

گام‌های توسعه در آموزش پزشکی
مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی
دوره سیزدهم، شماره دوم، ص ۱۷۱ - ۱۶۰، ۱۳۹۵

نیاز به آموزش و بهبود دانش شغلی: برگرفته از تجارب پرستاران تریاژ تلفنی مرکز پیام اورژانس ۱۱۵ مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

علی آذرنوش^۱، شایسته صالحی^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲. دکتری آموزش پرستاری، دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

• دریافت مقاله: ۹۴/۴/۱۷ • آخرین اصلاح مقاله: ۹۴/۷/۱۹ • پذیرش مقاله: ۹۴/۷/۲۰

زمینه و هدف: پاسخ مؤثر از طریق تلفن به اورژانس‌های پزشکی، برای سیستم‌های اورژانس پزشکی در سراسر جهان حیاتی می‌باشد. ارائه خدمات اورژانسی به صورت مرتب‌سازی و اولویت‌بندی تماس‌های دریافتی صورت می‌گیرد و آموزش این دسته از خدمات، در فاصله زمان پاسخ و کیفیت پاسخ نقش حیاتی را ایفا می‌کند. این پژوهش با هدف توصیف تجربه‌های پرستاران از تریاژ تلفنی صورت گرفته در مرکز پیام اورژانس ۱۱۵ مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گردید.

روش کار: تحقیق حاضر به صورت کیفی پدیدارشناختی انجام شد. انتخاب جامعه پژوهش به صورت مبتنی بر هدف و شامل ۵ نفر از پرستاران شاغل در مرکز پیام اورژانس ۱۱۵ کرمان با حداقل ۵ سال سابقه کار بود. جمع‌آوری اطلاعات به صورت مصاحبه فرد به فرد و با استفاده از ابزار مصاحبه عمیق و بدون ساختار انجام شد. میانگین زمان هر مصاحبه ۶۳ دقیقه به طول انجامید و از ضبط صوت الکترونیکی برای ثبت مصاحبه‌ها استفاده شد. داده‌های حاصل با استفاده از روش Colaizzi تجزیه و تحلیل گردید. جهت اعتمادپذیر کردن داده‌ها، پژوهشگر دوباره به تک‌تک نمونه‌ها مراجعه نمود.

یافته‌ها: ۷۳۷ مفهوم خلاصه شده از مصاحبه‌ها استخراج گردید که در ۹ دسته موضوعی قرار گرفت و در نهایت، سه درون‌مایه «ایفای نقش در بستر فرهنگ و اجتماع»، «ایفای نقش در بستر حرفه و سازمان» و «ایفای نقش در بستر فردی» به دست آمد. تجربه‌های پرستاران به صورت «مجموعه‌ای فشرده و هم‌بند (پیوستار) بین فرصت‌ها، تهدیدها، قوت‌ها و ضعف‌ها» بیان شد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر را می‌توان در دو نکته اساسی خلاصه کرد. اول این که مهارت‌های ارزیابی که در مشاوره چهره به چهره استفاده می‌شود، از طریق تلفن به طور مستقیم قابل انتقال نیست و این امر نشان می‌دهد که آموزش‌های خاص مشاوره تلفنی، ارزیابی درمان و مهارت‌های تصمیم‌گیری باید به پرستاران تریاژ شاغل در این مراکز ارائه شود. دوم این که افزایش رضایت شغلی در بین قشر جدید پرستاران تریاژ تلفنی باید با در نظر گرفتن استقلال در تصمیم‌گیری و کاهش خطاهای تصمیم‌گیری پرستار تریاژ تلفنی صورت گیرد که این مهم با ابلاغ دستورالعمل تریاژ تلفنی یکپارچه و ایجاد راهکارهای مناسب آموزشی جهت کنترل استرس‌های تجربه شده، انجام می‌شود. این نکات باید توسط مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور برای ارتقای دانش شغلی در پرستاران مراکز پیام اورژانس ۱۱۵ در نظر گرفته شود.

کلید واژه‌ها: پرستار تریاژ، تریاژ تلفنی، تجربه، پرستار اعزام کننده، مرکز مدیریت حوادث، آموزش

*نویسنده مسئول: گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

• تلفن: ۰۹۱۳-۲۰۹۲۹۹۷ • شماره: ۰۳۱-۳۵۳۵۴۰۶۰

Email: sh.salehi@khuisf.ac.ir

مقدمه

تریاز از لغت فرانسوی Trier به معنی دسته‌بندی و طبقه‌بندی و انتخاب گرفته شده است (۱) و یکی از مهم‌ترین اجزای طب اورژانس است و اهمیت آن برای پیگیری بیمار در شرایط اورژانس می‌باشد. در حال حاضر در سیستم‌های مدرن اورژانس، تریاز یکی از ارکان اساسی به شمار می‌رود که انجام صحیح و علمی آن، موجب کاهش مرگ و میر بیماران می‌گردد (۲). پرستارانی که عمل تریاز را انجام می‌دهند، به دانش، اطلاعات و تجربه کافی در این زمینه نیاز دارند (۳). امروزه، تلفن به یک وسیله ارتباطی حیاتی در ارائه خدمات سلامتی تبدیل شده است. آگاهی از هزینه‌ها و دسترسی به سرویس‌های خدمات سلامتی، استفاده مشتریان از تلفن را به میزان قابل توجهی افزایش داده است تا از آن برای تعیین میزان فوریت مشکل پیش آمده و نیاز به رسیدگی‌های پزشکی استفاده نمایند. پزشکان ارائه دهنده خدمات سلامتی اولیه به قدری پرمشغله هستند که نمی‌توانند به طور شخصی پاسخگوی تعداد تلفن‌های کسانی باشند که درخواست مشاوره دارند و این مسؤلیت اغلب مواقع به عهده پرستاران می‌باشد. با استفاده از دستورالعمل‌های سازمان یافته و مدون تریاز تلفنی بیماران، پرستار می‌تواند با اطمینان کافی به سؤالات پاسخ دهد؛ در حالی که اعمال سلیقه‌های شخصی به حداقل می‌رسد (۴).

تداخلات تریاز تلفنی ممکن است به ارزیابی، آموزش بیمار و یا مداخله در بحران نیاز داشته باشد (۵). تریاز و مشاوره تلفنی به یک صنعت در حال رشد تبدیل شده است و نشانه‌های این رشد واضح و مشهود می‌باشد. وقتی تماس برقرار شد و شما کمکی را پیشنهاد نمودید، یک رابطه پرستار- بیمار برقرار می‌شود. طبق نظر بعضی از کارشناسان، عدم مشاوره و پیگیری کامل به عنوان خودداری از کمک و رها کردن بیمار محسوب می‌شود (۴). هدف از تریاز تلفنی، ارزیابی و رسیدگی به تماس‌های مبتنی بر علائم می‌باشد که از طریق صحبت تلفنی به دست آمده است. از جمله نقش‌های یک پرستار تریاز تلفنی می‌توان به نقش امدادی (گوش دادن، کنترل مددجو، ارائه

صدایی آرام به جای لمس)، نقش تشخیصی (با توجه به شرایط مددجو و پیش‌بینی مشکلات)، نقش مداخله در بحران (درک فوری از سرعت در تحولات) و نقش نظارتی (توصیه و مداخله در درمان در منزل) اشاره کرد (۵).

