

مقایسه تعداد بیماران تریاز شده در نوبت کاری سه‌گانه در بیمارستان پورسینا رشت

دکتر انوش دهنادی مقدم - دکتر شاهرخ یوسف زاده چابک** - دکتر حسین همتی*** - سمیه شعبانی****

*استادیار گروه بیهوشی، مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

**استادیار گروه جراحی مغز و اعصاب، مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

***استادیار بخش جراحی، مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

****کارشناس پرستاری، مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

تاریخ دریافت مقاله : ۸۵/۱۱/۱۹

تاریخ پذیرش : ۸۶/۶/۲۶

چکیده

مقدمه: تریاز عبارت است از اولویت‌بندی مراقبت از بیماران براساس شدت آسیب و انجام بهترین اقدام درمانی برای بیشترین افراد در کمترین زمان تریاز به عنوان فعالیت مدیریتی قوی در ارائه خدمات درمانی به بیماران اورژانسی به کار می‌رود و بر حسب شرایط می‌توان آن را به دو نوع تریاز در شرایط عادی و در حوادث غیرمترقبه تقسیم کرد که نوع اول در اورژانس بیمارستان یا در صحنه حادثه صورت می‌گیرد.

هدف: مقایسه تعداد بیماران تریاز شده در شرایط عادی در اورژانس بیمارستان، در سطوح مختلف تریاز بر حسب ماه‌های بهار و نوبت‌های کاری سه‌گانه.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش مقطعی در مرکز آموزشی-درمانی پورسینا در بهار سال ۱۳۸۵ به صورت گذشته‌نگر انجام شد. تریاز بیماران در سه نوبت کاری صبح و عصر و شب انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها فرم زمان سنجی گردش کار خدمات اورژانس، مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و براساس معیارهای تریاز در شرایط عادی (شرایط غیر از حوادث غیر مترقبه) است. در این فرم بیماران ابتدا در دو سطح بستری و سرپایی و سپس بیماران بستری در یکی از سطوح اورژانسی (Emergent)، اضطراری (Urgent) و غیراضطراری (Non Urgent) طبقه‌بندی شدند.

نتایج: از ۳۰۷۶۴ بیمار مراجعه‌کننده در مدت مذکور بیماران سرپایی ۲۵۵۲۵ نفر (۸۲/۹۷٪) و بستری ۵۲۱۴ نفر (۱۶/۹۵٪) و فوتی ۲۵ نفر (۰/۰۸٪) بود. نحوه انتقال بیماران بستری: آمبولانس (۱۱۵)، ۲۰۳ مورد (۳/۸۹٪) و اعزامی ۹۶۰ مورد (۱۸/۴۱٪) و مراجعه شخصی ۴۰۵۱ مورد (۷۷/۲۰٪) بود. میانگین تعداد بیماران در سطح بستری، نوبت کاری شب با صبح و عصر در سطح سرپایی نوبت کاری صبح با عصر و شب تفاوت معناداری داشت ($p < 0/05$). حداکثر بستری ۲۱۰۴ نفر (۴۰/۳۰٪) در نوبت کاری شب، حداکثر بیماران سرپایی ۱۲۴۴۳ نفر (۴۸/۲۱٪) در نوبت کاری صبح بود. میانگین بیماران تریاز شده نوبت کاری شب با صبح و عصر در دو سطح اورژانسی و اضطراری تفاوت معناداری داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه بیشترین تعداد بستری در نوبت کاری شب بوده، توجه بیشتر به این نوبت کاری از جهات مختلف می‌تواند در نجات جان بیماران نقش حیاتی داشته باشد. انجام تحقیقات بیشتر در این خصوص هم لازم است.

کلید واژه‌ها: تریاز/ خدمات تورژانس بیمارستان / ضربه

مقدمه

اول بیماران به ۵ سطح و در روش دوم به ۳ سطح اورژانسی، اضطراری و غیراضطراری تقسیم می‌شوند. انجام تریاز در شرایط عادی در بیمارستان‌هایی که در سال بیش از ۳۰۰۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به اورژانس دارند ضروری است. تریاز باید به گونه‌ای صورت گیرد که بیماران نه براساس نوبت، بلکه بر مبنای شدت آسیب و نیاز به اقدامات اورژانسی معاینه شوند و درمان لازم خارج از روال معمول برای آنها ارائه شود (۱۰). با توجه به آمار ثبت شده توسط مرکز تحقیقات تروما در سال ۱۳۸۴ تعداد بیماران مراجعه‌کننده

