

بررسی میانگین زمان انتظار در تریاژ مامایی

فرزانه رشیدی فکاری^۱، دکتر معصومه سیمبر^{۲*}، رها روستا^۳، فهیمه رشیدی

فکاری^۱، آذر مصاحب^۴، مرضیه ساعی قره‌ناز^۱، ویدا قاسمی^۱

۱. دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، کمیته پژوهشی دانشجویان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. استاد گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. کارشناس مامایی، بیمارستان آیت‌الله طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۷/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۰۷

خلاصه

مقدمه: در تریاژ مامایی، زنان مراجعه کننده با شکایت مامایی و زنان در شرایط حاد یا اورژانس، برای اولین بار ارزیابی می‌شوند. زمان انتظار مراجعین، یکی از عوامل مهمی است که باید در مدیریت و سازماندهی بخش بهداشت و درمان مورد توجه قرار گیرد. حال آنکه، تاکنون زمان انتظار دقیقی برای مراقبت‌های اورژانسی و تریاژ مامایی در ایران برآورد نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین میانگین زمان انتظار برای تریاژ مامایی در شهر تهران انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۹۲۳۸ مراجعه کننده به تریاژ مامایی بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهر تهران که در آنها تریاژ با استفاده از فرم تریاژ مامایی ۵ سطحی (سطح ۱ مراجعین بسیار بدحال، سطح ۲ مراجعین با وضعیت پرخطر، سطح ۳ بررسی فوری مراجعین، سطح ۴ مراجعین بدون مشکل حاد و سطح ۵ معرفی مراجعین نیازمند صرفاً به یک ویزیت یا مشاوره) به صورت فعال اجرا می‌شود، انجام شد. در این مطالعه از چک‌لیست حاوی اطلاعات فردی، مامایی و همچنین ثبت زمان انجام تریاژ و فرم تریاژ مامایی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون‌های آماری توصیفی و آنالیز واریانس یک‌طرفه انجام شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین کلی زمان انتظار در شیفت صبح $۲۲/۳۵ \pm ۳/۶۰$ دقیقه، در عصر $۱۸/۱۲ \pm ۳/۶۷$ دقیقه و در شب $۱۹/۱۵ \pm ۳/۶۷$ دقیقه بود. بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس، تفاوت معنی‌داری در میانگین زمان انتظار بر اساس شیفت‌های کاری به تفکیک روز در هفته ($P=۰/۱۲۲$) و ماه ($P=۰/۴۷۳$) وجود نداشت. میانگین زمان انتظار در سطح ۲، ۳، ۴ و ۵ تریاژ مامایی به ترتیب $۲/۷۳ \pm ۰/۴۰$ ، $۵/۳ \pm ۱/۱۳$ ، $۵/۷۶ \pm ۱/۶۹$ و $۵/۹۶ \pm ۱/۲۰$ دقیقه بود.

نتیجه‌گیری: میانگین زمان کلی انتظار مراجعین تریاژ مامایی اندکی بالاتر از میزان پیشنهادی می‌باشد. برای کاهش زمان انتظار و رسیدن به استاندارد، اصلاح فرآیندهای ارائه خدمت به مراجعین تریاژ مامایی پیشنهاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: اورژانس، تریاژ، مامایی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر معصومه سیمبر؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۲؛ پست الکترونیک: msimbar@gmail.com

مقدمه

اگرچه اهداف هزاره بر کاهش مرگ‌ومیر مادران متمرکز شده است، اما همچنان سلامت مادران یک چالش جهانی است (۱). تریاژ به معنی اولویت‌بندی بیماران با توجه به نیاز به درمان فوری است (۲). در واقع، تریاژ به معنی ارزیابی سریع و مراقبت و دستیابی به موفقیت در زمان مناسب (۱، ۲) و مشخص کردن نتیجه ارزیابی است؛ به طوری که زن بتواند با خیال راحت به منزل برگردد یا برای دریافت اقدامات و مراقبت‌های لازم در بیمارستان پذیرش شود (۳).