مطالعات کیفی نشان می‌دهد که طیف وسیعی از نگرانی‌های مشترک و مسایل تجربه شده توسط پرستاری از راه دور در فرایند تصمیم‌گیری مطرح شده است که توسط ترکیبی از رابطه پرستار- بیمار و عوامل مربوط به سازمان، تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۶). از ویژگی‌های کلی تصمیم‌گیری تریاز می‌توان هدف، رفتارهای شناختی، سطح تجربه، استفاده از فراست و تفکر انتقادی را بیان نمود و این فرایند تنها شامل به کارگیری مهارت‌های تخصصی، فرایندهای بیماری و یا پروتکل تخصصی نیست (۷). این روش غربالگری تماس‌ها اگر به شیوه درست اجرا شود، با صرفه‌جویی در زمان و هزینه همراه است؛ چرا که تنها منابع ضروری اعزام می‌گردند (۸). در غیاب دستورالعمل‌های استاندارد، متأسفانه پاسخ مشاوره ممکن است فاقد استحکام و دقت کافی باشد. این مواجهه زیاد از حد با تریاز تلفنی بسیار شایع بوده است و احتمال خطرات پزشکی قانونی را افزایش می‌دهد (۴). ویژگی یک سیستم تریاز تلفنی، ارائه مطمئن مراقبت به موقع و یا دسترسی به مراقبت به کمک مجموعه‌ای از عناصر همچون کارکنان، آموزش، پروتکل‌ها، فرم‌های اسنادی و استانداردها، با همکاری یکدیگر می‌باشد. محققان هنوز تعیین نکرده‌اند که کدام پروتکل این سیستم بهتر کار می‌کند (۵). نتایج مطالعه Purc-Stephenson و Thrasher نشان داد که به دست آوردن و حفظ مهارت، استقلال، محیط جدید کار، ارزیابی جامع و استرس، پنج موضوع عمده از مسایل مشترک و نگرانی‌های تجربه شده توسط پرستاران تریاز و مشاوره می‌باشد و این دسته از پرستاران طیف وسیعی از نگرانی‌ها و مسایل مربوط به آن و موانع و یا تسهیل در روند تصمیم‌گیری را به طور مشترک تجربه می‌کنند (۶).

تحقیق Huibers و همکاران بر این مطلب تأکید داشت که

همراه با کنترل وی و دستورالعمل مراقبت‌های فوری مورد نیاز را تعیین نماید. تریاژ تلفنی به عنوان یک تخصص جدید، هنوز مورد بحث و گفتگو می‌باشد. به عنوان مثال، برخی از پرستاران در تریاژ تلفنی «از طریق مشاوره تلفنی» خودشان را به عنوان پرستار مشاوره در نظر می‌گیرند؛ در حالی که برخی دیگر از پرستاران، واژه «پزشکی از راه دور» یا «سلامتی از راه دور» را استفاده می‌نمایند (۱۴).

با توجه به موارد فوق می‌توان ضرورت انجام تحقیق را در پنج بند خلاصه نمود:

۱. نگرانی‌های مشترک و مسایل تجربه شده توسط پرستاران از راه دور در فرایند تصمیم‌گیری (تریاز)
 ۲. شایع بودن زیاد از حد تریاژ تلفنی و احتمال افزایش خطرات پزشکی قانونی
 ۳. عدم غربالگری تماس‌ها به شیوه صحیح و تحمیل هزینه‌های درمانی و از دست رفتن وقت برای بیمار و یا عدم صرفه‌جویی در زمان
 ۴. ضرورت انجام تحقیق برای تعیین مهم‌ترین عوامل دخیل (کارکنان، آموزش، پروتکل‌ها، فرم‌های اسنادی و استانداردها) در سیستم تریاژ تلفنی
 ۵. کمک به حل مشکل پرستاران در مورد تعریف و برداشت از تریاژ تلفنی
- با توجه به بررسی متون منتشر شده و عدم وجود مطالعه در بحث تریاژ تلفنی در کشور و همچنین، لزوم ورود به تجربه‌های اجتماعی، حرفه‌ای و فردی کارکنان در این قشر شغلی جدید، مطالعه کیفی حاضر با هدف کشف درک و تجربه‌های پرستاران مرکز پیام اورژانس ۱۱۵ از تریاژ تلفنی انجام شد.

روش کار

این تحقیق به صورت کیفی پدیدارشناختی بود که برای توصیف تجربه‌های پرستاران از تریاژ تلفنی انجام شد. هدف از تحقیق پدیدارشناختی، شرح تجربه‌های افراد همان طور که آن

تریاز تلفنی یک کار پیچیده و دارای خطرات بالقوه است. با توجه به این که عدم تماس چشمی و عناصر غیر کلامی ارتباط، درباره مشاوره وجود دارد، پرستاران باید به جای نشانه‌های بصری به شنوایی خود تکیه نمایند. بنابراین، مهارت‌های ارتباطی بسیار مهم است (۹). Moss در پژوهش خود دریافت که دستورالعمل‌های تریاژ، به مفهوم‌سازی مجدد نقش پرستاری نیاز دارد (۱۰). Bohm و Castrén در مطالعه خود بیان نمودند که پرستاران اعزام کننده، نقش کلیدی در ارتباط اولیه با زنجیره بقا دارند و از آنان انتظار می‌رود که علایم فوریت را تشخیص دهند و در نتیجه، آمبولانس را اعزام کنند. مطالعات نشان داده است که احتمال ارتباط دریافت خدمات فوریت‌های پزشکی با زنده ماندن در هنگام ترخیص بیمارستانی وجود دارد و به ادامه اجرای آموزش درباره این دانش در مرکز ارتباطات فوریت‌های پزشکی در سراسر جهان احتیاج است (۱۱). طبق تحقیق EK و Svedlund، هدایت آمبولانس‌ها به صورت اورژانس به سوی بیمارانی که نیاز فوری به کمک یا انتقال سریع به بیمارستان دارند، بسیار مهم است. به دلیل وجود امکانات محدود، مرکز ارتباطات اورژانس نمی‌تواند برای تمامی تماس‌های اورژانسی آمبولانس اعزام نماید. بنابراین، کارآمدی سیستم بستگی به تریاژ مناسب دارد. برای یک تریاژ مؤثر، پرستار به سه مهارت نیاز دارد؛ اول قادر باشد از یک تاریخچه بالینی کوتاه، وضعیت بیمار را برآورد نماید، دوم دانش مربوط به صدمات و آسیب شناختی را داشته باشد و سوم کشف یا شهود توسعه یافته داشته باشد (۱۲).

خرم‌منش و همکاران در مطالعه خود بیان نمودند که خدمه آمبولانس نیازهای اورژانسی بیماران را هنگامی که به سر صحنه می‌رسند، ارزیابی می‌کنند و به این نتیجه رسیدند که تنها ۲۷ درصد از موارد، مطابق با اولویت‌بندی کارشناسان مرکز پیام بوده است (۱۳). Dunford در تحقیق خود بیان کرد که پرستار تریاژ (اعزام کننده) چهار وظیفه اولیه دارد؛ حفظ ارتباط با تماس گیرنده با گرفتن اطلاعات کافی برای اتخاذ یک تصمیم صحیح، اعزام واحدهای مناسب، آرام نگهداشتن تماس گیرنده

