

بررسی میزان آگاهی پرستاران شاغل در اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اهواز از تریاژ بیمارستانی در سال ۱۳۹۴

شایسته حقیقی^۱، حدیث اشرفی زاده^{۲*}، فرخنده مجدمی^۳، بهاره کرد^۱

^۱ دانشجوی دکتری پرستاری، عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

^۳ کمیته تحقیقات دانشجویی، کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
* نویسنده مسئول: حدیث اشرفی زاده، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی

جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. ایمیل: ashrafizadeh.h1993@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۲۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۲۶

چکیده

مقدمه: تریاژ بیمارستانی جزئی از ساختار اورژانس است. که توسط پرستاران اورژانس صورت می‌گیرد. اطلاعات کمی از میزان آگاهی پرستاران از تریاژ بیمارستانی در دسترس است. این پژوهش با هدف تعیین میزان آگاهی پرستاران از تریاژ بیمارستانی در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اهواز در سال ۱۳۹۴ انجام می‌شود.

روش کار: این پژوهش به صورت توصیفی-تحلیلی و به روش سرشماری انجام شد. پرسشنامه پژوهشگر ساخته‌ای متشکل از ۲۵ پرسش در سه بخش اطلاعات جمعیت شناختی، ۱۰ پرسش مرتبط با دانش محض تریاژ و ۱۵ پرسش در زمینه تصمیم‌گیری تریاژ بود. ۷۰ پرستار بخش اورژانس از تمامی اورژانس‌های بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه شهر اهواز در پژوهش در سال ۱۳۹۴ شرکت کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS 24 و با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی (معدل و انحراف معیار)، آزمون T-Test و آنالیز واریانس یک طرفه و ارتباط سنجی کای اسکور انجام شد.

یافته‌ها: در نهایت میزان آگاهی پرستاران از حیطه‌های مختلف تریاژ نشان داد که ۳۶ نفر (۵۱/۶٪) از واحدهای پژوهش در سطح ضعیفی بودند. در حالی که تنها ۳۱ نفر (۴۴/۳٪) سطح متوسطی داشتند. بین سابقه کاری و سطح دانش پرستاران از تریاژ بیمارستانی تفاوت معنی داری وجود داشت ($P = ۰/۰۴۶$)، در حالی که تفاوت معنی داری بین سایر متغیرهای دموگرافیک و حیطه تصمیم‌گیری در موقعیت‌های فوری تریاژ وجود نداشت ($P = ۰/۴۱۳$).

نتیجه‌گیری: سطح آگاهی پرستاران بخش اورژانس که بسیار درگیر امر تریاژ بیماران هستند نامطلوب است، از این رو بخش‌های اورژانس باید برای افزایش توافقی در تصمیم‌گیری‌ها از مقیاس‌های روا و پایا استفاده نمایند که نیازمند پیگیری می‌باشد. همچنین تجهیز آن‌ها به نیروی انسانی آموزش دیده و وسایل لازم برای تریاژ توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آگاهی، تریاژ، پرستاران، بخش اورژانس

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

ایران یک چهلیم بار ناشی از حوادث ترافیکی جهان را و تقریباً ۴۱ صد هزار نفر مرگ ناشی از حوادث ترافیکی را به خود اختصاص داده است (۱). از نظر آماری به طور کلی در سال بیش از ۲۸۰۰۰ نفر در سراسر دنیا در اثر بلایای طبیعی می‌میرند (۲). در دهه‌ی گذشته حدود ۸۸ درصد کل مرگ و میر ناشی از بلایای متعلق به بلایای طبیعی بوده

است که ۸۳ درصد از افرادی که در اثر بلایا فوت شده‌اند آسیایی بوده‌اند (۳). ایران کشور بلاخیزی است که هر چند وقت یک بار به خاطر حوادث طبیعی دچار خسارت می‌شود (۴). طوری که در ایران هر ساله به طور متوسط شاهد مرگ حدود ۵۰۰۰ تن و مجروحیت هزاران نفر از هموطنان و بروز خسارت مالی متجاوز از ۱۰۰ میلیارد تومان ناشی از

