

ستور العمل كشوري

"نيازسنجی، اصلاح و راه اندازی



در اورژانسهای بیمارستانی"

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت سلامت
مرکز اعتباربخشی و نظارت بر امور درمان - اداره اورژانس بیمارستانی
خرداد ماه - ۱۳۸۶

به نام خدا فهرست مطالب

.....	مقدمه	
.....	مفهوم تریاژ	
.....	محیط تریاژ	
.....	تریاز در زمان حوادث غیرمترقبه در محل حادثه	
.....	تریاز در بخش اورژانس در زمان حادثه	
.....	تریاز در محل در شرایط عادی	
.....	تریاز روتین در بخش اورژانس	
.....	تفاوت فرایند تریاژ با سیستم تریاژ	
.....	سیستمهای ارتباطی	
.....	مدلهای کلاسیک تریاژ	
.....	نتایج تریاژ مطلوب	
.....	اجزای سیستم تریاژ	
.....	طبقه بندی بیماران	
.....	آئین نامه های درمان	۴
.....	سیستم پشتیبانی	
.....	مسائل امنیتی	۴
.....	ایجاد و اصلاح سیستم تریاژ	
.....	نیروهای تضعیف و تقویت کننده	۵
.....	ارزیابی عملکرد	
.....	خلاصه	۶
.....	دستورالعمل ایجاد یا اصلاح سیستم تریاژ	
.....	ضمائم	۷
.....	فرم شماره ۱- گزارش معاونت درمان دانشگاه به معاونت سلامت در خصوص سیستم تریاژ	
.....	فرم شماره ۲- صورتجلسه کارگروه تریاژ	۹
.....	فرم شماره ۳- اطلاعات بیمارستانی مربوطه به اورژانس	
.....	فرم شماره ۴- گزارش نهایی کارگروه تریاژ	
.....	فرم شماره ۵- طرح پیشنهادی سیستم تریاژ	۱
.....	نمودار گردش " معرفی طرح و ارائه بسته مربوطه در اجلاس معاونین درمان"	
.....	نمودارهای گردش تریاژ بیماران	۲
.....	جدول نمونه تریاژ بیماران	
.....	فرم ثبت اطلاعات بیماران در قسمت تریاژ	
.....		۳
.....		۲۷

مروری بر

اصول و اجزای سیستم تریاژ

تریاز چه مفهومی دارد؟

منظور از تریاز، دسته بندی کردن بیماران بر حسب اولویت بیماریها و منابع موجود می باشد. مفهوم تریاز، از ابتدا برای شرایط جنگی، بحرانها و حوادثی که تعداد زیادی مصدوم به همراه داشتند مورد استفاده قرار گرفت. چرا که تخصیص منابع و مراقبتهای پزشکی بر حسب اولویت، در چنین شرایطی اهمیت بیشتری داشت. اما کم کم در مورد مراکز مراقبت های فوری و بخش های اورژانس بیمارستانی که در آنها نیز بیماران بدون برنامه ریزی یا زمان بندی قبلی، با آمبولانس یا وسایل دیگر جهت دریافت مراقبتهای لازم اورژانس مراجعه می کنند، به کار گرفته شد.

"کلمه "تریاز" از کلمه فرانسوی "trier" به معنای "مرتب کردن" و "دسته بندی" کردن گرفته شده و اولین بار در زمان ناپلئون بناپارت برای اولویت بندی رسیدگی بالینی به مجروحان جنگی مورد استفاده قرار گرفت.

امروزه، استفاده از بخش اورژانس به عنوان محلی برای دریافت خدمات در ساعات مختلف شبانه روز رو به افزایش است، چرا که:

۱. امکان استفاده از امکانات آن خارج از ساعات اداری نیز وجود دارد.
۲. بخش اورژانس می تواند محلی باشد برای انجام برخی تستها و بررسی های مورد نیاز پزشکان بخش خصوصی.
۳. امکان استفاده از خدمات و مراقبتهای پزشکی برای بیمارانی که بیمه نیستند هم در بخش اورژانس مهیا است.
۴. بیماران فاقد حمایت های اجتماعی و خانوادگی مطلوب نیز می توانند از خدمات بخش اورژانس برخوردار شوند.

به این ترتیب، مسؤولان بخشهای اورژانس به این نتیجه رسیده اند 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 وجود دارد. در حقیقت اجرای اصول تریاز در بخشهای اورژانسی بیمارستانها، پاسخ به این نیاز بود که چگونه می توان بیماران را بر حسب اولویتهای بالینی مورد مراقبت قرار داد؟ در حال حاضر کلیه اداره کنندگان بخشهای اورژانس بیمارستانی بر این باورند که وجود سیستمی برای شناسایی سریع بیماران بد حال از غیر بدحال ضرورتی انکارناپذیر محسوب می شود.

تریاز بیماران در چه محیط هایی صورت می پذیرد؟

در یک نگاه کلی، تریاز در دو محیط اصلی:

- بیمارستانی
 - پیش بیمارستانی
- و در دو موقعیت:
- بروز حوادث غیرمترقبه
 - شرایط عادی

صورت می‌گیرد.

از تلفیق چهار مولفه فوق می‌توان به محیط‌های چهارگانه معمول تریاژ دست پیدا کرد:

۱. تریاژ در زمان بروز حوادث غیر مترقبه و در محل بروز حوادث
۲. تریاژ در زمان بروز حوادث غیر مترقبه و در بخش اورژانس بیمارستانها
۳. تریاژ در صحنه از طریق ارتباط امدادگران با مرکز هدایت با استفاده از تلفن، بی‌سیم، ...
۴. تریاژ رایج مرسوم در بخش اورژانس بیمارستانها

الف - تریاژ در محل حادثه در زمان حوادث غیرمترقبه:

وظیفه اصلی کارکنان "خدمات اورژانس پیش بیمارستانی یا EMS" است. در هر منطقه ای، بر اساس برنامه های از پیش تعیین شده و تمرین هایی که صورت گرفته است نمایندگانی 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. تریاژ در زمان بلایا در محل حادثه توسط یک پزشک متبحر انجام می شود. وظیفه مشابه همان مفهوم تریاژ 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 رهاوند. ممکن است بعضی شهرداریها در محل حادثه سطح دوم تریاژ را ایجاد کنند. کار تریاژ 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.

ب - تریاژ در بخش اورژانس در زمان بلایا:

نحوه تریاژ در بخش اورژانس در زمان بلایا بسته به برنامه های بخش اورژانس و بیمارستان مربوطه متفاوت است. در این موارد کار تریاژ 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 تریاژ در محل، تداخلات درمانی شامل اقداماتی است که شانس بقای بیمار را افزایش می دهد. تریاژ در زمان بلایا اهداف و فرآیندهای متفاوتی نسبت به تریاژ روتین دارد. بنابراین تمامی کارکنان تریاژ باید با هر دو نوع تریاژ آشنایی کامل داشته باشند و بدانند که هر کدام را در چه زمانی باید اجرا کنند.

ج - تریاژ در صحنه در شرایط عادی (تریاز پیش بیمارستانی):

در تریاژ در صحنه در شرایط عادی تصمیمات بر این اساس است که آیا بیمار به بیمارستان منتقل شود یا نه؟ اینکه از راه هوایی انتقال صورت بگیرد و یا از راه زمینی؟ از چراغ گردان یا آژیر استفاده بشود یا نه؟ و اینکه مسافت کدام بیمارستان مناسبتر است؟ وقتی چندین بیمار درگیر هستند، بیماری که نیازمند انتقال سریع تر است باید شناسایی شود. می‌توان آئین نامه هایی وضع کرد که در سایه آن کارکنان تریاژ در محل، بتوانند به صورت مستقیم با کارکنان مستقر در مرکز درمانی ارتباط داشته باشند.

د - تریاژ معمول در بخش اورژانس:

آخرین محیط تریاژ که همان تریاژ روتین در بخش اورژانس است، مورد استفاده ترین و در عین حال سطح بالاترین محیط تریاژ می باشد. در ادامه بحث به تفصیل در مورد این روش تریاژ صحبت می شود.

