

مروری بر اصول و اجزاء سیستم



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت سلامت  
مرکز اعتباربخشی و نظارت بر امور درمان - اداره اورژانس بیمارستانی

## فهرست مطالب

1	.....مقدمه
2	.....مفهوم تریاژ
3	.....محیط تریاژ
4	.....تریاز در زمان بلایا در محل حادثه
4	.....تریاز در بخش اورژانس در زمان حادثه
5	.....تریاز در محل در شرایط عادی
5	.....تریاز روتین در بخش اورژانس
6	.....سیستمهای ارتباطی
8	.....درجه بندی بیماران
10	.....آئین نامه های درمان
11	.....سیستم پشتیبانی
13	.....مسائل امنیتی
14	.....ایجاد و اصلاح سیستم تریاژ
17	.....نیروهای پشتیبان
18	.....نیروهای مقاوم
19	.....ارزیابی عملکرد
20	.....خلاصه

**مروری بر  
اصول و اجزای سیستم تریاژ**

## مفهوم تریاژ

مفهوم تریاژ یا مرتب کردن در ابتدا به منظور تخصیص منابع و مراقبت های پزشکی در موارد جنگ، بلایا و تلفات دسته جمعی ایجاد شده بود.

سپس این مفهوم برای مراکز مراقبت های فوری و بخش های اورژانسی که در آن بیماران بدون برنامه ریزی یا زمان بندی با آمبولانس یا وسایل دیگر مراجعه می کردند تا مراقبتهای emergency یا urgency دریافت کنند مورد استفاده قرار گرفت.

بخش های اورژانس که به طور اولیه به عنوان یک مرکز مراقبت برای موارد فوری و حاد ایجاد شده بود در نظر عموم به عنوان تنها منابع در دسترس در تمام ساعات شبانه روز شناسایی شدند. اثر مستقیم این دیدگاه افزایش آهسته و پیوسته در درصد بیمارانی شد که با شکایات غیر اورژانسی به این مراکز مراجعه می کردند. در نهایت تراکم کار این بخشها افزایش پیدا کرد. عوامل دیگر موثر در افزایش بیماران عبارتند از:

1. بخش های اورژانس تنها مراکز مراقبت پزشکی در ساعات غیر اداری هستند لذا بیمارانی که می خواهند به کارهای اداری خود برسند بدان مراجعه می کنند.
2. پزشکان خصوصی بیماران خود را با دستور رادیوگرافی و آزمایشات روتین به بیمارستان ارجاع می دهند.
3. بیمارانی بی خنتمان از بخشهای اورژانس استفاده می کنند.
4. بیمارانی که بیمه نیستند از بخشهای اورژانس استفاده می کنند.

مسئولان بخش اورژانس به این نتیجه رسیدند که برای سرعت بخشیدن به شناسایی فوری مجروحان و بیماران شدیداً بدحال از بیمارانی که شکایت های غیر فوری و مزمن دارند، نیاز به تدابیر خاصی است. در حقیقت اجرای اصول تریاژ پاسخ به این نیاز بود. وجود یک سیستم شناسایی سریع بیماران بد حال از غیر بدحال امری ضروری محسوب می شود.

## محیط های تریاژ

در داخل و قبل از بیمارستان 4 محیط اصلی برای تریاژ وجود دارد:

1. تریاژ در محل در زمان بلایا
2. تریاژ در بخش اورژانس در زمان بلایا
3. تریاژ در محل در موارد معمول
4. تریاژ در بخش اورژانس در موارد معمول

## تریاز در محل حادثه در زمان بلایا

وظیفه اصلی کارکنان "خدمات پزشکی اورژانس EMS" است. در هر منطقه ای، بر اساس برنامه های از پیش تعیین شده و تمرین هایی که صورت گرفته است نمایندگان از بیمارستان های محلی در مکان حادثه حاضر می شوند. انتقال راحت و آرام حادثه دیدگان به بیمارستان در سایه همکاری و هماهنگی EMS، مراکز خدمات پزشکی و شهرداریها امکانپذیر است.

تریاز در زمان بلایا در محل حادثه توسط یک پزشک متبحر انجام می شود. وظیفه مشابه همان مفهوم تریاز در میدان جنگ است. یعنی ارزیابی سریع بیمار، دادن دستورات کامل برای انتقال بیمار به بیمارستان تا دریافت مراقبتهای نهایی.

تداخلات درمانی در محل محدود به اقداماتی است که به سرعت قابلیت انجام دارد و به طور مؤثری بیمار را از مرگ می رهاند.

ممکن است بعضی شهرداریها در محل حادثه سطح دوم تریاز را ایجاد کنند. کار تریاز در این سطح، نظارت بر توزیع بیماران بین مراکز پزشکی در جامعه است. هدف، جور کردن تواناییها و امکانات مراکز پزشکی با جراحات قربانیان و اطمینان از این نکته است که هیچ بخش اورژانسی به واسطه مجروحان رسیده تحت فشار قرار نگرفته است.

## تریاز در بخش اورژانس در زمان بلایا

نحوه تریاز در بخش اورژانس در زمان بلایا بسته به برنامه های بخش اورژانس و بیمارستان مربوطه متفاوت است. در این موارد کار تریاز را گروهی متشکل از پزشک و پرستار با هم و یا پزشک و پرستار به تنهایی انجام می دهند. در زمان انتقال قربانیانی که وضعیتشان مشخص شده است، کارکنان ancillary باید این افراد را حمایت کنند. به مانند گروه قبلی، این افراد نیز باید به سرعت بیماران را ارزیابی کنند و مشخص نمایند که کدام بیمار برای دریافت درمان در اولویت است. در اینجا نیز به مانند تریاز در محل، تداخلات درمانی شامل اقداماتی است که شانس بقای بیمار را افزایش می دهد.

تریاز در زمان بلایا اهداف و فرآیندهای متفاوتی نسبت به تریاز روتین دارد. بنابراین تمامی کارکنان تریاز باید با هر دو نوع تریاز آشنایی کامل داشته باشند و بدانند که هر کدام را در چه زمانی باید اجرا کنند.

## ترياز در صحنه در شرايط عادي (ترياز پيش بيمارستاني)

در ترياز در محل در شرايط عادي تصميمات بر اين اساس است كه آيا بيمار به بيمارستان منتقل شود يا نه؟ اينكه از راه هوايي انتقال صورت بگيرد و يا از راه زميني؟ از چراغ گردان يا آژير استفاده بشود يا نه؟ و اينكه مسافت كدام بيمارستان مناسبتر است؟  
وقتي چندين بيمار درگير هستند، بيماري كه نيازمند انتقال سريع تر است بايد شناسايي شود.  
مي توان آئين نامه هايي وضع كرد كه در سايه آن كاركنان ترياز در محل، بتوانند به صورت مستقيم با كاركنان مستقر در مركز درماني ارتباط داشته باشند.

## ترياز روتين در بخش اورژانس

آخرين محيط ترياز كه همان ترياز روتين در بخش اورژانس است، مورد استفاده ترين و در عين حال سطح بالاترين محيط ترياز مي باشد. در ادامه بحث به تفصيل در مورد اين روش ترياز صحبت مي شود:

- ثبت مشكل به صورت روايت
  - ثبت نكات مهمي كه در ارزيابي ها به دست مي آيد
- ممکن است برای این منظور نرم افزار خاصی نیز وجود داشته باشد.

با وجود اينكه تمام سيستم هاي ثبت اسناد ترياز حق ثبت انبوهي از اطلاعات را دارند، گاهي اوقات يك حداقل اطلاعات تنظيم شده بر اساس نوشته هاي ترياز وجود دارد.  
به عنوان مثال:

**1) شكايات فعلي بيمار**

**2) بعضي جنبه هاي عيني ارزيابي**

**3) درجه بندي شدت**

**4) وضعيت**

با استفاده از اين سيستم ممكن است يك بيمار اينگونه توصيف شود:

" بيمار توسط خانواده اش به اورژانس آورده شده، بدحال است، نبض ندارد، تنفس ندارد."

در نمونه ذكر شده، حداقل اطلاعات ثبت شده است.

در وضعيت هاي كمتر اورژانسي، بايد اطلاعات بيشتري بيرون كشيد و ثبت كرد.

این نکات اطلاعاتی ( data points ) باید با سیستم اطلاعات یکپارچه بخش اورژانس

سازگار باشند و شامل موارد زیر می باشند:

1. تاریخچه شکایت فعلی

2. معاینه فیزیکی متمرکز بر شکایت

3. تاریخچه دارویی

4. سابقه حساسیت

5. سابقه پزشکی مهم بیمار

بعلاوه:

- بسته به زیر مجموعه های جمعیتی مثل بیماران زن، بچه، بیمار ترومایی ممکن است که جمع آوری اطلاعات اضافه تری مثل وزن بیمار، وضعیت قاعدگی و یا مکانیسم تروما نیاز باشد.
- زمان اولین تماس بیمار با کارکنان تریاژ چه به صورت اتوماتیکی و چه به صورت دستی باید ثبت شود.
- می توان چک لیستی تهیه کرد که تمام زمینه های اطلاعاتی را که بخش اورژانس الزام می دارد در آن منظور شود تا توسط کارمندان تریاژ تکمیل شود.
- می توان سند را به شکلی تنظیم کرد که تمام اطلاعات مورد نظر از قبل آماده باشد و کارمندان تریاژ فقط روی قسمت مربوطه سایه بزنند. می توان از نرم افزار کامپیوتری نیز استفاده کرد.