تریاز عبارت‌ست از اولویت‌بندی مراقبت از بیماران براساس شدت آسیب (۱) و انجام بهترین اقدام درمانی برای بیشترین افراد، در کمترین زمان. به عنوان فعالیت مدیریتی قوی در ارائه خدمات درمانی به بیماران اورژانسی بکار می‌رود (۵-۲) و از مهم‌ترین مفاهیم در بخش اورژانس است (۷، ۶ و ۸). بر حسب شرایط می‌توان تریاز را به دو نوع تریاز در شرایط عادی و حوادث غیرمترقبه تقسیم کرد (۹). نوع ۱ در اورژانس بیمارستان یا در صحنه حادثه صورت می‌گیرد. تریاز در بیمارستان در شرایط عادی به دو روش انجام می‌شود. در روش

پورسینا رشت در بیماران مراجعه کننده از ابتدای فروردین تا آخر خرداد ۱۳۸۵ در سه نوبت کاری مختلف انجام شده است. داده‌ها به صورت گذشته‌نگر از پرونده‌های کامل شده براساس فرم زمان‌سنجی گردش کار خدمات اورژانس مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد. بیماران براساس معیارهای تریاژ در بیمارستان در شرایط عادی براساس روش سه سطحی (اورژانسی، اضطراری و غیراضطراری) گروه‌بندی شدند. متغیرهای این مطالعه عبارتند از:

۱- انواع نوبت‌های کاری سه‌گانه:

صبح (از ساعت ۷/۵ الی ۱۴)، عصر (از ساعت ۱۴

الی ۱۹/۳۰)، شب (۱۹/۳۰ الی ۸)

نوع اقدام: سرپایی، بستری، فوت شده

سطوح بستری: اورژانسی (Emergent)، اضطراری

(Urgent)، غیراضطراری (Non Urgent)

نحوه مراجعه: آمبولانس ۱۱۵، ارجاع از سایر مراکز،

وسیله شخصی

ماه‌های بهار (براساس تقسیم بندی تقویمی)

تعداد بیماران (نفر)

تریاز بیماران مراجعه‌کننده به تشخیص پزشک درمانگاه

(پزشک عمومی آموزش دیده) با همکاری پرستار

مغرب تریاز، با توجه به شدت آسیب، نیاز فوری به

درمان و اقدامات حیاتی و نیز امکانات و موقعیت

بیمارستان در پذیرش بیماران ترومایی انجام شد.

بیماران سرپایی به تشخیص پزشک درمانگاه و

دستورالعمل کشوری مرخص شدند.

بیماران بستری با توجه به شدت آسیب در یکی از

سطوح بستری می‌شدند که به شرح ذیل است:

در سطح اورژانسی (Emergent) بیمارانی با مشکلات

زیر در بخش اورژانس I پذیرش شدند:

ایست قلبی، ترومای سر همراه با کاهش سطح

هوشیاری، ترومای ستون فقرات همراه با اختلال در

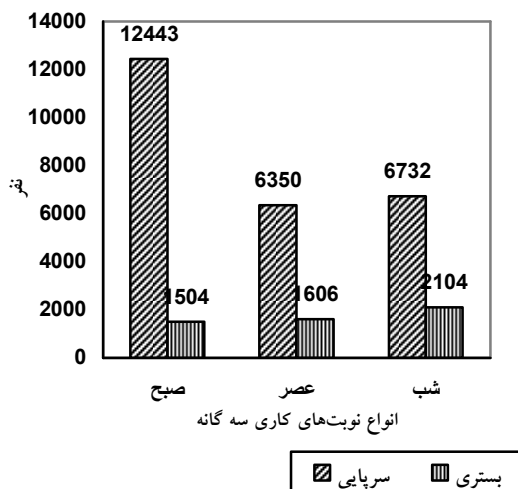
حس و حرکت، اورژانس‌های ارتوپدی (شکستگی باز