"فرایند" تریاژ چه تفاوتی با "سیستم" تریاژ دارد؟

تریاز یک فرایند تصمیم‌گیری دارای سلسله مراتب است. تصمیم‌گیری برای بیماران مورد مراقبت در بخش اورژانس، در طی فرایند تریاژ صورت می‌گیرد. هدف این فرایند، پاسخ به این پرسش است که:

"با در نظر گرفتن امکانات و تسهیلات موجود در بخش اورژانس در هر لحظه خاص، مناسب‌ترین اولویت رسیدگی بالینی به هر یک از بیماران چه خواهد بود؟"

به عبارت دیگر: "جایگاه مراقبت از هر بیمار، کدام قسمت از بخش اورژانس است؟"

"فرایند" تریاژ، هر روز و شاید هر لحظه، خود آگاه یا ناخودآگاه، در تمام سطوح فعالیتهای بخش اورژانس، توسط پزشکان و پرستاران و حتی سایر پرسنل انجام می‌شود. اما، "سیستم" تریاژ بسیار پیچیده‌تر و ظریف‌تر از فرایند تریاژ بوده و دست‌یابی به اهداف از پیش تعیین شده آن فقط با حمایت و همکاری همه‌جانبه افراد و سازمانهای زیر امکانپذیر خواهد بود:

- کلیه کارکنان بخش اورژانس
- دیگر بخشهای بیمارستان
- مراکز تخصصی خارج از بیمارستان مبدأ
- سیستم خدمات اورژانس پیش بیمارستانی
- تسهیلات و امکانات اجتماعی

چه مدل‌های کلاسیکی برای سیستمهای تریاژ بیماران وجود دارد؟

اگرچه در سیستم تریاژ هم از فرایند تریاژ استفاده می‌شود، اما یک سیستم واقعی تریاژ پیچیدگی‌های خود را دارد. سه شکل کلاسیک برای سیستم‌های تریاژ موجود است که به واسطه ۷ عامل (فرد تریاژ‌کننده، معیارهای ارزیابی اولیه، نحوه دسته‌بندی بیماران، استقرار بیماران در بخش اورژانس، مستندسازی، ارزیابی مجدد بیمار بعد از تریاژ اولیه، انجام اقدامات اولیه تشخیصی و درمانی برای بیمار) از یکدیگر متمایز می‌شوند:

۱. مدل Traffic cop یا تریاژ غیر تخصصی: traffic cop در لغت به معنی پلیس راهنما می‌باشد.

در این نوع تریاژ، فرد تریاژ‌کننده عضوی از واحد انتظامات یا کارکنان ساده بخشهای مختلف بیمارستان بوده و صرفاً بر اساس "شکایت اصلی" بیماران صورت می‌پذیرد. این مدل، بیماران را به دو دسته خوشحال و بدحال تقسیم کرده و به دو قسمت "اتاق انتظار" و "اتاق درمان" هدایت می‌کند. مامور تریاژ هیچ اقدام تشخیصی یا درمانی برای بیماران به عمل نمی‌آید. بیماران تریاژ شده مورد بازبینی‌های بعدی قرار نمی‌گیرند. هیچ فرمی تکمیل شده و لذا اطلاعات بیماران در قسمت تریاژ ثبت نمی‌شوند. به این ترتیب امکان پایش فعالیتهای قسمت تریاژ در این مدل وجود ندارد.

۲. مدل Spotcheck یا تریاژ سرسری یا تریاژ در محل: این مدل از تریاژ که به آن "تریاز

ناکامل" هم گفته می‌شود؛ توسط پرستار باتجربه، پزشک، پرسنل EMS قابل اجرا می‌باشد. ارزیابی اولیه بیماران در این مدل، با استفاده از شکایت اصلی بیماران، معاینات فیزیکی و سایر یافته‌های عینی

صورت گرفته و در نهایت بیماران به یکی از سه قسمت "اتاق انتظار"، "اتاق درمان"، "اقدامات سرپایی" هدایت شده یا در صورت لزوم به خارج از بخش اورژانس ارجاع می شوند. ثبت اطلاعات کمی و کیفی، باید صورت پذیرد. اقدامات ساده درمانی مانند استفاده از کیسه یخ در آسیبهای مچ پا یا بانداژ اندامهای دچار شکستگی توسط فرد تریاژ کننده به عمل می آیند. در این مدل هم هر بیمار فقط یک بار مورد تریاژ قرار گرفته و بعد از تریاژ اولیه، مجدداً مورد ارزیابی و بازبینی وضعیت قرار نمی گیرد.

۳. **مدل Comprehensive یا تریاژ جامع:** توسط پرستار باتجربه، کارورز پرستاری، پزشک یا پزشکیار انجام می شود. بیماران به ۴ تا ۵ دسته با اولویتهای "خطر مرگ"، "نیمه اورژانس"، "اورژانس"، "غیر اورژانس"، "ارجاعی" قرار داده شده و به "اتاق انتظار"، "اتاق درمان"، "سرپایی" هدایت شده یا به خارج از بخش اورژانس هدایت می شوند. در این مدل برای تمامی بیماران فرمی تکمیل می شود که حاوی اطلاعات شناسایی، علائم حیاتی و سایر یافته های بالینی قابل توجه در بدو ورود هستند. بیماران تریاژ شده، در صورتی که به اتاق درمان هدایت شوند، مجدداً و با فواصل زمانی مناسب مورد ارزیابی وضعیت بالینی قرار می گیرند تا در صورت تغییر وضعیت، اولویت رسیدگی به آنها نیز تغییر داده شود. در این مدل از تریاژ، فرد تریاژ کننده می تواند درمانهای ساده و بررسی های اولیه مانند گلوکومتری، پالس اکسیمتری و درخواست برخی گرافی ها یا تستهای آزمایشگاهی را بر عهده گیرد.

به ندرت می توان بیمارستانی را پیدا کرد که در آن فقط یکی از مدل های فوق (به صورت خالص) مورد استفاده قرار گیرند. تریاژ در بیشتر بخشهای اورژانس بر اساس ترکیبی از ۳ مدل اولیه فوق انجام می شود.

به عنوان مثال:

- در یک بخش اورژانس که مثلاً از مدل *spot check* پیروی می کند، قبل از ارجاع بیماران به خارج از بخش اورژانس با پزشک اورژانس مشورت می شود. مشورت با پزشک قبل از ارجاع بیمار، از ویژگیهای مدل فراگیر بوده و در مدل *check spot* تعریف نشده است.
- در یک بخش اورژانس که از سیستم تریاژ فراگیر استفاده می شود، به علت محدودیتهای خاص سازمانی این امکان وجود ندارد که درخواست آزمایش و یا رادیوگرافی، قبل از ویزیت پزشک و از اتاق تریاژ شروع شود.

توجه

- هر سیستم تریاژ زمانی مفید و کارآمد خواهد بود که بر اساس امکانات موجود در بیمارستان طراحی شده باشد. مثلاً:
۱. در یک بخش اورژانس کوچک با تعداد کم بیمار، نیازی به حضور یک پرستار ویژه تریاژ در تمام شیفت های کاری نخواهد بود. تریاژ در چنین بخشی می تواند به صورت دوره ای توسط پرسنل حاضر در هر شیفت کاری انجام شود و چنانچه در ساعات خاصی از شبانه روز تعداد بیماران مراجعه کننده افزایش می یابد، می توان برای این ساعت های شلوغ، فرد خاصی را به عنوان مسئول تریاژ تعیین کرد.
 ۲. در بخش های شلوغتر، مسئولین تریاژ فقط به جمع آوری اطلاعات ذهنی و عینی بیماران خود پرداخته و سایر کارکنان در کارهای مربوط به آزمایشگاه، ثبت علائم حیاتی و نوشتن درخواستها به آنها کمک می کنند.
 ۳. در بخش های بسیار شلوغ و با حجم بالای کار، می توان از دو گروه حرفه ای و باتجربه تریاژ به طور همزمان استفاده کرد.