## سیستم های ارتباطی

در بسیاری از بخشها، اهداف تریاژ به بهترین صورت تحقق خواهد یافت اگر کارمندان تریاژ در ساعات کاری خود به طور فیزیکی در محل تریاژ حضور داشته باشند. برای اینکه به بهترین وجه ممکن به این هدف برسیم، یک سیستم ارتباطی مورد نیاز است که به کارمندان تریاژ این امکان را بدهد که بدون ترک اتاق تریاژ بتوانند به سرعت با نقاط مختلف ارتباط برقرار کنند.

داخل بخش اورژانس، کارکنان به یک سیستم ارتباطی بین محل تریاژ و محل درمان نیاز دارند. همچنین نیاز به سیستمی هست که پرستار مسئول بیمار هم بتواند با پزشک مقیم اورژانس در تماس باشد.

برای نیل به این هدف که هر بیماری که در بخش اورژانس حضور می یابد به مناسبترین مکان درمان بر اساس نیازهایش تریاژ شود، پرستار تریاژ نیاز دارد که:

1. به خدمات و امکانات خارج بخش اورژانس (داخل مرکز درمانی) مانند بخش مامایی، درمانگاههای اختصاصی اطفال و بزرگسالان، دفتر پذیرش و خدمات paging دسترسی داشته باشد. برای اینکه ارتباط بهتر برقرار شود:

- باید لیستی از شماره های داخلی ضروری موجود باشد.
- داشتن یک خط تلفن در اتاق تریاژ مفید است.

2. با منابع و مراجع خارج مرکز درمانی ارتباط داشته باشد، بنابراین داشتن یک لیست از شماره های ضروری و یک خط تلفن پر سرعت ارزشمند است. بعضی مراکز ممکن است خطوط تلفنی برای واحد های EMS منطقه طراحی کنند که کارکنان تریاژ بتوانند به واسطه آن بیمارانی را که با آمبولانس می آیند را تحت نظر داشته باشند و یا اینکه به این واحد ها پاسخگو باشند.

به منظور افزایش ارتباط بین بیماران و کارکنان تریاژ، باید سیستمی طراحی شود که کارکنان تریاژ به یک شکل درست و به موقع از حضور بیماران جدید در تریاژ آگاه باشند. در بخشهای اورژانسی که مراجعین زیادی دارند و این امکان وجود دارد که بیماران برای دیدن پرستار تریاژ مدت طولانی در انتظار باشند، می توان از سیستم "دولایه" استفاده کرد. به این ترتیب که یکی از افراد تریاژ مسئول است که به سرعت و جزئی تمام بیماران را که وارد بخش می شوند را ببیند. این فرد یک سؤال در مورد شکایت فعلی بیمار می پرسد و یک بررسی اولیه انجام می دهد. بیمارانی که تشخیص emergent برایشان گذاشته می شود، سریعاً به اتاق درمان هدایت می شوند. از بقیه بیماران درخواست می شود که برای ارزیابی بیشتر به دومین کارمند تریاژ مراجعه کنند.

حتی در آن بخش هایی که با حجم بالای بیمار روبرو نیستند، ممکن است در زمانهایی، انبوهی از بیمار داشته باشند به طوریکه کارمند تریاژ در یک لحظه با چندین بیمار مواجه شود. هدف این است که هیچ کس در این وضعیت از قلم نیفتد:

- بعضی بخشها برای مقابله با این مشکل، نام بیمار، شکایت فعلی و زمان ورود بیمار را روی برگه کاغذ یا کارت هایی می نویسند. وقتی کارتها به اتاق تریاژ می رسد، کارکنان تریاژ می توانند تصمیم بگیرند که چه کسی اول ارزیابی شود.



- بقیه بخشها ممکن است یک دفتر ثبت تهیه کنند که در آن نام بیمار و زمان رسیدن وی به اورژانس را بنویسند. مسایل محرمانه مانع از این می شود که بیمار شکایت اصلی اش را در آن بنویسد که این یک نقص آشکار برای سیستم است.
- در بخشهای دیگری که هنوز سیستم ثبت ورود ندارند، بیشتر بیماران پس از شماره گرفتن و یا انتظار در نزدیک محل تریاژ ویزیت خواهند شد. در این سیستم آخری احتمال بروز فاجعه و جود دارد. ممکن است یک بیمار شدیداً بد حال در اتاق انتظار دچار ایست قلبی شود. البته این نقص تا اندازه ای قابل جبران است اگر کارکنان تریاژ به دنبال آن نشانه های بالینی ظریف در نزد بیماران بد حال باشند و یا اینکه کارکنان تریاژ برای مدت کوتاهی عمل تریاژ را متوقف کنند تا از بیمارانی که در اتاق انتظار هستند یک پرسش سریع و خلاصه در مورد شکایتهای آنها داشته باشند.

### **طبقه بندی بیماران، درجه بندی فوریت و دستورالعمل های درمان**

در هر بخش اورژانس، برای موفقیت در عملکرد سیستم تریاژ، داشتن سیستم طبقه بندی مشترک و مناسب بیماران و دستورالعمل های درمانی امری حیاتی است.

#### **طبقه بندی بیماران، درجه بندی فوریت**

اعضای گروه مسؤول درجه بندی فوریت باید اول در سیستم های طبقه بندی بیماران به اجماع برسند. همانطور که قبلاً اشاره شد، سیستم طبقه بندی بیماران می تواند از 2 تا 5 طبقه باشد. بعد از اینکه گروه در تعداد طبقات به توافق رسید، باید بر سر اینکه بیماران بر اساس چه نشانه ها و ویژگیهایی در هر گروه قرار بگیرند بحث کرده، به نتیجه برسند. می توان بر اساس شکایت فعلی و شرح حال، یافته های بالینی، علایم حیاتی یا ترکیبی از این 3 بیماران را طبقه بندی کرد. اعضای گروه باید تعاریف عملی و کاربردی برای هر طبقه داشته باشند. برای انتقال بهتر مفاهیم می توان برای وضعیت های موجود مثال آورد.

این کار عاقلانه ایست که دستورالعمل ها بر اساس شکایت بیمار و شدت شکایت تنظیم شود. اگر دستورالعمل ها و طبقه بندی ها بر اساس شکایاتی که بیشتر در بخش ها دیده می شود و یا با خطر بیشتری برای بیمار همراه است تنظیم شود، نیاز بخش به بهترین شکل تأمین می شود. بر اساس درجه بندی فوریت / طبقه بندی تریاژ، وضعیت بیمار از داخل اتاق تریاژ تعیین می شود.

دستورالعمل ها می تواند به شکل الگوریتم، رئوس مطالب و یا روایتی تنظیم شود. جداول 3 و

4، دستورالعمل مربوط به گروه بیمارانی که با شکایت درد سینه مراجعه می کنند را نشان می دهد.

در این سیستم طبقه بندی:

- بیمارانی که "خیلی اورژانس" توصیف می شوند، مستقیماً به اتاق درمان منتقل می شوند و به پزشک مقیم و پرستار مسئول بیمار هم اطلاع داده می شود.
- بیمارانی که "اورژانس" طبقه بندی می شوند، به اتاق درمان منتقل شده و به پرستار مسئول نیز خبر داده می شود.
- اگر بیماری در طبقه "غیر اورژانسی" قرار بگیرد، به محل پذیرش و یا اتاق انتظار فرستاده می شود.

هنگام تنظیم دستورالعمل های طبقه بندی، این مهم است که وظایف کارکنان را کاملاً مشخص کنیم. کارها خیلی آسان می شود اگر کارکنان بدانند در کجای دستورالعمل مورد استفاده قرار خواهند گرفت. به طور مثال اگر در یک بخش اورژانس "مسیر سریع" (Fast track area) وجود داشته باشد، باید برای این مسیر هم دستورالعمل نوشته شود.

چون هر بیماری که وارد بخش اورژانس می شود باید پذیرش شود، توسط کارمندان تریاژ ارزیابی شود و یافته های تریاژ در مورد وی ثبت شود. ضمن این که این ارزیابی ها باید قبل از استعلام در مورد توانایی مالی بیمار باشد. اگر بیماری هم غیر اورژانسی یا روتین تلقی بشود، قبل از ارجاع باید مورد ارزیابی پزشکی توسط فرد با صلاحیت ( که بر اساس آئین نامه های مرکز تعریف شده است) قرار بگیرد. این اصلاً عاقلانه نیست که قبل از معاینه کامل بیمار و بررسی های تشخیصی لازم در بخش اورژانس، وی را غیر اورژانسی تلقی کرده و ارجاع دهیم که این کار یعنی هزینه کردن وقت بسیار برای بیماری که در نهایت اورژانسی نیست.

در نهایت، بخش اورژانس باید آن بیمارانی را که در وضعیت اورژانسی ایشان تردید دارد نگاه دارد و مورد ارزیابی بیشتری قرار بدهد.

