

بررسی تاثیر اقامت متخصص بیهوشی بر میزان مرگ و میر بیماران بخش مراقبت های ویژه بیمارستان امام خمینی (ره) ساری، سال ۱۳۸۳-۱۳۷۹

آذر کبیرزاده (M.Sc.)⁺ عالیه زمانی کیاسری (M.D.)^{**} ابراهیم باقریان فرح آبادی (M.Sc.)^{***}
بنیامین محسنی ساروی (B.S.)^{****} فرشاد حسن زاده کیایی (M.D.)^{**}

چکیده

سابقه و هدف: توانائی های متخصصان بیهوشی در ایفای نقش های مهم در شرایط بحرانی از نظر اقدامات اورژانسی قلبی و عروقی، موجب شده که حضور آنان مورد توجه قرار گیرد. در این مطالعه میزان تاثیر اقامت متخصص بیهوشی بر مرگ و میر بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) ساری در طی سال های ۱۳۷۹ لغایت شهریور ۱۳۸۳ مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش ها: در این بررسی پرونده بیماران گروه مورد (بیماران فوت شده در زمان حضور متخصص بیهوشی) با بیماران گروه شاهد (بیماران فوت شده در زمان عدم حضور متخصص بیهوشی) مورد بررسی قرار گرفته و مشخصه های دموگرافیک و پزشکی جمع آوری و ثبت گردید و متغیرهای مداخله گر همگن در دو گروه، مانند تجهیزات بررسی نشد. داده ها با نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و آزمون های T، Z و X^2 آنالیز شدند.

یافته ها: یافته های پژوهش در بخش مراقبت های ویژه نشان داد، میزان مرگ و میر مردان (۶۱/۹ درصد) و زنان (۳۸/۱ درصد) بیش تر بود. با حضور متخصص بیهوشی در بخش، مدت اقامت کل بیماران از ۱۴ روز به ۱۱ و میزان مرگ بیماران از ۲۴ درصد به ۱۴ درصد کاهش یافت. هم چنین نتایج نشان داد ارتباط معنی داری بین سن و مرگ، سن با علت مرگ و علت پذیرش و علت فوت با سرویس ارجاع دهنده وجود داشت.

استنتاج: یافته های پژوهش نشان داد حضور متخصص بیهوشی در کاهش میزان مرگ و میر بیماران تاثیر دارد. بدیهی است که با وجود محدودیت تعداد تخت بخش مراقبت های ویژه و درخواست پذیرش جهت بیماران مختلف، انتخاب بیماران باید بر مبنای اندیکاسیون های کلاسیک صورت گیرد. به ویژه در شرایط مساوی، بیمارانی که شرایط بهره مندی بیشتری از بخش را دارند و احتمال مرگ آنها کمتر و پیش آگهی بهتری در صورت بستری در بخش را دارند، در اولویت پذیرش قرار گیرند.

واژه های کلیدی: متخصص بیهوشی، بخش مراقبت های ویژه، مرگ و میر

* کارشناس ارشد آموزش مدارک پزشکی و عضو هیات علمی (مربی) دانشگاه علوم پزشکی مازندران ⁺ ساری: کیلومتر ۱۸ جاده خزرآباد- دانشکده پیراپزشکی
^{**} متخصص بیهوشی و عضو هیات علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران ^{***} کارشناس ارشد آمار و عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری
^{****} کارشناس مدارک پزشکی و رئیس گروه کارشناسان مدارک پزشکی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
[☞] تاریخ دریافت: ۸۴/۷/۲۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۵/۲/۹ تاریخ تصویب: ۸۵/۶/۱۵

مقدمه

به عنوان استاندارد مراقبت گسترش پیدا کرده اند. در زمینه میزان مرگ و میر بیماران بخش مراقبت های ویژه و فاکتورهای موثر بر آن مطالعات متعددی انجام شده است. ماهوری و همکاران نقش متخصص بیهوشی مقیم، در کاهش مرگ و میر در بخش مراقبت های ویژه را در مرکز آموزشی درمانی امام خمینی ارومیه بررسی کرده و نتایج این بررسی کاهش ۱۲ درصدی در میزان مرگ و میر و کاهش متوسط میزان بستری در بخش مراقبت های ویژه را نشان داد (۱).

نتایج مطالعه مختاری و همکاران بر میزان مرگ و میر بیماران تحت تهویه مکانیکی در بخش مراقبت های ویژه نشان داد که میزان مرگ و میر ارتباط معنی داری با سن بیماران داشته است (۲).

