

## تبیین شاخص کیفیت تریاژ مامایی

فرزانه رشیدی فکاری\* معصومه سیمبر\*\* سعید صفری\*\*\* فهیمه رشیدی فکاری\* الهام مقدس اینانلو\*\*\*\* لیلا ملایی\*\*\*\*\*

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: در واحد زنان و مامایی به دلیل مراجعات مکرر مراجعان اورژانس، داشتن تریاژ زنان و مامایی با کیفیت بالا ضروری است. با توجه به اهمیت ارتقای کیفیت خدمات در نظام سلامت، شفاف‌سازی ابعاد و ویژگی‌های مفهوم کیفیت تریاژ مامایی، برای تعیین معیارها و استانداردهای کیفیت تریاژ مامایی کمک‌کننده است. لذا، این مطالعه با هدف تبیین شاخص کیفیت تریاژ مامایی انجام یافته است.

روش بررسی: مطالعه کیفی حاضر از نوع تحلیل محتوای هدایت شده است. مشارکت‌کنندگان ۱۵ نفر بودند، شامل ارایه‌کنندگان خدمت تریاژ مامایی و افراد متخصص و کلیدی در زمینه تریاژ مامایی. داده‌ها براساس مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته عمیق جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ انجام یافت.

یافته‌ها: با انجام مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختار یافته، ۱۲۴ کد اولیه پالایش نشده و ۹۷ کد ادغام یافته استخراج شد. تبیین شاخص کیفیت تریاژ مامایی در سه طبقه اصلی شامل کیفیت فرآیند، کیفیت ساختار و پیامد تبیین گردید. کیفیت فرآیند شامل ۳۵ کد در دو طبقه فرعی اقدامات و مراقبت‌ها، تعاملات و ارتباطات، کیفیت ساختار شامل ۵۱ کد در پنج طبقه فرعی: روال و روند تریاژ، الگو و استاندارد، وسایل و تجهیزات، فضای فیزیکی، نیروی انسانی و پیامد شامل ۱۱ کد در پنج طبقه فرعی زمان انتظار، رضایتمندی، پیامدهای جسمی، روحی و روانی و هزینه بود.

نتیجه‌گیری: شاخص کیفیت تریاژ مامایی تحت تأثیر کیفیت فرآیند (اقدامات و مراقبت‌ها، ارتباطات)، کیفیت ساختار (روال و روند تریاژ، الگو و استاندارد، وسایل و تجهیزات، فضای فیزیکی، نیروی انسانی)، پیامد (زمان انتظار، رضایتمندی، پیامدهای جسمی، روحی و روانی و هزینه) بود.

نویسنده مسؤل:  
معصومه سیمبر؛ مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

e-mail:  
Msimbar@gmail.com

واژه‌های کلیدی: اورژانس، تریاژ، مامایی

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۹۸ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۹۸ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹/۸/۱۰/۱۱

### مقدمه

تریاز صحیح و سریع، کلید عملکرد موفق در موارد اورژانس است (۱). تریاژ فرآیند طبقه‌بندی و اولویت‌بندی بیماران براساس ضرورت نیاز به ارزیابی است. واحد تریاژ مامایی و زنان، محل ورود به بیمارستان می‌باشد (۲) و محیطی است که در آن

مراقبت‌های پزشکی غیرقابل دسترس در شرایط اورژانس در زمینه مراقبت‌های زایمان و پزشکی فراهم است (۳). به ازای هر تولد (در آمریکا) حدود ۱/۵-۱/۲ خدمت در تریاژ مامایی و زنان (در بسیاری از خدمات پری‌ناتال) ارایه می‌شود (۴). خطاهای حوزه زنان و مامایی با مشکلات مختلف جسمی، روانی، اقتصادی برای مادر و نوزاد همچون صدمات زایمانی، افزایش سزارین و کاهش موفقیت زایمان واژینال، مرگ و عوارض متعدد نوزادی همراه است (۵). در

\* کیت پژهشی دانشجویان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
\*\* مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
\*\*\* گروه آموزشی طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
\*\*\*\* گروه آموزشی مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
\*\*\*\*\* گروه آموزشی مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

شفاف‌سازی ابعاد، خصوصیات و مفهوم شاخص کیفیت تریاژ مامایی، در تعیین معیارها و استانداردهای ابزار سنجش کیفیت تریاژ مامایی کمک‌کننده خواهد بود. از طرفی، اجرای صحیح تریاژ در اورژانس، نیاز به درک عمیق مفهوم کیفیت تریاژ از نظر ارایه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمت دارد. لذا، مطالعه حاضر با هدف تبیین شاخص کیفیت تریاژ مامایی انجام گرفته است.