## آئین نامه های درمان

به محض اینکه سیستم طبقه بندی ایجاد شد، کار بعدی این است که تعیین شود برای هر بیماری که در هر طبقه قرار میگیرد چه کار باید بکنیم. این فرآیند نخستین گام به سوی دستورات شروع درمان است.

با وجود اینکه کارکنان پرستاری قادرند مشکل بیمار را شناسایی کنند و اقدامات پرستاری لازم را در جهت رفع آن انجام دهند، اما آنها نمی توانند مستقلاً تشخیص پزشکی بگذارند و بررسی های تشخیصی یا درمان ها را شروع کنند.

وقتی کارمندی غیر از پزشک نقش تریاژ را ایفا می کند، اقداماتش محدود به مراقبت هایی است که به طور قانونی وسعت و حدود آن تعیین شده است.

بر اساس توافقات گروهی، کارمندان تریاژ می توانند در موقعیت خاص و تحت دستورات تأیید شده پزشک، یکسری اقدامات در خارج محدوده اختیارات عملکرد پرستاری را به طور مستقل انجام بدهند. این کارها می تواند شامل شروع درمان و درخواست بررسی های رادیولوژی یا آزمایشگاهی باشد. از آنجا که تحت این شرایط پرستار قبل از اینکه بیمار توسط پزشک ویزیت شده باشد اقداماتی را آغاز می کند، باید گوش به زنگ باشد و از اختیارات خود تجاوز نکند.

هر چند که پزشکان مقیم اورژانس و کارکنان پرستاری در نوشتن این دستورالعمل ها نقش دارند ولی سیستم اداری بیمارستان هم باید نظر و حمایت خود را در مورد آن ها اعلام کند بخصوص در زمینه مدیریت خطر نقش حمایتی داشته باشد.

آئین نامه ها ممکن است فقط مسیرهای ساده باشد و یا لیستی از کارهای جامعی باشد که باید انجام شود و باید چه به صورت کتابچه و چه به صورت برنامه کامپیوتری در اختیار کارمندان تریاژ قرار بگیرد. بهتر است که دستورالعمل ها طوری پیچیده نباشد که کارکنان تریاژ گیج شوند و یا اینکه جریان کار تریاژ کند شود. البته هر قدر امکان مشاوره پزشکی در محل کمتر باشد، مسیر ها باید با جزئیات بیشتر و اختصاصی تر باشد.

دستورالعمل هایی که به صورت مشترک تهیه می شوند، نه تنها اقدامات تشخیصی بلکه اقدامات درمانی که می تواند در تریاژ شروع شود را هم شامل می شود. بسیاری از این اقدامات درمانی مانورهای پرستاری ساده ای چون آتل بندی، پانسمان یا گذاشتن یخ می باشد. در بعضی موارد ممکن است وضعیتی پیش بیاید که این درمانها فراتر از حدود پرستاری رفته و وارد محدوده دستورات پزشکی شود مانند تجویز واکسن کزاز در تریاژ و یا رگ گیری برای اندازه گیری سریال قند خون بیماری که در اتاق انتظار است.

## سیستم های پشتیبانی

عملکرد مطلوب یک سیستم تریاژ به عواملی چون تعداد افرادی که در سیستم پشتیبانی بخش اورژانس، مرکز درمانی و جامعه کار می کنند و نحوه همکاری آنها بستگی دارد. به بعضی از سیستم های پشتیبانی در 24 ساعت روز و در 365 روز سال نیاز است. در بقیه موارد، کار سرویس های پشتیبانی به ساعتهای کاری خاص محدود است.

یکی از مثالهای سیستم پشتیبانی، "مسیر سریع" است. طراحی چنین مسیری به کارکنان تریاژ امکان می دهد که بیماران با شکایات کوچک و غیر اورژانسی را از آن بیمارانی که مشکلات جدی تر و یا جامع تری دارند و نیازمند دریافت خدمات مراقبتی اورژانسی هستند را از هم جدا کنند. بخش هایی که با حجم بالای بیماران غیر اورژانسی روبرو هستند، غالباً مجبور هستند از برنامه حق تقدم درمان استفاده کنند. این بیماران ناچارند در اتاق انتظار بنشینند تا بیمارانی که بد حال تر هستند اول ویزیت شوند. گاهی ایشان به دلیل انتظار طولانی، با تندی و پرخاشگری با کارکنان تریاژ رفتار می کنند. به همین خاطر ممکن است کارکنان اورژانس زمان و انرژی زیادی برای توضیح دادن و آرام ساختن ایشان صرف کنند.

کسانی که مکرراً به بخش اورژانس مراجعه می کنند به سرعت یاد می گیرند که داشتن چه شکلی از علائم و شکایات تضمین کننده ورود سریع تر به اتاق تریاژ است.

به این ترتیب بخش های اورژانسی که با حجم زیاد بیماران غیر اورژانسی روبرو هستند خیلی تمایل دارند که "مسیر سریع" داشته باشند. حتی اگر اقدامات آن محدود به بعضی از کارهای پایه ای خاص باشد. در نهایت داشتن این مسیر در بالا بردن کیفیت مراقبت بیماران و بهتر انجام شدن کارهای بخش و افزایش روابط عمومی اثر می گذارد.

از کارهای دیگری که توجه کارکنان تریاژ را منحرف می کند، پاسخ به سوالات متنوعی است که هیچ ارتباطی به وضعیت بیمار ندارد. این سوالات شامل پرسش در مورد امکانات پارکینگ، کافه تریای بیمارستان، محل اتاق یک بیمار بستری یا پرسش در مورد بخش دیگر بیمارستان است.

گاهی اوقات اگر ورودیهای اورژانس فقط مخصوص ورود بیمار و یا خانواده وی و کارکنان اورژانس باشد، از تعداد این سوالات کاسته می شود. هر چند ممکن است نیاز باشد به خانواده بیماران و بیماران ترخیصی بخش اورژانس در مورد بعضی از این پرسش ها پاسخ داده شود.

غالباً خانواده و دوستان بیمار جهت پیگیری وضعیت بیمارشان به کارکنان تریاژ مراجعه می کنند. با اینکه بخشی از وظیفه کارکنان تریاژ این است که به عنوان یک منبع اطلاعاتی بیمار باشند ولی این کارها می تواند کارکنان تریاژ را از وظیفه اصلی تر و حساس تر خود که ارزیابی بیماران تازه رسیده به اورژانس است دور نماید.

استفاده از یک کارمند دفتری یا یک داوطلب برای کمک کردن به خانواده ها در جهت کسب اینگونه اطلاعات می تواند مفید باشد.

در مورد بیمارانی که حال وخیم تری دارند، بهتر است که فرد حرفه ای تری با خانواده بیمار صحبت کند و یا به ایشان اطلاعات بدهد. در اینگونه موارد پرستار تریاژ مسوولیت را به عهده می گیرد.

بیشتر اوقات یک درخواست ساده خانواده بیمار مثل اجازه ملاقات بیمار می تواند توسط فرد داوطلب که نقش رابط را به عهده دارد انجام شود.

هر مرکزی نیازمند شناسایی سیستم های پشتیبانی است تا بتواند بهترین مراقبت را برای بیمارانش داشته باشد.

گاهی اوقات استفاده از دیگر بخشهای بیمارستان بیش از بخش اورژانس مقرون به صرفه است. مثلاً درمانگاهها درخواست های رادیولوژی و یا آزمایشگاهی پزشکان خصوصی را انجام بدهند و یا اینکه کارهای مربوط به مشاوره را به عهده بگیرند.

ممکن است مراکز مراقبتی دیگری متناسب با مشکل فعلی بیمار موجود باشد که بتواند خدمات بهتری به ایشان ارائه دهد مثلاً واحد زایمان جهت زنان بارداری که سن بارداری خاصی دارند، و یا درمانگاههای تخصصی که همکاری خود را جهت ویزیت بیماران اطفال، روان پزشکی، پوست و یا دندان پزشکی اعلام کرده اند. ارجاع به این تخصص ها، باید در طبقه بندی تریاژ/ درجه بندی فوریت منظور شود.

در بسیاری موارد قبل از ارجاع، کارکنان تریاژ باید تلاش کنند تا با محل های تخصصی مذکور تماس حاصل کنند و در مورد بیمار مزبور با ایشان مشاوره کنند. همچنین کارکنان تریاژ باید لیستی از این مراکز تهیه کنند.

در بعضی موارد فقط باید ارجاع بیمار انجام شود ولی در موارد دیگر ارجاع به عنوان مکمل خدماتی است که در بخش اورژانس ارائه شده است.

کارکنان تریاژ باید لیستی از مراکز ارائه خدمات سلامت عمومی مثل گروه های حمایتگر برای بیماران HIV مثبت، یا معتادین و ... نیز در دست داشته باشند.

## مسائل امنیتی

رفتار خشونت آمیز علیه کارمندان بخش اورژانس و یا بیماران، حضور کارکنان امنیتی را در بخش اورژانس ضروری می کند. در این موارد باید آئین نامه هایی وضع شود.