تریاز مطلوب بیماران چه نتایج دارد؟

محدودیت منابع انسانی و غیر انسانی بیمارستان در هر لحظه باعث می شود رسیدگی به بیماران مراجعه کننده، خواه ناخواه "به ترتیب" صورت پذیرد. در اینصورت عدم رعایت اولویتها در رسیدگی به بیماران می تواند نتایج وخیم و غیرقابل جبرانی داشته باشد. دسته بندی بیماران بر حسب ضرورت شروع زود هنگام تر مراقبتها، اولین گام برای کمک به بیمارانی است که در معرض خطر بالایی از نظر "مرگ و میر" یا "آسیبهای دائمی" قرار دارند. هرچه سیستم تریاز مورد استفاده در یک بخش اورژانس بیمارستانی، جامع تر و کارآمدتر باشد، رسیدگی به بیماران منطقی تر و سریعتر صورت پذیرفته و فرجام بیماران بهبود بیشتری پیدا خواهد کرد. به عبارتی:

تریاز مطلوبتر = فرجام بهتر

بنابراین، تمامی مراجعین به بخش اورژانس باید قبل از پرسش درباره وضعیت مالی یا بیمه درمانی خود، توسط افراد ذیصلاح مورد بررسی قرار بگیرند تا بتوان:

۱. اورژانس های تهدید کننده حیات یا کارایی بیمار را مورد شناسایی و رفع قرار داد.
۲. این عقیده را ترویج داد که: "اولین اولویت هر بخش اورژانس، مراقبت از بیمار است."
۳. در رفع مشکلات جسمی و روانی بیمار و همراهان او نقشی مثبت و فعالانه ایفا کرد.

از سوی دیگر، هدف از ارائه مراقبتهای درمانی در یک بیمارستان، کمک به مراجعه کنندگان برای رفع مشکلات و جلب "رضایتمندی" آنها است. رسالت اصلی هر بخش اورژانس عبارت است از: ارائه "مناسب ترین" مراقبتها در "کوتاهترین" زمان.

بخش اورژانس اولین نقطه ورود بسیاری از بیماران به بیمارستان می باشد. گاهی اوقات، تجربه اقامت در بخش اورژانس، "تنها تجربه" یک فرد از اقامت در بیمارستان شما خواهد بود. شاید او برای مدت چند ساعت مورد مراقبت توسط تیم اورژانس شما بوده و سپس مرخص شود. در اینصورت شما فرصت کوتاهی برای مراقبت و جلب رضایت او خواهید داشت. اینجاست که قسمت تریاز، به عنوان اولین نقطه تلاقی تیم اورژانس بیمارستان با بیمار و همراهان او نقش منحصر به فردی را در تحقق رسالت نهایی بخش، به عهده خواهد داشت.

توجه به بیمار حتی قبل از ورود به قسمت تریاز، معرفی مناسب خود، برقراری ارتباط چشمی و کلامی مناسب با بیمار و همراهان او، رعایت شئون انسانی بیمار در زمان اخذ شرح حال، معاینه بالینی اولیه و ارائه مراقبتها (در صورت لزوم) و صورت امکان اطلاع رسانی مختصر به بیمار یا همراهانش در زمینه مشکل احتمالی بیمار، شدت و وخامت مشکل احتمالی، مدت زمان تخمینی اقامت در بخش اورژانس، فرجام نهایی و هزینه احتمالی می تواند تاثیر غیرقابل انکاری بر رضایتمندی نهایی مراجعین داشته باشد.

تریاز مناسب یک بیمار می تواند از انتظارات بی دلیل و طولانی مدت او در بکا، نگرانی های بیش از حد بیمار یا همراهانش را در مورد وضعیت بالینی بیمار کاهش دهد، همکاری بیمار را برای حل مشکلش افزایش دهد و به این ترتیب روند گردش بیماران در بخش اورژانس را تسهیل و تسریع کرده و احساس رضایت را هم در دریافت کنندگان خدمات درمانی اورژانس و هم در ارائه دهندگان این خدمات افزایش دهد. به عبارتی:

یک سیستم تریاز چه اجزایی دارد؟

طراحی یک سیستم تریاز زمانی امکانپذیر خواهد بود که به پرسشهای زیر پاسخ داده باشیم:

- چه کسی تریاز را انجام خواهد داد؟ برای تریاز بیماران در بخش اورژانس خود، به چه تعداد کارمند با چه سطحی از تخصص نیازمند هستیم؟ چه برنامه‌های آموزشی برای شروع به کار آنها لازم است؟
- چه فضایی از بخش و چه تجهیزاتی را باید به قسمت تریاز اختصاص دهیم؟
- چه روشی باید برای ثبت اسناد و مدارک مورد استفاده قرار خواهد گرفت؟ آیا لازم است فرم خاصی برای ثبت اطلاعات استفاده شود؟ آیا از سیستم رایانه‌ای برای ثبت اطلاعات استفاده خواهد شد؟
- چه بخشهایی از بیمارستان و چه قسمتهایی از سازمانهای دولتی و خصوصی جامعه می‌توانند با همکاری خود تریاز بیماران را کارآمدتر سازند؟
- ارتباط بین محیط تریاز و قسمت درمان و سایر بخشهای بیمارستان چگونه خواهد بود؟
- چه آیین‌نامه‌ها و راهنماهایی برای ارزیابی، طبقه‌بندی و درمان بیماران استفاده خواهد شد؟
- چه نکات امنیتی و حفاظتی مهمی وجود دارند که باید مورد توجه قرار گیرند؟

1- تریازکننده یا تریازکنندگان چه مشخصاتی دارند؟

ویژگی‌ها: کسانی باید تریاز بیماران را به عهده بگیرند که:

- از نظر بالینی، دانش کافی داشته باشند.
- بتوانند در شرایط بحرانی به درستی فکر کرده و تصمیم بگیرند.
- با سرعت از بیمار شرح حال گرفته، با دقت او را معاینه کرده و صحیح‌ترین نتیجه را به دست آورند.
- حتی تحت فشارهای بسیار زیاد، تعادل روحی خود را از دست ندهند.
- از نظر روابط بین فردی نمونه بوده و بتوانند در عرض چند دقیقه رابطه موثری با بیمار برقرار نمایند.

مثال: ممکن است فرد تریازکننده فرد بسیار ماهری باشد اما با بی‌حوصلگی با بیمار برخورد کرده یا این حس را به بیمار خود منتقل کند که گویا مشغولیت ذهنی وی چیز دیگری به جز مشکل بیمار است. در اینصورت، دانش پزشکی او در سایه رفتارش رنگ خواهد باخت. برعکس یک فرد نه‌چندان باتجربه اما علاقمند می‌تواند همکاری بیمار را به نحوی جلب نماید که اطلاعات بسیار مفیدی را در اختیار او قرار دهد.

تخصص: جز در موارد خاص و در بخشهای خیلی شلوغ، پزشکان به ندرت درگیر امر تریاز هستند ولی همیشه باید یک پزشک در دسترس پرستار تریاز باشد.

تعداد: تعداد پرسنل تریازکننده بستگی به شلوغی بخش دارد. گاهی یک پرستار، برای تریاز بیماران کافی است و گاهی نیاز به استفاده از سایر پرسنل یا یک پرستار کمکی خواهد بود. ممکن است حول و حوش یک ساعت کاری

خاص نیاز به افراد بیشتری باشد. ممکن است افراد تریاژ کننده ثابت باشند یا همگی پرسنل اورژانس به طور نوبتی، تریاژ را بر عهده بگیرند.

آموزشها: آموزش افراد برای تریاژ وابسته به مرکز درمانی مربوطه است. برخی بیمارستانها از کسانی استفاده می کنند که قبلاً در بخش اورژانس کار کرده اند اما برخی بیمارستانها از کسانی بهره می برند که با دستورالعملهای اساسی اورژانس مانند ALS, BLA, ACLS و ... آشنایی داشته باشند.

