

## فرهنگ انتظار کشیدن در بخش اورژانس: یک مطالعه اتنوگرافی متمرکز

امین سهیلی<sup>۱\*</sup>، هادی حسناخی<sup>۲</sup>، صمد شمس وحدتی<sup>۳</sup>، فاروق امین مظفری<sup>۴</sup>، کلی پاورز<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۸/۰۷ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۹/۰۴

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** درک عمیق رفتارهای بیماران، خانواده آن‌ها و متصدیان ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت در بخش اورژانس می‌تواند به‌صورت بالقوه در تسهیل انتظار کشیدن، برطرف نمودن بسیاری از انتظارات معقول، افزایش رضایتمندی، و بهبود پیامدهای بیماران کمک‌کننده باشد. مطالعه حاضر با هدف تبیین و توصیف فرهنگ انتظار کشیدن در بخش اورژانس انجام گردید.

**مواد و روش کار:** مطالعه اتنوگرافی متمرکز حاضر بر اساس ۱۲ گام روش اسپردلی (۱۹۸۰) در بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) تبریز انجام گردید. مشارکت‌کنندگان شامل بیماران، همراهان، اعضای تیم درمان و سایر افراد دخیل در ارائه خدمات مراقبت سلامت بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها تلفیقی از سه روش مشاهده مشارکتی، مصاحبه و بررسی اسناد موجود بود که تا نیل به اشباع داده‌ها ادامه یافت.

**یافته‌ها:** در مجموع شش الگوی فرهنگی پدیدار گردید که عبارت‌اند از: (۱) بیماران و همراهان آن‌ها در سایه کم‌اطلاعی، زمان را با بلا تکلیفی سپری می‌کنند، (۲) همراهان اضافی خود را مکلف به مداوم حضور کنار تخت بیمار می‌دانند، (۳) تداوم حضور همراهان اضافی، تسهیل گر گاه بازدارنده اقدامات بخش است، (۴) نقصان همدلی بر دریافت و ارائه خدمات اورژانس سایه افکنده است، (۵) کنش‌های مراقبتی درمانی عمدتاً تک‌بعدی می‌باشند و (۶) تیم درمان برای جبران نقصان‌ها و تأخیرهای کاری به خودسازمان‌دهی پویای امور می‌پردازند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌های این مطالعه می‌تواند مقدمات برنامه‌ریزی در راستای نزدیک نمودن میزان تطابق ابعاد مختلف کیفیت مراقبت‌های بخش اورژانس بالأخص از نظر فنی و بین فردی با نیازها، توقعات و ترجیحات بیماران و همراهان آن‌ها را فراهم نماید.

**کلیدواژه‌ها:** فرهنگ، بخش اورژانس، اتنوگرافی، ایران، انتظار کشیدن

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۶۹، آبان ۱۴۰۲، ص ۶۳۰-۶۱۳

آدرس مکاتبه: گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی خوی، خوی، ایران. تلفن تماس: +۹۸۹۱۴۹۷۸۲۸۳۲

Email: soheili\_a@khoyums.ac.ir

## مقدمه

به‌علاوه، مشکلات و چالش‌های متعدد در سطوح مختلف در بخش‌های اورژانس بالأخص در کشورهای کمتر توسعه‌یافته، موجب ناتوانی تیم درمان در ارائه خدمات مراقبت سلامت با کیفیت، تأخیر در انجام مداخلات، کاهش رضایتمندی بیماران و همچنین تحت تأثیر قرار گرفتن پیامدهای بیماران شده است (۴). از یک دهه پیش، بسیاری از مسئولین نظام سلامت و پژوهشگران حوزه علوم پزشکی در جستجوی روش‌های جدید و بدیع

بخش اورژانس به‌عنوان قلب مراکز درمانی، از جایگاه محوری در نظام سلامت برخوردار بوده (۱) و مسلماً پیچیده‌ترین محیط بالینی بیمارستان‌های مدرن هست (۲). حال آنکه، علی‌رغم افزایش چشمگیر تعداد مراجعه به بخش‌های اورژانس، بالا رفتن سطح آگاهی و انتظارات مراجعین از کیفیت خدمات در دهه اخیر، بخش‌های اورژانس از نظر کمی و کیفی به‌طور متناسب توسعه نیافته‌اند (۳).

<sup>۱</sup> استادیار گروه پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده علوم پزشکی خوی، خوی، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> استاد گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۳</sup> استاد گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۴</sup> دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

<sup>۵</sup> دانشیار گروه پرستاری، دانشگاه کارولینای شمالی در شارلوت، کارولینای شمالی، ایالات متحده آمریکا

کشیدن در بخش اورژانس و مهیا نمودن دانش جدید در این زمینه، امری محوری بوده و ارتقای درک مراقبین سلامت از رفتارهای بیماران و خانواده آن‌ها در حین انتظار کشیدن در شرایط بحرانی در بخش اورژانس، می‌تواند به‌صورت بالقوه در تسهیل انتظار کشیدن، برطرف نمودن برخی نیازها، افزایش رضایتمندی، ارائه مراقبت‌های اورژانس با کیفیت و بهبود پیامدهای بیماران کمک‌کننده باشد. لذا مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و روش اتنوگرافی متمرکز جهت کشف، درک و توصیف فرهنگ انتظار کشیدن در بخش اورژانس انجام گردید.