مطلب را القا می‌کند که تریاژ در حالی در بیمارستان‌ها اجرا می‌شود که درباره‌ی آن‌ها دانش کافی در اختیار پرستاران گذاشته نشده است. در این تحقیق سعی می‌شود، با بررسی میزان آگاهی پرستاران شاغل در اورژانس از تریاژ بیمارستانی فاصله موجود در ارائه‌ی خدمات به بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس را با استانداردهای مورد نیاز برای تریاژ مبتنی بر دانش معرفی و شناسایی شوند. بنابراین این پژوهش با هدف تعیین میزان آگاهی پرستاران شاغل در اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اهواز درباره‌ی تریاژ بیمارستانی در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اهواز در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه‌ی پژوهش را کلیه پرستاران شاغل در اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز شامل گلستان، طالقانی، امام خمینی، ابوذر، شفا، رازی تشکیل دادند. در این مطالعه واحدهای پژوهش از طریق تمام شماری و با توجه به تمایل خود به شرکت در مطالعه تعیین شدند، به عبارتی از ۱۱۰ پرستار شاغل در اورژانس بیمارستان‌ها تنها ۷۰ نفر حاضر به شرکت پرسشنامه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ی محقق ساخته‌ای است که پس از مطالعه مقاله‌ی سیستم تریاژ در اورژانس‌های بیمارستانی وزارت بهداشت-درمان-آموزش پزشکی معاونت سلامت مرکز اعتبار بخشی و نظارت بر امور درمان-اداره اورژانس‌های بیمارستانی سال ۱۳۸۶ به همراه دستنامه کارگاه تریاژ بیمارستانی بر اساس روش ESI ویرایش چهارم دانشگاه علوم پزشکی تهران و مطالعه‌ی سایر کتب علمی معتبر طراحی شده است، که شامل ۲۵ سؤال می‌باشد (۱۶). این پرسشنامه شامل ۳ بخش است: بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک که در بردارنده‌ی سن، جنس، مدرک تحصیلی، شیف‌ت کاری، وضعیت تأهل، سابقه کار پرستاری در بخش اورژانس، بیمارستان محل کار، وضعیت استخدامی، سابقه‌ی حضور در موقعیت‌های بحرانی است. بخش دوم سؤالات مربوط به قسمت آگاهی از تریاژ بیمارستانی در زمینه‌ی تریاژ و به صورت ۱۵ سؤال طراحی شده است. که به صورت صحیح-غلط-نمی‌دانم طبقه بندی شده و به هر سؤال در صورت پاسخ صحیح نمره‌ی یک، نادرست و نمی‌دانم نمره‌ی صفر تعلق خواهد گرفت. جمع کل نمرات آگاهی ۱۵ بود. بخش دوم مربوط به تصمیم گیری برای تریاژ موقعیت‌های فوری بود این قسمت حاوی ۱۰ سؤال به شکل موردی است. این پرسش‌ها در واقع شرح حال بیمارانی هستند که پرستار در عمل تریاژ به آن‌ها مواجه می‌شود و باید آن‌ها را در یکی از ۵ طبقه‌ی تریاژ به روش (ESI) از طبقه‌ی احیا تا غیر فوری اولویت بندی کند. در صورت پاسخ صحیح به هر سؤال یک نمره و پاسخ غلط نمره‌ی صفر داده شد. در مجموع نمره‌ی کل سؤالات آگاهی و تصمیم گیری ۲۵ بود. نمره‌ی کل برای پرستاران در ۳ سطح ضعیف (کسب کمتر از ۵۰٪ نمره‌ی کل)، متوسط (کسب ۵۰-۷۵٪ نمره‌ی کل)، و خوب کسب (بیش از ۷۵٪ نمره‌ی کل) طبقه بندی شد. برای تأیید روایی محتوا، پرسشنامه به ۱۰ نفر از اساتید متخصص در این زمینه داده شد و نظرات آن‌ها در پرسشنامه اعمال شد. همچنین برای تأیید پایایی، پرسشنامه به ۲۰ نفر از پرستارانی که به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند داده شد سپس به