نکات:

- سایر پرسنل بخش اورژانس مانند پرستاران، تکنسینهای EMS و ... نیروهای بسیار با ارزشی در بخش اورژانس هستند که می توانند با گرفتن رگ و نمونه های آزمایش، علائم حیاتی، اندازه گیری قند خون و ... به فرد تریاژ کننده بیمارارن کمک کنند.
- این دسته از کارکنان را می توان برای انتقال بیمارارن به سایر بخشها یا برای نوشتن درخواست گرافی ها، گرفتن و فرستادن نمونه ها به آزمایشگاه و اقداماتی شبیه این مورد استفاده قرار داد.
- در بخشهای شلوغ می توان از یک نفر رابط برای توجیه همراهان بیمار درباره وضعیت او و یک نفر برای پاسخگویی به پرسشهای متفرقه مراجعین از جمله محل مناسب برای پارک ماشین و... استفاده کرد. به این ترتیب تریاژ کننده می تواند فقط روی کار خود متمرکز شود.

۲ - فضای فیزیکی قسمت تریاژ چه ویژگی هایی باید داشته باشد؟

محل انجام تریاژ بیمارارن بستگی به شرایط فیزیکی بخش اورژانس ما دارد و اگر بتوان با اقداماتی جزئی شرایط مطلوب تری را به دست آورد باید این کار را انجام داد. اما در کل، ویژگی های یک محل مناسب برای تریاژ بیمارارن عبارتند از:

- محل تریاژ باید در محل ورودی بخش و به نحوی باشد که مسئول تریاژ تمامی افرادی را که وارد بخش اورژانس می شوند ببیند.
- اگر از یک اتاق نیمه محصور استفاده می شود باید ضمن رعایت حریم خصوصی بیمارارن از قراردادن آینه برای افزایش دامنه دید فرد تریاژ کننده استفاده کرد.
- عرض در ورودی باید به اندازه ای باشد که صندلی چرخدار یا برانکاردر به راحتی از آن عبور نماید.
- اتاق تریاژ باید به اندازه ای بزرگ باشد که تجهیزات مورد نظر را به راحتی در خود جای دهد و در صورت لزوم عملیات احیا از همین قسمت آغاز شود.
- باید اتاق تریاژ به اتاق درمان نیز راه داشته باشد.
- باید یک دستشویی داخل یا نزدیک تریاژ باشد تا کنترل عفونت را تسهیل کند.
- ممکن است بتوان ترتیبی داد که بیمارانی که با آمبولانس مراجعه می کنند مستقیماً به بخش درمان منتقل شده و در صورت لزوم دوباره به اتاق تریاژ برگردانده شوند.
- شکل ایده آل اتاق تریاژ به گونه ای است که کارکنان بتوانند برحسب نیاز، حریم اتاق را افزایش یا کاهش دهند.
- باید مکانهای ویژه ای که بیمار بتواند در آنها احساس امنیت کرده و مشکلات خصوصی خود را با تریاژ کننده در میان بگذارد نیز در دسترس باشند.
- باید فضای کافی برای یک میز و دو صندلی وجود داشته باشد.

- در تجهیز قسمت تریاژ، باید به الگوی جمعیتی منطقه توجه شود. اگر بیشتر بیماران پیر هستند باید فضای کافی برای حضور همزمان چند ویلچیر را در نظر گرفت.
- بهتر است فضا به اندازه ای بزرگ باشد که یک برانکاردر در آن جا بگیرد و بتواند به راحتی داخل یا خارج گردد، تا بتوان بیماری را که مثلاً "دچار یک اپیزود سنکوپ می شود روی آن قرار داد.
- علاوه بر مکان مناسب برای قرار دادن تجهیزاتی مثل دستگاه اندازه گیری قند خون، باید فضای مناسب برای انجام این کار هم در اختیار باشد. می توان اتاق جداگانه ای جنب اتاق تریاژ برای این کار در نظر داشت که توسط پرسنل دیگر بخش اداره شود.
- در برخی بخشها یک کامپیوتر هم به ملزومات تریاژ اضافه می شود تا با استفاده از آن بتوان از نمودارهای گردشی از پیش طراحی شده برای تریاژ، ثبت اطلاعات بیماران و استفاده کرد. در این صورت باید یک میز جدا برای کامپیوتر در نظر گرفت.

۳- تجهیزات لازم برای اتاق تریاژ شامل چه مواردی هستند؟

اینکه دقیقاً "چه اقداماتی را برای بیمار می توان از خود اتاق تریاژ شروع کرد بستگی به دستورالعملهای خاص محلی یا استانی دارد. در صورتی که ارجاع سریع به اتاق درمان ممکن نباشد اقداماتی مانند کنترل خونریزی و پانسمان زخم و کمپرس یخ را از اتاق تریاژ شروع می کنیم. مگر در مواردی که تاخیر در شروع اقدامات اثر بدی بر فرجام نهایی بیمار ندارد.

قبل از هر چیز نیاز به امکانات لازم برای برقراری راه هوایی می باشد. البته اگر اتاق احیا و اتاق تریاژ جدا ولی نزدیک هم باشند نیازی نیست که امکانات احیاء را هم در اتاق تریاژ نگه داریم.

باید تعداد کافی برانکاردر و صندلی پرخدا در مجاورت اتاق تریاژ قرار داده شود. یکی از آنها باید "مخصوص" انتقال بیماران به شدت بدحال بوده و در سایر موارد مورد استفاده قرار نگیرد. ضمن اینکه همواره برای بیماران که مثلاً "با آسیب مچ پا مراجعه می کنند باید صندلی پرخدا داشته باشیم. لیست تجهیزاتی که در بیشتر موارد، مورد نیاز خواهند بود در جدول زیر ارائه گردیده است:

لیست نیازهای ارزیابی و درمان بیماران در قسمت تریاژ	
پالس اکسیمتر	دستگاه اکسیژن
اسلن 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 ۴ در ۴ سانتی متری	پراکسید هیدروژن
ابزار بررسی خون مخفی در مدفوع	دستمال کاغذی
ماسک و عینک محافظ	محافظ چشمی
ظروف نمونه گیری ادرار	کیتهای زایمان اورژانس
اپلیکاتور پنبه ای و سینک	آنژیوتوک و ابزار رگ گیری

۴ - ثبت اطلاعات و داده ها به چه روشی باید صورت پذیرد؟

اطلاعاتی ماخوذ از بیمار یا همراهانش در تریاژ (data points) باید با سیستم اطلاعات یکپارچه بخش اورژانس سازگار و حداقل شامل این موارد باشند: تاریخچه شکایت فعلی، معاینه فیزیکی متمرکز بر شکایت، تاریخچه دارویی، سابقه حساسیت، سابقه پزشکی مهم بیمار. با وجود اینکه تمام سیستم های ثبت اسناد تریاژ حق ثبت انبوهی از اطلاعات را دارند، گاهی اوقات یک حداقل اطلاعات تنظیم شده بر اساس نوشته های تریاژ وجود دارد. به عنوان مثال:

- شکایت فعلی بیمار
 - بعضی جنبه های عینی ارزیابی
 - درجه بندی شدت و وخامت بیماری (فوری، اورژانس، غیر اورژانس، ...)
 - محل مناسب استقرار در بخش (تحت نظر، سرپایی، احیا، ...)
- با استفاده از این سیستم ممکن است یک بیمار اینگونه توصیف شود:

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

بعلاوه:

- بسته به زیر مجموعه های جمعیتی مثل بیماران زن، بچه، تروما ممکن است که جمع آوری اطلاعات اضافه تری مثل وزن بیمار، وضعیت قاعدگی و یا مکانیسم تروما نیاز باشد.
- می توان سند را به شکلی تنظیم کرد که تمام اطلاعات مورد نظر از قبل آماده باشد و کارمندان تریاژ فقط روی قسمت مربوطه علامت بزنند. همچنین می توان از نرم افزار کامپیوتری نیز استفاده کرد.

