

سیستم‌های تریازوارا فله مدل
پروژه برای تریاز بیمارستان در
بالایا و حوادث با مصدومین اتبوه

درا ایران

مؤلفین:

دکتر جعفر بازیار

دکتر حمیدرضا خانکه

دکتر مهرداد فرخی

Prof.Dr.Bernd Domres

دکتر مهدی نوروزی

خرداد ۱۳۹۹



انتشارات دانشگاهی فرهمند

نام کتاب: سیستم های تریاژ و مدل بومی برای تریاژ بیمارستانی در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه در ایران
مؤلفین: جعفر بازیار / حمیدرضا خانکه / مهرداد فرخی / مهدی نوروزی / امیرسالاری

ویراستار و طراح جلد: علیرضا فرهمندزادگان

تاریخ و نوبت چاپ: اول ۱۴۰۰

شمارگان: ۱۰۰ نسخه

بها: ۸۰۰۰۰۰ ریال

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۳۱۵-۱۸-۹

حق چاپ برای انتشار دانشگاهی فرهمند محفوظ می باشد

نشانی: تهران، خیابان انقلاب، نرسیده به ۲ فروردین، ساختمان ۱۳۲۰، طبقه زیر

تلفن: ۶۶۹۵۳۲۷۴ - ۶۶۴۱۰۶۸۸

WWW.FARBOOK.IR
Farbook.pub@gmail.com

بازیار، جعفر، ۱۳۵۷-	سرشناسه
سیستمهای تریاژ و ارائه مدل بومی برای تریاژ اولیه بیمارستانی در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه در ایران/ نگارنده جعفر بازیار، استاد راهنما حمیدرضا خانکه، مهرداد فرخی، استاد مشاور برنڈ دومرس، استاد مشاور آماری مهدی نوروزی، / برای/ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه آموزشی سلامت در بلایا و فوریتها.	عنوان و نام پدیدآور
تهران: نشر دانشگاهی فرهمند، ۱۴۰۰.	مشخصات نشر
۲۰۷ص: مصور(رنگی)، جدول (بخشی رنگی)، نمودار (بخشی رنگی).	مشخصات ظاهری
۸۰۰۰۰۰ ریال-۹-۱۸-۷۳۱۵-۶۲۲-۹۷۸:	شابک
فیبا	وضعیت فهرست نویسی
ص.ع. به انگلیسی ...: Jafar Bazyar. Development of a context-bound...	یادداشت
کتابنامه: ص. ۱۷۲ - ۱۸۲.	یادداشت
تریاز (برشکی) - ایران - نمونه پژوهی	موضوع
Triage (Medicine) - Iran - Case studies	موضوع
بیمارستانها - خدمات اورژانس - مدیریت - نمونه پژوهی	موضوع
Hospitals - Emergency services - Administration - Case studies	موضوع
خانکه، حمیدرضا، ۱۳۴۶ - . استاد راهنما	شناسه افروده
فرخی، مهرداد، ۱۳۵۴ - . استاد راهنما	شناسه افروده
دومرس، برنڈ، ۱۹۲۸ - م. استاد مشاور	شناسه افروده
-Domres, Bernd, 1938	شناسه افروده
نوروزی، مهدی، ۱۳۶۰ - . (دکتر)، استاد مشاور	شناسه افروده
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. گروه آموزشی سلامت در بلایا و فوریتها	شناسه افروده
۶۱۶۰۳۵	رده بندی کنگره
۶۱۶۰۳۵	رده بندی دیویی
۷۶۱۰۰۶۳	شماره کتابشناسی ملی
فیبا	وضعیت رکورد

چکیده:

مقدمه: سیستم های تریاز به عنوان یکی از اولین اقدامات در فاز پاسخ در چرخه مدیریت حوادث و بلایا و از اصول کلیدی مدیریت حوادث بزرگ به منظور تأمین خدمات سلامت موثر و در زمان مناسب هستند. وجود پروتکل های تریاز بیمارستانی در بلایا از شاخصهای مهم تاب آوری بیمارستانها و از ضرورت های برنامه عملیات فوریت بیمارستان^۱ در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه می باشند. مطالعات مختلفی بر ضرورت طراحی مدل بومی تریاز بیمارستانی در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه برای ایران تأکید داشتند. با توجه به خلا موجود در این زمینه و عدم وجود مدل بومی، این مطالعه با هدف تدوین و ارائه مدل بومی تریاز بیمارستانی در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه در ایران انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع مطالعات تلفیقی متوالی^۲ و محیط پژوهش نیز بیمارستانهای کشور ایران بود. در فاز کیفی از تحلیل محتوای کیفی با نمونه گیری هدفمند با حداکثر تنوع بر اساس معیارهای ورود و خروج با هدف شناسایی شاخصها و معیارهای مناسب با تریاز بومی بیمارستانی در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه و مشخص نمودن شاخصهای نهایی و همچنین نهایی کردن شاخصهای رقیب، و در فاز کمی از تصمیم گیری کاربردی چندمعیاره^۳ به دو روش فرآیند تحلیل سلسله مراتبی^۴ و تاپسیس فازی^۵ طبق ماتریس مقایسات زوجی و ماتریس تصمیم با هدف وزن دهی و رتبه بندی شاخصهای نهایی بر اساس گزینه های رقیب برای قرار گرفتن در مدل، استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها در نرم افزار Expert Choice انجام گردید.

