Iranian Journal of Critical Care Nursing
Vol. 3, No. 4, Winter 2011
Page: 165-170

مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره 3، شماره 4، زمستان 1389
صفحات: 170-165

بررسی میزان آگاهی پرستاران بخش اورژانس درباره تریاژ بیمارستانی

امیرحسین میرحقی* MSc؛ دکتر مسعود رودباری[2] PhD

دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران 1. گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: تریاژ بیمارستانی جزیی از ساختار بخش اورژانس است که توسط پرستاران اورژانس صورت می‌گیرد. اطلاعات کمی از میزان آگاهی پرستاران درباره تریاژ در دسترس است. این پژوهش با هدف تعیین میزان آگاهی پرستاران درباره تریاژ بیمارستانی انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش بصورت پیمایشی و توصیفی و به روش نمونه گیری تصادفی ساده انجام شد. پرسش نامه پژوهشگر ساخته متشکل از 25 پرسش در سه بخش اطلاعات جمعیت شناختی، دانش محض تریاژ (پانزده پرسش) و تصمیم‌گیری تریاژ (ده پرسش) تنظیم شد. هفتاد پرستار بخش اورژانس از تمام بیمارستان‌های استان سیستان و بلوچستان در پژوهش در سال 1387شرکت کردند. پایایی پرسشنامه با روش آزمون – باز آزمون برابر 0/6 بدست آمد. داده‌ها با استفاده از آماره کاپا، آزمون t مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و توسط نرم افزار SPSS 15 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میزان پاسخ 68 درصد (70 از 102) بود. پرستاران با دانش تریاژ بیمارستانی آشنایی مناسبی نداشتند. 39/94 درصد پاسخ‌های پرستاران به پرسش‌های میزان آگاهی صحیح بود. تنها در سه (از ده) بیمارستان پرستاران ویژه‌ای به تریاژ اختصاص داده شده بود. پرستارانی که بیشتر از دو سال در بخش اورژانس سابقه کار داشتند میانگین نمره بالاتری را بدست آوردند. میزان توافق پرستاران در تصمیم‌گیری تریاژ متوسط (κ=0/56) بود.

نتیجه‌گیری: آگاهی کم پرستاران در مورد تریاژ بیمارستانی می‌تواند ناشی از نبود دوره‌های آموزش رسمی تخصصی تریاژ و عدم الزام بخش‌های اورژانس به تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد باشد. تأسیس دوره دانشگاهی پرستاری تریاژ و توسعه مقیاس ملی تریاژ توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: آگاهی، تریاژ، پرستاران، بخش اورژانس.

A Survey on Knowledge Level of the Nurses about Hospital Triage

Mirhaghi A.H.* MSc, Roudbari M.[1] PhD

**School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran*
1. Biostatistics Department, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Hospital triage is part of the emergency department structure which is done by emergency nurses. There is a little information about knowledge level of the nurses about triage. This study aimed to determine knowledge level of the nurses about hospital triage.

Methods: This was the descriptive survey using simple random sampling. The researcher made questionnaire included 25 questions in three parts of demographic data, pure triage knowledge (15 questions) and triage decision making (10 questions). Seventy nurses of the emergency department participated in the study from all the hospitals of Sistan-Baluchestan province in 2009. The reliability of the questionnaire obtained 0.60 using test-retest. The data were analyzed using Kappa statistics, independent t-test, Pearson correlation coefficients through software SPSS15.

Results: The response rate was equal to 68% (70 out of 102). The nurses had not enough knowledge about the hospital triage; 39.94% of the responses to the knowledge level questions were correct. Only in 3 hospitals (out of 10), special nurses have been dedicated to triage. The nurses who had more than two years experience in emergency department had received a higher average score. The concordance rate of the nurses in triage decision making was average (κ=0.56).

Conclusion: Low knowledge of the nurses about hospital triage could be due to lack of formal training courses and lack of obligation of the emergency departments on evidence-based decision making. Establishing academic courses for triage nursing and developing national triage scale is recommended.

Keywords: Knowledge, Triage, Nurses, Emergency ward.

*نویسنده مسؤول: امیرحسین میرحقی، تمام درخواست‌ها باید به نشانی mashti@yahoo.com فرستاده شود.

