

تقييم معلومات طلاب المعهد الصحي لعملية فرز المرضى

علي نائل نزهة

ماجستير في تمريض الحالات الحرجة - كلية التمريض - جامعة اللاذقية

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مستوى معلومات طلاب المعهد التقني الصحي حول عملية فرز المرضى (Triage)، وذلك باستخدام المنهج الوصفي المقطعي. شملت العينة (100) طالب وطالبة، وتم جمع البيانات عبر استبيان إلكتروني، تم التحقق من صدقه بعرضه على خمسة محكمين، ومن ثباته بحساب معامل ألفا كرونباخ الذي بلغ (0.80). تكون الاستبيان من ثلاثة أقسام رئيسية، بواقع (15) عبارة لكل قسم، تناولت المعرفة النظرية، والممارسات العملية، والمعوقات.

أظهرت النتائج أن (70%) من الطلاب لم يتلقوا تدريباً متخصصاً في الفرز. وسجلت أعلى نسبة إجابات صحيحة في عبارة "تقييم مجرى الهواء هو أول خطوة" (76%)، في حين ظهرت فجوات معرفية واضحة؛ إذ بلغت نسبة الإجابات الخاطئة حول "فرز المرضى هو مسؤولية الطبيب وليس الممرض" (59%)، وحول "مقياس CTAS يصنف إلى 3 مستويات" (51%)، وحول "الهدف الأساسي هو تسريع دخول جميع المرضى" (55%). كما كشفت النتائج عن فجوة مهارية خطيرة، تمثلت في أن (36%) من الطلاب لا يستخدمون أي نظام فرز موحد أبداً. أما المعوقات، فقد جاء "نقص التدريب المستمر" في المرتبة الأولى بنسبة موافقة (72%).

خلصت الدراسة إلى وجود فجوات معرفية ومهارية تتطلب إدماج تدريب عملي قائم على المحاكاة ضمن المناهج، وتوفير برامج تنمية مهنية مستمرة. وتجدر الإشارة إلى حدود الدراسة، والمتمثلة في صغر حجم العينة واقتصارها على معهد صحي واحد، مما يحد من إمكانية تعميم النتائج على نطاق أوسع.

الكلمات المفتاحية : معلومات ، طلاب المعهد الصحي ، فرز المرضى .

Assessment of Health Institute Students' information regarding the Triage Process

Abstract

This study aimed to assess the level of knowledge among students at the Health Technical Institute regarding the triage process, utilizing a descriptive cross-sectional design. The sample comprised (100) male and female students, and data were collected via an electronic questionnaire. The tool's validity was verified through review by five expert arbitrators, and its reliability was established with a Cronbach's alpha coefficient of (0.80). The questionnaire consisted of three main sections, each containing (15) items, addressing theoretical knowledge, practical practices, and perceived barriers.

The results demonstrated that (70%) of the students had not received any specialized triage training. The highest rate of correct responses was recorded for the statement "Airway assessment is the first step" (76%), whereas significant knowledge gaps emerged elsewhere; the incorrect response rates reached (59%) regarding "Triage is the physician's responsibility, not the nurse's," (51%) regarding the actual levels of the CTAS scale (with students believing it had only 3 levels), and (55%) regarding the mistaken belief that the primary goal of triage is to expedite admission for all patients irrespective of their condition. Furthermore, the findings revealed a critical practical gap, as (36%) of the students reported that they "never" use a standardized triage system. Regarding obstacles, "lack of continuous training" ranked first with an agreement rate of (72%).

The study concluded that notable cognitive and practical deficiencies exist, necessitating the integration of simulation-based practical training into the curricula and the provision of continuous professional development programs. It is important to acknowledge the study's limitations, particularly the relatively small sample size and its confinement to a single health institute, which restricts the generalizability of the findings to broader populations.

Keywords: Knowledge, Health Institute Students, Triage.

المقدمة

تعد عملية فرز المرضى (Triage) من الركائز الأساسية في أنظمة الطوارئ الصحية، حيث تهدف إلى تصنيف المرضى والمصابين وفقاً لأولوية الحصول على الرعاية الطبية، استناداً إلى شدة الحالة والموارد المتاحة؛ وتكمن أهميتها في قدرتها على إنقاذ أكبر عدد ممكن من الأرواح، خصوصاً في حالات الكوارث والطوارئ الجماعية، من خلال توجيه الخدمات لمن هم في أمس الحاجة إليها (Steel, 2006; World Health Organization, 2017–Robertson).

ونظراً للدور المحوري الذي يقع على عاتق الكوادر الصحية في تنفيذ هذه العملية بكفاءة، فإن إعداد الطلاب وتأهيلهم يعد ضرورة ملحة، إذ تشير الأدلة إلى أن المعرفة النظرية الأساسية بمبادئ الفرز ترتبط إيجاباً بالأداء السريري لدى الطلاب والممارسين (Aloy et al., 2022).

وقد حاول العديد من الباحثين استكشاف واقع هذه المعرفة لدى الفئات الصحية المختلفة. ففي المملكة العربية السعودية، كشفت دراسة مقطعية أجراها (Alruwaili et al., 2024) عن وجود فجوات واضحة في المجالات التطبيقية لدى طلاب التمريض، على الرغم من تمتعهم بمستوى نظري جيد، مما يعكس حالة من التفاوت بين المعرفة النظرية والممارسة.

وفي سياق البحث عن حلول تعليمية، قارن (Jalili et al., 2020) في دراسة شبه تجريبية بين أثر التدريب بطريقة لعب الأدوار والمحاضرات التقليدية على معرفة طلاب التمريض، وأظهرت

النتائج تحسناً ملحوظاً في كلا الأسلوبين، مما يؤكد أهمية أساليب التعلم التحفيزي. كما اختبر (Smith et al., 2022) أثر استخدام أسلوب "غرفة الهروب الافتراضية" في تعليم أساسيات الفرز، كطريقة تدريس بديلة لزيادة المعلومات وتشجيع التعلم التفاعلي، وهي نتائج تتماشى مع ما خلصت إليه دراسة (Aslan et al., 2024) التي أثبتت أن التدريب النظري والعملية خلال التعليم الجامعي أثر إيجاباً على مستويات المعرفة.

أما على صعيد استمرارية هذا التحسن، فقد أجرى (son et al., 2023John) مراجعة لتقييم آثار التعليم الخاص، وأظهرت أن (18) دراسة من أصل (34) حققت تحسناً في الدقة، بينما أظهرت (7) دراسات تحسناً في مستوى المعرفة فقط، مما يبرز الحاجة إلى مزيد من البحث حول استمرارية التحسن.

ومع اتساع الأبحاث، أوصت دراسة (Tarhan & Akin, 2018) في تركيا بمراجعة البرامج التعليمية لتعزيز المعرفة بتطبيقات الفرز، فيما خلصت دراسة (López et al., 2023) إلى أن لدى طلاب التمريض معرفة كافية بعملية الفرز في منطقة الطوارئ، وهو تباين قد يعزى إلى اختلاف طبيعة العينات والمناهج الدراسية. وعلى الرغم من هذه الثروة من الأدبيات، لا تزال هناك فجوة بحثية واضحة فيما يتعلق بتقييم معرفة طلاب المعاهد الصحية في السياق السوري، وخصوصاً تلك الدراسات التي تتجاوز الجانب النظري إلى تقييم الممارسات العملية والمعوقات الحقيقية التي تواجه الطلاب. وانطلاقاً من ذلك، يسعى هذا البحث إلى سد هذه الفجوة من خلال تقييم شامل لمعلومات طلاب المعهد التقني الصحي حول فرز المرضى.

أهمية البحث وأهدافه

أولاً: الأهمية النظرية

- تسهم هذه الدراسة في سد فجوة معرفية تتعلق بمستوى فهم طلاب المعاهد الصحية لإجراءات فرز المرضى (Triage) في حالات الطوارئ والكوارث.
- توفر قاعدة بيانات علمية يمكن الاستناد إليها في تطوير المناهج التعليمية وبرامج التدريب المتعلقة بتصنيف المرضى حسب الأولوية.
- تدعم الأدبيات المحلية في مجال الطوارئ والإنعاش، خصوصاً ما يتعلق بأنظمة الفرز المختلفة (مثل نظام START) وتطبيقاتها في الميدان الصحي.

ثانياً: الأهمية السريرية

- تساعد في تحديد نقاط القوة والقصور في معرفة الطلاب بالإجراءات الصحيحة لفرز المرضى بناءً على شدة الحالة والموارد المتاحة.
- تمكّن المؤسسات الصحية والتعليمية من تصميم برامج تدريبية موجهة لتعزيز مهارات التصنيف والاستجابة السريعة للحالات الحرجة.
- تسهم في تحسين جودة الرعاية الطارئة وتقليل معدلات الوفيات والإعاقات الناتجة عن سوء التصنيف أو تأخير تقديم الخدمة.

ثالثاً: الأهمية المجتمعية

- رفع مستوى جاهزية مقدمي الرعاية الصحية المستقبليين ينعكس إيجاباً على سلامة أفراد المجتمع في حالات الأزمات والطوارئ الجماعية.

- تعزيز الوعي بالإجراءات الصحيحة للفرز يسهم في تقليل الفوضى وزيادة كفاءة استخدام الموارد الصحية المحدودة أثناء الكوارث.
- دعم جهود التنقيف الصحي في المجتمع حول أهمية التصنيف السريع والعادل للمرضى لتحقيق أكبر فائدة ممكنة.

هدف البحث

تقييم معلومات طلاب المعهد التقني الصحي حول فرز المرضى (Triage) في حالات الطوارئ.

مواد وطرائق البحث:

أولاً: مواد البحث:

تصميم البحث: تم استخدام تصميم البحث الوصفي.

مكان البحث: أجريت هذه الدراسة في المعهد التقني الصحي في محافظة طرطوس.

زمان البحث: جمعت بيانات الدراسة خلال الفترة الممتدة من (5-1) من شهر نيسان للعام 2026، وذلك بتوزيع رابط للاستبيان الالكتروني على مواقع التواصل الاجتماعي (الواتساب) لطلاب المعهد التقني الصحي.

عينة البحث: تم اختيار عينة ملائمة شملت 100 طالب/ة من طلاب المعهد التقني الصحي الذين جاوبوا على الاستبيان الالكتروني أثناء فترة جمع البيانات.

أدوات البحث:

تم تطوير اداتين لجمع البيانات الخاصة بالبحث بعد الاطلاع على الادبيات المتعلقة بالبحث ذات الصلة (Ahmad et al., 2026) وهو مكون من جزأين:

الجزء الاول : استمارة جمع البيانات الديموغرافية وتضم العمر و الجنس و المؤهل العلمي و سنوات الخبرة ..)

الجزء الثاني: استمارة تقييم ممارسات طلاب المعهد الصحي وتتكون من ثلاثة أقسام :

الأول يتضمن 15 عبارة ويتضمن عبارات لتقييم المعرفة حول عملية فرز المرضى

الثاني يتضمن أيضا 15 عبارة حول تقييم الممارسات العملية في فرز المرضى

أما القسم الثالث فيتضمن 15 عبارة أيضا حول العوامل المؤثرة والمعوقات التي تواجه عملية الفرز

ثانياً: طرائق البحث:

- 1- تم الحصول على الموافقة من إدارة المعهد التقني الصحي.
- 2- قام الباحث بإعداد أداة الدراسة بعد الاطلاع على المراجع والأدبيات ذات الصلة بموضوع الدراسة ثم قام بعرضه على خمسة من أعضاء الهيئة التدريسية في اختصاص ترميز البالغين، وتمريض الحالات الحرجة للتأكد من مصداقية المحتوى وملاءمته لتحقيق هدف الدراسة.
- 3- تم اجراء دراسة دليلية على 10% من عينة البحث (10 طلاب) تم اختيارهم عشوائياً من مجتمع الدراسة أثناء تواجد الباحث في المعهد، وتم إجراء التعديلات اللازمة على الاستبيان وتم استبعادهم فيما بعد من عينة الدراسة.
- 4- تم حساب معامل ثبات الأداة ألفا كرونباخ وبلغ (0,80).
- 5- تم تحويل الاستبيان لاستبيان الكتروني وتوزيع رابطته على مجموعات الواتساب الخاصة بطلاب المعهد بعد أخذ الموافقات اللازمة بذلك، وتم تضمين الاستبيان رسالة تبين الهدف منه، وسرية البيانات البحثية، وإمكانية رفض الإجابة عليه والانسحاب منه في الوقت الذي يريدونه.
- 6- بعد استكمال الإجابة على الاستبيان الالكتروني، تم سحب البيانات على ملف اكسل، ثم ترميزها وتحليلها باستخدام برنامج (SPSS v25) وعرضها ضمن جداول وفق هدف الدراسة.

7- تم استخدام الإحصاء الوصفي: التكرارية والنسب المئوية ومعادلات حساب نسبة الإجراءات المطبقة.

النتائج

الجدول رقم 1: توزيع أفراد العينة وفق بياناتهم الديموغرافية.

المتغير		العدد الكلي N=100	
		N	%
الجنس	ذكر	45	45
	أنثى	55	55
العمر	أقل من 20 سنة	55	55
	20-25	42	42
	أكثر من 25	3	3
المستوى التعليمي	السنة الأولى	51	51
	السنة الثانية	49	49
القسم	طوارئ	35	35
	تخدير	24	24
	مخابر	20	20
	أطراف صناعية	21	21
تدريب متخصص حول فرز المرضى	نعم	30	30
	لا	70	70
وقت آخر تدريب حول الفرز من أصل 40	منذ شهر	5	16,5
	6 أشهر	15	50
	سنة فأكثر	10	33,5

توضح نتائج الجدول رقم 1 : أن 55% من أفراد العينة إناث، و55% منهم تقل أعمارهم عن عشرين عاماً. وأكثر من نصفهم 51% من السنة الأولى، كما تبين النتائج أن 70 % منهم لم يسبق لهم حضور تدريب متخصص حول فرز المرضى، وأن 50 % ممن حضروا هذا التدريب كان وقت آخر تدريب لهم قبل 6 أشهر .

الجدول (2) تقييم المعرفة حول عملية فرز المرضى

الجزء الأول : تقييم معلومات الطلاب حول عملية فرز المرضى						إجابة صحيحة		إجابة خاطئة		لا أعرف	
						%	N	%	N	%	N
1. عملية فرز المرضى (Triage) تعني تصنيف المرضى حسب أولوية الحصول على الرعاية الطبية بناءً على شدة الحالة.						51	51	14	14	35	35
2. الهدف الأساسي من عملية الفرز هو تسريع دخول جميع المرضى إلى غرفة الكشف بغض النظر عن حالتهم.						55	55	20	20	25	25
3. مقياس فرز الطوارئ الكندي (CTAS) يصنف المرضى إلى 3 مستويات فقط.						51	51	23	23	26	26
4. في نظام الفرز (ESI) يتم تصنيف المريض الذي يحتاج إلى تدخلات منقذة للحياة فوراً في المستوى الأول.						47	47	28	28	25	25
5. يجب أن تستغرق عملية الفرز الأولية للمريض أكثر من 10 دقائق لتكون دقيقة.						40	40	33	33	23	23
6. تقييم مجرى الهواء (Airway) هو أول خطوة يجب القيام بها عند فرز أي مريض.						76	76	13	13	11	11
7. المريض الذي يعاني من ألم في الصدر مع تعرق وضيق في التنفس يجب تصنيفه كحالة عاجلة جداً (مستوى أول أو ثاني)						35	35	46	46	19	19
8. فرز المرضى هو مسؤولية الطبيب وليس الممرض						59	59	22	22	19	19
9. يمكن للقاء على الفرز أن يبدأ إجراءات إنعاشية أولية (كالأكسجين) قبل دخول المريض إلى غرفة الطوارئ.						55	55	21	21	24	24
10. العلامات الحيوية غير طبيعية تتطلب رفع مستوى أولوية المريض.						33	33	47	47	20	20
11. المرضى كبار السن (أكبر من 65 سنة) يعتبرون من الفئات الأكثر عرضة للتدهور حتى لو كانت شكاوهم بسيطة.						42	42	33	33	25	25
12. يجب إعادة تقييم المرضى المنتظرين في منطقة الاستقبال بشكل دوري.						41	41	37	37	22	22
13. يمكن الاعتماد على التشخيص النهائي للمريض في عملية الفرز الأولي.						27	27	34	34	39	39

35	35	26	26	39	39	14. توثيق عملية الفرز في السجل الطبي ليس ضرورياً إذا كان المريض قد دخل مباشرة إلى غرفة الطوارئ.
16	16	20	20	64	64	15. ممرض الفرز يجب أن يمتلك مهارات تواصل جيدة للتعامل مع المرضى وذويهم.

يبين الجدول (2) ؛ أن نسبة الطلاب الذين جاوبوا إجابة صحيحة كانت 51% لعبارة "فرز المرضى يعني تصنيفهم حسب أولوية الرعاية"، و20% لعبارة "الهدف هو تسريع دخول جميع المرضى بغض النظر عن حالتهم"، و23% لعبارة "مقياس CTAS يصنف إلى 3 مستويات"، و47% لعبارة "المريض الذي يحتاج تدخلات منقذة للحياة يصنف بالمستوى الأول في ESI" ، و33% لعبارة "يجب أن تستغرق عملية الفرز أكثر من 10 دقائق"، و76% لعبارة "تقييم مجرى الهواء هو أول خطوة"، و35% لعبارة "ألم الصدر مع تعرق وضيق تنفس يستدعي تصنيفاً عاجلاً جداً"، و22% لعبارة "فرز المرضى هو مسؤولية الطبيب وليس الممرض"، و55% لعبارة "يمكن بدء إجراءات إنعاشية أولية قبل دخول المريض"، و33% لعبارة "العلامات الحيوية غير الطبيعية تتطلب رفع مستوى الأولوية"، و42% لعبارة "كبار السن أكثر عرضة للتدهور حتى لو كانت شكاوهم بسيطة"، و41% لعبارة "يجب إعادة تقييم المرضى المنتظرين بشكل دوري"، و34% لعبارة "يمكن الاعتماد على التشخيص النهائي في الفرز الأولي"، و26% لعبارة "توثيق الفرز ليس ضرورياً إذا دخل المريض مباشرة"، و64% لعبارة "ممرض الفرز يجب أن يمتلك مهارات تواصل جيدة."

كما حققت أعلى النسب الصحيحة: عبارة "تقييم مجرى الهواء هو أول خطوة" (76%)، ثم "ممرض الفرز يجب أن يمتلك مهارات تواصل" (64%)، ثم "يمكن بدء إجراءات إنعاشية أولية" (55%)

في المقابل، ظهرت نسب إجابة خاطئة مرتفعة في: عبارة "فرز المرضى هو مسؤولية الطبيب" (59%)، وعبارة "الهدف هو تسريع دخول جميع المرضى" (55%)، وعبارة "مقياس CTAS يصنف إلى 3 مستويات" (51%)، وعبارة "العلامات الحيوية غير الطبيعية تتطلب رفع الأولوية" (47%)، وعبارة "ألم الصدر مع تعرق وضيق تنفس يستدعي تصنيفاً عاجلاً" (46%)، وعبارة "يجب أن تستغرق العملية أكثر من 10 دقائق" (40%)، وعبارة "التوثيق ليس ضرورياً" (39%)، وعبارة "إعادة تقييم المنتظرين" (37%)، وعبارة "كبار السن أكثر عرضة للتدهور" (33%) .

الجدول (3) : تقييم الممارسات العملية في فرز المرضى حسب رأي الطلاب (النسبة المئوية)

تقييم الممارسات العملية في فرز المرضى حسب رأي الطلاب :	أبداً	نادر	أحياناً	غالباً	دائماً
1. أستخدم نظام فرز موحد (مثل ESI أو CTAS أو Manchester) عند تقييم المرضى.	34	11	20	17	18
2. أبدأ عملية الفرز بتقييم مجرى الهواء والتنفس والدورة الدموية.(ABC)	16	16	7	20	41
3. أقوم بقياس العلامات الحيوية (ضغط الدم، النبض، التنفس، الحرارة، تشبع الأوكسجين) لجميع المرضى خلال عملية الفرز.	10	13	13	20	44
4. آخذ بعين الاعتبار تاريخ المريض المرضي والأدوية التي يتناولها عند تصنيف الحالة.	10	14	14	23	39
5. أعيد تقييم المرضى المنتظرين في منطقة الاستقبال إذا طال وقت انتظارهم.	12	16	20	23	29
6. أوثق عملية الفرز بشكل كامل في السجل الطبي للمريض.	4	6	20	21	49
7. أتواصل مع الطبيب المسؤول عند وجود أي شك حول حالة المريض.	5	11	14	26	44
8. أشرح للمريض وذويه سبب الانتظار والمدة المتوقعة بناءً على أولوية الحالة.	7	8	17	29	39
9. أتعامل مع الحالات الحرجة (مثل السكتة القلبية أو صدمة الحساسية) بشكل فوري وفق البروتوكولات المعتمدة.	3	7	22	29	39
10. أتأكد من توفر المعدات اللازمة (مثل جهاز قياس الأوكسجين، جهاز الضغط) قبل البدء بالفرز.	7	7	20	26	40
11. أستخدم مهارات الملاحظة السريرية (مثل لون الجلد، مستوى الوعي) في تقييم الحالة.	13	19	29	18	21
12. أتخذ قرار الفرز خلال مدة زمنية مناسبة (عادة 2-5 دقائق) دون تأخير.	4	9	18	22	49

تقييم معلومات طلاب المعهد الصحي لعملية فرز المرضى

50	35	11	3	1	13. أتعاون مع بقية أعضاء الفريق التمريضي والطبي لضمان تدفق سلس للمرضى.
55	31	13	1	0	14. أتجنب التحيز (مثل التفضيل على أساس العمر أو الجنس أو المظهر) عند فرز المرضى.
30	32	23	11	4	15. أشارك في برامج التدريب المستمر لتحسين مهاراتي في الفرز.

يوضح الجدول (3) توزيع استجابات أفراد العينة للممارسات العملية المتعلقة بعملية فرز المرضى حسب رأي الطلاب ، حيث وزعوا إجاباتهم على الخيارات الخمسة (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً) لكل عبارة، مما يعطي صورة أوضح عن واقع معلوماتهم حول الممارسات المطبقة في أقسام الطوارئ، حيث نلاحظ أن:

الممارسات ذات أعلى نسبة "دائماً" كانت أعلى نسبة في ممارسة "أتجنب التحيز عند فرز المرضى" (55%)، يليها "أتعاون مع بقية أعضاء الفريق التمريضي والطبي لضمان تدفق سلس للمرضى" (50%)، ثم "أخذ قرار الفرز خلال مدة زمنية مناسبة" (49%)، و"أوثق عملية الفرز بشكل كامل" (49%)، و"أقوم بقياس العلامات الحيوية" (44%)، و"أتواصل مع الطبيب المسؤول" (44%). هذا يعني أن الممارسات المتعلقة بالتعاون مع الفريق والتوثيق وقياس العلامات الحيوية هي الأكثر التزاماً من قبل الممرضين بشكل دائم.

الممارسات ذات أعلى نسبة "أبداً" : كانت أعلى نسبة في عدم الممارسة في عبارة "أستخدم نظام فرز موحد" (34%)، يليها "أبدأ عملية الفرز بتقييم مجرى الهواء والتنفس والدورة الدموية" (ABC) (14%) و"أستخدم مهارات الملاحظة السريرية" (13%)، ثم "أعيد تقييم المرضى المنتظرين" (12%)، و"أخذ بعين الاعتبار تاريخ المريض" (10%)، و"أقوم بقياس العلامات الحيوية" (10%). هذا يشير إلى أن استخدام نظام فرز موحد هو الممارسة الأكثر إهمالاً، حيث أن أكثر من ثلث الممرضين (36%) لا يستخدمونه أبداً.

الممارسات ذات أعلى نسبة "دائماً" + "غالباً": عند جمع نسبتي "دائماً" و"غالباً" لمعرفة من يمارسون العبارة بشكل منتظم، نلاحظ أن أعلى النسب كانت في أتجنب التحيز" و، "أتعاون مع الفريق"

حيث كانتا تفوقان ثلاثة أرباع العينة، كما أن العبارات "أخذ قرار الفرز خلال المدة المناسبة"، و"أتواصل مع الطبيب"، و "أوثق عملية الفرز" ، و"أتعامل مع الحالات الحرجة" حيث بلغت هذه العبارات أكثر من ثلثي العينة. بينما كانت أقل النسب في "أستخدم نظام فرز موحد" ، و"أستخدم مهارات الملاحظة السريرية" بحوالي ثلث العينة ، و"أبدأ الفرز بتقييم.(60%) ABC"

الممارسات المتوسطة (بين الدائم والأحيان): نلاحظ أن بعض المعلومات حول الممارسات توزعت بين "دائماً" و"أحياناً" بنسب متقاربة، مثل "أستخدم مهارات الملاحظة السريرية" (21% دائماً، 18% أحياناً)، و"أعيد تقييم المرضى المنتظرين" (29% دائماً، 23% أحياناً). هذا يعني أن هذه الممارسات يلتزم بها حوالي الربع بشكل دائم، بينما يقوم بها الربع الآخر بشكل غير منتظم.

الجدول (4) العوامل المؤثرة والمعوقات التي تواجه عملية الفرز

أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	العوامل المؤثرة والمعوقات التي تواجه عملية الفرز:
33	21	14	7	25	1. الازدحام الشديد في قسم الطوارئ يعيق القدرة على القيام بفرز دقيق.
39	10	11	18	22	2. نقص عدد الكادر يؤثر سلباً على جودة عملية الفرز.
36	22	18	14	10	3. أعباء العمل المتزايدة تسبب الإجهاد والتعب مما يؤثر على تركيزي.
24	11	17	21	27	4. عدم توفر بروتوكولات فرز واضحة ومكتوبة في القسم يعيق تطبيق الفرز بشكل موحد.
49	24	2	22	3	5. نقص التدريب المستمر وعدم تحديث المعلومات يؤثر على الكفاءة في الفرز.
37	31	21	8	3	6. عدم وجود تغذية راجعة حول دقة القرار في الفرز يحد من تحسين الأداء.
35	31	25	7	0	7. الدعم الإداري والتوجيه من المشرفين يساعد على تحسين الممارسات.
37	31	24	7	1	8. التعاون الجيد بين أعضاء الفريق الطبي يعزز من فعالية الفرز.
30	20	19	16	15	9. الخبرة السريرية السابقة تساعد على اتخاذ قرارات فرز أكثر دقة.
21	19	14	21	25	10. توفر أنظمة تكنولوجية (مثل السجلات الإلكترونية) يسهل عملية التوثيق والمتابعة.

تقييم معلومات طلاب المعهد الصحي لعملية فرز المرضى

41	21	17	13	8	11. ضغط الوقت وعدم وجود مساحة كافية في منطقة الاستقبال يؤثر على جودة التقييم.
42	24	26	3	5	12. صعوبة التعامل مع مرضى وذويهم المتوترين أو العدائين يشكل تحدياً أمام.
12	17	21	21	31	13. الحواجز اللغوية والثقافية مع بعض المرضى تعيق عملية التقييم الدقيق.
27	13	14	17	29	14. أشعر بالثقة في القدرة على اتخاذ قرارات فرز صحيحة في معظم الحالات.
33	11	13	6	37	15. بشكل عام، أنا راضٍ عن الأداء في عملية فرز المرضى.

يوضح الجدول (4) العوامل المؤثرة والمعوقات التي تواجه عملية الفرز آراء الطلاب المشاركين في الدراسة حول العوامل المؤثرة (سواء المعوقات أو العوامل المساعدة) التي قد تواجههم أثناء عملية فرز المرضى، حيث وزعوا إجاباتهم على مقياس ليكرت الخماسي (أوافق بشدة، أوافق، محايد، لا أوافق، لا أوافق بشدة)، مما يعطي صورة واضحة عن أبرز التحديات والعوامل المساعدة في بيئة العمل، حيث نلاحظ أن:

أبرز المعوقات (العوامل السلبية): نلاحظ أن أعلى نسب الموافقة (أوافق + أوافق بشدة) كانت في العبارات التالية: نقص التدريب المستمر وعدم تحديث المعلومات (73%) ، حيث بلغت نسبة "أوافق بشدة" 49%، وهي أعلى نسبة بين جميع العبارات. كما كانت نسبة صعوبة التعامل مع مرضى وذويهم المتوترين (66%) ، حيث بلغت "أوافق بشدة" 42% ، أما الازدحام الشديد في قسم الطوارئ فكانت النسبة (54%) ، وضغط الوقت وعدم وجود مساحة كافية (62%) ، ونقص عدد الكادر التمريضي (49%) ، وأعباء العمل المتزايدة (58%) .

العوامل المساعدة (العوامل الإيجابية): نلاحظ أن أعلى نسب الموافقة (أوافق + أوافق بشدة) على العوامل المساعدة كانت في: الدعم الإداري والتوجيه من المشرفين (66%) ، حيث بلغت "أوافق بشدة" 35%، كما كانت نسبة التعاون الجيد بين أعضاء الفريق الطبي (68%) ، كما كانت نسبة عدم وجود تغذية راجعة (68%) يعتبر معوقاً.

المتغيرات ذات النسب المنخفضة من الموافقة (الإشكاليات): نلاحظ أن بعض العبارات حصلت على نسب عالية في "لا أوافق" و "لا أوافق بشدة"، مما يشير إلى مشاكل واضحة: وهي الحواجز اللغوية والثقافية حصلت على 52% (لا أوافق + لا أوافق بشدة)، والتحقق من الثقة بالنفس في عبارة "أشعر بالثقة في القدرة على اتخاذ قرارات فرز صحيحة" حصلت على 46% (لا أوافق + لا أوافق بشدة)، بينما 40% فقط (أوافق + أوافق بشدة). كما كان الرضا عن الأداء في عبارة "بشكل عام، أنا راضٍ عن الأداء في عملية فرز المرضى" حصلت على 42% (لا أوافق + لا أوافق بشدة) مقابل 44% (أوافق + أوافق بشدة).

المناقشة

تعكس النتائج حقيقة مفادها أن غالبية الطلاب (70%) يعتمدون في تكوين معرفتهم على الجانب النظري الذين يحصلون عليه من المناهج دون تعزيز عملي، وهي ظاهرة تشبه ما أشارت إليه دراسة (Almulhim & Alharbi، 2023) التي أكدت وجود حاجة لتحليل الكفاءة في هذا المجال، ومع ما خلصت إليه المراجعة المنهجية التي أجراها (Al Ammar et al., 2023) من أن التدريب المتخصص هو الركيزة الأساسية لتحسين دقة وكفاءة الفرز.

وهذا يفسر التفاوت الكبير في الإجابات؛ ففي الوقت الذي كانت فيه المعرفة بالمسائل الأساسية كـ "تقييم مجرى الهواء" جيدة (76%)، كانت الفجوة واضحة في المسائل الإجرائية التي تحتاج إلى إجراءات تطبيقية، مثل "المستويات الحقيقية لمقياس CTAS" التي أجاب عنها (51%) إجابة خاطئة معتقدين أنها 3 مستويات بدلاً من 5، وهو ما يتفق مع ما ورد في مراجعة (Johnson et al., 2023) التي أشارت إلى أن طلاب التمريض يمتلكون معرفة متوسطة بتفاصيل أنظمة الفرز، وما أورده (Steel, 2006–Robertson) حول تطور هذه الأنظمة وأهمية الإلمام بتفاصيلها.

ويمكن تفسير النسبة المرتفعة للإجابات الخاطئة حول "مسؤولية الممرض في الفرز" (59%)، بأن المناهج التعليمية وما يرافقها من تدريب سريري، في بعض الدراسات، ما زالت ترسخ النموذج التقليدي الذي يجعل الطبيب هو صاحب القرار الوحيد، مما يقلل من ثقة الطالب بدوره المستقبلي. وهذه

النتيجة تتعارض مع ما توصلت إليه دراسة (López et al., 2023) التي وجدت أن لدى طلاب التمريض معرفة كافية بعملية الفرز، وهو تباين قد يعزى إلى اختلاف طبيعة العينة (طلاب جامعات مقابل معاهد صحية) واختلاف مستويات الانغماس في التدريب السريري. كما تختلف مع دراسة (loy A, et al., 2022) التي أظهرت معرفة نظرية جيدة، لكنها تتفق مع دراسة (Tarhan & Akin, 2018) في تركيا التي أوصت بمراجعة البرامج التعليمية لتعزيز المعرفة بتطبيقات الفرز، مما يشير إلى أن المشكلة ليست معزولة بل عالمية في سياق التعليم الصحي التقني.

أما فيما يتعلق بالهدف الأساسي من الفرز، فإن اعتقاد (55%) من الطلاب بأن الهدف هو "تسريع دخول جميع المرضى" يعكس خلطاً خطيراً بين السرعة في تقديم الخدمة وفعالية التصنيف. هذا المفهوم المغلوط يتناقض مع المبادئ التي وضعتها منظمة الصحة العالمية (WHO, 2017) حول أن الهدف هو توجيه الموارد لمن هم في أمس الحاجة، ويتعارض مع ما أشارت إليه المراجع التأسيسية (Steel, 2006–Robertson) من أن الفرز أداة تصنيف وليس أداة إسراع إداري. ويؤكد هذا الفهم الخاطئ الحاجة إلى مراجعة جذرية في طريقة تدريس فلسفة الطوارئ، كما أوصت بذلك دراسة (Gilchrist & Simpson, 2019) التي شددت على ضرورة التركيز على المبادئ الأساسية في تعليم الفرز.

كما أن الممارسة الذاتية كشفت عن فجوة إجرائية بالغة الخطورة؛ إذ أفاد (36%) من الطلاب بأنهم "لا يستخدمون أي نظام فرز موحد أبداً". هذه النتيجة تتماشى مع ما توصلت إليه دراسة (cCrea M, et al., 2022) من أن الطلاب واجهوا صعوبات في التصنيف الصحيح للمرضى وفق أنظمة الفرز، مما يدل على أن غياب التطبيق العملي يجعل الطلاب يعتمدون على الحدس الشخصي بدلاً من البروتوكولات العلمية الموثقة.

وهذا يفسر أيضاً ضعف تقديرهم لخطورة الأعراض؛ إذ أجاب (46%) إجابة خاطئة حول خطورة ألم الصدر مع التعرق وضيق التنفس، مما يشير إلى قصور في ربط الأعراض السريرية بأنظمة

التصنيف العالمية، وهو ما يتوافق مع ما أشارت إليه مراجعة (Kavanagh et al., 2022) حول الحاجة إلى تقييم الكفاءة والثقة في هذا المجال.

ومن حيث المعوقات، فإن تصدر "نقص التدريب المستمر" لقائمة العوائق بنسبة موافقة (72%)، يؤكد ما توصلت إليه دراسة (Gilchrist & Simpson, 2019) حول أن التعليم المستمر هو العامل الأكثر تأثيراً على كفاءة الفرز، كما يتماشى مع ما أورده (OpenStax, 2024) من أن نقص التدريب المستمر وضعف المتابعة من أبرز العوامل المؤثرة سلباً على دقة الفرز. كما أن الاعتراف بضعف الثقة بالنفس من قبل (46%) من الطلاب، وانخفاض الرضا عن الأداء (44%)، يعكس شعوراً حقيقياً بالعجز ناتج عن قلة الممارسة، وهو ما يتوافق مع نتائج دراسة (Ali et al., 2024) التي وجدت أن أقل من نصف المشاركين كانوا مرتاحين لقيادة عملية الفرز، ومع ما خلصت إليه دراسة (Iruwaili A et al., 2024) من وجود فجوات تطبيقية واضحة لدى طلاب التمريض المتدربين بالرغم من مستواهم النظري الجيد.

أما فيما يتعلق بالعوامل البيئية والتنظيمية، أظهرت النتائج أن الازدحام الشديد (54%)، وضغط الوقت (62%)، ونقص الكادر (50%)، وأعباء العمل المتزايدة (58%) تشكل معوقات رئيسية، وهي نتائج تتفق مع دراسة (Algier, 202) التي أكدت أن الازدحام ونقص الموارد البشرية من أبرز المعوقات، ومع دراسة (Kavanagh et al., 2022) التي ربطت الازدحام وإجهاد العاملين بانخفاض دقة الفرز. كما أن صعوبة التعامل مع المرضى وذويهم المتوترين (70%) جاءت كمعوق كبير، مما يبرز أهمية مهارات التواصل التي أظهر الطلاب معرفة نظرية بها (64%)، وهو ما يتفق مع دراسة (Aloy et al., 2022) حول أهمية هذه المهارات في سياق الطوارئ.

ومع ذلك، تبقى لهذه الدراسة حدود واضحة، أبرزها صغر حجم العينة واقتصارها على معهد واحد، وهو ما يجعل تعميم النتائج محدوداً، كما أن الاعتماد على البيانات المبلغ عنها ذاتياً قد لا يعكس

الممارسة الفعلية بدقة. ورغم هذه الحدود، إلا أن النتائج تقدم مؤشرات قوية لتطوير المناهج، وتدعم ما أوصت به دراسة (Jalili et al., 2020) من أن التدريب القائم على المحاكاة ولعب الأدوار يحسن الأداء والثقة، وما أظهرته دراسة (n et al., 2024Asla) من أن التدريب النظري والعملية خلال التعليم الجامعي له أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية على مستويات المعرفة.

كما تستجيب للتوصيات التي قدمتها مراجعة (al., 2023 Johnson et) حول الحاجة إلى استكمال التعليم لضمان تحسن دائم في دقة الفرز، وتتماشى مع ما دعت إليه منظمة الصحة العالمية (WHO, 2017) من ضرورة بناء أنظمة قادرة على الصمود في وجه الكوارث من خلال تأهيل الكوادر.

الاستنتاجات : نستنتج من الدراسة ما يلي:

1. يمتلك الطلاب معرفة جيدة ببعض المبادئ الأساسية للفرز، مثل أولوية تقييم مجرى الهواء، والحاجة لمهارات التواصل، وإمكانية بدء إجراءات إنعاشية أولية، في حين ظهرت فجوات معرفية واضحة في مفاهيم جوهرية أخرى مثل كون الفرز مسؤولية الطبيب وليس الممرض (أكثر من نصفهم إجابات خاطئة)، والهدف الخاطئ للفرز، ومستويات مقياس CTAS (51% إجابات خاطئة)، وعلاقة العلامات الحيوية غير الطبيعية برفع الأولوية (41% إجابات خاطئة)، وخطورة ألم الصدر مع التعرق وضيق التنفس (46% إجابات خاطئة).
2. فيما يتعلق بالممارسات العملية المبلغ عنها ذاتياً، فإن أعلى نسب للالتزام الدائم كانت في تجنب التحيز (56%) والتعاون مع الفريق (50%) والتوثيق الكامل (44%)، بينما كانت أخطر فجوة عملية هي أن أكثر من ثلث الطلاب (36%) لا يستخدمون نظام فرز موحد (مثل ESI أو CTAS أو مانشستر) أبداً، كما أن استخدام مهارات الملاحظة السريرية كان منخفضاً (14% لا يستخدمونها أبداً).
3. أظهرت المعوقات الرئيسية التي يواجهها الطلاب وفق رأيهم أن نقص التدريب المستمر وعدم تحديث المعلومات هو العائق الأكبر (72% أوافق بشدة + أوافق)، يليه صعوبة التعامل مع المرضى وذويهم المتوترين (70%)، ثم ضغط الوقت وعدم وجود مساحة كافية (62%)، وأعباء العمل المتزايدة (58%)، والازدحام الشديد (54%).

4. لم يُظهر الطلاب ثقة كافية بقدراتهم على اتخاذ قرارات فرز صحيحة (46% لا أوافق أو لا أوافق بشدة) كما أن الرضا عن أداء الفرز كان منخفضاً (44% فقط أوافق وأوافق بشدة)، بينما أظهرت الدراسة أن 70% من الطلاب لم يسبق لهم حضور أي تدريب متخصص حول فرز المرضى.
5. تبين أن الدعم الإداري والتوجيه من المشرفين والتعاون الجيد بين الفريق الطبي هما من أبرز العوامل المساعدة المعترف بها لتحسين فعالية الفرز.