به بیمارستان پورسینای رشت ۱۱۸۹۹۰ بود که در این بین تعداد سرپایی ۱۰۲۷۴۲، بستری ۱۶۱۳۷ و فوتی ۱۱۱ نفر بود. بیمارستان پورسینا تنها مرکز اصلی تروما و اولین پایلوت تریاژ در گیلان است، با توجه به حجم بالای مراجعه به ویژه در فصل بهار و تعطیلات نوروزی، درباره توزیع آماری براساس شدت آسیب هنوز اطلاعاتی برای مشخص شدن این که کدام نوبت کاری نیازمند توجه بیشتری از نظر پرسنل و امکانات درمانی و استفاده از نیروی ماهر و انجام تحقیقات گسترده‌تر است وجود ندارد. در بررسی مقالات خارجی و نیز سایت‌های مختلف، اغلب به تریاژ قبل از بیمارستان توجه شده و انجام تریاژ بیشتر بر اساس سیستم‌های امتیازدهی آسیب، نظیر TRTS & ISS (Triage Revised Trauma Score) بوده است. در ایران و گیلان سیستم مشخصی برای بررسی و ارزیابی تروما براساس سیستم‌های امتیازدهی نظیر TRTSS_ISS_RTS وجود ندارد (۱۱). در زمینه تریاژ بیماران در شرایط عادی نیز اطلاعات کمی به صورت آماری وجود داشت و بیشتر کارهای انجام شده در حد تئوری یا در حد عملی تنها مربوط به تریاژ بیماران در حوادث غیرمترقبه است. مطالعه ما به بررسی این که حداکثر مراجعه‌بیماران در سطوح مختلف تریاژ برحسب نوبت‌کاری سه‌گانه چگونه بوده پرداخته است و آیا ماه‌های فصل بهار با توجه به تعطیلات نوروزی و آغاز کارهای کشاورزی می‌تواند بر تعداد مراجعه بیماران در نوبت‌های کاری مختلف تاثیرگذار باشد؟ تا بر اساس آن مشخص شود که کدام نوبت کاری نیاز به توجه بیشتر از نظر پرسنل و امکانات درمانی و استفاده از نیروی ماهرتر را دارد. موارد مذکور لزوم انجام تحقیقات گسترده‌تر برای تریاژ در شرایط عادی را نشان می‌دهد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش مقطعی در مرکز آموزشی - درمانی

نمودار ۱ آمده است. حداکثر بستری در دو سطح اورژانسی و اضطراری در نوبت کاری شب بود (جدول ۱).



نمودار ۱: توزیع فراوانی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان پورسینا برحسب نوبت‌های کاری سه گانه و نوع پذیرش (بهار ۱۳۸۵)

از نظر فراوانی نسبی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان در سه سطح بستری به تفکیک ماه، حداکثر بستری در سطح اضطراری ۲۷۵۰ نفر (۵۲/۷۴٪) بود (جدول ۲). میانگین وضعیت درمانی تعداد بیماران مراجعه کننده در سطح سرپایی: نوبت کاری صبح با عصر و شب و در سطح بستری؛ نوبت کاری شب با صبح و عصر تفاوت معناداری داشت. میانگین وضعیت درمانی تعداد بیماران مراجعه کننده در دو سطح سرپایی و بستری در جدول ۳ آمده است.

وضعیت درمانی در نوبت‌های کاری سه گانه به تفکیک ماه با یکدیگر مقایسه شدند که در این مقایسه، نوبت کاری صبح با عصر و شب در سطح بستری، نوبت کاری شب با صبح و عصر در سطح سرپایی از نظر آماری معنادار بود. مقایسه وضعیت درمانی تعداد مراجعه کنندگان به درمانگاه برحسب ماه‌های بهار و نوبت‌های کاری سه گانه در جدول ۴ آمده است. همواره در سطح بستری بین نوبت کاری شب با صبح و عصر در دو سطح اورژانسی و اضطراری تفاوت موجود معنادار بود. مقایسه بستری شدگان در بیمارستان

همراه با مشکلات همودینامیک، دررفتگی استخوان‌های بزرگ، شکستگی‌های استخوان‌های لگن همراه با هماتوم در حال گسترش (Expanding)، ترومای قفسه سینه همراه با هموتراکس و پینوتراکس، دیسترس تنفسی ناشی از تروما، زخم‌های خونریزی دهنده و تروماهای متعدد، تشنج، شکستگی فک و صورت، ترومای حنجره و تراشه ترومای نفوذی سر و گردن و تنه.

در سطح اضطراری (Urgent) بیمارانی با مشخصات ذیل در بخش اورژانس II پذیرش شدند:

بیماران ضربه سر همراه با علائم، ترومای گردن و ستون فقرات، ترومای شکم، ترومای نفوذی اندام‌ها، انسداد حاد عروق، خونریزی و سابقه اختلالات انعقادی، شکستگی یا دررفتگی همراه با دیگر تروماها، اورژانس‌های جراحی (آپاندیسیت، پانکراتیت ...). تروماهای نافذ و غیرنافذ.

