



Mashhad University of
Medical Sciences



Navid No

Journal homepage: <https://nnj.mums.ac.ir/>



کمیته تحقیقات دانشجویی
معاونت پژوهشی و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

Review Article

A comprehensive study in assessment dimensions in mental health triage: A narrative review

Malihe Davoudi¹ , Fatemeh Rajab Dizavandi² *

1. Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2. Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding author: RajabDF@mums.ac.ir

Received: 8 April 2025 ; Revised: 22 May 2025 ; Accepted: 25 May 2025

Abstract

Background and Aims: Background and Objective: In order to improve the quality of services and reduce waiting times in psychiatric emergency departments, it is necessary to conduct a comprehensive and accurate assessment of the clients. It is necessary to identify and highlight the dimensions of triage by reviewing a narrative from reliable sources and clarify the role of these dimensions in improving the triage process and treatment outcomes. Therefore, this article aimed to determine the dimensions of assessment in psychiatric triage.

Materials and Methods: A narrative review was conducted by searching the PubMed, ISI, and Google Scholar databases without time period restrictions. Finally, 8 eligible studies were included in the review.

Results: The study showed that assessments during decision-making for prioritizing patients referred to psychiatric emergency departments should be conducted in the dimensions of demographic information, initial screening to determine the need for life-saving services and differentiating psychiatric and medical emergencies, detailed examination of mental status, medical history and previous psychiatric treatments, and legal and criminal records.

Conclusion: This study showed that Gathering information related to other individual, familial, and social dimensions is essential for accurate and confident psychiatric triage. Obtaining information related to different individuals, family, and social dimensions is essential for accurate and reliable psychiatric triage.

Keywords: Triage, Mental Health, Psychiatry, Review

Cite this article as: Davoudi M, Rajab Dizavandi F. A comprehensive study in assessment dimensions in mental health triage: A narrative review. Navid No, 2025; 28(93): 79-90. <https://doi.org/10.22038/nnj.2025.87252.1482>

E-ISSN: 2645-5927 / P-ISSN: 2645-5919

Copyright: © 2025 by the author.

Open Access: This is an open access article under the CC BY license

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



Publisher's Note: Mashhad University of Medical Sciences remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Mashhad University of
Medical Sciences

نوید نو

Navid No

Journal homepage: <https://nmj.mums.ac.ir/>



کمیته تحقیقات دانشجویی
معاونت پژوهش و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقاله مروری

نگاهی جامع به ابعاد ارزیابی در تریاژ سلامت روان: یک مرور روایتی

ملیحه داوودی^۱ , فاطمه رجب دیزاوندی^{۲*} 

۱. استادیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۲. استادیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

پست الکترونیک نویسنده مسئول: RajabDF@mums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۱۹، تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳/۰۱، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۰۴

چکیده

مقدمه و هدف: به منظور بهبود کیفیت خدمات و کاهش زمان انتظار در بخش های اورژانس روانپزشکی لازم است ارزیابی همه جانبه و دقیقی از مراجعین به عمل آید. لازم است با مرور روایتی از منابع معتبر، ابعاد تریاژ را شناسایی، برجسته و نقش این ابعاد را در بهبود فرآیند تریاژ و نتایج درمانی روشن نماید. لذا این مقاله به تعیین ابعاد ارزیابی در تریاژ روانپزشکی می پردازد.

مواد و روش ها: یک مرور روایتی با جستجو در پایگاه های اطلاعاتی IS، pubmed، psychoinfo و موتور جستجوی google scholar بدون محدودیت بازه زمانی صورت گرفت. مطالعات مورد بررسی شامل تمام مقالات، پروتکل ها و متون در دسترسی که به معرفی و توصیف ابزار و ابعاد تریاژ سلامت روان پرداخته بودند، بود. براساس این معیار، در نهایت ۸ مطالعه واجد شرایط وارد مرور شد.

یافته ها: مطالعه نشان داد ارزیابی ها طی تصمیم گیری برای اولویت بندی بیماران مراجعه کننده به اورژانس روانپزشکی لازم است در ابعاد اطلاعات دموگرافیک، غربالگری اولیه به منظور تعیین نیاز به خدمات نجات دهنده حیات و افتراق اورژانس روانپزشکی و طبی، معاینه دقیق وضعیت روانی، سوابق بیماری و درمان های روانپزشکی قبلی و سوابق حقوقی و کیفری ارزیابی صورت گیرد.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد به منظور ارائه خدمات با کیفیت روانپزشکی نباید تنها بر بعد روانی بیماران متمرکز بود. اخذ اطلاعات مربوط به سایر ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی برای تریاژ دقیق و با اطمینان روانپزشکی الزامی است.