کارکنان تریاژ به دو دلیل بیشتر در معرض چنین رفتارهایی هستند:

- به علت نوع کارشان که باید تمام بیمارانی که به اورژانس می رسند را ویزیت کنند، در نزدیک ترین محل به ورودی اورژانس قرار دارند.

- کارکنان تریاژ به علت فرآیند تریاژ در خط اول تماس بیمار هستند. اگر به وضعیت روحی ناپایدار، عصبانیت و اضطراب بیماران توجه نکنند، ممکن است با رفتار پرخاشگرانه غیر منتظره ایشان روبرو شوند.

چندین روش کاربردی وجود دارد که می تواند از بروز مسائل خشونت بار بکاهد و یا با آن مقابله کند:

- اولین اقدام این است که حتماً مأموران امنیتی وجود داشته باشند. ورودیهای بیمارستان که 24 ساعت روز را باز هستند باید توسط سیستم امنیتی بیمارستان کنترل شود. درهای ورودی اصلی مهم است اما باید به درهای عبور و مرور مخصوص کارکنان هم توجه بشود. وقتی بیماران و خانواده هایشان در یک حالت نگرانی و اضطراب وارد اورژانس می شوند ممکن است رفتاری پرخاشگرانه بروز دهند که کارکنان امنیتی آموزش دیده، در کاهش چنین مواردی کمک کننده هستند. اما در صورت بروز مشکل باید سریعاً در محل حاضر شوند. اگر لازم باشد یکی از کارکنان تریاژ جهت رسیدگی به بیماری از بخش خارج شود حتماً باید توسط یک مأمور امنیتی همراهی شود. مثلاً اگر قرار باشد کارمند تریاژی برای انتقال یک بیمار از ماشین همراهان بیمار بخش را ترک کند، مأمور امنیتی همراه، باید سریعاً در محل حاضر باشد چرا که انتظار طولانی بیمار و همراهان وی برای رسیدن مأمور از نظر روابط اجتماعی تأثیر منفی به جا می گذارد. خیلی بهتر است که مأموران امنیتی در تمام 24 ساعت روز در بخش اورژانس حضور داشته باشند. می توان یک مرکز فرماندهی در مجاورت بخش اورژانس ایجاد کرد که در آن مأموران امنیتی به واسطه مونیטور تمام بخش ها را کنترل کنند. همچنین می توان سیستم های متعددی مثل "**دکمه هشدار اغتشاش**" در اتاق تریاژ نصب کرد که در صورت بروز مشکل پرستار تریاژ با استفاده از آن ، به مأموران اطلاع دهد. اما اگر مأموران امنیتی آشکارا در بخش اورژانس در معرض دید باشند، برای بیماران و مراجعین زنگ هشدار است که بیشتر مواظب رفتار خود باشند. گاهی فقط همین ترفند در کنترل نظم و ممانعت از بروز خرابکاری بسیار موثر است.
- یک راه دیگر برقراری امنیت شکل فیزیکی و مبلمان اتاق تریاژ است. شکل قرار گیری میز و صندلیها می تواند به صورتی باشد که میز به عنوان یک سد در برابر رفتار پرخاشگرانه ناگهانی عمل کند. مطلوب است برای آن مراکزی که یک اتاق جداگانه

برای تریاژ دارند یک راه فرار تعبیه شود. بهتر است که یک در باز شدنی رو به خارج که قفل نیست در مقابل در ورودی اتاق تریاژ نصب شود. تا بیمار پرخاشگر از سد میز بگذرد، کارمند تریاژ فرصت کافی برای فرار داشته باشد.

- در زمینه شناسایی و کنترل رفتارهای پرخاشگرانه باید آموزش های لازم به مأموران امنیتی داده شود. گاهی با پیامهای کلامی و غیر کلامی به خوبی رویکرد فیزیکی می توان آسیب به کارکنان و یا بیماران دیگر را محدود کرد.

## ایجاد و اصلاح سیستم تریاژ بخش اورژانس

طراحی اولیه ایجاد یا اصلاح سیستم تریاژ موجود باید توسط یک "گروه ضربت" از کارکنان بخش اورژانس انجام شود. گامهای طرح ریزی شامل موارد زیر هستند:

### 1. تعیین اهداف

2. تجزیه و تحلیل نیازها و منابع و امکانات موجود برای دستیابی به اهداف مورد نظر  
اعضای این "گروه ضربت" نباید صرفاً پرستاران، پزشکان یا کارمندان اداری بخش اورژانس باشند. بلکه باید از پزشکانی که همه روزه با مسائل "خط اول" درگیر هستند و بدان بینش دارند نیز دعوت شود.

اولین کار، شناسایی نیازها و مشکلاتی است که با ایجاد و یا اصلاح سیستم تریاژ حل خواهند شد. گاهی نیازمندیها از نظر نوع و تعداد از قبل شناسایی شده اند.

بعضی مطالعات کنترل کیفیت در نمایاندن مشکلات بسیار کمک کننده هستند. مثل بررسی میزان رضایتمندی بیماران، یا بررسی طول مدت اقامت بیماران در بخش اورژانس، یا تجزیه و تحلیل بر اساس تشخیص نهایی در زمان ترخیص بیمار که نشان دهنده درصد بیماران غیر اورژانسی بخش است.

در بقیه موارد احتیاجات و مشکلات به طور اولیه توسط کارکنان مشاهده می شوند. در جدول زیر لیستی از نیازهایی که به دنبال ایجاد سیستم تریاژ کمتر می شوند وجود دارد. این لیست جامع نیست بلکه یک موضوع پایه ای را مطرح می کند که توسط افراد بخش مورد بحث و بررسی قرار گیرد. وقتی گروه با مشکلات کلی مثل "طولانی بودن زمان انتظار" روبرو می شود، باید بنشینند و این موضوع را بررسی کنند و تمام دلایلی را که به واسطه آنها زمان انتظار طولانی می شود را استخراج کنند. در فرآیند تشکیل سیستم تریاژ این یک مرحله بسیار حیاتی است. اگر یک مشکل به طور خاص بیان نشود هرگز حل نخواهد شد. وقتی با جمع آوری و تجزیه و تحلیل

اطلاعات، تعداد دفعاتی که یک مشکل از جانب کارکنان مطرح شده است را تعیین کنیم، یک مدرک عینی برای رد یا تأیید وجود مشکل مزبور خواهیم داشت. این اطلاعات ممکن است در حال حاضر در مطالعات "بهبود عملکرد" موجود باشد یا ممکن است نیاز باشد که برای دست یافتن به چنین اطلاعاتی مطالعه ای انجام شود.

<b>لیست نیازهای ارزیابی و درمانی</b>	
پالس اکسیمتر	دستگاه اکسیژن
اسنلن چارت	ساکشن
گلوکومتر	ابزار دفع سر سوزن
چاقو	پانسمان
اتوسکوپ	گردن بند طبی
ترمومتر	ست کشیدن بخیه
دستگاه اتوماتیک اندازه گیری فشار خون	باند و آتل
آبسلانگ	بسته های مخصوص یخ
دستکش غیراستریل	محلول سالین
امکانات بررسی HCG اورژانس	محلول بتادین
گاز 4 در 4 سانتی متری	پراکسید هیدروژن
ابزار بررسی خون مخفی در مدفوع	دستمال کاغذی
مسک و عینک محافظ	محافظ چشمی
ظروف نمونه گیری ادرار	کیت های زایمان اورژانس
اپلیکاتور پنبه ای و سینک	آنژیوکت و ابزار رگ گیری

مستقل از اینکه اطلاعات مذکور چگونه به دست آمده است، این اطلاعات به تنهایی بزرگی مشکل را نشان نمی دهد بلکه فقط یک معیار پایه ای برای ارزیابی کردن کار آمدی اقداماتی است که شروع شده است.

به عنوان مثال در یک بخش اورژانسی که سیستم تریاژ ندارد، کارکنان حس می کنند که بیماران بد حال مدت طولانی در انتظار می مانند. در اینجا جمع آوری اطلاعات باید بر فاصله زمانی که بیماران بد حال وارد بخش اورژانس می شوند تا لحظه ای که در نهایت بستری می شوند متمرکز باشد.

نتایج بررسی ها می تواند با استانداردهای منطقه ای یا محلی مقایسه شود تا معلوم شود مشکل کجاست.

استفاده از 2 چارچوب زمانی کمک کننده استک

1. یکی برای بیمارانی که در واحد مراقبت های ویژه بستری شده اند



## 2. دیگری برای بیمارانی که در تختهای معمولی بستری شده اند

پس از اینکه سیستم تریاژ راه اندازی و یا اصلاح شد، تکرار مطالعات مربوط به بررسی زمان، یک مدرک عینی در نمایاندن اثر و فایده سیستم تریاژ خواهد بود.

بعد از تعیین اهداف و به دست آوردن اطلاعات پایه، گروه ضربت می تواند سیاست های لازم برای برخورد با نیازها و ارزیابی عملی بودن راه حل های پیشنهادی را تدبیر کند.

نمایندگان گروه ضربت باید با بخش های اورژانس بیمارستانهایی که با حجم مشابه بیمار روبرو هستند در تماس باشند تا دریابند که دیگر مراکز چه سیاست هایی را در این زمینه اعمال می کنند. می توان سیاست های بیمارستان های دیگر را با توجه به نوع احتیاجات بخش اورژانس خود تغییر داد تا نیازها بهتر رفع شود. بقیه اعضای گروه ضربت هم می توانند کار بررسی متون را به عهده بگیرند.