ضروری پژوهشگر در تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از این مطالعه می‌باشد. این روش هفت مرحله‌ای شامل خواندن تمام توصیف‌های ارائه شده توسط شرکت کنندگان، استخراج جمله‌های مهم، طبقه‌بندی معانی، قرار دادن معانی طبقه‌بندی شده و مرتبط به هم در خوشه‌هایی از درون مایه‌ها (موضوعات اصلی)، تلفیق نتایج در قالب یک توصیف جامع، طبقه‌بندی کردن توصیف جامع پدیده تحت مطالعه به صورت یک بیان صریح و روشن، اعتبارسنجی نهایی یافته‌ها با مراجعه مجدد به هریک از شرکت کنندگان، می‌باشد (۱۶). در مرحله اول Colaizzi، پژوهشگر با خواندن دقیق و مکرر مصاحبه‌ها و توصیف شرکت کننده‌ها، سعی در درک بهتر و هم احساس شدن با آن‌ها نمود. در مرحله بعد برای استخراج اطلاعات معنی‌دار، به هر یک از گفته‌ها بازگشتیم و جمله‌های مهم مرتبط با پدیده مورد بحث، با نشان‌دار کردن، مشخص شدند. این مرحله به عنوان استخراج عبارات معنی‌دار حایز اهمیت می‌باشد. اطلاعات خام برای تبدیل مفاهیم مرتبط و مهم به مفاهیم انتزاعی و عمومی چندین بار مرور شد و سعی بر این بود که متوجه شویم تا چه حد معانی ساخته شده با عبارات اولیه شرکت کنندگان مرتبط است. برای انجام مرحله سوم طبق اظهار نظر Colaizzi، پژوهشگر سعی در مفهوم سازی و طبقه‌بندی کردن معانی استخراج شده نمود. در این مرحله خلاصه سازی مفاهیم از جمله‌های مهم مرتبط با پدیده مورد بحث مشخص شد که با نشان‌دار کردن، انجام گردید. در مرحله چهارم، پژوهشگر بر طبق اظهار نظر Colaizzi، پس از بازخوانی مکرر مفاهیم خلاصه شده و تکرار مرحله سوم برای تمام توضیحات شرکت کنندگان، مفاهیم طبقه‌بندی شده را درون «دسته‌های موضوعی» قرار داد. این دسته‌ها بر طبق مفاهیم مختلف به دست آمده از مرحله قبلی شکل گرفت. در مرحله پنجم تجزیه و تحلیل Colaizzi، نتایج با هم تلفیق شد تا توصیف جامعی از پدیده مورد مطالعه حاصل شود. در نتیجه، دسته‌های بزرگ‌تری شکل گرفت که به مفاهیم اصلی حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات نزدیک‌تر بود. در مرحله

را تجربه نموده‌اند، در عبارات پدیدارشناختی است. در این روش، خلق یا توصیف جامع از یک پدیده تجربه شده روزانه برای دستیابی به درک ساختار ذاتی آن مدنظر است (۱۵). پرستاران شاغل در مرکز پیام اورژانس ۱۱۵ کرمان، به عنوان جامعه پژوهش این تحقیق بودند. محقق مجوز ورود به محیط تحقیق و دسترسی به شرکت کنندگان را اخذ نمود. انتخاب نمونه پژوهش بر اساس روش مبتنی بر هدف بود و پرستارانی مدنظر قرار گرفتند که حداقل دارای ۵ سال سابقه کار در مرکز پیام اورژانس ۱۱۵ بودند. انتخاب نمونه‌های تحقیق تا حدی ادامه یافت که به اشباع اطلاعات رسید؛ چرا که دیگر کدهای جدید استخراج نشد. معیار ورود به مطالعه، پرستاران شاغل در مرکز پیام ۱۱۵ با بیش از ۵ سال تجربه کار و معیار خروج از مطالعه، عدم تمایل و همکاری شرکت کننده برای مصاحبه بود. در پژوهش حاضر جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه‌های عمیق، بدون ساختار و فرد به فرد انجام شد. برای جلوگیری از تأثیر خستگی ناشی از استرس و فشار محیط کار بر تحقیق، سعی شد مصاحبه پس از گذشت ۲۴ ساعت از شیفت کاری مصاحبه شونده در محیطی آرام و خارج از محیط کار انجام گردد. در این تحقیق از ضبط صوت الکترونیکی برای ثبت مصاحبه استفاده گردید. جهت ثبت حالات شرکت کننده (در صورت نیاز)، از یادداشت‌برداری طی مصاحبه نیز استفاده گردید. برای رسیدن به هدف پژوهش حاضر، با ۵ نفر از پرستاران مرکز پیام اورژانس ۱۱۵ مصاحبه شد. مصاحبه‌ها در دفتر کار پژوهشگر انجام گرفت. مصاحبه‌ها بین ۵۰ تا ۷۵ دقیقه و به طور متوسط ۶۳ دقیقه طول کشید. سؤالات به صورت باز مطرح شد که به پرستاران اجازه می‌داد تجربه‌های خود را بیان نمایند. سؤال اولیه این بود که «تجربه‌های شما به عنوان پرستار تریاژ در مرکز پیام اورژانس ۱۱۵ چه هستند؟». از سؤالات بدیهی مانند «می‌توانید دقیق‌تر بیان کنید؟» یا «منظور شما چی هست؟» و سؤالات اضافی مثل «آیا پیش آمده که در یک تریاژ دچار شک و تردید شوید؟» نیز استفاده گردید.

روش آنالیز پدیدارشناسی Colaizzi راهنمای فعالیت‌های

بود که خصوصیات کامل آنان در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان

متغیر	درصد
وضعیت تأهل	متأهل ۶۰
	مجرد ۲۰
	بیوه ۲۰
سابقه کاری در اورژانس ۱۱۵	۵ تا ۱۰ سال ۸۰
	۱۰ سال به بالا ۲۰
تحصیلات	دیپلم ۰
	کارشناسی ۱۰۰
	کارشناسی ارشد ۰
وضعیت استخدامی	رسمی ۰
	پیمانی ۴۰
	قراردادی ۶۰
محل خدمت طرح	بخش‌های عمومی ۸۰
	بخش‌های ویژه ۲۰

ایفای نقش در بستر فرهنگ و اجتماع

این درون‌مایه از دو زیرطبقه باور عمومی و فرهنگ مددجو و نقش رسانه تشکیل شد. شرکت کنندگان مطالعه اذعان داشتند که سطوح پایینی از حمایت اجتماعی را دریافت می‌نمایند که این امر منجر به عدم رغبت به حضور در محیط اجتماعی با لباس فرم و همچنین، معرفی خود به عنوان پرستار اورژانس ۱۱۵ به دیگران گردیده است. تجربه‌های این دسته از پرستاران نشان می‌دهد که اطلاعات کم تماس گیرندگان در خصوص نوع ارایه خدمات اورژانس ۱۱۵، موجب عصبانیت، پرخاش و توهین تماس گیرنده به پرستاران تریاژ تلفنی می‌گردد. باور اجتماعی از شغل آن‌ها باعث شده است که گاهی تماس گیرنده برای دریافت خدمات، نسبت به بزرگ‌نمایی حادثه یا بیماری اقدام نماید که این امر تریاژ و تعیین فوریت را سخت و مشکل می‌نماید. پرستاری در این رابطه می‌گوید: «توی اجتماع اصلاً دوست ندارم با لباس اورژانس ظاهر بشم، چون همه مردم ذهنیت بدی از اورژانس