در هر صورت کلیه تریاژ کنندگان هر بخش اورژانس باید اطلاعات و داده های مربوط به هر بیمار را به صورت یکسان "ثبت" کنند. برای این منظور می توان از فرمهای از پیش طراحی شده مشابه فرم زیر یا از رایانه استفاده کرد. اگر اطلاعات به صورت دست نوشته هستند باید در پرونده بیمار نگهداری شوند نه به صورت جداگانه. در هر صورت باید جایی برای ثبت شکایت فعلی بیمار (و در صورت نیاز توضیحات اضافی تریاژ کننده در مورد آن) در نظر گرفته شود. می توان چک لیستی تهیه کرد که نتیجه معاینه تک تک سیستمها را در آن ثبت کرد. در برخی سیستم های ثبت فرمهایی وجود دارند که باید تمام قسمتهای آنها به طور کامل توسط مسئول تریاژ پر شوند (مانند فرم نمونه ضمیمه). در برخی سیستم های دیگر، فرمهای مبسوط تری و وجود دارند و پرستار تریاژ آزاد است بخشهای کاربردی تر را انتخاب و تکمیل نماید. در عین حال، اغلب موارد ترکیبی از این دو حالت هستند.

۵ - ارتباط تریاژ کنندگان با بیماران و قسمت تریاژ با سایر قسمتها چگونه باید باشد؟

اهداف تریاژ زمانی به بهترین صورت تحقق خواهند یافت که تریاژ کننده یا تریاژ کنندگان در تمام ساعات کاری خود، در محل تریاژ حضور فیزیکی داشته باشند. بنابراین یک سیستم ارتباطی کارآمد مورد نیاز است که به کارمندان تریاژ این امکان را بدهد که بدون ترک اتاق تریاژ بتوانند به سرعت با نقاط مختلف داخل بخش، داخل بیمارستان و خارج از بیمارستان ارتباط برقرار کنند.

داخل بخش اورژانس، باید محل تریاژ با محل درمان و پزشک مقیم اورژانس ارتباط داشته باشد. از سویی دیگر، برای نیل به این هدف که هر بیماری که در بخش اورژانس حضور می یابد به مناسبترین مکان درمان بر اساس نیازهایش هدایت شود، پرستار تریاژ نیاز دارد که:

۱. 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.

۲. 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 تریاژکنندگان نیز، باید سیستمی طراحی شود که کارکنان تریاژ، صحیح و به موقع از حضور بیماران جدید در تریاژ آگاه شوند.

- 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 "**دو مرحله ای یا دو لایه**" استفاده کرد. به این ترتیب که:

تریازکننده اول مسئول است که با سرعت و خیلی کلی تمام بیمارانی را که وارد بخش می شوند مورد بررسی قرار دهد. این فرد یک سؤال در مورد شکایت فعلی بیمار پرسیده، یک بررسی اولیه انجام داده، و خامت حال بیمار را تخمین زده و اولویت رسیدگی به او را تعیین می نماید. بیمارانی که تشخیص خیلی اورژانسی برایشان گذاشته می شود، سریعاً به اتاق درمان هدایت می شوند و از بقیه بیماران درخواست می شود که برای ارزیابی بیشتر به تریازکننده دوم مراجعه کنند.

- در بخش هایی که با حجم بالای بیمار روبرو نیستند نیز ممکن است در ساعاتی از شبانه روز، انبوهی از بیمار به بخش مراجعه کنند به طوریکه فرد تریازکننده در یک لحظه از زمان با چندین بیمار مواجه شود. در چنین شرایطی نیز هدف این است که هیچ کس از قلم نیفتد. برای تحقق این هدف:

۱. بعضی بخشها 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.

۲. برخی بخشها یک دفتر ثبت اطلاعات دارند که در آن نام بیمار و زمان ورود وی به اورژانس را یادداشت می کنند. بدیهی است در برخی موارد، به لحاظ انسانی و در جهت حفظ حریم خصوصی بیماران، نمی توان شکایت اصلی بیمار را نیز در این لیست ورود، ثبت نمود و این یک نقص آشکار برای این روش است.

۳. 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 احتمال بروز فاجعه وجود 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 شکایتهایشان داشته باشند.

طبقه بندی بیماران بر حسب اولویت رسیدگی بالینی چگونه صورت می گیرد؟

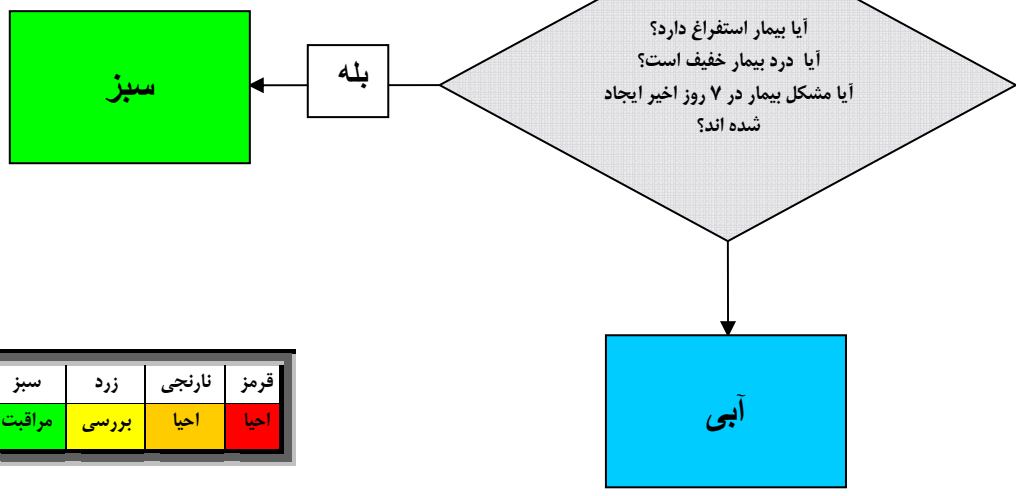
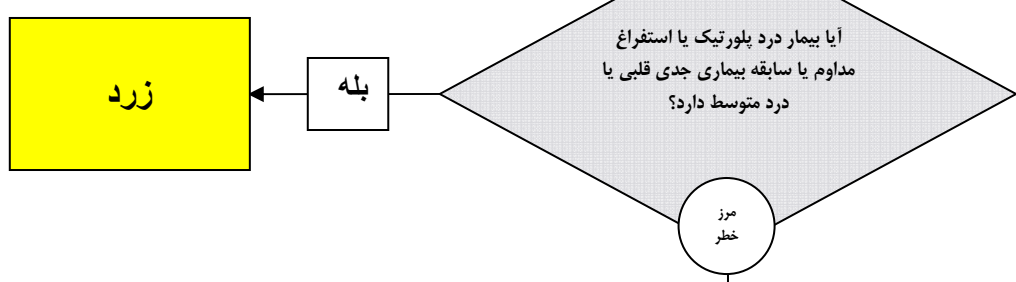
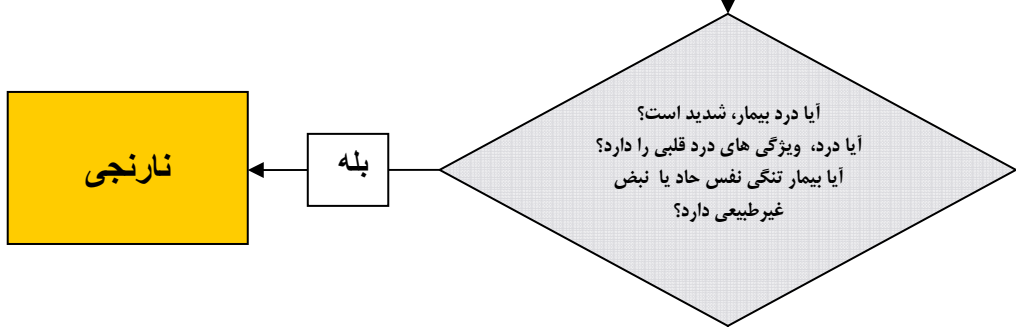
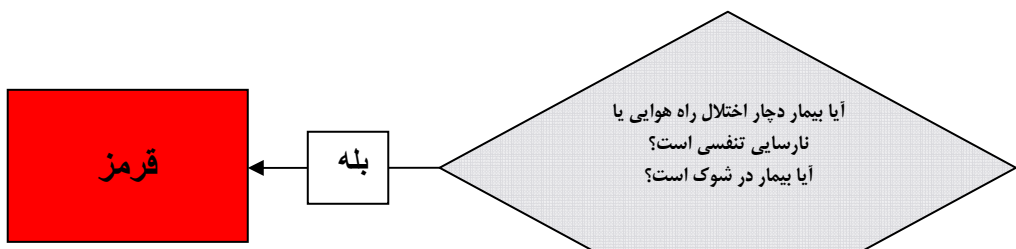
در هر بخش اورژانس، برای موفقیت در عملکرد سیستم تریاژ، داشتن سیستم طبقه بندی مشترک و مناسب بیماران و دستورالعمل های درمانی امری حیاتی است. اعضای گروه مسؤول درجه بندی فوریت باید اول در سیستم های طبقه بندی بیماران به اجماع برسند. سیستم طبقه بندی بیماران می تواند از ۲ تا ۵ طبقه باشد. بعد از اینکه کمیته تریاژ بیمارستان، 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 برسد.