### مواد و روش کار

در این مطالعه از رویکرد کیفی و روش اتنوگرافی متمرکز جیمز اسپردلی<sup>۱</sup> (۱۹۸۰) جهت تبیین و توصیف باورها و رفتارهای فرهنگی حاکم بر بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) تبریز استفاده شد. این روش 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<sup>۲</sup>؛ انجام مشاهدات انتخابی؛ تحلیل سیستمیک؛ کشف درون‌مایه‌های فرهنگی؛ تهیه فهرستی از ویژگی‌های فرهنگ؛ و نگارش اتنوگرافی. در این روش پژوهشگر انجام مشاهدات دقیق، عینی، و جامع در خصوص کلیه جوانب رفتار، دانش، و مصنوعات فرهنگی مرتبط با یک پدیده مشخص درون زمینه‌ای خاص و گروه کوچکی از افراد و (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 (۱۵).

با توجه به عدم تعیین حجم نمونه از قبل در مطالعات کیفی و در نظر گرفتن اشباع داده‌ها به‌عنوان شاخص کفایت حجم نمونه (۱۶)، مطالعه حاضر نیز بدون تعیین حجم نمونه اولیه شروع شده و فرآیند نمونه‌گیری تا بررسی کامل موضوع و نیل به اشباع داده‌ها ادامه یافت. بدین معنی که تداوم جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی ادامه یافت که هیچ داده جدیدی از مشارکت‌کنندگان بیشتر در آن زمان و مکان خاص تولید نشد و داده‌های جمع‌آوری شده حاصل از نمونه‌گیری بیشتر، تکرار داده‌های قبلی بود. معیارهای ورود به

جهت نزدیک‌تر نمودن میزان تطابق خدمات با نیازها و ترجیحات بیماران و خانواده‌های آنان در بخش‌های اورژانس، بوده‌اند (۵، ۶) که نیل به این مهم جز در سایه بررسی جامع و درک عمیق جنبه‌های مختلف روانی، اجتماعی و 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 کرد (۷).

از سوی دیگر با گسترش پارادایم‌های کل‌نگر که امروزه مورد تأکید صاحب‌نظران نظام سلامت می‌باشد، علاوه بر پژوهش‌های کمی، استفاده از روش‌های مختلف پژوهش کیفی مورد تأکید قرار گرفته است. رسالت عمده مطالعات کیفی، درک عمیق و جامع چرایی و چگونگی پدیده‌ها و فرآیندهای موجود است، لذا می‌توانند پاسخگوی بسیاری از سؤالات عمیق و پیچیده در مورد جنبه‌های پویا، همه‌جانبه و فردی تجارب انسان و رفتارهای او در زمینه تطابق با بیماری و تغییر شرایط باشند (۸). این مطالعات، انسان را با تمام پیچیدگی‌هایش در بستر محیط موردتوجه قرار داده (۹) و پایه و اساس همه آن‌ها بر این اساس استوار است که خود مردم در موقعیت‌های خاص، بهترین موضع را برای توصیف و تحلیل تجربیات و احساسات خود دارا هستند (۱۰). اتنوگرافی یکی از انواع پژوهش‌های کیفی است که به توصیف و تفسیر فرهنگ و رفتارهای فرهنگی می‌پردازد (۱۱). امروزه در نظام سلامت، از روش اتنوگرافی متمرکز برای مطالعه عمیق باورها و رفتارهای مردم و کادر درمان در رابطه با یک بیماری یا فرآیند مراقبت سلامت خاص استفاده شده است (۱۲، ۱۳). پژوهشگران می‌توانند با استفاده از این روش و با تمرکز بر ویژگی‌ها، رفتارها و تجارب مشترک افراد، 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 کمک کنند (۱۴).

هرچند مطالعات کمی بسیاری، جوانب مختلف کیفیت خدمات مراقبت سلامت و رضایتمندی دریافت‌کنندگان این خدمات در بخش‌های اورژانس را موردبررسی قرار داده‌اند، مرور مطالعات انجام‌گرفته در ایران نشان‌دهنده دانش ناکافی در رابطه با چرایی و چگونگی رفتارهای بیماران و خانواده آن‌ها در بخش‌های اورژانس و ماهیت و نحوه تأثیرگذاری سایر افراد دخیل بر آن می‌باشد. درک عمیق رفتارهای بیماران و خانواده آن‌ها از جنبه‌های مختلف انتظار

<sup>2</sup> Taxonomic analysis

<sup>1</sup> James Spradley

تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ آیا فرد ارائه‌دهنده خدمت، زمان و توالی زمانی ارائه خدمت، واحدی که خدمت در آن ارائه می‌شود، و نوع خدمت ارائه شده 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 شامل در بخش اورژانس را به صورت 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. این مشاهدات بر موقعیت‌های اجتماعی مختلف مرتبط با تعاملات بین بیمار، خانواده و کادر درمان بخش اورژانس معطوف بود. 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 کادر درمانی چگونه است؟ بیمار یا همراه وی رفتارهای کادر درمان را چگونه ارزیابی نموده و چه رفتارهایی در تعاملات خود بروز می‌دهند؟ کادر درمانی رفتارهای بیمار و خانواده وی را چگونه ارزیابی نموده و چه رفتارهایی 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 تعاملات کنشی هستند یا واکنشی؟ عوامل تقویت‌کننده و بازدارنده این تعاملات در بستر حاضر کدام‌اند؟ تعاون و تشریک‌مسانی (تعاملات مثبت) یا خشونت و درگیری (تعاملات منفی) چگونه شکل‌گرفته و ماهیت تأثیرگذاری آن‌ها کدام است؟ و غیره" لازم به یادآوری است که مدت‌زمان هر یک از جلسات مشاهده، بسته به نوع مشاهده و ماهیت موقعیت اجتماعی از ۲۰ 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 با هدف تبیین و تعمیق اطلاعات

مطالعه برای مصاحبه‌های صورت گرفته در مطالعه شامل موارد زیر بود: الف. معیارهای انتخاب بیماران و همراهان (توانایی گفتگو به زبان فارسی یا آذری، داشتن سن بالای ۱۸ سال، و علاقه‌مندی در رابطه با به اشتراک گذاشتن تجارب خود و بحث و گفتگو در زمینه موضوع) و ب. معیارهای انتخاب اعضای تیم درمان (اشتغال به کار در بخش اورژانس و علاقه‌مندی در رابطه با به اشتراک گذاشتن تجارب خود و بحث و گفتگو در زمینه موضوع).

