

از پزشکان مسئول اورژانس و پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس شهر تبریز انجام گردید. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های استاندارد فری و بورر و پرسشنامه گرانسون و همکاران بود که پس از تأیید روایی و پایایی استفاده گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-14 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و برای دستیابی به اهداف مطالعه و پاسخ به سئوالات پژوهش از آمار توصیفی (فراوانی، درصد و میانگین) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که سازمان‌دهی تریاژ در بخش‌های اورژانس بر پرسنل انجام دهنده آن، تسهیلات، منابع و عملکردهای تریاژ تمرکز دارد، اما اصول مربوط به تریاژ در بخش‌های اورژانس شهر تبریز به طور یکپارچه نیست. ۶۸/۸ درصد اعلام کردند پرستار تریاژ به بخش اورژانس اختصاص داده نشده است. ۷۲ درصد از پاسخ‌دهندگان اظهار داشته‌اند که ایستگاه تریاژ در بخش‌های اورژانس وجود ندارد. ۶۵ درصد پاسخ‌دهندگان اعلام کردند که بیماران در سالن اورژانس تریاژ می‌شوند.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان می‌دهد که با توجه به نبود سیستم تریاژ استاندارد و سازمان‌یافته از نظر تخصیص نیروی انسانی و اولویت‌بندی بیماران و پرسنل، ضرورت تحقیق بیشتر بر تریاژ در بخش‌های اورژانس و به ویژه در حوزه‌های پرسنلی و توجه بیشتر مسئولان درمانی در اجرایی شدن سیستم تریاژ استاندارد مورد تأکید است.

کلمات کلیدی: تریاژ، بخش‌های اورژانس، پرستار تریاژ.

وضعیت تریاژ در بخش‌های اورژانس بیمارستانی شهر تبریز از نظر پزشکان و پرستاران شاغل در ۱۳۸۷

عباس داداش‌زاده^۱، فرحناز عبدالله‌زاده^۲،

هادی حسن‌خانی^۳، مژگان لطفی^۴

۱. کارشناس ارشد پرستاری، مربی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، گروه داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۲. کارشناس ارشد پرستاری، مربی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، گروه داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۳. نویسنده مسئول: دکترای پرستاری، استادیار، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، گروه داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

Email: hassankhanh@tbzmed.ac.ir

۴. کارشناس ارشد پرستاری، مربی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، گروه داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

دریافت: ۹۱/۹/۱۲ پذیرش: ۹۲/۵/۱۵

چکیده

مقدمه: تریاژ فرایند اولویت‌بندی بیماران بر طبق نیاز پزشکی آنان است و پرستار تریاژ برای این فرایند ضروری است. بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته انواعی از سیستم‌های اولویت‌بندی بیماران را در بخش اورژانس استفاده می‌کنند. هدف از این تحقیق، بررسی وضعیت تریاژ در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های تبریز از دیدگاه پزشکان و پرستاران بود.