از دهه ۱۹۶۰ با افزایش تعداد مراجعین اورژانس‌ها، کارشناسان نیاز به ایجاد روش‌هایی جهت متمایز کردن مراجعین نیازمند اقدامات فوری از کمتر فوری را احساس کردند. این مسئله موجب شد تا مسئولان برای تسریع شناسایی و افتراق مراجعین بدحال از مراجعین که شکایت غیرفوری و مزمن دارند، به دنبال راهکار مناسب اجرایی باشند (۴). لذا استفاده از تریاژ برای اولویت‌بندی مراجعین بخش اورژانس مطرح شد (۵) و درک مفاهیم ارجاع و شیوه‌های تریاژ برای ارتقای سلامت مادران ضروری است (۳). فرآیند تریاژ از نظر کیفیت و بهره‌برداری منابع، یک مرحله حیاتی در گردش کار بیمار در بخش اورژانس و تأمین رضایت مراجعین محسوب می‌شود (۶).

واحد‌های تریاژ زایمان دارای ابعاد چندمنظوره هستند که شامل: پذیرش زائو، ارزیابی جنین، اورژانس‌های حاد مامایی، ارزیابی عملکرد و روش‌های مختلف زنان و مامایی می‌باشد (۷، ۸). حال آنکه توصیه می‌شود ارزیابی اولیه از زمان رسیدن به واحد تریاژ تا شروع ارزیابی، در عرض ۱۰ دقیقه انجام شد (۷).

در واحد تریاژ مامایی، زنان برای اولین بار تحت شرایط حاد یا شرایط اورژانس مورد ارزیابی قرار می‌گیرند (۹). هنگامی که یک زن باردار به واحد تریاژ مامایی مراجعه می‌کند، معمولاً توسط مامای باتجربه ویزیت می‌شود و بر اساس 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 (۱۰). حال آنکه

از مشکلات تریاژ مامایی، نارضایتی و زمان انتظار طولانی برای دریافت مراقبت است (۱۲-۱۰).

افزایش زمان انتظار منجر به ترک بیماران بدون ارزیابی، تأخیر در دریافت مراقبت و درمان، نارضایتی بیماران و افزایش موربیدیتی و مرگ‌ومیر می‌شود (۱۱، ۱۲). کاهش زمان انتظار باعث کاهش زمان بستری شدن، کاهش هزینه‌های درمان و صرفه‌جویی در منابع بیمارستانی می‌شود (۱۳). زمان انتظار مراجعین، یکی از عوامل مهم است که باید در مدیریت و سازماندهی بخش بهداشت و درمان مورد توجه قرار گیرد (۱۴).

نتایج مطالعه بلستین 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 (۱۵). در مطالعه گودمن و همکاران (۲۰۱۷) در کشور غنا، متوسط زمان انتظار در تریاژ مامایی ۴۰ دقیقه بود که این محققین علت طولانی بودن زمان انتظار را عوامل همراه از جمله شیفت شب (زمان انتظار در شیفت شب بیش از عصر و صبح بود) و فاز لیبر نهفته بیان کردند (۳). نتایج مطالعه دپالی (۲۰۱۶) نشان داد که میانگین زمان انتظار در تریاژ مامایی ۱۵۲ دقیقه است که علت طولانی بودن میانگین زمان ماندن در تریاژ مامایی را پرمشغله بودن تریاژگر، گزارشات و مستندسازی طولانی، نبود پروتکل و استانداردهای مشخص ذکر کردند (۱۶).

مطالعات در مورد زمان انتظار برای مراقبت‌های اورژانسی و تریاژ مادری در جهان اندک است. تاکنون زمان انتظار دقیقی برای مراقبت‌های اورژانسی و تریاژ مامایی در ایران برآورد نشده است. با توجه به این زمینه، مطالعه حاضر با هدف تعیین میانگین زمان انتظار برای تریاژ مامایی در شهر تهران در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی پس از دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، کد اخلاق و کسب اجازه از بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران، از تیر تا مهر ماه سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمام زنان مراجعه‌کننده

تریاز مامایی توسط ماما یا پزشک متخصص به دقیقه بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون‌های آماری توصیفی و آنالیز واریانس یک‌طرفه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت کننده $28/84 \pm 3/31$ سال بود. میانگین سنی افراد شرکت کننده در شیفت صبح $28/65 \pm 2/88$ سال، عصر $29/36 \pm 3/61$ سال و شب $28/58 \pm 3/53$ سال بود.