بلایای طبیعی می‌باشیم (۵). بنابراین توجه به برنامه ریزی ریشه‌ای در زمینه‌ی آموزش و مدیریت شرایط بحرانی و فوری، از مسائلی است که دارای اهمیت فراوان است (۶). شرایط بحرانی موقعیت ویژه‌ای است که اداره‌ی آن، شرکت و همکاری تمام اعضای آموزش دیده‌ی سلامت را می‌طلبد (۷). بخش فوریت از مهم‌ترین، حساس‌ترین و پر مخاطره‌ترین بخش‌های بیمارستانی است (۸، ۹). و در ارائه‌ی مراقبت‌های درمانی فوری برای بیماران در همه‌ی اوقات شبانه روز و تمام روزهای سال، از مراکز ضروری و اجتناب ناپذیر سیستم بهداشتی درمانی کشور می‌باشد (۱۰، ۱۱). زیرا بیشترین مراجعه به این بخش است و در حدود ۲۸٪ از مراجعه کنندگان، در بخش‌های مختلف بیمارستان بستری می‌شوند، همچنین چگونگی ارائه‌ی خدمات به عنوان نمادی از وضعیت کلی ارائه‌ی خدمات بیمارستان محسوب می‌شوند (۱۲). بر همین اساس تریاژ برای فوریت‌ها تعریف شده است. تریاژ در لغت از کلمه‌ی فرانسوی triage به معنای sort (طبقه بندی کردن بر حسب موقعیت و نیازهای خاص هر بیمار) گرفته شد، که برای اولین بار برای دسته بندی کردن مصدومان در ارتش فرانسه به کار رفت (۱۳، ۱۴). سیستم تریاژ به عنوان یک فرایند با خطر بالا در بخش فوریت‌ها برای شناسایی و تحلیل خطاها و بررسی نقاط قوت و قابل بهبود آن انتخاب شده است (۱۵). پرستار تریاژ شکایت بیماران را می‌تواند به صورت متمرکز و جامع بررسی کند (۱۶). او بیماران را بر اساس وخامت حال و شدت بیماری در ۵ طبقه از اولویت رسیدگی تا تاخیری تقسیم بندی می‌کند (۱۷). دقت و صحت تصمیم گیری تریاژ می‌تواند بر روی دستاوردهای بخش اورژانس تأثیر گذار باشد (۱۸، ۱۹). از این رو آموزش تریاژ به موزات اجرای آن در بخش اورژانس بیمارستان‌ها مورد توجه بوده است. در ایران تریاژ کردن در بخش‌های اورژانس توسط پرستاران صورت می‌گیرد سابقه‌ی استقرار تریاژ در بخش‌های اورژانس بیمارستانی به سال‌های اخیر بر می‌گردد. چک لیست ارزشیابی بخش اورژانس که وسیله نظارتی معاونت درمان و وزارت بهداشت-درمان و آموزش پزشکی است به ممیزی تریاژ به صورت جزئی پرداخته است. از این رو بررسی این مساله پیش از پیش اهمیت پیدا می‌کند. همچنین ضروری است که به توانایی پرستاران در تریاژ بیماران پرداخته می‌شود. تا بتوان تصویر صحیحی از وضعیت بخش اورژانس در هنگام بروز بحران‌ها و عکس العمل پرستاران این بخش‌ها هنگام ازدحام بیماران و نحوه‌ی استفاده از ظرفیت‌های تریاژ در دست داشت. در یک پژوهش در استرالیا مشخص شد: ۴۲٪ از پرستاران برای تریاژ آموزش ندیده و ۱۴٪ اظهار کردند با وجود این که در کلاس‌های آموزش تریاژ شرکت کرده‌اند اما هنوز آمادگی کافی برای انجام این کار را در خود احساس نمی‌کنند (۲۰). در نتیجه برای پرستاران زمینه اجرای تریاژ مبتنی به دانش فراهم نیست. در ایران، هیچ گونه مقیاس ملی تریاژ به بیمارستان‌ها ابلاغ نشده است. و بیمارستان‌ها خود مرجع تعیین سیستم تریاژ هستند، در حالی که دوره‌ی دانشگاهی جمعی برای آموزش تریاژ وجود ندارد. به طوری که سهم تریاژ در سر فصل دروس پرستاری در واحد فوریت و آن هم یک جلسه است. و تنها راهکاری که پیش رو بوده است برگزاری کارگاه‌ها، دوره‌ی آموزشی مختصر در تعداد اندکی از بیمارستان‌های کشور و رجوع به مقالات پراکنده‌ای که در این زمینه منتشر شده است (۲۱). این نارسایی‌ها می‌توانند سبب شوند تا زمینه مناسب بروز رفتارمبتنی بر دانش پرستاران در دسترس نباشند. پژوهش‌های انجام شده این