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. پژوهشگر تلاش نمود تا با مشاهده رفتارها و تجارب مشارکت‌کنندگان، توجه دقیق به اتفاقات 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 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 اسپردلی (مکان، اشیاء، کنشگران، عمل، فعالیت، رویداد، زمان، هدف، و احساسات) تشکیل شد. مشاهدات در سه جلسه اول از نوع گراند تور<sup>۱</sup> (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 به صورت 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 متصدی 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<sup>۲</sup> (جهت بررسی جزئی‌تر و اختصاصی‌تر تجارب مشاهده‌شده در عرصه) و مدنظر قرار دادن ابعاد نه‌گانه به صورت وابسته و مرتبط، لنز فرهنگی را باریک‌تر و اختصاصی‌تر نمود. نمونه‌ای از سؤالات توصیفی مینی تور نیز عبارت‌اند از: "ماهیت خدمات ارائه شده توسط هر یک از اعضای تیم درمان چگونه روابط و تعاملات بین فردی را

<sup>۱</sup> Grand-Tour

<sup>۲</sup> Mini-Tour

غیراورژانسی برای معاینه شدن به صورت اورژانسی و "توهین تلقی نمودن تشریک‌مسابی با حرفه‌های پایین‌دست"

۲. تحلیل تاکسونومیک (شناسایی و کشف ارتباطات بین اجزا 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 انکاری همراهان"

۳. تحلیل سیستمیک (شناسایی و کشف ارتباط اجزا با کل صحنه فرهنگی و تکمیل فرآیند طبقه‌بندی بر اساس تضادها): معانی و مفاهیم سازنده صحنه فرهنگی علاوه بر تشابهات، ریشه در تفاوت‌ها نیز دارد، لذا پژوهشگر جهت تکمیل فرآیند طبقه‌بندی، 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" و "حضور سازنده - حضور تخریبی"

۴. تحلیل تماتیک (شناسایی و کشف ارتباطات بین درون‌مایه‌های اصلی با هدف استخراج الگوی موجود): پژوهشگر با در نظر گرفتن کلیه مفاهیم صریح و تلویحی، تشابهات و تفاوت‌ها به صورت هم‌زمان اقدام به نهایی نمودن درون‌مایه‌های فرعی و اصلی 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 مطالعه بهره گرفته شد (۱۷). در این راستا، پژوهشگر متناسب با پدیده تحت بررسی، ماهیت کیفی مطالعه، جهت ارتقای کیفیت نتایج پژوهش و افزایش دقت و استحکام مطالعه، راهبردهای متعددی از جمله حضور و تعامل طولانی در عرصه؛ مشاهده مداوم؛ مقایسه مداوم (فرایند تکرار رفت و برگشتی)؛ تهیه یادداشت‌های در عرصه جامع، دقیق، و روشن؛ توصیف پویا و عمیق؛ تلفیق روش‌های جمع‌آوری داده؛ جستجو برای شواهد رد کننده / تحلیل موارد منفی؛ و ضبط و نسخه‌برداری دقیق از اظهارات اصیل مشارکت‌کنندگان را در مراحل جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار داد. به‌علاوه پس از پدیدار شدن ساختار کلی اولیه از حیطه‌ها و طبقات، با ارائه این یافته‌ها به تعدادی از مشارکت‌کنندگان، همتابان و ناظران

جمع‌آوری شده، شناخت طرز تفکر افراد گروه فرهنگی، تائید اعتبار مشاهدات و جهت دادن به مشاهدات بعدی ترتیب داده شد که ۴۳ مورد به صورت غیررسمی و از پیش تعیین نشده بودند و حین یا بلافاصله بعد از انجام مشاهدات مشارکتی انجام شده 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 کاوشی و پیگیر 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 مطالعه 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 به صورت جداگانه و بدون تأثیرگذاری بر متن یادداشت‌های در عرصه تحت عنوان "فیلد ژورنال‌های بازاندیشانه" 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. سپس کدگذاری اولیه انجام شد. به‌عنوان مثال: "اصرار همراه بیمار

مصاحبه و قرار دادن نتایج مطالعه در اختیار مشارکت‌کنندگان در صورت تمایل.

### یافته‌ها

#### مشخصات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان:

برای تبیین موقعیت‌های اجتماعی مرتبط با حضور و انتظار کشیدن در بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع)، ۷۸ جلسه مشاهده مشارکتی و ۵۴ جلسه مصاحبه (تعداد یازده بیمار، هجده همراه، ده پرستار، سه سوپروایزر، چهار متخصص طب اورژانس، چهار رزیدنت، یک دکتر داروساز مسئول داروخانه، دو نگهبان، یک تکنسین اورژانس پیش بیمارستانی) به شکل هدفمند برگزار شد. از کل مصاحبه‌شوندگان ۵۳/۷ درصد زن بودند و سن آن‌ها در محدوده ۲۴ تا ۶۲ سال قرار داشت. به‌علاوه سابقه کاری ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت این بخش در محدوده یک تا ۲۶ سال در نوسان بود.

#### رفتارها و باورهای فرهنگی مشارکت‌کنندگان:

بر اساس رفتارها، تعاملات و مراودات مشاهده‌شده و اظهارات بیان‌شده مشارکت‌کنندگان در عرصه مطالعه و با در نظر گرفتن کلیه مفاهیم صریح و تلویحی، تشابهات و تفاوت‌ها، در مجموع شش الگوی فرهنگی دربرگیرنده ۱۲ درون‌مایه اصلی، ۳۱ درون‌مایه فرعی و ۱۱۹ مفهوم اولیه پدیدار گردید که در جدول ۱ نمایش داده شده است.

