

نقصان همدلی در تعاملات بین بیمار، خانواده و کادر درمان در بخش اورژانس: یک مطالعه مردم‌نگاری متمرکز

هادی حسنخانی^۱، امین سهیلی^{۲*}، جواد دهمقان‌نژاد^۳، کلی پاورز^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۹/۱۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۱۲/۱۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: رویکرد دوجانبه و همدلی در ارتباطات بین بیمار، خانواده و کادر درمان در نیل به "مراقبت بیمار و خانواده محور" از اهمیت زیادی برخوردار است. مطالعه حاضر باهدف تبیین وضعیت موجود همدلی در تعاملات بین بیمار، خانواده و کادر درمان در بخش اورژانس با تمرکز ویژه بر ویژگی‌های فرهنگی انجام گردید.

مواد و روش‌ها: مطالعه مردم‌نگاری متمرکز حاضر بر اساس روش اسپردلی در بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) تبریز انجام گردید. در کل ۵۴ نفر شامل بیماران، همراهان آن‌ها، اعضای تیم درمان و سایر افراد دخیل در ارائه خدمات مراقبت سلامت در مطالعه مشارکت داشتند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تا نیل به اشباع داده‌ها انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها نیز تلفیقی از سه روش مشاهده مشارکتی، مصاحبه مردم‌نگارانه و بررسی اسناد موجود استفاده گردید.

یافته‌ها: الگوی فرهنگی حاصل از تحلیل داده‌ها «نقصان همدلی در دریافت و ارائه خدمات اورژانس» بود که برگرفته از دو درون‌مایه اصلی ۱. مسئولیت‌گریزی (شامل اهمال در رفت از مسئولیت، خودبرتربینی و کم‌کاری) و ۲. خودمحوری (شامل اول من، بعداً دیگران، ابرازگری هیجانی و همگرایی تخریبی) بود. **نتیجه‌گیری:** از آنجایی که نقصان همدلی در تعاملات بین بیمار، خانواده و کادر درمان یکی از موانع فرهنگی عمده در ارائه و دریافت خدمات مراقبت سلامت در بخش اورژانس هست، ضروری است که مسئولین نظام سلامت، تمهیداتی جهت تغییر رویکرد تعاملات بیماران، همراهان، و کادر درمان با تمرکز بر تعدیل رفتارهای واگرا و حربه‌های دررفت مسئولیت در راستای ایجاد اعتماد در مردم اتخاذ نمایند.

کلیدواژه‌ها: بیماران، اعضای خانواده، کادر درمان، ارتباطات بین فردی، بخش اورژانس، اتنوگرافی متمرکز، فرهنگ

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره اول، پی‌درپی ۱۵۰، فروردین ۱۴۰۱، ص ۱۶-۱

آدرس مکاتبه: دانشکده علوم پزشکی خوی، خوی، ایران؛ تلفن تماس: ۹۸۹۱۴۹۷۸۲۸۳۲+

Email: Soheili.a1991@gmail.com

داشتن یک بخش اورژانس کامل و فعال، نمی‌توان به‌عنوان یک مرکز درمانی ایدئال در نظر گرفت (۲).

در دهه اخیر، علی‌رغم افزایش چشمگیر تعداد مراجعه به بخش‌های اورژانس، بالا رفتن سطح آگاهی و انتظارات مراجعین از کیفیت خدمات، بخش‌های اورژانس از نظر کمی و کیفی به‌طور متناسب توسعه نیافته‌اند (۳). در ایران، طبق گزارشات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بیشترین مشکلات بخش‌های اورژانس به ترتیب اولویت مربوط به زمان انتظار کشیدن طولانی

مقدمه

بخش اورژانس به‌عنوان قلب مراکز درمانی، از جایگاه محوری در نظام سلامت برخوردار بوده و وظیفه عمده آن فراهم نمودن مراقبت‌های کلینیکی و پاراکلینیکی اولیه برای طیف گسترده‌ای از بیماری‌ها و صدمات حاد، مدیریت تروما و پاسخ به بلایای طبیعی است (۱). از نظر عملیاتی نیز، مسلماً بخش اورژانس پیچیده‌ترین محیط بالینی بیمارستان‌های مدرن است و هیچ بیمارستانی را بدون

^۱ استاد گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پزشکی مبتنی بر شواهد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ استادیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی خوی، خوی، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات سوانح و تصادفات جاده‌ای، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۴ استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه کارولینای شمالی در شارلوت، کارولینای شمالی، ایالات متحده آمریکا

بیماران، عدم کفایت در تعیین فوریت‌های پزشکی از طریق تریاژ و محدودیت فضای فیزیکی است (۴). پژوهشگران سلامت دیگر مشکلات اساسی بخش‌های اورژانس را شامل بی‌توجهی نسبت به نیازهای اساسی بیماران، چالش‌ها و کاستی‌های مدیریتی (۵، ۶) و ازدحام بیش‌ازحد در پی افزایش تقاضا همراه با کاهش ظرفیت و منابع می‌دانند (۷، ۸) که موجب ناتوانی تیم درمان در ارائه خدمات مراقبت سلامت با کیفیت، تأخیر در انجام مداخلات، کاهش رضایتمندی بیماران شده و همچنین تحت تأثیر قرار گرفتن پیامدهای بیماران می‌دانند (۹).

از سوی دیگر امروزه در محیط‌های مراقبت سلامت، بیماران و خانواده آن‌ها خواستار برخورداری از هر دو بعد فنی (تشخیص، آزمایشات، درمان و ...) و شخصی (نگرش‌ها، تعامل، تبیین، همدلی و ...) مراقبت می‌باشند (۱۰) که این مهم جز در سایه بهره‌گیری از الگوی مراقبت بیمار و خانواده محور میسر نخواهد بود. این الگو یک رویکرد مبتنی بر همکاری متقابل میان ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت، بیماران و خانواده آن‌هاست که با بازتعریف دامنه و ماهیت ارتباطات میان ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت، بیماران و خانواده و به رسمیت شناختن بیماران و خانواده آن‌ها به‌عنوان متحدان ضروری برای تضمین کیفیت و ایمنی مراقبت، بر کار کردن با بیماران و خانواده آن‌ها به‌جای صرفاً کار کردن برای آن‌ها تأکید دارد. بازگویی محدوده انتظارات و خواسته‌ها توسط بیمار و خانواده و مشارکت آن‌ها نه‌تنها در تعاملات مراقبتی مستقیم بلکه در اقدامات بهبود کیفیت، مداخلات ایمنی، آموزش، پژوهش، طراحی تسهیلات و توسعه سیاست منجر به ارتقای پیامدهای سلامت، بهبود تجارب بیمار و خانواده از مراقبت، افزایش رضایتمندی کارکنان مراقبت سلامت، و تخصیص عاقلانه‌تر منابع می‌گردد (۱۱، ۱۲).

یافته‌های مطالعات مرتبط نشان می‌دهد، عدم توجه به بیماران و خانواده آن‌ها از سوی کارکنان مراقبت سلامت می‌تواند منجر به شکل‌گیری احساس فقدان دریافت حمایت، اضطراب و عجز و ناتوانی منتهی شده (۱۳) و از نظر بالینی تأثیر منفی و مخربی بر پیامدهای کیفی بیمار (درد و رنج ممتد و مدید، احساس عدم کنترل بر شرایط، احاطه شدن در یک محیط پراضطراب و پراسترس و تأخیر در تشخیص و درمان) و رضایتمندی بیماران و خانواده آن‌ها داشته باشد (۱۴، ۱۵). خدشه‌دار شدن اعتماد مردم به تیم درمان، ترک بخش اورژانس با رضایت شخصی و یا خشونت علیه اعضای تیم درمان از دیگر پیامدهای منفی نمایان گردد (۱۶).

از یک دهه پیش، بسیاری از مسئولین نظام سلامت و پژوهشگران حوزه علوم پزشکی در جستجوی روش‌های جدید و بدیع جهت نزدیک‌تر نمودن میزان تطابق خدمات با نیازها و ترجیحات

بیماران و خانواده‌های آنان در بخش‌های اورژانس، بوده‌اند (۱۷، ۱۸) که نیل به این مهم جز در سایه بررسی جامع و درک عمیق جنبه‌های مختلف روانی اجتماعی فرهنگی رفتارهای بیماران، خانواده آن‌ها و کادر درمان در بستر بخش‌های اورژانس امکان‌پذیر نیست. شناخت و تبیین این بستر منجر به شکل‌گیری دانش مبتنی بر بستر جدیدی در زمینه جوانب حضور بیماران و خانواده آن‌ها در بخش‌های اورژانس می‌گردد که با بهره‌گیری از این دانش و برنامه‌ریزی علمی و عملی مقتضی، امکان ارائه مراقبت فردی با رویکرد کل‌نگر و احترام به حقوق، وقار و حریم خصوصی افراد را میسر خواهد شد (۱۹).

از سوی دیگر با توجه به این‌که حرفه‌های مراقبت سلامت در عملکرد روزمره خود از یک دیدگاه طبیعت‌گرایانه بسیار قوی برخوردارند، لذا استفاده صرف از دیدگاه اثبات‌گرایانه در پاسخ به مشکلات و سؤالات کافی نیست و با گسترش پارادایم‌های کل‌نگر که امروزه مورد تأکید صاحب‌نظران نظام سلامت می‌باشد، علاوه بر پژوهش‌های کمی، استفاده از پژوهش‌های طبیعت‌گرایانه نیز مورد تأکید قرار گرفته است. در این راستا، روش‌های مختلف پژوهش کیفی که رسالت همه آن‌ها درک عمیق و جامع چرایی و چگونگی پدیده‌ها و فرآیندهای موجود است، می‌توانند پاسخگوی بسیاری از سؤالات عمیق و پیچیده در مورد انسان و رفتارهای او در زمینه تطابق با بیماری و تغییر شرایط باشد (۲۰). پایه و اساس انجام پژوهش‌های کیفی بر این اساس استوار است که خود مردم در موقعیت‌های خاص، بهترین موضع را برای توصیف و تحلیل تجربیات و احساسات خود دارا هستند (۲۱). روش‌های پژوهش کیفی انسان را با تمام پیچیدگی‌هایش در بستر محیط موردتوجه قرار داده و بر جنبه‌های پویا، همه‌جانبه و فردی تجارب انسان تأکید می‌کنند. همچنین می‌کوشند تا این ابعاد را از دیدگاه افرادی که آن را تجربه کرده‌اند یا در حال کسب تجربه هستند، مدنظر قرار دهند (۲۲).

انتخاب روش‌شناسی پژوهش به پدیده موردنظر و سؤال پژوهش بستگی دارد و در صورتی که هدف مطالعه رفتارهای گروهی از مردم و کشف فرهنگ آن‌ها در رابطه با یک موضوع، مشکل یا پدیده خاص باشد، روش مردم‌نگاری روش مناسبی برای پژوهش به شمار می‌رود. مردم‌نگاری یکی از انواع پژوهش‌های کیفی است که به توصیف و تفسیر فرهنگ و رفتارهای فرهنگی پرداخته و پیش‌فرض اساسی و پایه‌ای آن، این است که هر گروه انسانی، فرهنگی را شکل می‌دهد که هدایت‌کننده دیدگاه کلی آنان بوده و تجاربشان را سازمان می‌دهد (۲۳). به‌عبارت‌دیگر، مردم‌نگاری هنر و علم توصیف یک گروه یا فرهنگ (۲۴) و مطالعه تعاملات اجتماعی، رفتاری و ادراکی است که در درون گروه‌ها، سازمان‌ها و جوامع رخ می‌دهد (۲۵).