### روش بررسی

در مطالعه حاضر از رویکرد تحلیل محتوای هدایت شده برای تبیین شاخص کیفیت تریاژ مامایی استفاده شد. تحلیل محتوای هدایت شده، براساس مدل Donabedian انجام یافت. این مدل گسترده‌ترین مدل مورد استفاده در سنجش و ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و ارزشیابی خدمات در سه حیطه ساختار (نیروهای متخصص، تسهیلات و تأسیسات، فن‌آوری و تجهیزات و ساختار سازمان)، فرآیند (خدمات تشخیصی، درمان، رهبری و مدیریت) و پیامد (رضایتمندی و بار بیماری) می‌باشد. براساس مدل Donabedian، ساختار به معنای زمینه‌ای است که خدمات در آن ارائه می‌شود، فرآیند به معنای روند دادن و گرفتن خدمات و پیامد به معنای تأثیر خدمات بر وضعیت سلامت بیماران و مردم است (۱۲). مشارکت‌کنندگان اصلی و اولیه این پژوهش، افراد ارایه‌کننده خدمت تریاژ مامایی و مطلعان کلیدی (افراد خبره در زمینه تریاژ مامایی یا دریافت‌کننده خدمت تریاژ مامایی) شامل تریاژگر ماما، متخصص طب اورژانس،

واحد زنان و مامایی به دلیل مراجعات مکرر مراجعان اورژانس، داشتن تریاژ زنان و مامایی با کیفیت بالا ضروری است (۷ و ۶). تریاژ استاندارد و مناسب باعث افزایش شاخص‌های کیفیت خدمات مراقبتی، افزایش رضایت، کاهش موارد مرگ و میر، افزایش بازده و کارایی بخش‌های اورژانس می‌شود (۸). این در حالی است که توافق در مورد این که فرآیند پویای تریاژ مامایی بر چه اساس و قوانین ثابتی انجام گیرد، وجود ندارد (۹). نتایج مقاله مروری رشیدی فکاری و همکاران نشان داد که هیچ توافقی در زمینه وجود یک ابزار یا شاخص یا سیستم استاندارد و واحد در زمینه تریاژ مامایی وجود ندارد (۶).

یک سیستم تریاژ کارا باید به صورتی باشد که با آن بتوان در مورد هر بیمار به سرعت و با دقت تصمیم‌گیری کرد. سادگی در اجرا و قابلیت اعتماد از مهم‌ترین ویژگی‌های یک سیستم تریاژ استاندارد است (۹). بخش تریاژ به لحاظ حساسیت می‌بایست از نظر ساختاری به گونه‌ای صحیح سازمان‌دهی شود و فرآیندهای ارایه خدمت در این بخش مورد توجه دقیق قرار گیرد، تا با اعمال مدیریت کارآمد بتواند عملکرد مناسبی در ارایه خدمات مطلوب به مددجویان نیازمند داشته باشد (۱۰). بنابراین، وجود یک شاخص و سیستم استاندارد مورد تأیید، جهت تعیین اولویت‌بندی برای ارایه خدمات مورد نیاز است (۶).

ارتقای کیفیت ارایه خدمات در بخش تریاژ به شناخت صحیح وضع موجود و بررسی مشکلات این بخش نیاز دارد (۱۱). با توجه به اهمیت ارتقای کیفیت خدمات در نظام سلامت،

مقدماتی، از ارایه‌دهندگان خدمات تریاژ سؤالات مورد نظر پرسیده شد. بر این اساس، مصاحبه با یک سؤال کلی در مورد تریاژ مامایی «تریاز مامایی چگونه باید باشد؟» آغاز شد. در پایان هر مصاحبه، از مشارکت‌کننده در خواست می‌شد، اگر مطلبی باقی‌مانده بیان کنند. پس از تشکر و قدردانی به احتمال مصاحبه‌های بعدی نیز اشاره می‌شد.

تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری انجام می‌گرفت. پس از انجام هر مصاحبه متن مصاحبه‌ها پس از چند بار گوش دادن، تایپ و سپس وارد نرم‌افزار MAXQDA10 می‌شد. ابتدا محورهای اصلی از پیش تعیین شده «فرآیند، ساختار، پیامد» براساس مدل Donabedian مشخص گردیده، سپس متن مصاحبه ۱۵ شرکت‌کننده بعد از چندین بار بازخوانی دقیق، توسط پژوهشگر به صورت سیستم‌کدگذاری باز برای تولید طبقه‌های اولیه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. بدین منظور ابتدا متن مصاحبه‌ها به واحدهای معنایی تقسیم شدند، سپس کدهای مختلف براساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان با هم مقایسه شده و به طبقه‌هایی دسته‌بندی شدند (۱۴ و ۱۳).