دریافت مقاله: 1389/2/22 پذیرش مقاله: 1389/6/8

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

مقدمه

تریاژ از واژه لاتین "trier" نشأت گرفته است که به معنای اولویت بندی است [1]. تریاژ به معنای اولویت بندی ارایه مراقبت به بیماران نیازمند دریافت خدمات درمانی که ناشی از کمبود منابع مورد نیاز برای ارایه خدمت همزمان به همه بیماران است، تعریف می شود.

تریاژ بر حسب مکان انجام آن نیز نام‌گذاری می‌شود مانند تریاژ بیمارستانی، تریاژ نظامی و تریاژ بلایا است [2].

پرستار تریاژ شکایت بیماران را می تواند به صورت متمرکز (Spot check) یا جامع بررسی کند [3]. او بیماران را بر اساس وخامت حال و شدت بیماری در پنج طبقه از اولویت رسیدگی آنی تا تأخیری تقسیم بندی می‌کند [4].

در دو دهه اخیر، مقیاس‌های تریاژ استانداردی در کشورهایی مانند استرالیا، نیوزلند [5]، کانادا [6]، انگلستان [7] و آمریکا [3] توسعه یافته است، که مبنای تعیین میزان وخامت حال بیمار است [3]. دقت و صحت و زمان تصمیم‌گیری تریاژ می‌تواند به روی دستاوردهای بخش اورژانس تأثیرگذار باشد [8- 10].

یافته‌های کمی در مورد این‌که بر پایه چه نوع اطلاعاتی پرستاران تریاژ تصمیم‌گیری خود را انجام می‌دهند [11] و یا این‌که چه متغیرهایی بر مدت زمان صرف شده برای تصمیم‌گیری تریاژ تأثیر می‌گذارند، در دسترس است از این رو نیاز به معرفی این مسایل برای ارتقای استانداردهای تریاژ و آموزش تریاژ ضروری است [12]. در نهایت وخامت حال بیمار و سایر بیماری‌های زمینه‌ای که او را همراهی می‌کنند، ساختار بخش اورژانس و میزان پیشرفته بودن آن و تعاملات اجتماعی نقش مهمی در تصمیم‌گیری تریاژ می‌توانند ایفا کنند [13].

طبق پژوهشی از بین دانش تریاژ و سابقه کار، مشخص شد که دانش محض در مورد تریاژ عامل مهم‌تری نسبت به سابقه کار در تصمیم‌گیری پرستاران در تریاژ است هر چند نیاز به درک قوی‌تری از ارتباط بین این دو عامل با میزان موفقیت تریاژ وجود دارد [14].

از این روآموزش تریاژ به موازات اجرای آن در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها مورد توجه بوده است. در استرالیا داشتن حداقل هشت ساعت آموزش نظری تریاژ و 24 ساعت آموزش عملی تریاژ بیماران تحت نظارت پرستار با تجربه ضروری دانسته شده است [15].

در ایران تریاژ کردن بیماران در بخش‌های اورژانس توسط پرستاران صورت می‌گیرد. سابقه استقرار تریاژ در بخش‌های اورژانس بیمارستانی به سال‌های اخیر بر می‌گردد. چک‌لیست ارزشیابی بخش اورژانس که وسیله نظارتی معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است به ممیزی تریاژ به صورت بسیار جزیی پرداخته است. به این صورت که تنها به طرح یک سؤال (آیا یک پرستار تریاژ به ازای هر سی تا چهل هزار بیمار مراجعه کننده به اورژانس در سال وجود دارد؟) پرداخته می شود که قادر به ارزشیابی جنبه‌های مختلف تریاژ نبوده و اطلاعات مناسبی برای بررسی این موضوع در اختیار مدیران بهداشتی درمانی قرار نمی‌دهد. از این رو بررسی این مسأله بیش از پیش اهمیت پیدا می‌کند.

همچنین ضروری است که به توانایی پرستاران در تریاژ بیماران پرداخته شود تا بتوان تصویری صحیح از وضعیت بخش اورژانس در هنگام بروز بحران‌ها و عکس‌العمل پرستاران این بخش‌ها هنگام ازدحام بیماران و نحوه استفاده از ظرفیت‌های تریاژ در دست داشت.

متأسفانه نگرانی جدی در میزان دانش پرستاران درباره تریاژ وجود دارد. در یک پژوهش در استرالیا مشخص شد که 42 درصد از پرستاران برای تریاژ آموزش ندیده اند و چهارده درصد هم اظهار کرده‌اند که با وجود اینکه در کلاس های آموزشی تریاژ شرکت کرده اند ولی هنوز آمادگی کافی برای انجام این کار را در خود احساس نمی‌کنند [16]. در تحقیقی دیگر در کشور سوئد مشخص شد که بخش‌های اورژانس آن کشور از روش‌های تریاژ مدون و استاندارد شده برای تریاژ سود نمی‌برند [17] و در نتیجه برای پرستاران زمینه اجرای تریاژ مبتنی به دانش فراهم نیست.