۴۰۴۴ نفر (۴۳/۷۸٪) از مراجعین به تریاز مامایی به علت شروع دردهای زایمانی، ۸۶۰ نفر (۹/۳۱٪) به علت خونریزی، ۷۵۱ نفر (۸/۱۳٪) به علت آبریزش، ۶۸۳ نفر (۷/۳۹٪) به علت لکه‌بینی و ۲۹۰۰ نفر (۳۱/۳۹٪) به علت سایر موارد مراجعه کردند.

میانگین کلی زمان انتظار در شیفت صبح $22/35 \pm 3/60$ ، در عصر $18/12 \pm 3/67$ و در شب $19/15 \pm 3/67$ دقیقه بود. بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس، تفاوت معنی‌داری در میانگین زمان انتظار بر اساس شیفت‌های کاری به تفکیک روز در هفته ($p=0/122$) و ماه ($p=0/473$) وجود نداشت (جدول ۱).

به واحد تریاز مامایی با شکایت‌های زنان و مامایی بودند. نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد.

داده‌های مورد نیاز با بررسی پرونده مراجعین (سن، علت مراجعه) و با استفاده از چک‌لیست محقق ساخته جمع‌آوری گردید. چک‌لیست حاوی اطلاعات فردی، مامایی، همچنین ثبت زمان انجام تریاز مامایی و فرم تریاز مامایی بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمام مادران باردار و مادران زایمان کرده تا ۴۲ روز پس از زایمان و زنانی که از اورژانس عمومی با علت مامایی و زنان به تریاز مامایی ارجاع شده بودند.

سطح تریاز با استفاده از فرم تریاز مامایی موجود در واحد تریاز مامایی بیمارستان، تعیین شده بود. این فرم تریاز مامایی، توسط ماماها تریازگر برای بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس سرپایی زنان و مامایی تکمیل شده بود. این فرم تریاز، حاوی ۵ سطح (سطح ۱ تا ۵) بود. سطح ۱ مراجعین بسیار بدحال، سطح ۲ مراجعین با وضعیت پرخطر، سطح ۳ بررسی فوری پس از مراجعین سطح ۱ و ۲، سطح ۴ مراجعین بدون مشکل حاد و سطح ۵ مراجعین نیازمند صرفاً به یک ویزیت یا مشاوره بودند.

میانگین زمان انتظار در تریاز مامایی، ثبت لحظه ورود مراجعه کننده به بیمارستان تا زمان اولین ویزیت در

جدول ۱- مقایسه زمان انتظار در تریاز مامایی بر اساس شیفت‌های کاری به تفکیک روزهای هفته و ماه

زمان	شیفت کاری			
	صبح	عصر	شب	
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
روزهای هفته	شنبه	$23/82 \pm 3/62$	$17/75 \pm 3/66$	$19/55 \pm 3/60$
	یکشنبه	$23/59 \pm 5/28$	$19/82 \pm 4/09$	$20/74 \pm 5/02$
	دوشنبه	$21/98 \pm 2/99$	$19/18 \pm 3/22$	$19/78 \pm 3/01$
	سه شنبه	$22/55 \pm 3/67$	$17/97 \pm 3/86$	$18/96 \pm 3/42$
	چهارشنبه	$22/19 \pm 2/06$	$16/21 \pm 3/55$	$17/55 \pm 2/84$
	پنج‌شنبه	$21/38 \pm 2/67$	$17/11 \pm 3/37$	$18/52 \pm 3/78$
	جمعه	$20/89 \pm 3/54$	$18/62 \pm 3/19$	$18/82 \pm 3/32$
ماه‌های سال (دقیقه)	تیر	$23/22 \pm 4/70$	$17/08 \pm 5/27$	$19/06 \pm 5/29$
	مرداد	$21/24 \pm 2/29$	$18/08 \pm 3/04$	$18/40 \pm 2/79$
	شهریور	$22/91 \pm 3/95$	$18/48 \pm 3/16$	$19/88 \pm 3/40$
مهر	$22/01 \pm 2/62$	$18/86 \pm 2/49$	$19/27 \pm 2/54$	

بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس، تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین زمان انتظار بین ماه‌های مختلف

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار زمان انتظار بر اساس تقسیم‌بندی یک سوم هر ماه در هر شیفت‌های کاری بر حسب دقیقه

قسمت مختلف ماه	شیفت کاری		
	صبح	عصر	شب
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
یک سوم اول تیر ماه	۲۳/۰۷ \pm ۲/۷۶	۱۷/۷۴ \pm ۵/۱۶	۱۸/۷۹ \pm ۳/۶۳
یک سوم وسط تیر ماه	۲۳/۲۰ \pm ۳/۵۵	۱۵/۵۱ \pm ۲/۸۵	۱۹/۲۳ \pm ۵/۰۶
یک سوم آخر تیر ماه	۲۲/۹۸ \pm ۷/۰۹	۱۷/۸۴ \pm ۶/۹۸	۱۹/۱۶ \pm ۷/۰
یک سوم اول مرداد ماه	۲۱/۰۹ \pm ۲/۴۵	۱۷/۸۱ \pm ۳/۰۶	۱۸/۷۹ \pm ۲/۷۹
یک سوم وسط مرداد ماه	۲۱/۵۹ \pm ۲/۶۵	۱۸/۴۷ \pm ۲/۴۸	۱۹/۰۶ \pm ۲/۶۷
یک سوم آخر مرداد ماه	۲۰/۶۶ \pm ۱/۸۲	۱۷/۸۳ \pm ۳/۷۱	۱۷/۳۶ \pm ۲/۹۰
یک سوم اول شهریور ماه	۲۴/۳۷ \pm ۵/۴۲	۱۹/۹۲ \pm ۳/۲۱	۲۰/۹۸ \pm ۳/۶۰
یک سوم وسط شهریور ماه	۲۲/۷۱ \pm ۳/۳۷	۱۷/۴۹ \pm ۱/۴۰	۱۹/۷۷ \pm ۳/۶۹
یک سوم آخر شهریور ماه	۲۱/۷۳ \pm ۲/۹۷	۱۹/۹۳ \pm ۳/۹۶	۱۸/۹۹ \pm ۲/۹۴
یک سوم اول مهر ماه	۲۲/۴۶ \pm ۲/۲۶	۱۹/۷۲ \pm ۱/۷۹	۱۹/۹۶ \pm ۱/۸۴
یک سوم وسط مهر ماه	۲۱/۶۳ \pm ۲/۸۰	۱۷/۰۴ \pm ۲/۰۶	۱۷/۸۵ \pm ۲/۳۹
یک سوم آخر مهر ماه	۲۱/۵۴ \pm ۲/۸۹	۱۹/۶۸ \pm ۲/۷۱	۲۰/۰ \pm ۲/۸۸
یک سوم اول چهار ماه	۲۲/۶۷ \pm ۳/۴۵	۱۸/۷۸ \pm ۳/۵۳	۱۹/۵۹ \pm ۳/۰۸
یک سوم دوم چهار ماه	۲۲/۲۸ \pm ۳/۰۸	۱۷/۱۳ \pm ۲/۴۳	۱۸/۹۸ \pm ۳/۵۴
یک سوم آخر چهار ماه	۲۱/۶۸ \pm ۴/۲۱	۱۸/۳۰ \pm ۴/۵۸	۱۸/۸۹ \pm ۴/۳۲

سطح تریاژ مامایی در اکثر مراجعین، سطح ۳ بود. در فاصله زمانی مورد بررسی، سطح تریاژ هیچ مراجعه‌کننده‌ای یک نبود. توزیع فراوانی مراجعین به