کلمات کلیدی

تریاز، سلامت روان، روانپزشکی، بررسی

مقدمه

کند که منجر به تعیین درجه حدت به فردی می‌شود که کمتر از آن چیزی است که مناسب در نظر گرفته می‌شود (۷). زیر تریاژ باعث طولانی شدن زمان انتظار برای بیمار و تاخیر در دسترسی او به مراقبت های پزشکی می‌شود. بیماری که تحت تریاژ قرار گرفته است، این پتانسیل را دارد که پیامدهای منفی جدی از جمله بدتر شدن، درد طولانی مدت و در شرایط شدید، مرگ در حین انتظار را تجربه کند (۶). بیمارانی که تحت تریاژ قرار دارند نیز در معرض خطر ترک بدون دیده شدن هستند، که نگرانی‌هایی را در مورد ایمنی بیمار، به ویژه برای تظاهرات سلامت روان با افکار خودکشی یا احتمال خشونت ایجاد می‌کند (۱۰). بنابراین ارزیابی در تریاژ سلامت روان نقش کلیدی در بهبود کیفیت خدمات و کاهش زمان انتظار دارد. لذا این مقاله به تعیین ابعاد ارزیابی در تریاژ روانپزشکی می‌پردازد و تلاش می‌کند تا با مرور روایتی از منابع معتبر، این ابعاد را شناسایی، برجسته و نقش این ابعاد را در بهبود فرآیند تریاژ و نتایج درمانی روشن نماید.

روش کار

این مطالعه از نوع مرور روایتی می‌باشد. جستجوی مطالعات بدون در نظر گرفتن محدودیت زمانی در میان مطالعات منتشرشده به زبان انگلیسی در پایگاه های اطلاعاتی pubmed, isi, psychoinfo, و با استفاده از موتور جستجوگر google scholar تکمیل شد. با استفاده از کلمات کلیدی انگلیسی «mental health triage»، «psychiatric triage»، «chek list»، «scale»، «psychiatric emergency»، در عنوان یا چکیده مقالات جستجو صورت گرفت. ادبیات خاکستری نیز مورد بازبینی قرار گرفت.

معیارهای واجد شرایط بودن شامل موارد زیر بود: تمام مقالات، پروتکل ها و متون در دسترس که ابعاد ارزیابی در تریاژ سلامت روان بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس

اورژانس روانپزشکی وضعیتی است که در آن اقدامات اورژانسی مورد نیاز است. زیرا افراد مبتلا به بیماری‌های مختلف حاد یا پیشرفته در معرض خطر آسیب رساندن به خود یا دیگران هستند (۱). اورژانس‌های روانپزشکی بر خلاف اورژانس‌های جسمی، از این جهت قابل توجه هستند که خطر آسیب به افراد و جامعه از جمله دیگران را در پی دارد (۲). در اورژانس‌های روانپزشکی، تشخیص زودهنگام اورژانس، دسترسی سریع به مراقبت های اورژانسی و ارائه مراقبت های اورژانسی تخصصی سلامت روان باید به صورت سازمان یافته ارائه شود (۱). این کار توسط پرستار اورژانس انجام می‌شود و تریاژ نامیده می‌شود (۳). تریاژ فرآیندی است که طی آن چندین بیمار به سرعت از نظر خطر ارزیابی می‌شوند و توسط ارائه دهندگان بخش اورژانس برای مراقبت در صف قرار می‌گیرند. بیمارانی که در معرض بالاترین خطر برای وخامت هستند یا نیاز به مداخله فوری دارند، ابتدا رسیدگی می‌شوند. در حالی که ممکن است از بیمارانی که نگرانی‌های فوری کمتری دارند خواسته شود منتظر بمانند. بنابراین، نقش تریاژ شناسایی بیمار بحرانی و تعیین اینکه آیا بحران نشان‌دهنده یک اورژانس است یا خیر، می‌باشد (۴).

برای بیمارانی که به دنبال مراقبت‌های اورژانسی هستند، تریاژ نادرست منجر به تریاژ بیش از حد یا کمتر تریاژ شدن فرد می‌شود (۵) تریاژ بیش از حد زمانی اتفاق می‌افتد که به بیمار سطحی از فوریت اختصاص داده می‌شود که باعث می‌شود بیمار سریع‌تر از آنچه لازم است دیده شود (۶). یک مطالعه نشان داد که پرستاران کم‌تجربه، بیش از حد تریاژ می‌کنند و متقاعد شده‌اند که این کار ایمن‌تر است (۷). با این حال پرستاران باتجربه به انجام همین کار اعتراف کرده اند (۸). در حالی که این وضعیت به طور معمول خطری برای بیمار ایجاد نمی‌کند، این پتانسیل را دارد که زمان انتظار را به تاخیر بیندازد و بر سایر بیماران منتظر در بخش تأثیر منفی بگذارد (۹). زیر تریاژ نوع تصمیم تریاژ را توصیف می‌

دستورالعمل توسعه یافته به روز رسانی شده توسط سازمان-های بهداشتی دولتی بود (۱۷، ۱۸). متون یافت شده در زمینه‌های مربوط به کشور آمریکا (۱۶) و استرالیا (۱۲، ۱۵، ۱۷، ۱۸)، مکزیک (۱۴)، ایران (۱۱) و کره جنوبی (۱۳) انگلیس (۱۹) صورت گرفته بودند. نتایج حاصل از مرور روایتی متون مورد اشاره در جدول (۱) بصورت زیر دسته بندی گردید:

الف. اطلاعات دموگرافیک

بررسی متون بدست آمده نشان داد یکی از ابعاد ارزیابی در تریاژ بیماران روانپزشکی که پرستار را در تشخیص و رتبه بندی صحیح هدایت می نماید، کسب آگاهی درباره اطلاعات دموگرافیک مراجعه کننده است. این بعد از ارزیابی شامل چندین سوال از جمله سن (۷، ۱۵، ۱۶)، اسم (۱۲)، آدرس (۱۲)، جنسیت (۱۶)، شغل (۱۶)، وضعیت تأهل (۱۶)، محل ارجاع (۱۱، ۱۵)، نحوه مراجعه به واحد اورژانس (۱۱)، روز و ساعت مراجعه (۱۷) است.