روش: مطالعه از نوع توصیفی است و روی ۱۷۶ نفر

مقدمه

تریاز از کلمه فرانسوی تریر مشتق شده و به معنای دسته‌بندی کردن است (۱،۲،۳). تریاز فرایند اولویت‌بندی بیماران بر طبق نیاز پزشکی آنان است (۶،۴،۲). مفهوم تریاز بر حسب شرایط، در شرایط حوادث غیر مترقبه و در شرایط عادی استفاده می‌شود. تریاز در شرایط عادی می‌تواند در صحنه حادثه یا در اورژانس بیمارستان صورت پذیرد (۷). ازدحام در بخش‌های اورژانس مشکل جهانی است (۹،۸). استفاده از سیستم تریاز در بخش‌های اورژانس به دنبال افزایش ویزیت‌های پزشکی و پذیرش بیمارستانی از اوایل دهه ۱۹۶۰ در ایالات متحده شروع شد و سیاست‌های توسعه تغییرات در جهت فراهم کردن تسهیلات مراقبتی برای بیماران اورژانس تدوین گردید و مقدمه‌ای برای گسترش راهنمایی‌های استاندارد ملی و عملکرد پرستاری در بخش اورژانس شد (۱۱،۱۰،۴،۲). یکی از این تغییرات برای اصلاح کارایی بخش‌های اورژانس خدمات تریاز و ایجاد نقش‌های جدید برای پرستاران به عنوان پرستار تریاز می‌باشد (۳). هدف از تریاز در بخش اورژانس عبارت است از: ۱- بررسی سریع بیماران پذیرفته شده و بیماران در حال انتظار به منظور کاهش خطرات احتمالی به آنها، ۲- تعیین نیازهای اورژانسی بیماران برای مراقبت با اختصاص دادن کد تریاز مناسب و نهایتاً، ۳- قرار دادن بیمار در محل‌های مناسب و تعیین شده برای فراهم کردن مراقبت (۳). عناصر سازنده سیستم تریاز عبارتند

از: فضای کافی، تجهیزات و منابع مورد نیاز، سیستم ارتباطات و ناحیه درمانی در دسترس که به وسیله تیم حرفه‌ای کار آزموده حمایت می‌شود (۱). در ایالات متحده از نظر کمیسیون مشترک استاندارد سازمان‌های سلامتی از بین تیم حرفه‌ای که در بخش‌های اورژانس کار می‌کنند پرستار ليسانس برای انجام بررسی بیمار مناسب و دانش و تجربه مناسب پرستاران همراه با تسهیلات و تجهیزات کافی، متضمن ایمنی بیماران مراجعه کننده به بخش‌های اورژانس است. در حال حاضر پرستار تریاز برای پرستاران اورژانس بخشی اساسی و جدایی‌ناپذیر و برای فرایند تریاز امری ضروری است. بنابراین هدف اولیه پرستار تریاز، بررسی سریع بیماران به منظور تعیین اولویت بر طبق نیاز بالینی است. این بررسی شامل جمع‌آوری اطلاعات درباره تاریخچه بیمار، مشکلات اصلی، علائم عینی، علائم ذهنی و مجموعه‌ای از سایر بررسی‌ها می‌باشد (۵). استفاده مؤثر از بررسی و ابزارهای تصمیم‌گیری به طور واضح بستگی به شایستگی پرستار تریاز دارد و پرستار تریاز باید توانایی فهم و استفاده از فرایند تصمیم‌گیری را داشته باشد (۱۲،۱). نه فقط بررسی و تصمیم‌گیری نامناسب منجر به تأخیر بیماران می‌شود، بلکه هزینه‌ها را در بخش اورژانس افزایش می‌دهد و ممکن است وضعیت بیماران بدتر و صدمات جبران‌ناپذیری به آنها وارد شود که این تجربه‌ای تلخ و مایوس‌کننده برای بیماران اورژانس است (۵). با توجه به در اولویت بودن مشکلات بخش-

های اورژانس در کشور و کمبود اطلاعات پایه در زمینه تریاژ و یا چندگانگی اطلاعات در مورد استانداردها، راهنمایی‌ها و مقیاس‌های اولویت-بندی بیماران در بخش‌های اورژانس، بر آن شدیم که سیمای روشنی از تریاژ از نظر سازمان‌دهی فرایند تریاژ و تسهیلات موجود در ارتباط با تریاژ در بخش‌های اورژانس بیمارستان شهر تبریز ترسیم نماییم.