به منظور افزایش صحت و استحکام داده‌ها، از چهار شاخص اعتبار، اعتماد، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری Lincoln و Guba استفاده شد (۱۶ و ۱۵). اعتبارپذیری داده‌ها از طریق اختصاص زمان کافی پژوهشگر برای جمع‌آوری و تفسیر داده‌ها، حضور مداوم در محل پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها از افراد درگیر با موضوع و حضور پژوهشگران مختلف در فرآیند پژوهش به منظور جمع‌آوری، تفسیر و

متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ زنان و زایمان، مسؤول اداره سلامت و مرگ مادران، تریازگر پرستار، مراجعه‌کننده و همراهش، از پنج بیمارستان آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در نقاط مختلف شهر تهران به تعداد ۱۵ نفر بودند. مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع از نظر سن، شغل، تحصیلات، رشته تحصیلی، سابقه کار بالینی انتخاب و وارد پژوهش شدند.

انتخاب مشارکت‌کنندگان، تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. معیارهای ورود به این مطالعه شامل افراد با توانایی بیان تجارب و تمایل به شرکت در مطالعه و برای ارایه‌کنندگان خدمت تریاژ مامایی: دارا بودن حداقل ۶ ماه سابقه کار در بخش مامایی، بود.

گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته صورت گرفت. در مطالعه حاضر، مصاحبه‌ها توسط نویسنده اول این مقاله انجام و توسط دستگاه ضبط دیجیتال ضبط و بلافاصله بعد از هر مصاحبه، کلمه به کلمه تایپ شد. مدت زمان مصاحبه‌ها ۴۲-۱۵ دقیقه بود.

پس از طراحی دقیق مراحل انجام کار، کسب اجازه و انجام هماهنگی‌های لازم جهت حضور محقق در واحد مورد پژوهش، قبل از شروع رسمی مصاحبه، محقق طی یک معرفی مقدماتی برای مشارکت‌کنندگان، توضیحات شفاهی در مورد اهداف پژوهش ارایه می‌داد. سپس برای انجام و ضبط مصاحبه‌ها، رضایت‌نامه گرفته می‌شد. توضیحات کافی در مورد اختیاری بودن مشارکت، محرمانه ماندن اطلاعات و امکان کناره‌گیری از مطالعه در هر مرحله به آنان داده شد. در طی دو مصاحبه

جدول شماره ۲ به بیان زیرطبقه فرعی، طبقه فرعی و طبقه اصلی استخراج شده از داده‌های بخش کیفی مطالعه تبیین شاخص کیفیت تریاژ مامایی می‌پردازد. در این مرحله از پژوهش با انجام مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختار یافته، ۸۲۴ کد اولیه پالایش نشده و ۹۷ کد ادغام یافته استخراج شد.

مهم‌ترین عوامل مؤثر بر شاخص کیفیت فرآیند خدمات ارائه شده در تریاژ مامایی، مشتمل بر دو طبقه فرعی اقدامات و مراقبت‌ها (شامل ۲۷ کد)، تعاملات و ارتباطات (شامل ۸ کد) بود. طبقه فرعی اقدامات و مراقبت‌ها شامل دو زیرطبقه فرعی معاینات (شامل ۹ کد) و شرح حال‌گیری (شامل ۱۸ کد) بود.

مهم‌ترین عوامل مؤثر بر شاخص کیفیت ساختار در تریاژ مامایی، مشتمل بر پنج طبقه فرعی: روال و روند تریاژ (شامل ۳ کد)، الگو و استاندارد (شامل ۵ کد)، مدیریت (شامل ۱۶ کد) بود. طبقه‌های فرعی مدیریت شامل سه زیرطبقه فرعی خصوصیات مدیر (شامل ۷ کد)، نظارت (شامل ۴ کد) و بررسی مستندات و پرونده (شامل ۵ کد) بود. وسایل و تجهیزات (شامل ۲۱ کد)، فضای فیزیکی (شامل ۱۰ کد)، نیروی انسانی (شامل ۱۲ کد) بود. طبقه فرعی نیروی انسانی شامل سه زیرطبقه فرعی همراه بیمار (شامل ۲ کد)، خصوصیات و ویژگی‌های تریاژگر (شامل ۷ کد)، نیازهای آموزشی (شامل ۳ کد) بود.