جدول ۳- توزیع فراوانی مراجعین به تریاژ مامایی به تفکیک سطوح تریاژ

سطح	شیفت کاری		
	صبح	عصر	شب
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۲	۲۵ (۰/۲۷)	۷۶ (۰/۸۲)	۱۰۰ (۱/۰۸)
۳	۱۰۳۱ (۱۱/۱۶)	۲۷۲۶ (۲۹/۵)	۳۷۹۹ (۴۱/۱۳)
۴	۸۰ (۰/۸۶)	۵۱۰ (۵/۵۲)	۵۷۸ (۶/۳۰)
۵	۲۳ (۰/۲۴)	۱۳۳ (۱/۴۳)	۱۵۷ (۱/۶۹)
کل	۱۱۵۹ (۱۲/۵۴)	۳۴۴۵ (۳۷/۲۹)	۴۶۳۴ (۵۰/۱۶)

توجه به شروع روزهای کاری در ایران از شنبه و نزدیک به تعطیلی، مراجعه و ازدحام بیشتر، معقول به‌نظر می‌رسد. در مطالعه پیرا و همکاران (۲۰۱۶)، بیشترین تعداد مراجعین به تریاژ مامایی در روز دوشنبه (بعد از روز تعطیلی) بود (۱۷) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. علت طولانی بودن زمان انتظار در مطالعه حاضر می‌تواند به این دلیل باشد که بیشتر مراجعین (حدود ۴۳/۷۸٪) به واحد تریاژ مامایی، به‌علت

بحث

متوسط زمان انتظار پیشنهادی برای تریاژ مامایی، ۱۰ دقیقه می‌باشد (۷) که میانگین کلی زمان انتظار در مطالعه حاضر در هر سه شیفت صبح، عصر و شب، اندکی بیشتر از زمان پیشنهادی بود. اگرچه نتایج تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین زمان انتظار بین روزهای هفته وجود نداشت، اما میانگین زمان انتظار در روزهای شنبه در این مطالعه بیشتر از روزهای دیگر هفته بود که با

شیفت صبح انجام می‌شود که منجر به افزایش مشغله کاری پرسنل و افزایش زمان انتظار مراجعین می‌شود. با توجه به نتیجه مطالعه حاضر که میانگین زمان انتظار مراجعین تریاژ مامایی در ایران بالاتر از میزان پیشنهادی می‌باشد، بنابراین باید راهکارهایی در نظر گرفته شود. از جمله اینکه افزایش تعداد ماماهاى واحد تریاژ و آموزش آنها، در کاهش زمان انتظار می‌تواند راهکار مؤثری باشد. مطالعه علیاری و همکاران (۲۰۱۸) در بخش اورژانس نشان داد که وجود ۲ نفر (متخصص اورژانس و یک کارشناس)، زمان انتظار را کاهش می‌دهد (۱۹). این در حالی است که در بیشتر بخش‌های تریاژ مامایی در ایران، فقط یک ماما به‌تنهایی حضور دارد. مطالعات به‌کار گرفتن نیروی آنکال مامایی جهت کاهش بار کاری و افزایش کیفیت در شیفت‌های شلوغ جهت تسهیل روند اقدامات تخصصی، افزایش کیفیت و رضایت‌مندی مراجعین را پیشنهاد می‌کنند (۲۰، ۲۱). همچنین در مقایسه بین ابزار و سیستم‌های مختلف تریاژ مامایی، نیاز به طراحی یک ابزار و سیستم استاندارد و مورد تأیید جهت تعیین اولویت و زمان انتظار برای دریافت مراقبت‌ها می‌باشد (۲۲). در واقع یکی از چالش‌های موجود در زمینه زمان انتظار، عدم وجود استاندارد ملی یکسان است که برای رسیدن به این شاخص ملی، عامل کمک‌کننده، انجام تحقیقات بومی در این مورد است. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم بررسی ارتباط بین زمان انتظار تریاژ با سایر عواملی همچون خصوصیات مراجعین و پرسنل تریاژگر اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی و ریفرال و غیر ریفرال، در فصول مختلف سال و مقایسه آنها انجام شود تا به‌طور کلی میانگین زمان انتظار در تریاژ زنان و زایمان در ایران به‌دست آید. علاوه بر این، تجربه و سابقه متفاوت کارکنان نیز بر زمان انتظار تأثیرگذار می‌باشد که باید در نظر گرفته شود. به‌طور کلی وجود مطالعات بیشتر در زمینه زمان انتظار، به طراحی استاندارد ملی کمک می‌کند تا مراقبین بتوانند با کمک آن شاخص، بدون سردرگمی درمان را هرچه سریع‌تر شروع کنند و همچنین وجود این