ب. غربالگری اولیه

در بخش دیگری از یافته‌ها، بررسی فیزیکی بیماران نیز جزئی از ارزیابی تریاژ روانپزشکی است. این شامل بررسی سیستم-های اصلی قلبی عروقی، دستگاه تنفسی، گوارش و سیستم عصبی (۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۲۰) و نیز علائم حیاتی (۱۱، ۱۵) و نیاز به احیا با کنترل راه هوایی، تنفس، گردش خون و سطح هوشیاری (۱۱، ۱۷) انجام می شود. وجود شرایط طبی همراه همچون ناتوانی‌های شناختی (۱۵، ۱۸) و معلولیت (۱۸) و تروماها (۱۵، ۱۸، ۲۰) و جراحات جسمی (۱۵، ۱۸) و بیماری (۱۱، ۱۷) نیز حائز اهمیت است. همچنین بررسی شکایت اصلی بیمار و تاریخچه آغاز آن نیز در این بعد لحاظ می شود (۱۱، ۱۳).

ج. ارزیابی عمیق وضعیت سلامت روان

مرور تمامی متون (۱۱-۱۹) و مطالعات نشان داد در صورت تایید اختلال روانپزشکی و اطمینان از فقدان یافته‌های

روانپزشکی را گزارش کرده بودند، برای تجزیه و تحلیل کیفی وارد مطالعه شدند. همچنین مطالعات و متونی که به معرفی و توصیف ابزارهای مخصوص به تریاژ سلامت روان بودند وارد مطالعه شدند. در صورتی که در متون یافت شده صرفاً طبقات نهائی تریاژ سلامت روان (درجه فوریت و سطح بندی خدمات) گزارش و به سوالات و ابعاد ارزیابی بیمار اشاره‌ای نشده بود، مقالاتی که در جمعیت‌های اختصاصی از بیماران مانند افراد مبتلا به سرطان یا گروه‌های سنی خاص منحصر شده بودند و مواردی از مقالات که متن کامل آنها قابل ارزیابی نبود، از مرور حذف شدند. همچنین مرورهای سیستماتیک و مطالعه موردی نیز مورد مرور واقع نشد.

فرآیند جستجو و نتایج در شکل ۱ خلاصه شده است. پس از حذف نتایج تکراری (n=۸۴)، ۲۶۲ مقاله منحصر به فرد برای غربالگری شناسایی شد. ۱۱۱ نتیجه براساس عنوان و چکیده حذف شد. عدم گزارش ابعاد ارزیابی تریاژ سلامت روان در متن کامل مقاله (n=۹۲)، استفاده از مقیاس‌های مربوط به تریاژ بیماران طبی (n=۲۲) و منحصر کردن ابزار تریاژ به گروه‌های محدود سنی یا بیماران با شرایط ویژه (n=۱۰) رایج‌تر دلیل حذف مطالعات پس از مرور متن کامل بود. ۱۶ مطالعه نیز بدلیل عدم دسترسی به متن کامل از بررسی حذف شد. یک مطالعه موردی و ۲ مطالعه مروری نیز وارد بررسی نشد. در نهایت ۸ مطالعه برای سنتر اطلاعات در مرور گنجانیده شد. مقالات چکیده و متن کامل به طور مستقل توسط دو نویسنده غربالگری شدند و اختلاف نظرها با اجماع برطرف شد. ویژگی‌های مقاله، یافته‌های کلیدی و مضامین تکراری شناسایی، استخراج و به صورت روایتی در بحث ترکیب شدند.

یافته‌ها

در انتها ۸ مطالعه منطبق با اهداف مطالعه حاضر شناسایی و مرور شد. طرح متون و مطالعات یافت شده ماحصل یک پژوهش کیفی (۱۱)، ترکیبی (۱۲)، مرور متون (۱۳)، بازنگری مقیاس موجود (۱۴)، نظر متخصصان (۱۵) و مرور پرونده‌های طبی بخش روانپزشکی (۱۶) و دو مورد از متون یافت شده

توصیه می‌شود. کیفیت زندگی و میزان برخورداری از حمایت اجتماعی نیز در این متون مورد تاکید واقع شد. در این راستا بررسی‌ها باید شامل بررسی وضعیت دسترسی به سیستم حمایتی اجتماعی و خانوادگی، بی‌خانمانی، فقر و خشونت نیز می‌باشد.