فاصله‌ی زمانی ۱۴ روز پرسشنامه به همان افراد داده شد. در این صورت با روش test-re-test (آزمون- باز- آزمون) پایایی پرسشنامه سنجیده شد. پایایی پرسشنامه بر اساس این روش ۰/۷۰ به دست آمد. پس از کسب معرفی نامه از مدیریت تحقیقات دانشگاه، تصویب طرح پژوهشی در شورای اخلاقی، و کسب اجازه از ریاست بیمارستان و از تمامی پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها و توضیح مراحل و هدف از تحقیق پرسشنامه در اختیار آن‌ها قرار گرفت. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه می‌ماند. پس از اتمام مطالعه نتایج در اختیار مراکز ذینفع قرار گرفت. پردازش داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS.24 و توسط آزمون‌های آمار توصیفی (معدل، انحراف معیار) انجام شد همچنین بعد از تبدیل شدن مجموع امتیازات به مقادیر کمی از آزمون کولموگروف اسمیرونف برای تأیید نرمال بودن داده استفاده شد. متغیرهای که مقدار $P\text{-value} > 0/05$ دارند متغیر دارای توزیع نرمال است و برای مقایسه امتیاز میانگین از آزمون t-test و آنالیز واریانس یک طرفه و برای ارتباط سنجی از آزمون کای اسکوتر استفاده شد.

یافته‌ها

در پایان ۷۰ پرستار از میان ۱۱۰ پرستار اورژانس در پژوهش شرکت کردند. که در این میان ۳۰ نفر معادل (۴۴/۱٪) مرد و ۳۸ نفر (۵۵/۹٪) زن بودند و دو پرسشنامه دیگر فاقد جنسیت بودند. میانگین سنی

جدول ۱: ارتباط متغیرهای دموگرافیک با حیطه‌های مختلف آگاهی از تریاژ بیمارستانی در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز در سال ۱۳۹۳ *

جمع کل	حیطه‌های مختلف تریاژ	
	متوسط	ضعیف
جنسیت		
مذکر	۹ (۱۳/۲)	۲۱ (۳۰/۹)
مؤنث	۲۲ (۳۲/۴)	۱۶ (۲۳/۵)
وضعیت تأهل		
متأهل	۱۲ (۱۷/۶)	۱۵ (۲۲/۱)
مجرد	۱۹ (۲۷/۹)	۲۲ (۳۲/۴)
مدرک تحصیلی		
کاردانی	۴ (۷/۱)	۲ (۳/۶)
کارشناسی	۲۲ (۳۹/۳)	۲۱ (۳۷/۵)
کارشناسی ارشد	۵ (۳۹/۳)	۲ (۳/۶)
سابقه کاری		
کمتر از ۱ سال	۱۳ (۳۳/۳)	۶ (۱۵/۴)
۱-۵	۴ (۱۰/۳)	۳ (۷/۷)
۶-۱۰	۳ (۷/۷)	۴ (۱۰/۳)
>۱۵	۶ (۱۵/۵)	۰ (۰)
سابقه حضور در موقعیت‌های بحرانی		
بله	۲۶ (۴۹/۱)	۱۴ (۲۶/۴)
خیر	۳ (۵/۷)	۱۰ (۱۸/۹)

* داده بر اساس تعداد (٪) بیان شده اند.