مهم‌ترین عوامل مؤثر بر شاخص کیفیت پیامد خدمات ارائه شده در تریاژ مامایی، شامل زمان انتظار (شامل ۲ کد)، رضایتمندی (شامل ۲ کد)، پیامدهای جسمی (شامل ۲ کد)، روحی و روانی (شامل ۲ کد) و هزینه (شامل ۲ کد) بود.

تحلیل داده‌ها تضمین گردید. جهت تأمین قابلیت اعتماد در پژوهش حاضر، از درگیری مستمر ذهنی با داده‌ها و روش بازنگری از سوی مشارکت‌کنندگان و همچنین از روش بازنگری ناظران استفاده شد. برای این منظور بخش‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدهای مربوط و طبقات پدیدار شده برای چند ناظر فرستاده شد تا جریان تجزیه و تحلیل را بررسی و در مورد صحت آن‌ها اعلام نظر نمایند. به علاوه داده‌های به دست آمده از مصاحبه‌ها، پس از نوشته شدن و کدگذاری، توسط تیم پژوهش مورد بررسی و بازبینی قرار گرفت. تشریح کامل مراحل پژوهش اعم از جمع‌آوری داده‌ها و شکل‌گیری طبقات فرعی به منظور فراهم نمودن امکان ممیزی پژوهش توسط مخاطبان و خوانندگان، به منظور افزایش تأییدپذیری پژوهش صورت گرفت. همچنین از روش نمونه‌گیری با حداکثر تنوع که به انتقال‌پذیری یافته‌ها به دیگران یا خواننده‌ها کمک می‌کند، استفاده شد.

## یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان (۱۵ نفر) شامل تریاژگر ماما، متخصص طب اورژانس، متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ زنان و زایمان، مسؤول اداره سلامت و مرگ مادران، تریاژگر پرستار، مراجعه‌کننده و همراهش، از بیمارستان‌های آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در نقاط مختلف شهر تهران بودند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آن‌ها در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

## جدول ۱- ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان

شغل	تحصیلات	سابقه کار(سال)	سن(سال)	کد
مربی دانشگاه	کارشناسی ارشد مامایی	۲۲	۵۲	۱.
مسئول اداره سلامت و مرگ مادران	دکتری تخصصی بهداشت باروری	۱۷	۴۶	۲.
تریازگر مامایی	کارشناسی مامایی	۱۰	۳۲	۳.
مسئول اورژانس زنان و مامایی	کارشناسی ارشد مامایی	۳,۵	۲۹	۴.
مسئول اورژانس	متخصص طب اورژانس	۱۲	۴۰	۵.
تریازگر مامایی	کارشناسی مامایی	۶	۳۶	۶.
استاد دانشگاه	فلوشیپ زنان، استاد	۱۴	۴۲	۷.
کارمند اورژانس	متخصص طب اورژانس	۲	۳۰	۸.
تریازگر مامایی	کارדانی مامایی	۲۸	۵۱	۹.
تریازگر مامایی	کارشناسی ارشد مامایی	۸	۳۲	۱۰.
تریازگر مامایی	کارشناسی مامایی	۲۸	۴۶	۱۱.
تریازگر پرستاری	کارشناس پرستاری	۱۵	۳۷	۱۲.
هیات علمی دانشگاه	دکتری تخصصی بهداشت باروری	۳	۲۹	۱۳.
همراه مراجعه کننده به تریاژ مامایی	دیپلم	---	۲۸	۱۴.
مراجعه کننده به تریاژ مامایی	لیسانس	---	۳۶	۱۵.

## جدول ۲- زیرطبقه فرعی، طبقه فرعی و اصلی استخراج شده از مطالعه کیفی

زیرطبقه فرعی	طبقه فرعی	طبقه اصلی
معاینات	اقدامات و مراقبت‌ها	فرآیند
شرح حال گیری		
	تعاملات و ارتباطات	ساختار
	روند و روال تریاژ	
	الگو و استاندارد	
خصوصیات مدیر	مدیریت	
نظارت		
بررسی مستندات و پرونده		
	وسایل و تجهیزات	پیامدها
	فضای فیزیکی	
همراه بیمار	نیروی انسانی	
خصوصیات و ویژگی‌های تریازگر		
نیازهای آموزشی		
	زمان انتظار	پیامدها
	رضایتمندی	
	پیامدهای جسمی	
	پیامدهای روحی و روانی	
	هزینه	

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به درک و تبیین شاخص کیفیت تریاژ مامایی کمک کند. شاخص کیفیت خدمات تریاژ مفهومی است چند بعدی شامل کیفیت ساختار، فرآیند و پیامد. کیفیت فرآیند از کیفیت اقدامات و مراقبت‌ها، ارتباطات؛ کیفیت ساختار از روال و روند تریاژ، الگو و استاندارد، وسایل و تجهیزات، فضای فیزیکی، نیروی انسانی؛ پیامد از زمان انتظار، رضایتمندی، پیامدهای جسمی، روحی و روانی و هزینه تشکیل می‌شود.