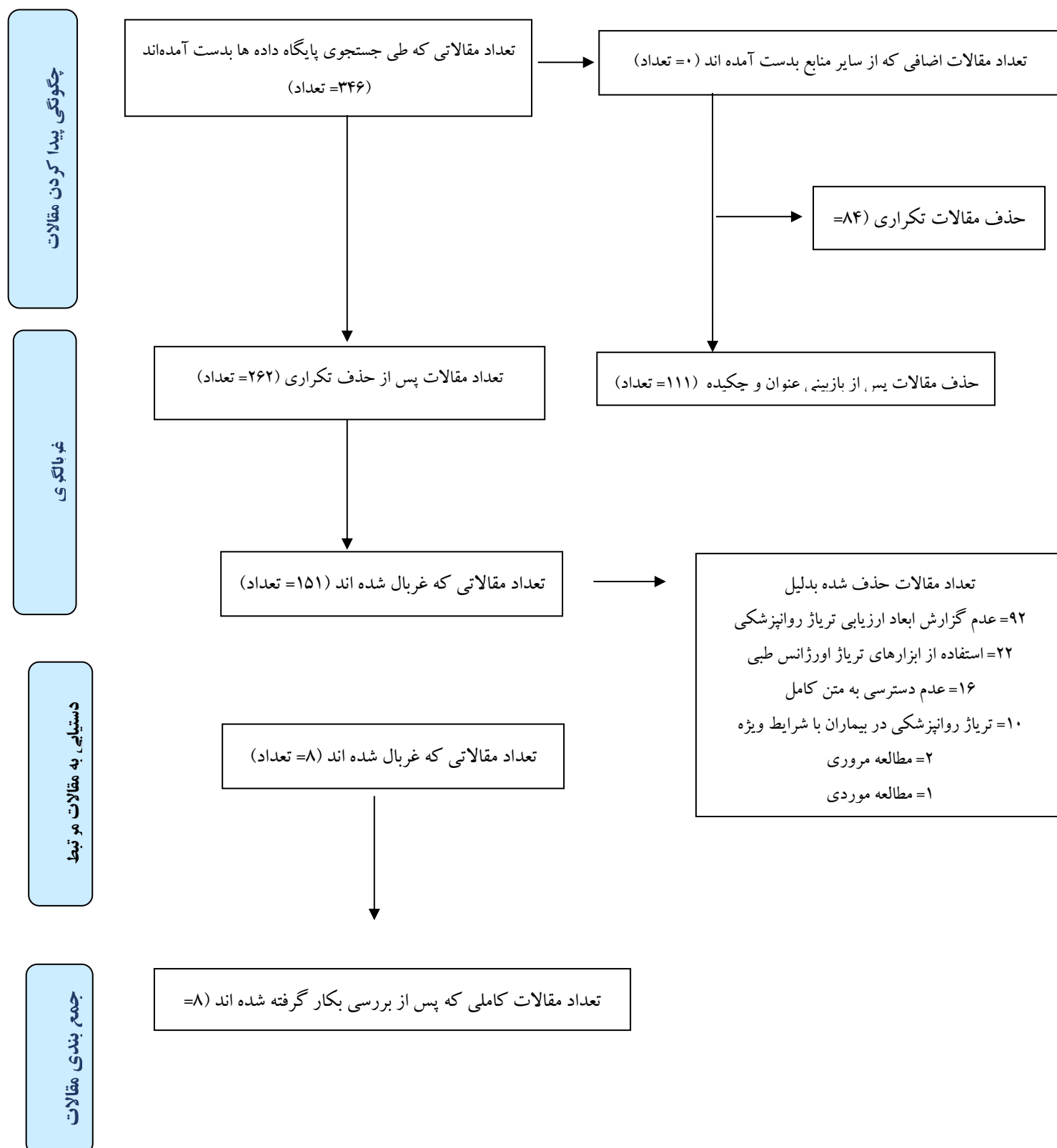
جسمی تهدیدکننده حیات لازم است تاریخچه دقیقی از وضعیت سلامت روانی مراجعه‌کننده دریافت شود. هدف از ارزیابی در این بعد تعیین فوریت دریافت خدمات و مدت زمان انتظار در بخش اورژانس روانپزشکی می‌باشد. در اینجا نشانه‌های اختلال در سلامت روان با جزئیات بیشتری مورد کاوش قرار می‌گیرد. تکنیک‌های اخذ اطلاعات شامل مشاهده و مصاحبه سریع روانی است. با استفاده از این دو تکنیک، نشانه‌های آشکار و پنهان اختلالات روانپزشکی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. از آنجا که اختلالات سلامت روان قادر است افکار، عواطف، خلق، عملکرد نقشی فردی، اجتماعی و خانوادگی، عملکرد خودمراقبتی، تکلم، توجه و همکاری فرد را متأثر از خود نماید لذا در بررسی عمیق وضعیت روانی به تمامی نشانه‌های مطرح‌کننده اختلالات روانپزشکی باید پرداخته شود. دو مورد از متون (۱۳، ۱۴) مورد بررسی صرفاً به ارزیابی رفتار پرخطر و احتمال آسیب به خود در این زمینه اشاره کردند

د. بررسی تاریخچه، داروها و درمان‌های مرتبط با روانپزشکی

شامل تاریخچه داروها و درمان‌های روانپزشکی، سوابق بستری و سرپایی و تحت حمایت سیستم‌های مراقبتی مبتنی بر جامعه بودن نیز لازم است مورد بررسی واقع شود. نشانه‌ها و سابقه سوءمصرف موادمخدر، داروهای محرک روانی و توهم‌زاها، مصرف الکل (۱۱، ۱۵-۱۸) نیز ارزیابی می‌شود.