بعضی مجلات که در مورد اورژانس می نویسند ستونهایی را به توصیف بخشهای اورژانسی اختصاص می دهد که سیستم تریاژ ایجاد کرده اند و یا سیستم تریاژ موجود را اصلاح نموده اند. اعضای گروه ضربت با بررسی منابع از نحوه عملکرد دیگر مراکز آگاه می شوند. پیش از ایجاد سیستم تریاژ با شناسایی و تجزیه و تحلیل نیازها و امکانات بخش اورژانس فعلی شانس رسیدن به اهداف بیشتر می شود.

جدول 4 متغیرهایی را که در عملکرد بخش اورژانس محدودیت ایجاد می کند نشان می دهد . در سیاست گذاریها و تنظیم دستورالعمل ها باید به چنین متغیرهایی توجه شود. مثلاً متغیر سطح سواد جمعیت تحت پوشش بخش اورژانس.

هرگاه بخش اورژانس به جمعیتی با سواد خواندن و نوشتن خدمات ارائه دهد می تواند از بیماران بخواهد نام خود، زمان ورود به اورژانس و ماهیت شکایت فعلی خویش را در کارت ضمیمه بنویسند. بدین ترتیب کارکنان تریاژ می توانند بر اساس چنین اطلاعاتی یک حق تقدم در ارزیابی بیماران قائل شوند. اگر جمعیت تحت مخاطب کم سواد باشند، این روش کارا نخواهد بود. باید چاره دیگری برای ثبت افرادی که وارد بخش اورژانس می شوند اندیشید.

اگر قرار است تغییراتی در بخش ایجاد شود ، گروه ضربت باید در جه همکاری بخش ها و سرویس های دیگر را بسنجد. طرحهای پیشنهادی که منجر به تغییر در بخش اورژانس می شوند شانس موفقیت بیشتری نسبت به طرح های فرا بخشی دارند. به عنوان مثال طرحی که پیشنهاد می کند کارکنان ancillary علایم حیاتی را بگیرند نسبت به طرحی که پیشنهاد می کند درخواست رادیوگرافی از اتاق تریاژ شروع شود احتمال موفقیت بیشتری دارد.

برای دستیابی به یک سیستم تریاژ کارآمد، به ارتباطات خوب بین بخشی نیاز است. سیاست های پیشنهادی باید از نظر تأثیری که بر بخش اورژانس می گذارند تجزیه و تحلیل شوند. همچنین از نظر شناسایی حمایتگر های همکاران و سیستم و روشهای ثبت و مستند سازی مورد نیاز که باید ایجاد و یا اصلاح شوند نیز کاملاً بررسی شوند. مثال حمایت از همکاران شامل اجماع بر تعریف خط مشی های طبقه بندی تریاژ، دستورالعمل های ارجاع بیماران به بخشهای دیگر و ایجاد کارگاههای آموزشی تریاژ می باشد.

## نیروهای پشتیبان

با شناسایی زود هنگام نیروهایی که مانع ایجاد و یا اصلاح سیستم تریاژ هستند احتمال موفقیت بیشتر می شود. عواملی که در جهت هدف ایجاد سیستم تریاژ هستند تحت عنوان نیروهای پشتیبان از آنها یاد می شود که در 5 حوزه اصلی خلاصه می شوند.

1. شناسایی سریع بیماران مصدوم و یا بد حال: شناسایی سریع بیماران که نیاز فوری به درمان دارند دلیل مهمی برای ایجاد سیستم تریاژ است. یک فرد عامی هم می تواند زخم گلوله یا درد سینه شدید را به عنوان وضعیت اورژانسی شناسایی کند، کارکنان آموزش دیده تریاژ باید بتوانند بیماران که علائم بسیار جزئی از یک وضعیت تهدید کننده حیات را نشان می دهند شناسایی کرده و به ایشان کمک کنند. تصمیم گیری تریاژ یک فرآیند سازماندهی شده بر اساس اطلاعات ضروری است که از شرح حال و معاینه بالینی بیمار به دست می آید. می توان در عرض چند دقیقه بیماران با وضعیت ناپایدار یا بالقوه ناپایدار را که وارد بخش اورژانس می شوند شناسایی کرد. این امر در صورتی امکان پذیر است که فرآیند تریاژ به یک شکل سازماندهی شده انجام شود. یعنی به کمک دستورالعمل های طراحی شده، متناسب با شکایت فعلی بیمار، علائم حیاتی و معاینه بالینی، تشخیص افتراقی های خطرناکتر را مد نظر قرار داد.

2. قوانین دولتی

3. سرعت بخشیدن به جریان کار بخش اورژانس: استفاده از یک سیستم تریاژ جامع جریان کار بخش اورژانس را به چندین شکل افزایش می دهد. ارجاع بیماران به مراکز دیگر به طور مؤثری از تعداد بیمارانی که باید مدیریت شوند می کاهد. در بخش های بزرگتر که دارای زیر مجموعه های تخصصی هستند، بیماران می توانند به جایی که بیشتر با نیازهایشان مطابق است تریاژ شوند. بیماران غیر اورژانسی به قسمت " مسیر سریع " فرستاده می شوند. بیماران با شکایت های جراحی، داخلی، زنان و یا روانپزشکی می

توانند به آن زیر مجموعه های تخصصی که در بخش اورژانس موجود است ارجاع شوند. تریاژ جامع به کارکنان اجازه می دهد که بعضی در خواست های پاراکلینیکی را از همان اتاق تریاژ آغاز کنند. مثلاً، می توان بیماری که با آسیب مچ دست مراجعه کرده است را قبل از معاینه پزشک به رادیولوژی فرستاد. در این حالت وقتی بیمار برای اولین بار توسط پزشک ویزیت می شود عکس های مچ دست آسیب دیده اش آماده است. به همین دلیل بیمار مدت کمتری در بخش اورژانس خواهد ماند و رضایتمندی بیشتری خواهد داشت.

4. انگیزه های مالی برای بخش اورژانس و بیمارستان: مراکزی که خدمات بخش های تخصصی داخل بیمارستانی مثل رادیولوژی و آزمایشگاه سرپایی و اتاق زایمان دارند می توانند مطمئن شوند که کارکنان تریاژ بیماران را متناسب با مشکلاتشان به بخش های مربوطه ارجاع خواهد داد که این کار بسیار مقرون به صرفه است. مثل تریاژ زنان باردار سه ماهه سوم به بخش زایمان labor، جایی که تجربه و تجهیزات لازم برای ارزیابی ایشان موجود است. یا ارجاع زنان با شکایات زنانگی کوچک به یک مرکز سلامت زنان یا درمانگاه زنان، جایی که افراد در مورد نیازهای ایشان آموزش دیده تر هستند. همانگونه که قبلاً اشاره شد، اختیار شروع درخواست های تشخیصی از اتاق تریاژ، طول مدت اقامت بیماران در بخش اورژانس را واضحاً کوتاه می کند. اقامت کوتاهتر بیماران در بخش امکان می دهد که تعداد بیشتری از ایشان در یک زمان معین معاینه شوند که در نهایت از نظر استفاده بیشتر از نیروهای انسانی و امکانات مقرون به صرفه است.

5. رضایتمندی بیمار و روابط عمومی: یکی از فواید سیستم تریاژ افزایش روابط عمومی و ایجاد رضایت در بیماران است. در این راستا کارکنان تریاژ باید دارای ویژگیهای خاصی باشند. مهارتهای بین فردی به اندازه مهارتهای بالینی اهمیت دارند. کارکنان تریاژ به عنوان اولین نقطه تماس بین بیمار و مرکز درمانی هستند. لذا در تعیین نگرش بیمار و خانواده اش نسبت به مرکز نقش بسزایی دارند. اگر برخورد اولیه ضعیف باشد، احساس منفی در بیمار و همراهانش ایجاد می شود. لذا رفتار دیگر کارکنان اورژانس و عملکرد ایشان نیز ضعیف انگاشته خواهد شد. مسلماً رفتار دیگر کارکنان در سیر درمان بیمار احساس منفی اولیه را از بین خواهد برد. ولی برای چنین تغییری نیاز به صرف انرژی زیادی است. این خیلی بهتر است که از اول یک تأثیر مثبت داشته باشیم تا اینکه بخواهیم کلی تلاش کنیم تا اثر ضعیف اولیه را از بین ببریم. در برخورد اولیه درمان های ساده ای مثل پانسمان کردن یا گذاشتن کمپرس سرد باعث می شود بیمار احساس کند که مورد توجه است. مثلاً در آن مواردی که شکایت فعلی بیمار نیاز به پانسمان یا آتل بندی ندارد ولی بیمار به این درمانها

اصرار دارد، کارکنان تریاژ می توانند در مورد وضعیت خوب فشارخون بیمار یا نداشتن تب به وی اطلاعات بدهند. بیماران برای گرفتن درمان اصلی خود به اتاق انتظار باز می گردند ولی در تمام طول مدت انتظار این حس مثبت را دارند که با وجود اینکه نمی دانند مشکلشان دقیقاً چیست ولی فشار خونشان خوب است و با کمپرس سرد روی مچ آسیب دیده خود احساس بهتری دارند.