می توان بر اساس شکایت فعلی و شرح حال، یافته های بالینی، علایم حیاتی یا ترکیبی از این سه عامل، 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.

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. با درجه بندی فوریت رسیدگی به بیمار و قرار دادن او در یک طبقه خاص از دسته های چندگانه مورد استفاده در بخش، می توان وضعیت بیمار را از داخل اتاق تریاژ تعیین نمود.

دستورالعمل های تریاژ را می توان به شکل الگوریتم، جدول یا کتابچه تنظیم کرد و در قسمت تریاژ قرار داد. به عنوان مثال، نمونه ای از یک نمودار گردشی مورد استفاده در تریاژ بیماران حادثه دیده و یک نمودار گردشی و یک جدول برای تریاژ فرد مراجعه کننده به بخش اورژانس با شکایت درد سینه، در بخش ضمایم ارائه شده اند. هنگام تنظیم دستورالعمل های طبقه بندی بیماران بر اساس اولویت رسیدگی بالینی در بخش اورژانس، مهم است که وظایف کارکنان را کاملاً مشخص کنیم. کارکنان باید بدانند در موقعیتهای مختلفی که بخش اورژانس با آنها مواجه خواهد شد چه وظایفی را به عهده خواهند داشت.



قرمز	نارنجی	زرد	سبز	آبی
احیا	احیا	بررسی	مراقبت	مراقبت

شماره	اولویت رسیدگی	رنگ	حداکثر زمان (دقیقه)
۱	فوری	قرمز	۰
۲	خیلی اورژانس	نارنجی	۱۰
۳	اورژانس	زرد	۶۰
۴	استاندارد	سبز	۱۲۰
۵	غیر اورژانس	آبی	۲۴۰

اصطلاح مورد استفاده	شرح
درد با ماهیت قلبی	یک درد شدید مبهم فشارنده یا سنگین در مرکز قفسه سینه که به بازوی چپ یا گردن تیر می کشد. ممکن است این درد با تعریق و تهوع همراهی داشته باشد.
تنگی نفس ناگهانی	تنگی نفسی که شروع ناگهانی دارد یا تشدید ناگهانی تنگی نفس در بیماری که تنگی نفس مزمن داشته است.
نبض غیرطبیعی	برادی کاردی (نبض کمتر از ۶۰) یا تاکی کاردی (نبض بالای ۱۰۰) یا ریتم نامنظم. در بچه ها برادی کاردی و تاکی کاردی بر اساس سن تعریف می شوند.
درد پلور تیک	یک درد تیز لوکالیزه در سینه که با تنفس، سرفه یا عطسه بدتر شود.
استفراغ پایدار	استفراغی که به طور مداوم ادامه دارد یا استفراغی که اپیزودهای آن فاصله ای با هم ندارند.
سابقه یک ناراحتی جدی قلبی	یک دیس ریتمی راجعه شناخته شده با اثرات تهدید کننده حیات باید مورد توجه باشد چرا که یک اختلال قلبی است که ممکن است به سرعت بدتر شود.

می توان به جای نمودار گردشی، از جداول اولویت بندی استفاده نمود. نمونه ای از این جداول در مورد درد سینه ارائه می شود:

دسته	محل استقرار در بخش اورژانس	یافته ها
حیاتی	اتاق احیا حضور پزشک و پرستار بیمار الزامی است	در صورت وجود اندیکاسیون احیا درد همراه با آریتمی یا تنگی نفس حاد یا آپنه یا افت فشار خون
جدی	رسیدگی سریع	درد سینه همراه با یکی یا بیش از یکی از یافته های زیر: سابقه مشکلات قلبی، درد فعالیتی، درد شدید، تنگی نفس، انتشار درد به بازوی چپ، تهوع، فشارخون بالا یا پایین تر از حد نرمال بیمار، تاکی کاردی یا برادی کاردی، افت اشباع اکسیژن شریانی به کمتر از ۹۰٪، آریتمی جدید، کاهش یکطرف صداهای ریوی
اورژانس	باید روال پذیرش در بخش اورژانس را طی کند	هیچ یک از یافته های فوق وجود ندارد. بیمار فقط تب دارد و سایر علائم او پایدار هستند.
عادی	باید روال پذیرش در بخش اورژانس را طی کند	هیچ یک از یافته های فوق وجود ندارند. کلیه علائم حیاتی پایدار هستند.

فرم ثبت اطلاعات بیماران در قسمت تریاژ

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی

بخش اورژانس بیمارستان

نام و نام خانوادگی بیمار:

سن:

تاریخ مراجعه:

ساعت ورود:

نحوه ورود:

خود بیمار

همراهان بیمار

EMS

سایر

شکایت اصلی:

علائم حیاتی:

دمای بدن:

سرعت تنفس:

نبض:

فشارخون:

حساسیت دارویی: ندارد

دارد:

سابقه پزشکی مهم:

مشاهدات و یافته های تریاژکننده:

اولویت تعیین شده:

فوری

اورژانس

نیمه اورژانس

غیراورژانس

هدایت به:

اتاق احیا

درمان سرپایی

قسمت تحت نظر

ارجاع به خارج از

بخش اورژانس

نام تریاژکننده:

امضا:

آیا دستورالعملهای درمانی خاصی مورد نیاز هستند؟

به محض اینکه یک سیستم طبقه بندی بیماران 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 درمانی 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.

چه افراد/سازمانهایی می توانند از قسمت تریاژ بخش اورژانس حمایت کنند؟

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 ۲۴ ساعت روز و در ۳۶۵ روز سال نیاز است. در بقیه موارد، کار سرویس های پشتیبانی به ساعتهای کاری خاص محدود است. مثالهایی از سیستمهای حمایت کننده از فرایند تریاژ و تریاژکنندگان در بخش اورژانس عبارتند از:

- **مسیر سریع:** طراحی چنین مسیری در بخش اورژانس به کارکنان تریاژ امکان می دهد که بیماران با شکایات کوچک و غیر اورژانسی را از بیمارانی که مشکلات جدی تری داشته و نیازمند دریافت مراقبتهای اورژانس هستند از هم جدا نمایند.
- **اتاق انتظار:** بخش هایی که با حجم بالای بیماران غیر اورژانسی روبرو هستند، غالباً مجبور هستند از اتاق انتظار استفاده کنند. بیماران غیر اورژانس باید در اتاق انتظار بنشینند تا بیمارانی که بد حال تر هستند ویزیت شوند. گاهی اوقات، انتظارهای طولانی مدت بیماران در اتاق انتظار، آنها را عصبی و پرخاشگر می کند. به همین خاطر ممکن است کارکنان اورژانس زمان و انرژی زیادی برای توضیح دادن و آرام ساختن ایشان صرف کنند.