شروع دردهای زایمانی مراجعه کرده که نسبت به موارد دیگر (همچون خونریزی) از شدت اولویت و اهمیت کمتری برخوردار است و در نتیجه دریافت مراقبت با تأخیر صورت می‌گیرد.

در مطالعه حاضر، میانگین زمان انتظار در شیفت صبح با وجود تعداد کمتر مراجعین، بیشتر از شیفت‌های عصر و شب بود. در مطالعه پاول و همکاران (۲۰۱۳) میانگین زمان حضور در مدل مراقبتی پرستار ماما در تریاژ ۹۴ دقیقه و در مدل مراقبتی استاندارد ۱۲۲ دقیقه بود که بیشتر از زمان پیشنهادی می‌باشد (۹). در مطالعه گودمن و همکاران (۲۰۱۷) در کشور غنا، متوسط زمان انتظار در تریاژ مامایی ۴۰ دقیقه بود که مشابه مطالعه حاضر، بیش از زمان پیشنهادی می‌باشد که علت طولانی بودن زمان انتظار در مطالعه گودمن، به فاکتورهای همراه از جمله شیفت شب (زمان انتظار در شیفت شب بیش از عصر و صبح بود) و فاز لیبر نهفته نسبت داده شده بود (۳). هاگستون و همکار (۲۰۰۹) میانگین پایه زمان حضور در تریاژ مامایی را ۱۷۸/۴ دقیقه گزارش کردند (۱۸). در مطالعه دپالی (۲۰۱۶) در سان فرانسیسکو، میانگین زمان انتظار در تریاژ مامایی ۱۵۲ دقیقه بود (۱۶) که علت طولانی بودن میانگین زمان ماندن (stay) در تریاژ مامایی را پرمشغله بودن تریاژگر، گزارشات و مستندسازی طولانی، نبود پروتکل و استانداردهای مشخص ذکر کردند (۱۶).

در مطالعه حاضر میانگین زمان انتظار طی ۴ ماه (تیر، مرداد، شهریور، مهر) بررسی شد که تقریباً مشابه هم بودند و تغییر ماه بر زمان انتظار تأثیر نگذاشته بود، البته این میانگین زمان، الزاماً دلیل بر عدم تفاوت بین فصول مختلف نیست و می‌تواند در بین فصول متنوع باشد.

به‌نظر می‌رسد مسئولیت‌های بیشتر مادران ایرانی، مانع حضور آنها در ابتدای روز یعنی شیفت صبح می‌شود و در صورت حضور، احتمالاً زمانی را انتخاب می‌کنند که برخی فعالیت‌های مربوط به خانواده یا محل کار را انجام داده باشند که این ازدحام حضور برابر با افزایش زمان انتظار و تأخیر در گرفتن مراقبت‌هاست. علاوه بر این، بیشتر فعالیت‌های نظارتی و مدیریتی بیمارستان، در

استاندارد به‌عنوان یک سیستم مقایسه و ارزیابی برای ارتقاء کیفیت مراقبت مادران بسیار مفید خواهد بود.