روش تحقیق

در این تحقیق توصیفی، تمامی پزشکان مسئول اورژانس و پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس شهر تبریز (۲۲ نفر پزشک مسئول اورژانس و ۱۵۴ نفر پرستار شاغل در اورژانس) مورد مطالعه قرار گرفتند. مطالعه با همکاری پرسنل بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های دولتی و خصوصی امام خمینی (ره)، سینا، کودکان، شهداء، اسدآبادی، الزهرا، طالقانی، نیکوکاری، رازی، شمس، شهریار، شفا، امیرالمومنین (ع)، عالی‌نسب، ارتش، ۲۹ بهمن، نور نجات و زکریا در سال ۱۳۸۷ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که با توجه به اهداف پژوهش از پرسشنامه استاندارد فری و بورر، و پرسشنامه گرانسون و همکارانش استفاده شد. پرسشنامه شامل بخش‌هایی همچون مشخصات فردی و اجتماعی پرسنل، تسهیلات موجود در ارتباط با تریاژ و فرایند تریاژ در بخش اورژانس بود. مشخصات فردی اجتماعی شامل مواردی همچون جنس، سن، سابقه کار در اورژانس و تریاژ بود. تسهیلات شامل فرم تریاژ،

ایستگاه تریاژ، تجهیزات انتقال بیمار و تجهیزات پزشکی موجود در ارتباط با تریاژ بود. فرایند تریاژ شامل ثبت زمان ورود بیماران، پرسنل تریاژ کننده بیمار، محل تریاژ بیماران و... بود که با توجه به اهداف پژوهش تدوین گردیده بود. به منظور بررسی روایی ابزار، از روایی محتوا استفاده شد و پس از ارسال پرسشنامه مربوطه به تعدادی از اساتید پرستاری، طب اورژانس و پرستاران بخش اورژانس تغییرات لازم در پرسشنامه داده شد. پس از انجام مطالعه راهنما روی ۲۰ پرستار اورژانس، پایایی پرسشنامه با روش آلفای کربناخ ۰/۹۴ تعیین شد. پژوهشگر پس از اخذ معرفی‌نامه کتبی از دانشکده پرستاری و مامایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز، و پس از کسب موافقت از مسئولان بیمارستانی، خود را به واحدهای مورد پژوهش معرفی کرد. بعد از توضیح اهداف مطالعه و کسب اطمینان از تمایل نمونه به شرکت در پژوهش، پرسشنامه در اختیار نمونه‌های انتخابی قرارگرفت. با برقراری تماس‌های مکرر با تمامی واحدهای مورد پژوهش، ۸۹/۲ درصد از پرسشنامه‌ها برگشت داده شدند. محققان برای بازپس‌گیری پرسشنامه‌ها به بخش‌های اورژانس مراجعه کردند و داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۱۴ تجزیه و تحلیل آماری شد و برای دستیابی به اهداف مطالعه و پاسخ به سئوالات پژوهش از آمار توصیفی (فراوانی، درصد و میانگین) استفاده شد.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک: ۷۵/۲۰ درصد از پاسخ‌دهندگان از بیمارستان‌های دولتی و مابقی از بیمارستان‌های خصوصی بودند. ۵۶/۷۰ درصد از شرکت‌کننده‌ها زن و ۴۳/۳۰ درصد را مرد تشکیل داده بودند. میانگین و انحراف معیار سن $6/70 \pm$ ۳۲/۷۰ بود. ۱۱۵ نفر (۷۳/۲۵ درصد) افراد کمتر از ۵ سال سابقه کار داشتند و بیش از ۴۲ درصد آنها دارای تجربه کاری در تریاژ بوده‌اند (جدول شمار ۱).

تسهیلات موجود در ارتباط با تریاژ: ۸۰/۳۴ درصد از پاسخ‌دهندگان در بخش خصوصی و ۶۶/۱ درصد در بخش دولتی کار می‌کنند. همچنین ۵۸/۰۹ درصد از پاسخ‌دهندگان اظهار نمودند که در بخش اورژانس در شبانه‌روز در هر شیفت ۱ تا ۲ پزشک کار می‌کنند. ۷۳/۵ درصد از پاسخ‌دهندگان در بخش خصوصی و ۵۳/۴ درصد در بخش دولتی بیان کرده‌اند که به طور متوسط در بخش اورژانس در هر شیفت در شبانه‌روز ۱ تا ۲ پرستار کار می‌کنند.