بیمارانی که نیازمند بستری در بخش مراقبت ویژه هستند بر اساس اهداف بستری در سه گروه قرار می گیرند؛ گروه اول بیماران با وضعیت فیزیولوژیک پایدار که به عنوان تحت نظر در این بخش پذیرش می شوند. گروه دوم بیماران با وضعیت فیزیولوژیک پایدار که نیاز به مراقبت های پرستاری و پایش مداوم دارند و گروه سوم بیماران با وضعیت فیزیولوژیک ناپایدار که نیاز به مراقبت های پزشکی و پرستاری ثابت و مداوم دارند. بدیهی است با وجود محدودیت تعداد تخت در بخش مراقبت ویژه، انتخاب و پذیرش بیماران باید بر مبنای اندیکاسیون های کلاسیک صورت گیرد. به ویژه در شرایط مساوی، بیمارانی که شرایط بهره مندی بیشتری از بخش را داشته و احتمال مرگ و میر آنها کمتر و پیش آگهی بهتری در صورت بستری در بخش را دارند، در اولویت پذیرش قرار می گیرند.

با توجه به اهمیت بخش مراقبت های ویژه، هزینه های بالای آن و توانایی مدیریت بخش توسط متخصص بیهوشی، این مطالعه جهت بررسی میزان موفقیت طرح

بخش مراقبت های ویژه یکی از بخش های تخصصی است که به لحاظ وضعیت بحرانی بیماران آن، اعتبارات پیش بینی شده باید در جهت بالا بردن کیفیت درمان مورد استفاده قرار گیرد. فرآیند مدیریت و درمان به منظور ارائه مطلوب مراقبت از بیماران همواره از اهمیت خاصی برخوردار می باشد. با گسترش بخش مراقبت های ویژه و لزوم رسیدگی سریع تر و اصولی به بیماران بستری، توجه خاصی به حضور متخصص، به ویژه متخصص بیهوشی به عنوان انتخاب اول، معطوف شده است. تکنیک های مورد استفاده توسط متخصص بیهوشی نظیر اداره راه هوایی (لوله گذاری تراشه، تهویه مکانیکی و دستی)، تجویز داخل وریدی داروها، انفوزیون خون و سرم های مختلف و پایش قلبی- تنفسی در واقع اقدامات اساسی درمانی و مراقبتی در بخش های ویژه است.

تغییرات پاتوفیزیولوژیکی که در بیماران بخش مراقبت های ویژه رخ می دهد، نیازمند تشخیص، درمان سریع، لحظه به لحظه و اساسی است که این امر مستلزم حضور مستمر و مداوم پزشک متخصص و اعمال مدیریت مناسب او در بخش است. برای انتخاب مراحل درمانی و مراقبتی، متخصص بیهوشی نیازمند دانش و آگاهی کافی از علم فیزیولوژی، بیوشیمی و اصول فارماکولوژی بوده که با مهارت بالینی تکمیل می شود. ترکیب علم فیزیک از یک طرف و هنر پزشکی بالینی از سویی دیگر موجب رشد علم بیهوشی و ایفای نقش اختصاصی در گسترش تکنیک های مختلف شامل فشار مثبت انتهای بازدمی، فشارمداوم راه هوایی، احیای قلبی ریوی، احیای بیماران باترومای مغزی و تغذیه کامل داخل وریدی شده است. از سال ۱۹۸۵ نیز تکنیک های پایش غیر تهاجمی جهت اندازه گیری درصد اشباع اکسیژن خون شریانی و دی اکسید کربن هوای انتهای بازدمی در علم بیهوشی رواج یافته و اکنون این پایش ها،

استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های استنباطی؛ t, Z, X^2 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

اقامت متخصص در این بخش که توسط وزارت بهداشت و درمان ابلاغ شده است، انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها

بررسی حاضر یک پژوهش توصیفی است که از داده‌های موجود در پرونده بیمارانی که در بخش مراقبت‌های ویژه بستری بوده و در همان بخش فوت شده‌اند استفاده شده است. گروه شاهد کلیه بیماران فوت شده در زمان عدم اقامت متخصص بیهوشی (سال‌های ۷۹ و ۸۰) و گروه مورد کلیه بیماران فوت شده در مدت زمان اقامت متخصص بیهوشی در بخش (سال‌های ۸۲، نیمه اول ۸۳ و نیمه دوم ۸۱) می‌باشند. نمونه‌گیری از نوع سرشماری بود. ولی به دلیل برخی محدودیت که در ارسال پرونده از بخش‌ها یا امور مالی به بخش مدارک پزشکی مانند عدم تسویه حساب و یا مسایل مرتبط با بیمه وجود داشت، لذا از بین آمار فوتی گروه شاهد (۲۱۸ نفر) فقط ۱۵۸ پرونده و از گروه مورد (۱۸۳ نفر) ۱۱۲ پرونده به بخش مدارک پزشکی تحویل داده شده بود، که کلیه موارد مذکور مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه متغیرهایی مانند سن، جنس، علت بستری در بخش اولیه، سرویس ارجاع دهنده به بخش مراقبت‌های ویژه، علت ارجاع به بخش مراقبت‌های ویژه، علت فوت، مدت اقامت در بخش اولیه و در بخش مراقبت‌های ویژه، تعداد ویزیت متخصص بیهوشی مورد بررسی قرار گرفت. متغیرهایی مانند داروها، پیشرفت امکانات و تجهیزات، تعویض پرستاران و نوع مراقبت ارائه شده در دوره مذکور برای تمام بیماران مشابه بوده و بررسی نشد. برای طبقه‌بندی علل بستری (تشخیص اولیه)، ارجاع به بخش مراقبت‌های ویژه و علت فوت بیماران، از کتاب طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها ویرایش دهم ICD-10^۱

یافته‌ها

بر اساس آمار موجود در بخش مدارک پزشکی بیمارستان امام خمینی (ره) در سال‌های ۱۳۷۹ لغایت شهریور ۱۳۸۳، تعداد ۴۰۱ مورد فوت در بخش مراقبت‌های ویژه ثبت شده است (جدول شماره ۱). تعداد موارد فوت و ترخیص از بخش را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب نسبت فوت به ترخیص در بیماران بستری بخش مراقبت‌های ویژه

متغیر	گروه شاهد		گروه مورد	
	تعداد (درصد)	شاهد	مورد	جمع
ترخیص	۶۶۱ (۷۵/۱۹)	۵۷۴ (۷۵/۸۰)	۱۲۳۵ (۷۵/۴۸)	
فوت	۲۱۸ (۲۴/۸۰)	۱۸۳ (۲۴/۱۷)	۴۰۱ (۲۴/۵۱)	
جمع	۸۷۹ (۱۰۰)	۷۵۷ (۱۰۰)	۱۶۳۶ (۱۰۰)	

از تعداد ۲۷۰ پرونده بررسی شده، ۱۰۳ نفر (۳۸/۱ درصد) زن و ۱۶۷ نفر (۶۱/۹ درصد) مرد که به ترتیب در گروه مورد ۴۴ نفر زن ۶۸ مرد و در گروه شاهد ۵۹ نفر زن و ۹۹ مرد بودند. بررسی تاثیر حضور متخصص بیهوشی با میزان مرگ بر حسب جنس بیماران معنی دار نبود. یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین سن بیماران فوت شده در گروه شاهد و مورد یکسان و برابر 51 ± 23 سال با دامنه سنی ۹۰-۴ سال بود و شایع‌ترین رده سنی فوتی‌ها در گروه شاهد ۷۴-۶۵ سال (۲۲/۱ درصد) و در گروه مورد ۸۴-۷۵ سال (۲۰/۴ درصد) بود. یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که در هر دو گروه مورد و شاهد، بخش اورژانس با ۳۹/۳ درصد،

1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 th ed

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب مدت اقامت متوفیان در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام خمینی ساری، سال ۸۳-۱۳۷۹

بخش	مدت اقامت (روز)	
	شاهد	مورد
اولیه	۶/۶۶ ±	۴/۴۲ ±
ICU	۱۱/۰۹ ±	۷/۹۶ ±
اقامت کل	۱۴/۵۱ ±	۱۱/۱۷ ±

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب علت فوت در بیماران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام خمینی ساری، سال ۸۳-۱۳۷۹.