ه. سوابق اجتماعی و کیفری

بررسی چالش‌های حقوقی همچون سابقه زندان رفتن، دستگیری توسط پلیس و تحمل پیامدهای قانونی (۱۱، ۱۶، ۱۸) مواردی مانند اعمال مجرمانه، استفاده از سلاح گرم و قمار نیز در تریاژ روانپزشکی مورد توجه قرار می‌گیرد. از طرف دیگر بررسی سابقه حضور فرد در بحران‌های سیاسی- اجتماعی همچون جنگ (۱۱) نیز



شکل ۱: دیاگرام نحوه ورود مقالات به مطالعه

جدول ۱: مشخصات مقالات مورد بررسی

مطالعه	سال	مکان مطالعه	ابعاد مورد بررسی در تریاژ سلامت روان
smart و همکاران	۱۹۹۹	استرالیا	معاینه فیزیکی، علائم حیاتی، محل ارجاع، سن، ترخیص طی ۵ روز گذشته از مرکز سلامت روان، افکار، محتوای خلق و عاطفه، ادراک و شناخت، نحوه تکلم، بررسی وضعیت روانی حاد (افسردگی حاد، افکار خودکشی، اضطراب، مسمومیت و بحران موقعیتی)، رفتار و ظاهر، مشکلات جسمی، تروماها، مصرف مخدرها، داروها و عوارض جانبی و اختلال شناختی
Singh و همکاران	۲۰۱۸	آمریکا	ظاهر، جنسیت، سن، نحوه لباس پوشیدن، بررسی نشانه های مرتبط با سوء مصرف مواد، سابقه بستری قبلی یا سرپائی، اقدام های ناموفق قبلی خودکشی، خشونت و نوشیدن الکل، داروها و درمان های روانپزشکی و پیامدهای شدید رفتارهای مجرمانه مانند دستگیر شدن و حمل سلاح، شغل، وضعیت تأهل، اندازه گیری شدت بیماری روانی
وزارت بهداشت درمان استرالیا	۲۰۲۴	استرالیا	ژویدگی و نامرتب بودن، لباس متناسب با آب و هوا، وضعیت سوء تغذیه و هیدارتاسیون، جراحات، میدریاز، تشنج، ظاهر عجیب و غریب، افکار، وضعیت مراقبت از خود، وضعیت عاطفی، بیقراری، جهت گیری به زمان و مکان، عدم همکاری با مراقب، واکنش به توهمات، برقراری ارتباط، کیفیت حرف زدن، توصیف خلق، مصرف داروهای محرک روانی، سن، بیماری های همراه مانند دمانس و دلریوم، روز و ساعت مراجعه، چگونگی مراجعه به اورژانس، شناسایی نیاز به احیا
sands و همکاران	۲۰۰۹	استرالیا	اسم، آدرس، تاریخ تولد، شکایت اصلی و تاریخچه آن، بررسی عمیق وضعیت روانی
Molina-López و همکاران	۲۰۱۶	مکزیک	بررسی وجود شرایط طبی/ بررسی رفتار پرخاشگری
Ha و همکاران	۲۰۲۱	کره جنوبی	شکایت اصلی، بررسی رفتار پرخاشگری
پروتکل تریاژ سلامت روان ویکتوریا	۲۰۱۰	استرالیا	ارزیابی وضعیت روانی شامل خلق، افکار، عاطفه، توهم، پرخاشگری، هذیان، خودکشی، مشکلات مربوط به الکل و سایر داروها، شرایط همراه طبی مانند تروماها و ناتوانی شناختی و معلولیت، کیفیت شرایط محیطی مانند بی خانمانی، فقر، خشونت، ارتکاب جرائم، در معرض خشونت بودن، فقدان خانواده و سیستم حمایتی، قمار، بررسی عملکرد در زندگی روزمره مانند خودمراقبتی، ایفای نقش ها، تعامل با دیگران و وضعیت تغذیه، مشکلات ارتباطی، اقتصادی، اجتماعی، علائم افسردگی و اضطراب، سابقه ابتلا
رجب دیزاوندی و همکاران	۲۰۲۴	ایران	بررسی دلایل و منبع ارجاع، شکایت اصلی، نحوه ورود بیمار به بخش، سطح هوشیاری، فشارخون، قندخون، اشباع اکسیژنی،

گرسنگی، تشنگی، اعتیاد، ضربان قلب، سابقه زندان، بی خانمانی، رفتار خودمراقبتی و ظاهر، بررسی کامل وضعیت روانی، معاینه فیزیکی مختصر و تاریخچه طبی			
---	--	--	--

بحث

براساس یافته‌های بدست آمده از این مطالعه مرور روایتی برای تصمیم گیری دقیق و با اطمینان در بخش های اورژانس روانپزشکی نباید صرفاً بر بعد روانی و سلامت روان مراجعین متمرکز شد. زیرا ارتباطات چندجانبه‌ای میان ابعاد مختلف وجودی انسان وجود دارد بدان معنا که بروز اختلالات روانپزشکی با عوامل زمینه ای مورد تجربه توسط فرد ارتباط داشته و نیز درجه تخریب اختلال در زندگی فردی، اجتماعی و خانوادگی فرد در تعیین شدت فوریت، زمان انتظار و نوع خدمات روانپزشکی بیماران موثر است.