خارجی، استحکام و ثبات داده‌ها، عملکرد و کاربرد یافته‌ها در بالین و متناسب / مرتبط بودن آن‌ها مورد بازنگری، واضح‌سازی، و حساس‌سازی قرار گرفت. در رابطه با ویژگی‌های بازاندیشی نیز، پژوهشگر در طی مطالعه و بسته به شرایط، مسئولیت خود در برابر سنجش میزان تأثیر خود در تمامی جوانب مطالعه کیفی حاضر را مدنظر قرار داده و تمهیدات لازم جهت رویارویی با چالش بین نقش‌های خود به‌عنوان پژوهشگر و فردی که به فرهنگ مذکور تعلق داشت را به عمل آورد.

پس از اخذ مجوز از معاونت پژوهشی و تائید کلیات طرح توسط کمیته منطقه اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز، هماهنگی‌های لازم با مدیران مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) و مسئولین بخش اورژانس به‌عمل‌آمده و مجوزهای لازم از حراست این مرکز اخذ گردید. به‌علاوه دو هفته قبل از ورود به عرصه پژوهش، اطلاعیه‌ای که شامل زمان شروع، نوع و هدف مطالعه حاضر بود در تابلوی اعلانات 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

جدول (۱): الگوهای فرهنگی مطالعه حاضر به همراه درون‌مایه‌های اصلی و فرعی

الگوهای فرهنگی مطالعه	درون‌مایه‌های اصلی	درون‌مایه‌های فرعی
الگوی فرهنگی اول (بیماران و همراهان آن‌ها در سایه کم‌اطلاعی، زمان را با بلا تکلیفی سپری می‌کنند)	بلا تکلیفی در انتظار کشیدن	سردرگمی و سرگردانی تأخیر تحمیلی ناشی از روتین‌های اجباری کم‌توجهی به آگاه‌سازی عدم کفایت پاسخگویی تیم درمان به مطالبات و شبهات
الگوی فرهنگی دوم (همراهان اضافی خود را مکلف به تداوم حضور کنار تخت بیمار می‌دانند)	عدم همکاری همراهان اضافی در ترک بخش	سماجت همراهان اضافی جهت حضور در بخش عدم ترک بخش به علت اعتماد خدشه‌دار به تیم درمان برخورد منفعلانه نگهبانان در مدیریت همراهان اضافی مداخله مستقیم تیم درمان در مدیریت همراهان اضافی
الگوی فرهنگی سوم (تداوم حضور همراهان اضافی، تسهیل گر گاه بازدارنده اقدامات بخش است)	حضور سازنده حضور تخریبی	حضور جبرانی حضور حمایتی حضور بازدارنده خشونت علیه تیم درمان
الگوی فرهنگی چهارم (نقصان همدلی بر دریافت و ارائه خدمات اورژانس سایه افکننده است)	مسئولیت‌گریزی	اهمال در رفت از مسئولیت خودبرتربینی

الگوهای فرهنگی مطالعه	درون مایه های اصلی	درون مایه های فرعی
	کار کاهیدن	
	خودمحوری	اول من، بعداً دیگران ابرازگری هیجانی همگرایی (تأثیرپذیری) تخریبی
	همراه	استیصال بیمار و همراه نیازهای روحی روانی مغفول بیمار و حریم خصوصی خدشه دار احساس بی‌اعتنایی کم‌توجهی به اعتراضات بیمار / همراه
الگوی فرهنگی پنجم (کنش‌های مراقبتی درمانی عمدتاً تک‌بعدی می‌باشند)		بی‌اهمیت تلقی شدن ارتباط مراقبت ماشینی
	بیماری محوری به‌جای بیمار محوری	عدم تناسب فرد-شغل-محیط عامل تأخیر در انجام وظایف فرآیند تأخیری مضاعف در کمبود زبده‌گی فرآیند کار منحصرأ فرد محور معیوب افول حرفه‌ای به دنبال ازدحام کاری مستندسازی بی‌بازخورد زمان انتظار کشیدن
	و وابستگی	بار کاری تحمیلی بر دوش کادر درمان حفظ طمأنینه در تنیدگی‌های سازمانی مسئولیت‌پذیری بیشتر
	تقلا برای رفع کمبودهای کاری	
		الگوی فرهنگی ششم (تیم درمان برای جبران و وابستگی نقصان‌ها و تأخیرهای کاری به خودسازمان‌دهی پویای امور می‌پردازد)

تیم درمان به سوالات و مطالبات همراه بیمار، پاس دادن بیمار و همراه به همدیگر از سوی تیم درمان، ارائه اطلاعات ناکافی و گزینشی به بیمار و همراه، مفاهیم اولیه تشکیل‌دهنده این الگو می‌باشند.

