ سال بیش از سایر گروه‌های سنی به علت بیماری‌های قلب و عروق فوت کرده بودند و پس از آن گروه بالاتر از ۷۵ سال، ۵۵ تا ۶۴ سال و ۴۵ تا ۵۴ سال قرار داشتند.

فراوانی مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلب و عروق در ساعات ۱۰ تا ۱۱، ۱۶ تا ۱۷، ۱۸ تا ۱۹ بیش از سایر ساعات بوده و در ساعات ۲۴ تا ۱، ۲ تا ۳ و ۸ تا ۹ کمتر از همه گزارش شده بود.

فوت ناشی از بیماری‌های عفونی و انگلی در گروه سنی زیر یک سال و ۶۵ سال به بالا از سایر گروه‌ها بیشتر بوده و در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال موردی گزارش نشده بود.

فوت ناشی از سوانح و تصادفات رانندگی در مردان بیش از زنان بوده و در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال بیشتر از سایر گروه‌ها گزارش شده بود (نمودار شماره ۱).

بین طول روزهای بستری و فراوانی مرگ و میر برای هر یک از بیماری‌ها، همبستگی مثبت با ضریب ۲۳ درصد وجود داشت. همچنین بین طول روزهای بستری و فراوانی مرگ و میر برای هر یک از گروه‌های سنی نیز همبستگی مثبت با ضریب ۶۰ درصد وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری :

نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که آمار مرگ و میر در مرکز آموزشی و درمانی بوعلی سینا ۷۵ در هزار (۷/۵ درصد) و نرخ مرگ و میر پس از ۲۴ ساعت ۳۵ در هزار (۳/۵ درصد) است که ارقام نسبتاً بالایی است. البته باید توجه داشت که در بیمارستان فوق بخش‌های کودکان، جراحی، زنان و زایمان و بخش‌های تخصصی نظیر گوش و حلق و بینی و چشم وجود ندارد و ۷۶/۱ درصد از مرگ و میرها به بیماری قلب و عروق نسبت داده می‌شود که اگر واقعاً علت فوت بطور دقیق در برگه‌های فوت ذکر شده باشد نشانگر مهلک بودن بیماری مذکور است. همچنین باید توجه داشت که بیمارستان بوعلی تنها مرکز قلب و عروق مجهز به CCU در منطقه است. بالا بودن رقم

۱۶ برای شیفت عصر و ساعات ۲۰ و ۲۲ برای شیفت شب بیشترین تعداد مرگ و میر روی داده است و این ساعات بدین لحاظ بحرانی تلقی می‌شوند.

همچنین بررسی حاضر نشان می‌دهد که در تمامی مراکز، مرگ و میر در شیفت شب زیادتر از شیفت‌های صبح و عصر است ولی باید توجه داشت که شیفت‌های صبح و عصر هر یک ۶ ساعت و شیفت شب ۱۲ ساعت است لذا براساس حساب احتمالات می‌بایست ۲۵ درصد مرگ و میرها در هریک از شیفت‌های صبح و عصر و ۵۰ درصد مرگ و میرها در شیفت شب رخ دهد. اگر فقط با این دید به قضیه توجه شود، خواهیم دید که تعداد مرگ و میر در شیفت بعدازظهر این بیمارستان بسیار بالا است (۳۴ درصد) ولی شیفت صبح نسبتاً نرمال است (۲۶ درصد).

نرخ کلی مرگ و میر در بیمارستان شهید رجایی که اعمال جراحی را انجام می‌دهد ۱۰/۸ در هزار و برای ۲۴+ ساعت ۷/۳ در هزار است. البته باید توجه داشت که ۴۰ درصد مرگ و میرها در این مرکز بر اثر تصادفات رانندگی، ۷/۷ درصد به سبب سقوط و سایر سوانح، ۳ درصد به علت خودکشی و آتش سوزی بوده و سرطان‌ها ۶/۲ درصد از مرگ و میرها را به خود اختصاص داده است. حدود ۵۸ درصد فوت‌های ناشی از حوادث رانندگی در قبل از ۲۴ ساعت روی داده است که اگر از جنبه کیفیت مراقبت‌های خدمات اورژانس به قضیه نگاه شود به این نتیجه می‌رسیم که این بخش به توجه بیشتری نیاز دارد. از سوی دیگر چون حدود ۴۶ درصد مرگ و میرها مربوط به افرادی است که از سایر نقاط به این بیمارستان اعزام یا مراجعه کرده‌اند، بعد مسافت نیز می‌تواند در تشدید مرگ و میر مؤثر باشد.