سطح غیر اضطراری (Non Urgent) بیماران ارتوپدی در بخش ارتوپدی، بیماریهای مغز و اعصاب در بخش داخلی اعصاب و سوختگی در بخش جراحی بستری شدند.

داده‌ها با نرم افزار SPSS ۱۱/۵ و انجام آزمون آماری t.test و ANOVA (با در نظر گرفتن $p < 0/05$) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در این تحقیق از تحلیل واریانس استفاده شد.

نتایج

از ۳۰۷۶۴ بیمار مراجعه کننده: سرپایی ۲۵۵۲۵ نفر (۸۲/۹۷٪)، ۵۲۱۴ نفر (۱۶/۹۵) بستری و ۲۵ نفر (۰/۰۸٪) فوت کردند. حداکثر سرپایی در نوبت کاری صبح ۲۴۴۳ نفر (۴۸/۷۵٪) و حداکثر بستری در نوبت کاری شب ۲۱۰۴ نفر (۴۰/۳۵٪) بود که فراوانی نسبی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان پورسینا برحسب نوبت‌های کاری سه گانه و نوع پذیرش در

پورسینا در سه سطح بستری بر حسب ماه و نوبت کاری سه گانه در جدول ۵ آمده است. تعداد و درصد سرپایی به ترتیب در ماه‌های فروردین ۸۷۷۹ (۰۲/۳۴٪)، اردیبهشت ۸۴۹۴ (۳۲/۹۲٪) و خرداد ۸۵۳۳ نفر (۰۷/۳۳٪) بود و در سطح بستری در ماه‌های فروردین ۱۷۴۲ (۱۱/۵۷)، اردیبهشت ۱۵۸۴ (۹۸/۴۸) و خرداد ۱۸۸۸ (۸۵/۵۱) بود. توزیع ۲۵ بیمار فوت شده به ترتیب در ماه‌های فروردین ۸ نفر، اردیبهشت ۹ و خرداد ۸ نفر بود. نحوه انتقال بیماران مراجعه کننده به بیمارستان پورسینا به ترتیب مراجعه شخصی ۴۰۵۱ (۷۰/۷۷٪)، اعزامی ۹۶۰ (۴۲/۱۸٪) و اورژانس ۱۱۵، ۲۰۳ نفر (۳/۹۰٪) بود.

جدول ۱: درصد فراوانی نسبی بستری شدگان در سه سطح بستری در نوبت‌های کاری سه گانه

نوبت	صبح تعداد(درصد)	عصر تعداد(درصد)	شب تعداد(درصد)	جمع تعداد(درصد)
اورژانس	۸۰ (۱۹/۰۵)	۱۲۶ (۳۰)	۲۱۴ (۵۰/۹۵)	۴۲۰ (۱۰۰)
اضطراری	۶۵۸ (۲۳/۹۳)	۸۸۶ (۳۲/۲۲)	۱۲۰۶ (۴۳/۸۵)	۲۷۵۰ (۱۰۰)
غیر اضطراری	۷۶۶ (۳۷/۴۸)	۵۹۴ (۲۹/۰۶)	۶۸۴ (۳۳/۴۶)	۲۰۴۴ (۱۰۰)
جمع	۱۵۰۴ (۲۸/۸۵)	۱۶۰۶ (۳۰/۸۰)	۲۱۰۴ (۴۰/۳۵)	۵۲۱۴ (۱۰۰)

جدول ۲: درصد فراوانی نسبی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان پورسینا در سه سطح بستری بهار ۱۳۸۵

ماه	فروردین تعداد (درصد)	اردیبهشت تعداد(درصد)	خرداد تعداد(درصد)	جمع تعداد(درصد)
اورژانسی	۱۴۶ (۸/۳۸)	۱۱۰ (۶/۹۵)	۱۶۴ (۸/۶۹)	۴۲۰ (۸/۰۶)
اضطراری	۹۹۵ (۵۷/۱۲)	۷۷۹ (۴۸/۹۹)	۹۷۹ (۵۱/۸۵)	۲۷۵۰ (۵۲/۷۴)
غیر اضطراری	۶۰۱ (۳۴/۵۰)	۶۹۸ (۴۴/۰۶)	۷۴۵ (۳۹/۴۶)	۲۰۴۴ (۳۹/۲۰)
جمع	۱۷۴۲ (۱۰۰)	۱۵۸۴ (۱۰۰)	۱۸۸۸ (۱۰۰)	۵۲۱۴ (۱۰۰)

جدول ۳: مقایسه وضعیت درمانی مراجعه کنندگان به بیمارستان پورسینا بر حسب نوبت کاری (بهار ۱۳۸۵)

وضعیت درمانی نوبت کاری (تعداد)	سرپایی (نفر)		بستری (نفر)	
	p-value	مقایسه با	تعداد	p-value
صبح (۱۲۴۴۳)	۰/۰۰۰	عصر ۶۳۵۰ (نفر)	صبح ۱۵۰۴ (نفر)	۰/۲۴۱
	۰/۰۰۰	شب ۶۷۳۲ (نفر)	شب ۲۱۰۴ (نفر)	۰/۰۰۰
عصر (۶۳۵۰)	۰/۰۰۰	صبح ۱۲۴۴۳ (نفر)	عصر ۱۶۰۶ (نفر)	۰/۲۴۱
	۰/۰۲۶۷	شب ۶۷۳۲ (نفر)	شب ۲۱۰۴ (نفر)	۰/۰۰۰
شب (۶۷۳۲)	۰/۰۰۰	صبح ۱۲۴۴۳ (نفر)	شب ۲۱۰۴ (نفر)	۰/۰۰۰
	۰/۰۲۶۷	عصر ۶۳۵۰ (نفر)	عصر ۱۶۰۶ (نفر)	۰/۰۰۰
جمع=۲۵۵۲۵	-	-	۵۲۱۴	-

جدول شماره ۴: مقایسه وضعیت درمانی تعداد مراجعه کنندگان به درمانگاه بیمارستان پورسینا بر حسب ماه و نوبت کاری سه گانه (بهار ۱۳۸۵)

بستری			سرپایی			وضعیت درمانی ماه (تعداد)
p-value	مقایسه یا	نوبت کاری شب و تعداد	تعداد	p-value	مقایسه یا	
۰/۰۳۹	عصر	صبح (نفر) ۴۴۴	فرورین (نفر) ۱۷۴۲	×	عصر	صبح (نفر) ۴۱۰۰
×	شب			×	شب	
۰/۰۳۹	صبح	عصر (نفر) ۵۶۸		×	صبح	عصر (نفر) ۲۲۲۴
۰/۰۰۷	شب			۰/۸۷۲	شب	
×	صبح	شب (نفر) ۷۳۰		×	صبح	شب (نفر) ۲۲۵۸
۰/۰۰۷	عصر			۰/۸۷۲	عصر	
۰/۲۲۷	عصر	صبح (نفر) ۵۱۲	اردیبهشت (نفر) ۱۵۸۴	×	عصر	صبح (نفر) ۴۱۹۶
۰/۰۱۴	شب			×	شب	
۰/۲۲۷	صبح	عصر (نفر) ۴۶۶		×	صبح	عصر (نفر) ۲۰۶۳
×	شب			۰/۵۳۲	شب	
۰/۰۱۴	صبح	شب (نفر) ۶۰۶		×	صبح	شب (نفر) ۲۱۹۶
×	عصر			۰/۵۳۲	عصر	
۰/۶۱۸	عصر	صبح (نفر) ۵۴۸	خرداد (نفر) ۱۸۸۸	×	عصر	صبح (نفر) ۴۱۴۷
×	شب			×	شب	
۰/۶۱۸	صبح	عصر (نفر) ۵۷۲		×	صبح	عصر (نفر) ۲۰۶۳
×	شب			۰/۲۲۶	شب	
×	صبح	شب (نفر) ۷۶۸		×	صبح	شب (نفر) ۲۲۷۸
×	عصر			۰/۲۲۶	عصر	

$P < 0.001 \times$

جدول ۵: مقایسه بستری شدگان به بیمارستان پورسینا در سه سطح بستری بر حسب ماه و نوبت کاری سه گانه (بهار ۱۳۸۵)

غیر اضطراری			اضطراری			اورژانسی			وضعیت درمانی ماه
p-value	مقایسه	نوبت کاری شب و تعداد	p-value	مقایسه	نوبت کاری شب و تعداد	p-value	مقایسه	نوبت کاری شب و تعداد	
۰/۱۶۵	عصر	صبح (نفر) ۲۱۷	۰/۰۰۴	عصر	صبح (نفر) ۲۰۱	۰/۰۳۸	عصر	صبح (نفر) ۲۶	فروردین
۰/۶۲۴	شب		×	شب		×	شب		
۰/۱۶۵	صبح	عصر (نفر) ۱۸۰	۰/۰۰۴	صبح	عصر (نفر) ۳۳۸	۰/۰۳۸	صبح	عصر (نفر) ۵۰	
۰/۳۶۶	شب		۰/۰۱۱	شب		۰/۰۸۳	شب		
۰/۶۲۴	صبح	شب	*	صبح	شب (نفر) ۴۵۶	×	صبح	شب (نفر) ۷۰	
۰/۳۶۶	عصر	(نفر) ۲۰۴	۰/۰۱۱	شب		۰/۰۸۳	عصر		
۰/۱۷۶	عصر	صبح (نفر) ۲۷۴	۰/۲۳۸	عصر	صبح (نفر) ۲۱۶	۰/۵۷۲	عصر	صبح (نفر) ۲۲	اردیبهشت
۰/۶۳۳	شب		۰/۰۰۳	شب		×	شب		
۰/۱۷۶	عصر	عصر (نفر) ۱۸۲	۰/۲۳۸	صبح	عصر (نفر) ۲۵۷	۰/۵۷۲	صبح	عصر (نفر) ۲۷	

۰/۳۷۹	شب		۰/۰۵۹	شب		×	شب	
۰/۶۳۳	صبح	شب (نفر) ۲۳۶	۰/۰۰۳	صبح	شب ۳۰۹ (نفر)	×	صبح	شب (نفر) ۶۱
۰/۳۷۹	عصر		۰/۰۵۹	عصر		×	عصر	
۰/۰۶۱	عصر	صبح (نفر) ۲۷۵	۰/۱۱۱	عصر	صبح (نفر) ۲۴۱	۰/۱۴۲	عصر	صبح (نفر) ۳۲
۰/۲۳۳	شب		×	شب		×	شب	
۰/۰۶۱	صبح	عصر (نفر) ۲۲۶	۰/۱۱۱	صبح	عصر (نفر) ۲۹۷	۰/۱۴۲	صبح	عصر (نفر) ۴۶
۰/۴۸۶	شب		×	شب		۰/۰۰۴	شب	
۰/۲۳۳	صبح	شب (نفر) ۲۴۴	×	صبح	شب (نفر) ۴۴۱	×	صبح	شب (نفر) ۸۳

۰/۰۰۱×P<

بحث و نتیجه گیری

(۴/۴۹٪) بود (۱۳) که با تقسیم بندی ما در سه نوبت کاری همخوانی ندارد و قضاوت درباره آن مشکل است. به نظر می رسد وجود دید نامناسب در شب، وجود رفتارهای پرخطر رانندگی در شب و در ساعات آخر شب و استفاده از مواد محرک در این ساعات می تواند دلیلی برای افزایش تعداد بستری در نوبت کاری شب باشد. با توجه به حداکثر تعداد بستری در نوبت کاری شب، این نکته می تواند دلیلی بر تفاوت معنادار تعداد مراجعین در نوبت کاری شب با صبح و عصر در سطح بستری باشد. در ماه فروردین وجود تفاوت معنادار در سه نوبت کاری در سطح اضطراری می تواند، به دلیل تراکم مسافرت های نوروزی و توریستی بودن این استان باشد. وجود تفاوت معنادار نوبت کاری شب با صبح در ماه اردیبهشت می تواند به دلیل فصل کشت و زرع و استفاده از وسایل غیرایمن (وانت، موتور، وسایل کشاورزی) برای انتقال کارگر به مزارع کشاورزی باشد چرا که زمان شروع و اتمام کارشان در مزارع در ساعات اول صبح و اواخر

انجام تریاژ در بیمارستان هایی که در سال پیش از ۳۰۰۰۰ بیمار مراجعه کننده به اورژانس دارند ضروری است (۱۰) در بررسی انجام شده تنها در یک فصل ۳۱۰۲۱ بیمار به اورژانس بیمارستان مراجعه کردند. طبقه بندی بیماران براساس تشخیص پزشک عمومی آموزش دیده و با همکاری پرستار تریاژ مجرب مطابق با فرم کشوری انجام شد. در این مطالعه حداکثر بیماران بستری شده در نوبت کاری شب، ۲۱۰۴ (۳۰/۴۰٪) نفر بود. در تحقیقی با عنوان بررسی تصادفات؛ حداکثر وقوع صدمات رانندگی بین ساعات ۱۲ ظهر و ۶ عصر بود. در تحقیق مذکور به اپیدمیولوژیک صدمات رانندگی توجه شده (۱۲)، ولی در مطالعه ما تریاژ بیماران با هر مکانیسم تروما (سقوط - تصادف - خودزنی...) بررسی شده است. در تحقیق دیگری با عنوان کاهش زمان انتظار دریافت خدمات در بخش فوریت ها که در بیمارستان پورسینا در سال ۱۳۸۱ انجام شد. شلوغ ترین ساعات شبانه روز از نظر مراجعه به اورژانس ۴ بعد از ظهر تا ۱۲ شب

مطالعه مذکور در مورد نحوه انتقال بیماران قلبی بوده ولی تحقیق ما درباره نحوه مراجعه بیماران ترومایی است. اختلاف موجود در تعداد بیماران سرپایی و نحوه انتقال از طریق مراکز درمانی می‌تواند به دلیل تفاوت در نوع بیماران پذیرش شده در دو مطالعه باشد. حداکثر بیماران انتقال یافته به بیمارستان از طریق مراجعه شخصی بوده ۴۰۵۱ نفر (۷۷/۷۰٪) که این مسئله می‌تواند به دلیل حجم بالای بیماران سرپایی باشد. با توجه به اهمیت تریاژ در خدمت‌رسانی به بیماران، لازم است مطالعات در این زمینه با توجه به الگوهای همان منطقه طراحی شود. نتایج مطالعه ما بیانگر آن است که با توجه به اینکه بیشترین تصادفات منجر به بستری در نوبت کاری شب است، انجام توجه بیشتر به نوبت کاری شب از نظر پرسنل وامکانات درمانی و استفاده از نیروهای ماهر و انجام تحقیقات گسترده لازم است.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از همکاری صمیمانه، دکتر حسین شجاعی اپیدمیولوژیست و آقای احمد اتابکی مشاور آمار، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

غروب است. بیشترین بیماران مراجعه‌کننده را بیماران سرپایی (۸۲/۹۷٪) تشکیل می‌دادند که حداکثر مراجعه در نوبت کاری صبح به میزان (۴۸/۷۵٪) بود و با آزمون‌ها تفاوت موجود بین نوبت کاری صبح با عصر و شب از نظر آماری معنادار بود. به نظر می‌رسد افراد مراجعه‌کننده در نوبت کاری صبح نسبت به مراجعه‌کنندگان در نوبت کاری دیگر نیازمند مراقبت پزشکی کمتری باشند. همچنین به نظر می‌رسد، بیشتر بودن تعداد پرسنل درمانگاه در این نوبت کاری و فعال‌تر بودن بخش‌های کلینیکی و پاراکلینیکی در نوبت کاری صبح موجب شود که تیم درمانی با بررسی کامل‌تر بیماران تصمیم قاطع‌تری برای بستری بیماران بگیرند و بیماران سرپایی بیشتر مرخص شوند. در تحقیقی که در بررسی مراجعه بیماران انجام شده بود، ۶۰/۳۲٪ از بیماران به صورت سرپایی به اورژانس مراجعه کرده بودند. نحوه انتقال آنها ۳۴/۹۲٪ از مراکز درمانی و ۴/۷۶٪ توسط مرکز فوریت‌های پزشکی بود (۱۴) که در زمینه انتقال بیماران از طریق مرکز اورژانس با مطالعه ما همخوانی داشت با این تفاوت که

منابع

1. Garner A, Lee A, Harrison K, Schultz C. Comparative Analysis of Multiple- Casualty Indent Triage Algorithms. *Annals of Emergency Medicine* 2001; 38(5): 541- 8.
2. Kosits L, McLaughlin M. Triage Redesign – Implementing a Five – Level Triage System [Serial on line] 2004 May. Available From: URL: <http://www.nursinglibrary.org>
3. CERT- Los Angeles, Simple Triage and Rapid Treatment. 2003 [Serial On line] March. Available From: URL: <http://www.Cert-la.Com/triage/start.Htm>.
4. Triage. From wikipedia , the free encyclopedia . 2006 Agust 15. [Serial On line] Available from: URI: [http:// en. Wikipedia. Org / wiki / Triage](http://en.Wikipedia.Org/wiki/Triage)
- 5- ولی، مجتبی؛ منصوریزاده، رضا: نحوه ارزیابی بیمار توسط پرستار تریاژ. خلاصه مقالات اولین همایش

- 6- سراسری طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۴، صص: ۱۵۱.
- 6- ملکشاهی، فریده: بررسی موانع موثر در ارایه مراقبت‌های استاندارد از مصدومین (تریاز) از دیدگاه پرستاران بیمارستان آموزشی شهدای عشایر ۱۳۸۳.
- خلاصه مقالات اولین همایش سراسری طب اورژانس. دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۴، صص: ۶۴.
7. Jin FK, Offlen V, Goslings J, Luitse J, Ponsen K. I n – hospital downgrading of the trauma team: Validation of the Academic Medical Center downgrading criteria. *Int J Care Jujured* 2006; 37: 33-40.
8. Wollaston A , Fahey P , Mckey M, Hegney D , Miller P , Wollaston J . Reliability and validity of Toowoomba adult trauma triage tool: Queensland,

Australia study. Accident and Emergency Nursing
2004; 12(4):230-7.

۹- پازوکی، عبدالرضا؛ پازوکی، محمد؛ حسنی، سید
عباس؛ ناظم، پانته آ؛ تریاژ. تهران؛ انتشارات موسسه
آموزش عالی علمی-کاربردی هلال، ۱۳۸۵، صص:
۲۳-۳۰.

۱۰- پازیار، فرامرز؛ عسکرپور، شهنام؛ شریف، روزبه:
بررسی احتمال زنده ماندن بیمارترومایی در اورژانس
بیمارستان گلستان اهواز. خلاصه مقالات اولین همایش
سراسری طب اورژانس. تهران؛ دانشگاه علوم پزشکی
ایران، ۱۳۸۴، صص: ۸.

۱۱- سلیمی، جواد؛ زرگر، موسی: بررسی حوادث
رانندگی منجر به بستری در شهر تهران (۸۰-۱۳۷۹).

خلاصه مقالات اولین همایش سراسری طب اورژانس.
تهران؛ دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۴، صص: ۱۱۹.

۱۲- عسگری، فریبا؛ [ودیگران]: کاهش زمان انتظار
دریافت خدمات در بخش فوریتها، راهی به سوی
ارتقاء کیفیت در خدمت رسانی بیماران بخش اورژانس.
خلاصه مقالات اولین همایش سراسری طب اورژانس.
تهران؛ دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۴، صص: ۹.

۱۳- دوست کمی، حسین؛ مظاهری، عفت: بررسی
نحوه مراجعه، پذیرش و بستری بیماران مبتلا به
انفاکتوس حاد قلبی در مرکز آموزشی-درمانی بوعلی
وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. خلاصه مقالات
اولین همایش سراسری طب اورژانس. تهران؛ دانشگاه
علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۴، صص: ۸۱.

Comparison the Number of Triage Patients in Three Working Shift in Poursina Hospital in Rasht

Dehnadi Moghadam A.(MD), Yousef zade chabok Sh.(MD), Hemati H.(MD), Shabani S.(RN)

Abstract

Introduction: Triage defined as selecting patients based on the severity of injury and performing the best management for the majority of patients in a short time. Triage is a strong administrative tool for providing emergency services. According to situations, it divided into: normal urgent triage and emergent condition triage. The former is performed in emergency ward of a hospital and the latter in the accident field.

Objective: Comparison of the number of triaged patients in normal urgent condition at different triage levels in accordance with months of the spring and three working shifts.

Materials and Methods: This cross-sectional retrospective study was performed in Poursina teaching hospital during three months of the spring (21 March-21 June 2006). Patients triaged in three working shifts. Data were registered in Emergency Service Work Shifts Form (approved by Ministry of Health, Treatment, and Medical Education). According to this form, patients were classified to inpatients and outpatients groups, then they allocated to one of the following levels: Emergent, Urgent, and Non-urgent.

Results: Among 30.746 admitted patients, 25.525(82.97%) were outpatients, 5.214 (16.95%) were inpatients, and 25(0.08%) died. 203(3.89%) patients transported by EMS ambulances, 960 (18.41%) by referee hospital ambulances, and 4.051 (77.70%) by themselves or others. The mean number of inpatients on night shift had a statistically significant difference of morning and evening shifts. The same was true for outpatients between morning and evening and night shifts. The majority of inpatients, 2.104 (40.30%) admitted on the night shift and the majority of outpatients, 12.443 (48.21%) on the morning shift. There was a statistically significant difference between the mean of triaged patients at the emergent and urgent levels among the three work shifts (night vs. morning and evening shifts, $p < 0.05$).

Conclusion: Regarding the majority of admissions on the night shift, pay more attention to this shift can play a pivotal role in saving lives. Therefore, it appears that conducting more studies about the different aspects of this issue is necessary.

Key words: Emergency Service, Hospital/ Trauma/ Triage