”در بخش تابلوی راهنمایی هم وجود نداره که مریض بدونه کدوم طرف بایستی بره. صرفاً یکی دوتا برگه A4 با محتوی شبیه به فلش دیده میشه که کمک‌کننده نیستن، چرا که مریضا و همراهشون به این کاغذها توجه نمی‌کنن. خطوط راهنمای داخل بخش هم در گوشه بالایی دیوارها ترسیم شده که در معرض دید نیست ...“  
**(یادداشت در عرصه، ورودی اورژانس، سرگردانی، سردرگمی و بلا تکلیفی در انتظار کشیدن)**

”ساعت ۷:۳۰ صبح جلو درب پشتی واحد اورژانس تروما، آقای بی رو دیدم که روی زمین نشسته بود. می‌گفت پسرش توی اداره برق شهرستان مرند کار میکنه و دیروز طرفای ظهر از روی تیر چراغ برق افتاده و پس از انجام کارای اولیه تو مرند، مریضشون رو اینجا اعزام کردن. انگار که تا صبح پلک رو پلک نداشته و اونجور که خودش میگه تا صبح خودش و همسرش و بقیه خونواده منتظر بودن تا به نفر از سرویس جراحی بیاد و پسرشونو ویزیت کنه که البته نیومده. خیلی خیلی از رزیدنت طب اورژانس کشیک عصر و شب (خانم دکتر عینکی) ناراضیه. البته بین حرفاش یک در میون اتند کشیک شب

**الگوی فرهنگی (۱). بیماران و همراهان آن‌ها در سایه کم‌اطلاعی، زمان را با بلا تکلیفی سپری می‌کنند:** این الگو برگرفته از دو درون‌مایه اصلی ”بلا تکلیفی در انتظار کشیدن“ و ”غفلت از اطلاع‌رسانی دقیق“ می‌باشد. عدم آشنایی با محیط بیمارستان، عدم آشنایی با قوانین و مقررات بخش، عدم آشنایی با روندها و فرآیندهای بخش، عدم آگاهی از وجود خطوط راهنما، بی‌اعتنایی همراهان نسبت به تابلوهای آگاهی‌دهنده موجود، در معرض دید نبودن تابلوهای آگاهی‌دهنده و خطوط راهنما موجود، دشواری تمایز اعضای تیم درمان برای مراجعین، ترک بخش به علت به ستوه آمدن از پا در هوایی، مراقبت بیهوده ناشی از روتین کاری، فرآیند طولانی غیرقابل انعطاف گردش کار، اتلاف وقت در جهت پیدا کردن پرونده بیمار، اولویت‌بندی صف محور و نه مشکل محور در واحدهای درمانی اورژانس، تحویل شیفت غیراصولی، بوردینگ تایم طولانی بیمار، تردید رزیدنت‌ها در تصمیم‌گیری بالینی، فرآیند طولانی سلسله مراتبی سیستم رزیدنتی، نیاز به انجام اقدام درمانی توسط سرویس‌های مقیم در دیگر بیمارستان‌ها، عدم معرفی خود به بیمار و همراهان، توضیح ندادن به بیمار و همراهان، عدم اطمینان بخشی به بیمار و همراهان، توجیه نمودن بیمار و همراهان، انتظار کشیدن همراه بدون اطلاع از وضعیت بالینی بیمار خود، منتظر ماندن بیمار بدون دانستن چرایی آن، جواب ندادن اعضای مختلف

رو که چندین بار به مریضش سر زده رو دعا می‌کنه «خدا بچشو نگه داره» همچنین از یکی از آقایونی که یونیفورم سرمه‌ای به تن داره ممنونه و میگه از دیشب تا حالا خیلی زحمتمون رو کشیده. غافل از این که آقای با یونیفورم سرمه‌ای، رزیدنت سال یک جراحی هستش که از طرف سرویس جراحی مریضشون رو چندین بار ویزیت کرده ... (یادداشت در عرصه، واحد تروما، غفلت از اطلاع‌رسانی دقیق)

**الگوی فرهنگی (۲). همراهان اضافی خود را مکلف به تداوم حضور کنار تخت بیمار می‌دانند:** این الگو برگرفته از دو درون‌مایه اصلی "عدم همکاری همراهان اضافی در ترک بخش" و "تقلا برای مدیریت همراهان اضافی" می‌باشد. نگرانی همراهان از وضعیت بیمار، ابراز همدردی همراهان با بیمار، آرامش خاطر و تسلی وجدان (مانند در بالین بیمار بدحال در لحظات آخر عمر)، ترس از انگ اهمال از سوی خویشاوندان، ماجراجویی و کنجکاوی معطوف به کشف علت و معلول یک واقعه (فضولی)، نداشتن جا برای ماندن، ذهنیت منفی مراجعین به سیستم، سوء ظن همراهان به دانش کادر درمان، مسئولیت‌گریزی نگهبان، فقدان حمایت سازمانی از نگهبان در صورت بروز مشکل، شرح وظایف دست و پا گیر و نامتناسب تیم نگهبانی، یاد دادن چگونگی دور زدن نگهبان به همدیگر توسط همراهان، تلاش اعضای تیم درمان جهت مدیریت همراهان اضافی با مشاهده انفعال نگهبان، خشم و عصبانیت اعضای تیم درمان از حضور همراهان اضافی در بالین و تهدید به "عدم ارائه خدمات" به‌عنوان آخرین حربه در مدیریت همراهان اضافی، مفاهیم اولیه تشکیل دهنده این الگو می‌باشند.

"وقتی که نگهبان همراهی اضافی رو به خارج بخش راهنمایی کرد، رفته سرانگ یکی دو تا نشون که حاضر نبودن از بخش برن بیرون و خیلی سماجت می‌کردن که بمونن. وقتی از نشون راجع به علت عدم ترک بخش پرسیدم، بهم گفتن که تو تبریز غریبن و جایی برای رفتن و موندن ندارن. پرسیدم مریضتون چند روزه که اورژانسه؟ گفتن دو روز. پرسیدم این دو روز رو کجا موندین؟ گفتن تو حیاط بیمارستان. کنار درب خروجی اورژانس، یه پتو رو زمین انداخته بودن ... (یادداشت در عرصه، اورژانس، عدم همکاری همراهان اضافی در ترک بخش)