ششم با توجه به درون‌مایه‌های حاصل از مرحله پنجم، توصیف جامع پدیده مورد مطالعه تا حد ممکن به صورت یک بیانیه شناسایی صریح و خالی از ابهام بیان گردید. محدودیت تحقیق، فقدان قابلیت تعمیم یافته‌ها بود (۱۵) و محدودیت دیگر، مربوط به اعتبار نگرش‌های درونی بود (۱۷). برای پایداری و روایی پژوهش پس از انجام مصاحبه، استخراج اطلاعات، کدگذاری و در طول زمان شنیدن و انتقال مطالب و مرور آن‌ها توسط پژوهشگر سؤالاتی نیز برای پیگیری مطالب مطرح شد. در نهایت، برای اعتمادپذیر کردن داده‌ها، پژوهشگر دوباره به تک‌تک نمونه‌ها مراجعه نمود. نظر و موافقت آن‌ها با برداشت او از مطالب بررسی شد و به این ترتیب ارزیابی نمونه‌ها از مطالب نسخه‌برداری شده، مورد نظر قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی شامل اصل احترام به شأن افراد، اصل سودمندی و اصل عدالت رعایت گردید. برای حضور در تحقیق، شرکت کنندگان حق انتخاب آزاد، مستقل و آگاهانه بدون زور و اجبار را داشتند و همچنین، حق خروج از مطالعه در هر زمان برای آن‌ها فراهم بود. برای انجام تحقیق، خلوت اطلاعاتی رعایت گردید. به دلیل تعداد نمونه کم، حفظ نام مشارکت کنندگان تضمین گردید (فایل‌های صوتی، یادداشت‌ها و فایل‌های پیاده شده به صورت امن نگهداری گردید و اسامی مشارکت کنندگان روی فایل‌ها و یادداشت‌ها قرار داده نشد). هویت مشارکت کنندگان پنهان ماند و از آن‌ها در این مورد اجازه گرفته شد. در این تحقیق کسب مجوز از مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان در تحقیق انجام گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۶/۸ سال بود و در دامنه سنی ۳۳-۳۹ سال قرار داشتند. سطح تحصیلات کلیه شرکت کنندگان مدرک کارشناسی در رشته پرستاری بود. دامنه تجربه کاری شرکت کنندگان نیز بین ۱۱-۶ سال و میانگین ۸/۶ سال

ضد صدا برامون گذاشتن روی آرامش مون خیلی اثر گذاشت و ما رو جدا کرد از محیط اداری. این هم خیلی اثر داره روی شیفت‌های صبحمون خیلی اثر گذاشت».

تجربه‌های این گروه شغلی نشان داد که استفاده از راهکارهایی چون غنی‌سازی شغلی، ارایه آموزش‌های لازم و توجیهی قبل از استخدام، فراهم نمودن شرایط ادامه تحصیل و توسعه مهارت‌های شغلی کارکنان باید در برنامه آموزشی این مراکز قرار گیرد. از طرفی، حجم بالای کار و عدم تشویق آنان به شرکت در کلاس‌های آموزشی ویژه پرستاران تریاژ، از موانع آموزش مداوم به حساب می‌آید. پرستاری می‌گفت: «روزهای اولی ما وارد اورژانس ۱۱۵ شدیم من قشنگ یادمه مثلاً آقای ... به مدت ۲۰ دقیقه به ما آموزش داد و به من گفت خانم ... بشینین کار کنید. گفتیم آقای ... ما باید ۲۴ ساعت آمبولانس اعزام کنیم. ما کل آموزشی که اون زمان گرفتیم از روی ساعت ربع ساعت یا ۲۰ دقیقه آقای ... به ما یاد داد».

یکی دیگر از پرستاران تریاژ چنین گفت: «به خاطر این که به مطالعه درستی ندارن در مورد تریاژ تلفنی که صحبت‌ها یکی بشه یعنی ۸۰ ساله زمین خورده، از نظر من اورژانس محسوب می‌شه باید کل کارشناس‌ها این‌رو اورژانس بدونن، ولی به همکار می‌گه اورژانس هست و به همکار می‌گه اورژانس نیست یکی تجربه کاریشون کمه و یکی مطالعه‌شون در مورد تریاژ تلفنی کم هست... یکسری از نیروها جدید اومدن و متأسفانه این دوره‌های آموزشی براشون برگزار نشد». همچنین، در خصوص حجم بالای کار پرستاری گفت: «اعلام می‌کردن که نیرو نداریم باید اضافه کار بیاید، ما واقعاً کشش نداشتیم، شهر شلوغه و این‌ها، بچه‌ها می‌اومدن و توی شیفت عصبانیت‌هاشون بیشتر می‌شد، شیفت عصر بعد از شیفت شب داشتن، سردرد داشتن و حوصله مرکز رو نداشتند».

پرستاران تریاژ تلفنی تجربه ناخوشایند مورد انتقاد و نکوهش قرار گرفتن از سوی کارکنان عملیاتی پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵ داشتند. آنان به طور مداوم به تریاژ نامناسب و اولویت دادن بیش از حد به تماس گیرندگان متهم می‌شوند و

دارن؛ حتی دوستانم که اصلاً درک نمی‌کنن چه کار سختی من دارم انجام می‌دم و کار من خیلی سخته. فکر می‌کنن ما در حد این که پشت یه میز نشسته‌ایم و یه حرفی بزنینم و یه عصارونه‌ای می‌خوریم و یه دو تا تلفن هم جواب می‌دیم».

تجربه‌های پرستاران در این مطالعه نشان می‌دهد که تماس‌های غیر ضروری پاسخ داده شده، باعث از دست رفتن فرصت برای نیازمندان واقعی دریافت خدمات فوریت‌های پزشکی می‌گردد. همچنین، دریافت اطلاعات درست و قابل اعتماد از سوی تماس گیرنده، کاری سخت و در مقابل، ارایه خدمات تریاژ تلفنی از قبیل مشاوره تا رسیدن آمبولانس، کاری سخت‌تر برای یک پرستار تریاژ تلفنی می‌باشد. پرستاری در این مورد اظهار می‌دارد: «مریض غیر اورژانس و هیستریک هست، ما آمبولانس می‌فرستیم... بعد یه مریض قلبی که پیش می‌آد، ما برای مریض قلبی آمبولانس نداشته باشیم. مجبوریم از یه کد دیگه استفاده کنیم. این که مردم آگاهی‌شون کم هست... باید توجیه کنین که مریض شما مریض غیر اورژانس هست، عصبی شده و این کارهارو براشون انجام بدین و انجام هم نمی‌دن و یا صحبت ما گوش نمی‌کنن و ما مجبوریم آمبولانس‌رو براشون بفرستیم».

ایفای نقش در بستر حرفه و سازمان

این درون‌مایه از چهار زیرطبقه مدیریت و برنامه‌ریزی، نیرو و محیط سازمان، روابط بین حرفه‌ای و اخلاق حرفه‌ای تشکیل شد. تجربه‌های این گروه از پرستاران نشان می‌دهد مدیران فوریت‌های پزشکی باید در حوزه‌هایی چون ایجاد فرهنگ برای بهبود مستمر کیفیت به جای کمیت، توانمندسازی کارکنان و استقرار مدیریت فرایند، آگاهی لازم را داشته باشند و به آن‌ها توجه ویژه نمایند تا در مسیر ارتقای کیفیت گام بردارند. پرستاری در این خصوص گفت: «مدیر جدید اومد اتاق و جا را عوض کرد و گفت محیط شما طوری است که باید آروم باشه، آلودگی‌های صوتی کم باشه. صدای بی‌سیم دارین، صدای مردم هست. جامون که عوض شده، باعث شده است که نه صدای خیابون باشه، صدای ماشین و موتور باشه و در

در این مطالعه پرستاران تریاژ، کار خود را به عنوان تجربه جدید معرفی نمودند؛ تجربه‌ای که در دوره دانشجویی و دوره‌های کارآموزی گذرانده شده دانشجویی وجود نداشت. با وجود نداشتن این‌گونه تجربه کاری، آن‌ها اذعان داشتند که برای انتخاب این شغل، کار در بخش‌های ویژه و اورژانس‌های بیمارستانی لازم است. آن‌ها بر این باور بودند که چند سال تجربه کاری نیاز است تا یک پرستار تریاژ، دارای صلاحیت لازم شود. در این رابطه پرستاری گفت: «من قبلاً تجربه برخورد با مریض به صورت تلفنی را نداشته‌ام، ولی در حال حاضر با تریاژ تلفنی به راحتی می‌توانم به تعداد زیادی از مریض‌ها مانند بچه‌هایی که آسیبه می‌کنند، کمک کنم».