در بیمارستان‌های خصوصی ۷۱/۸ درصد و در بخش دولتی ۷۳/۳ درصد از پاسخ‌دهندگان اظهار کرده‌اند ایستگاه تریاژ در بخش اورژانس وجود ندارد. در بیمارستان‌های خصوصی ۵۲/۸ درصد و در بخش دولتی ۶۴/۵ درصد از پاسخ‌دهندگان اظهار کرده‌اند که فرم تریاژ در بخش اورژانس وجود ندارد. در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی بیش از ۵۰ درصد از پاسخ‌دهندگان اعلام کردند

که تعداد صندلی چرخ‌دار و برانکار اورژانس کم است و تعداد درب ورودی اورژانس از بیرون یک عدد می‌باشد. اغلب پاسخ‌دهندگان (۶۱/۸ درصد) اظهار کرده‌اند که تلفن مستقل در اورژانس وجود دارد. بیشترین وسیله کلینیکی موجود در محل استقرار تریاژ از نظر پاسخ‌دهندگان گوشی و فشارسنج اعلام شده است.

فرایند تریاژ: طبق نتایج این پژوهش، در ۸۶ درصد موارد، زمان ورود بیماران ثبت می‌شود و در اکثر موارد اولین پرسنل ملاقات‌کننده بیماران سرپایی و آمبولانسی پرستار است. فقط ۲۸/۷ درصد از پاسخ‌دهندگان گزارش کرده‌اند که پرستار تریاژ به بخش اورژانس اختصاص داده شده است و پرستاران تریاژ علاوه بر مسئولیت تریاژ سایر وظایف اعم از مسئول بخش، مراقبت از بیمار و مراقبت از بخش اورژانس را نیز انجام می‌دهند. ۶۵ درصد پاسخ‌دهندگان اعلام کرده‌اند که بیماران در سالن اورژانس تریاژ می‌شوند و سایر محل‌هایی که از نظر پاسخ‌دهندگان بیماران در آنجا نیز تریاژ می‌شدند عبارت بودند از: اتاق انتظار بیماران، اتاق تحت نظر بیماران و درب ورودی اورژانس. در این تحقیق بیشترین علت نبود سیستم تریاژ در بخش‌های اورژانس کمبود کادر گزارش شده است. بیش از ۳۲ درصد از پاسخ‌دهندگان اعلام کرده‌اند که در نبود پرسنل خاص تریاژ، اولویت‌بندی بیماران با سازمان‌دهی خاصی صورت نمی‌گیرد و تریاژ بیماران توسط پرستاران اورژانس، پزشکان و حتی کادر اداری هم

صورت می‌گیرد. اکثر پرسنل مورد پژوهش (۶۶/۹ درصد) اظهار داشته‌اند سیستم تریاژ در بخش اورژانس وجود ندارد (جدول شماره ۲).

بحث

تریاز یکی از سازه‌های کلیدی مراقبت در بخش اورژانس است. عدم انجام آن در سطح استاندارد نتایج مراقبت بالینی بیماران و کارایی بخش‌های اورژانس را به مخاطره خواهد انداخت (۱۳). براساس یافته‌های به دست آمده، عملاً نقش تریاز در اورژانس‌های شهر تبریز انجام می‌شود، اما اطلاعات کمی در مورد وضعیت تریاز و چگونگی انجام آن در دسترس است. در مطالعه حاضر، ۴۲/۶ درصد از کل پاسخ‌دهندگان در نقش تریاز تجربه داشته‌اند، ۵۸/۲۱ درصد از این افراد کمتر از ۲ سال در نقش تریاز کار کرده‌اند. بنابراین، با توجه به ارقام بالا می‌توان گفت تریاز در بخش‌های اورژانس شهر تبریز یک بحث جدید است. در حالی که مطالعات نشان می‌دهد، تجربیات بالینی پرستاران در انجام صحیح تریاز نقش مؤثری دارد به طوری که پرستاران با تجربه بیشتر، در بخش اورژانس با دقت و صحت بیشتری می‌توانند عمل اولویت‌بندی بیماران را انجام دهند (۱۴، ۱۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تریاز مؤثر نیاز به منابع انسانی کافی دارد (۱۵، ۱). در پژوهش حاضر به طور متوسط ۷۷/۵۱ درصد از پاسخ‌دهندگان اظهار کرده‌اند که در بخش اورژانس در شبانه‌روز در هر شیفت ۱ تا ۲ پزشک کار می‌کنند و ۵۹/۴ درصد از پاسخ‌دهندگان اظهار