"همین که زنگ زدن، من و مادرش سریع اومدیم ... رسیدم دیدم ۴ تا دکتر و پرستار جوون بالاسر پسر میگن و میخندن! انگار نه انگار که اینجا بیمارستانه و مردم درد دارن. وقتی از دکتر وضعیتشو پرسیدم، خانمه با یه لحن تندی برگشته میگه: آقا برا سر و گردن و پاش عکس نوشتیم، منتظر بمون میان میبرن برا عکس بعد میام می‌بینم. بعدش تا همین الان، این میره، اون میاد ... هیچ کاری هم نکردن. میگم درد داره، می‌گن تازه مسکن زدیم، صبر

کن. آخه این چجور مسکنیه که اثر نداره. میگم چرا کاری نمی‌کنین، می‌گن گفتیم جراح بیاد ببینه، ۱۰ بار رفته تو اون اتاق کناری [دفتر سوپروایزر]، پیگیر شدم که این جراحی که می‌گن، کی قراره بیاد، اونم هر بار می‌گفت زنگ زدم الان میاد. ۳ ساعت بعدش یکی اومد، که اونم مریضو ندیده رفت. [پس از اتمام گفتگو با همراه و برای بررسی صحت و سقم اظهارات ایشان به سراغ پرونده بیمار رفته]. ... ساعت ۱۵:۱۶ برای بیمار مشاوره جراحی درخواست شده بود که رزیدنت جراحی در ساعت ۱۸:۴۵ برای بیمار در پرونده مشاوره گذاشته بود ... الان ببین ساعت چنده؟ (همراه این سؤال رو جهت تأکید در رابطه با زمان طولانی سپری شده پرسید که البته من هم نیم‌نگاهی به ساعت انداختم و دیدم که ساعت ۲۱:۳۷ بود) تازه اومدن به من میگن، مریض باید بره بیمارستان شهید. با این که یک لحظه چشم از مریض برنداشتم، از کنارش جم نخوردم و همه کاراشو خودم کردم، تازه شده این. ببین آگه نبودم چی می‌شد! (یادداشت در عرصه و بررسی اسناد، واحد تروما، همراه عابر جوان که پس از تصادف توسط ۱۱۵ به اورژانس منتقل شده، عدم ترک بخش به علت بی‌اعتمادی به تیم درمان)

"ساعت ۴ بعد از ظهره، هر مریض نه یکی، نه دو تا، که چندتا همراه داره. بخاطر ساعت ملاقات، برای هر مریض چندتا هم ملاقاتی اضافه شده! دست و پا گیر بودن همراهها و ملاقات کننده‌ها، سر و صدای زیادشون، و نبود فضای کافی برای کار کردن، پزشکها و پرستارها رو خیلی آذینته کرده و باعث شده ارائه خدمات توی بخش با تأخیر انجام بشه. منشی و ناظر اورژانس داخلی ۲-۳ بار کد ۴۴ رو پیچ کردن. ولی از نگهبانها خبری نیس. یکی از رزیدنت هام که این ور اورژانس از سر و صدا و ازدحام بیش از حد عصبی شده، بلند به زبون آذری داد میزنه «بابا او نگهبان لاری گینه پیچ اله» [بابا اون نگهبانها رو دوباره پیچ کن] او منشی دوبار با صدای بلند به جای کد ۴۴، پیچ می‌کنه: «نگهبانی، اورژانس داخلی» (یادداشت در عرصه و بررسی اسناد، واحد داخلی، تقلا تیم درمان برای مدیریت همراهان اضافی در پی انفعال تیم نگهبانی)

**الگوی فرهنگی (۳). تداوم حضور همراهان اضافی (و غیر ضروری)، تسهیل گر گاه بازدارنده اقدامات بخش است:** این الگو برگرفته از دو درون‌مایه اصلی "حضور سازنده" و "حضور تخریبی" می‌باشد. همراه در نقش کمک دست سیستم، همراه در نقش بیمار بر، همراه در نقش خدمات، همراه در نقش کمک پرستار، کنترل اضطراب و استرس بیمار توسط همراه، کاهش دلهره و نگرانی بیمار، ایجاد آرامش در بیمار، همیاری مجاورتی همراهان، همکاری همراهان با اعضای تیم درمان، تسهیل در برقراری ارتباط بین بیمار و اعضای تیم درمان، تجمع دست و پا گیر همراهان، در هم شکستن

تمام سطوح، تداخل زمانی وظایف کاری ذینفعان، اولویت طلبی از سوی بیماران و همراهان، مبالغه و کذب جهت تسریع در دریافت خدمات، سوگواری نا بهنجار افراطی، برخورد ناشایست مراجعین با کادر درمان، رفتارهای ناسازگار با ماهیت محیط‌های درمانی، سرایت عاطفی خود حق بینی همراهان، و باور مؤثر بودن داد و بیداد در تسریع دریافت خدمات، مفاهیم اولیه تشکیل دهنده این الگو می‌باشند.

“بارها اتفاق افتاده که توی بخش دارن کمکی یا خدمات رو بیج می‌کنن در حالی که خدمات یا کمکی توی اتاق آبدارخانه روبروی انبار اتاق عمل سرپایی در حال چایی خوردن! ... توی کشیک عصرکاری، نزدیک به نیم ساعته که نرس [پرستار / ۴ اورژانس داخلی، بی اطلاع پیداش نیست و بقیه نرسا] پرستارها [دارن کارای می‌باشن کاور می‌کنن!] (یادداشت در عرصه، واحد داخلی، مسئولیت‌گریزی)