توزیع مرگ و میر در روزهای تعطیل و غیر تعطیل در این مرکز همگن نیست و ۲/۲۶ درصد مرگ و میرها

مرگ و میر درمانگاهی (۲۴ ساعت) می‌تواند به پایین بودن کیفیت مراقبت‌های پزشکی نسبت داده شود ولی به هر حال نیاز به تحقیق بیشتری دارد. ۵۹ نفر زمانی به درمانگاه این مرکز رسیده‌اند که علائم حیاتی در آنها یافت نشده است، این تعداد در آمار مرگ و میر بیمارستانی محاسبه نمی‌شوند ولی این امر می‌تواند بیانگر موارد زیر باشد:

- عدم دسترسی به موقع بیمار به مراکز درمانی به سبب عدم کارایی وسایل اورژانس

- بعد مسافت و ارجاع دیر

- عدم آگاهی یا بی‌توجهی بیمار و اطرافیان وی نسبت به مهلک بودن بیماری به خصوص بیماری‌های قلبی و عروقی

- همچنین عدم دسترسی به پزشک می‌تواند عامل تشدید کننده باشد چون حدود ۳۷ درصد از مرگ و میرها در روزهای تعطیل (۲۰ درصد دوره بررسی) بوده است.

همانطور که قبلاً نیز اشاره شد طول دوره بررسی ۱۸۰ روز است که ۳۶ روز (۲۰ درصد) تعطیل رسمی بوده و بنا بر قضیه احتمالات «ژاک برنولی» ۲۰ درصد مرگ و میرها نیز در این روزها می‌باید برحسب احتمال روی داده باشد. بطور کلی برای تمام مراکز رقم مرگ و میر در روزهای تعطیل ۲۰ درصد بود که بیانگر همگن بودن توزیع فوت‌شدگان است. در بیمارستان بوعلی سینا ۱۶/۸ درصد مرگ و میرها در روزهای تعطیل اتفاق افتاده که نشان می‌دهد در روزهای غیر تعطیل در این مرکز مرگ و میر بیشتری نسبت به روزهای تعطیل رخ داده است.

اگرچه ساعت مرگ و میر به عواملی مانند ریتم بیولوژیک، اتیولوژی و پاتولوژی بیماری، مراقبت پزشکی و پرستاری وابسته است، تحقیق فوق نشان می‌دهد که در ساعت ۱۱ برای شیفت صبح، ساعت

حاضر نرخ مرگ و میر کودکان زیر یکسال را در ایران بین ۳۳ تا ۳۷ در هزار برآورد کرده‌اند. در کتاب شبکه مراقبت‌های بهداشتی در ایران میزان مرگ و میر نوزادان برای شهر ۲۰/۲ در هزار تولد زنده و برای روستا ۳۰/۶ در هزار و بطور کلی ۲۵ در هزار در سال ۱۳۷۶ برآورد شده است. برای سال ۱۳۷۰ این ارقام به ترتیب ۱۵ و ۲۵ و ۲۰ در هزار تولد زنده برآورد شده است. در همین کتاب نرخ مرگ و میر کودکان زیر یکسال ۳۳ در هزار برآورد شده است بنابراین این حدود ۶۰ درصد مرگ و میرها به نوزادان نسبت داده می‌شود. مرگ و میر نوزادان در این مرکز بدون احتساب نوزادانی است که از بیمارستان مرخص شده و در خارج از این مرکز فوت کرده‌اند. عامل اصلی فوت نوزادان نارس و سپس بیماری‌های تنفسی و قلب و عروق می‌باشد. مرگ و میر در ۷ روز اول تولد ۲۷ در هزار تولد زنده است که در تحقیق دکتر افتخار و همکاران (۱۳۷۲) در ۱۷ زایشگاه تهران ۱۳/۷ در هزار بوده است. نرخ مرده‌زایی در این بیمارستان ۳۸ در هزار است که در بررسی دکتر افتخار ۹/۹ در هزار بوده است.