التوصيات

1. ضرورة تعزيز المكون العملي والتطبيقي لتعليم فرز المرضى (Triage) ضمن المناهج الدراسية لطلاب المعاهد الصحية، مع التركيز على تمارين تصنيف الحالات باستخدام أنظمة فرز موحدة (ESI، CTAS، مانستتر).
2. تنظيم دورات تدريبية متخصصة إلزامية حول الفرز في حالات الطوارئ والكوارث، نظراً لأن 70% من الطلاب لم يتلقوا أي تدريب سابق، ولأن نقص التدريب المستمر جاء كأكبر معوق من وجهة نظرهم.
3. التركيز على تصحيح المفاهيم الخاطئة التي ظهرت في النتائج، خصوصاً المتعلقة بدور الممرض في الفرز (أنه مسؤوليته وليس حصراً على الطبيب)، والهدف الحقيقي من الفرز (التصنيف حسب الأولوية وليس تسريع دخول الجميع)، والمستويات الصحيحة لمقياس CTAS (5 مستويات وليس 3)، وأهمية العلامات الحيوية غير الطبيعية وكيفية رفع الأولوية بناءً عليها، وخطورة أعراض احتشاء القلب (ألم الصدر مع التعرق وضيق النفس).
4. تعزيز مهارات إعادة التقييم الدوري والتوثيق القانوني الكامل لعملية الفرز، وتصحيح الاعتقاد الخاطئ بأن التوثيق ليس ضرورياً إذا دخل المريض مباشرة إلى الطوارئ.
5. تشجيع الطلاب على تطبيق نظام فرز موحد والتخفيف من الاعتماد على الملاحظة غير المنظمة فقط، وذلك من خلال ورش عمل محاكاة وسيناريوهات حقيقية.

6. العمل على تحسين بيئة العمل التدريبية بمحاكاة واقع الطوارئ من حيث إدارة الازدحام وضغط الوقت، وتوفير بروتوكولات فرز واضحة ومكتوبة، وإنشاء نظام للتغذية الراجعة حول دقة قرارات الفرز.
7. إجراء دراسات مستقبلية تشمل عينات أكبر ومتنوعة من طلاب المعاهد الصحية في مناطق وجامعات مختلفة، ودراسة أثر برامج تدريبية مقارنة (كلاسيكي، محاكاة، واقع افتراضي) على تحسين المعرفة والممارسة والثقة بالنفس في فرز المرضى.

المراجع

1. Alahmad ,M., Krit , F.(2026) Assessment of Nursing Staff's Knowledge and Practices Regarding the Patient Triage Process . AlHwash Private University .
2. Al Ammar, M. I., Dallak, Z. M., Alyanbaawi, L., Alsaedi, A. S., Al Rashidi, H. M., Alshahrani, M., et al. (2023). Impact of triage nurse training on accuracy and efficiency: A systematic review. Journal of Emergency Nursing, 49(6), 823-835. (in press)
- 3.. Ali, S., Saleem, T., & Zafar, H. (2024). Simulation-based training improves triage accuracy and confidence among nursing students: A quasi-experimental study. Nurse Education Today, 133, Article 106058.

4. Allgier, C. (2025). Back to basics: The importance of triage education [Master's project, Weber State University]. Weber State University Digital Repository. <https://digital.weber.edu/ark:/87278/s6hdvvp0>
5. Almulhim, M., & Alharbi, H. (2023). Assessment of triage competency among health institute students in Saudi Arabia: A needs analysis. *Saudi Journal of Health Sciences*, 12(1), 22-29.
6. Aloy, O., & Al-Zahrani, A. (2022). Knowledge and attitudes of nursing students regarding triage in emergency departments: A cross-sectional study. *Journal of Emergency Nursing*, 48(3), 312-320.
7. Alruwaili, A. N., Alshammari, M., Alruwaili, M., Aljohani, W., Alshammari, F., Alhumaydili, A., et al. (2024). Readiness levels of intern nursing students during the transition to professional practice: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23(1), Article 123.
8. Aslan, S., Yeşilçınar, İ., & Şahin, E. (2024). Evaluation of knowledge level of nursing students receiving disaster and first aid training on triage practices during disaster: A quasi-experimental study. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 12(1), 204-214.
9. Gilchrist, N., & Simpson, C. (2019). Triage education for health profession students: A systematic review. *Nurse Education Today*, 72, 48-55.
10. Jalili, M., Bahadori, M., Ravangard, R., & Asadi, H. (2020). Comparison of pre-hospital triage training by role playing and lecture on nursing students' knowledge, attitude and performance. *Nurse Education in Practice*, 44, Article 102777.

11. Johnson, K. D., Patel, S., & Lee, C. (2023). Evaluating the effects of triage education on triage accuracy within the emergency department: An integrative review. *International Emergency Nursing*, 70, Article 101306.
12. Kavanagh, S., McGillis Hall, L., & Wilk, S. (2022). Triage competency and confidence among emergency nurses: A needs assessment. *Journal of Emergency Nursing*, 48(4), 425-433.
13. López, M., García, R., & Pérez, C. (2023). Level of knowledge of nursing students on triage in the emergency area. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3, Article 3319. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20233319>
14. McCrea, D. L., Coghlan, R. C., Champagne-Langabeer, T., & Cron, S. (2022). Collaborative interprofessional health science student led realistic mass casualty incident simulation. *Healthcare*, 11(1), Article 40. <https://doi.org/10.3390/healthcare11010040>
15. OpenStax. (2024). Triage and assessment. In *Medical-Surgical Nursing*. OpenStax.
16. Robertson-Steel, I. (2006). Evolution of triage systems. *Emergency Medicine Journal*, 23(2), 154-155.
17. Tarhan, M., & Akin, S. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin triyaj uygulamalarına ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi [Evaluation of nursing students' level of knowledge on triage practices]. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 6(1), 1-12.
18. World Health Organization. (2017). *Mass casualty management systems: Strategies and guidelines for building resilience*. WHO Press.