در این مرور مشخص شد یکی از ابعاد ارزیابی در تریاژ سلامت روان، اخذ اطلاعات دموگرافیک بیمار است که بنظر می رسد با هدف تشکیل پرونده سلامت روان، مستندسازی قانونی و ارائه مراقبت صحیح به بیمار صحیح صورت می گیرد. این اطلاعات به تحلیل الگوهای مراجعه و نیازهای خاص هر گروه سنی و اجتماعی کمک می کند. به علاوه می توانند به شناسایی گروه های آسیب پذیر و در نتیجه ارائه خدمات هدفمند کمک کنند. زیرا برخی اطلاعات دموگرافیک در تعیین نوع مشکل، فوریت و نوع خدمت روانپزشکی مورد نیاز نقشی تعیین کننده در تصمیم گیری ها دارد. به عنوان نمونه همانطور که یک مطالعه در استرالیا نشان داد سن یک پیش بینی کننده مهم مسائل حاد سلامت روان است و با افزایش قابل توجه تقاضا برای خدمات اورژانسی روانپزشکی در میان بزرگسالان جوان، به ویژه افراد ۱۸ تا ۲۴ ساله همراه است (۲۱). در همین راستا یک مرور متون نیز نشان داد اختلالات روان پریشی به ندرت قبل از ۱۴ سالگی رخ می دهد، اما افزایش قابل توجهی در شیوع در سنین ۱۵-۱۷ نشان می دهد (۲۲). یا در مطالعه ای دیگر تاثیر تفاوت های جنسیتی در شیوع اختلالات روانپزشکی خاص (افسردگی

تک قطبی و دوقطبی، اضطراب، اسکیزوفرنی و خودکشی)، سن شروع (در اسکیزوفرنی)، تظاهر علائم و غربالگری به خوبی ثابت شده است. بدان معنی که اختلالات تک قطبی، افسردگی و اضطراب دو برابر بیشتر از مردان در زنان رخ می دهد و در دو جنس متفاوت است (۲۳). همچنین برخی ادبیات نشان می دهد که داشتن فرزندان خردسال یک اقدام محافظتی در برابر خودکشی برای زنان است، اما نه لزوماً برای مردان (۲۴) در حالی که ازدواج یک عامل محافظتی برای مردان محسوب می شود، اما برای زنان نه (۲۵) در نمونه ای دیگر از این قبیل مثال ها، متون بر نقش منبع ارجاع مراجعه کننده نیز بدلیل کمک به تصمیم گیری در مورد نیاز فوری بیمار به مراقبت های تخصصی سلامت روان، توجه داشته اند و در عین حال بر احتمال تریاژ بیشتر یا کمتر از حد نیز تاکید کرده اند (۲۶). دلایل فرضی برای این تفاوت ها در اپیدمیولوژی بیماری های روانی شامل عوامل ژنتیکی، عوامل هورمونی و تأثیر واسطه هایی عوامل اجتماعی-اقتصادی است (۲۷).

در بخش دیگری از یافته های حاصل از مرور، غربالگری اولیه مراجعه کننده نیز الزامی است. زیرا مشخص شده است اختلالات جسمی می توانند تظاهرات روانپزشکی داشته باشند. لذا لازم است به موازات مراقبت روانپزشکی، بررسی طبی نیز انجام شود و در صورت نیاز خدمات طبی بر خدمات روانپزشکی، مقدم می باشد. بنظر می رسد این ارزیابی برای تعیین این است که آیا بیمار حقیقتاً به عنوان یک مورد روانپزشکی نیاز به مراقبت دارد یا به عنوان یک مورد وضعیت جسمی نیازمند ارجاع به بخش های طبی است. همچنین در تعیین نوع اولویت و خدمات مراقبت بهداشتی (طبی یا روانپزشکی و یا هر دو) نیز نقشی تعیین کننده دارد و نیز اثرات منقطع میان ابتلائات طبی و تظاهرات

سوابق شرایطی است که ممکن است به درک بیماری فعلی مرتبط باشد. سوء مصرف مواد مخدر و الکل اغلب با سایر اختلالات روانی از جمله اختلالات خلقی و اضطرابی بویژه همراه است. همچنین این مساله معمولاً در نشانه‌های مرتبط با آسیب از جمله خشونت و اقدام به خودکشی دخیل است. آگاهی از تاریخچه دارویی نیز بیمار می‌تواند به معنای شناسایی مشارکت آنها در علائم بیمار باشد.

در نهایت بررسی سوابق حقوقی و کیفری بیماران نیز یک جزء بررسی، در این مطالعه شناسایی شد. در این راستا، پذیرفته شده است که از دست دادن آزادی، خودمختاری و ارتباط با خانواده و دوستان، تأثیرات جسمی، اجتماعی و روانی عمده‌ای بر جمعیت زندانی دارد و باعث می‌شود که میزان اختلالات روانی و رفتاری در این بخش از جمعیت به میزان قابل توجهی بالاتر باشد (۳۴). لذا اخذ این اطلاعات می‌تواند به شناسایی افراد در معرض خطر خشونت، خودکشی و سایر رفتارهای پرخطر کمک کنند. همچنین، سوابق حقوقی و کیفری می‌تواند نشان‌دهنده وجود مشکلات مربوط به شخصیت‌ها و سوء مصرف مواد باشد (۳۵). بنابراین شایسته توجه ویژه در این زمینه هستند.