امروزه در نظام سلامت، برای مطالعه و کشف دیدگاه‌های فرهنگی خاص در زیر گروهی از مردم و در چارچوب زمانی و زمینه خاص، مردم‌نگاری متمرکز مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۶). مردم‌نگاری متمرکز یک روش پژوهش کاربردی است که به‌طور گسترده‌ای برای مطالعه دقیق زمینه خاص اجتماعی و فرهنگی در یک گروه و یا فرهنگ مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۷). از نظر Cruz and Higginbottom (۲۰۱۳) مطالعات مردم‌نگاری متمرکز، ابزاری مفید برای درک بهتر تجارب افراد در زمینه راه و روش زندگی و حضور آن‌ها در بستر فرهنگی خاص می‌باشد (۲۸). Richards and Morse (۲۰۱۳) نیز معتقدند این روش به‌خصوص در ارزیابی و یا استخراج اطلاعات در زمینه یک موضوع خاص و یا تجربه مشترک ارزشمند می‌باشد (۲۹). همچنین می‌توان از مردم‌نگاری متمرکز برای مطالعه عمیق باورها و رفتارهای مردم و کادر درمان در رابطه با یک بیماری یا فرآیند مراقبت سلامت خاص استفاده نمود (۲۶). پژوهشگران پرستاری نیز می‌توانند با بهره‌گیری از این روش به بررسی مسئله، وضعیت یا مشکلی خاص، در یک زمینه خاص و در میان گروه کوچکی از مردم، بپردازند (۳۰) و با تمرکز بر ویژگی‌ها، رفتارها و تجارب مشترک افراد در گروه‌ها، به درک بهتری در رابطه با پیچیدگی‌های مربوط به مسائل از دیدگاه بیماران و خانواده‌های آنان نائل شوند و بدین طریق به توسعه بدنه دانش پرستاری کمک کنند (۳۱).

هرچند مطالعات کمی بسیاری، جوانب مختلف کیفیت خدمات مراقبت سلامت و رضایت‌مندی دریافت‌کنندگان این خدمات در بخش‌های اورژانس را مورد بررسی قرار داده‌اند، مرور مطالعات انجام گرفته در ایران نشان‌دهنده نبود دانش کافی در رابطه با چرایی و چگونگی رفتارهای بیماران، خانواده آن‌ها و کادر درمان در فرایند ارائه و دریافت خدمات مراقبت سلامت در بخش‌های اورژانس و ماهیت و نحوه تأثیرگذاری رویکرد دوجانبه و همدلی در ارتباطات بین بیمار، خانواده و کادر درمان در نیل به مراقبت بیمار و خانواده محور می‌باشد. مطالعه حاضر باهدف تبیین وضعیت موجود همدلی در تعاملات بین بیمار، خانواده و کادر درمان در بخش اورژانس با تمرکز ویژه بر ویژگی‌های فرهنگی انجام گردید.

مواد و روش کار

در این مطالعه از رویکرد کیفی و روش اتنوگرافی متمرکز جیمز اسپرلدی (۱۹۸۰) جهت تبیین و توصیف باورها و رفتارهای فرهنگی حاکم بر بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) تبریز (کلیه واحدهای کلینیکی، پاراکلینیکی و اداری) استفاده شد. این روش (روش اتنوگرافی متمرکز) دارای ۱۲ گام با توالی رفت و برگشتی می‌باشد که عبارت‌اند از: تعیین موقعیت اجتماعی؛ انجام

مشاهده مشارکتی؛ ثبت موارد اتنوگرافی؛ انجام مشاهدات توصیفی؛ تحلیل حیطه و قلمرو؛ انجام مشاهدات متمرکز؛ تحلیل تاکسونومیک؛ انجام مشاهدات انتخابی؛ تحلیل سیستمیک؛ کشف درون‌مایه‌های فرهنگی؛ تهیه فهرستی از ویژگی‌های فرهنگ؛ و نگارش اتنوگرافی. در این روش پژوهشگر با بودن و زیستن درون واقعیت‌های ویژه اتفاق افتاده در رابطه با یک پدیده مشخص درون زمینه‌ای خاص و گروه کوچکی از افراد و انجام مشاهدات دقیق، عینی، و جامع کلیه جوانب رفتار، دانش، و مصنوعات فرهنگی (یعنی بررسی تعاملات اجتماعی، رفتارها و ادراکات بیمار، همراه، کادر درمان و سایر افراد دخیل در ارائه خدمات مراقبت سلامت در بخش اورژانس)، به کشف و تبیین آنچه بیمار، همراه، کادر درمان و سایر افراد دخیل در ارائه خدمات می‌دانند، باور دارند و عمل می‌کنند، پرداخته و داده‌های حاصل را با در نظر گرفتن ارزش‌ها، باورها و آداب‌ورسوم مختص بستر مطالعه، تحلیل و تفسیر می‌نماید (۳۲).

با توجه به ماهیت کیفی روش‌شناسی حاضر، از فرآیند نمونه‌گیری هدفمند تا بررسی کامل موضوع و نیل به اشباع داده‌ها استفاده شد. بدین معنی که تاووم جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی ادامه یافت که هیچ داده جدیدی از مشارکت‌کنندگان بیشتر در آن زمان و مکان خاص تولید نشد و داده‌های جمع‌آوری‌شده حاصل از نمونه‌گیری بیشتر، تکرار داده‌های قبلی بود. معیارهای ورود به مطالعه برای بیماران و همراهان آن‌ها داشتن توانایی گفتگو به زبان فارسی یا آذری، و علاقه‌مندی به بحث و گفتگو و به اشتراک گذاشتن تجارب خود در زمینه موضوع مطالعه بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها تلفیقی از سه روش مشاهده مشارکتی (۷۸ جلسه)، مصاحبه (با ۵۴ نفر از مشارکت‌کنندگان) و اسناد موجود استفاده شد که از اوایل فروردین تا اواخر بهمن ۱۳۹۷ ادامه داشت.

قاعده کلی روش جمع‌آوری داده‌ها بر مشاهده مشارکتی استوار بود و پژوهشگر تلاش نمود تا با مشاهده رفتارها و تجارب مشارکت‌کنندگان، توجه دقیق به حوادث معمول و غیرمعمول، و ثبت تفصیلی آن‌ها به درکی عمیق و غنی از پدیده حضور و انتظار کشیدن همراهان در بخش اورژانس و پیچیدگی‌ها و ظرافت‌های فرهنگی تعاملات بین بیمار، خانواده و کادر درمان آن نائل شود. برحسب نوع سؤالات مطرح‌شده در ذهن پژوهشگر و روند پیشرفت کار، یکی از انواع مشاهدات توصیفی، متمرکز، و یا انتخابی به کار گرفته شد. در ابتدا ۱۳ جلسه مشاهده توصیفی بر اساس سؤالات نوع اول (سؤالات توصیفی) انجام گردید. برای این کار ماتریکس ۹ در ۹ سؤالات توصیفی بر اساس ابعاد نه‌گانه اسپرلدی (مکان؛ اشیا؛ کنشگران؛ عمل؛ فعالیت؛ رویداد؛ زمان؛ هدف؛ و احساسات) تشکیل شد. مشاهدات در سه جلسه اول از نوع گراند تور (صرفاً جهت مدنظر

قرار دادن ویژگی‌های کلی و عمومی عرصه پژوهش) بود و پژوهشگر در طی آن، هر یک از ابعاد نه‌گانه موقعیت اجتماعی را به‌صورت جداگانه مدنظر قرار داد. نمونه‌ای از سؤالات توصیفی گراند تور عبارت‌اند از: "بخش اورژانس از نظر مکانی چه ویژگی‌هایی دارد؟ چه تجهیزاتی در بخش وجود دارد و کفایت آن‌ها چگونه است؟ کدام حرفه‌ها و به چه تعدادی دست‌اندرکار ارائه خدمت در بخش اورژانس می‌باشند؟ توالی زمانی اقدامات (مراقبتی، درمانی، اداری) چگونه است؟ ترکیب سنی، جنسیتی، و قومیتی دریافت‌کنندگان خدمات چگونه است؟" پس از جلسه سوم، پژوهشگر با استفاده از مشاهدات مینی تور (جهت بررسی جزئی‌تر و اختصاصی‌تر تجارب مشاهده‌شده در عرصه) و مدنظر قرار دادن ابعاد نه‌گانه به‌صورت وابسته و مرتبط، لنز فرهنگی را باریک‌تر و اختصاصی‌تر نمود. نمونه‌ای از سؤالات توصیفی مینی تور نیز عبارت‌اند از: "ماهیت خدمات ارائه‌شده توسط هر یک از اعضای تیم درمان چگونه روابط و تعاملات بین فردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ آیا فرد ارائه‌دهنده خدمت، زمان و توالی زمانی ارائه خدمت، واحدی که خدمت در آن ارائه می‌شود، نوع خدمت ارائه‌شده، بر تعاملات دریافت‌کنندگان خدمات تأثیرگذار است؟ چگونه؟ کدام یک از ابعاد نه‌گانه بر تعاملات بین فردی مؤثر است؟ چگونه؟" گام‌های طی شده تا بدین مرحله صرفاً به ارزیابی سطحی عرصه پژوهش معطوف بود. متعاقباً، پژوهشگر جهت ارزیابی عمیق پدیده فرهنگی تحت مطالعه، از بین فهرست حیطه‌های تهیه‌شده، موارد مرتبط با تعاملات بین بیمار، خانواده و کادر درمان در بخش اورژانس را به‌صورت آزمایشی برای مشاهدات متمرکز خود انتخاب نمود. سپس در طی ۴۱ جلسه مشاهده متمرکز همراه با تحلیل تاکسونومیک داده‌ها، حیطه‌ها و ارتباط آن‌ها با همدیگر جهت تشکیل طبقات بر پایه تشابهات موجود بررسی گردید. سؤالات نوع دوم (سؤالات ساختاری) هدایت‌کننده مشاهدات متمرکز بودند. پژوهشگر با ورود به عرصه مطالعه، در موقعیت‌های اجتماعی مختلف مرتبط با تعاملات بین بیمار، خانواده و کادر درمان در بخش اورژانس، بارها و بارها اقدام به انجام مشاهدات متمرکز بر پایه همان سؤال یا سؤالات ساختاری نمود. نمونه‌ای از سؤالات ساختاری مطرح‌شده در این مرحله عبارت‌اند از: "آیا بیمار و همراه وی قبلاً نیز به اورژانس آمده‌اند؟ در هنگام حضور در اورژانس، به بیمار و خانواده وی چه می‌گذرد؟ تعاملات بین همراهان و کنشگران درمانی چگونه است؟ بیمار یا همراه وی رفتارهای کادر درمان را چگونه ارزیابی نموده و چه رفتارهایی در تعاملات خود بروز می‌دهند؟ کنشگران درمانی رفتارهای بیمار و خانواده وی را چگونه ارزیابی نموده و چه رفتارهایی را از خود بروز می‌دهند؟" با توجه به این‌که معنی حیطه‌های فرهنگی علاوه بر تشابهات موجود، ریشه در تفاوت‌های بین حیطه‌ها نیز دارد، لذا پژوهشگر جهت تکمیل طبقات، به طراحی

سؤالات نوع سوم (سؤالات متضاد) پرداخت و جهت پاسخ به این سؤالات به انجام مشاهدات انتخابی مبادرت نمود. در کل ۲۴ جلسه مشاهده انتخابی انجام گردید. نمونه‌ای از سؤالات متضاد دوگانه عبارت‌اند از: "آیا این تعاملات کنشی هستند یا واکنشی؟ عوامل تقویت‌کننده و بازدارنده این تعاملات در بستر حاضر کدام‌اند؟ تعاون و تشریک‌مساعی (تعاملات مثبت) یا خشونت و درگیری (تعاملات منفی) چگونه شکل گرفته و ماهیت تأثیرگذاری آن‌ها کدام است؟ و ... " لازم به یادآوری است که مدت‌زمان هر یک از جلسات مشاهده، بسته به نوع مشاهده و ماهیت موقعیت اجتماعی از ۳۰ الی ۹۰ دقیقه متغیر بود.

به دنبال رؤیایی با موارد مبهم و نهان در مشاهدات (مسائلی که یا قابل‌مشاهده نبود و یا از طریق مشاهده قابل تأیید نبود) و بر اساس حساسیت نظری ایجادشده در پژوهشگر، ۵۴ جلسه مصاحبه با مشارکت‌کنندگان صحنه فرهنگی باهدف تبیین و تعمیق اطلاعات جمع‌آوری‌شده، شناخت طرز تفکر افراد گروه فرهنگی، تأیید اعتبار مشاهدات و جهت دادن به مشاهدات بعدی ترتیب داده شد که ۴۳ مورد به‌صورت غیررسمی و از پیش تعیین نشده بودند و حین یا بلافاصله بعد از انجام مشاهدات مشارکتی انجام‌شده و هر یک ۳ تا ۵ دقیقه به طول انجامید. به‌علاوه ۱۱ مصاحبه رسمی نیمه ساختارمند با برنامه‌ریزی قبلی با مشارکت‌کنندگان مطلع (چهار همراه، یک بیمار، سه پرستار، یک متخصص طب اورژانس، یک رزیدنت، و یک نگهبان) در اتاق اساتید پرستاری مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) و با در نظر گرفتن حریم خصوصی مشارکت‌کنندگان انجام گردید. مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان جهت رونویسی، کدگذاری و تفسیر داده‌ها، ضبط شد. غالب سؤالات مطرح‌شده در طول مصاحبه از نوع سؤالات باز بوده و از سؤالات کلاشی و پیگیری مثل «در این مورد بیشتر توضیح بدهید» یا «ممکن است این موضوع را واضح‌تر بیان کنید» نیز جهت کمک به شفاف‌تر شدن موارد مبهم پیش‌آمده در طول مصاحبه‌ها، استفاده گردید. همچنین مدت‌زمان هر یک از جلسات مصاحبه‌های رسمی بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه متغیر بود.

از اسناد و مدارکی مانند پرونده بیماران، دستورات پزشکی، گزارشات پرستاری، خط‌مشی‌ها، دستورالعمل‌ها، مواد آموزشی (جزوه، پمفلت، کنفرانس)، پوسترها و هر سندی که در عرصه موردبررسی درباره پدیده حضور همراهان وجود داشت، استفاده شد. در مرحله جمع‌آوری داده، از روش یادداشت در عرصه برای ثبت دقیق، مشروح، شفاف و عینی قسمت عمده داده‌ها استفاده گردید. به‌علاوه، پژوهشگر احساسات و واکنش‌های خود نسبت به موقعیت‌های اجتماعی مورد مطالعه را به‌صورت جداگانه و بدون تأثیرگذاری بر متن یادداشت‌های در عرصه تحت عنوان "فیلد

ژورنال "ثبت نمود. فرآیند تحلیل داده‌ها که دارای ماهیت چرخه‌ای بود، هم‌زمان با مرحله جمع‌آوری داده‌ها انجام گردید. پس از اتمام هر یک از جلسات مشاهده و مصاحبه، پیاده‌سازی کلمه به کلمه یادداشت‌های در عرصه و اظهارات ضبط‌شده مصاحبه‌شوندگان انجام گردید و جهت تحلیل وارد نسخه ۱۲ نرم‌افزار MAXQDA شد. تحلیل داده‌ها در ۴ مرحله زیر صورت گرفت:

۱. تحلیل حیطه (شناسایی و کشف اجزا یا کدها): شامل کدگذاری و انتخاب برچسب‌های توصیفی بوده و حین یا بلافاصله پس از ثبت هر جلسه مشاهده یا مصاحبه صورت گرفت. متن یادداشت‌های در عرصه و مصاحبه‌ها به‌دفعات توسط پژوهشگر مطالعه گردید تا غوطه‌ور شدن در داده‌ها اتفاق بیافتد و سپس کدگذاری اولیه انجام شد. به‌عنوان مثال: "اصرار همراه بیمار غیر اورژانسی برای معاینه شدن به‌صورت اورژانسی" و "توهین تلقی نمودن تشریک‌مساعی با حرفه‌های پایین‌دست"

۲. تحلیل تاکسونومیک (شناسایی و کشف ارتباطات بین اجزا با یکدیگر و تشکیل طبقات بر اساس تشابهات): پژوهشگر بر پایه روابط معنایی به جستجوی تشابهات موجود بین کدها پرداخته و کدهای متعدد مشابه را تحت عنوان «مفاهیم اولیه» طبقه‌بندی نمود. همچنین جستجو برای کشف حیطه‌های بزرگ‌تر جهت پوشش دادن مفاهیم اولیه‌ای که از نظر معنی و مفهوم در یک راستا بودند نیز صورت گرفت و با کنار هم قرار دادن آن‌ها، تعدادی از تاکسونومی‌های اولیه ساخته شد. به‌عنوان مثال: "سرایت عاطفی خود محق انگاری همراهان"

۳. تحلیل سیستمیک (شناسایی و کشف ارتباط اجزا با کل صحنه فرهنگی و تکمیل فرآیند طبقه‌بندی اجزا با در نظر گرفتن تضادها): معانی و مفاهیم سازنده صحنه فرهنگی علاوه بر تشابهات، ریشه در تفاوت‌ها نیز دارد، لذا پژوهشگر جهت تکمیل فرآیند طبقه‌بندی و پر کردن پازل فرهنگی با تکه‌های دانشی متناسب، در این مرحله اقدام به شناسایی موارد، وضعیت‌ها، رویدادها یا زمینه‌های متفاوت نموده و با بررسی ارتباط بین اجزا با کل صحنه فرهنگی از نظر تضادها، به آزمودن یافته‌های قبلی پرداخت. نتیجه این مرحله از تحلیل، نیل به درک و تفسیری بهتر از یافته‌ها و ساخت درون‌مایه‌های فرعی و اصلی اولیه بود. به‌عنوان مثال: "اول من، بعداً دیگران"

۴. تحلیل تماتیک (شناسایی و کشف ارتباطات بین درون‌مایه‌های اصلی باهدف استخراج الگوی موجود): پژوهشگر با در نظر گرفتن کلیه مفاهیم صریح و تلویحی، تشابهات و تفاوت‌ها به‌صورت هم‌زمان اقدام به نهایی نمودن درون‌مایه‌های فرعی و اصلی اولیه و کلیت بخشیدن به سازه‌ها نمود و نهایتاً با کشف ارتباطات

بین درون‌مایه‌های اصلی، الگوی فرهنگی "نقصان همدلی در دریافت و ارائه خدمات اورژانس" پدیدار شد.

از چهار شاخص ریگور «مقبولیت، قابلیت اعتماد، تائید پذیری و قابلیت انتقال» لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) جهت بهبود درجه موثق بودن پژوهش بهره گرفته شد (۳۳). در این راستا، پژوهشگر متناسب با پدیده تحت بررسی، ماهیت کیفی مطالعه و جهت ارتقای کیفیت نتایج پژوهش و افزایش دقت و استحکام مطالعه، راهبردهای متعددی ازجمله حضور و تعامل طولانی در عرصه؛ مشاهده مداوم؛ مقایسه مداوم (فرایند تکرار رفت و برگشتی)؛ تهیه یادداشت‌های عرصه جامع، دقیق، و روشن؛ توصیف پویا و عمیق؛ تلفیق روش‌های جمع‌آوری داده؛ جستجو برای شواهد رد کننده / تحلیل موارد منفی؛ ضبط و نسخه‌برداری دقیق از اظهارات اصیل مشارکت‌کنندگان را در مراحل جمع‌آوری و تولید داده‌ها، کدگذاری/تحلیل داده‌ها و ارائه نتایج مورد استفاده قرار داد. به‌علاوه پس از پدیدار شدن ساختار کلی اولیه از حیطه‌ها و طبقات، با ارائه این یافته‌ها به تعدادی از مشارکت‌کنندگان، هم‌تایان و ناظران خارجی، استحکام و ثبات داده‌ها، عملکرد و کاربرد یافته‌ها در بالین، و متناسب/مرتبط بودن آن‌ها موردبازنگری، واضح‌سازی، و حسابرسی قرار گرفت. در رابطه با ویژگی بازاندیشی نیز، پژوهشگر در طی مطالعه و بسته به شرایط، مسئولیت خود در برابر سنجش میزان تأثیر خویش در تمامی جوانب پژوهش کیفی حاضر را مدنظر قرار داده و تمهیدات لازم جهت روبرویی با چالش بین نقش‌های خود به‌عنوان پژوهشگر و فردی که به فرهنگ مذکور تعلق داشت، را به عمل آورد.

پس از طی شدن کلیه مراحل قانونی و تائید کلیات طرح توسط کمیته منطقه اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز (کد اخلاق: IR.TBZMED.REC.1396.260)، هماهنگی‌های لازم با مسئولین بخش اورژانس و مدیران مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) به‌عمل آمده و مجوزهای لازم از حراست این مرکز اخذ گردید. همچنین، دو هفته قبل از ورود به عرصه پژوهش، اطلاعیه‌ای که شامل زمان شروع، نوع و هدف مطالعه حاضر بود در بولتن بخش اورژانس نصب گردید. دیگر ملاحظات اخلاقی مدنظر پژوهشگر جهت حفظ حقوق مشارکت‌کنندگان شامل موارد زیر بود: معرفی خود به و توضیح مختصر و روشن در مورد اهداف پژوهش؛ دادن اطمینان در رابطه با محرمانه بودن اطلاعات و عدم درج اطلاعات اخذشده با نام افراد؛ اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از مصاحبه‌شوندگان؛ دادن اطمینان در رابطه با اختیاری و داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه؛ ارائه توضیحات به مصاحبه‌شوندگان در رابطه با امکان عدم پاسخ و یا خروج از مطالعه در هر مرحله‌ای از مصاحبه؛ و قرار دادن نتایج مطالعه در اختیار مشارکت‌کنندگان در صورت تمایل.

یافته‌ها

الگوی فرهنگی مطالعه: نقصان همدلی در دریافت و ارائه

خدمات اورژانس:

بر اساس رفتارها، تعاملات و مراودات مشاهده‌شده و اظهارات بیان شده مشارکت‌کنندگان در عرصه مطالعه، برخی کنشگران ارائه‌دهنده و یا دریافت‌کننده خدمات مراقبت سلامت با بی‌توجهی نسبت به دیگر افراد و اولویت‌های آن‌ها، صرفاً خود و اولویت‌های خود را محور نیل به اهداف، نیازها، خواسته‌ها و انتظارات خود قرار می‌دادند. این الگوی فرهنگی برگرفته از دو درون‌مایه اصلی "مسئولیت‌گریزی" و "خودمحوری" می‌باشد که همراه درون‌مایه-های فرعی و مفاهیم اولیه آن در جدول ۱ نمایش داده شده است.

مشخصات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان

در کل، ۵۴ نفر (تعداد ۱۱ بیمار، ۱۸ همراه، ۱۰ پرستار، ۳ سوپروایزر، ۴ متخصص طب اورژانس، ۴ رزیدنت، یک دکتر داروساز مسئول داروخانه، ۲ نگهبان، یک تکنسین اورژانس پیش بیمارستانی) در مطالعه حاضر مشارکت داشتند که از این تعداد ۵۳/۷ درصد زن بودند و سن آن‌ها در محدوده ۲۴ تا ۶۲ سال قرار داشت. تجربه کاری ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت این بخش نیز در محدوده یک تا ۲۶ سال در نوسان بود.

جدول (۱): درون‌مایه‌های اصلی، درون‌مایه‌های فرعی، و مفاهیم اولیه مطالعه

درون‌مایه‌های اصلی	درون‌مایه‌های فرعی	مفاهیم اولیه
مسئولیت‌گریزی	اهمال در رفت از مسئولیت	برخورد و پاسخگویی با تندخویی
		تعلل در ارائه خدمات
		کاذب انگاری مطالبات بیمار/همراه
		کلافگی از مراجعات مکرر همراهان و مزاحم انگاری همراه اضافی
خودبرتربینی	خودبرتربینی	اکراه در تشریک‌مساعی با حرفه‌های پایین‌دستی
		تعاملات غیر حرفه‌ای گاه‌گاه درون و بین حرفه‌ای
		غرور کاذب
		کارگریزی برخی از کادر درمان
کم‌کاری	کم‌کاری	ترغیب بیمار توسط کنشگران درمانی جهت ترخیص با رضایت شخصی
		ارجح دانستن منافع شخصی
		تداخل زمانی وظایف کاری ذینفعان
		مبالغه در زمینه اولویت‌طلبی
خودمحوری	ابرازگری هیجانی	ابراز عاطفی غیرمتعارف
		برخورد ناشایست مراجعین با کادر درمان
		رفتارهای ناسازگار با ماهیت محیط درمانی
		سرایت عاطفی خود محق انگاری همراهان
همگرایی تخریبی	همگرایی تخریبی	باور مؤثر بودن دادوسداد در دریافت سریع‌تر خدمات

مسئولیت‌گریزی:

بیماران و همراهان آن‌ها در هنگام مراجعه به بخش اورژانس و انتظار کشیدن جهت دریافت خدمات مراقبت سلامت، با رفتارهایی واگرا با ماهیت مسئولیت‌های کنشگران درمانی روبرو می‌شدند که علاوه بر تأثیر مخرب بر رضایت‌مندی بیماران و همراهان آن‌ها، گاهی باعث آزرده‌خاطر شدن خود اعضای تیم درمان نیز می‌گردید. این

درون‌مایه اصلی برگرفته از سه درون‌مایه فرعی "اهمال دررفت از مسئولیت" و "خودبرتربینی" و "کم‌کاری" است.

الف. اهمال دررفت از مسئولیت:

برخوردهای تند و بدرفتاری‌های کلامی و غیرکلامی گاه‌گاه تیم درمان و دیگر متصدیان بخش با مراجعین، ازجمله مسائلی است که با ذکر مثال‌هایی در قالب یادداشت‌های در عرصه ارائه می‌گردد:

”مادر میان‌سال‌ی دختر خردسال خود رو از یکی از شهرهای اطراف آورده بود اورژانس. نامه ارجاعی که تو دستش بود رو به نرس تریاژ داد. بچه با پیلو نفریت حاد برا بررسی بیشتر اورولوژیک به این مرکز معرفی شده بود. نرس پس از خوندن نامه ارجاع، با لحن تند: این جا بچه‌ها رو ویزیت نمی کنن، ببر مرکز کودکان. مادر: دکتر خودش گفت باید بیایم این مرکز، توی نامش هم نوشته! نرس تریاژ با عصبانیت بیشتر و صدای بالاتر: این جا کسی مریضت رو نمی بینه! باید بره کودکان. خانم که معلوم بود کلی شاکی شده، دست بجش رو گرفت و رفت.“ (واحد تریاژ)

در طی مصاحبه غیررسمی با همراه یکی از بیماران (که خانم مسنی بود) به دنبال جروبحث پیش‌آمده با منشی اورژانس داخلی، نظر همراه درباره رفتارهای تیم درمان و دیگر دست‌اندرکاران بخش، این‌چنین بود:

”خیلی بد اخلاقن! اصلاً نه میشه چیزی پرسید؟! نه میشه چیزی خواست؟! ... من از دیشب تا حالا اینجام، می‌بینم زحمت می‌کشن و خسته می‌شن! ولی خستگی، دلیل نمیشه با بقیه بدرفتاری کنن! تازه این خانم یه ساعت نمیشه اومده کشیک صبح! دوبار رفتم پیشش دفعه اول که جواب نداد، دفعه دومم با طوری جواب داد که انگار داره با زیر دستش حرف می‌زنه!“ (همراه بیمار)

همچنین برخی کنشگران درمانی به دلیل تعداد زیاد بیمار و همراه در ارائه به‌موقع خدمات مراقبت سلامت به بیماران تعلل ورزیده و زمانی دست‌به‌کار می‌شدند که همراه بیمار نسبت به تأخیر پیش‌آمده معترض می‌گردید. این مفهوم در یادداشت در عرصه زیر، توصیف می‌گردد:

”داروخانه داروها و لوازم درخواست شده رو به استیشن پرستاری تحویل داد، نیم ساعتی، وسایل همون جا بودن! بعدش همراه اومد و اعتراض کرد که چرا کسی کارای مریضشو انجام نمی‌ده! منشی با اکراه همراه رو ارجاعش دادن به نرسش. نرسم گفت که سوند مریضو اینترن قراره بزنه، ... همراه رفت طرف استیشن پزشکا، به رزیدنت گفت که منم همکارم (دکتر داروساز) و کلی گلايه کرد...“ (واحد داخلی)

ترتیب اثر ندادن به خواسته‌ها و مطالبات بیماران و همراهان به‌زعم کاذب انگاشتن، مسئله‌ای است که در تعاملات بین کادر درمان با بیماران و همراهان آن‌ها مشاهده شد. محرومیت بیمار از تسکین درد به علت کاذب انگاری ابراز درد بیمار از سوی کادر درمان یکی از موارد بارز این مفهوم در مطالعه حاضر بود. گزیده‌ای از یادداشت‌های در عرصه ذیل ارائه می‌گردد:

”آقای ۲۸ ساله به دنبال سقوط از چراغ برق دچار شکستگی باز شفت تی بیای راست در بخش پذیرش شده. طبق مستندات پرونده، ۴ ساعت از زمان پذیرش گذشته و مریض در این مدت ۳ میلی گرم

موفین آی وی و ۱۰ میلی گرم کتورولاک آی ام گرفته، ولی همچنان از درد شدید شاکی هستش. به‌علاوه دو و نیم ساعت از زمان درخواست مشاوره جراحی هم گذشته و هنوز مریض مشاوره نشده! طی مشاهدات یک ساعته پژوهشگر، پدر بیمار سه یا چهار بار به استیشن و دفتر سوپروایزر اورژانس رفته و به شدت آژیته شده! ... یه طرف، همراهایی هستن که می‌گن، از وقتی اومدیم مریضمون فقط چند دقیقه درد نداشته و طرف دیگه هم اعضای تیم درمان هستن میگن: انقذی هم که می‌گه درد نداره و فعلاً مسکن لازم نیست!“ (واحد تروما)

کلافگی ناشی از مراجعات مکرر همراهان و مزاحم تلقی نمودن همراهان اضافی از سوی بعضی از اعضای تیم درمان، از جمله باورهای فرهنگی است که در بخش اورژانس دیده می‌شود. ذیل به برخی از اظهارات کادر درمان در این زمینه اشاره می‌گردد:

”... بعضی از همراها انقد میرن و میان، کلافت می‌کن ...“ (سوپروایزر اورژانس)

”با این اوضاع، همراه یکشیم اضافست!“ (رزیدنت طب اورژانس)
”قبلاً [طبقه] بالا ICU که کار می‌کردم، خیالم از دست همراها راحت بود...“ (پرستار داخلی)

ب. خودبرتری

برخی از اعضای تیم درمان، خود و حرفه خود را نسبت به دیگر کارکنان نظام سلامت و حرف آنان، برتر تصور می‌نمودند که این مسئله باعث نگاه بالادستی آنان نسبت به دیگران می‌شد. بدین ترتیب، از یک‌طرف انتظارات فراوانی از دیگر کادر درمان داشتند و از طرف دیگر مشارکت یا کمک به حرفه‌های پایین‌دستی را مخرب شأن حرفه‌ای خود می‌دانستند. مجموعه این باورها، اجتناب از تشریک‌مساعی برخی از کادر درمان با همدیگر را به همراه داشت. برخی از مشاهدات پژوهشگر و اظهارات مشارکت‌کنندگان در این زمینه ارائه می‌گردد:

”توی شلوغی اورژانس داخلی همراه از اینترن طب اورژانس که توی استیشن بود، درخواست کرد تا آنژیوکت مریضش رو که مرخص شده بود در بیاره. خانم اینترن جوان یه احمی کرد و با لحن ناراحت گفت: به نرس بگو!“ (اورژانس داخلی)

”... من ۴ سال تهران پرستاری نخوندم که کارای کمکی رو انجام بدم.“ (پرستار اورژانس)

برتر و بالاتر دانستن جایگاه خود نسبت به دیگر افراد (دیگر کوچک انگاری) و غرور کاذب از دیگر رفتارهای غیرحرفه‌ای واگرا بود که در قالب یادداشت‌های در عرصه زیر ارائه می‌گردد.