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

“توی اورژانس داخلی رزیدنت برای یکی از مریضایی که تازه اومده اکسیژن با ماسک تجویز کرده! چون خروجی اکسیژن سنترال 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 [پرستارها]، از کمکی خواست یکی از تختای کنار دیوار رو که مریض اکسیژن نمی‌گیره رو بیاره وسط و این مریضو بذاره جای اون تا بتونن بهش اکسیژن بدن. وقتی کمکی خواست یکی از تخت هارو جابجا کنه، خیلی از مریضا و همراهاشون به شدت اعتراض کردن و اجازه نمی‌دادن که تختشون رو بکشن کنار ...” (یادداشت در عرصه، واحد داخلی، اول من بعداً دیگران)

“فک می‌کنن آگه داد بکشن، می‌ترسیم! نمی‌دونن که واقعاً خسته شدیم. وقتی یکی از همراهها 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!” (مصاحبه با پرستار، واحد داخلی، همگرایی تخریبی همگرایی تخریبی / خودمحوری)

“این جا داد نرنی، هیشکی به داد مریضت نمی‌رسه! یه ساعته با مریضم این گوشه منتظرم! [اغراق هیجانی، از تشکیل پرونده در

تمرکز ذهنی تیم درمان، دخالت‌های منفی غیرمجاز همراهان در امور پزشکی (همه فن حریفی کاذب)، تأثیر پذیری رفتار و رضایت‌مندی اعضای تیم درمان از کثرت بی رویه همراهان، پرخاشگری و پرخاشجویی کنشی همراهان، و پرخاشگری و خشونت و اکنشی همراهان، مفاهیم اولیه تشکیل دهنده این الگو می‌باشند.

“امروز هوا خیلی گرمه و کار نکردن کولر گازی هم اوضاع رو بدتر کرده ... اکثر مریضا دارن از شدت گرما عرق می‌ریزن و همراهاشون مشغول باد زدن مریضاشونن! جالبه که همراه یکی از بیمارا داره مریض یکی دیگه رو با یکه تکه مقوا باد می‌زنه!” (یادداشت در عرصه، واحد داخلی، حضور حمایتی / سازنده)

“همراهای آلرت و آروم، خیلی کمک می‌کنن و حضورشون مفیده. خیلی وقتا که مریضا پیرن، خوب نمی‌تونن حرف بزنن، حواس پرتی دارن، زبونشون رو نمی‌فهمیم، یا به خاطر مشکلشون فعلاً نمی‌تونن حرف بزنن، مثلاً مریضی که سکنه کرده و دچار افت سطح هوشیاری شده؛ از همراهها می‌خوایم که شرح حال بدن! اونام کلی توضیح میدن، داروهایی که مریض می‌خوره یا می‌خورده رو میارن. حتی گاه تو بعضی کارا هم کمک می‌کنن. البته بعضی از همراهها خصوصاً اونایی که به‌شدت مضطربن، نه تنها حضورشون برا مریض مفید نیست، بلکه کلی سر و صدا می‌کنن، حواس ما رو پرت می‌کنن، گاهی هم می‌زنن و می‌شکنن و بخش رو بهم می‌ریزن” (مصاحبه با رزیدنت طب اورژانس، حضور حمایتی / سازنده - بازدارنده / تخریبی)

“قبول کنین وقتی همراه زیاده، یه سری مشکلاتم پیش میاد. میری بالا سره مریض کار کنی، هی یکی از این ورت رد میشه، یکی از اون ورت رد میشه، خوب آدم معذب میشه!” (مصاحبه با پرستار واحد داخلی، حضور بازدارنده / تخریبی)

“... همش نگرانی که نکنه الان یکی از این همراهای آژیتیه بگیرت به باد کتک! رئیس روسام که اصلاً به خیالشون نیس! بخدا بخاطر همین همراهای آژیتیه، چند بار کم مونده اوردن مریضا رو غلط اجرا کنم یا داروهاشونو اشتباهی بزنم ...” (مصاحبه با پرستار واحد احیا، حضور بازدارنده / تخریبی)

الگوی فرهنگی (۴). نقصان همدلی بر دریافت و ارائه خدمات اورژانس سایه افکننده است: این الگو برگرفته از دو درون‌مایه اصلی “مسئولیت‌گریزی” و “خودمحوری” می‌باشد. برخورد و پاسخگویی با تند خویی، تعلل در ارائه خدمات، کاذب انگاری مطالبات بیمار / همراه، کلافه شدن از مراجعات مکرر همراه و مزاحم انگاری همراه اضافی، اکراه در تشریک‌مساعی با حرف پایین دست، بی احترامی‌های گاه گاه درون و بین حرفه‌ای، غرور کاذب، کار گریزی برخی از کادر درمان، تمایل به پراندن بیمار از سوی برخی از کنتشگران درمانی، ارجح دانستن منافع شخصی خود در



واحد پذیرش کلاً ۱۷ دقیقه گذشته... چندین بار خواهش کردم بیان مریضمو ببینن، کسی نیومد! ولی این دفعه آخری که داد زدم این بچه باید بمیره که یکی ویزیتش کنه؟ جای یه دکتر ۲ تا اومد! (مصاحبه با همراه بیمار، واحد تروما، همگرایی تخریبی همگرایی تخریبی / خودمحوری)