یافته‌ها نشان داد که مشارکت‌کنندگان اقدامات و مراقبت‌ها را به عنوان یک عامل مهم مؤثر بر شاخص کیفیت فرآیند تریاژ مامایی ذکر کردند. برخی از مشارکت‌کنندگان توجه به سطح هوشیاری، علایم حیاتی، ضربان قلب جنین، انقباضات رحمی، ABC، پایدار بودن حال مددجو، کنترل علایم خطر و معاینه واژینال و شکمی را در معاینات تریاژ مامایی مهم ذکر کردند.

نتایج مطالعات نشان داده است که ارزیابی براساس شکایت مددجو از طریق بررسی آزمایش‌ها و پارامترهای مختلف، برای اولویت‌بندی انجام می‌گیرد (۱۷). بررسی معمول اطلاعات و داده‌های فیزیولوژیکال، می‌تواند کمک‌کننده باشد (۱۸). پرستاران در واحد تریاژ نیاز به ارزیابی وضعیت بالینی دارند که در این میان برقراری ارتباط مهم است. پرستار در واحد تریاژ به ارزیابی علایم یا مشکلات مددجو می‌پردازد. ارزیابی شامل عواملی همچون: وضعیت کلی، عامل زمان، تهدید، درد، معاینه فیزیکی و نمای کلی بود که نتیجه این عوامل اولویت‌بندی را نشان می‌دهد (۱۹).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که مشارکت‌کنندگان تعاملات و ارتباطات را به عنوان یک عامل مهم در کیفیت فرآیند بیان کرده‌اند. نتایج مطالعات دیگر نشان داده است که تعاملات و ارتباطات بین مراقبان و مددجو در واقع به عنوان محکی برای مراقبت مؤثر و پویا مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۰). ارتباط مناسب با مددجو، فرآیند تریاژ، مراقبت با کیفیت خوب به عنوان انتظارات عمومی گزارش شده است (۲۱). ارتباطات فرآیندی است که در راستای اثرگذاری، کسب حمایت متقابل و آنچه جهت تندرستی و بقا ضرورت دارد، مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۲). در حقیقت ارتباطات یکی از ابزارهای ضروری جهت گردآوری اطلاعات مهم، تصمیم‌گیری مناسب و ارسال پیام‌های کمک‌کننده بین ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و دریافت‌کنندگان این خدمات می‌باشد (۲۳). عوامل ارتباطات و ارزیابی از علت‌های اصلی حوادث و اتفاقات بیان شده است (۱۷). در زمینه بهبود کیفیت در اورژانس‌های مامایی ارجاعی، به شکاف‌های موجود در زمینه تشخیص نشانه‌های خطر اشاره شده است که علل اصلی آن ارتباطات، مهارت‌های بالینی و مدیریت، استانداردهای مراقبت و نظارت و مداخلات ذکر شده است (۲۴).

برخی از مشارکت‌کنندگان، الگو و استاندارد را در تعداد نوبت‌های کاری استاندارد برای تریاژگر، تعداد تریاژگر، استانداردسازی سیستم تریاژ مامایی براساس سیستم ESI، اهمیت وجود الگوریتم و پروتکل‌های استاندارد تریاژ، هماهنگی و

همکاری بین واحدهای مختلف برون بیمارستانی بیان کرده‌اند.