کرده‌اند که به طور متوسط در هر شیفت در شبانه‌روز ۱ تا ۲ پرستار کار می‌کنند. در پژوهش کاتر اسلوان و همکارانش در ۲۰۰۵ در بخش‌های اورژانس اونتاریو در کانادا نیز حدود ۱ تا ۲ پزشک در ۲۴ ساعت در بخش اورژانس حضور داشتند. این مطالعه همچنین نشان داد که باید با بزرگ شدن بخش‌های اورژانس و افزایش تعداد بیماران، تعداد پرستاران افزایش یابد (۱۵). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که فقط درصد کمی (۲۸/۷ درصد) از پاسخ‌دهندگان اعلام کرده‌اند که در بخش اورژانس پرستار مخصوص تریاز وجود دارد؛ لذا به نظر می‌رسد در اکثر محیط‌های پژوهشی پرستار مخصوص تریاز وجود ندارد و پرستاران اورژانس علاوه بر وظایف خود، وظایف پرستار تریاز را نیز انجام می‌دهند. در این رابطه، مطالعه میرحقی نشان داده که در ۲۱ درصد موارد پرستار تریاز به بخش اورژانس اختصاص داده شده است (۱۶). همچنین مطالعه فری و بورر (۲۰۰۱) نشان داد که ۴۱ درصد از پاسخ‌دهندگان اظهار داشته‌اند که یک نفر پرستار مخصوص تریاز در هر شیفت وجود دارد و فقط ۲۱ درصد از این افراد گزارش نموده‌اند که منحصراً وظایف تریاز را انجام می‌دهند. اکثریت پرستاران گزارش کرده‌اند که اغلب آنها با توجه به فعالیت بخش و اوقات روز، مسئولیت‌های غیر تریاز را هم انجام می‌دهند که با مطالعه ما همخوانی دارد (۱۷). در این پژوهش ۶۸/۸ درصد از پاسخ‌دهندگان اعلام کرده‌اند که تلفن مستقل در اورژانس وجود دارد. در

مطالعات و تحقیقاتی که در رابطه با وسایل ارتباطی مربوط به تریاژ در بخش اورژانس انجام شده، مشخص گردیده که وجود وسایل ارتباطی از قبیل تلفن بر رضایت بیماران اثر دارد و بخش اورژانس در منطقه تریاژ نیاز به وسایل ارتباطی کافی اعم از تلفن، بلندگو و... دارد (۱۹، ۱۸، ۱۵).