### **نیروهایی که مانع ایجاد سیستم تریاژ می شوند**

شناسایی اولیه موانعی که از ایجاد یک سیستم تریاژ موفق جلوگیری می کنند، به سیاست گذاران سیستم تریاژ امکان می دهد که قبل از شکل گیری چنین موانعی با آنها مقابله کند. در شروع ایجاد سیستم تریاژ اولین مقاومت از جانب کارکنان بخش اورژانس دیده می شود. ممکن است پزشک، پرستار و کارکنان دفتری باور نداشته باشند که در سیستم فعلی مشکل وجود دارد. باید سیاست گذاریها در جهتی باشد که در مورد لزوم ایجاد و یا اصلاح سیستم تریاژ اطلاعات عینی بدهد.

یاد آوری مواردی که در آن بیماران نتیجه بدی داشته اند مفید است. بخصوص اگر بتوان نشان داد که ارزیابی سریع بواسطه کارکنان تریاژ می توانست وضعیت بیمار را تغییر بدهد. یا نشان دادن کوناهی زمان اقامت بیمار در بخش اورژانس در صورتی که سیستم تریاژ راه اندازی شود در بالا بردن سطح آگاهی کارکنان اورژانس مؤثر است. نمایاندن رضایتمندی بیماران و افزایش روابط عمومی نیز در این تغییر نگرش مفید است.

نیروهای مخالف ممکن است به این شکل مخالفت خود را ابراز کنند که با راه اندازی و یا اصلاح سیستم تریاژ به کارکنان بیشتری نیاز هست. و از آنجا که کارکنان تریاژ فعالیت بدنی محدودی دارند، کار ایشان آسان است. در ضمن بسته به ساعات کاری، پرستار تریاژ نیاز دارد برای استراحت تریاژ را ترک کند.

با کمی خلاقیت می توان در این هزینه ها صرفه جویی کرد. با تخصیص یک سری وظایف برای پرستاری که تریاژ را ترک می کند به چنین بحثهایی پایان داده می شود.

فعالتهایی چون بازیابی پرونده های روز قبل با هدف بهبود عملکرد، پیگیری بیمار و تماس های تلفنی که در این راستا لازم است، پیش نویس کردن برنامه های کارکنان پرستاری بعدی. در این راستا مدیریت بخش می تواند لیستی از وظایفی که امکان انجام آن توسط کارکنان تریاژ وجود دارد تهیه کند.

یک سیستم تریاژ ابتدایی برای عملکرد مؤثر و بی خطر نیاز به دریافت خدماتی چون خدمات امنیتی از خارج بخش اورژانس دارد. اما وقتی پیچیدگیهای سیستم تریاژ افزایش پیدا می کند، حمایت

بخشهای دیگری مانند رادیولوژی، آزمایشگاه و سیستم های مراقبت های تخصصی ضرورت می یابد.

قانع کردن این بخش ها در صورتی ممکن است که با اطلاعاتی در زمینه ذخیره بیشتر پول، نتیجه درمان بهتر و افزایش رضایتمندی بیماران قابلیت و شایستگی سیستم تریاژ نشان داده شود.

## ارزیابی عملکرد

از "مطالعات زمان"، مکرراً برای ارزیابی تأثیر و کارآمدی سیستم تریاژ استفاده شده است. پارامترهای خاصی باید اندازه گیری شوند مثل زمان رسیدن به بخش اورژانس به زمان رسیدن به اتاق درمان، زمان ورود به اتاق درمان به زمان ارزیابی توسط پزشک، اندازه گیری کل مدت اقامت بیمار در بخش اورژانس و همچنین طول مدت زمانی که بیمار منتظر میماند که جواب آزمایشاتش آماده شود.

یک مطالعه دیگری که مکرراً انجام می شود "ارزیابی میزان رضایتمندی بیماران" است. اگر بیماری طی فقط چند روز پس از ترخیص فرم مربوطه را پر کند، مفیدتر است. برای اطمینان از اینکه نمونه ها به درستی جمع آوری شده اند، باید فرمهای مربوطه به صورت تصادفی برای بیماران فرستاده شود. مثلاً از هر 10 بیمار برای یک نفر فرستاده شود. این شکل جمع آوری اطلاعات امکان می دهد که اطلاعات دیگری در زمینه معاینه و تجربه تریاژ نیز کسب کرد. مسؤولان تهیه فرم باید 2 یا 3 سؤال اختصاصی در مورد تریاژ بپرسند مثل طول مدتی که بیمار منتظر بوده تا کارکنان تریاژ وی را ببینند، چگونگی رفتار کارکنان تریاژ و یا پرسش در مورد اهمیت اینکه اول پرستار وی را ببیند.

وقتی سیستم تریاژ راه اندازی شد میتوان مطالعات بسیاری در جهت ارزیابی عملکرد سیستم و کارکنان انجام داد. مثلاً می توان از پرونده های بایگانی بخش اورژانس به طور تصادفی پرونده هایی را خارج کرده و با مقایسه تشخیص های نهایی و نحوه مدیریت اثر سیستم تریاژ را بررسی کرد. بخصوص به صورت گذشته نگر می توان دریافت چه بیمارانی "کم تریاژ" و یا "بیش تریاژ" شده اند:

- "کم تریاژ" شدن یعنی عدم شناسایی به موقع بیماری که شدیداً مجروح یا بد حال است. این وضعیت باید در حد اقل باشد.
- "بیش تریاژ" شدن یعنی بیماری به اشتباه در اولویت درمان قرار گیرد. وضعیت اخیر با ایجاد یک درجه ای از امنیت، نهایت مطلوب طیف است.

البته بیش تریاژ شدن اهداف اصلی تریاژ را که شناسایی بیماران و مجروحین شدیداً بد حال و کاهش تراکم در بخش اورژانس است را نادیده می گیرد. کارکنان تریاژ با بازنگری پرونده بیمارانی که روز قبل تریاژ کرده اند، با مشاهده تشخیص نهایی در می یابند عملکردشان چگونه بوده است. این یک روش سریع و خصوصی برای ارزیابی خود است. با این کار ایشان می توانند از تجربه دیگران هم استفاده کنند. با این روش کارکنان تریاژ با صرف 15 تا 20 دقیقه در روز می توانند قابلیت های خود را افزایش دهند.

## خلاصه

- تریاژ یک کار گروهی است. از یک مکان قبل از بیمارستان شروع می شود و تا زمانی که بیمار به بخش اورژانس می رسد ادامه دارد. پس از آن نیز با ارزیابی های مجدد حتی در تمام مدتی که بیمار در انتظار است نیز ادامه می یابد.
- ایجاد دستورالعمل های تریاژ هم یک کار گروهی است. دستورالعمل ها باید انعطاف پذیر باشند. یعنی در جهت بهبود کیفیت تغییر کنند.
- کارکنان تریاژ باید در زمینه روابط عمومی و بهترین شکل استفاده از دستورالعمل ها آموزش دیده باشند. پزشکان اورژانس برای حمایت کارکنان تریاژ باید بلافاصله در دسترس باشند.
- اگر یک سیستم تریاژ موفق شود، بهبود مراقبت از بیماران و بهبود روابط عمومی را برای مرکز به ارمغان خواهد آورد.

**دستور العمل**  
**نیازسنجی، اصلاح، و یاراه اندازی**  
**سیستم تریاژ در اورژانسهای بیمارستانی**

هدف از این دستورالعمل نیازسنجی، اصلاح، و یا راه اندازی سیستم تریاژ در بیمارستانهای دولتی تابعه دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی با استفاده از نظرات کارشناسی ارائه دهندگان خدمت و بر مبنای نیاز و امکانات و منابع موجود در هر مرکز می باشد. روش کار بدین صورت است که کارگروههایی در هر یک از بیمارستانها، ضرورت ایجاد سیستم تریاژ در آن بیمارستان را بررسی نموده و در صورت احساس ضرورت با توجه به منابع موجود در آن مرکز اهداف و چگونگی راه اندازی این سیستم و روش ارزیابی عملکرد آن را پیشنهاد می نمایند. ضروری است در بدو تشکیل این کارگروهها جلساتی با حضور تمام اعضاء توسط معاونت درمان دانشگاه مربوطه برگزار گردد و ضمن آموزش اعضاء در زمینه تریاژ اهداف طرح و چگونگی کار تصریح و تبیین شود (به منظور ارائه نقش هدایتی و نظارتی پیشنهاد می شود کمیته تریاژ در سطح معاونت درمان دانشگاه تشکیل شود)

پیشنهادات کارگروه تریاژ پس از بازبینی و کارشناسی در سطح معاونت درمان دانشگاه نهایی می شوند. معاونتهای درمان (کمیته های تریاژ) باید در صورت نیاز جلسات مشترکی را با کارگروهها برگزار نمایند تا در خصوص موضوعات مورد اختلاف به توافق نهایی برسند. این طرح نهایی توسط بیمارستان لازم الاجرا است و گزارش اجرای آن باید بصورت ماهیانه به معاونت