شواهد نشان داد که استفاده از سیستم تریاژ ESI و تقسیم نوبت‌های کاری در روز، منجر به بهبود پتانسیل شغلی و افزایش رضایتمندی مددجویان خواهد شد (۲۵). نتایج مطالعات نشان داد که کمبود نیروی انسانی، کمبود نیروی انسانی متخصص و فقدان قوانین اساسی از عوامل مهم در ایجاد حوادث در بخش اورژانس است (۱۷). شواهد نشان داد که علت تأخیر در ارائه خدمت در اورژانس را کمبود کارکنان واجد شرایط ذکر کرده‌اند (۲۶). همچنین در مطالعه دیگری منابع انسانی و دانش ضعیف را علت تأخیر ذکر کرده‌اند (۲۶ و ۲۷). براساس شواهد عوامل ساختاری شامل مشخص بودن شرح وظایف کارکنان، نیروی انسانی، فضای فیزیکی، مهارت و تجربه کارکنان، استخدام کارکنان متخصص و حرفه‌ای، آموزش، به روزرسانی تجهیزات پزشکی بر کیفیت ساختار اورژانس اثرگذار است (۱۷ و ۲۴). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که مهارت و صلاحیت و تعداد تریاژگر از عوامل داخلی مؤثر بر تصمیم‌گیری در تریاژ می‌باشد. مهم‌ترین اقدام یک تریاژگر اولویت‌بندی صحیح در یک زمان و مکان محدود است که مستلزم مهارت، داشتن دانش و تجربه و شهود (درک بی‌واسطه) تریاژگر می‌باشد (۱۹). شواهد بر اهمیت مهارت تصمیم‌گیری با کیفیت بالای تریاژگر تأکید کرده است. داشتن آگاهی از نحوه قضاوت و تصمیم‌گیری، مهم و ضروری است (۲۸). آگاهی در واقع داشتن توانایی درک چیزهای غیرقابل تشخیص می‌باشد (۲۹).

برخی از مشارکت‌کنندگان روال و روند تریاژ را به عنوان معیارهای مهم در ساختار ارائه خدمت در تریاژ مامایی ذکر کردند.

شواهد نشان داد که اغلب برای هدایت هر روش و فرآیند در تریاژ بیش‌تر از یک سیاست در ساختار به کار گرفته می‌شود. بین ساختار (سیاست‌های موجود در تریاژ) و فرآیند (روش‌های موجود در تریاژ) ارتباط وجود دارد (۳۰). هنگامی که یک زن باردار به واحد تریاژ مامایی مراجعه می‌کند، معمولاً توسط مامای با تجربه معاینه می‌شود و براساس حدت به واحد لیبر ارجاع و یا ترخیص می‌شود. اگر این روند به درستی انجام شود، رضایتمندی مادر افزایش و زمان انتظار را کاهش می‌دهد (۳۱).

برخی از مشارکت‌کنندگان زمان انتظار و رضایتمندی مراجعان را به عنوان معیارهای مهم در پیامدهای ارائه خدمت در تریاژ مامایی ذکر کردند.

شواهد نشان داد که از مشکلات تریاژ مامایی نارضایتی و زمان انتظار طولانی برای دریافت مراقبت است (۱۱ و ۱۰). افزایش زمان انتظار منجر به ترک بیماران بدون ارزیابی، تأخیر در دریافت مراقبت و درمان، نارضایتی بیماران و افزایش مرگ و میر می‌شود (۳۲). نتایج مطالعه Bleustein و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که ارتباط آماری معکوسی بین زمان انتظار و رضایت بیمار و بین زمان انتظار و کیفیت درک شده وجود دارد (۳۳).

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم صراحت و پاسخ‌گویی محافظه کارانه برخی از مشارکت‌کنندگان اشاره کرد.

مطالعه حاضر اولین مطالعه انجام یافته در زمینه شاخص تریاژ مامایی و کیفیت آن در ایران

## تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب در مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد ۲۱۲۴۲ است. بدین وسیله از همکاری و مساعدت مسئولان دانشکده، کتابخانه و واحد کامپیوتر دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری جهت همکاری در جستجوی مقالات تشکر و قدردانی می‌شود و همچنین از همکاری صمیمانه مادران تشکر و قدردانی می‌شود.

است. بررسی شاخص کیفیت تریاژ مامایی، منجر به یافتن مشکلات، موانع و چالش‌های موجود در ارائه این خدمت خواهد شد و اطلاعات حاصل از آن، بنیانی برای ارتقای خدمات ارائه شده و بهبود پیامدهای آن خواهد بود.

در مجموع شاخص کیفیت تریاژ مامایی تحت تأثیر کیفیت فرآیند: اقدامات و مراقبت‌ها، ارتباطات؛ کیفیت ساختار: روال و روند تریاژ، الگو و استانداردها، وسایل و تجهیزات، فضای فیزیکی، نیروی انسانی؛ پیامد: زمان انتظار، رضایتمندی، پیامدهای جسمی، روحی و روانی و هزینه، بود.