”... به دنبال پرت کردن داروها و وسایل مریض رو زمین توسط یکی از اینترنای طب اورژانس (مرد) با یونیفرم ناقص و خارج شدنش از استیشن، رفتم توی استیشن، دیدم که نرسا آژیته شدن و از

رزیدنت خواستن تا بخاطر رفتار ناشایست اینترنت، بهش تذکر بده ...
ناظر واحد داخلی می‌گفت این جا اینترنتنا رفتاراشون همین جوریه،
فک می‌کنن بقیه زیر دستشون!" (اورژانس داخلی)
" ... متأسفانه رزیدنت جدید انقد دچار غرور کاذب هستن که
افتشون میاد بابت کاری که بلد نیستن از کسی کمک بگیرن!" (اتند
طب اورژانس)

ج. کم‌کاری

برخی از کنشگران عرصه حاضر، بابت میزان
کارگری/مسئولیت‌گریزی که به‌خاطر آن پاسخگو نشوند، خود را
زرتنگ‌تر و باهوش‌تر دانسته و کسانی را که چنین قابلیت‌ی نداشتند را
ساده لوح قلمداد می‌نمودند. نمونه‌هایی از این رفتارها در
یادداشت‌های در عرصه زیر ارائه می‌گردد:

"نزدیک به نیم ساعته که یکی از نرسا پیداش نیست و بقیه نرسا
دارن وظایفشو کاور می‌کنن! ناظر واحد چندین بار سراغش رو
گرفته! برای این‌که مشکلی برا همکارشون پیش نیاد به ناظر میگن
با هماهنگی یه سر رفته یکی از بخش‌ها در حالی که واقعاً نمیدونن
کجاست! ... وقتی رفتم سوئیت نرسینگ آقایون، دیدم که نرسی که
دنبالش هستن، خوابیده!" (واحد داخلی)

"با این‌که چند دقیقه‌ای میشه که ناظر داره کمکی و خدمات رو
پیچ می‌کنه ولی اون‌ها توی آبدارخانه در حال سیگار کشیدن و چایی
خوردن هستن! ... وقتی از ناظر عصرکاری درباره این مسئله پرسیدم،
جواب داد: دائم جیم میشن، کارم بهشون میدی یه ساعت کشش
میدن!" (واحد داخلی)

رفتارهای برخی کنشگران درمانی نیز طوری بود که بیمار یا
همراه را به ترک بخش با مسئولیت شخصی سوق می‌داد. یادداشت
در عرصه زیر در این زمینه آورده شده است:

"یکی از رزیدنتای نورولوژی که برای مشاوره اومده بخش
اورژانس، بعد از معاینه بیمار، برگشت به استیشن و به نرس گفت،
سریع پرونده اینو ببند، می‌خواد با رضایت شخصی مریضش رو ببره!
... وقتی از مریض و همراهش علت رو پرسیدم، گفتن: اون خانمی
که اومده بود (رزیدنت نورولوژی) و آقای که پروندمون دستش بود
(نرس مسئول)، گفتن آگه میتونی مریضتو بردار ببر بیمارستان
خصوصی. این جا انقد شلوغه ده روزم بمونی کسی نمید بالاسرت!"
(اورژانس داخلی)

خودمحوری:

برخی از مشارکت‌کنندگان نیازها، خواسته‌ها، باورها، ارزش‌ها و
احساسات خود را بدون در نظر گرفتن نیازها، خواسته‌ها، باورها،
ارزش‌ها و احساسات دیگران به‌عنوان اولویت بالا در نظر می‌گرفتند.
بدین معنی که صرفاً نیل به منافع فردی را محور گفتار و رفتار خود
قرار داده و نسبت به منافع جمعی اعتنایی نداشتند. این درون‌مایه

اصلی، برگرفته از سه درون‌مایه فرعی "اول من، بعداً دیگران" و
"ابرازگری هیجانی" و "همگرایی (تأثیرپذیری) تخریبی" بود.

الف. اول من، بعداً دیگران

ارجح دانستن منافع فردی به منافع جمعی، یکی از مواردی
است که به‌کرات توسط پژوهشگر هم در رفتارهای بیماران و
همراهان آن‌ها و هم در رفتارهای کادر درمان و دیگر دست‌اندرکاران
مشاهده‌شده و با اظهارات آن‌ها مورد تأیید قرار گرفت. یادداشت در
عرصه زیر در این رابطه می‌باشد:

"یه مریضی با حمله آسم به اورژانس مراجعه کرده بود. توی
اورژانس داخلی بعد این‌که رزیدنت ویزیتش کرد، خواست که بدون
فوت وقت براش اکسیژن با ماسک تجویز بشه! چون که مانومتراي
اکسیژن سانترال وصل به دیوار بودن، باید که تخت مریض رو
می‌آوردن کنار دیوار، ولی انقد مریض زیاد بود که کنار دیوار جای
خالی برا تخت این مریض نبود. برا همین یکی از نرسا، از کمکی
خواست یکی از تختای کنار دیوار رو که مریضش اکسیژن نمی‌گیره
رو بیاره وسط و این مریضو بناره جای اون تا بتونن بهش اکسیژن
بدن، وقتی کمکی خواست با جابجا کردن تخت یکی از مریضا، برا
این مریض جا باز بکنه، خیلی از مریضا و همراهاشون به‌شدت
اعتراض کردن و گفتن به ما ربطی نداره! و اجازه ندادن که تختشون
رو بکشن کنار تا این مریض بتونه اکسیژن بگیره و تازه وقتی نرس
و رزیدنت اومدن و تخت یکی از مریضارو جابجا کردن و این مریضو
بردن داخل و اکسیژن دادن، همراه مریضی که تختش جابجا شده
بود، داشت گله مندی می‌کرد!"

برخی از اعضای تیم درمان برای مداخلات خود اولویت زمانی
بالاتری قائل بوده و بدون تبعیت از روند طبیعی و توالی زمانی صحیح
ارائه خدمات مراقبت سلامت در بخش اورژانس، در اولین زمان
ممکن و بدون در نظر گرفتن وظایف دیگر اعضای تیم درمان، بر
بالین بیمار حاضر شده و مشغول به انجام وظایف کاری خود
می‌شدند. تداخل زمانی وظایف کاری ذینفعان، نتیجه این
خودمحوری و نادیده گرفتن دیگران در هنگام ارائه خدمات بود.
به‌عنوان مثال، بعضی از اعضای تیم درمان در این زمینه اظهار
داشتند:

"خیلی وقتا که پرونده مریض می‌رسه دستم و داروها رو از
داروخانه تحویل می‌گیرم، هرچند مریض و همراهش رو پیچ می‌کنم،
کسی جواب نمی‌ده! چرا؟ چون که رابط رادیولوژی اومده و مریض
رو برده!" (پرستار داخلی)

برخی از بیماران و همراهان آن‌ها در هنگام مراجعه به بخش
اورژانس، در بیان مشکلات بالینی اغراق می‌نمودند و با گمراه کردن
تیم درمان درصدد بودند تا از اولویت بالاتری در دریافت خدمات
مراقبت سلامت برخوردار شوند. ذیلاً نمونه‌ای از مشاهدات پژوهشگر

از رفتارها و اظهارات مشارکت‌کنندگان درباره این دو مفهوم بیان می‌گردد:

“خیلی اتفاق می‌افته همراه میاد می‌گه مریضم داره از درد می‌میره، ولی وقتی میری بالاسرش می‌بینی، این طور نیست و مریض یه درد خفیف تا متوسط داره!” (پرستار داخلی)

“بعضی از مریضا و همراهاشون وقتی که میان توی محوطه تریاژ، توی ابراز مشکلاتشون غلو می‌کنن! ... مریض و همراهش اومدن، خودم دارم می‌بینم که پالس و فشار و سچوریشنش نرماله، ولی همراه اصرار داره مریضم خیلی خیلی بد حاله! نفس نمی‌تونه بکشه! ...” (پرستار تریاژ)

ب. ابرازگری هیجانی

در اینجا منظور از ابرازگری هیجانی، رفتارهای کنشی و واکنشی مفرط و نامتعارف برخی از مشارکت‌کنندگان بود که با بی‌اعتنایی به شرایط و منافع دیگران صورت می‌گرفت و با ماهیت محیط درمانی بخش اورژانس، ناسازگار و متناقض بود. سوگواری نامتعارف بعضی از همراهان در بستر فرهنگی حاضر یکی از این موارد بود که به‌صورت جیغ کشیدن، بر سر و صورت خود زدن، خراشیدن و زخمی کردن سروصورت نمایان می‌شد. یادداشت‌های در عرصه زیر حاکی از این قبیل رفتارهای همراهان بود:

“توی واحد احیا بدم که یکی از مریضا فوت کرد. همراهان بیمار وقتی خبر از دست دادن عزیزشون شنیدن، چنان سر و صدای جیغ و داد و گریه و شیونی تو اورژانس بلند شد که خیلی از همراهان از باقی واحدها اومده بودن برا تماشا ... وقتی نگهبان‌ها از شون خواستن تا از واحد خارج بشن، کم مونده بود عزاداری تبدیل به دعوای بشه! بالاخص یکی از خانمای همراه که خودشو می‌زد و جیغ می‌کشید، شروع کرد به فحش دادن به اعضای تیم درمان! ... یکی از همراهان بعد خارج شدن از واحد احیا نشسته بود رو زمین و خودشو می‌زد و جیغ می‌کشید و حاضر به ترک بخش نبود. دور تا دورشونم جمع بود از آدمایی که مشغول تماشاشون بودن!” (واحد احیا)

برخوردهای تکنشی برخی از بیماران و همراهان آن‌ها با کادر درمان و دیگر دست‌اندرکاران ارائه خدمات مراقبت سلامت باهدف رفع نیازها و خواسته‌های شخصی خود از دیگر مواردی است که در مشاهدات پژوهشگر و اظهارات مشارکت‌کنندگان به چشم می‌خورد. به‌عنوان مثال:

“به خاطر ازدیاد بیش‌ازحد، ناظر اورژانس داخلی به همراه نگهبان مشغول راهنمایی همراهای اضافی به خارج بخش بودن. وقتی از یکی از همراهای خانم خواستن تا بخش رو ترک کنه، قبول نکرد و شروع کردن به بی‌احترامی به نرس و فحش دادن به نگهبانان ...”

ناسازگاری رفتارهای بعضی از بیماران و همراهان آنان با ماهیت محیط درمانی بخش اورژانس، موضوعی دیگری است که به‌کرات توسط پژوهشگر مشاهده گردید. برخی از این رفتارها عبارت‌اند از: شوخی کردن چندین همراه با یکدیگر، خندیدن با صدای بلند در نزد همراهان بیمار بدحال، حرف زدن با صدای بلند و ... نمونه‌ای از مشاهدات مردم‌نگارانه پژوهشگر در قالب یادداشت در عرصه زیر بازگو می‌گردد:

“کنار واحد دیپارتمان طب اورژانس، یه خانمی داشت با صدای بلند با موبایلش حرف می‌زد ... چند تا همراه کنار استیشن ناظر اورژانس داخلی میتینگ گذاشتن و با صدای بلند می‌گفتن و می‌خندیدن ... در واحد تروما، یکی از همراهان که آقای میان‌سالی هستش، داره هی از این ور سالن میره اون ور سالن و بر می‌گرده و شرایط بالینی پرسرش رو پشت موبایل با صدای بلند توضیح می‌ده!”

ج. همگرایی تخریبی

تأثیرپذیری و هم‌سویی برخی همراهان از رفتارهای منفی و مخرب دیگر همراهان، از باور مؤثر بودن این رفتارها در نیل به خدمات سریع‌تر نشأت می‌گرفت. یادداشت در عرصه زیر در رابطه با طبقه فرعی سرایت عاطفی رفتارهای “خود محق‌انگاری” می‌باشد:

“تعدادی از همراهان به علت ازدحام بیش‌ازحد، در صف واحد پذیرش منتظر تشکیل پرونده برای بیماران خود بودند. یهو یکی از همراهان عصبی که از انتشار کشیدن خسته شده بود، شروع کرد به داد زدن سر کارمندان پذیرش و توهین به مسئولین اورژانس و بیمارستان! همین جرقه کافی بود که بقیه همراهایی هم که با آرامش منتظر تشکیل پروندشون بودن، شروع کنن به اعتراض که بابا این چه وضعشه؟! این پاس میده به اون، اون پاس میده به این!” (پذیرش)

مؤثر دانستن دادوبیداد نمودن در دریافت سریع‌تر خدمات مراقبت سلامت، از دیگر رفتارهای همگرایی تخریبی بیماران و همراهان آن‌ها در هنگام انتظار کشیدن در عرصه مطالعه حاضر بود. به‌عنوان مثال:

“فک می‌کنن آگه داد بکشن، می‌ترسیم! نمی‌دونن که واقعاً خسته شدیم. وقتی یکی از همراهان داد می‌زنه، حتی آگه مریض منم نباشه، سریع میرم بالاسرش و سعی می‌کنم کاراش زود انجام بشه تا سر و صداش بخوابه و شرش کم بشه!” (پرستار داخلی)

“این جا داد نزن، هیشکی به داد مریض نمی‌رسه! یه ساعته با مریضم این گوشه منتظریم! اغراق هیجانی، از تشکیل پرونده در واحد پذیرش کلاً ۱۷ دقیقه گذشته! ... چندین بار خواهش کردم بیان مریضو ببین. گفت میایم، ولی نیومدن! داد زدم این بچه باید بمیره که یکی بیاد ببینتش؟! جای یه دکتر ۲ تا اومد!” (همراه مریض)

بحث و نتیجه گیری

مطالعه مردم‌نگاری متمرکز حاضر بینش ارزشمندی در مورد پشت صحنه رفتارها، تعاملات و مراودات موجود در بخش اورژانس ارائه داده و بیان می‌کند که در عرصه مطالعه حاضر، نقصان همدلی بر دریافت و ارائه خدمات اورژانس سایه افکنده است. مطابق یافته‌های پژوهش، الگوی فرهنگی مطالعه از دو درون‌مایه اصلی "واگرایی رفتاری مسئولیت‌گریز" و "خودمحوری" برگرفته شده و حاکی از آن است که برخی از بیماران، همراهان، اعضای تیم درمان، و دیگر دست‌اندرکاران ارائه خدمات مراقبت سلامت اهداف، نیازها، خواسته‌ها و انتظارات خود را محور ارائه و یا دریافت خدمات مراقبت سلامت در بخش قرار می‌دهند. لذا قسمت عمده رفتارها، تعاملات و مراودات واگرا و یا همگرای آن‌ها صرفاً باهدف اول من، بعداً دیگران صورت می‌گیرد که نهایتاً با نادیده انگاشتن دیگر افراد و اولویت‌های آن‌ها توأم بوده و متعاقباً به پایمال شدن حقوق آنان می‌انجامد.

واگرایی رفتاری مسئولیت‌گریز یکی از درون‌مایه‌های اصلی الگوی فرهنگی مطالعه حاضر "نقصان همدلی در دریافت و ارائه خدمات اورژانس" می‌باشد که درون‌مایه‌های فرعی و مفاهیم اولیه تشکیل دهنده آن با مفاد منشور حرفه‌ای گری پزشکی در جهان (۳۴، ۳۵) و آیین نامه اخلاق حرفه‌ای در پزشکی و پرستاری در ایران در منافات بود. علی‌رغم تدوین، تصویب و به‌کارگیری منشور حرفه‌ای گری پزشکی (۳۶) و آیین اخلاق حرفه‌ای پرستاری (۳۷) در ایران، نتایج مطالعات پژوهشی کمی و کیفی و شواهد تجربی حاکی از پایین بودن سطح رفتارهای حرفه‌ای تیم درمان در محیط‌های مراقبت سلامت بالینی می‌باشد (۳۸، ۳۹).

حسرخانی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود رفتارهای متناظر با درون‌مایه حاضر در قالب درون‌مایه رفتارهای غیرحرفه‌ای تیم درمان در هنگام عملیات در نظر گرفته و این رفتارها را عاملی برای اعتراض، دخالت و درگیری همراه یا خانواده بیمار در امور تیم درمان ذکر نموده است (۴۰). در مطالعه پریزاد و همکاران (۲۰۱۷) به برخی از رفتارهای غیرحرفه‌ای پرستاران همچون ستیزه جویی، برخورد‌های تند و ناشایست، مقابله‌به‌مثل و یا تحریک همراه اشاره شده است. به‌علاوه ایشان از "مسئولیت‌گریزی برخی از پرسنل اورژانس" به‌عنوان یکی از عوامل زمینه‌ای مسبب بروز خشونت نام برده شده است که فرآیند تطابق پرستاران اورژانس در مواجهه با خشونت محیط کار را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴۱). نخعی و نصیری (۲۰۱۷) نیز در مطالعه خود به معرفی چهار درون‌مایه نگرش‌های واگرا؛ توزیع نابرابر قدرت؛ عوامل مخرب اعتماد متقابل؛ و احتیاط تحمیل‌شده به پرستاران پرداخته که کاملاً با درون‌مایه فرعی خودبتریبینی در یک راستا می‌باشد (۴۲). Berger (۲۰۰۲) نیز به شیوع تکبر در میان پزشکان اذعان داشته و معتقد است چنین

تکبری، علاوه بر خدشه‌دار نمودن ماهیت خیرخواهانه حرفه پزشکی، روحیه کار کردن تیمی بین کادر درمان و متعاقباً کیفیت خدمات مراقبت سلامت ارائه‌شده توسط پزشکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. وی عناصر فرهنگی، اجتماعی، روانی، مالی، آموزشی و ذات دانش پزشکی را از جمله عوامل تأثیرگذار بر غرور جامعه پزشکی برشمرده است. برگر باور دارد که روح پزشکان همچون جان بیماران همواره در خطر بوده و به همکاران خود چنین خاطر نشان نموده است: "ما نباید در رابطه با اهمیت خود مبالغه نماییم ... چرا که ما تنها ابزار شفا هستیم و نه منبع آن" (۴۳).

برخی از مطالعات به بررسی علل و عوامل مؤثر چنین رفته‌هایی پرداخته‌اند. به‌عنوان مثال، دهقانی و همکاران (۲۰۱۵) اخلاق حرفه‌ای در عملکرد را متأثر از دو دسته عوامل درونی (فردی) و عوامل بیرونی (سازمانی) می‌دانند که عوامل درونی برگرفته از دو طبقه خصوصیات فردی و مسئولیت‌پذیری (پاسخگویی، وجدان کاری، انرژی مثبت و مهارت‌های خودکنترلی) و چالش‌های ارتباطی (ارتباطات پرستار-پزشک، پرستار-بیمار، و پرستاران باهم) بوده و عوامل بیرونی از سه طبقه پیش‌شرط‌های سازمانی (تسهیلات و تجهیزات، رعایت نسبت پرستار به بیمار، بارکاری سنگین و کمبود کارکنان، و حق انتخاب بخش توسط پرستار)، نظام حمایتی (نظام پشتیبانی مناسب، انعطاف‌پذیری، و نظام پاداش و مجازات مؤثر)، توسعه آموزشی و فرهنگی (اساتید الگو، تعمق در فرآیندهای رفتاری، توسعه فرهنگی، آموزش عملی و نظری در اخلاق) مستخرج شده است (۴۴). در این میان، به اعتقاد جعفر آقایی و همکاران (۲۰۱۴) عوامل ساختاری مدیریتی بیشترین تأثیرگذاری را دارند (۴۵).

به نظر می‌رسد دست‌اندرکاران و مسئولین امر می‌توانند با اتخاذ رویکرد صحیح در زمینه عوامل فردی سازمانی، زمینه را برای رعایت اخلاق حرفه‌ای در پرتو هنجارها و استانداردهای قانونی مساعد نمایند (۳۶). به‌علاوه با برنامه‌ریزی صحیح بر روی کوریکولوم درسی پنهان؛ بهره‌جویی از روش‌هایی چون بازاندیشی و الگو محوری به‌عنوان مؤثرترین روش‌های آموزش اخلاق حرفه‌ای؛ و نظارت بالینی کافی و مؤثر می‌توان زمینه رشد دانش و نگرش نسبت به اخلاق حرفه‌ای در آموزش بالینی امروز و عملکرد بالینی فردا را مهیا نمود (۴۶). به‌علاوه مرور متون گسترده نشان داد که برخی از مفاهیم اولیه مطالعه حاضر همچون مزاحم انگاری همراهان اضافی، کارگریزی، پراندن بیمار (آنچه در بیمارستان‌های مختلف با اسامی طرح اف، طرح فلایت، سیرکول، تیپ تو و ... نیز شناخته می‌شود) از دید پژوهشگران داخلی و خارجی پنهان مانده است.

خودمحوری دیگر درون‌مایه اصلی الگوی فرهنگی مطالعه حاضر "نقصان همدلی در دریافت و ارائه خدمات اورژانس" می‌باشد که در همه سطوح از بیمار و همراه گرفته تا کادر درمان و کارکنان بخش

اورژانس مشاهده شده و به نظر می‌رسد نوعی پاسخ یا خودسازمان‌دهی به‌ظاهر غیرمعقول برای نیل به خواسته‌ای معقول به‌دنبال رؤیایی با وضعیت بی‌نظمی و آشفتگی موجود و درک ناکارآمدی روش‌های معمول معقول جهت احقاق حقوق خود در این وضعیت می‌باشد که با مفاهیم تئوری آشوب قابل توجیه می‌باشد. درون‌مایه‌های فرعی و مفاهیم اولیه خودمحوری با "نوع‌دوستی" که یکی از مفاهیم محوری اخلاق در علوم پزشکی است (۴۶، ۴۷) و مصادیق آن شامل ارجحیت دادن منافع بیمار بر منافع خود؛ توجه نشان دادن به خواسته‌های بیمار؛ صرف وقت و حوصله برای توضیح اطلاعات به بیمار؛ صرف وقت و حوصله برای آرامش بخشیدن به بیمار ناخوش؛ تلاش برای کاستن از رنج و درد بیمار از تمام راه‌های ممکن؛ دلسوزانه گوش دادن به نگرانی‌های بیمار؛ مشارکت در سازمان‌های حرفه‌ای محلی و ملی؛ پیشنهاد کمک به سایر اعضای تیم؛ داوطلب شدن برای انجام کار فرد دیگری که نمی‌تواند کارش را انجام دهد؛ و در اختیار دیگران قرار دادن دانش و مهارت‌های خود می‌باشد (۴۸)، در منافات بود.

در رابطه با تداخل زمانی وظایف کاری ذینفعان به نظر می‌رسد سوءنیتی در به‌وجودآمدن این تداخل وجود ندارد، بلکه هر یک از دست‌اندرکاران ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت با سبقت گرفتن از همدیگر در انجام کارهای درمانی در تلاش‌اند تا در اسرع وقت امور مراقبتی، درمانی و یا اداری مربوط به خود را پایان بخشند که به علت فقدان یک چهارچوب کاری روشن، هم‌زمانی در انجام وظایف به تداخل مذکور ختم می‌گردد. لذا ضروری است که مسئولین و دست‌اندرکاران این مرکز با بهره‌جویی از شیوه‌های نوین مدیریت خدمات مراقبت سلامت، در فرایند فعلی ارائه خدمات مراقبت سلامت تجدیدنظر نمایند.

در رابطه با درون‌مایه‌های فرعی اول من، بعداً دیگران؛ ابرازگری هیجانی؛ و همگرایی تخریبی در الگوی حاضر، اشاره به دو نکته کلیدی، ضروری می‌نماید. نکته اول این‌که قسمت عمده‌ای از رفتارهای بیماران و همراهان آن‌ها در این زمینه از بی‌اطلاعی و بی‌اعتمادی آن‌ها نشأت می‌گیرد. بدین معنی که اغلب بیماران و همراهان آن‌ها آگاهی چندانی از فلسفه وجودی و رسالت بخش‌های اورژانس و ماهیت اولویت (مشکل) محور و نه صف محور تریاژ و ارائه خدمات اورژانسی در این بخش‌ها ندارند. شفاف نبودن روند ارائه خدمات (به‌عنوان مثال در بانک‌ها، وجود دستگاه نوبت‌دهی و مانیتور نمایش‌دهنده شماره نوبت در هر یک از باجه‌ها موجب شفاف شدن روند ارائه خدمات و زمان انتظار کشیدن برای مراجعین شده و امکان اطلاع از وضعیت صف انتظار مراجعین، تعداد افراد در حال انتظار و رعایت ترتیب ارائه خدمات را عملی نموده است) و رفتارهای غیرحرفه‌ای برخی از اعضای تیم درمان، بی‌اعتمادی بیشتر بیماران

و یا همراهان آن‌ها را به همراه دارد. در این زمینه Maister (۲۰۰۵) بیان می‌کند بی‌اطلاعی و بی‌اعتمادی می‌تواند منجر به طولانی‌تر حس شدن زمان انتظار کشیدن و دشوارتر تلقی شدن تجارب انتظار کشیدن در بیماران و همراهان آن‌ها گردد. نکته دوم نیز مربوط به نظریه سرایت رفتاری است (۴۹) که تا حدود زیادی توجیه‌کننده سرایت رفتارهای منفی و استراتژی‌های غلط اتخاذشده توسط بیماران و همراهان در بخش اورژانس می‌باشد.

در این نظریه، تصور اولیه بر این اصل استوار بود که صرفاً رفتارهای مشروع و مفید اجتماعی از دو طریق الف: رابطه متقابل تعمیم‌یافته (تجربه مستقیم: زمانی اتفاق می‌افتد که فردی از رفتار فرد دیگری سود برده و همان رفتار مفید را در آینده نسبت به دیگران اتخاذ نماید) و ب. تأثیر شخص ثالث (تجربه غیرمستقیم: زمانی اتفاق می‌افتد که فردی سود بردن افراد از رفتارهای دیگران را مشاهده نموده و همان رفتار مفید را در آینده نسبت به دیگران اتخاذ نماید) قابل‌سرایت می‌باشند. همچنین بین فراوانی رفتارهای مفید اجتماعی در جامعه و احتمال انجام همان رفتار یا رفتارهای مشابه توسط افراد رابطه معکوس وجود دارد. بدین معنی که هر چه فراوانی رفتارهای مفید اجتماعی در جامعه موردنظر کمتر شود، فرد خود را برای انجام آن رفتارها بیشتر، تحت‌فشار حس نموده و احتمال بروز آن رفتار یا رفتارهای مشابه بیشتر می‌شود و بالعکس. صاحب‌نظران بعداً متوجه این مسئله شدند که پرخاشگری، خشونت و رفتارهای ضداجتماعی نیز در جامعه به همین ترتیب سرایت می‌کند. با این تفاوت که در رابطه با سرایت رفتارهای ضداجتماعی، بین فراوانی رفتارهای ضداجتماعی در جامعه و احتمال انجام همان رفتار یا رفتارهای مشابه توسط افراد رابطه مستقیم وجود دارد. بدین معنی که هر چه فراوانی رفتارهای ضداجتماعی در جامعه موردنظر بیشتر شود، احتمال بروز آن رفتار یا رفتارهای مشابه افزایش می‌یابد (۵۰، ۵۱).

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی نیز بود که کاربرد یافته‌های آن را محدود می‌سازد. نخستین محدودیت مطالعه حاضر مربوط به قطع شدن گاه‌گاه مصاحبه‌های غیررسمی و مختل شدن تعامل بین پژوهشگر و مشارکت‌کنندگان توسط دیگر افراد حاضر در بخش اورژانس بود. پر شدن وقت خالی افراد به دنبال انجام مصاحبه‌های غیررسمی حین یا بلافاصله پس از مشاهدات مشارکتی در عرصه پژوهش، دومین محدودیتی بود که ممکن بود درک مشارکت‌کنندگان از گذر زمان در حین حضور در بخش اورژانس را تحت تأثیر قرار دهد. چالش برانگیز بودن دسترسی به برخی از همراهان و سؤال نمودن از آن‌ها، به علت خشمگین بودن آن‌ها و احتمال پرخاشگری و خشونت علیه پژوهشگر از جمله دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود که البته پژوهشگر تلاش نمود با

صبر و حوصله تا هنگام آرام شدن همراه و برقراری ارتباط مؤثر، آن را کنترل کند.

مطابق یافته‌های پژوهش در رابطه با ماهیت رفتارها، تعاملات و مراودات موجود در عرصه مطالعه حاضر، رفتارهای غالب کنشگران ریشه در خودمحوری داشته و کلیه واگرایی‌ها و همگرایی‌های رفتاری صرفاً باهدف اول من، بعداً دیگران صورت می‌گرفت که نتیجه آن سایه افکندن نقصان همدلی و خود اولویت انگاری بر دریافت و ارائه خدمات اورژانس است.

یافته‌های مطالعه حاضر بر دانسته‌های موجود در رابطه با فرهنگ انتظار کشیدن در بخش اورژانس افزوده و مقدمه‌ای جهت برنامه‌ریزی در راستای تعدیل باروها، ارزش‌ها، رفتارها، تعاملات و مراودات کنشگران موجود در بخش اورژانس فراهم می‌نماید. ضروری است که مسئولین، متولیان، و دست اندرکاران نظام سلامت، تمهیداتی جهت تغییر رویکرد پاسخ‌دهی، برقراری ارتباطات و تعاملات تیم درمان با بیماران و همراهان آن‌ها با تمرکز بر تعدیل رفتارهای واگرا و حربه‌های دررفت مسئولیت در راستای ایجاد اعتماد در مردم اتخاذ نمایند. اتخاذ رویکردهای چند رشته‌ای جهت مطالعه فرهنگ و نگرش عمومی در مورد کادر درمان و ماهیت خدمات مراقبت سلامت ارائه‌شده در بخش‌های اورژانس؛ تدوین دستورالعمل‌های ارائه مراقبت فرهنگی شایسته؛ و فرهنگ‌سازی در سطح جامعه جهت افزایش آگاهی عمومی نسبت به ماهیت بخش‌های اورژانس و خدمات مراقبت سلامت ارائه‌شده در آن‌ها با استفاده از رسانه‌های ارتباط جمعی و کمپین‌ها، از دیگر اقدامات مدیریتی است که می‌تواند در این زمینه راهگشا می‌باشد. به‌علاوه ضروریست با ارائه بازخورد و یادآوری رصد شدن رفتارها و تعاملات کادر درمان، دانشجویان علوم پزشکی و دیگر دست‌اندرکاران ارائه خدمات مراقبت سلامت بخش‌های اورژانس به‌طور کامل توسط بیماران و همراهان آن‌ها، احتمال تغییر نگرش افراد جامعه نسبت به نظام سلامت و کادر درمان، خدشه‌دار شدن تصویر جامعه از حرف سلامت، از بین رفتن اعتماد و ایجاد مشکلات بعدی متعاقب هرگونه تعلل، اهمال، کم‌کاری، و رفتارهای نابجا و ناسازگار؛ اقدام به اصلاح رفتار و عملکرد نمود. گنجاندن مبانی برقراری ارتباط مؤثر با بیماران

و همراهان آن‌ها در برنامه درسی دانشجویان علوم پزشکی با تأکید بر منشور حقوق بیمار، الگوی مراقبت بیمار و خانواده محور، و برنامه‌ریزی عملی برای فراهم آوردن فرصت‌های یادگیری معطوف به تغییر، تکوین و تکمیل نگرش حرفه‌ای نیز از جمله گام‌های مؤثر و ضروری در اتخاذ رویکرد آموزشی معطوف بر حل مسئله خواهد بود.

نظر به این‌که چرخه اتنوگرافیک پدیده تحت مطالعه پایان یافته است، پیشنهاد می‌شود سایر پژوهشگران، تحقیقات مشابهی را در بسترهای فرهنگی اجتماعی دیگر انجام داده و یافته‌های خود را در بستر نتایج حاصل از این پژوهش و سایر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه قرار دهند. به‌علاوه با توجه به این‌که برخی از رفتارهای اعضای تیم درمان با ماهیت ارائه خدمات مراقبت سلامت در بخش اورژانس سازگاری چندانی نداشته و ناقض مفاهیم محوری الگوی مراقبت بیمار و خانواده محور و الگو حرفه‌ای گری بود، پیشنهاد می‌شود ضمن انجام مطالعاتی باهدف تحلیل و تبیین مفهوم حرفه‌ای گری در بخش اورژانس و بررسی تبعیت کادر درمان از اصول حرفه‌ای گری در بخش‌های اورژانس؛ یک مطالعه از نوع اقدام پژوهی جهت نهادینه نمودن الگوی مراقبت بیمار و خانواده محور در بخش‌های اورژانس ترتیب داده شود. همچنین انجام مطالعاتی باهدف تبیین علل و ماهیت رفتارهای خودمحورانه، ابرازگری هیجانی، و همگرایی تخریبی می‌تواند تأثیر به‌سزایی در شناخت موانع فرهنگی مشکل ساز در فرایند ارائه و دریافت خدمات و برنامه‌ریزی جهت اصلاح آن‌ها داشته باشد.

تشکر و قدردانی

اثر حاضر برگرفته از رساله دکتری تخصصی پرستاری نویسنده مسئول مطالعه (کد پایان نامه ۷۲۹) در دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1396.260 بود. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی و دانشگاه علوم پزشکی تبریز که حمایت مادی و معنوی لازم برای اجرای این مطالعه را فراهم نمودند، نهایت تشکر را داشته باشند. همچنین از کلیه مشارکت‌کنندگان مطالعه در بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) تبریز قدردانی می‌شود.

References

1. Cypress BS. The emergency department: experiences of patients, families, and their nurses. Adv Emerg Nurs J 2014;36(2):164-76.

2. Sayah A, Rogers L, Devarajan K, Kingsley-Rocker L, Lobon LF. Minimizing ED Waiting Times and Improving Patient Flow and Experience of Care. Emerg Med Int 2014;2014:981472.

3. Ajami S, Ketabi S, Yarmohammadian MH, Bagherian H. Wait time in emergency department (ED) processes. *Med Arh* 2012;66(1):53-7.
4. Mahmoudi H, Mohammadi E, Ebadi A. Experience of nurses from the emergency department management: A qualitative study. *J Crit Care Nurs* 2012;5(1):1-10.
5. Mahmoudi H, Mohammadi E, Ebadi A. Barriers to nursing care in emergency wards. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013;18(2):145-51.
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. Fatovich DM, Nagree Y, Sprivulis P. Access block causes emergency department overcrowding and ambulance diversion in Perth, Western Australia. *Emerg Med J* 2005;22(5):351-4.
8. Abu-Laban RB. Emergency medicine certification in Canada: the years march on but the questions remain the same. *Can J Emerg Med* 2008;10(2):101-7.
9. Johnson KD, Winkelman C. The effect of emergency department crowding on patient outcomes: a literature review. *Adv Emerg Nurs J* 2011;33(1):39-54.
10. Toma G, Triner W, McNutt LA. Patient satisfaction as a function of emergency department previsit expectations. *Ann Emerg Med* 2009;54(3):360-7.
11. Johnson BH, Abraham MR. Partnering with patients, residents, and families: A resource for leaders of hospitals, ambulatory care settings, and long-term care communities. Bethesda, MD: Institute for Patient-and Family-Centered Care; 2012.
12. Gray J. Beyond CAHPS: A Guide for Achieving Patient- and Family-Centered Care. Middleton, United States: HCPro a division of BLR; 2016.
13. Moghadam MZ, Sadeghi S, Ghiyasvandian S, Kazemnejad A. Effects of comprehensive-care program on patients' satisfaction with trauma in emergency department. *iran J Cardiovasc Nurs* 2013;2(3):54-62.
14. Soleimani M, Grewal S, Rosychuk R, Newton A. Are wait times and length of stay in Alberta emergency departments for children's mental health meeting national benchmarks? Trends from 2002 to 2008. *Paediatr Child Health* 2013;18(6):e26-31.
15. Dahlen I, Westin L, Adolfsson A. Experience of being a low priority patient during waiting time at an emergency department. *Psychol Res Behav Manag* 2012;5:1-9.
16. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang LJ, Han W, et al. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med* 2013;61(6):605-11.e6.
17. Bond K, Ospina MB, Blitz S, Afilalo M, Campbell SG, Bullard M, et al. Frequency, determinants and impact of overcrowding in emergency departments in Canada: a national survey. *Healthc Q* 2007;10(4):32-40.
18. Mason S, Mountain G, Turner J, Arain M, Revue E, Weber EJ. Innovations to reduce demand and crowding in emergency care; a review study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2014;22:55.
19. Soleimanpour H, Gholipouri C, Salarilak S, Raoufi P, Rajaei-Ghafouri R, Pouraghaei M. Assessment of patient satisfaction with emergency department services in Imam Khomeini hospital, Tabriz, Iran. *Urmia Med J* 2012;23(1):22-31.
20. Morse J. The Changing Face of Qualitative Inquiry. *Int J Qual Methods* 2020;19:1609406920909938.
21. Renjith V, Yesodharan R, Noronha JA, Ladd E, George A. Qualitative Methods in Health Care Research. *Int J Prev Med* 2021;12:20.
22. Tuckerman J, Kaufman J, Danchin M. How to use qualitative methods for health and health services research. *J Paediatr Child Health* 2020;56(5):818-20.
23. Polit D, Beck C. Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2022.

24. Stahlke-Wall S. Focused Ethnography: A Methodological Adaptation for Social Research in Emerging Contexts. *Forum Qual* 2014;16(1):1-15.
25. Reeves S, Kuper A, Hodges BD. Qualitative research methodologies: ethnography. *Bmj* 2008;337:a1020.
26. Strudwick RM. Ethnographic research in healthcare - patients and service users as participants. *Disabil Rehabil* 2021;43(22):3271-5.
27. Black GB, van Os S, Machen S, Fulop NJ. Ethnographic research as an evolving method for supporting healthcare improvement skills: a scoping review. *BMC Med Res Methodol* 2021;21(1):274.
28. Cruz EV, Higginbottom G. The use of focused ethnography in nursing research. *Nurse Res* 2013;20(4):36-43.
29. Richards L, Morse J. README FIRST for a User's Guide to Qualitative Methods 3rd ed. United States: Sage publications; 2013.
30. Roper JM, Shapira J. Ethnography in nursing research. London, United Kingdom: Sage publications; 2000.
31. Cupit C, Mackintosh N, Armstrong N. Using ethnography to study improving healthcare: reflections on the 'ethnographic' label. *BMJ Qual Saf* 2018;27(4):258-60.
32. Spradley JP. Participant observation. New York: Wadsworth Thomson Learning; 1980.
33. Lincoln Y, Guba E. Naturalistic Inquiry. Newbury Park, CA: Sage; 1985.
34. Brennan TA. Charter on medical professionalism: putting the charter into practice. *Ann Intern Med* 2003;138(10):851.
35. Jotkowitz AB, Glick S, Porath A. A physician charter on medical professionalism: a challenge for medical education. *Eur J Intern Med* 2004;15(1):5-9.
36. Masoomi R, Asghari f, Mirzazade A. What is medical professionalism and how should we teach it? *Journal of Medical Education and Development* 2018;13(3):176-93.
37. Sanjari M, Zahedi F, Aalaa M, Peimani M, Parsapoor A, Aramesh k, et al. Code of ethics for Iranian nurses. *Med Ethics Hist Med* 2011;5(1):17-28.
38. Seif-Farshad M, Bazmi S, Amiri F, Fattahi F, Kiani M. Knowledge of medical professionalism in medical students and physicians at Shahid Beheshti University of Medical Sciences and affiliated hospitals-Iran. *Medicine* 2016;95(45):e5380.
39. Garshasbi S, Bahador H, Fakhraei N, Farbod A, Mohammadi M, Ahmady S, et al. Assessment of Clinical Teachers' Professionalism in Iran: From Residents and Fellowships' Perspective. *Acta Med Iran* 2017;55(1):59-67.
40. Hassankhani H, Zamanzade V, Rahmani A, Haririan H, Porter JE. Family support liaison in the witnessed resuscitation: A phenomenology study. *Int J Nurs Stud* 2017;74:95-100.
41. Parizad N, Hassankhani H, Rahmani A, Mohammadi E, Lopez V, Cleary M. Nurses' experiences of unprofessional behaviors in the emergency department: A qualitative study. *Nurs Health Sci* 2018;20(1):54-9.
42. Nakhaee S, Nasiri A. Inter-professional Relationships Issues among Iranian Nurses and Physicians: A Qualitative Study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2017;22(1):8-13.
43. Berger AS. Arrogance among physicians. *Acad Med.* 2002;77(2):145-7.
44. Dehghani A, Mosalanejad L, Dehghan-Nayeri N. Factors affecting professional ethics in nursing practice in Iran: a qualitative study. *BMC Med Ethics* 2015;16:61.
45. Jafaraghaee F, Mehrdad N, Parvizy S. Influencing factors on professional commitment in Iranian nurses: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014;19(3):301-8.
46. Feldman MD. Altruism and Medical Practice. *J Gen Intern Med* 2017;32(7):719-20.

47. Harris J. Altruism: Should it be Included as an Attribute of Medical Professionalism? *Health Prof Educ* 2018;4(1):3-8.
48. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002;136(3):243-6.
49. Maister D. *The Psychology of Waiting Lines* Boston. MA: Harvard Business School: D.C. Heath and Company, Lexington Books; 1985.
50. Jones MB, Jones DR. Preferred pathways of behavioral contagion. *J Psychiatr Res* 1995;29(3):193-209.
51. Tsvetkova M, Macy MW. The Social Contagion of Antisocial Behavior. *Sociol Sci* 2015;2:36-49.

LACK OF EMPATHY IN INTERACTION BETWEEN PATIENT/FAMILY AND HEALTHCARE PROFESSIONALS IN AN IRANIAN EMERGENCY DEPARTMENT: A FOCUSED ETHNOGRAPHIC STUDY

Hadi Hassankhani¹, Amin Soheili^{*2}, Javad Dehgannezhad³, Kelly Powers⁴

Received: 03 December, 2021; Accepted: 08 March, 2022

Abstract

Background & Aims: The approach of reciprocity and mutuality in the patient/family and healthcare professional relationship is of great importance in achieving patient- and family-centered care in emergency departments (EDs). This study aimed to explore and describe the current status of reciprocity between patient/family and healthcare professionals in an Iranian ED with a particular focus on cultural features.

Materials & Methods: A focused ethnographic approach was used in the ED of a tertiary academic medical center in the northwest of Iran from April 2018 to February 2019. A total of 54 participants including patients, family members, healthcare professionals, and other stakeholders were selected by applying the purposive sampling technique. Data were collected using three methods of participant observation, ethnographic interviews, and examination of related documents and artifacts until data saturation was achieved.

Results: The overarching cultural pattern of “lack of reciprocity in providing and receiving emergency care” emerged within which there were two main themes: (a) responsibility avoidance (includes three sub-themes of evasion of liability; a sense of superiority; and slacking off at work) and (b) self-seeking (includes three sub-themes of me first, others later; emotional expressiveness; and destructive convergence).

Conclusion: Lack of reciprocal interaction between patient/family and healthcare professionals is one of the main cultural barriers in providing and receiving optimal care in EDs. Findings indicate the need to change the extent, nature, and approach of interactions in the EDs by focusing on divergent behaviors and evasion of liability which leads to the establishment of mutual trust and rapport.

Keywords: Patients, Family Members, Healthcare Professionals, Interpersonal Relations, Emergency Department, Focused Ethnography, Culture

Address: Department of Nursing, Khoy University of Medical Sciences, Khoy, Iran

Tel: +989149782832

Email: Soheili.a1991@gmail.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

¹ Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Research Center for Evidence-Based Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Assistant Professor, Department of Nursing, Khoy University of Medical Sciences, Khoy, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Traffic Injury Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing, University of North Carolina at Charlotte, North Carolina, USA