علت فوت	فراوانی	
	شاهد	مورد
صدمه مسمومیت و بیماری	۷ (۴/۸)	۳ (۲/۹)
سیستم عصبی	۳۸ (۲۴/۷)	۴۲ (۴۰)
سیستم عروقی	۱۰ (۶/۵)	۸ (۷/۶)
سرطان	۳۰ (۱۹/۵)	۲۴ (۲۲/۹)
سیستم ادراری	۵ (۳/۲)	۲ (۱۲/۹)
سیستم قلبی عروقی	۱۴ (۹/۱)	۶ (۵/۷)
نامعلوم	۲۷ (۱۷/۵)	۰ (۰)
سیستم گوارش	۱۲ (۷/۸)	۶ (۵/۷)
سیستم تنفسی	۱۱ (۷/۱)	۱۴ (۱۳/۳)
جمع	۱۵۴ (۱۰۰)	۱۰۵ (۱۰۰)

یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین فوتی در هر دو گروه در ماه مهر (۱۲ درصد) و کمترین در ماه‌های بهمن و اسفند (۱۰/۵ درصد) ثبت شده است. همچنین بیماران فوت شده در گروه مورد به تعداد ۱۸۳۱ مرتبه ویزیت شده‌اند.

بحث

امروزه در کشورهای مختلف از سیستم‌های درجه‌بندی کلینیکی متعددی از قبیل TISS^۱، MPM^۲، APACHE^۳ استفاده می‌شود تا به صورت هدف‌مند شدت بیماری بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه

مراقبت‌های ویژه با ۲۱/۹ درصد و داخلی با ۱۳ درصد به عنوان بخش‌های اولیه، بیش‌ترین بیماران را پذیرش کرده بودند.

بیش‌ترین علت بستری در هر دو گروه (تشخیص اولیه) نیز، مربوط به سیستم عصبی (مانند خونریزی داخل جمجمه، انفارکتوس مغزی و ...)، سرطان‌ها، سیستم تنفسی (نارسایی ریه، COPD و ...)، گوارش و حوادث و سوانح (تصادف، خودآزاری) بود.

بیشترین علت ارجاع در هر دو گروه به ترتیب مربوط به سیستم عصبی ۳۰ درصد، سرطان‌ها ۲۰ درصد و علت نامعلوم (عدم درج علت ارجاع در پرونده) ۱۰ درصد از بخش‌های اولیه بستری، به بخش مراقبت‌های ویژه بود. آزمون کای دو نشان داد که بین علت بستری (تشخیص اولیه) و فوت با سرویس ارجاع دهنده ارتباط آماری وجود دارد ($P < 0/00$). همچنین مدت اقامت متوسط هر بیمار در بخش ۱۳ روز بود، جدول شماره ۲. آزمون t نشان داد که حضور متخصص بیهوشی در مدت اقامت در بخش مراقبت‌های ویژه تأثیر داشته و سبب کاهش آن می‌شود ($P < 0/005$). همچنین مدت متوسط اقامت کل در بخش‌ها نیز به ۱۱ روز کاهش یافت و بین مدت اقامت در بخش‌های اولیه و بخش مراقبت‌های ویژه ارتباط آماری وجود داشت به عبارتی بیمارانی که دیرتر به بخش مراقبت‌های ویژه ارجاع شده‌اند زودتر فوت کرده‌اند.

نتایج تحقیق نشان داد که بیش‌ترین علل فوت مربوط به سیستم عصبی و سرطان‌ها بود، جدول شماره ۳. با استفاده از آزمون Z و ضریب اطمینان ۹۹ درصد مشخص گردید که احتمال فوت بیماران در زمان قبل از حضور متخصص بیهوشی ۲۴ درصد و این احتمال در زمان حضور به ۱۴ درصد کاهش یافته است.

1. Therapeutic Intervention Scoring System
2. Mortality Predication Model
3. Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

بیشترین علت مرگ مربوط به سیستم عصبی بوده و سرویس جراحی اعصاب نیز بیشترین بیماران را به بخش مراقبت‌های ویژه ارجاع داده است (۶). مطالعه فینکایلمان و همکاران جهت تاثیر ماه جولای (آغاز سال تحصیلی که هم‌زمان با آغاز به کار دستیاران جدید و کم تجربه در درمان بیماران است) بر میزان مرگ و مدت اقامت در بخش مراقبت‌های ویژه (اکتبر ۱۹۹۴ تا سپتامبر ۲۰۰۲) نشان داد که شایع‌ترین علت پذیرش بیماران مشکلات قلبی و عروقی بوده و اکثر این بیماران به دنبال ترخیص از اتاق ریکاوری به بخش مراقبت‌های ویژه ارجاع شده‌اند و مدت زمان بستری و همچنین ترخیص از بیمارستان در ماه جولای در مقایسه با سایر ماه‌های سال تفاوت معنی‌داری نداشت (۷). اما در این بررسی بیشترین تعداد فوتی در ماه مهر بوده که بررسی فاکتورهای موثر را می‌طلبد. مطالعه فوشز و همکاران نشان داد که حضور متخصص در بخش مراقبت‌های ویژه نه تنها در بهبودی بیماران تاثیر دارد بلکه از بروز عوارضی که منجر به طولانی شدن مدت بستری در بیمارستان می‌شود پیشگیری می‌نماید. این تحقیق نشان داد که حضور متخصص، سبب ترخیص مناسب و به موقع، کاهش پذیرش نایجا و کاهش هزینه‌ها می‌شود (۸). نتایج تحقیق نشان داد که با حضور متخصص بیهوشی در بخش مراقبت‌های ویژه، میزان مرگ و مدت اقامت کاهش یافت که با مطالعات مشابه هم‌خوانی دارد. نتایج تحقیق کوپلان نشان داد که تغذیه مصنوعی، تراکئوستومی، عفونت بیمارستانی، تهویه مکانیکی و همچنین سن مهمترین عوامل موثر بر میزان مرگ و میر در بخش مراقبت‌های ویژه می‌باشند (۹). نتایج این تحقیق مشابه نتایج کوپلان نشان داد که میزان فوت در گروه سنی ۷۰ و بالاتر در هر دو گروه شاهد و مورد یکسان است (۹).