جدول ۲: حیطه‌های مختلف بررسی تریاژ بیمارستانی در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز در سال ۱۳۹۳ *

حیطه‌های مختلف بررسی تریاژ بیمارستانی			
خوب	متوسط	ضعیف	
۲ (۲/۹)	۳۱ (۴۴/۳)	۳۰ (۴۲/۹)	دانش
۱ (۱/۴)	۳۴ (۴۸/۶)	۲۵ (۳۵/۷)	تصمیم‌گیری در موقعیت بحرانی

* داده بر اساس تعداد (%) بیان شده‌اند.

بحث

نمونه‌های پژوهش تصمیمات خود را به نحوی در راستای پژوهش تغییر بدهند که منتج به ضرر برای بیمار شود. حداقل میزان توافق تصمیم‌گیری که توسط کالج طب اورژانس استرالیا (با کاپا موزون) توصیه شده برابر ۰/۶۰ است (۲۵). میزان توافق تصمیم‌گیری پرستاران با توجه به تصمیم‌گیری‌های بالینی در بخش احاطه بدست آمده است. این میزان توافق در تصمیم‌گیری ۰/۱۵ برابر پرستار و ۰/۶۰ برای کل نمونه محاسبه شده است که بیانگر این نکته است توافق کمی بین پرستاران برای تریاژ بیماران وجود دارد. این مطالعه با نتایج مطالعه میر حقی و همکاران هم خوانی دارد که توافق بین پرستاران برای تریاژ ۰/۵۶ محاسبه شد (۲۱). توافق کم در تصمیم‌گیری‌های تریاژ مساله مهمی در تحقیقات است که پژوهشگران سعی دارند به علت آن دست یابند. این میزان در پژوهش Goranson و همکاران برابر ۰/۴۶ گزارش شده است (۲۴) که توافق متوسطی است. در پژوهش Worster و همکاران این مقدار برابر با ۰/۷۶ گزارش شده است که البته با نه پرستار انجام شده است (۲۶). یکی از دلایلی که برای توافق کم پرستاران در پژوهش‌ها بیان شده این است، پرستاران از یافته‌های ذهنی به نسبت بیشتری تا یافته‌های عینی در تصمیم‌گیری تریاژ استفاده می‌کنند از این رو توافق خیلی ضعیف یا ضعیف حاصل می‌شود (۲۷، ۲۸).

نتیجه‌گیری

سطح آگاهی پرستاران بخش اورژانس که بسیار درگیر امر تریاژ بیماران هستند نامطلوب است از این رو الزام بخش‌های اورژانس در به کارگیری مقیاس‌های روا و پایا به منظور افزایش توافق در تصمیم‌گیری‌ها در کنار تجهیز آن‌ها به نیروی انسانی آموزش دیده و وسایل لازم برای تریاژ توصیه می‌شود. توسعه‌ی مقیاس ملی تریاژ و صدور پروانه صلاحیت حرفه‌ای پرستاری اورژانس می‌تواند زمینه‌ی مناسبی برای عملکرد مبتنی بر دانش برای پرستاران مهیا کند. همچنین پرستاری تریاژ می‌تواند زمینه‌ی مناسب برای غنای شغلی پرستاری اورژانس باشد. از محدودیت‌های پژوهش این بود که تمام افراد در پژوهش شرکت نکردند ولی میزان پاسخ ۶۳٪ می‌تواند رضایت بخش باشد، همچنین وضعیت عاطفی و بار کاری سنگین واحدهای مورد پژوهش هنگام تکمیل پرسشنامه بر نتیجه‌ی پژوهش تأثیر داشت که کنترل آن از عهده‌ی پژوهشگر خارج بود. پژوهش نشان داد که زمینه‌های متعددی برای بررسی نگرش پرستاران درباره تریاژ بیمارستانی وجود دارد. بررسی موانع موجود در استقرار واحد تریاژ و موانع به کارگیری در بخش اورژانس، عوامل مؤثر بر اجرایی نشدن این شیوه و بررسی خصوصیات پرستاران نخبه در تریاژ بیمارستانی و انجام این مطالعه با تعداد افراد

نتایج نشان داد که میزان آگاهی پرستاران در زمینه‌ی تریاژ بیمارستانی در سطح مطلوبی نیست. فقط ۴۴/۳٪ از پرستاران آگاهی‌شان در سطح متوسطی بود، از طرف دیگر با توجه به این که مقیاس تریاژ به کار رفته در پرسشنامه که بر اساس ESI بود برای پرستاران آشنا نبوده است و در عملکرد روزانه از آن استفاده نمی‌کردند. این مسئله می‌توانست عاملی باشد که بر نتایج تأثیر بگذارد. این یافته‌ها با سایر تحقیقات که در ایران انجام شده است هم خوانی دارد در پژوهش میر حقی و همکاران نیز پرستاران با دانش تریاژ بیمارستانی آگاهی مناسبی نداشتند و فقط ۳۴/۹۴٪ از پاسخ پرستاران به پرسش‌های میزان آگاهی صحیح بود (۲۱). در تحقیق هدایتی و همکاران اطلاع دانشجویان از تریاژ را ۲۹/۳٪ (۱۳)، عباسی و همکاران اطلاع کارکنان از تریاژ و درمان هسته‌ای را برابر ۳۹/۷٪ اعلام کردند (۲۲). در تحقیق طاهری و همکاران نیز دانشجویان میانگین نمرات پایینی را کسب کردند (۲۳). آگاهی پرستاران درباره‌ی دانش کلی تریاژ در تحقیق ملک شاهی و محمدزاده ۵۳/۹٪ و در پژوهش Whelan و همکاران ۵۷/۷٪ گزارش شده است که با مطالعه‌ی حاضر هم خوانی ندارد (۲۴). علت این تفاوت می‌تواند در این نکته نهفته باشد که در تحقیق ملک شاهی به جنبه‌های کلی تریاژ مصدومین پرداخته شده است و چندان به طور تخصصی به تریاژ بیمارستانی پرداخته نشده است و در پژوهش Coransson و همکاران نیز با توجه به این که پژوهش در سوئد انجام شده است این امکان وجود دارد نتایج دقیق تحت تأثیر مکان پژوهش قرار گرفته باشد. هر چند که نتایج مذکور دانش متوسطی از تریاژ را به نمایش می‌گذارد که نیاز به آموزش بیشتر به کارکنان را مطرح می‌سازد (۲۲). بررسی سابقه‌ی کاری و دانش تریاژ نشان می‌دهد که بین سابقه‌ی کاری و نمرات کسب شده از پرسشنامه رابطه و همبستگی معنی داری وجود دارد این یافته با گزارش طاهری و همکاران در کرمان هم خوانی دارد (۲۴)، در حالی که با مطالعه‌ی هدایتی و همکاران و Considine و همکاران در تقابل است (۱۳-۱۵). در هر صورت همان طور که سایر مطالعات نیز بیان کرده‌اند در زمینه‌ی آگاهی تریاژ بیمارستانی نیاز به تحقیقات بیشتری وجود دارد و پرستار تریاژ نیز به حداقل ۶ ماه سابقه‌ی کاری در بخش فوریت‌ها دارد توصیه می‌شود، سابقه‌ی کاری حداقل ۲ سال برای بخش فوریت‌ها به عنوان صلاحیت‌های پرستار تریاژ بخش فوریت رعایت شود. با نهایت به این مسئله که سابقه‌ی کاری در بخش‌های ویژه ملاک اثربخاری است (۱۳). به دلیل مسائل اخلاقی تصمیم‌گیری پرستاران بر روی کاغذ آزمون می‌شود تا این که در محیط واقعی انجام می‌شود چرا امکان دارد که پژوهش بر روی تصمیم‌گیری پرستاران برای بیماران واقعی در اولویت بندی آن‌ها تأثیر بگذارد و

تشکر خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز که اعتبار لازم جهت انجام مطالعه حاضر را فراهم نموده‌اند و همچنین از پرستاران شرکت کننده در مطالعه ابراز داشته‌اند.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

References

1. Alamdari S, Shabanzadeh E. [Community-based approach to reduce the lethal effects of human-induced natural disasters]. Third International Congress on Disaster Health and Crisis Management 2006.
2. Meyers D, Wee D. Disaster mental health services. New York: Brunner-Routledge; 2005.
3. Khankeh HR, Mohammadi R, Ahmadi F. Health care services at time of natural disasters: a qualitative study. Iran J Nurs. 2007;20(51):85-96.
4. Ojaghi S, Nourizad S, Mahboobi M, Khazaei MR, Najafi G. Disaster crisis handling preparedness level of hospitals in Kermanshah. J Kermanshah Univ Med Sci. 2009;13(3): 267-274.
5. Shojaie P. [Hospitals preparation in disasters: security]. J Health Admin. 2007;10(28):65-70.
6. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychol Bull. 1992;112(1):64-105. PMID: 1529040
7. Mohamadinejad A. Assessment of Coaches' Knowledge Regarding Their Legal Duties toward Athletes: Semmelweis University; 2014.
8. Kahoe M, Alaei S. Understanding information needs of nursing students in emergency medicine education. Koimesh. 2010;11(3):155-61.
9. Mohkam M, Saiari A, Imanzadeh F, Asgarian F, Ghoroubi J, Hatamian B, et al. Comparison of emergency wards in university-affiliated hospitals with Iranian Ministry of Health standards. Pejouhandeh. 2009;14(2).
10. Gol Aghayi F, Sarmadian H, Raffi M, Nejat N. A study on waiting time and length of stay of attendants to emergency department of Vali-e-Asr Hospital. Arak Univ Med Sci J. 2008;11(2):75-6.
11. Annex M. Iranian Nuclear Science Bibliography: Open Literature References Compiled by Mark Gorwitz. 2009
12. Heydaranlou E, Khaghani Zadeh M, Ebadi A, Sirati Nir M, Aghdasi Mehr Abad N. A survey on implementation of FOCUS-PDCA on performance of Tabriz Shahid Mahalati emergency department. J Mil Med. 2008;10(4):5-9.
13. Hedayati H, Mogharrab M, Moasheri N, Sharifzadeh GHR. Studying of BUMS' students' knowledge about hospital triage in 2011. Mod Care J. 2013;9(3):237-44.

بیشتر و با توازن جنس مذکر و مؤنث برای پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب در جلسه کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به شماره ajums.REC.1393.297 می‌باشد. پژوهشگران کمال

14. Aronsky D, Jones I, Raines B, Hemphill R, Mayberry SR, Luther MA, et al. An integrated computerized triage system in the emergency department. AMIA Annu Symp Proc. 2008:16-20. PMID: 18999190
15. Considine J, Shaban RZ, Fitzgerald GJ, Thomas S, Graham CA. Triage and ATS: collateral damage in the quest to improve ED performance. Australas Emerg Nurs J. 2012;15(4):185-7. DOI: 10.1016/j.aenj.2012.09.002 PMID: 23217650
16. Pardey TGM. The clinical practice of Emergency Department Triage: Application of the Australasian Triage Scale—An extended literature review: Part I: Evolution of the ATS. Australas Emerg Nurs J. 2006;9(4):155-62.
17. Zimmermann PG. The case for a universal, valid, reliable 5-tier triage acuity scale for US emergency departments. J Emerg Nurs. 2001;27(3):246-54. DOI: 10.1067/men.2001.115284 PMID: 11387561
18. Travers D, Waller A, Bowling JM, Flowers D. Comparison of 3-level and 5-level triage acuity systems. 2000.
19. Parenti N, Manfredi R, Bacchi Reggiani ML, Sangiorgi D, Lenzi T. Reliability and validity of an Italian four-level emergency triage system. Emerg Med J. 2010;27(7):495-8. DOI: 10.1136/emj.2008.070193 PMID: 20584948
20. Fry M, Burr G. Current triage practice and influences affecting clinical decision-making in emergency departments in NSW, Australia. Accid Emerg Nurs. 2001;9(4):227-34. DOI: 10.1054/aaen.2001.0268 PMID: 11855762
21. Mirhaghi AH, Roudbari M. A survey on knowledge level of the nurses about hospital triage. Iran J Critic Care Nurs. 2011;4(3):165-70.
22. Abbasi E, Nosrati A, Nabipour I, Emami SR. Assessment of the level of knowledge of Physicians in Bushehr Province about preparedness and response for nuclear emergency. ISMJ. 2005;7(2):183-9.
23. Taheri N, Kohan S, Haghdoost A, Forough Ameri G. [Assessment of knowledge and activity of nurses in triage field in hospitals of Kerman University of Medical Sciences, 2005]. Kerman: Kerman University of Medical Sciences; 2006.
24. Goransson KE, Ehrenberg A, Ehnfors M. Triage in emergency departments: national survey. J Clin Nurs. 2005;14(9):1067-74. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2005.01191.x PMID: 16164524