- **باجه اطلاعات:** 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.
- **منشی بخش:** 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. منشی بخش می تواند بخشی از این وظیفه را بر عهده گرفته و قسمت تریاژ را یاری دهد. استفاده از یک کارمند دفتری یا یک داوطلب برای کمک کردن به خانواده ها در جهت کسب اینگونه اطلاعات نیز می تواند مفید باشد. البته، 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.
- **دیگر بخشهای بیمارستان:** مثلاً درمانگاهها، رادیولوژی یا آزمایشگاه.
- **سایر مراکز:** ممکن است مراکز مراقبتی دیگری نیز متناسب با مشکل فعلی بیمار موجود باشند که بتوانند خدمات مورد نیاز را به او ارائه دهند مثلاً زایشگاهها، درمانگاههای تخصصی اطفال، روان پزشکی، پوست و یا دندان پزشکی. داشتن لیستی از این مراکز در قسمت تریاژ بسیار کمک کننده است. چرا که در صورت نیاز می توان با هماهنگی های لازم، بیمار را به آنها ارجاع داد. کارکنان تریاژ باید تلاش کنند تا با محلهای تخصصی مذکور تماس حاصل کرده و در مورد بیمار مزبور با ایشان مشاوره کنند. لازم به یادآوری است که 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.
- **مراکز ارائه خدمات سلامت عمومی:** مثل گروههای حمایت کننده از بیماران HIV مثبت، بیماران روانی، مراکز دیالیز، گروههای حمایت کننده از معتادین و ... نیز می توانند در زمره سیستمهای پشتیبان تریاژ باشند. لازم است تریاژ کنندگان بخش اورژانس لیستی از این مراکز را در اختیار داشته باشند تا در صورت لزوم از کمکهای آنها بهره مند شوند.

چه مسائل امنیتی را باید در نظر گرفت؟

- 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:
۱. 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.
 ۲. 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.

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 مؤثر است.

- 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 به تعداد لازم، در بخش اورژانس حضور داشته باشند.
- ورودیهایی از بیمارستان که به صورت ۲۴ ساعته باز هستند باید توسط سیستم امنیتی بیمارستان کنترل شوند.
- درهای ورودی اصلی مهم هستند 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. آنها باید در صورت بروز مشکل 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 ۲۴ 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 مونیتر تمام بخش ها را کنترل کنند.
- می توان سیستم های متعددی مثل "کلیدهای وضعیت اضطراری" در اتاق تریاژ نصب کرد که در صورت بروز مشکل پرستار تریاژ با استفاده از آن، به مأموران اطلاع دهد.
- 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 شدتی 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.

نحوه راه اندازی یا اصلاح یک سیستم تریاژ در بخش اورژانس به چه صورت است؟

برای طراحی یا اصلاح یک سیستم تریاژ در یک بخش اورژانس باید گامهای زیر برداشته شوند:

۱. اهداف مورد نظر تعیین شوند.

۲. نیازها، منابع و امکانات موجود مورد بررسی قرار گیرند.

برای این منظور لازم است:

۱. یک **"کمیته تروما"** در هر بیمارستان تشکیل شود. اعضای این کمیته نباید صرفاً پرستاران، پزشکان یا کارمندان اداری بخش اورژانس باشند. بلکه باید از پزشکانی که معمولاً در "خط اول" مواجهه با بیماران هستند نیز دعوت شود.

۲. اولین کار این کمیته، **شناسایی نیازها و مشکلاتی** است که با ایجاد و یا اصلاح سیستم تریاژ حل خواهند شد. البته گاهی اوقات نیازمندیها از نظر نوع و تعداد از قبل شناسایی شده اند. برای شناسایی مشکلات می توان:

از مطالعات کنترل کیفیت مانند بررسی میزان رضایتمندی بیماران، بررسی طول مدت اقامت بیماران در بخش اورژانس، بررسی تشخیصهای نهایی در زمان ترخیص بیماران که نشان دهنده درصد بیماران غیر اورژانسی بخش است، استفاده نمود. مشکلات و نیازهایی را که به طور اولیه توسط کارکنان مشاهده می شوند، مورد توجه قرار داد.

کمیته تروما باید مشکلات کلی مثل "طولانی بودن زمان انتظار" را مدنظر قرار داده و تمام دلایلی را که به واسطه آنها زمان انتظار طولانی می شود استخراج کنند. حفظ این روند برای راه اندازی سیستم تریاژ در یک بخش اورژانس، بسیار حیاتی است. **اگر یک مشکل به روشنی بیان نشود هرگز به طور موثری حل نخواهد شد.**

وقتی باجمع 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. 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:** کارکنان یک بخش اورژانس معتقد هستند "بیماران بد حال مدت طولانی در انتظار شروع مراقبتهای بالینی به سر می برند". برای بررسی صحت و سقم این مطلب:

در یک بازه زمانی مناسب و برای تعداد مناسبی از بیماران، اطلاعات مربوط به فاصله زمانی که بیماران بد حال وارد بخش اورژانس می شوند تا لحظه ای که مراقبت از آنها آغاز شود جمع آوری می شود.

اطلاعات به دست آمده تا جای ممکن مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته و بررسی می شوند.

نتایج بررسی ها با استانداردهای منطقه ای یا محلی/منطقه ای و در صورت امکان جهانی مقایسه شده و نقاط ضعف استخراج می شوند.

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.

۳. بعد از **شناسایی مشکلات و نیازها**، اهداف مورد نظر به روشنی تعریف می شوند.

۴. بعد از **تعیین اهداف**، اطلاعات پایه مورد نیاز جمع آوری می شوند.
۵. اطلاعات به دست آمده مورد **بررسی** قرار می گیرند.
۶. کمیته تریاژ **سیاست های لازم** برای برخورد با نیازها و ارزیابی عملی بودن راه حل های پیشنهادی را تدبیر کند.

نمایندگان کمیته تریاژ 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.
- متون موجود در این زمینه را مورد مطالعه قرار دهند. برخی از مجلات اورژانس ستونهایی را به توصیف بخشهای اورژانسی اختصاص می دهد که سیستم تریاژ ایجاد کرده اند و یا سیستم تریاژ موجود را اصلاح نموده اند.
- ویژگی ها و امکانات بخش اورژانس فعلی را بررسی کنند. در سیاست گذاریها و تنظیم دستورالعمل ها باید به متغیرهایی که در عملکرد بخش اورژانس محدودیت ایجاد می 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.
- درجه همکاری بخش ها و سرویس های دیگر را در اجرای طرحها یا ایجاد تغییرات احتمالی بسنجند. 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 کارکنانی غیر از مسئولین تریاژ، علایم حیاتی بیماران را اندازه 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 چند نظر تجزیه و تحلیل شوند:
 ۱. تأثیری که طرح/تغییر فوق بر بخش اورژانس می گذارد.
 ۲. تأثیری که طرح/تغییر فوق بر سایر بخشهای بیمارستان می گذارد.
 ۳. حمایت کنندگانی که طرح در داخل بخش اورژانس خواهد داشت.
 ۴. حمایت کنندگانی که طرح در خارج از بخش اورژانس خواهد داشت.

چه نیروهای تقویت کننده و تضعیف کننده ای وجود دارند؟

ا شناسایی زود هنگام علل و عواملی که مانع ایجاد و یا اصلاح سیستم تریاژ هستند و تلاش در جهت مقابله با آنها، احتمال موفقیت بیشتر می شود. عواملی که در جهت هدف ایجاد سیستم تریاژ هستند نیروهای "تقویت کننده" هستند. عواملی این روند را با مشکل مواجه می کنند، "نیروهای تضعیف کننده" هستند.

نیروهای تقویت کننده:

۱. تمایل عمومی به شناسایی سریع بیماران مصدوم و یا بد حال: شناسایی سریع بیمارانی که نیاز فوری به درمان دارند انگیزه 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 اما کارکنان آموزش دیده تریاژ باید بتوانند بیمارانی 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.

۲. قوانین دولتی حمایت کننده

۳. 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 شکایات 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 رادیو لوژی 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.

۴. انگیزه های مالی برای بخش اورژانس و بیمارستان: مراکزی که خدمات بخش های تخصصی داخل بیمارستانی مثل رادیو لوژی 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.

۵. رضایتمندی بیماران: 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 میج آسیب دیده خود احساس بهتری دارند.

نیروهای تضعیف کننده:

- ۱. کارکنان بخش اورژانس:** 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 کوناهای 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. فعالیتهایی چون بازبینی 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.
- ۲. سایر بخشهای بیمارستان:** 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 شایستگی سیستم تریاژ نشان داده شود.
- ۳. قوانین دولتی دست و پاگیر**
- ۴. محدودیتهای مالی و منابع انسانی**

چگونه می توان عملکرد یک سیستم تریاژ را مورد ارزیابی قرار داد؟

از "مطالعات زمان"، مکرراً برای ارزیابی تأثیر و کارآمدی سیستم تریاژ استفاده شده است. در این نوع از مطالعات پارامترهای خاصی باید اندازه گیری شوند مثل:

- فاصله زمانی رسیدن به بخش اورژانس تارسیدن به اتاق درمان
- فاصله زمانی ورود به اتاق درمان تا شروع ارزیابی توسط پزشک
- کل مدت اقامت بیمار در بخش اورژانس
- طول مدت زمانی که بیمار منتظر می ماند تا جواب آزمایشاتش آماده شود

دسته ای دیگر از مطالعات پایه ای بخش اورژانس عبارتند از مطالعات مربوط به "ارزیابی میزان رضایتمندی بیماران". در این نوع از مطالعات، غالباً از پرسشنامه استفاده می شود. اگر بیماری طی مدت چند روز اول 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 ۱۰ 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 ۲ یا ۳ 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 می توان 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 ۱۵ تا ۲۰ 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 راه اندازی
سیستم تریاژ در اورژانسهای بیمارستانی

۱ ماه	تشکیل جلسات کارگروهها و ارائه گزارش نهایی
۲ هفته	کارشناسی، جمع بندی و اظهار نظر در معاونت درمان
۳ ماه	اصلاح یا راه اندازی سیستم تریاژ
۲ هفته	ارزیابی عملکرد سیستم تریاژ

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 درمان دانشگاه ارسال گردد. مسئولیت پیگیری و هماهنگیهای لازم در این خصوص با ریاست بیمارستان می باشد. ۳ 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 هر یک از مراحل به شرح جدول 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 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:

- ۱- برگزاری جلسات آموزشی-توجیهی درمورد تریاژ برای اعضاء کارگروهها
- ۲- پیگیری شکل گیری و تشکیل جلسات کارگروهها و دریافت صورتجلسات
- ۳- کارشناسی و ارزشیابی گزارشات نهایی کارگروهها، اطلاعات آماری مربوط به اورژانس، و نیز سیستم پیشنهادی و چگونگی ارزیابی آن
- ۴- جمع بندی گزارشات کارگروهها و ارسال نتایج نهایی به معاونت سلامت (طبق فرم شماره ۱)
- ۵- پیگیری اصلاح یا راه اندازی سیستم تریاژ و ارائه گزارش عملکرد بیمارستانهای تابعه در خصوص سیستم تریاژ
- ۶- 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:

- ۱- تشکیل جلسات با فواصل مناسب جهت بررسی نیاز به سیستم تریاز و منابع موجود در این خصوص
- ۲- استخراج و تضمین صحت اطلاعات آماری مورد نظر و اعلام آن به معاونت درمان دانشگاه (فرم شماره ۳)
- ۳- تنظیم صورت جلسات در فرمت ارائه شده و ارسال منظم به معاونت درمان دانشگاه (فرم شماره ۲)
- ۴- جمع بندی نتایج نهایی به دست آمده توسط کارگروه و ارسال آن به معاونت درمان دانشگاه (فرم شماره ۴)
- ۵- ارائه برنامه پیشنهادی جهت اصلاح یا ایجاد سیستم تریاز با توجه به شرایط، امکانات و منابع موجود و روش ارزیابی میزان موفقیت آن (فرم شماره ۵)
- ۶- پیگیری ایجاد و اصلاح سیستم تریاز در راستای اهداف مورد نظر
- ۷- ارائه گزارش ماهیانه از عملکرد واحد تریاز به معاونت درمان دانشگاه
- ۸- ارزیابی مجدد نتایج و دستاوردها و بررسی میزان موفقیت در رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده پس از ۳ ماه از راه اندازی سیستم تریاز
- ۹- ارائه گزارش سه ماهه از چگونگی عملکرد و وضعیت واحد تریاز به معاونت سلامت

ضمانہ

جمع بندی نظرات کارگروهها

نام بیمارستان	وضعیت موجود سیستم تریاژ			ضرورت راه اندازی سیستم تریاز (یا ادامه روند موجود)	سیستم پیشنهادی مورد تأیید معاونت درمان می باشد	سیستم " ارزیابی میزان موفقیت سیستم تریاژ" مورد تأیید معاونت درمان می باشد
	فاقد	ناقص	کامل			

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

فرم شماره ۲- صورتجلسه کارگروه تریاژ

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
بیمارستان

مکان:		
ساعت خاتمه:	ساعت شروع:	تاریخ:
۱-	حاضرین در جلسه و سمت آنها:	
۳-	۲-	
۵-	۴-	

سؤال 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:

- ۱- 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؟
- ۲- در صورت جواب مثبت تشکیل و استقرار این سیستم مشخصاً با چه اهدافی دنبال می شود؟
- ۳- وضعیت کنونی سیستم تریاژ در بیمارستان چگونه است؟
- ۴- آیا راه اندازی یا اصلاح سیستم تریاژ در اورژانس بیمارستان ضروری است یا خیر؟
- ۵- آیا راه اندازی یا اصلاح سیستم تریاژ در اورژانس بیمارستان عملی است یا خیر؟
- ۶- در سیستم پیشنهادی تریاژ برای بیمارستان کدام اجزاء مورد نظر هستند؟

فرم شماره ۳- 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 ۹ ماه اول سال ۸۵)
- ❖ 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 (ICU، CCU 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 ۱۲ 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
- ❖ بله 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 ۴ - گزارش نهایی کارگروه تریاژ

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
بیمارستان

تعداد جلسات برگزار شده.....

شرکت کنندگان در جلسه:

تعداد جلسات حاضر	سمت	نام و نام خانوادگی

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.

۱-

۲-

۳-

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 ۵- طرح پیشنهادی سیستم تریاژ

۱. 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).....

۲. در زمان واحد چند نفر تریاژ را انجام خواهند داد؟
۱ نفر اختصاصاً ۱ نفر ضمن انجام سایر امور محوله بیش از ۱ نفر

۳. آیا آموزش خاصی برای پرسنل تریاژ در نظر گرفته خواهد شد؟
خیر

۴. 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 ۳ مورد اخیر باید پروتکل دقیق آن ضمیمه باشد)

۵. 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)

۶. 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 □

۷. چه تجهیزاتی در اتاق تریاژ وجود خواهد داشت؟

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

۸. 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؟ □ ۲ □ ۳ □ ۵ □ [پروتکل ضمیمه شود]
خیر □

۹. 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)

۱۰. 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 □

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

خیر □

بلی □ توضیح دهید چگونه؟

❖ نگهبان ۲۴ 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.....

۱۲. آیا فرآیند تریاژ به صورت یکبار برای هر بیمار د 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:

.....
.....

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

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

۱۴. 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.

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

روش سنجش	شاخص	هدف مورد انتظار	
			۱
			۲
			۳
			۴

معرفی طرح و ارائه بسته مربوطه در اجلاس معاونین درمان

تشکیل کمیته تریاژ

برگزاری کارگزار 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