## منابع

- 1 - Lehmann R, Brounts L, Lesperance K, Eckert M, Casey L, et al. A simplified set of trauma triage criteria to safely reduce overtriage: a prospective study. *Arch Surg*. 2009 Sep; 144(9): 853-8. doi: 10.1001/archsurg.2009.153.
- 2 - Angelini D, Howard E. Obstetric triage: a systematic review of the past fifteen years: 1998-2013. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2014 Sep-Oct; 39(5): 284-97. doi: 10.1097/NMC.000000000000069.
- 3 - Matteson KA, Weitzen SH, Lafontaine D, Phipps MG. Accessing care: use of a specialized women's emergency care facility for nonemergent problems. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 Mar; 17(2): 269-77. doi: 10.1089/jwh.2006.0292.
- 4 - Paisley KS, Wallace R, DuRant PG. The development of an obstetric triage acuity tool. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2011 Sep-Oct; 36(5): 290-6. doi: 10.1097/NMC.0b013e318226609c.
- 5 - Cheraghi A, Riazi H, Emamhadi MA, Jambarsang S. [A study on organizational factors affecting midwifery errors from the viewpoint of midwives in educational hospitals and health centers of Tehran, 2014]. *Iranian Journal of Forensic Medicine (IJFM)*. 2016; 22(2): 139-46. (Persian)
- 6 - Rashidi Fakari F, Simbar M, Zadeh Modares S, Alavi Majd H. Obstetric triage scales; a narrative review. *Arch Acad Emerg Med*. 2019 Jan 13; 7(1): e13.
- 7 - Goodman DM, Srofenyoh EK, Olufolabi AJ, Kim SM, Owen MD. The third delay: understanding waiting time for obstetric referrals at a large regional hospital in Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Jul 11; 17(1): 216. doi: 10.1186/s12884-017-1407-4.
- 8 - Wuerz RC, Travers D, Gilboy N, Eitel DR, Rosenau A, Yazhari R. Implementation and refinement of the emergency severity index. *Acad Emerg Med*. 2001 Feb; 8(2): 170-6. doi: 10.1111/j.1553-2712.2001.tb01283.x.
- 9 - Gerber Zimmerman P, McNair R. *Triage essence and process*. Triage Nursing Secrets Missouri: Mosby Inc; 2006.
- 10 - Kirsch TD. Emergency medicine around the world. *Ann Emerg Med*. 1998 Aug; 32(2): 237-8. doi: 10.1016/s0196-0644(98)70142-8.
- 11 - Clarke ME. Emergency medicine in the new South Africa. *Annals of Emergency Medicine*. 1998 Sep; 32(3): 367-72.
- 12 - Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford; New York: Oxford University Press; 2002.

- 13 - Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb; 24(2): 105-12. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- 14 - Chen H-M, Hsieh Y-H. Key trends of the total reward system in the 21st century. *Compensation & Benefits Review*. 2006; 38(6): 64-70. doi: 10.1177/0886368706292542.
- 15 - Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994. P. 105-117.
- 16 - Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif. : Sage; 1985.
- 17 - Zaboli R, Malmoon Z, Soltani-Zarandi MR, Hassani M. Factors affecting sentinel events in hospital emergency department: a qualitative study. *Int J Health Care Qual Assur*. 2018 Jul 9; 31(6): 575-586. doi: 10.1108/IJHCQA-07-2017-0137.
- 18 - Gerdtz MF, Bucknall TK. Triage nurses' clinical decision making. An observational study of urgency assessment. *J Adv Nurs*. 2001 Aug; 35(4): 550-61. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01871.x.
- 19 - Andersson AK, Omberg M, Svedlund M. Triage in the emergency department--a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nurs Crit Care*. 2006 May-Jun; 11(3): 136-45. doi: 10.1111/j.1362-1017.2006.00162.x.
- 20 - de Almeida Araujo IM, da Silva RM, Bonfim IM, Fernandes AF. Nursing communication in nursing care to mastectomized women: a grounded theory study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010 Jan-Feb; 18(1): 54-60. doi: 10.1590/s0104-11692010000100009.
- 21 - Watt D, Wertzler W, Brannan G. Patient expectations of emergency department care: phase I--a focus group study. *CJEM*. 2005 Jan; 7(1): 12-6. doi: 10.1017/s1481803500012872.
- 22 - Hemmati-Maslakpak M, Sheikhabaglu M, Baghaie R. [Relationship between the communication skill of nurse-patient with patient safety in the critical care units]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014; 3(2): 77-84. (Persian)
- 23 - Kim WJ, Kim MY. Awareness and performance of communication skills in clinical education. *Proceedings of Advanced Science and Technology Letters AST*. 2014; 47: 362-364. doi: 10.14257/astl.2014.47.82.
- 24 - Afari H, Hirschhorn LR, Michaelis A, Barker P, Sodzi-Tetty S. Quality improvement in emergency obstetric referrals: qualitative study of provider perspectives in Assin North District, Ghana. *BMJ Open*. 2014 May 15; 4(5): e005052. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005052.
- 25 - Tatli O, Kupcuk O, Vahdati SS, Karaca Y, Sahin A, Ala A. Assessment of shift programs of emergency department health personnel in four hospitals providing medical training in turkey and Iran, a brief report. *Trauma Monthly*. 2018; 23(4): e59074. doi: 10.5812/traumamon.59074.
- 26 - Cavallaro FL, Marchant TJ. Responsiveness of emergency obstetric care systems in low- and middle-income countries: a critical review of the "third delay". *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013 May; 92(5): 496-507. doi: 10.1111/aogs.12071.
- 27 - Knight HE, Self A, Kennedy SH. Why are women dying when they reach hospital on time? A systematic review of the 'third delay'. *PLoS One*. 2013 May 21; 8(5): e63846. doi: 10.1371/journal.pone.0063846.
- 28 - Noon AJ. The cognitive processes underpinning clinical decision in triage assessment: a theoretical conundrum? *Int Emerg Nurs*. 2014 Jan; 22(1): 40-6. doi: 10.1016/j.ienj.2013.01.003.
- 29 - Potter PJ, Frisch N. Holistic assessment and care: presence in the process. *Nurs Clin North Am*. 2007 Jun; 42(2): 213-28. doi: 10.1016/j.cnur.2007.03.005.
- 30 - Worth MG. Structure, process, and recommendations of emergency department triage in the US. Ph.D Thesis, The University of North Carolina at Greensboro, 2017.
- 31 - Quaile H. Implementing an obstetrics-specific triage acuity tool to increase nurses' knowledge and improve timeliness of care. *Nurs Womens Health*. 2018 Aug; 22(4): 293-301. doi: 10.1016/j.nwh.2018.05.002.
- 32 - Johnson M, Myers S, Wineholt J, Pollack M, Kusmiesz AL. Patients who leave the emergency department without being seen. *Journal of Emergency Nursing*. 2009 Mar; 35(2): 105-8. doi: 10.1016/j.jen.2008.05.006.
- 33 - Bleustein C, Rothschild DB, Valen A, Valatis E, Schweitzer L, Jones R. Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *Am J Manag Care*. 2014 May; 20(5): 393-400.