مطالعات نشان می‌دهد که برای مراقبت از بیمار، به تعداد کافی، وسایلی مانند برانکار و ویلچر و سایر وسایل انتقال دهنده بیمار، همیشه در کنار درب ورودی اورژانس وجود داشته باشد (۲، ۲۰). در پژوهش حاضر بیش از ۵۰ درصد از پاسخ‌دهندگان اعلام کرده‌اند تعداد برانکار و صندلی چرخ‌دار در اورژانس کم است که با مطالعه کرمی (۱۳۸۳) که در اورژانس‌های شهر تبریز انجام شده است مطابقت دارد. در مطالعه کرمی نیز بیش از ۵۰ درصد از مراجعه‌کنندگان وسایل لازم برای انتقال بیمار را از عوامل مؤثر در رضایت بیماران دانسته‌اند (۱۹). در این مطالعه ۶۵ درصد از پاسخ‌دهندگان اعلام کرده‌اند که بیماران در سالن اورژانس تریاژ می‌شوند و ۷۲ درصد از کل پاسخ‌دهندگان اظهار کرده‌اند که ایستگاه تریاژ در اورژانس وجود ندارد. اما سایر مطالعات نشان می‌دهد بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس باید در محل خاص تریاژ که فضای کافی برای معاینات بیمار وجود داشته باشد و محیطی ایمن و خصوصی برای بیمار برقرار شده باشد تریاژ شوند (۲۲، ۲۱). مطالعه کاتر اسلوان و همکارانش (۲۰۰۵) نشان داد که ۸۸/۲ درصد از بخش‌های

اورژانس ایستگاه تریاژ دارند (۱۵). از طرفی نتایج این مطالعه با پژوهش کاترینا و همکارانش که در ۲۰۰۵ در کشور سوئد با عنوان بررسی ملی وضعیت تریاژ در بخش اورژانس انجام گرفت مطابقت دارد. این مطالعه نشان داد که ۲۳ درصد از بخش‌های اورژانس ایستگاه تریاژ دارند و اکثریت بیماران در هر محلی که در دسترس است اولویت‌بندی می‌شوند (۵). این امر می‌تواند نشان‌دهنده سازماندهی نامناسب اورژانس در شهر تبریز باشد.

در اکثر موارد اولین پرسنل ملاقات‌کننده بیماران سرپایی و آمبولانسی پرستار است. پژوهش کاترینا (۲۰۰۵) در سوئد نشان داد که ۱۰۰ درصد بیمارانی که با آمبولانس به اورژانس می‌آیند توسط پرستار بررسی می‌شوند و ۸۱ درصد از بیمارانی که به طور سرپایی به بخش اورژانس مراجعه می‌کنند توسط منشی یا پرستار، بررسی اولیه می‌شوند. این مطالعه با نتایج تحقیق حاضر تا حدودی همخوانی دارد (۵). در مطالعه حاضر ۸۶ درصد موارد زمان ورود بیماران در دفتر اورژانس ثبت می‌شود و ۵۷/۳ درصد از پاسخ‌دهندگان اظهار کرده‌اند که فرم تریاژ در بخش اورژانس وجود ندارد. در پژوهش کاتر اسلوان و همکارانش (۲۰۰۵) در کانادا نشان داده شده است که ۷۲/۴ درصد از موارد، زمان ورود بیماران ثبت می‌شود و ۴۸/۱ درصد از پاسخ‌دهندگان در مطالعه مذکور اظهار کرده‌اند که ثبت تریاژ در فرم‌های متفاوت‌تر از فرم بخش اورژانس انجام می‌گیرد. این مطالعه با

اورژانس‌های شهر تبریز سازمان‌دهی خوبی از نظر محل اولویت‌بندی بیماران، پرسنل انجام دهنده تریاژ و اختصاص پرستار خاص تریاژ به بخش اورژانس وجود ندارد. بنابراین با توجه به ضرورت سامان‌دهی بیماران در اولین دقایق ورود به بخش اورژانس، محققان بر ضرورت تحقیق در تریاژ در بخش‌های اورژانس خصوصاً در حوزه‌های پرسنل انجام دهنده تریاژ، محل تریاژ بیماران و استانداردهای لازم تأکید دارند.

سپاسگزاری

لازم می‌دانیم مراتب تشکر و قدردانی خود را از واحدهای مختلف دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و همچنین از پرسنل اورژانس شرکت کننده در پژوهش اعلام نماییم.