نتیجه‌گیری

میانگین زمان کلی انتظار مراجعین تریاژ مامایی اندکی بالاتر از میزان پیشنهادی می‌باشد. برای کاهش زمان انتظار و رسیدن به استاندارد، اصلاح فرآیندهای ارائه خدمت به مراجعین تریاژ مامایی پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح مصوب شورای پژوهشی کمیته پژوهشی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره ثبت ۵۸۵۳۶/ص/۱۳۹۷ در تاریخ ۱۳۹۷/۱۰/۱۰ می‌باشد. بدین‌وسیله از کمیته پژوهشی دانشجویان و معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای حمایت مالی از این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Van Den Broek N. Life saving skills manual: essential obstetric and newborn care. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2007.
2. Hategeka C, Mwai L, Tuyisenge L. Implementing the emergency triage, assessment and treatment plus admission care (ETAT+) clinical practice guidelines to improve quality of hospital care in Rwandan district hospitals: healthcare workers' perspectives on relevance and challenges. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1):256.
3. 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; 17(1):216.
4. Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. Emergency severity index, version 4: implementation handbook. Rockville: United States Preventive Services Task Force; 2005. P. 1-72.
5. Kamrani F, Ghaemipour F, Nikravan M, Alavi Majd H. Prevalence of miss triage and outcomes under triage of patients in emergency department. *J Health Prom Manag* 2013; 2(3):17-23.
6. Daemi A. The role of electronic triage system in management of hospital emergency department. *Bull Emerg Trauma* 2016; 4(1):62-3.
7. Paisley KS, Wallace R, DuRant PG. The development of an obstetric triage acuity tool. *MCN Am J Maternal Child Nurs* 2011; 36(5):290-6.
8. Angelini DJ, Stevens E, MacDonald A, Wiener S, Wiczorek B. Obstetric triage: models and trends in resident education by midwives. *J Midwifery Womens Health* 2009; 54(4):294-300.
9. Paul J, Jordan R, Duty S, Engstrom JL. Improving satisfaction with care and reducing length of stay in an obstetric triage unit using a nurse- midwife- managed model of care. *J Midwifery Womens Health* 2013; 58(2):175-81.
10. Quaile H. Implementing an obstetrics-specific triage acuity tool to increase nurses' knowledge and improve timeliness of care. *Nurs Womens Health* 2018; 22(4):293-301.
11. Monzon J, Friedman SM, Clarke C, Arenovich T. Patients who leave the emergency department without being seen by a physician: a control-matched study. *CJEM* 2005; 7(2):107-13.
12. Johnson M, Myers S, Wineholt J, Pollack M, Kusmiesz AL. Patients who leave the emergency department without being seen. *J Emerg Nurs* 2009; 35(2):105-8.
13. Asefzadeh S. Patient flow analysis in a children's clinic. *Int J Qual Health Care* 1997; 9(2):143-7.
14. Mahabadi A, Ketabi S, Sajadi SM. Investigate the parameters which affect the patients waiting time in emergency department of orthopedic services in Ayatollah Kashani hospital with the lean management approach. *Health Inform Manage* 2015; 11(7):1025.
15. 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; 20(5):393-400.
16. DePaoli W. Obstetric triage improvement. [Master Thesis]. San Francisco, California: University of San Francisco; 2016.
17. Pereira S, Torres L, Portela F, Santos MF, Machado J, Abelha A. Predicting triage waiting time in maternity emergency care by means of data mining. *Adv Information Syst Technol* 2016; 60:579-88.
18. Haxton J, Fahy K. Reducing length of stay for women who present as outpatients to delivery suite: a clinical practice improvement project. *Women Birth* 2009; 22(4):119-27.
19. Aliyari A, Mahmoudi MS, Rajaei R, Ghorbani A, Najafi M. Evaluating the average waiting time for an emergency medicine specialist visit in an emergency department: a case study. *Manag Strateg Health Syst* 2018; 2(4):260-7. (Persian).
20. Changae F, Simbar M, Irajpour A, Akbari S. Strategies to improve quality of childbirth care. *Yafte* 2015; 16(3):22-33. (Persian).

21. Simbar M, Ghafari F, Tork Zahrani S, Alavi Majd H. Assessment of quality of midwifery care in labour and delivery wards of selected Kordestan Medical Science University hospitals. *Int J Health Care Qual Assur* 2009; 22(3):266-77.
22. Rashidi Fakari F, Simbar M, Zadeh Modares S, Alavi Majd H. Obstetric triage scales; anarrative review. *Arch Acad Emerg Med* 2019; 7(1):e13.