به هر حال بالا بودن نرخ مرگ و میر نوزادان می‌تواند به پایین بودن سطح مراقبت‌های دوران بارداری و حین زایمان و کیفیت مراقبت بخش نوزادان نسبت داده شود که نیاز به تحقیق دارد. (دکتر افتخار و همکاران شایع‌ترین علت فوت نوزادان در چهار هفته اول تولد را عمدتاً شامل کمی وزن هنگام تولد، عفونت‌ها و عوارض ناشی از ضربه‌های زایمانی می‌دانند).

ضمناً باید توجه داشت که حدود ۳۵ درصد از فوت نوزادان مربوط به ساکنان قزوین و ۴۸ درصد مربوط به ساکنان اطراف قزوین می‌باشد. حد مطلوب مرگ و میر نوزادان حدود ۴/۴ در هزار برآورد می‌شود (سارنا ۱۹۹۲) که در این صورت ۲۶ در هزار مرگ و میر

در روزهای تعطیل اتفاق افتاده است که علت این امر می‌تواند ناشی از تصادفات رانندگی باشد.

به هر حال مرگ و میر در این مرکز در شیفت شب ۴۱ درصد، در شیفت صبح ۳۱ درصد و در شیفت عصر ۲۸ درصد است ولی اگر طول شیفت شب را که دو برابر هر یک از شیفت‌های صبح و عصر است در نظر بگیریم با توجه به حساب احتمالات، در شیفت صبح بیش از شیفت عصر و شب فوت روی داده است.

۲۷/۷ درصد از مرگ و میرها در مرکز قدس مربوط به ساکنان قزوین، ۴۸/۲ درصد مربوط به اطراف قزوین و ۲۴ درصد از سایر نقاط می‌باشد که این می‌تواند نشان دهنده پایین بودن سطح بهداشت در اطراف قزوین باشد. در این بیمارستان مرگ و میر در شیفت شب بیشتر از دو شیفت دیگر روی می‌دهد ولی با احتساب دو برابر بودن زمان شیفت شب به این نتیجه می‌رسیم که در شیفت عصر نسبت فوت بیش از دو شیفت دیگر است. علت اصلی مرگ و میر در کودکان مراجعه‌کننده به این مرکز در مرتبه اول بیماری‌های قلب و عروق و دستگاه تنفس و در مرتبه دوم بیماری‌های عفونی و انگلی بوده است. توزیع مرگ و میر در روزهای تعطیل و غیر تعطیل در این بیمارستان تقریباً همگن می‌باشد ولی در ساعات تعویض شیفت (۷ تا ۸ صبح ۱۴ و ۱۹ بعد از ظهر) مرگ و میر بیشتری نسبت به اوقات دیگر روی می‌دهد که اگر به کیفیت مراقبت‌ها نسبت داده شود بیانگر کاهش کیفیت در این ساعات است.

نرخ مرگ و میر مادران در مرکز آموزشی درمانی کوثر بسیار پایین و کمتر از ۲ در هزار است (۱ مورد در ۵۱۹۱ یا به عبارت دیگر ۱/۶ در ده هزار) که این فوت نیز در بخش اورژانس بیمارستان روی داده است. ولی نرخ مرگ و میر نوزادان ۳۰/۵ در هزار است. در حال

نوزادان بیش از حد نرمال رخ داده است.

ساعات ۳، ۱۱، ۱۷، ۲۳ بحرانی‌ترین زمان از نظر تعداد مرگ و میر ۲۴+ و ۲۴- در این مرکز می‌باشد که از نظر کیفیت مراقبت‌ها به توجه بیشتری نیاز دارد.