یکی از تجربه‌های ناخوشانید این دسته از پرستاران، ندیدن یا صحبت نکردن با بیمار یا مجروح است. آن‌ها از یک تجربه گفتگوی مشکل و تنش‌آور با تماس گیرنده سخن گفتند. تجربه‌ای که نشان می‌دهد آموزش‌های محدود پرستاری از راه دور نمی‌تواند در تعامل آنان با تماس گیرنده و کارکنان عملیاتی گره‌گشا باشد. پرستاری در این مورد می‌گوید: «بالای سر مریض خیلی کار می‌شه انجام داد، ولی خیلی دردآور که ما هیچ کاری عملاً انجام نمی‌دیم. ما فقط به آمبولانس می‌فرستیم، منتقل می‌شه». پرستار دیگری اظهار داشت: «استرس و دلهره داشتم، می‌گفتم که آیا مریضی که من Miss کردم واقعاً قلبی بوده یا نه. چون واقعاً شرایط کار من هنوز هم واقعاً هست، ایجاب می‌کنه، حضوری نیست مریض نمی‌بینی. خلاصه بالای سر مریض نیستی که بتونی تشخیص بذاری» (جدول ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

آنچه که در پژوهش حاضر مهم به نظر می‌رسد، در سه عنصر اجتماع، حرفه و فرد خلاصه شد؛ عناصری که تجربه‌های پرستاران تریاژ تلفنی را تحت تأثیر مستقیم خود قرار می‌دهد و تجربه پرستار در آن غوطه‌ور می‌شود. آنچه در حیطه اجتماع به چشم می‌خورد، باور عمومی و فرهنگ پایین جامعه در برخورد با تریاژ تلفنی و تعامل با کارکنان شاغل در مراکز فوریت‌های

این درگیری عاملی برای کاهش انگیزه لازم در تریاژ تلفنی، سردی رابطه کاری و عدم اطمینان در محیط شغلی با سایر همکاران عملیاتی است. یکی از پرستاران در این باره گفت: «پرسنل عملیاتی پایگاه‌ها تریاژهای ما رو قبول ندارند. اون‌ها می‌رند مستقیم بالای سر مریض و مریض‌رو بالینی ویزیت می‌کنند و منم که از پشت تلفن نشستم و هیچ اطلاعات دقیقی خانواده بیمار به من نمی‌دن، اون‌ها تریاژ منو قبول ندارن حتی تریاژی که دستورات پزشک می‌ده قبول ندارند... اون‌ها تریاژ ما رو قبول ندارند و همیشه سر این با ما کل کل می‌کنند که شما به قول معروف تریاژ نکردین».

ایفای نقش در بستر فردی

این درون‌مایه از سه زیرطبقه دانش و بینش فردی، تجربه‌های فردی و روحیات و اعتقادات تشکیل شده است. تجربه‌های پرستاران تریاژ تلفنی در این مطالعه نشان می‌دهد که فرایند تصمیم‌گیری در تریاژ تلفنی به مهارت و توانایی پرستار، تصویری که پرستار از وضعیت حادثه یا بیمار در ذهن خود تجسم می‌کند و تشخیص فوریت، وابسته است. پرستاری در خصوص عدم تشخیص فوریت می‌گوید: «مریضی توی بلوار ... به عنوان GI bleeding (Gastrointestinal bleeding) با من تماس گرفت و وقتی من صحبت کردم... نصف شب بود... حدود ۱۰ دقیقه مکالمه ما طول کشید و من بهش گفتم که نتونستم تشخیص بذارم که در واقع خون بالا آورده، چون مرتب می‌گفت از گلو خون می‌آد و هیچ مشکلی ندارم و من گفتم ممکنه به خاطر زخم گلو تون باشه... من مریض‌رو قانع کردم که اگر کسی رو داره می‌تونه بره بیمارستان و اگر نمی‌تونه من براش آمبولانس بفرستم».

همچنین، تجربه‌های آن‌ها نشان داد که عدم تطابق آموزش‌های موجود با نیازهای واقعی تماس گیرندگان، از نگرانی‌های بزرگ پرستاران تریاژ در مورد به کارگیری مهارت‌های تریاژ تلفنی است. در این خصوص یکی از پرستاران اظهار داشت: «آموزش‌های داده شده با شرح‌حال‌ها و نیازهای واقعی مطابقت ندارند».

از سوی دیگر، پرستار تریاژ تلفنی در حرفه خود با چهار عامل مدیریت و برنامه‌ریزی، نیرو و محیط سازمان، روابط بین حرفه‌ای و اخلاق حرفه‌ای مواجه می‌گردد. در پژوهش حاضر مدیریت و برنامه‌ریزی به همراه نیرو و محیط سازمان به عنوان یک عامل ضعف جدی می‌تواند حرکت این پدیده را منفی نماید؛ چه بسا بودن یک دستورالعمل واحد کشوری در خصوص تریاژ و افزایش رضایت شغلی به همراه تعدیل شرایط سخت کار، بتواند روند منفی این پدیده را کاهش دهد. همچنین، وجود سلیقه‌های متفاوت در مدیریت و اختلاف بین پزشکان مراکز پیام برای تعیین اولویت اعزام، شیب این تجربه منفی را در بین پرستاران تریاژ دو چندان کرده است. نتایج نشان می‌دهد که «الگوی بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت» (European Foundation for Quality Management) یا EFQM می‌تواند ابعاد مختلف مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی را به صورت منظم بررسی نماید و درک بهتری از ورودی‌ها، خروجی‌ها، فرایندها و بازخوردهای آن را فراهم آورد. بنابراین، مدیران مراکز با استناد به نتایج آن می‌توانند زمینه‌های بهبود را تعیین و برنامه‌های اصلاحی متناسب را طراحی و اجرا نمایند (۲۰).

فرح‌آبادی و همکاران در یافته‌های مطالعه پژوهشی خود به این نتیجه رسیدند که در سازمانی مانند مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی که به طور مستقیم با جان افراد آسیب دیده درگیر می‌باشد و کوچک‌ترین غفلت منجر به مرگ یک انسان می‌گردد، تعهد عاطفی بالای کارکنان سازمان، می‌تواند فرصت مناسبی برای ارتقای عملکرد سازمانی باشد. همچنین، برای افزایش میزان تعهد سازمانی و راهکارهایی همچون بالا بردن امنیت شغلی کارکنان، اصلاح نظام‌های استخدامی و ساختارهای تشکیلاتی، جذب مدیران جدید از درون سازمان، غنی‌سازی شغلی، ایجاد تغییرات مثبت در فرهنگ سازمانی، ارزیابی آموزش‌های مناسب و توجیهی قبل از استخدام و انتصاب و فراهم نمودن شرایط ادامه تحصیل، اجرای برنامه‌های تشویقی و توسعه مهارت‌های شغلی کارکنان می‌تواند مؤثر

پزشکی است که باعث شده در این میان هم بیمار متضرر شود و هم حمایت اجتماعی کارکنان این بخش تعدیل گردد و این تهدیدی برای تجربه پرستار تریاژ تلفنی است که خواه یا ناخواه مسیر حرکت این پدیده را منفی سازد (شکل ۱). Shakespeare-Finch و همکاران بیان کردند، از آن‌جا که جمعیت اعزام کننده‌های پزشکی (Emergency medical dispatcher یا EMD) با توجه به نقش شغلی، با استرس قابل توجهی در کار خود مواجه هستند، بر اساس تئوری استرس Buffering (Stress buffering hypothesis) دریافت حمایت از دیگران به عنوان یک سپر در برابر اثرات مضر استرس کمک می‌کند. آن‌ها این موضوع را پیش‌بینی کردند که دریافت سطوح پایین حمایت اجتماعی، نشانه بالاتری از «اختلال تنش‌زای پس از رویداد» (Post traumatic disorder stress یا PTSD) را به دنبال خواهد داشت (۱۸) که گفتار فوق با یافته‌های پژوهش حاضر، در خصوص عدم دریافت حمایت اجتماعی مطابقت دارد.