25. Goransson K, Ehrenberg A, Marklund B, Ehnfors M. Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. *Scand J Caring Sci.* 2005;19(4):432-8. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2005.00372.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00372.x) PMID: [16324070](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16324070/)
26. Worster A, Sardo A, Eva K, Fernandes CM, Upadhye S. Triage tool inter-rater reliability: a comparison of live versus paper case scenarios. *J Emerg Nurs.* 2007;33(4):319-23. DOI: [10.1016/j.jen.2006.12.016](https://doi.org/10.1016/j.jen.2006.12.016) PMID: [17643791](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17643791/)
27. Salk ED, Schriger DL, Hubbell KA, Schwartz BL. Effect of visual cues, vital signs, and protocols on triage: a prospective randomized crossover trial. *Ann Emerg Med.* 1998;32(6):655-64. PMID: [9832660](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9832660/)
28. Gertz MF, Bucknall TK. Triage nurses' clinical decision making. An observational study of urgency assessment. *J Adv Nurs.* 2001;35(4):550-61. PMID: [11529955](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11529955/)

A Survey on Knowledge Level of the Nurses about Hospital Triage

Shayesteh Haghig¹, Hadis Ashrafizadeh^{2,*}, Farkhondeh Mojaddami³,
Bahareh Kord¹

¹ PhD Student of Nursing, Faculty Member, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

² MSc Student Researches Committee, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

³ Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

* **Corresponding author:** Hadis Ashrafizadeh, MSc Student Researches Committee, Department of Nursing, school of Nursing and Midwifery, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. E-mail: Ashrafizadeh.h1993@gmail.com

Received: 16 Jan 2016

Accepted: 17 Jan 2017

Abstract

Introduction: Triage is a Component of the emergency department which is performed by emergency nurses. There is little information about the awareness level of triage in nurses. This study aimed to determine the knowledge level of hospital triage in the nurses.

Methods: This was a cross-sectional study using census sampling. The researchers made questionnaire including 25 questions in three parts of demographic data, pure triage knowledge (15 questions) and triage decision making (10 questions). Seventy nurse in the emergency departments participated in the study from all hospitals of Ahvaz in 2015. The reliability of the questionnaire was done by test-retest. The data was analyzed using Kappa statistic independent t-test, K.S, Chi-Square test and one-way ANOVA test based on SPSS 19 software.

Results: Finally, the knowledge of triage in nurses from different areas showed that 36 nurses (51.4%) had low level while only 31 nurses (44.3%) had a moderate level of knowledge about triage.

Conclusions: Awareness of Emergency Department Nurses who were involved in the Triage of Patients were assessed as undesirable. This requires emergency department in the use of a valid and reliable scale to increase consensus in decision-making with equipment that train, manpower and use of equipment necessary for triage.

Keywords: Knowledge; Triage; Nurses; Emergency Ward