از جمله نقاط قوت مطالعه حاضر آن است که، مطالعه ما با یک مرور روایتی، به بررسی عوامل کلیدی ارزیابی در تریاژ سلامت روان پرداخته است. این مطالعه، با جمع بندی و گزارش دستورالعمل‌ها و آیت‌های ارزیابی در اورژانس‌های روانپزشکی، می‌تواند به کیفیت خدمات ارائه شده به مراجعین بخش‌های مراقبت روانپزشک و توسعه مهارت تریاژ پرستاران کمک کند. با این حال لازم به ذکر است که مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی است. به عنوان مثال، این مطالعه به صورت یک مرور روایتی انجام شده و ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های انتخابی و تفسیر مطالعات قرار گرفته باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی از این قبیل در زمینه چگونگی اجرای فرایند تریاز سلامت روان در قالب مطالعات پژوهشی اصیل، توسعه دستورالعمل و ابزارسازی صورت پذیرد تا بتوان

روانپزشکی را نیز موشکافی می‌نماید. این اقدام برای کاهش بار کاری و مراجعین غیرضروری به بخش اورژانس روانپزشکی الزامی است. همچنان که متون و دستورالعمل‌ها نیز بر آن تاکید دارند (۴، ۱۲، ۲۸-۳۰). به عنوان نمونه در این قبیل مطالعات نشان داده شده است میزان مرگ و میر سالانه تعدیل شده با سن به دلایل مختلف در میان بیماران روانپزشکی ۲ تا ۴ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است (۳۱)، گزارش شده است که بین ۶ تا ۲۰ درصد از بیماران مبتلا به بیماری جسمی به اشتباه به عنوان اختلال روانی تشخیص داده می‌شود (۳۲). از طرف دیگر مطالعات نشان داده که در بسیاری از موارد، بیماری‌های جسمی زمانی که بیمار در بخش روانپزشکی بستری می‌شود، تشخیص داده و درمان نمی‌شود (۲۰) که پیامدهای بالقوه جدی برای سلامت کلی بیماران، به تاخیر انداختن بهبودی و افزایش مدت اقامت دارد. در نتیجه، یکی از جنبه‌های مهم ارزیابی روانپزشکی، تمایز بیماری ارگانیک از اختلالات روانپزشکی "عملکردی" است. ارزیابی شایسته از سلامت جسمانی بیماران نیز به مناسب سازی مصرف دارو و کاهش خطر عوارض جانبی کمک می‌کند. علاوه بر این، در صورت تغییر وضعیت فیزیکی بیمار، یک خط پایه واضح برای مقایسه ارائه می‌دهد، بنابراین پزشک را از شدت اثر دارو و نیاز به اقدام آگاه می‌کنند (۳۳).

در بعد دیگر ارزیابی لازم است ارزیابی عمیق وضعیت سلامت روان مراجعه کننده الزامی است. این بعد از ارزیابی به نحوی به منظور تعیین نوع و شدت خطر، نوع خدمات روانپزشکی مورد نیاز و مدت زمان تاخیر در دریافت این خدمات می‌باشد. این ارزیابی می‌تواند به تشخیص صحیح، سریع و دقیق مشکلات روانی، تعیین اولویت‌های درمان و پیشگیری از خطرات جدی مانند خودکشی کمک کند. از طرف دیگر با شناخت دقیق نیازهای روانی بیمار، پزشکان می‌توانند برنامه‌های درمانی مناسب‌تری طراحی کنند. اخذ تاریخچه دقیق درخصوص سوابق داروها یا درمان‌های روانپزشکی نیز مورد اشاره واقع گردید. اخذ این تاریخچه مهم است زیرا به مراقبین کمک می‌کند تا بفهمند چه چیزی باعث شده بیمار به فردی که هست تبدیل شود. همچنین این گزارش شامل

مبنائی برای تدوین دوره های بازآموزی شاغلین بخش اورژانس روانپزشکی ترتیب داد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد اعلام می دارند.

نتیجه گیری

حمایت مالی

بدین وسیله از حمایت های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تشکر می کنم.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد مامایی با کد 4001928 مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد و کد اخلاق IR.MUMS.NERSE.REC.1401.016 می باشد.

تضاد منافع

پژوهشگران اعلام می دارند هیچ گونه تضاد منافی در پژوه حاضر وجود ندارد.

این مرور روایتی ارزیابی همه جانبه و کل گرایانه را در تریاژ روانپزشکی اهمیت برجسته کرد. زیرا این رویکرد به شناسایی و درک عمیق نیازهای پیچیده بیماران کمک می کند. با توجه به اینکه بیماران روانپزشکی معمولاً با مشکلات چندبعدی مواجه هستند، ارزیابی کل گرایانه به مراقبین این امکان را می دهد که عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مؤثر بر سلامت روان را شناسایی و بر اساس آن برنامه های درمانی شخصی سازی شده ای ارائه دهند. این نوع ارزیابی نه تنها به بهبود کیفیت خدمات کمک می کند، بلکه می تواند به پیشگیری از مشکلات آینده و تقویت روابط بین بیمار و مراقب منجر شود. همچنین، این رویکرد به بهبود نتایج درمانی و کیفیت زندگی بیماران کمک می کند و به ایجاد یک سیستم درمانی جامع و مؤثرتر منجر می شود.