Wahlberg و همکاران در مطالعه خود بر روی تجربه‌های پرستاران مشاوره تلفنی دریافتند که پرستاران تریاژ از تماس گیرندگان عصبانی، فریاد و توهین را تجربه کرده‌اند و همچنین، تماس گیرندگان به سختی راهنمایی آنان را گوش می‌دهند و در نهایت، تماس گیرنده راضی نیست. آن‌ها بیان می‌دارند که کمبود دانش و اطلاعات بیماران از بدن خود، باعث عدم پذیرش راهنمایی از سوی پرستار تریاژ می‌گردد. درک نادرست و یا بزرگ‌نمایی حادثه توسط تماس گیرنده، قضاوت پرستار تریاژ را از توصیف‌های گوناگون دچار مشکل می‌نماید و در این میان بسیاری از اطلاعات از دست می‌رود (۱۹) که این نتایج با مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد. Huibers و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که اکثر تماس‌های پاسخ داده شده توسط پرستاران تریاژ تلفنی، غیر فوری می‌باشد و یا در سطح ۳ یا سطح ۴ فوریت قرار دارند و تنها ۹/۹ درصد تماس‌ها در سطح فوری قرار دارند (۹) که این یافته در طول مصاحبه با شرکت کنندگان به چشم می‌خورد.

باشد (۲۱).

نتایج پژوهش EK و Svedlund به این نکته اشاره دارد که پرستاران تریاژ توسط خدمه آمبولانس مورد نکوهش قرار می‌گیرند. این پرستاران تجربه منفی از انتقاد و نکوهش خدمه آمبولانس به صورت [اولویت بیش از حد (Overprioritising)] به بیماران داشتند. آن‌ها به اعزام غیر ضروری آمبولانس متهم شدند. علاوه بر این، پرستاران تریاژ شرح دادند که تجربه‌های منفی دیگری نیز (به عنوان مثال، با سایر پرستاران هدایت کننده آمبولانس) دارند و این در صورتی بود که آن‌ها درخواست اعزام آمبولانس داشتند و تصمیم پرستار EMD بر غیر ضروری بودن آن بود (۱۲) که یافته این پژوهش منطبق با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد، اما در این بین می‌توان از روابط بین حرفه‌ای و اخلاق حرفه‌ای به عنوان نقطه قوت جهت مثبت نمودن این پدیده سود جست. آمیختگی دیگر این پدیده با فرد است. Forslund و همکاران در نتایج تحقیق کیفی خود بیان داشتند که اپراتورهای اورژانس و پرستاران تریاژ کننده تکمیل کننده یکدیگر هستند. آن‌ها بیان نمودند که تجربه‌های اپراتورهای اورژانس به صورت توقعات فزاینده در کار و احساس مسؤلیت سنگین برای انجام صحیح موارد، در شغلشان است. آن‌ها همچنین، بر این موضوع تأکید داشتند که پرستاران تریاژ تلفنی، از فراموش کردن اجزای حیاتی در زمان استرس می‌ترسند (۲۲) که نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. Purc-Stephenson و Thrasher با انجام مطالعه قوم‌نگاری خود بر روی تجربه‌های پرستاران تریاژ، به پنج مسأله عمده در خصوص مسایل و نگرانی‌های مشترک آنان اشاره کردند که شامل به دست آوردن مهارت و حفظ آن، استقلال، کار در محیط جدید، ارزیابی جامع و استرس و فشار می‌باشد. آن‌ها با ارایه یک مدل سه مرحله‌ای، فرایند تصمیم‌گیری یک پرستار تریاژ را شرح می‌دهند که چگونه یک ارزیابی خوب به توانایی پرستار، تصویری که پرستار از موقعیت در ذهن خود می‌سازد و خروجی ارایه خدمات سلامت یا همان تشخیص بیماری حال

حاضر بستگی دارد (۶) که نتایج در این تحقیق هم بیانگر این موضوع می‌باشد.

از دانش و بینش، تجربیات و روحیات و اعتقادات فردی می‌توان به عنوان فرصتی استفاده نمود تا حرکت این پدیده را بیش از پیش مثبت‌تر نمود. آنچه در این پژوهش بدیهی می‌نمود، بعد معنوی آن در کلام شرکت کنندگان، رابطه با خدا، صحبت با خدا در هنگام انجام دادن وظیفه و نقش دعای خیر در زندگی معنوی آنان بود؛ هرچند مشارکت کنندگان بر این باور بودند که انجام خدمت در بالین، دعای خیر بیشتری را برایشان به ارمغان می‌آورد. Purc-Stephenson و Thrasher در تجزیه و تحلیل سازه‌های مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که دانش بالینی پرستار تریاژ به عنوان یک پایگاه دانش بالینی قوی است که از طریق ارزیابی با تلفن به وجود آمده و اشاره کردند که این مهارت‌ها از طریق تجربه و همچنین، تعامل و به اشتراک‌گذاری دانش و تخصص با همکاران افزایش یافته است (۶).

پرستاران تریاژ از کار خود به عنوان یک تجربه جدید نام می‌بردند. آن‌ها اظهار داشتند که جهت کار در مرکز اعزام پزشکی، تجربه‌های کار در اورژانس‌های پیش بیمارستانی و بخش‌های اورژانس لازم است. آن‌ها بر این باور بودند که چند سال تجربه کاری نیاز است تا دارای صلاحیت حرفه‌ای شوند. برای آن‌ها آشکار شده بود که تجربه حرفه‌ای و تجربه شخصی در ملاقات‌ها و موقعیت‌های گوناگون مفید بوده است (۲۲). پرستاران تریاژ هنگامی که نمی‌توانند بیمار یا مجروحی را ببینند یا با او صحبت کنند، یک گفتگوی سخت را تجربه می‌نمایند. آن‌ها اظهار داشتند با توجه به آموزش‌های محدود پرستاری از راه دور، ندیدن بیمار به صورت فیزیکی می‌تواند دشوار باشد (۲۲). نیک‌پیما و اشک‌تراب در یافته‌های خود نشان دادند که یکی از شش مؤلفه تأثیرگذار بر ایفای نقش‌های حرفه‌ای از دیدگاه پرستاران، عامل اعتقادات فردی پرستاران می‌باشد. آن‌ها از پژوهش خود چنین نتیجه‌گیری کردند که از دیدگاه پرستاران عواملی در ایفای نقش‌های حرفه‌ای مؤثر