بررسی و احتمال مرگ و میر و پیش آگهی آنان در هنگام بستری تخمین زده شود (۱). لذا بدیهی است که به کارگیری سیستم‌های مذکور منجر به بهبود روند مراقبت نیز می‌گردد. در مطالعه حاضر تاثیر حضور متخصص بیهوشی در بخش مراقبت‌های ویژه بر میزان مرگ بیماران ارزیابی شد. نتایج مطالعه ماهوری و همکاران نشان داد حضور متخصص بیهوشی مقیم، میزان مرگ و میر بیماران بخش مراقبت‌های ویژه را ۱۲ درصد، و میانگین مدت اقامت در بخش را از ۳ روز به ۲/۵ کاهش داده است. نتایج این تحقیق مشابه نتایج ماهوری نشان داد که میزان مرگ و میر در مردان بیشتر از زنان است (۱). این امر ممکن است ناشی از شیوع مشکلات ریوی ناشی از مصرف دخانیات و وجود ایسکمی قلبی و یا استرس‌های شغلی خاص در مردان باشد. گولدهیل و همکاران در مطالعه‌ای ارتباط بین مرگ و میر در بیمارستان و زمان اقامت بیمار قبل از پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه را بررسی نمودند. نتایج نشان داد که زمان اقامت در بخش و قبل از پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه به عنوان یک عامل مستقل و پیش بینی کننده در مرگ بیماران می‌باشد (۳). مطالعه یانگ و همکاران نیز نشان داد که تاخیر در انتقال بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه در بیماران پر خطر با افزایش مرگ و میر و هزینه‌ها همراه است (۴). کومبس و همکاران نیز گزارش کرده‌اند که میزان مرگ و میر در بخش مراقبت‌های ویژه و نسبت آن با میزان مرگ و میر استاندارد در بیمارانی که از سایر مراکز درمانی به بخش مراقبت‌های ویژه ارجاع شده‌اند به طور معنی‌داری بالاتر است (۵). نتایج این مطالعه نیز نشان داد که هرچه بیماران در بخش‌های قبل از بخش مراقبت‌های ویژه توقف بیشتری داشته باشند، مرگ و میر آنان بیش‌تر است. نتایج بررسی‌های لاور و همکاران بر روی بیماران بخش مراقبت‌های ویژه مشابه نتایج این تحقیق نشان داد که

به بهبود وضعیت گردد، نیاز به مرور زمان و همچنین مطالعات متعدد پیرامون مورد مذکور دارد.

پیشنهادات

- ۱- با توجه به تاثیر متخصص مقيم در بخش مراقبت های ویژه، بر ضرورت اجرای اصولی و علمی بخش نامه مدیریتی موجود تاکید می شود.
- ۲- بررسی تاثیر حضور و شیوه های مراقبتی سایر مراقبت دهندگان به صورت آینده نگر
- ۳- بررسی جهت تعیین تاثیر سایر فاکتورهای انتقال بیماران
- ۴- بررسی تاثیر عوامل جانبی موثر بر فعالیت های بخش دربرخی از ماه های سال (حضور دستیار، حضور پرستاران طرحی یا رسمی و ...)

سپاسگزاری

از مسئول و کارکنان محترم بخش مدارک پزشکی بیمارستان امام خمینی (ره) ساری به لحاظ همکاری صمیمانه ایشان تشکر می گردد.