مراجع

- [1] Shin SD HB, Song KJ, Hwang SS, An KO, Park JO, et al. Model development of psychiatric emergency medical service system. In: Health NCfM, editor. Seoul2010. p. 47-8.
- [2] Sudarsanan S, Chaudhury S, Pawar A, Salujha S, Srivastava K. Psychiatric emergencies. Medical Journal Armed Forces India. 2004;60(1):59-62.
- [3] Cremonesi P, di Bella E, Montefiori M, Persico L. The robustness and effectiveness of the triage system at times of overcrowding and the extra costs due to inappropriate use of emergency departments. Applied health economics and health policy. 2015;13:507-14.
- [4] Zun LS, Nordstrom K, Wilson MP. Behavioral Emergencies for Healthcare Providers: Springer; 2021.
- [5] Chen S-S, Chen J-C, Ng C-J, Chen P-L, Lee P-H, Chang W-Y. Factors that influence the accuracy of triage nurses' judgement in emergency departments. Emergency Medicine Journal. 2010;27(6):451-5.
- [6] Considine J, LeVasseur SA, Villanueva E. The Australasian Triage Scale: examining emergency department nurses' performance using computer and paper scenarios. Annals of emergency medicine. 2004;44(5):516-23.
- [7] Considine J, Ung L, Thomas S. Triage nurses' decisions using the National Triage Scale for Australian emergency departments. Accident and emergency nursing. 2000;8(4):201-9.
- [8] Chung JY. An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. Accident and emergency nursing. 2005;13(4):206-13.

- [9] Olofsson P, Gellerstedt M, Carlström ED. Manchester triage in Sweden—interrater reliability and accuracy. *International emergency nursing*. 2009;17(3):143-8.
- [10] Clarke DE, Brown A-M, Hughes L, Motluk L. Education to improve the triage of mental health patients in general hospital emergency departments. *Accident and emergency nursing*. 2006;14(4):210-8.
- [11] Rajab Dizavandi F, Froutan R, Karimi Moonaghi H, Ebadi A, Fayyazi Bordbar MR. Mental Health Triage from the Viewpoint of Psychiatric Emergency Department Nurses; a Qualitative Study. *Archives of academic emergency medicine*. 2023;11(1):e70.
- [12] Sands N. An exploration of clinical decision making in mental health triage. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2009;23(4):298-308.
- [13] Ha J, Jang K, An M. Development and validity of the Korea psychiatric triage algorithm. *BMC Nursing*. 2021;20(1):212.
- [14] Molina-López A, Cruz-Islas JB, Palma-Cortés M, Guizar-Sánchez DP, Garfias-Rau CY, Ontiveros-Urbe MP, et al. Validity and reliability of a novel Color-Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department. *BMC psychiatry*. 2016;16:1-11.
- [15] Smart D, Pollard C, Walpole B. Mental health triage in emergency medicine. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1999;33(1):57-66.
- [16] Singh VK, Shrivastava U, Bouayad L, Padmanabhan B, Ialynytchev A, Schultz SK. Machine learning for psychiatric patient triaging :an investigation of cascading classifiers. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2018;25(11):1481-7.
- [17] Care ACoSaQiH. Emergency triage education kit. In: Department of Health and Ageing C, editor. 2nd ed. Sydney: ACSQHC; 2024.
- [18] Health SoVDo. Statewide mental health triage scale Guidelines. In: Health Do, editor. Melbourne: Victorian Government Department of Health; 2010.
- [19] Coristine RW, Hartford K, Vingilis E, White D. Mental health triage in the ER: a qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2007;13(2):303-9.
- [20] Moos RH, Mertens JR. Patterns of Diagnoses, Comorbidities, and Treatment in Late-Middle-Aged and Older Affective Disorder Patients: Comparison of Mental Health and Medical Sectors. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1996;44(6):682-8.
- [21] Della DF, Smith D, Looi JC, Allison S, Bastiampillai T. Seasonal surge for mental health demand in emergency departments. The primary care companion for CNS disorders. 2024;26(1):51616.
- [22] Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Üstün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*. 2007;20(4):359-64.
- [23] Afifi M. Gender differences in mental health. *Singapore medical journal*. 2007;48.۳۸۰:(۰)
- [24] Beautrais AL. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emergency medicine*. 2002;14(1):35-42.
- [25] Mendez-Bustos P, Lopez-Castroman J, Baca-García E, Ceverino A. Life cycle and suicidal behavior among women. *The Scientific World Journal*. 2013. ۴۸۰۸۰۱:(۱)۲۰۱۳;
- [26] Nymoen M, Biringer E, Hetlevik Ø, Thorsen O, Assmus J, Hartveit M. The impact of referral letter quality on timely access to specialised mental health care: a quantitative study of the reliability of patient triage. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1):735.
- [27] Leach LS, Christensen H, Mackinnon AJ, Windsor TD, Butterworth P. Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2۰۱۸-۴۳:۹۸۳;۰۰۸
- [28] Sands N. Mental health triage nursing: An Australian perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004;11(2):150-5.
- [29] Clarke DE, Boyce-Gaudreau K, Sanderson A, Baker JA. ED Triage Decision-Making With Mental Health Presentations: A “Think Aloud” Study. *Journal of Emergency Nursing*. 2015;41(6):496-502.
- [30] Sands N, Elsom S, Gerdtz M, Khaw D. Mental health-related risk factors for violence: using the evidence to guide mental health triage decision making. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2012;19(8):690-701.

- [31] Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Mental disorders and risk of accidental death. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;203(4):297-302.
- [32] Koran LM, Sox HC, Marton KI, Moltzen S, Sox CH, Kraemer HC, et al. Medical evaluation of psychiatric patients: I. Results in a state mental health system. *Archives of General Psychiatry*. 1989;46(8):733-40.
- [33] Garden G. Physical examination in psychiatric practice. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2005;11(2):142-9.
- [34] Gómez-Figueroa H, Camino-Proañó A. Mental and behavioral disorders in the prison context. *Revista española de sanidad penitenciaria*. 2022;24(2):66-74.
- [35] Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet (London, England)*. 2002;359(9306):545-50.