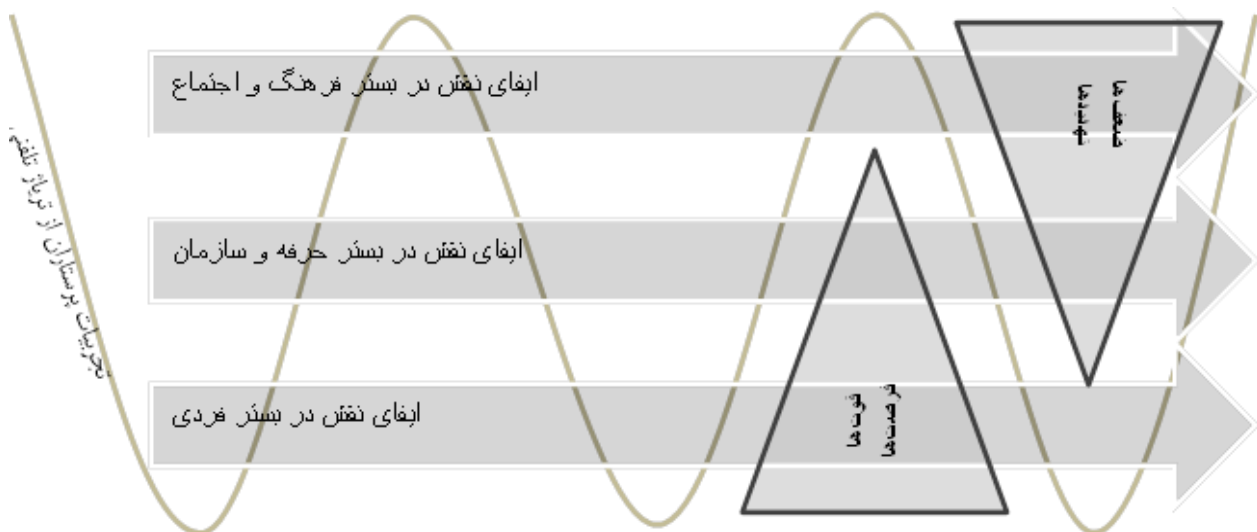
کیفیت پاسخ هر دو نقش حیاتی را در این مورد ایفا می‌نماید و بخش عمده ارایه خدمات با کیفیت آموزش نیروی انسانی پیوند خورده است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، وجود درون‌مایه ایفای نقش در بستر فرهنگ و اجتماع به همراه درون‌مایه‌های ایفای نقش در بستر حرفه و سازمان و ایفای نقش در بستر فردی نشان از یک مجموعه «فشرده و هم‌بند» (پیوستار) پدیده مورد مطالعه بین فرصت‌ها، تهدیدها، قوت‌ها و ضعف‌ها در بستر ایفای نقش مطابق با شکل ۱ می‌باشد.

می‌باشند که ممکن است باعث تسهیل ایفای نقش‌های حرفه‌ای گردند یا از انجام آن ممانعت به عمل آورند (۲۳) که این نتایج با نتیجه پژوهش حاضر مطابقت داشت.

در نهایت، چنین می‌توان بیان کرد که پاسخ مؤثر به اورژانس‌های پزشکی برای سیستم‌های اورژانس پزشکی در سراسر جهان حیاتی است. برای مؤثر بودن خدمات فوری باید در هر جا و در هر زمان که تهدید اورژانسی برای یک زندگی به وجود می‌آید، در دسترس و پاسخ‌گو باشند. این ارایه خدمات اورژانسی به صورت مرتب‌سازی و اولویت‌بندی تماس‌های دریافتی صورت می‌گیرد و فاصله زمان پاسخ و



شکل ۱. نحوه شکل‌گیری پدیده مورد مطالعه

نحوه شکل‌گیری درون‌مایه‌های پدیده تحت مطالعه مطابق با جدول ۲ می‌باشد.

جدول ۲. طبقات استخراج شده از تحلیل مصاحبه‌ها

درون‌مایه	زیرطبقه	کدهای معنایی
ایفای نقش در بستر فرهنگ و اجتماع	باور عمومی	ترجیح مددجو به مشاوره با پزشک، برخورد نامناسب مددجو، مددجوی غیر اورژانس، جایگاه اجتماعی و تعامل اجتماعی
ایفای نقش در بستر حرفه و سازمان	فرهنگ مددجو و نقش رسانه	آشنایی فرهنگی، فقر فرهنگی و کمبود اطلاعات
	مدیریت و برنامه‌ریزی	سوء مدیریت، فرسودگی شغلی، نقص در آموزش، نبود قانون یکپارچه تریاژ، انتظار حمایت، حسن مدیریت، رضایت شغلی و عدم اعتماد به سیستم
	نیرو و محیط سازمان	محیط مناسب کار، شرایط سخت کار، ضعف پرسنل، قیاس شرایط کار، خطاهای شغلی، اعزام غیر اورژانس و محیط نامناسب کار

تعامل و رابطه دوستانه، کشمکش با همکار، ضعف در تعاملات بین فردی، نبود برخورد صادقانه و سوء استفاده کاری	روابط بین حرفه‌ای	
مسئولیت‌پذیری، فرار از مسئولیت، وجدان کاری، منش حرفه‌ای، برخورد نامناسب پرستار با مددجو، حس نوع‌دوستی و رعایت فرایند شغلی	اخلاق حرفه‌ای	
معنای تریاژ، انگیزه کسب دانش، نگرش به مدرک تحصیلی، حقوق حرفه‌ای، انتقال و کسب تجربه، نقش تأثیرگذار آموزش و تأثیر تریاژ بر مددجو	دانش و بینش فردی	ایفای نقش در بستر فردی
تجربه‌های قبل از ورود، تجربه‌های ناشی از فحاشی و مزاحمت، دوگانگی در شغل، احساس نارضایتی، نبود ارتباط چشمی با بیمار، احساس خواری، تریاژ موفق، تجربه‌های روزهای اول کار، احساس نگرانی، ترس از شرایط محیط کار، حس نیاز، نبودن بر بالین بیمار، اختلال در خواب و آسایش، تریاژ موفق، استرس، کوتاهی در انتقال تجارب و تجارب شخصی از حوادث اورژانس	تجربه‌های فردی	
کمک به دیگران، اعتقاد به کارایی تجربه، اعتقاد به عقوبت کار، دعای خیر، حس اعتماد، عذاب وجدان، شخصیت کاری پرسنل، اعتماد به نفس، خانواده دوستی، علائق فردی، رابطه با خدا، رضایت دورنی، عقاید فردی و احساسات درونی	روحیات و اعتقادات	

ارزیابی درمان و مهارت‌های تصمیم‌گیری باید به هر دو گروه پرستاران تریاژ و پزشکان تریاژ شاغل در این مراکز ارایه شود. افزایش ایجاد رضایت شغلی در بین قشر جدید پرستاران تریاژ تلفنی با در نظر گرفتن استقلال در تصمیم‌گیری و کاهش خطاهای تصمیم‌گیری پرستار تریاژ تلفنی با ابلاغ دستورالعمل تریاژ تلفنی یکپارچه و همچنین، ایجاد راهکارهای مناسب آموزشی جهت کنترل استرس‌های تجربه شده مرتبط با شغل از جمله تجربه استرس برخورد با انواع حوادث، تجربه استرس ارتباط با مددجو، تجربه استرس برخورد با پرسنل پایگاه‌های عملیاتی و تجربه استرس برخورد با پرسنل ستادی که می‌تواند تأثیر مستقیمی بر نحوه عملکرد پرستاران تریاژ تلفنی داشته باشد.

سپاسگزاری

نویسندگان مراتب تقدیر و قدردانی خود را از مدیریت و کارکنان مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان به ویژه پرسنل عملیاتی مرکز پیام اورژانس ۱۱۵ کرمان، اعلام می‌نماید.