نتایج مطالعه حاضر تا حدودی همخوانی دارد (۱۵). مطالعه فری و بورر در ۲۰۰۱ و کاتر اسلوان و همکارانش در ۲۰۰۵ نیز اهمیت ثبت در تریاژ و استفاده جداگانه از فرم تریاژ را به منظور ثبت اطلاعات بیماران مورد تأکید قرار دادند (۱۷،۱۵). بنابراین پیشنهاد می‌شود با اصلاح ساختار مدیریتی و فیزیکی بخش‌های اورژانس، ایجاد ایستگاه تریاژ و همچنین به کارگیری پرسنل با تجربه و آگاه در خصوص تریاژ، منابع و تسهیلات برای هر چه بهتر شدن فعالیت‌های تریاژ هدایت شود و در نتیجه اولویت‌بندی بیماران در بخش‌های اورژانس با سامان‌دهی بیشتر و بهتری صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه در مقایسه با مطالعات انجام یافته در بعضی از کشورها، نشان می‌دهد در

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی پرسنل مورد پژوهش بر حسب مشخصات فردی - اجتماعی

تعداد (درصد)	متغیر	
۶۸ (۴۳/۳)	مرد	جنس
۸۹ (۵۶/۷)	زن	
۹۲ (۵۸/۶۰)	۲۳ تا ۳۲	سن
۴۰ (۲۵/۴۶)	۳۳ تا ۴۲	
۲۵ (۱۵/۹۴)	۴۳ تا ۵۲	
۲۴ (۱۵/۲۹)	کمتر از یک سال	سابقه کار در اورژانس
۹۱ (۵۷/۹۶)	۱ تا ۵ سال	
۲۶ (۱۶/۵۶)	۶ تا ۱۰ سال	
۱۶ (۱۰/۱۹)	۱۱ سال و بیشتر	
۹۰ (۵۷/۳۳)	بدون سابقه	سابقه کار در تریاژ
۱۹ (۱۲/۱۰)	کمتر از یک سال	
۲۰ (۱۲/۷۴)	۱ تا ۲ سال	
۱۹ (۱۲/۱۰)	۳ تا ۵ سال	
۹ (۵/۷۳)	۶ سال و بیشتر	

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی فرایند تریاژ از نظر پرسنل شاغل در بخش‌های اورژانس شهر تبریز در

۱۳۸۷

درصد	تعداد	فراوانی پاسخ‌دهندگان	فرایند تریاژ
۱۴/۶	۲۳	پزشک	اولین پرسنل ملاقات‌کننده بیماران سرپایی
۵۱/۶	۸۱	پرستار	
۸/۳	۱۳	کادر اداری	
۲۵/۵	۴۰	سایر موارد	
۱۷/۲	۲۷	پزشک	اولین پرسنل ملاقات‌کننده بیماران آمبولانسی
۶۷/۵	۱۰۶	پرستار	
۱/۳	۲	کادر اداری	
۱۴	۲۲	سایر موارد	
۸۶	۱۳۵	بلی	ثبت زمان ورود بیمار
۱۰/۸	۱۷	خیر	
۳/۲	۵	بی‌پاسخ	
۳۱/۸	۵۰	بلی	وجود سیستم تریاژ
۶۶/۹	۱۰۵	خیر	
۱/۳	۲	بی‌پاسخ	
۱۰۰	۱۵۷	جمع	
			در صورت نبود سیستم تریاژ
۳/۸	۴	کادر اداری	الف- اولویت‌بندی بیماران در نبود پرسنل تریاژ توسط
۵۲/۴	۵۵	پرستاران اورژانس	
۱۱/۴	۱۲	پزشکان	
۳۲/۴	۳۴	نبود سازمان‌دهی خاص	
۳۷/۲	۳۸	نبود کادر	ب- علت نبود سیستم تریاژ
۲۰/۹	۲۲	نبود فضای لازم	
۳/۸	۵	نبود بودجه	
۱۰/۵	۱۱	عدم نیاز بر تریاژ	
۲۷/۶	۲۹	نمی‌دانم	
۱۰۰	۱۰۵	جمع	

References:

1. Woolwich, c., *Nurse triage*, in *Accident & Emergency theory in to practice*, D.B.H. L, Editor. 2000, Bailliere Tindull, Royal college of nursing: london. p. 475-484.
2. Bracken, J., *triage*, in *SHEEHY,S emergency nursing principles and practice* L. Newberry, Editor. 2003, Mosby: Philadelphia. p. 75-83
3. Fry, M., *Triage Nursing Practice in Australian Emergency Departments*, in *Department of Family and Community Health Nursing Faculty of Nursing*. 2004, University of Sydney: Sydney
4. Valerie, A.G., *Quick reference to triage*. 1999, Lippincott: Newyork. p. 3-5
5. Göransson, K.E., A. Ehrenberg, and M. Ehnfors, *Triage in emergency departments: national survey*. *Journal of clinical nursing*, 2005. 14(9): p. 1067-1074
6. Farrokhnia, N., et al., *Emergency Department Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence*. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 2011. 19(1): p. 42.
7. Pazoky, A., Pazoky, M, Hasany, A, Nazem, P, *Triage*. Vol. 1. 2006, tehran: Academic institution - Applied Iranian Red Crescent. 3.[in persian]
8. Eitel, D.R., et al., *Improving service quality by understanding emergency department flow: a white paper and position statement prepared for the American Academy of Emergency Medicine*. *The Journal of emergency medicine*, 2010. 38(1): p. 70-79
9. Oredsson, S., et al., *A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments*. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 2011. 19: p. 43
10. Göransson, K., *Registered nurse-led emergency department triage: organisation, allocation of acuity ratings and triage decision making*. 2006, Orebro University, Department of Health Sciences
11. Holroyd, B.R., et al., *Impact of a triage liaison physician on emergency department overcrowding and throughput: a randomized controlled trial*. *Academic Emergency Medicine*, 2007. 14(8): p. 702-708
12. Forsgren, S., B. Forsman, and E.D. Carlström, *Working with Manchester triage-job satisfaction in nursing*. *International Emergency Nursing*, 2009. 17(4): p. 226-232
13. Kelly, A.M. and D. Richardson, *Training for the role of triage in Australasia*. *Emergency medicine*, 2001. 13(2): p. 230-232
14. Göransson, K., et al., *Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage*. *Scandinavian journal of caring sciences*, 2005. 19(4): p. 432-438
15. Sloan, C., et al., *Triage practices and procedures in Ontario's emergency department* 2005.

- Toronto (ON): Ontario Hospital Association, 2005
16. Mirhaghi A.H. , R.M., *A Survey on Knowledge Level of the Nurses about Hospital Triage*. Iranian Journal of Critical Care Nursing, 2011. 3(4): p. 165-170
 17. Fry, M. and G. Burr, *Current triage practice and influences affecting clinical decision-making in emergency departments in NSW, Australia*. Accident and emergency nursing, 2001. 9(4): p. 227-234.
 18. Australasian College The Australasian triage Scale, in *Emergency Medicine*. 2002. p. 335-336
 19. karamy, N.k., *Factors affecting satisfaction of patients' views referred to the emergency departments of Imam and Sina educational centers of Tabriz University of Medical Sciences, in nursing faculty*. 2004, Tabriz University of Medical Sciences Tabriz. [in persian]
 20. Beveridge, R., et al., *Canadian emergency department triage and acuity scale: implementation guidelines*. Can J Emerg Med, 1999. 1(3): p. 002-02.
 21. Le Vasseur, S., et al., *Consistency of Triage in Victoria's Emergency Departments. Consistency of Triage Report*. Melbourne: Monash Institute of Health Services Research. Report to Victorian Department of Human Services: July, 2001
 22. CENA, *Position statement triage nurse, in College of emergency Nursing Australasia* 2007. p. 1-3