تشکیل کارگروه و برگزاری کارگاه آموزش توجیهی	2 هفته
تشکیل جلسات کارگروهها و ارائه گزارش نهایی	1 ماه
کارشناسی، جمع بندی و اظهار نظر در معاونت درمان	2 هفته
اصلاح یا راه اندازی سیستم تریاژ	3 ماه
ارزیابی عملکرد سیستم تریاژ	2 هفته

درمان دانشگاه ارسال گردد. مسئولیت پیگیری و هماهنگیهای لازم در این خصوص با ریاست بیمارستان می باشد. 3 ماه پس از راه اندازی سیستم تریاژ باید ارزیابی مناسبی از میزان موفقیت این سیستم در رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده توسط تیم منتخب کمیته تریاژ صورت



گیرد. معاونت درمان دانشگاه باید جمع بندی گزارشات و نتیجه نهایی ارزیابی را به معاونت سلامت منعکس نماید. برنامه زمانبندی پیش بینی شده برای هریک از مراحل به شرح زیر است: لازم به یادآوری است که کلیه بیمارستانها موظف هستند در تهیه گزارشات و طرح پیشنهادی، امکانات و شرایط موجود خود را در نظر بگیرند و با استفاده از مدیریت منابع، روش بهینه و عملی را جهت استقرار سیستم تریاژ ارائه نمایند. بدیهی است در مراحل بعدی و با فراهم شدن منابع نسبت به بهبود و ارتقاء سیستم تریاژ اقدام خواهد شد و بیمارستانهایی که در فاز اول نسبت به امکانات موجود بهترین روش را برای استقرار سیستم تریاژ اتخاذ نموده اند در اولویت برخورداری از این منابع خواهند بود.

## کمیته تریاژ

### معرفی کمیته:

این کمیته یک مجموعه کارشناسی-مدیریتی در حوزه معاونت درمان دانشگاه است که هدف آن هدایت، راهنمایی، و نظارت بر تشکیل و انجام وظیفه کارگروههای تریاژ در سطح بیمارستانهاست. خروجی این کمیته دستورالعملهایی است که مبتنی بر کار کارشناسی در کارگروهها می باشد و برای بیمارستانهای تابعه لازم الاجرا است.

### اعضاء کمیته:

اعضاء ثابت این کمیته معاون درمان دانشگاه، مدیر درمان دانشگاه، و مسئول واحد فوریتهای دانشگاه (اداره اورژانس) می باشد. ریاست این کمیته به عهده معاون درمان دانشگاه است و در صورت صلاحدید می تواند از افراد دیگر نیز جهت عضویت در کمیته دعوت نماید.

### وظایف کمیته:

- 1- برگزاری جلسات آموزشی-توجیهی درمورد تریاژ برای اعضاء کارگروهها
- 2- پیگیری شکل گیری و تشکیل جلسات کارگروهها و دریافت صورتجلسات
- 3- کارشناسی و ارزشیابی گزارشات نهایی کارگروهها، اطلاعات آماری مربوط به اورژانس، و نیز سیستم پیشنهادی و چگونگی ارزیابی آن
- 4- جمع بندی گزارشات کارگروهها و ارسال نتایج نهایی به معاونت سلامت (طبق فرم شماره 1)
- 5- پیگیری اصلاح یا راه اندازی سیستم تریاژ و ارائه گزارش عملکرد بیمارستانهای تابعه در خصوص سیستم تریاژ
- 6- نظارت بر ارزیابی میزان موفقیت واحد تریاژ در بیمارستانها در راستای رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده و گزارش به معاونت سلامت

## کار گروه «تریاز»

### معرفی کار گروه:

این کار گروه یک مجموعه مشاوره ای-اجرایی در حوزه ریاست بیمارستان است. خروجی آن که حاصل هم اندیشی صاحب نظران و دست اندرکاران امر ارائه خدمات درمانی در اورژانس بیمارستان است به مجموعه مدیریتی بیمارستان منعکس می گردد و مبنای سیاستگذاری و برنامه ریزی در جهت ایجاد یا اصلاح سیستم تریاز در اورژانس بیمارستان می باشد.

### اعضاء کار گروه:

تشکیل کار گروه بر عهده ریاست بیمارستان می باشد که ریاست کار گروه را نیز برعهده دارد. دبیر کارگروه رئیس بخش اورژانس بیمارستان است. عضویت افراد حقوقی زیر در هر کارگروه ضروری است: مدیر بیمارستان، مدیر بخش اورژانس، مسئول بخش اورژانس، سرپرستار بخش اورژانس، مترون بیمارستان، نماینده یا نمایندگانی از پزشکان شاغل در اورژانس، نماینده یا نمایندگانی از پرستاران شاغل در اورژانس، مسئول اداره حراست فیزیکی (نگهبانی). بدیهی است عضویت سایر افراد به صلاحدید ریاست بیمارستان، بلامانع است.

### وظایف کار گروه:

- 1- تشکیل جلسات با فواصل مناسب جهت بررسی نیاز به سیستم تریاز و منابع موجود در این خصوص
- 2- استخراج و تضمین صحت اطلاعات آماری مورد نظر و اعلام آن به معاونت درمان دانشگاه (فرم شماره 3)
- 3- تنظیم صورت جلسات در فرمت ارائه شده و ارسال منظم به معاونت درمان دانشگاه (فرم شماره 2)

- 4- جمع بندی نتایج نهایی به دست آمده توسط کارگروه و ارسال آن به معاونت درمان دانشگاه (فرم شماره 4)
- 5- ارائه برنامه پیشنهادی جهت اصلاح یا ایجاد سیستم تریاژ با توجه به شرایط، امکانات و منابع موجود و روش ارزیابی میزان موفقیت آن (فرم شماره 5)
- 6- پیگیری ایجاد و اصلاح سیستم تریاژ در راستای اهداف مورد نظر
- 7- ارائه گزارش ماهیانه از عملکرد واحد تریاژ به معاونت درمان دانشگاه
- 8- ارزیابی مجدد نتایج و دستاوردها و بررسی میزان موفقیت در رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده پس از 3 ماه از راه اندازی سیستم تریاژ
- 9- ارائه گزارش سه ماهه از چگونگی عملکرد و وضعیت واحد تریاژ به معاونت سلامت

ضمانہ

**فرم شماره 1- گزارشی معاونت درمان دانشگاه به معاونت سلامت در خصوص سیستم**

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

**اعضاء کمیته تریاژ**

سمت	نام و نام خانوادگی

**کارگاههای آموزشی-توجیهی**

اعضاء حاضر در جلسه	زمان جلسه	تاریخ جلسه

این فرم باید زیر نظر معاون درمان دانشگاه تکمیل و به معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال گردد.



## فرم شماره 2- صورتجلسه کارگروه تریاژ

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....  
بیمارستان .....

مکان: .....		
تاریخ: .....	ساعت شروع: .....	ساعت خاتمه: .....
حاضرین در جلسه و سمت آنها:		1- .....
2- .....		3- .....
4- .....		5- .....

سوال مورد بحث:
نظر هریک از اعضا:
.....
.....
.....
جمع بندی نهایی کارگروه
.....
.....
.....
.....

این فرم باید توسط دبیر کارگروه تریاژ هر بیمارستان تکمیل و به معاونت درمان دانشگاه مربوطه ارسال گردد.

### سوالاتی که کارگروه تریاژ باید به آنها پاسخ دهد:

- 1- با در نظر گرفتن شرایط و چگونگی گردش کار در اورژانس آن بیمارستان آیا برقراری سیستم تریاژ می تواند به حل مشکلات تا تسهیل امور کمک نماید؟
- 2- در صورت جواب مثبت تشکیل و استقرار این سیستم مشخصاً با چه اهدافی دنبال می شود؟
- 3- وضعیت کنونی سیستم تریاژ در بیمارستان چگونه است؟
- 4- آیا راه اندازی یا اصلاح سیستم تریاژ در اورژانس بیمارستان ضروری است یا خیر؟
- 5- آیا راه اندازی یا اصلاح سیستم تریاژ در اورژانس بیمارستان عملی است یا خیر؟
- 6- در سیستم پیشنهادی تریاژ برای بیمارستان کدام اجزاء مورد نظر هستند؟



## فرم شماره 3-اطلاعات بیمارستانی مربوطه به اورژانس

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... شهرستان .....

بیمارستان .....