References:

1. Wikipedia. Triage. [Cited 12 May 2014]. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Triage>.

تجربه‌های پرستاران تریاژ تلفنی در محیط ایفای نقش شکل می‌گیرد و این محیط از سه عنصر فرهنگ و اجتماع، حرفه و سازمان و فرد تشکیل شده است. در این محیط فرصت‌ها و قوت‌ها باعث کارآمدی در تریاژ تلفنی پرستار می‌گردد که مسیر تجربه پرستار را به سمت بالا سوق می‌دهد و تهدیدها و موانع که باعث تریاژ ناکارآمد می‌شوند و مسیر تجربه پرستار را به سمت پایین می‌کشند و این نشان دهنده حرکت تجربه‌های پرستاران تریاژ تلفنی در یک پیوستار و مسیر پر از چالش است. ضرورت یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان در دو نکته اساسی خلاصه کرد؛ نکاتی که باید توسط مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور جهت ارتقا دانش شغلی و سطح کیفیت تریاژ در پرستاران و حتی پزشکان شاغل مراکز پیام اورژانس ۱۱۵ در نظر گرفته شود. بدین ترتیب مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور باید به این نکته توجه داشته باشد که مهارت‌های ارزیابی که در مشاوره چهره به چهره استفاده می‌شوند، از طریق تلفن به طور مستقیم قابل انتقال نیستند. این نشان می‌دهد که آموزش‌های خاص مشاوره تلفنی،

2. Afshari A, Pakdel M, Abbasi M. Triage. Mashhad: Bang Alast Pub; 2006: 72. [In Persian]
3. Hoseeni M. Triage in disaster. Tehran: Abnus Pub; 2008: 102. [In Persian]

4. Briggs JK. Telephone triage protocols for nurses. 3th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2008: 560.
5. Wheeler SQ. Telephone Triage Nursing: Roles, Tools, and Rules. [Cited 9 May 2014]. Available from: http://www.nursingceu.com/courses/290/index_nceu.html.
6. Purc-Stephenson RJ1, Thrasher C. Nurses' experiences with telephone triage and advice: a meta-ethnography. *J Adv Nurs*. 2010; 66(3):482-94.
7. Smith A, Cone KJ. Triage decision-making skills: a necessity for all nurses. *J Nurses Staff Dev*. 2010; 26(1):E14-9.
8. Bledsoe BE, Porter R, Cherry RA. Intermediate emergency care: principles & practice. New Jersey: Prentice Hall; 2006: 1216.
9. Huibers L, Keizer E, Giesen P, Grol R, Wensing M. Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. *Fam Pract*. 2012; 29(5):547-52.
10. Moss EL. "Just a telephone call away": transforming the nursing profession with telecare and telephone nursing triage. *Nurs Forum*. 2014; 49(4):233-9.
11. Bohm K, Castrén M. Emergency medical dispatch. With increasing research it is important to unify the reporting. *Resuscitation*. 2014; 85(1):3-4.
12. Ek B, Svedlund M. Registered nurses' experiences of their decision-making at an Emergency Medical Dispatch Centre. *J Clin Nurs*. 2015; 24(7-8):1122-31.
13. Khorram-Manesh A, Lennquist Montan K, Hedelin A, Kihlgren M, Ortenwall PO. Prehospital triage, discrepancy in priority-setting between emergency medical dispatch centre and ambulance crews. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2011; 37(1): 73-8.
14. Dunford JV. Emergency medical dispatch. *Emerg Med Clin North Am*. 2002; 20(4): 859-75.
15. Holloway I. *Qualitative Research Methods*. New York: Routledge; 2006: 221.
16. Abedi HA. Applying phenomenological method of research in clinical sciences. *Rahbord*. 2010; 19(54): 207-24. [In Persian]
17. Mimohammah-Hosseini SA. *Qualitative Research Method*. [Cited 20 May 2014]. Available from: <http://www.aghorbani.blogfa.com/post-42.aspx>
18. Shakespeare-Finch J, Rees A, Armstrong D. Social Support, Self-efficacy, Trauma and Well-Being in Emergency Medical Dispatchers. *Soc Indicators Res*. 2014; 123(7): 549-65.
19. Wahlberg AC, Cedersund E, Wredling R. Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. *J Clin Nurs*. 2003; 12(1):37-45.
20. Abedsaeedi Z, Mozafari M, Pazargadi M, Alavi-Majd H. Basic requirements for implementation of total quality management in Centers of Emergency Medical Services in Iran according EFQM model. *J Nurs Midwifery Quart*. 2011; 21(72): 45-54. [In Persian]
21. Farahabadi SME, Fattahi M, Artang M, Hassanzadeh A. Organizational Commitment of Staff in Isfahan Emergency Medical and Disaster Management Center. *Health Inf Manage*. 2013; 9(7): 997-1005. [In Persian]
22. Forslund K, Kihlgren M, Sorlie V. Experiences of adding nurses to increase medical competence at an emergency medical dispatch centre. *Accid Emerg Nurs*. 2006; 14(4):230-6.
23. Nikpeyma N, Ashktorab T. Nurses' views about factors affecting the professional roles. *J Health Promotion Management*. 2012; 1(3): 73-84.

The Need for Education and Improvement of Occupational Knowledge: Experience of Telephone Triage Nurses in the 115 Emergency Call Center of the Emergency Medical Services and Disaster Management Center at Kerman University of Medical Sciences, Iran

Ali Azarnoush¹, Shayesteh Salehi^{2}*

1. M.Sc. Student of Nursing, School of Nursing, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2. Ph.D. in Nursing Education, Associate Professor, Department of Nursing, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

• **Received:** 8 Jul, 2015

• **Received Corrected Version:** 11 Oct, 2015

• **Accepted:** 12 Oct, 2015

Background & Objective: Efficient emergency call answering services are vital for the medical emergency services all around the world. The provision of emergency services is based on ordering and prioritizing received calls. In addition, educating this kind of services has a prominent role in answer time and quality. The aim of this study was to describe the experience of telephone triage nurses in 115 Emergency Call Center of the Emergency Medical Services and Disaster Management Center at Kerman University of Medical Sciences, Iran.

Methods: This study was conducted in form of phenomenological qualitative study. The sample was selected based on purposive sampling method including 5 nurses in emergency medical services at Kerman University of Medical Sciences, with at least 5 years of experience in the 115 Emergency Call Center. Data were collected using deep unstructured individual interviews. The average time of each interview was 63 minutes and an electronic recorder was used to record the interviews. The data were analyzed using Colaizzi method. The collected data were reconsidered by the researcher in order to confirm their reliability.

Results: From the interviews, 737 summarized concepts were extracted and formed 9 thematic categorizations. Finally, the 3 themes of “performing cultural and societal roles”, “performing professional and organizational roles”, and “performing personal roles” were obtained. Experiences of nurses were stated in the form of a compact and continuum set between strengths, opportunities, weaknesses, and threats.

Conclusion: The findings of the study can be summarized in two fundamental points. First, evaluation skills which are used in face-to-face consultation cannot be transferred directly by telephone. This shows that specific training on telephone consultation, treatment evaluation, and decision-making skills should be provided for triage nurses who work at such centers. Second, a greater degree of job satisfaction can be achieved among the emerging class of telephone triage nurses through allowing independent decision-making and decreasing decision-making errors by consistent telephone triage instructions, and creating suitable educational methods in order to control experienced stresses. These are points that must be considered by the Medical Emergency and Disaster Management Centre to promote occupational knowledge of nurses in 115 Emergency Call Center.

Key Words: Triage nurses, Telephone triage, Experience, Emergency medical dispatcher, Disaster Management Center, Education

***Correspondence:** Department of Nursing, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

• **Tel:** (+98) 913 209 2997

• **Fax:** (+98) 31 3535 4060

• **Email:** sh.salehi@khuif.ac.ir