# Explaining the quality index of obstetric triage

Farzaneh Rashidi Fakari\* Masoumeh Simbar\*\* Saeed Safari\*\*\* Fahimeh Rashidi Fakari\*  
Elham Moghadas Inanloo\*\*\*\* Leila Molaie\*\*\*\*\*

## Abstract

Article type:  
Original Article

Received: Oct. 2019  
Accepted: Dec. 2019  
e-Published: 1 Jan. 2020

**Background & Aim:** Due to repeat emergency patients, the high quality obstetrics and gynecology triage is essential in the obstetrics and gynecology department. Given the importance of improving the healthcare quality, clarifying the aspects and features of the concept of obstetric triage quality would be helpful for determining criteria and standardization of obstetric triage quality. Therefore, the aim of the study was to explain the quality index of obstetric triage.

**Methods & Materials:** This qualitative study was conducted using a directed content analysis method on 15 participants. Participants included obstetric triage service providers and key specialists in obstetric triage. The data were collected through in-depth, semi-structured interviews. Data analysis was performed using the MAXQDA software version 10.

**Results:** At this stage of the study, conducted with in-depth, semi-structured interviews, 824 initial codes and 97 merged codes were extracted. The quality of obstetric triage was explained by three main themes, including process quality, structure quality and outcome. The concept of process quality included 35 codes in two sub-categories: actions and care, interactions and communications. Structure quality included 51 codes in five sub-categories: routine and process of triage, pattern and standard, equipment, physical space, and manpower. Outcome included eleven codes in five sub-categories: waiting time, satisfaction, physical implication, psychological implication, and cost.

**Conclusion:** The index of obstetric triage quality is influenced by the quality of the process (actions and care, communications), the quality of the structure (routine and process of triage, pattern and standard, equipment, physical space, manpower), and outcome (waiting time, satisfaction, physical implication, psychological implication and cost).

Corresponding author:  
Masoumeh Simbar  
e-mail:  
Msimbar@gmail.com

**Key words:** emergency, triage, obstetric

### Please cite this article as:

- Rashidi Fakari F, Simbar M, Safari S, Rashidi Fakari F, Moghadas Inanloo E, Molaie L. [Explaining the quality index of obstetric triage]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2020; 25(4): 356-365. (Persian)

\* Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*\* Midwifery and Reproductive Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*\*\* Dept. of Emergency Medicine, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*\*\*\* Dept. of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*\*\*\*\* Dept. of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran