

## An explanation of the patients and nurses perception on the concept of emergency caring

Mahmoudi H. *PhD*<sup>1</sup>, Mohammadi E. *PhD*<sup>✉</sup>, Ebadi A. *PhD*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trauma Research Center, Department of Medical Surgery, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>✉</sup>Department of Nursing, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

<sup>2</sup>Behavioral Sciences Research Center, Department of Medical Surgery, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 2014.1.11

Accepted: 2015.5.9

### Abstract

**Introduction:** There is a difference between the expectations of patients and the actual care that they receive by nurses. Since the patients of emergency departments require immediate treatment and caring, understanding their expectations is necessary in order to provide high quality care. This study has been performed to clarify the nurses and patients' perception on the concept of emergency caring.

**Method:** This qualitative approach study was performed with a content analysis method. During a six month period 25 nurses and patients in emergency departments were selected with a purposeful sampling method in two teaching hospitals in Tehran. Also, the deep semi structured interview data were collected and concurrent analyzed by using a conventional qualitative content analysis method.

**Results:** Constant comparative analysis of data showed that the final theme of the patients and nurses perception of care in emergency departments had divergence meanings. This theme was formed in two categories. Patients' needs and the routine tasks of nurses. Patient's needs included quick pain relief caused by disease, privacy and respect and quick determination of the status of hospitalization. The perception of nurses included performing tasks accurately, rapidly and comprehensively.

**Conclusion:** As a conclusion, it is said that emergency care means the views of patients based on their needs and their acute situation. Nurses perceptions from care based on their understanding of the circumstances and experience. These findings show that there is a deep meaning divergence between the patients and nurses perception of emergency care. To reduce tensions and improve the quality of care, nurses and managers should pay attention to solving these challenges.

**Key words:** Nurses' Emergency, Patient, Caring, Qualitative Content Analysis

## تبیین ادراک بیماران و پرستاران بخش اورژانس از مفهوم مراقبت

حسین محمودی<sup>۱</sup>، عیسی محمدی<sup>۲</sup>، عباس عبادی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup>مرکز تحقیقات تروما، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه اعلیه (عج)، تهران، ایران  
<sup>۲</sup>گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران  
<sup>۳</sup>مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه اعلیه (عج)، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۲۱

### چکیده

**مقدمه:** بین توقعات بیماران و مراقبت واقعی که آنان توسط پرستاران دریافت می‌کنند اختلاف وجود دارد. از آن جایی که بیماران بخش اورژانس نیازمند درمان و مراقبت فوری و خاص هستند، درک انتظارات آن‌ها جهت ارائه مراقبت مطلوب ضروری است. همچنین درک پرستاران در ارائه مراقبت در شرایط اورژانس به گونه‌ای دیگر می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تبیین ادراک بیماران و پرستاران از مراقبت در بخش اورژانس انجام گردید.

**روش:** این بررسی از نوع کیفی به شیوه تحلیل محتوا انجام شد که طی آن ۲۵ پرستار و بیمار در مدت شش ماه به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف در بخش‌های اورژانس دو بیمارستان آموزشی شهر تهران انتخاب و بررسی شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار جمع‌آوری و همزمان با استفاده از آنالیز محتوای کیفی قراردادی تجزیه و تحلیل گردیدند.

**یافته‌ها:** آنالیز مستمر و مقایسه‌ای داده‌ها نشان داد که ادراک پرستاران و بیماران از مراقبت در دو طبقه نیاز بیماران و انجام وظایف و کارهای روتین توسط پرستاران قرار گرفته است. نیاز بیماران از مراقبت شامل سه زیر طبقه تسکین و رفع سریع درد و رنج ناشی از بیماری، حفظ حریم و احترام و تعیین سریع وضعیت بستری بوده است. اما درک پرستاران از مراقبت که همان طبقه انجام وظایف و کارهای روتین بوده است از سه زیر طبقه انجام کار بصورت دقیق، سریع و جامع تشکیل شده است.

**نتیجه‌گیری:** همانگونه که ملاحظه می‌شود معنای مراقبت در بیماران اورژانس مبتنی بر درک نیاز و شرایط حاد خودشان می‌باشد اما پرستاران مراقبت را براساس شرایط و موقعیت سازمانی درک و تجربه می‌کنند. این موارد نشان دهنده وجود واگرایی معنایی قابل توجه بین ادراک بیماران و پرستاران بوده است. برای کاهش تنش‌ها و بهینه‌سازی کیفیت مراقبت، پرستاران و مدیران باید به حل این چالش توجه نمایند.

**کلید واژه‌ها:** پرستار اورژانس، بیمار، مراقبت، تحلیل محتوای کیفی

## مقدمه

هدف نهایی خدمات پرستاری ارائه مراقبت با کیفیت در راستای بهبود نتیجه خدمات برای بیمار و جامعه است. به طور طبیعی انتظار می‌رود که خدمات نظام سلامت مبتنی بر شواهد، روش‌ها و تصمیم‌گیری‌های علمی باشد. با وجود این، بسیاری از اقدامات پزشکی و مراقبتی، تنها بر روندهای سنتی، حدس‌ها و فرضیات کاری، مهارت‌های فردی و مشاهدات غیر سازمان یافته بالینی مبتنی هستند [۱].

بیماران و پرستاران کیفیت خدمات پرستاری را نیز به گونه‌ای متفاوت ارزیابی می‌کنند زیرا دارای استانداردها و معیارهای متفاوتی در این زمینه هستند [۲-۴] و برای ارائه خدماتی موثر و قابل قبول باید استانداردها و معیارهای متفاوت مصرف‌کنندگان و ارائه‌کنندگان به هم نزدیکتر شود [۵].

مطالعات صورت گرفته نشان دادند که اغلب اولین تجربه بیماران از بیمارستان به بخش اورژانس مربوط می‌شود. از آن جایی که آن‌ها نیاز به درمان و مراقبت فوری و خاص نیازمند هستند، ادراک انتظارات بیماران در بخش فوریت‌ها جهت ارائه مراقبت مطلوب در آن ضروری است [۶]. در مطالعات دیگر نیز مشکلات اساسی بخش اورژانس شامل: بی‌توجهی نسبت به نیازهای اساسی پرستاران و بیماران، چالش‌ها و کاستی‌های مدیریتی بخش عنوان شده است [۷].

برآیندهای مثبت از ارائه مراقبت از بیمار، بیشتر به کیفیت مراقبت‌های پرستاری وابسته است تا در دسترس بودن تکنولوژی، در حال حاضر، افزایش سطح خدمات فوریتی، حجم کاری زیاد و کمبود تعداد پرستاران، تاثیر به‌سزایی بر کیفیت خدمات پرستاری گذاشته و نگرانی‌هایی را در جامعه پرستاری در خصوص بیماران و کیفیت مراقبت‌ها در بیمارستان ایجاد نموده است [۸].

هندرسون نیز بیان می‌کند مورد توجه و احترام بودن هم برای پرستاران و هم بیماران مهم است اما اولویت بندی رفتارهای مراقبتی خاص ممکن است بین پرستاران و بیماران متفاوت باشد [۵، ۹]. *اریکسون و سود لاند* (۲۰۰۷) نیز بیان می‌کنند یکی از مشکلات موجود در عملکرد پزشکی و مراقبت پرستاری، اختلاف موجود بین توقعات بیماران و مراقبت واقعی است که آنان دریافت می‌کنند و زمانی که تجربه بیماران مورد توجه قرار نگیرد مراقبت‌کنندگان قادر به شناخت آرزوها و نیازهای مهم مراقبتی بیماران نخواهند بود [۲، ۹]. پرستاران و بیماران اولویت‌ها و توقعات متفاوتی در باره مراقبت دارند به عنوان مثال یک استاندارد قابل قبول برای سرعت پاسخگویی پرستار به درخواست بیمار و یا مدت زمانی که پرستار برای بیمار صرف می‌کند احتمالاً می‌تواند به طور متفاوت به وسیله پرستاران و بیماران تعریف شود. تصور می‌شود که تجربیات بیماران از مراقبت‌هایی که دریافت می‌کنند ممکن است به ویژگی‌هایی مانند سن، جنس و سطح تحصیلات وابسته باشد، اما یک متا آنالیز گزارش شده به وسیله *هال و دورنان* (۲۰۰۴) نشان داده که ویژگی‌های فردی اجتماعی در پیش‌بینی تجربیات بیماران

از مراقبت مهم می‌باشد [۱۰]. در مطالعه *ملازم و همکاران* (۱۳۸۹) درک بیماران و پرستاران از مراقبت و فرآیند مراقبت در بخش جراحی متفاوت بوده است [۱۱].

مفهوم مراقبت از دیدگاه پرستاران و بیماران در فرهنگ‌ها و شرایط متفاوت متنوع می‌باشد [۱۲]، همچنین در مفهوم مراقبت نزد پرستاران نیز چالش وجود دارد [۱۳]. پژوهشگر در مواجهه با بیماران یا افراد معمول جامعه که سابقه مراجعه به اورژانس بیمارستان داشته‌اند، دریافته است که از نظر عموم افراد ارائه مراقبت بر اساس انتظار و توقعات آنان نیست و آنان با سوالات و مشکلات متعددی مواجه بوده‌اند و معتقدند پرستاران و سایر اعضای تیم درمان قادر به درک خواسته‌ها و نیازهای آنان نیستند. و مطابق روش خاصی ارائه مراقبت نمی‌دهند. به این دلیل پژوهشگر معتقد است بررسی تجارب بیماران که جهت درمان به اورژانس مراجعه می‌کنند جهت روشن‌سازی حیطه‌های ناشناخته و پاسخ به سوالاتی از این قبیل می‌تواند مفید باشد: در تجربه بیماران بستری در اورژانس مفهوم مراقبت چگونه است؟ بیماران مراقبت را چگونه تعریف می‌کنند؟ از نگاه بیمار، مراقبت چگونه رخ می‌دهد؟

مطالعات انجام شده در بافت فرهنگی، اجتماعی کشورمان پیرامون چگونگی تجارب، باورها، نگرش‌ها و ارزش‌های بیماران و پرستاران در حیطه مراقبت در اورژانس تاکنون در کشور ما بسیار ناچیز و بیشتر با رویکرد اثبات‌گرایی بوده است، لازم است که جهت آشکار سازی ادراک بیماران و پرستاران از مراقبت با رویکرد مناسب (کل‌گرا و کیفی) اقدام گردد. بدین منظور مطالعه‌ای کیفی با هدف تبیین ادراک پرستاران و بیماران از مفهوم مراقبت در بخش اورژانس انجام گردید.

## روش

در این مطالعه، با توجه به هدف مطالعه ادراک یا انتظارات بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس و پرستاران با روش تحقیق کیفی با رویکرد آنالیز محتوی از نوع قراردادی با تایید کمیته اخلاق و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا... (عج)، مورد مطالعه قرار گرفت [۱۴، ۱۵]. ۱۸ پرستار و هفت بیمار طی ۶ ماه (آبان ماه ۱۳۸۹ لغایت فروردین ماه ۱۳۹۰) برای جمع‌آوری یا تولید داده‌های مرتبط مورد مصاحبه قرار گرفتند. نمونه‌گیری به روش هدفمند از پرستارانی که حداقل ۶ ماه در بخش اورژانس کار کرده، دارای حداقل مدرک کاردانی پرستاری بودند و متمایل به شرکت در مصاحبه بودند صورت گرفت. همچنین بیماران داوطلبی که دوره حاد بیماری را پشت سر گذاشته و در بخش تحت نظر اورژانس به سر می‌بردند مورد مصاحبه قرار گرفتند. همه مصاحبه‌ها توسط یک مصاحبه‌کننده به شکل انفرادی ۲-۱ نوبت انجام گردید. پژوهش در ۲ بیمارستان آموزشی شهر تهران انجام شد بعد از توضیح درباره هدف پژوهش به مشارکت‌کنندگان، مصاحبه به روش گفتگوی دوطرفه انجام شد. مدت مصاحبه با پرستار حدود ۵۰ دقیقه و با بیماران در حدود ۳۰ دقیقه بود. اشباع داده‌ها از مصاحبه با مشارکت

را تأیید نمودند. استفاده از تکنیک نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، که به تناسب یا انتقال‌پذیری یافته‌ها به دیگران یا خواننده‌ها کمک می‌کند، نیز مورد توجه قرار گرفت. همچنین جهت تأییدپذیری و حسابرسی تحقیق، محقق مراحل و روند تحقیق را بطور دقیق ثبت و گزارش نمود تا در صورت امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم شود.

در این مطالعه رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در طول مطالعه و دیگر تعهدات اخلاقی لحاظ گردید. زمان مصاحبه نیز با هماهنگی و خواست مشارکت‌کننده تنظیم شد بصورتی که سبب اختلال در برنامه‌های روزانه آن‌ها نگردد.

### یافته‌ها

از ۱۸ پرستار مورد مطالعه ۳ نفر زن و ۱۵ نفر مرد بوده‌اند. سن پرستاران بین ۲۳-۴۴ و میانگین ۲۸/۸ سال با میانگین سابقه کار ۶ سال بودند. هفت بیمار مرد با میانگین سنی ۶۲ سال و دارای بیماری متنوع در شیفت‌های مختلف مصاحبه شدند. آنالیز داده‌ها منجر به تولید ۶ زیر طبقه و ۲ طبقه اصلی و یک زمینه اصلی شامل واگرایی معنایی گردید. در مجموع سه زیر طبقه مربوط به ادراک و انتظارات بیماران و سه زیر طبقه مربوط به پرستاران می‌باشد.

آنچه از تحلیل داده‌ها و بررسی مصاحبه‌های این پژوهش مشهود است، انتظارات و ادراک بیماران از مراقبت در سه زیر طبقه تسکین، رفع سریع درد و رنج ناشی از بیماری، حفظ حریم و احترام و تعیین سریع وضعیت بستری بوده است.

**تسکین و رفع درد و رنج:** بیماران انتظار داشتند که با آمدن به اورژانس مشکل جسمی آنان رفع شده و درد و رنج ناشی از بیماری کاهش یابد. این درخواست در تک تک افراد مراجعه کننده به اورژانس مشهود است، چنانچه بیماران می‌گویند: «مشکل اصلی من پوست است، هر سه ماه مشکل پوستی پیدا می‌کنم، من شیمیایی شدم» ب۳. «واسه خونریزی معده و روده آمدم اینجا، مدفوع خونی دفع می‌کردم و هموگلوبین من ۱۰ بود. آخه من یک هفته پیش عمل جراحی قلب باز شدم. دیشب هم تب کردم و دمای بدن من ۴۱ درجه بود» ب۴. «بنده مرض قند دارم، دستم عفونت کرده، البته قبلا یک پای من قطع شده است. این سری با عفونت سرو کله زدم نتونستم طاقبت بیارم به همین جهت آمدم اینجا که کاری برابرم انجام دهند» ب۵. «من چند سال قبل پروستاتم را عمل کرده بودم، و از دیروز مجددا دچار احتباس ادراری شدم و ادرارم بند آمد، آمدم اورژانس» ب۶ «سال ۱۳۸۰ عمل جراحی قلب باز انجام دادم. چند ماه پیش مجدد دچار درد قلبی شدم. آمدم بیمارستان و آنژیوگرافی شدم. بالن زدند و گفتند وضعیت بهتر شده است. ولی بعد از آن دچار افت فشار و ضعف و بی حالی شدم، مثلا سری قبل نزدیک بود تو خونه از پله پرت بشم که پسر من سریع منو گرفت و نداشت زمین بخورم. دیگه همیشه این حالت بهم دست می‌ده. این سری هم به همین علت مراجعه کردم. یعنی دچار

کننده بیست و سوم به بعد ایجاد شد، ولی جمع‌آوری و بررسی داده‌ها تا اشباع داده‌ها به طوری که اطلاعات جدیدی از مصاحبه‌ها و داده‌های موجود به دست نیامد ادامه یافت، به همین علت دو مصاحبه دیگر انجام گردید. بررسی داده‌ها، همزمان با جمع‌آوری داده‌ها و به صورت مستمر انجام شد، به طوری که تمامی مصاحبه‌ها بعد از کسب رضایت‌نامه، مکتوب و ضبط شد. هر مصاحبه کلمه به کلمه تایپ، مرور و کدگذاری و سپس مصاحبه بعدی انجام شد. در کدگذاری، واحدهای معنایی از بیان و گفته‌های مشارکت‌کنندگان که نشان دهنده تجربیات آن‌ها بود، استخراج گردید. سپس کدهایی که براساس تشابه و تناسب بیان‌کننده موضوع واحدی بودند، در یک دسته یا طبقه قرار گرفتند و طبقات و زیرطبقات با هم مقایسه شدند. از تحلیل و تفسیر این داده‌ها، درونمایه‌ها یا مقوله‌های انتزاعی‌تر استخراج گردید [۱۶].

محقق با کسب رضایت از مشارکت‌کنندگان، جهت تصدیق گفته‌هایشان و یا نیاز به انجام مصاحبه‌های بعدی، آدرس و شماره تلفن آن‌ها دریافت شد. مصاحبه با پرستاران با توجه به سوال اصلی پژوهش ابتدا با سوالات عمومی شروع شد، برای مثال چه مدت در این بخش کار می‌کنید؟ ممکن است یک روز کاری‌تان را براساس آنچه که هر روز انجام می‌دهید برایم توضیح دهید؟ سوالات از بیماران مهمترین مشکل و مساله شما در آن لحظه ورود و حضور در بخش اورژانس چه بوده؟ و آیا پرستاران به این مساله شما توجه داشتند یا خیر؟ اگر داشتند چگونه و چه کاری برای این مساله و مشکلاتتان کردند؟ اگر نکردند چه احساسی داشتید؟ در این شرایط از پرستاران برای حل این مساله چه انتظار یا انتظاراتی داشتید؟ بدنبال دریافت پاسخ‌های سوالات فوق، سوالات اکتشافی و عمق دهنده مثل لطفا در این رابطه می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟ ... یعنی چه؟ .. و چرا؟... ..

در این مطالعه برای تأیید اعتبار محتوی دست نوشته‌ها پیاده شده از نوار و عبارات استخراج شده (کدها)، توسط مشارکت‌کنندگان و همچنین از دو محقق مستقل نیز درخواست شد تا دقت و صحت روش را تأیید کنند [۱۶].

در سراسر فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، هرگونه تأمل و جرقه‌های ذهنی مرتبط با داده‌ها که به ذهن می‌رسید محقق یادداشت کرده و برای مصاحبه‌های بعدی از آن‌ها استفاده می‌نمود. در طول این مطالعه روش‌هایی برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها انجام گرفت. اعتبار، قابلیت اعتماد، تناسب، و قابلیت تأیید بعنوان معیارهای دقت علمی در تحقیقات کیفی هستند [۱۶]، در این مطالعه مورد توجه قرار گرفتند. چک کردن یافته‌ها با شرکت‌کنندگان انجام شد. بازنگری ناظرین نیز انجام گردید، برای این منظور بخش‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدها مربوط و طبقات پدیدار شده برای چند ناظر فرستاده شد تا جریان تجزیه و تحلیل را بررسی و در مورد صحت آن‌ها اعلام نظر نمایند.

جهت تعیین تناسب یافته‌ها، یافته‌ها با تعدادی از پرستاران که در تحقیق شرکت نداشتند در میان گذاشته شد که آن‌ها تناسب یافته‌ها

ضعف شده بودم و بی حال بودم» ب۷.

**حفظ حریم و احترام:** بیماران انتظار داشتند وقتی وارد اورژانس می شوند مورد توجه و احترام قرار گیرند و از طرف پرستاران مورد پذیرش قرار گیرند. یکی از بیماران در این مورد می گوید: «هیچ سیستمی وجود نداشت که مرا تحویل بگیرد، باید بیمار را بگیرند، آزمایش انجام شد، کسی کاری نداشت، کسی جواب نمی داد، کسی که بگه تو چه کاره ای، سلام می کنی جواب نمی دهند. از بس که سرشان شلوغ است. فکر می کنم اینجور است، شاید هم اخلاق شان اینگونه است. من گفتم سلام، اینکه گفتم سلام به جهت تربیت هست، دوباره سلام کردم، من یک فرد ۵۹ ساله ام و برای من چندان مهم نبود، بهش گفتم که دکتر کجاست؟ من کجا باید برم؟ یک جوان ۲۵-۲۴ ساله ای بود به من گفت که: می بینی که نیست، برو ۱۰ دقیقه دیگه بیا. ادب به من اجازه نمی داد که کاری انجام بدهم» ب۲.

**تعیین سریع وضعیت بستری:** بیماران انتظار داشتند که در اورژانس تکلیف آنها مشخص شود و نیازمند اطلاعات در مورد کار خود بودند مثلاً به محض اینکه بیمار مطلع می شد که پرونده بخش بستری تشکیل شده، دوست داشت هر چه سریعتر از وضعیت نامتعادل اورژانس خلاصی پیدا کرده و به یک وضعیت ثبات و آرامش در بخش برسد، به همین علت دیگر حاضر نبود حتی به پزشک شرح حال بدهد. تجربه مشاهده شده موید موضوع می باشد. «آقای دکتر من نمی خواهم از من شرح حال بگیرید، مرا زودتر بفرستید بخش» ب۵. «من دوست داشتم که امشب تکلیفم مشخص شود. خانواده نگرانند، اگر تکلیف ما مشخص بشود بهتر است. اگه می رفتم بخش بهتر بود» ب۱. «خلاصه اینکه من در اورژانس دنبال فردی بودم که به من بگه چکار کنم تا اینکه فردی که پشت مانتیور بود گفت که فلانی دکتر طب اورژانس است برو پیشش» ب۲.

**ادارک یا انتظارات پرستاران:** اما ماهیت نگرانی و دغدغه پرستاران بیشتر مربوط به نوع کارها و فعالیت هایی است که برای بیماران انجام می شد. آنها نگران این بودند که آیا همه کارهای بیمار انجام شده و هیچ یک از کارهای بیمار فراموش نگردد، همچنین کارها درست انجام شده باشد، چون نگران عواقب و مشکلات قانونی ناشی از آن بوده اند. جالب اینکه این نگرانی را به همه پرسنل درمان تعمیم می دادند و بعبارت دیگر آنها نیز در رفتار و حالات همکارانشان هم حس می کردند. بنابراین ادراک و انتظارات پرستاران از یک طبقه انجام وظایف و کارهای روتین تشکیل شده که این طبقه از سه زیر طبقه جامعیت، سرعت و دقت تشکیل شده است.

**جامعیت:** پرستاران نگران این قضیه بودند که هیچ یک از کارهای بیمار از قلم نیفتد و همه کارهای بیمار به طور کامل انجام گردد. درک و تجربه مشارکت کنندگان موید موضوع می باشد. «نگرانی من این است که مریض کارش را کامل انجام دادم یا نه. درست بوده یا نه. کارها درست ثبت شده یا نه. تا فردا مشکل قانونی پیش

نیاید. ناراحتی همه کادر درمان همین است» پ۵.

**سرعت:** پرستاران در اورژانس برای رفع نگرانی خود به لزوم داشتن سرعت و دقت معتقد بودند، هنگامی که جان بیمار در خطر بوده با سرعت و دقت لازم کار خود را انجام می داده اند. تجربیات یکی از پرستاران موید موضوع می باشد. «یک روز یک بچه ۸-۷ ساله را آوردند که پاک کن در نای او گیر کرده بود و کاملاً سیانوزه شده بود با مانور هیم لیچ یک فشاری را ایجاد کردم و پاک کن به بیرون پرتاب شد. در این جا اگر سرعت عمل نبود بچه خفه می شد همچنین باید دقت لازم را هم داشته باشیم. به محض اینکه کد اعلام کردیم، کار انجام شد و بچه خوب شد. اگر سرعت نداشتیم اینکار انجام نمی شد» پ۱۳.

یکی از پرستاران با تشبیه اورژانس به صحنه کارزار و نامشخص بودن تعداد مراجعه کنندگان وجود سرعت را در تجربیات خود امری جدایی ناپذیر از اورژانس تلقی کرده بود. «اورژانس بخشی پویاست بیمار از یک در وارد و از در دیگر خارج می شود. کارش سریع و جنگی است. همه کارها باید سریع انجام شود اصلاً ذات اورژانس این است که کار سریع انجام شود. تعداد مراجعه کنندگان نامعلوم است» پ۲.

**دقت:** شامل توجه همه جانبه در مراقبت، بکارگیری یافته های علمی در برخورد با بیماران بدحال نیز بوده است. دقت پرستار حتی در مواردی منجر به نجات جان بیمار شده بود. تجارب و بیانات پرستاری موید این موضوع می باشد. «موردی بود که هوشیار بود و کانسر روده داشت در حالی که ناشتا بود. این بیمار تحت بستری و سرویس داخلی، جراحی و بیهوشی بود. افت فشار خون نیز داشت. دوپامین می گرفت. جراحی را برای ۱۰ لیتر نرمال سالین گذاشتند. ساعت ۱۰ صبح افت هوشیاری پیدا کرد به طوری که سطح هوشیاری به ۵-۴ رسید و مریض را فرستادیم آی سی یو و من خودم با بیمار رفتم آی سی یو. دکتر بیهوشی خیلی وارد بود به من گفت پرستار بیمار شما بودی گفتم بله. گفت به من شرح بده که برای این بیمار از زمان پذیرش تا بحال چکار کردید. موارد را خدمت ایشان گفتم. ایشان شک به شوک هیپو گلایسیمیک کرد. گلوکومتر زدیم دیدیم قند خون بیمار ۱۹ است. به بیمار ۱۰ لیتر نرمال سالین دادند. پزشک بیهوشی خیلی از من تشکر کرد و به من گفت شما اطلاعات کامل دادید و خیلی در نجات این بیمار سهیم بودی» پ۷.

زمینه نهایی درک بیماران و پرستاران از مراقبت در بخش اورژانس واگرایی معنایی بوده است، که در دو طبقه نیاز بیماران و انجام وظایف و کارهای روتین توسط پرستاران تشکیل شده، انتظارات و درک بیماران از مراقبت در سه زیر طبقه تسکین و رفع سریع درد و رنج ناشی از بیماری، حفظ حریم و احترام و تعیین سریع وضعیت بستری بوده است. اما درک پرستاران از مراقبت که همان طبقه انجام وظایف و کارهای روتین بوده است از سه زیر طبقه انجام کار بصورت دقیق، سریع و جامع تشکیل شده است.

## بحث

[۱۱].

انجام سریع کارها یکی از نگرانی‌های مهم پرستاران در اورژانس بوده است که در این مطالعه به کرات به آن اشاره گردیده است. / *اسدی* اشاره داشته است که ارزیابی و پایش عملکرد اورژانس از مهم‌ترین فرآیندهای آن به شمار می‌رود. تدوین استانداردهای کمی و مشخص کردن دامنه‌ای از شاخص‌های معتبر و معنادار از جمله زمان سنجی خدمات و کاهش انتظار بیماران در هر اقدام مراقبتی در اورژانس مهم‌ترین فعالیت این فرآیند اصلی محسوب می‌شود. هدف اصلی اورژانس، ارائه خدمات و فوریت‌های پزشکی است. توقف طولانی مدت در اورژانس امکان ارائه خدمات به سایر بیماران نیازمند به فوریت‌های پزشکی را کاهش داده و این امر موجب نارضایتی بیماران و افزایش تلفات ناشی از حوادث خواهد شد [۱۷].

ظهور در مطالعه خود بیان کرده بود سرعت ارائه خدمات در مراکز درمانی به خصوص اورژانس در جهت کاستن از مرگ و میر و معلولیت‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. پژوهشگران نشان داده‌اند که یکی از مهم‌ترین شاخص‌هایی که در ارزیابی مراکز اورژانس به کارگرفته می‌شود، زمان انتظار بیماران برای دریافت خدمات تشخیصی و درمانی می‌باشد [۱۸].

در این مطالعه یکی از انتظارات بیماران تعیین تکلیف سریع بوده است، اینکه کار بیماران در بخش اورژانس سریعاً انجام شود و بیمار معطل نگردد. فرایند موردنیاز این بیماران بیشتر در زمینه اطلاع به پزشک، تشکیل پرونده و انتقال به بخش بوده است. *تربوری و گرامی* ضمن تعیین مدت زمان انتظار و تعیین تکلیف بیماران و رضایتمندی آنان، به مقایسه با استانداردهای بین‌المللی پرداخته‌اند، در این مطالعه با افزایش زمان انتظار و تاخیر در تعیین تکلیف بیماران، رضایتمندی آنان کاهش یافت. یعنی تاخیر در تثبیت سازی می‌تواند منجر به پیامدهای ناگوار در اورژانس گردد [۱۹].

چون و همکاران دریافتند اقامت‌های طولانی در بخش اورژانس تاثیر قابل توجهی بر فرآیند گردش بیمار برای تمام بیماران اورژانس دارد و به ازای هر اقامت طولانی در روز، مدت زمان اقامت، زمان انتظار و زمان ارائه مراقبت به بیمار افزایش می‌یابد [۲۰].

بلک و همکاران تاکید داشتند که در بخش‌های اورژانس باید نیروی انسانی کارآمد و با تجربه را به کار گماشت و نجات جان بیمار در کوتاه‌ترین زمان را در اولویت اقدامات و خدمات قرارداد [۲۱]. این در حالی است که در مطالعه هرمن نام اورژانس یادآور عملکرد سریع و به موقع در فضای مناسب است [۲۲].

رینا در مطالعه خود بیان کرده بود که مشاهده آنی در پزشکی اورژانس جهت ارائه درمان فوری به بیماران بدحال، روش شدن وضعیت بیماران، خودداری از پذیرش غیر ضروری و نیز انتظارات غیر ضروری، لازم الاجرا است. اجرای این روش نیاز به پرسنل آموزش دیده و مجرب، امکانات فیزیکی مناسب و سرویس‌های حمایتی و دسترسی به مشاوره‌های تخصصی سریع در محیط اورژانس دارد [۲۳]. انجمن پرستاری اورژانس آمریکا در سال ۲۰۱۰

این مطالعه به بررسی انتظارات بیماران از مجموعه اورژانس و عملکرد پرستاران در اورژانس پرداخته است و بیانگر این بود که زمینه‌نهایی ادراک بیماران و پرستاران از مراقبت در بخش اورژانس واگرایی معنایی بوده است، که در دو طبقه نیاز بیماران و انجام وظایف و کارهای روتین توسط پرستاران تشکیل شده است. انتظارات و ادراک بیماران از سه زیر طبقه تسکین و رفع سریع درد و رنج ناشی از بیماری، حفظ حریم و احترام و تعیین سریع وضعیت بستری بوده است. اما ادراک پرستاران از مراقبت که همان طبقه انجام وظایف و کارهای روتین بوده است از سه زیر طبقه انجام کار بصورت دقیق، سریع و جامع تشکیل شده است. همانگونه که ملاحظه می‌شود بین ادراک بیماران و پرستاران از مراقبت واگرایی وجود دارد و نیازها و انتظارات بیماران هماهنگ با عملکرد پرستاران در اورژانس نمی‌باشد در مطالعه *ملازم* [۱۱] نیز که تحت عنوان بررسی درک بیماران و پرستاران از مراقبت و فرآیند مراقبت در بخش جراحی صورت گرفت پرستاران توجه و تمرکز خود را معطوف به آن دسته از فعالیت‌هایی کرده بودند که بیشتر مورد توجه مسئولین و پزشکان بود (روتین‌گرایی) و پرداختن به این وظائف، پرستاران را از توجه همه جانبه نسبت به نیازهای روحی و جسمی بیماران باز می‌داشت. همانطور که ملاحظه می‌شود در مطالعه *ملازم* نیز واگرایی معنایی بین درک و انتظار بیماران و پرستاران در زمینه مراقبت وجود داشته است. با توجه به اینکه مراقبت جوهر و ذات پرستاری است باید تامل جدی روی این قضیه صورت گیرد.

همچنین در زمینه دغدغه بیماران یافته‌ها با مطالعه *ملازم* و همکاران هماهنگی دارد. آن‌ها نیز دریافتند که احساس خطر و تهدید عوامل نامساعد محیط کار پرستاران و موقعیت زندگی بیماران دغدغه و مشکل اصلی بیماران بود. در مطالعه حاضر نیز بیماران تسکین و رفع درد و رنج ناشی از بیماری، احترام و تعیین سریع وضعیت بستری را نگرانی و دغدغه اصلی خود می‌دانستند. همانطور که ملاحظه می‌شود دغدغه همه بیماران در کلیه محیط‌های درمانی در راستای رفع نیازها می‌باشد. حال نوع این نیازها در محیط‌های گوناگون بسته به خصوصیات و شرایط بخش و بیمار متفاوت است. در مطالعه ذکر شده نگرانی اصلی پرستاران، عوامل نامساعد محیط کار از جمله شرایط سخت کار مانند حجم زیاد کار، کمبود کفایت و تناسب امکانات و محیط کار بوده است. در حالی که در مطالعه حاضر پرستاران نگران این بودند که کارها دقیق، سریع و جامع انجام گیرد. به نظر می‌رسد علت تفاوت، ماهیت متفاوت دو بخش اورژانس و جراحی، تفاوت پرستاران از نظر دیدگاه و فلسفه کاری، شرایط متفاوت کاری و استراتژی سازمان‌ها باشد. همچنین به نظر می‌رسد تفاوت جنسیتی پرستاران دو محیط نیز در نگرانی آن‌ها موثر باشد، بطوری که در پژوهش حاضر به خاطر ماهیت بیمارستان و بخش، غالباً پرستاران از جنس مذکر بوده در حالی که در مطالعه ذکر شده غالب پرستاران جنس مؤنث بودند

تاکید گردیده است. به نظر می‌رسد علت این تشابه ماهیت یکسان کار پرستاری در عرصه‌های مختلف بوده است.

یکی دیگر از نگرانی‌های پرستاران در بخش اورژانس در این مطالعه جامعیت در کار بوده است. پرستار تمام تلاشش این بوده که هیچ کاری فراموش نشده و همه کارها از جمله کارهای مستقیم و غیر مستقیم به طور کامل انجام گردد. پوتر و همکاران در مطالعه‌شان اشاره داشتند که در مراقبت جامع هدف رفع همه جانبه‌ی نیازهای فرد از طریق تسکین بخشی به بدن، جسم و روح است و هدف پرستاری کمک به بیماران برای رفع نیازمندی‌های آن‌هاست [۲۹]. همانطور که ملاحظه می‌گردد در مطالعه پوتر نیز همسو با پژوهش حاضر بر لزوم وجود جامعیت تاکید شده و بر توجه همه جانبه بر نیازهای بیمار تاکید گردیده است.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان دهنده این است که معنای مراقبت در بیماران اورژانس مبتنی بر درک نیاز و شرایط حاد خودشان می‌باشد اما پرستاران مراقبت را براساس شرایط و موقعیت سازمانی درک و تجربه می‌کنند. اگرچه تنها فصل مشترک بین انتظار بیماران و پرستاران لزوم سرعت در کار بوده است، اما جنس این اشتراک در بیمار و پرستار متفاوت است. بیمار و همراهان خواهان سرعت در رفع درد و رنج و تعیین تکلیف بوده‌اند در حالی که سرعت پرستار جهت نیازمندی‌های مدیران و رفع تکلیف در پاسخگویی به آنان بوده است. این موارد نشان دهنده وجود واگرایی معنایی قابل توجه بین انتظارات و ادراک بیماران و پرستاران بوده است. برای کاهش تنش‌ها و بهینه‌سازی کیفیت مراقبت، پرستاران و خصوصاً مدیران باید به حل این چالش توجه نمایند. با توجه به ویژگی مطالعات کیفی، تممیم نتایج این مطالعه فقط محدود به محیط مورد بررسی است. لذا انجام مطالعات مشابه به منظور شناخت بیشتر پیشنهاد می‌شود.

**تشکر و قدردانی:** پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش که علاقه‌مندانه در مصاحبه‌ها شرکت نمودند و نظرات و تجارب خود را در اختیار قرار دادند، نهایت تشکر و سپاسگزاری را بنمایند.

### منابع

1. Leal C. Going high with type 1 diabetes High Altitude Med Biol. 2005;6(1):14-21.
2. Lee MA, Yom YH. A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. Int J Nursing Stud. 2007;44(4):545-55.
3. Muntlin Å, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. J Clin Nurs. 2006;15(8):1045-56.
4. Mahmoudi H, et al. The Study of Job Motivation

مهارت‌های لازم جهت پرستار اورژانس را شامل، بررسی سریع، بررسی دستگاه تنفسی، تفسیر نوار قلب، مهارت رگ‌گیری بوده است. [۲۴]. همانطور که ملاحظه می‌گردد لزوم سرعت در انجام امور، در اکثر مطالعات خودش را نشان داده که با مطالعه حاضر نیز هم‌خوانی دارد. یعنی وجود سرعت از الزامات اصلی کار در بخش اورژانس می‌باشد. نکته حائز اهمیت این است که لزوم وجود سرعت تنها فصل مشترک بیماران و پرستاران بوده است.

از نگرانی‌های دیگر پرستاران جهت کار در بخش اورژانس لزوم دقت در انجام کارها، رسیدگی و توجه به بیماران اورژانسی بوده است. دقت شامل توجه همه جانبه در مراقبت، بکارگیری یافته‌های علمی در برخورد با بیماران بدحال نیز بوده است. دقت پرستار در مواردی منجر به نجات جان بیمار شده بود. کار حساس و پر مسئولیت پرستاری از جمله مشاغل است که به دقت فراوان نیاز دارد و بی دقتی به هنگام انجام کار پرستاری ممکن است موجب بروز خسارات جبران ناپذیری گردد. سالانه بین ۴۴ تا ۹۸ هزار نفر در اثر اشتباهات پزشکی در بیمارستان‌های آمریکا می‌میرند، که پرستاران نقش بسزائی در آن دارند [۲۵]. اشتباه و بی‌دقتی در انجام مراقبت‌های بهداشتی درمانی، نه تنها به بیماران آسیب می‌رساند، بلکه موجب وارد آمدن آسیب و جراحی به پرسنل شاغل در این مراکز نیز می‌گردد. اولین گزارش از مبتلا شدن یک پرستار به ویروس ایدز توسط سر سوزن آلوده در سال ۱۹۸۴ در نشریات پزشکی به چاپ رسید [۲۶]. پرستاران، پزشکان و کارکنان بیمارستان‌ها که به صورت شب کار یا شیفت در گردش کار می‌کنند، اغلب برنامه‌های نامنظم خواب و بیداری دارند. خواب کمتر در این افراد باعث کاهش هوشیاری و خستگی عمومی می‌شود. این امر، باعث حداکثر خواب‌آلودگی و حداقل عملکرد در ساعات حدود ۴ تا ۵ صبح می‌گردد، در این ساعات، فعالیت‌های ذهنی که نیازمند دقت و هوشیاری است بیش از فعالیت‌های جسمی تحت تأثیر قرار می‌گیرند [۲۷]. عوامل متعددی از جمله شلوغی، تنش، خستگی، محرومیت از خواب، فشار کاری بالا و وجود محرک‌های متعدد در محیط، می‌توانند باعث بروز کاهش دقت در پرستاران شب کار گردند [۲۸]. همانگونه که ملاحظه می‌شود در اکثر مطالعات قید شده همانند مطالعه پیش‌رو بر لزوم وجود دقت در کار پرستاری

Factors in Critical Care Nurses. J Behav Sci. 2007;1(2):171-8. [Persian]

5. Henderson A, Van Eps MA, Pearson K, James C, Henderson P, Osborne Y. 'Caring for' behaviours that indicate to patients that nurses' care about them. J Advanc Nurs. 2007;60(2):146.

6. Atkinson S, Haran D. Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. Soc Sci Med. 2005;60(3):501-13.

7. Mahmoudi H, Mohammadi E, Ebadi A. Barriers to nursing care in emergency wards. Iranian J Nurs

- Midwifery Res. 2013;18(2):145.
8. Pazargadi M, Zagharetafreshe M, J. AS. Quality of nursing care Nurs Faculty Saheed Beheshtee University Med Sci. 2007;31(2):147-53. [Persian]
  9. Eriksson U, Svedlund M. Struggling for confirmation-patients' experiences of dissatisfaction with hospital care. J Clin Nurs. 2007;16(3):438.
  10. Ahmad MM, Alasad JA. Predictors of patients' experiences of nursing care in medical surgical wards. Int J Nurs Pract. 2004;10(5):235-41.
  11. Molazem Z, Ahmade F, Mohammadi E, Bolandparvas S. Designing a nursing care model of general surgery patients[Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2010.
  12. Purnell LD. Transcultural health care: A culturally competent approach: FA Davis; 2012.
  13. Raghuram P. Global care, local configurations—challenges to conceptualizations of care. Global Networks. 2012;12(2):155-74.
  14. Zare S, Aghila-Vafae M, Ahmadi F Spiritual encountering of divorced women in adjusting to the divorce phenomenon: A qualitative study. J Behav Sci. 2014;8(4):395-403. [Persian]
  15. Dowran B, Sheikholislami A, Amiri M. Koulivand A. An analysis of the qualitative research conducted by Iranian psychologists: A systematic review. J Behav Sci. 2014;8(3):227-32. [Persian]
  16. Speziale HJS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
  17. Asadi F, editor Improvement of hospital emergency services by quality management system approach Proceedings of the 4th International Congress on Quality. Tehran; 2004.
  18. Zohour A, Pilevarzade M. The study of service provision speed in emergency department of Kerman Bahonar hospital in 2000. J Iran University Med Sci. 2004;35:413-20(4):413-20. [ Persian]
  19. Tatarpour P GE, editor The role of speed in quality of service provision of pediatric emergency department in a hospital of Iran University of Medical Sciences. Tehran: Proceedings of the 2th Congress on Emergency Medicine; 2007.
  20. Chan T, Killeen J, Castillo E, Guss D. The impact of delayed admissions held in the emergency department on wait time, patient care time and length of stay for other patients. Ann Emerg Med. 2006;48:S5.
  21. Black J, Decker A. Medical – Surgical Nursing. London: WBSaunders Company. 1997:202-7.
  22. Herman M. Graphic standards programming and schematic design, health care, available from: [www.Herman Miller.care. Com/health](http://www.HermanMiller.care.Com/health). 1993:30.
  23. ReinaG. Temprary Observation Emergency Med. Eur J Emergency Med. 1996;18:175-80.
  24. NursingAssociation. <http://www.ena.org/PUBLICATIONS/JEN/Pages/Default.aspx>. 2010.
  25. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system: Natl Academy Pr; 2000.
  26. Sagoe-Moses C, Pearson RD, Perry J, Jagger J. Risks to health care workers in developing countries. New England J Med. 2001;345(7):538-41.
  27. SabzevareS. The effect of sleep deprivation in night shift nursing Asrar J 1996;1:40-5.
  28. Selbst SM, Levine S, Mull C, Bradford K, Friedman M. Preventing medical errors in pediatric emergency medicine. Pediatric emergency care. 2004;20(10):702.
  29. Potter PJ, Frisch N. Holistic assessment and care: presence in the process. Nurs Clin North Am. 2007;42(2):213-28.