لازم به ذکر است که فاکتورهای دیگری مانند فرآیند انتقال بیمار در ساعات شب، پذیرش بیماران در حال مرگ، سیستم های مدیریت بخش (باز یا بسته)، ویزیت سریع و به موقع توسط پزشک نیز در میزان مرگ و میر در بخش مراقبت های ویژه موثر می باشد (۱۰-۱۲).
بر اساس بخشنامه های وزارت بهداشت و درمان بر حضور متخصص بیهوشی در بخش مراقبت های ویژه، تاکید و بدیهی است پایش های این متخصصین، هماهنگی های ایجاد شده با مدیریت ایشان، ارزیابی های دقیق و علمی تر این گروه می تواند پیامدهای مثبت این روند باشد. این روند در آغاز نیز با مشکلات متعددی مواجه بوده که همت و پشتکار متخصصین مربوطه، تعیین جایگاه، شرح وظایف و حیطه های کاری منجر به بهبود شرایط و رفع برخی موانع گردید. بدیهی است ایجادیک محیط کاملا مناسب و مطمئن از نظر حضور متخصص جهت دستیابی به شرایطی که بتوان قابلیت های ایشان را در اداره آن بخش نشان داده و متعاقب آن منجر

فهرست منابع

3. Goldhill DR, Mc Narry AF, Hadjianastassiou VG, Tekkis PP. The longer patients are in hospital before intensive care unit admission the higher their mortality. Intensive care Med. 2004 Oct; 30(10): 1908-1913.
4. Young Michael P, Gooder Valerie J, Mc Bride Karen, James Brent, Fisher Elliott S. Inpatient transfers to the intensive care unit delays are associated with increased mortality and morbidity. JGIN. 2003; 18(2): 77-83.
- ماهوری علیرضا، حشمتی فرهاد، نوروزی نیا حیدر، عباسی وش رحمان، نوروزی نیا شیوا و سلمانی معصومه. نقش متخصص بیهوشی مقيم در کاهش مرگ و میر بخش مراقبت های ویژه. مجله آنستزیولوژی و مراقبت های ویژه ایران. ۱۳۸۲؛ جلد ۲۳؛ ۲۲-۱۷.
- مختاری مجید، سعادت نیکی اسداله، رشیدی محمد فرزاد. مطالعه میزان مرگ و میر بیماران تحت تنفس مصنوعی در بخش های مراقبت ویژه یک مرکز آموزشی درمانی تهران در سال های ۱۳۸۱-۱۳۸۰. مجله آنستزیولوژی و مراقبت های ویژه ایران. ۱۳۸۲؛ جلد ۲۵؛ شماره ۴۵. ۲۷-۳۴.

5. Combes Alain, Luty Charles Edouard, Trouillet Jane-Louis, Chastre Jean, Gilbert Claude. Adverse effect on referral intensive care units performance of accepting patients transferred from another intensive care unit. *Crit care Med.* 2005 Apr; 33(4): 705-710.
6. Laver S, Farrow C, Turner D, Nolan J. Mode of death after admission to an intensive care unit following cardiac arrest. *Intensive care Med.* 2004 Nov; 30(11): 2126-2128.
7. Finkielman Javier D, Morales Ian J, Peters Steve G, Keegan Mark T, Ensminger Allen S, Lymph James f, et al. Mortality rate and length of stay of patients admitted to the intensive care unit in July. *Crit care Med.* 2004 May; 32(5): 1161-1165.
8. Fuchs RJ, Berenholtz SM, Dorman T. Do intensivists in ICU improve outcome? *Clinical Anaesthesiology.* 2005 Mar; 19(1): 125-135.
9. Coplan Aylin, Akinic Eragul, Erbay Ayse, Balaban Neriman & Bodur Hurrem. Evaluation of risk factors for mortality in intensive care units. *AJIC.* 2005 Feb; 33(11): 42-47.
10. Rubinfeld Gordon D, Rondall Curtis J. End of life care in the intensive care unit. *Crit care Med.* 2001 Oct; 29(10): 2001-2006.
11. Angus Derek C, Barnato Amber E, Lined-zwirble Walter T, Weissfield Lisa A, Watson R Scott, Rickert Time BA et al. Use of intensive care at the end of life in the USA. *Crit care Med.* 2004 Mar; 32(3): 638-643.
12. Engoren Milo. The effect of prompt physician visits on intensive care unit mortality and cost. *Crit care Med.* 2005 Apr; 33(4): 727-732.
13. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th ed.1992: WHO. Geneva.