- ❖ نوع بیمارستان آموزشی  درمانی
- ❖ تعداد پزشک مقیم در اورژانس در هر شیفت .....
- ❖ متوسط تعداد مراجعین به بخش اورژانس در ماه (با توجه به آمار 9 ماه اول سال 85) .....
- ❖ متوسط تعداد بیماران سرپایی مراجعه کننده به بخش اورژانس در ماه .....
- ❖ متوسط تعداد بیماران که از اورژانس در بخش ها بستری می شوند در ماه .....
- ❖ متوسط تعداد بیماران که از اورژانس در بخشهای ویژه (CCU, ICU و ...) بستری می شوند در ماه .....
- ❖ درصدی از بیماران که توسط سیستم اورژانس پیش بیمارستانی (EMS) به اورژانس آورده می شوند .....
- ❖ درصدی از بیماران که توسط آمبولانس (اعم از EMS، انتقال از سایر مراکز، و آمبولانس های خصوصی) به اورژانس آورده می شوند .....
- ❖ درصد مراجعین به اورژانس که سن کمتر از 12 سال دارند .....
- ❖ متوسط زمان اقامت بیماران در بخش اورژانس (در ماه) .....
- ❖ متوسط زمان انتظار بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس تا انجام اولین ویزیت توسط پزشک(در ماه) .....
- ❖ متوسط زمان انتظار بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس که نهایتاً در بخش بستری می شوند(در ماه) .....
- ❖ متوسط زمان انتظار بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس که نهایتاً در بخشهای ویژه بستری می شوند (در ماه).....
- ❖ آیا توزیع بیماران به گونه ای است که در ساعات یا روزهای خاصی از هفته تعداد مراجعین بطور قابل توجهی بیشتر از ساعات و روزهای دیگر است؟
- ❖ مطالعه ای صورت نگرفته است و اطلاعی در دست نیست
- ❖ مطالعه ای صورت گرفته است
- ❖ بلــــی  توضیح دهید.....
- ❖ خیر
- ❖ پروفایل غالب بیماران بخش اورژانس کدام است؟
- ❖ بیماران مسن  اطفال  بیماران سرپایی  بیماران ارجاعی از سایر مراکز سطوح پایین تر درمان
- ❖ بیماران ارجاعی از مراکزی از قبیل خانه سالمندان، بهزیستی و مراکز نگهداری و.....  بیماران ارجاعی از مطبها و کلینیکها جهت ارزیابی

## فرم شماره 4- گزارش نهایی کارگروه تریاژ

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

بیمارستان .....

\* تعداد جلسات برگزار شده.....

\* شرکت کنندگان در جلسه:

نام و نام خانوادگی	سمت	تعداد جلسات حاضر

\* جمع بندی نهایی کارگروه:

الف- به نظر این کارگروه با در نظر گرفتن شرایط و چگونگی گردش کار در اورژانس این بیمارستان، وجود سیستم تریاژ می تواند به حل مشکلات یا تسهیل کار در موارد زیر کمک کند.

1- .....

2- .....

3- .....

ب- به نظر این کارگروه در حال حاضر در اورژانس این بیمارستان سیستم تریاژ .....

وجود ندارد  فاقد کارایی لازم است و نیازمند اصلاح است  کامل و دارای عملکرد مطلوب است

ج- به نظر این کارگروه راه اندازی/اصلاح سیستم تریاژ در اورژانس این بیمارستان .....

ضروری است  ضرورتی ندارد

د- در صورتی که در حال حاضر سیستم تریاژ وجود دارد اجزاء آن را شرح دهید:

.....

.....

.....

.....

## فرم شماره 5- طرح پیشنهادی سیستم تریاژ

1- چه کسی تریاژ بیماران را بر عهده خواهد داشت؟

نگهبان اورژانس  بهیار  منشی/مسئول پذیرش  پرستار   
پرستار دوره دیده  پزشک عمومی  سایر موارد  (نام  
ببرید).....

2- در زمان واحد چند نفر تریاژ را انجام خواهند داد؟

1 نفر اختصاصاً  1 نفر ضمن انجام سایر امور محوله  بیش از 1 نفر .....

3- آیا آموزش خاصی برای پرسنل تریاژ در نظر گرفته خواهد شد؟

خیر

4- پرسنل تریاژ موظف و قادر به انجام کدامیک از موارد زیر خواهد بود؟ (منظور بدون درخواست پزشک است)

اخذ شرح حال  معاینه فیزیکی  گرفتن علائم حیاتی  پاسخگویی به سئوالات مراجعین

درخواست تستهای پاراکلینیکی  گرفتن نمونه خون و ادرار  انجام ECG   
(در صورت جواب مثبت به 3 مورد اخیر باید پروتکل دقیق آن ضمیمه باشد)

5- فضای در نظر گرفته شده برای تریاژ واجد کدامیک از ویژگیهای زیر می باشد؟

در مجاورت ورودی اورژانس است   
از داخل آن می توان ورود و خروج بیماران به بخش اورژانس را دید   
حریم بیمار در داخل اتاق قابل حفظ کردن است   
آیا ورودی اتاق تریاژ برای عبور ویلچر یا برانکارد مناسب است   
در اتاق تریاژ فضای کافی برای احیاء بیمار (شروع CPR) در صورت لزوم وجود دارد   
آیا فاصله بین اتاق تریاژ و treatment area مشخص و بدون مانع است   
آیا محلی برای شستن دستها داخل اتاق تریاژ وجود دارد   
آیا یک میز و دو صندلی داخل اتاق تریاژ وجود دارد   
آیا وسیله ارتباطی بین اتاق تریاژ و قسمت درمان وجود دارد (تلفن /آیفون)

6- چه بیمارانی تریاژ خواهند شد؟

کلیه مراجعین □

آن دسته از مراجعین که بوسیله آمبولانس آورده می شوند □

آن دسته از مراجعین که بدون آمبولانس به اورژانس آورده می شوند □

آن دسته از بیماران که روی برانکارد آورده می شوند □

آن دسته از بیماران که نیاز به برانکارد ندارند □

7- چه تجهیزاتی در اتاق تریاژ وجود خواهد داشت؟

پالس اکسی متر □ چارت اسنل □ گلوکومتر □ چراغ قوه □ ترمومتر □ اوتوسکوپ □ فشارسنج □ آکسلانگ □  
دستکش غیر استریل □ گاز □ ماسک □ سایر موارد (لیست کنید) .....

8- پروتکل مشخص برای پرسنل تریاژ تدوین شده است که در آن بیماران براساس علت مراجعه، علائم حیاتی و ...

به گروههای مشخص دسته بندی شده باشند؟

بلی □ چند دسته؟ 2 □ 3 □ 5 □ [پروتکل ضمیمه شود] □  
خیر □

9- فرآیند تریاژ چگونه ثبت می شود؟

فقط لیست بیماران در دفتری ثبت می شود □

فرم مخصوص تریاژ حاوی اطلاعات مشخص و علت مراجعه و علائم بیمار تکمیل می شود □ (فرم ضمیمه شود)

در قسمتی از کارت اورژانس بیمار این اطلاعات ثبت می شود □ (کارت ضمیمه شود)

سایر موارد .... (توضیح داده شود، مستندات ارسال شود)

10- کدامیک از موارد زیر توسط پرسنل تریاژ ثبت می شود

علت مراجعه بیمار (شکایت اصلی) □  
ارزیابی بیمار (معاینه فیزیکی-علائم حیاتی و ...)

□ حدت بیماری □ disposition بیمار □

11- آیا برای امنیت پرسنل تریاژ که در خط اول برخورد با بیمار هستند تمهیدی اندیشیده شده است؟

خیر □

بلی □ توضیح دهید چگونه؟  
نگهبان 24 ساعته در محل ورودی اورژانس □ پایگاه نیروی انتظامی □

چیدن موقعیت میز و صندلی و تخت به گونه ای که پرسنل تریاژ در صورت لزوم بتواند به سرعت اتاق را ترک کند □

دکمه یا زنگ خطر □ سایر موارد.....

12- آیا فرآیند تریاژ به صورت یکبار برای هر بیمار در نظر گرفته شده یا بیمار در طول مدتی که منتظر ویزیت

پزشک است مجدداً ارزیابی و تریاژ می شود؟

در صورت جواب مثبت به قسمت دوم توضیح دهید.....

13- شرح مختصری از چگونگی انجام تریاژ از لحظه ورود بیمار به اورژانس بیمارستان تا تعیین **disposition** ارائه نمایید.

.....  
.....  
.....

14- به منظور ارزیابی میزان موفقیت سیستم تریاژ در به دست آوردن اهداف مورد انتظار روش پیشنهادی خود را توضیح دهید و جدول زیر را تکمیل نمایید.

.....  
.....  
.....  
.....

هدف مورد انتظار	شاخص	روش سنجش	
			1
			2
			3
			4

معرفی طرح و ارائه بسته مربوطه در اجلاس معاونین درمان

تشکیل کمیته تریاژ

برگزاری کارگاه آموزشی-توجیهی در معاونت درمان دانشگاه  
با حضور اعضاء کارگروه تریاژ اورژانس بیمارستانها

تشکیل جلسات کارگروه تریاژ اورژانس بیمارستانی

ارائه گزارش و طرح پیشنهادی به معاونت درمان

ارزیابی و کارشناسی گزارش و طرح پیشنهادی در معاونت درمان دانشگاه

جلسات مشترک کمیته و کارگروه جهت حصول توافق

گزارش به معاونت  
سلامت

ابلاغ طرح پیشنهادی نهایی به هر بیمارستان جهت اجرا

اجرا طرح در بیمارستان

نظارت بر سیستم تریاژ از طرف کمیته و کارگروه

ارزیابی میزان موفقیت سیستم تریاژ در رسیدن به اهداف  
از پیش تعیین شده توسط کارگروه و گزارش به کمیته  
تریاز

ارزیابی و کارشناسی گزارش در معاونت درمان دانشگاه