نتایج: در فاز کیفی تا اشیاع داده ها و با حداکثر تنوع با ۲۷ نفر از متخصصین بومی از ۱۷ دانشگاه کشور مصاحبه انجام شد. ۱۱ نفر با تجربه عملیاتی، ۹ نفر خبره و ۷ نفر عضو کمیته کشوری تریاز بیمارستانی در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه بودند. در فاز کیفی ۴ شاخص راه رفتن و حرکات هدفمند، راه هوایی و تنفس، گردش خون و وضعیت ذهنی برای قرار گرفتن در مدل بومی نهایی شدند، که میزان توافق این شاخصها، راه رفتن و حرکات هدفمند (توافق ۹۲.۶۰٪)، راه هوایی و تنفس (توافق ۱۰۰٪)، وضعیت گردش خون (توافق ۱۰۰٪) و وضعیت ذهنی (توافق ۱۰۰٪) برآورد گردید. در فاز کمی، مشارکت کنندگان به پرسشنامه محقق ساخته برای وزن دهی و رتبه بندی شاخصهای نهایی شده بر اساس ۳ گزینه رقیب شامل اهمیت بالینی شاخص، عدم پیچیدگی و سادگی در اجرا و سرعت در اجرا پاسخ دادند. در نتایج این فاز با دو روش تحلیل سلسله مراتبی و تاپسیس فازی، شاخص راه رفتن و حرکات هدفمند با وزن ۳۰۰، و رتبه ۱، راه هوایی و تنفس با وزن ۲۷۶، و رتبه ۲، وضعیت گردش خون با وزن ۲۴۵، و رتبه ۳ و در نهایت وضعیت ذهنی با وزن ۱۷۹، و رتبه ۴ به دست آمد. نرخ ناسازگاری مشارکت کنندگان در وزن دهی و رتبه بندی شاخصها برابر ۰.۱ شد که نشان داد مشارکت کنندگان ما توافق ۹۹ درصدی در وزن دهی و

^۱ Emergency Operation Program (EOP)

^۲ Sequential Mixed Method

^۳ Multi-Attribute Decision Making

^۴ Analytical Hierarchy process

^۵ Fuzzy TOPSIS

رتبه بندی شاخصها داشتند. در نهایت بر اساس وزن و رتبه شاخصها، مدل بومی تریاز بیمارستانی در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه طراحی شد. دقت مدل بومی پیشنهادی در طبقه بندی صحیح مصدومین بر اساس یک سناریوی شبیه سازی شده با تعداد ۵۰ مصدوم، ۶۸ درصد با میزان بیش تریازی ۴ درصد و کم تریازی ۲۸ درصد در مقایسه با مدل تریاز استارت با دقت ۴۸ درصد با میزان بیش تریازی ۲۰ درصد و کم تریازی ۳۲ درصد برآورد گردید.

بحث و نتیجه گیری: تیم تحقیق بر اساس سیستم های رایج تریاز در جهان، اصول تریاز در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه، نظر متخصصین بومی نظام سلامت و ملاحظات خاص بستر بومی، اقدام به طراحی مدل بومی تریاز بیمارستانی در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه در ایران نمودند. نتیجه آزمون مدل ما نشان داد که دقت آن در طبقه بندی مصدومین بالاتر از مدل تریاز استارت بوده، به هر حال تدوین مدل‌های جدید تریاز یک فرآیند پویا و مداوم بوده و در صورت نیاز به ارتقاء و توسعه آن در مراحل بعدی، تغییرات لازم در دستور کار تیم تحقیق قرار خواهد گرفت. میزان پائین بیش تریازی مدل ما به نظر می رسد ناشی از انتخاب شاخصهای مناسب و محدوده مناسب این شاخصها در مدل بوده و از طرف دیگر سهم بزرگی از میزان کم تریازی زیاد مدل بومی در خطای شناسایی مصدومین گروه زرد ناشی از قرار دادن مصدومین با توانایی راه رفتن در گروه سبز می باشد، که تعدادی زیادی از این بیماران با وجود توانایی راه رفتن دارای مشکلات جدی بودند که بر اساس رفرنس استاندارد می بایستی در گروه زرد قرار می گرفتند، لذا با توجه به اینکه این مصدومین (گروه سبز) در مدل ما بلافاصله به منطقه سبز تریاز بیمارستانی در بلایا و حوادث با مصدومین انبوه برای ارزیابی و تریاز مجدد منتقل می گردند، بسیاری از این افراد که از نظر بعد زمانی نیز فرصت برای انجام مداخلات درمانی خواهیم داشت، در تریاز مجدد برای قرار گرفتن در گروه واقعی و درست، شناسایی خواهند شد، پس به نظر می رسد که میزان کم تریازی مدل در واقع کم تریازی اولیه بوده و در ارزیابی های مجدد این میزان خطا به شدت کاهش پیدا خواهد کرد و این دلایل می تواند در کاهش نگرانی ما در خطای کم تریازی تأثیر گذار باشد. ضمن اینکه اگر ما گروه مصدومین سبز با توانایی راه رفتن را بلافاصله در ارزیابی های فردی از نظر سایر شاخصها قرار می دادیم، زمان را از دست می دادیم، پس ما با این رویکرد، سرعت در اجرای تریاز را نیز به عنوان یک مولفه مهم در تریاز بلایا نیز حفظ نموده ایم.

کلید واژه‌ها: تریاز، بلایا، حوادث با مصدومین انبوه، بیمارستان، مطالعه تلفیقی