در ایران، هیچ‌گونه مقیاس ملی تریاژ به بیمارستان‌ها ابلاغ نشده است و بیمارستان‌ها خود مرجع تعیین سیستم تریاژ هستند. این مسأله در کنار این واقعیت است که دوره دانشگاهی جامعی نیز برای آموزش تریاژ وجود ندارد بطوری که سهم تریاژ در سرفصل دروس پرستاری در واحد فوریت‌ها وآن هم یک جلسه است و تنها راهکاری که پیش روی بوده است برگزاری کارگاه‌ها و رجوع به مقالات پراکنده‌ای که در این زمینه منتشر شده است. این نارسایی‌ها می‌توانند سبب شوند تا زمینه مناسب برای بروز رفتار مبتنی بر دانش پرستاران در دسترس نباشد. هر چند که تحقیقات کمی در این زمینه وجود دارد ولی در این راستا طاهری و همکارانش در سال 1385 اعلام کردند که دانش و عملکرد پرستاران دانشگاه علوم پزشکی کرمان درباره تریاژ میانگین پایینی را کسب کرده است [18]. ملک-شاهی و همکاران در پژوهشی دریافتند که آگاهی پرستاران درباره تریاژ در حد متوسطی است [19]، عباسی و همکاران نیز در پژوهشی دیگر دریافتند که سطح آگاهی پزشکان استان بوشهر در رویایی با حوادث هسته‌ای و تشخیص و درمان مصدومین حوادث هسته‌ای بسیار پایین است [20]. پژوهش های فوق این مطلب را القا می‌کنند که تریاژ در حالی در بیمارستان‌ها اجرا می شود که درباره آن دانش کافی در اختیار پرستاران گذاشته نشده است.

در این تحقیق سعی شده است با بررسی میزان آگاهی پرستاران درباره تریاژ بیمارستانی، فاصله موجود در ارایه خدمات به بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس را با استانداردهای مورد نیاز برای تریاژ مبتنی بر دانش شناسایی و معرفی شود.

هدف از این پژوهش "تعیین میزان آگاهی پرستاران بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی زاهدان درباره تریاژ بیمارستانی" بود.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

روش‌ها

این پژوهش به صورت پیمایشی و توصیفی طراحی و در بخش های اورژانس بیمارستان‌های ده گانه دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شده است. نمونه‌گیری با روش تصادفی ساده از جمعیت پرستاران شاغل در بخش اورژانس (102 نفر) و با سطح اطمینان 95 درصد انجام و نمونه پژوهش برابر هفتاد نفر بدست آمد.

بعد از تأیید معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و کسب مجوزهای لازم؛ پژوهشگر از فروردین تا خرداد سال 1387 به بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های استان سیستان و بلوچستان مراجعه کرده و نمونه‌گیری انجام شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته است که شامل سه قسمت است: قسمت اول، برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت شناختی با دوازده پرسش که اطلاعاتی مانند سن، جنس، مدرک تحصیلی، شیفت کاری، سابقه کل کار پرستاری در بخش اورژانس و یا ویژه، معدل کل را در برداشت. قسمت دوم، (بخش آشنایی) به منظور ارزشیابی حیطه آشنایی با تریاژ، پانزده پرسش در نظر گرفته شد که اطلاعاتی درباره مفاهیم پایه دانش مورد لزوم برای پرستار تریاژ شامل سیستم های مختلف تریاژ، نحوه بررسی بیمار در تریاژ و شرح وظایف است.

قسمت سوم (بخش احاطه) به منظور ارزشیابی احاطه پرستاران به تریاژ و توافق تصمیم‌گیری پرستاران با یکدیگر (Concordance) با ده پرسش تنظیم شد. این پرسش‌ها در واقع شرح حال بیمارانی هستند که پرستار در عمل تریاژ با آن مواجه می شود و باید آن‌ها را در یکی از پنج طبقه تریاژ – از طبقه احیا تا طبقه غیرفوری– اولویت‌بندی کند.

پرسش نامه بر اساس مقیاس وخامت حال بیمار و تریاژ کانادایی تنظیم شده است [9] چرا که این سیستم تریاژ دارای روایی و پایایی تایید شده و در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است [17،21]. بعد از بررسی توسط گروه در شورای پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی زاهدان و انجام اصلاحات مورد لزوم، روایی محتوی آن تایید شد.

پایایی پرسش نامه از نظر ثبات (Stability) و پیوستگی داخلی (Internal Consistency) سنجیده شد. برای ثبات، پایایی پرسش نامه از روش آزمون – بازآزمون (Test-Retest) با شرکت پانزده نفر (نمونه پایلوت) از نمونه های پژوهش با فاصله زمانی یک هفته صورت گرفت. ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات کل پرسش‌نامه در دفعه اول و دوم برابر 0/60 به دست آمد. برای پیوستگی داخلی، پایایی کل پرسش‌نامه با توجه به نمونه پژوهش از طریق آلفای کرونباخ برابر 0/87 (بخش آشنایی: 0/84- بخش احاطه: 0/90) به دست آمد.

داده ها با نرم افزار SPSS 15.0 و Excel 2007 و سطح معنی داری 5% (دو دامنه) و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی (گرایش مرکزی و پراکندگی مانند فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل، آماره کاپا) مورد تحلیل قرار گرفتند.

تصمیم‌گیری پرستاران با روش شرح حال های نوشته شده برروی کاغذ (Scenario) آزمون شد چرا که انجام آن در عمل واقعی، می-توانست با تأثیر بروی پرستاران، تصمیم‌گیری آن‌ها را برای بیمار به مخاطره بیاندازد. از این‌رو بنا به ملاحظات اخلاقی از شرح حال‌های نوشته شده بروی کاغذ استفاده شد.

یافته‌ها

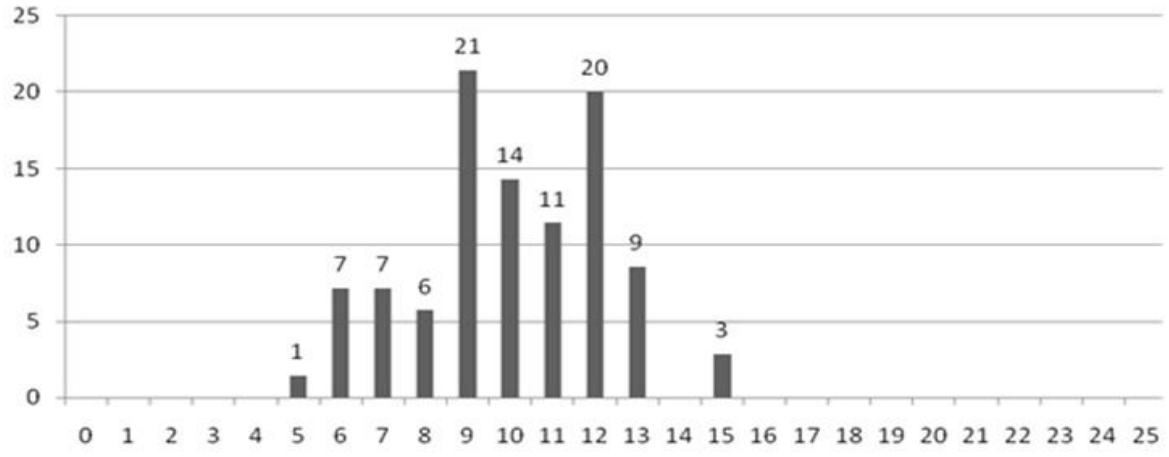
در پایان هفتاد پرستار در پژوهش شرکت نمودند و میزان پاسخ (Respond Rate) برابر 68/6 درصد بود. خصوصیات جمعیتی پرستاران در جدول 1 نشان داده شده است. تنها در سه مرکز (که 21% درصد کل شرکت کنندگان را پوشش می‌داده است) پرستاران خاصی به امر تریاژ اختصاص داده شد و دارای اتاق تریاژ بودند.

جدول 1: خصوصیات جمعیتی پرستاران

	تعداد	درصد	میانگین±انحراف معیار
جنس			
مونث	42	61	
مذکر	28	39	
سن			29/46±4/09
سابقه کاری			4/50±3/32
نحوه آموزش تریاژ			
عدم آشنایی	14	20	
کارگاه	34	48	
کتاب ومقالات	4	6	
واحد دانشگاهی	10	14	
همکاران	6	9	
سایر	2	3	

پرسش‌نامه 25 سؤال داشت که پانزده پرسش مربوط به بخش آشنایی و ده پرسش مربوط به بخش احاطه بود. به هر پاسخ صحیح یک نمره داده شد و گستره کل نمره هر فرد از یک تا 25 متغیر بود. در بخش آشنایی پاسخ‌ها بصورت درست، نادرست و نمی‌دانم بود. نتایج بخش آشنایی پرسش‌نامـه نشان می‌دهد که میانگین نمرات نمونه پژوهش 1/54±5/64 بوده است یعنی 26/33 درصد پاسخ‌های داده شده به این بخش صحیح بود. در بخش احاطه پاسخ‌ها بصورت پنج طبقه (اولـــویت یک تا پنج) بود و نتایج بخش احاطه نشان داد میانگین نمرات 1/51±4/34 ، بعبارت دیگر 43/42 درصد پاسخ‌ها

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]



نمودار یک – فراوانی پرستاران بر اساس نمره گرفته شده از کل پرسشنامه (۲۵ نمره)

صحیح بود. در مجموع میانگین کل پاسخ‌های صحیح داده شده (مجموع بخش آگاهی و احاطه) برابر 2/24±9/98 بود، بدین معنی که 39/94 درصد پاسخ‌های پرستاران به سؤالات پرسش‌نامه صحیح بود (نمودار یک).

در بررسی سابقه کاری پرستاران با آزمون ضریب همبستگی پیرسون رابطه ای بین سابقه کار با نمرات پرسش‌نامه بدست نیامد؛ ولی مقایسه میانگین های نمرات کل افراد با سابقه کمتر از دو سال و بیشتر از دو سال با آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت معنی دار بین این دو گروه وجود دارد و نمرات افراد با سابقه بیشتر از دو سال بالاتر بود (p =0/009).

همچنین رابطه معنـی‌داری بین ســابقه کار در بخش‌های ویژه و نمرات کسب شده از پرسش‌نامه با آزمون ضریب همبستگی پیرسون بدست نیامد (r= -0/097 p =0/12).

آنالیز پایایی تصمیم‌گیری‌های پرستاران برای تعیین میزان ثبات آن بین پرستاران در برابر بیمارهایی که به صورت شرح حال‌های نوشته شده در بخش ارایه شده است، بر اساس ضریب کاپا (kappa) برای تمام پرستاران متوسط و برابر 0/56(فاصله اطمینان 95% و 0/62و0/50) بود و برای هر پرستار ضعیف و برابر 0/12 (فاصله اطمینان 95% و0/30 و 0/05) بود. این نشان می‌دهد نتایجی که از تصمیمات فردی پرستاران با توجه به پرسش‌نامه به دست می‌آید دارای ثبات نیست. توضیح بیشتر این نتیجه بدین معنی است که اگر تمام پرستاران شرح حال بیماری را که داده شده تریاژ کنند میزان پایایی تصمیم‌گیری بر اساس آماره کاپا 0/56 یعنی متوسط است و این در حالی است که در مقابل؛ تصمیمات انفرادی پرستاران از پایایی ضعیفی بر اساس آماره کاپا 0/12 برخوردار است.

پاسخ‌های نادرست در بخش احاطه 56/57 درصد بود. تجزیه و تحلیل این پاسخ‌های نادرست نشان داد که اشتباهات به‌صورت 48% تریاژ سنگین (Over-triage): بیمار در طبقه‌ای با اولویت بیشتر از آن‌چه که استحقاقش را دارد قرار گیرد و 8/57% تریاژ سبک (Under-triage): بیمار در طبقه‌ای با اولویت کمتر از آن‌چه که استحقاقش را دارد قرار گیرد، بوده است. نکته قابل توجه این است که میزان تریاژ سبک که با ایجاد خطر برای ایمنی و سلامت بیمار همراه است در افرادی که نمرات بالای صدک نود (نخبگان نمونه پژوهش) را داشتند 23% و برای سایرین 15% بود.

بحث

نتایج نشان داد که میزان آگاهی پرستاران بخش اورژانس درباره تریاژ بیمارستانی در سطح مطلوبی نیست. تنها 39/9% پاسخ‌های واحدهای پژوهش به پرسش‌های کل پرسش‌نامه صحیح بود. این یافته‌ها با سایر تحقیقاتی که در ایران انجام شده است هم‌خوانی دارد تریاژ نسبت به سابقه کاری پرستاران مانند پژوهش طاهری و همکاران در سال 1384 در کرمان که میانگین نمرات پایین را در نمرات نمونه پژوهش بدست آورد [18] و تحقیق عباسی و همکاران در سال 1383 که میزان اطلاع کارکنان از تریاژ و درمان هسته‌ای را برابر 39/7 درصداعلام کرده بودند [20] ولی با تحقیق ملکشاهی و محمدزاده در سال 1382 که آگاهی پرستاران درباره دانش کلی درباره تریاژ را در حد متوسطی (53/9 درصد) اعلام کرده بودند [19] و با پژوهش گورانسون و همکاران که میزان آگاهی آن ها را برابر 57/7 درصد بوده است، همخوانی ندارد. علت این تفاوت می‌تواند در این نکته نهفته باشد که در تحقیق ملکشاهی به جنبه‌های کلی تریاژ مصدومین پرداخته شده است و چندان به طور تخصصی به تریاژ بیمارستانی پرداخته نشده است و در پژوهش گورانسون نیز با توجه به این که پژوهش در سوئد انجام شده است این امکان وجود دارد که نتایج تحقیق تحت تأثیر مکان پژوهش قرار گرفته باشد هر چند که نتایج مذکور دانش متوسطی از تریاژ را به نمایش می‌گذارند که نیاز به آموزش بیشتر به کارکنان را نیز مطرح می‌سازند.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

بررسی سابقه کار و دانش تریاژ نشان می‌دهد که بین سابقه کار و نمرات کسب شده از پرسش‌نامه رابطه و همبستگی معنی‌داری وجود ندارد و نمی‌توان گفت که با افزایش سابقه کار، دانش تریاژ افزایش می‌یابد. این یافته‌ها با یافته‌های کانسیدین و همکاران در سال 2007 که اعلام کردند که دانش نقش مؤثرتری در عملکرد دارد [22] هم‌خوانی دارد اما با یافته‌های طاهری و همکاران در سال 1384 در کرمان که رابطه مثبت و معنی‌داری بین سابقه کار در بخش اورژانس و دانش تریاژ یافته بودند در تقابل است [18]. به هر صورت همانطور که کانسیدنین و همکارانش بیان کرده‌اند ما در این زمینه نیاز به تحقیقات بیشتری داریم.

میانگین نمرات گروه با سابقه کار بیشتر از دو سال از گروه با سابقه کار کمتر از دو سال بیشتر بود. این یافته نشان می دهد که شاید صلاحیت های اعلام شده از سوی انجمن پرستاران اورژانس امریکا (Emergency Nurses Association: ENA) برای پرستار تریاژ نیاز به تأمل داشته باشد که حداقل شش ماه سابقه کار در بخش اورژانس را الزام کرده است. از این رو توصیه می شود که سابقه کاری حداقل دو سال برای بخش های اورژانس به عنوان صلاحیت‌های پرستار تریاژ بخش اورژانس رعایت شود. با عنایت به این مساله که سابقه در بخش‌های ویژه ملاک اثرگذار است.

حداقل میزان توافق تصمیم‌گیری که توسط کالج طب اورژانس استرالیا (با کاپا موزون) توصیه شده برابر 0/60 است [23]. میزان توافق تصمیم‌گیری پرستاران با توجه به تصمیم گیری های بالینی در بخش احاطه بدست آمده است. این میزان توافق در تصمیم‌گیری تریاژ برابر 0/12 برای هر پرستار و 0/56 برای کل نمونه محاسبه شده است که بیانگر این نکته است توافق کمی بین پرستاران برای تریاژ بیماران وجود دارد. توافق کم در تصمیم‌گیری‌های تریاژ مسأله مهمی در تحقیقات است که پژوهشگران سعی دارند به علت آن دست یابند. این میزان در پژوهش گورانسون و همکاران برابر 0/46 گزارش شده است [17] که توافق متوسطی است. در پژوهش ورستر و همکاران این مقدار برابر 0/76 گزارش شده است که البته با نُه پرستار انجام شده بود [24]. یکی از دلایلی که برای توافق کم پرستاران در پژوهش‌ها بیان شده این است، پرستاران از یافته‌های ذهنی به نسبت بیشتری تا یافته‌های عینی در تصمیم‌گیری تریاژ استفاده می‌کنند از این رو توافق خیلی ضعیف یا ضعیف حاصل می‌شود [12] [25].

میزان تریاژ سنگین در نمونه پژوهش 48 درصد بود که نسبت به پژوهش گرانسون و همکاران [17] با میزان 28/4 درصد بیشتر بوده است. تریاژ سنگین در تصمیمات از این نظر قابل تحمل است که حیات بیمار تهدید نمی شود هر چند که ممکن است استفاده بهینه از منابع بخش اورژانس با اختلال مواجه شود و در نهایت در استفاده بهینه سایر بیماران از بخش اورژانس محدودیت ایجاد شود و ضمن اینکه منابع تا پنجاه درصد را قابل تحمل می دانند یعنی اگر نیمی از تصمیمات پرستار تریاژ بصورت تریاژ سنگین باشد در محدوده قابل قبول محسوب می‌شود.

در این راستا نکته جالب توجه این است که میزان تریاژ سبک در افرادی که نمره پرسش‌نامه‌شان بالای صدک نود - نخبگان - بود بیشتر از سایر افراد نمونه پژوهش بود یعنی اشتباهات پرستاران با دانش بیشتر متمایل به این است که وضعیت بیماران را در طبقه تریاژی کمتر از آنچه که استحقاق دارند ارزیابی کند. از این رو پایش این نکته در این گروه از پرستاران ضروری است تا از به خطر افتادن حیات بیمار و حرفه پرستاری جلوگیری شود.

یکی از محدودیت‌های پژوهش این بود که تمام افراد در پژوهش شرکت نکردند ولی میزان پاسخ 68% می تواند رضایت‌بخش باشد که با مشارکت پژوهش گرانسون و همکاران همخوانی دارد [17]. از طرف دیگر با توجه به اینکه مقیاس تریاژ به کار رفته در پرسش‌نامه برای پرستاران آشنا نبوده است و در عملکرد روزانه از آن استفاده نمی‌کردند این مسأله می تواند عاملی باشد که بر نتایج تأثیر می‌گذارد. به دلیل مسایل اخلاقی تصمیم گیری پرستاران به روی کاغذ آزمون می شود تا اینکه در محیط واقعی انجام شود چرا که امکان دارد که پژوهش بروی تصمیم گیری پرستاران برای بیماران واقعی در اولویت‌بندی آن‌ها تأثیر بگذارد و نمونه های پژوهش تصمیمات خود را به نحوی در راستای پژوهش تغییر بدهند که منتج به ضرر برای بیمار شود.

پژوهش نشان داد که زمینه‌های متعددی برای بررسی نگرش پرستاران درباره تریاژ بیمارستانی وجود دارد. مقایسه عملکرد پرستاران در تریاژ بیمارستانی با روش پنج طبقه‌ای و سه طبقه‌ای، مقایسه اثر بخشی روش‌های آموزش تریاژ، بررسی موانع موجود در استقرار واحد تریاژ در بخش اورژانس و بررسی خصوصیات پرستاران نخبه در تریاژ بیمارستانی برای پژوهش‌های توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به این مطلب که سطح آگاهی پرستاران بخش اورژانس که بسیار درگیر امر تریاژ بیماران هستند نامطلوب است از این رو الزام بخش‌های اورژانس در بکارگیری مقیاس‌های روا و پایا به منظور افزایش توافق در تصمیم‌گیری‌ها در کنار تجهیز آن‌ها به نیروی انسانی آموزش دیده و وسایل لازم برای تریاژ توصیه می‌شود. توسعه مقیاس ملی تریاژ و تأسیس پرستاری تریاژ به عنوان یک گرایش دانشگاهی می‌تواند زمینه مناسبی برای عملکرد مبتنی بر دانش برای پرستاران مهیا کند. همچنین پرستاری تریاژ می‌تواند زمینه‌ای مناسب برای غنای شغلی پرستاری اورژانس باشد.

تشکر و قدردانی

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

محققین بر خود لازم می‌دانند که از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی زاهدان و پرستاران که در به ثمر رسیدن تحقیق نقش مؤثری داشتند تشکر کنند.

References

1. Goransson KE, Von Rosen A. Interrater agreement: A comparison between two emergency department triage scales. Eur J Emerg Med. 2010,Aug2.www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20679900
2. Grossman V. Quick Reference to Triage. 2nd ed. USA Philadelphia: Lippincott; 2003.
3. Zimmermann P. G. The case for a universal,valid, reliable 5-tier triage acuity scale for us emergency departments. J Emerg Nurs. 2001; 27: 246-54.
4. Travers D, Waller A, Bowling JM, Flowers D. Comparison of 3-level and 5-level triage acuity systems emergency Nurses Association 2000; 26(5): 411-8.
5. Australasian College for Emergency Medicine Guidelines for the Implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments. Melboume ,Victoria. Australia. 2000.(Citado en ref. 24.) http://www.acem.org.au/infocentre.aspx?docId=59.
6. Beveridge R. Reliability of the Canadian emergency department triage and acuity scale: Inter-rater agreement. Annals of Emergency Medicine. 1999; 32: 155-9.
7. Manchester Triage Group. Emergency Triage. Manchester: BMJ Publishing Group, 1997.
8. Parenti N, Manfredi R, Bacchi Reggiani ML, Sangiorgi D, Lenzi T. Reliability and validity of an Italian four-level emergency triage system. Emerg Med J. 2010 Jul; 27(7):495-8.
9. The Canadian Association Of Emergency Physicians (CAEP). Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS). Version: CTAS16.DOC December 16, 1998.http://www.caep.ca/002.policies/002-02.ctas.htm November 2004 (accessed 9 December 2005)
10. McNally S. Let's have standards for triage education and practice. A E N J. 2001; 4: 12-4.
11. Whitby S, Ieraci S, Johnson D, Mohsin M. Analysis of the process of triage: The use and outcome of the national triage scale 1997. Liverpool Health Service, Liverpool, NSW.
12. Gerdtz M, F, Bucknall T, K. Triage nurses' clinical decision making. An observational study. Journal of Advanced Nursing. 2001, 35(4): 550-61.
13. Bucknall T, K. Clinical decision making in critical care nursing practice: decisions, process. (Doctoral Dissertation), La Trobe University, Melbourne 1996.
14. Considine J, Botti M, Thomas S. Do knowledge and experience have specific roles in triage decision-making? Acad Emerg Med. 2007 Aug;14(8):722-6.
15. Innes K, Plummer V, Considine J. Triage nurses perceptions of their educational preparation for the triage role. Australasian Emergency Nursing Journal, 10(4), 2007; 205-6.
16. Fry M, Burr G. Current triage practice and influences affecting clinical decision-making in emergency departments in NSW, Australia. Accid Emerg Nurs. 2001; 9(4): 227-34.
17. Goransson KE, Ehrenberg A, Ehnfors M. Triage in emergency departments: National survey. Journal of Clinical Nursing 2005; 14:1067-74.
18. Taheri N, Kohan S, Haghdoost AA, Foroogh Ameri G. Assessment of knowledge and activity of nurses in triage field in hospitals of Kerman University of Medical Sciences, 2005. [Thesis]. Kerman: Kerman University of Medical Sciences; 2005. [Persian].
19. Malekshahi F, Mohammad zadeh M. Assessment of knowledge and activity of nurses in triage of patients with trauma admitted to Shohada Ashayer Hospital. Proceedings of the 6th nationwide congress of nursing and midwifery; the role of nurses and midwives in emergency medicine. 2004 Feb 24-25; Tehran, Iran. [Persian].
20. Abbasi E, Nosrati A, Nabipour I, Emami SR. Assessment of the level of knowledge of Physicians in Bushehr Province about preparedness and response for nuclear emergency. Iranian South Medical Journal 2004; 7(2): 183-9. [Persian].
21. Gordon JA, Billings J, Asplin BR, Rhodes KV. Safety net research in emergency medicine. Acad Emerg Med. 2001;8:1024–1029.
22. Considine J, Ung L, Thomas S. Clinical decisions using the National Triage Scale: How important is postgraduate education?. Accident & Emergency Nursing, 2001 Apr;9(2): 101-8 .
23. Goransson K., Ehrenberg A., Marklund B., Ehnfors M.,Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage, Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2005 19(4), 432–438,Available from: http://onlinelibrary.wiley.com.
24. Worster A, Sardo A, Eva K, Fernandes C.M.B, Upadhye S, Triage Tool Inter-rater Reliability: A comparison of live versus paper case scenarios. J Emerg Nurs. 2007;33:319-23.
25. Salk E, Schringer D, L, Hubbell K, Schwartz B. Effect of randomised crossover trial. Annals of Emergency Medicine. 1998; 32:655-64.
26. Considine J, LeVasseur S, Villanueva E. The australasian triage scale: Examining emergency department nurses' performance using computer and paper scenarios. Ann Emerg Med. 2004; 44: 516–23.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]