در مجموع در مرتبه اول مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های قلب و عروق، در مرتبه دوم حوادث و تصادفات رانندگی، در مرتبه سوم بیماری‌های عفونی و انگلی و بیماری‌های دستگاه گوارش عوامل اصلی مرگ و میر بیمارستانی است. ولی برای احتراز از «خطای برکسون» قابل تعمیم برای الگوی مرگ و میر کل جامعه قزوین و اطراف آن نمی‌باشد.

این تحقیق زمینه‌یابی، تصویر مرگ و میر بیمارستانی را در مقطع مطالعه روشن ساخته و زمینه را برای تصمیم‌گیری مدیران و انجام مطالعات پژوهشی بعدی با داشتن فرضیاتی در مورد علت و معلول مرگ و میرهای بیمارستانی فراهم می‌سازد که در قسمت نتایج به بخشی از این موارد اشاره شده است. لذا پیشنهاد می‌شود:

- ثبت مرگ و میر براساس طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (آخرین چاپ در دسترس ICD-10) توسط پزشکان انجام شود تا علت غایی فوت مشخص و طبقه‌بندی شود.

- کمیته‌های مرگ و میر در بیمارستان‌ها تشکیل و موارد وقوع را مورد بررسی و ارزشیابی قرار دهند.

- نتایج تحقیق و به ویژه ساعات بحرانی مرگ و میر این مطالعه به مدیران و رؤسای بیمارستان‌ها و بخش‌ها اطلاع داده شده و ایشان برای اتخاذ تصمیمات مناسب آگاه شوند.

- کنترل و نظارت بیشتری در بخش‌های اورژانس اعمال گردد.

- دانشگاه نقش بیشتری برای آگاه‌سازی مردم جامعه در پیش آگهی بیماری‌ها به خصوص

بیماری‌های قلب و عروق ایفا نماید.

- با توجه به اینکه نرم افزار تحقیق حاضر آماده است، به منظور ارزیابی و مقایسه تغییرات در طول زمان، تحقیق به صورت مستمر و با بودجه دانشگاه صورت گیرد.

📌 سپاسگزاری:

بدینوسیله از مسئولین آمار و مدارک پزشکی مراکز آموزشی - درمانی تابعه دانشگاه سپاسگزاری می‌شود.

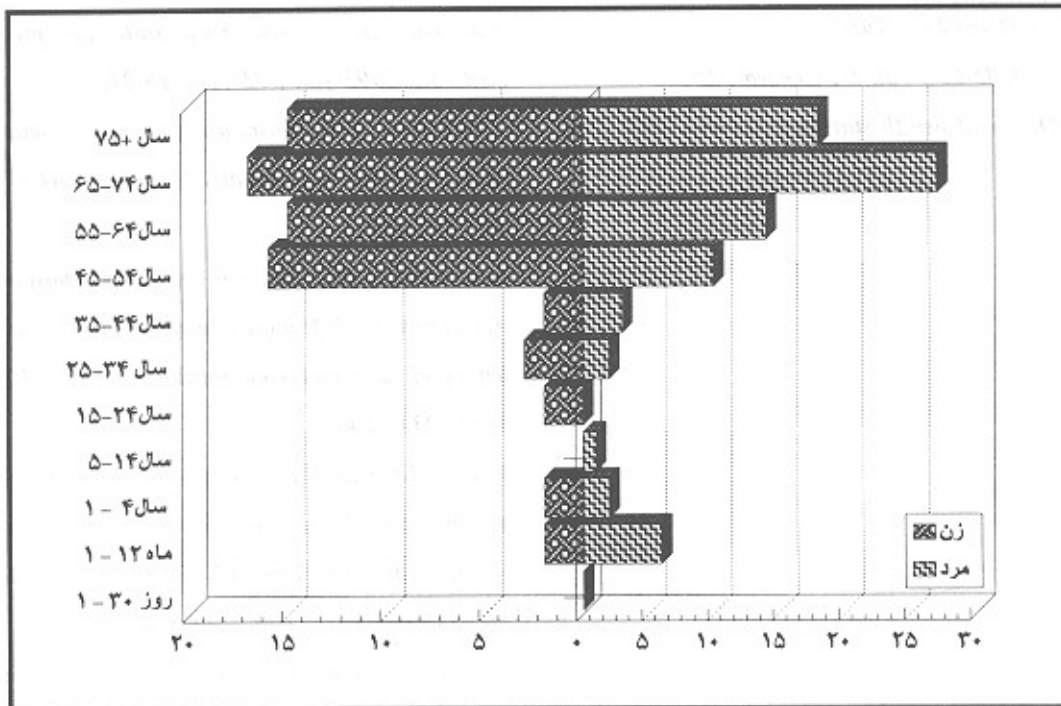
جدول ۳:

فراوانی مرگ و میر برحسب روزهای تعطیل و غیر تعطیل

نام مرکز	تعطیل	درصد	غیر تعطیل	درصد	جمع
بوعلی سینا	۳۳	۱۶/۷	۱۶۴	۸۳/۳	۱۹۷
شهید رجایی	۱۷	۲۶	۴۸	۷۴	۶۵
قدس	۱۸	۲۱/۷	۶۵	۷۸/۳	۸۳
کوثر	۳۱	۲۰/۳	۱۲۲	۷۹/۷	۱۵۳
کل مراکز	۹۹	۲۰	۳۹۹	۸۰	۴۹۸

نمودار ۱:

مرگ و میر بیمارستانی ناشی از سوانح و تصادفات رانندگی



□ مراجع :

11. Puffer , R. Ruth. *New Approaches for Epidemiology. PAHO. 1989 ; 4 : 365-83.*
12. Rioux , P etal *Angioplasty after failure of therombosis in myocardial infarction. Ann Cardiol Angeiol Paris. 1992 ; 41 (1) : 1-6.*
13. Ross , C. *Analytical tools for quality improvement in health care setting. Hospital Management International , IHF. 1993 ; 107-10.*
14. Sarna , M.S etal. *Neonatal mortality patterns in an urban hospital. Indian pediatrics. 1991 Jul ; 28 (7) : 719-24.*
15. Stanley , FJ ; Watson , L. *Trends in prenatal mortality and cerebralpalsy in Western Australia , 1967 to 1985. British journal of medicine. 1992. Jun 27 ; 304 (6843) : 1958-63.*
16. WHO. *ICD-10 , Vol. 1 , Geneva , 1992.*
17. WHO. *World health statistics. Geneva. 993.*
- ۱- آصف زاده ، سعید. شناخت بیمارستان. دانشگاه تهران ، اسفند ، ۱۳۶۹.
- ۲- اخوان فرد و همکاران. بررسی مرگ و میر : پایان نامه پزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی قزوین ، ۱۳۷۲.
- ۳- افتخار ، حسن ، آزردهگان ، فیروز ، گوگل ، حسن. بررسی مرگ و میر حول ولادت در ۱۷ زایشگاه تهران. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۷۲ : دوره ۱۲ ، (۱) ، ۱۶-۱۹.
- ۴- یونسف. وضعیت بهداشت کودکان جهان. ۱۳۷۲ (۱۹۹۳).
5. Asefzadeh , Saeed ; *Hospital deaths in a developing region. Nursing Management. 1997 ; 28 (3) : 41-3.*
6. Feinglass , J. etal. *State experience with medicare hospital mortality : how does New York state compare ? New York state journal of medicine. 1993 Jan , 93 (1) : 18-21.*
7. Harris , L.F. *Hospitaized tornado victims. Alabama Medicine , Montg. 1992 Jan ; 61 (7) : 12 , 14 , 16.*
8. Jencks , F , Stephen. *Assessing hospital-Associated death from discharge data-the role of lenght of stay and comorbidities. JAMA. 1988 Oct. : 2340-246.*
9. Lai , EC etal. *Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis. New England Journal of Medicine. 1992 Jun , 11 ; 329 (24) : 1582-6.*
10. Lerut , T , etal. *Surgical strategies in esophageal carcinoma with emphasis on radical lymphadenectomy. Annals of surgery. 1992 Nov ; 216 (5) : 583-90.*