**الگوی فرهنگی (۵). کنش‌های مراقبتی درمانی عمدتاً تک‌بعدی می‌باشند:** این الگو برگرفته از دو درون‌مایه اصلی "نیازهای روحی روانی مغفول بیمار و همراه" و "بیماری محوری به جای بیمار محوری" می‌باشد. اضطراب موقعیتی ناشی از تنش‌های وارده، بی‌اعتمادی و استدعا برای برخورداری از حداقل کیفیت خدمات، بدون حمایت رها شدن، معطلی بیشتر بیماران بدون همراه، بی‌توجهی تیم درمان نسبت به حریم خصوصی بیمار، محدودیت محیط فیزیکی بازدارنده حفظ حریم خصوصی بیمار، اولویت نبودن حریم خصوصی، بی‌تفاوتی برخی اعضاء تیم درمان نسبت به بیمار و بیماری، حضور نا بهنگام عاملی برای ایجاد شرایط بحرانی (مشاوره تأخیری)، کم‌توجهی و اهمال در رعایت اصول ایمنی بیمار، مستحق ندانستن بیمار / همراه در زمینه اعتراض و دریافت پاسخ مقتضی، گستاخ تلقی نمودن همراهان معترض به تأخیر / تعلل کادر درمان، تقلای نافرجام همراه در احقاق حقوق بیمار، بی‌میلی در برقراری ارتباط، رفتارهای جزیره‌ای مانعی بر سر راه برقراری ارتباط مؤثر، نابسامانی در شناسایی متقابل بیمار و تیم درمان (نابسامانی متقابل در شناسایی همدیگر)، هویت شماره‌ای، عدم توجه به بیمار به‌عنوان یک کل، نادیده انگاشتن عواطف و احساسات بیمار و همراه، و به رسمیت نشناختن استقلال بیمار / همراه و مشارکت ندادن ایشان در تصمیم‌گیری‌های بالینی، مفاهیم اولیه تشکیل‌دهنده این الگو می‌باشند.

"توی واحد احیا، زیدنتا و نرسا [پرستارها / مشغول احیای آقای جوون بیست و چند ساله‌ای بودن که انگار همسایه‌ها توی پارکینگ خونه، بیهوش پیدا کرده بودنش. پرده‌های کناری تخت مریض کشیده نشده بود. مریض تخت کناری که هوشیار بود و همراه تقریباً همه مریضایی که توی واحد احیا بودن، داشتن با اضطراب مریض در حال احیاء و کارای تیم درمان رو نگاه می‌کردن. بعد سه ربع که با دستور اتند، احیا متوقف شد، کمکی‌ها اومدن پرده‌ها رو کشیدن و کمی بعد متوفی رو توی یه کاور مشکی به سردخونه بیمارستان منتقل کردن ... خانمی که پدرش به دنبال افت سطح هوشیاری به این مرکز منتقل شده و با تشخیص ICH خونریزی داخل مغزی اتوی واحد احیاء منتظره تا توی بخش برارش جا باز بشه اظهار میکنه "اصلاً نمیدونم چی بگم! از یه طرف بابام اینجوری شده، از یه طرفم از دیشب تا حالا که این جام، این چندمین مریضیه که فوت کرد و بردنشون. خیلی حس بدی دارم. فقط خدا خدا می‌کنم، نکنه یه وقت

بابام هم اونجوری بشه! در حال گریه کردن... (یادداشت در عرصه و مصاحبه با همراه بیمار، واحد احیا، نیازهای روحی روانی مغفول بیمار و همراه)

"وقتی از مریضا یا همراهشون می‌پرسم دکتر یا پرستارتون کیه؟ تنها چیزی که بهت جواب میدن آینه که آقا بود یا خانم، جوون بود یا پیر، قدش بلند بود یا کوتاه، عینکی بود یا نه، ریش داشت یا نه، فارس بود یا نه! عین همین در رابطه با اعضای تیم درمان هم صدق می‌کنه! ... توی بخش کادر درمان هم همدیگرو با یه سری اعداد می‌شناسن! به این معنی که وقتی مریض وارد واحد داخلی بخش اورژانس میشه، منشی با در نظر گرفتن تعداد مریضی هر نرسا / پرستار / به برچسب عددی روی پرونده و دستبند مریض می‌چسبونه که بر همین اساس هم زیدنت و نرسا / پرستار / مسئول مریض مشخص میشه! مثلاً وقتی برچسب شماره یک روی پرونده هستش، یعنی نرسا / پرستار / شماره یک و زیدنت طرف اول مسئولیت مریض رو بر عهده دارن! ... یکی از همراه‌ها به استیشن مراجعه کرد و خطاب به نرسایی / پرستارهایی [که توی استیشن بودن گفت دکتر مریضم / خانم فلانی آرو مرخص کرده، میشه پروندشو بدین برم صندوق! با این که همراه اسم مریض رو گفت، ولی کسی نمی‌دونست نرسا / پرستار / کیه. برا همین شماره روی دست مریض رو ازش پرسیدن؟! از اون جایی که همراه هم شماره روی دست بند و پرونده مریضشو نمی‌دونست، رفت دست بند مریضو چک کرد و گفت شماره روی دستبند چهاره!" (یادداشت در عرصه، واحد داخلی، نابسامانی متقابل در شناسایی همدیگر و هویت شماره‌ای، بی‌اهمیت تلقی شدن ارتباط، بیماری محوری به جای بیمار محوری)

**الگوی فرهنگی (۶). تیم درمان برای جبران نقصان‌ها و تأخیرهای کاری به خودسازمان‌دهی پویای امور می‌پردازند:** این الگو برگرفته از دو درون‌مایه اصلی "فرآیند تأخیری مضاعف در کمبود زبده‌گی و وابستگی" و "تقلا برای رفع کمبودهای کاری" می‌باشد. تأخیر در امور اداری بخش، ضعف عملکردی برخی اعضای تیم درمان عامل اختلال در ارائه خدمات به موقع، صف انتظار در پی تریاژ توسط پرستار کم تجربه، ضعف عملکردی دانشجویان با سطح مهارت کم، ضعف هماهنگی ستاد هدایت در مدیریت ازدحام بخش اورژانس، تأخیر در انجام مشاوره‌های درخواستی، نظارت ناکافی بر تسریع انجام ویزیت، اختیارات محدود سرویس پرستاری در تسریع فرآیند گردش کار بیمار، حرف شنوی ننگهبان صرفاً از پزشک و نه پرستار، اعتماد و احترام بیمار و همراه بیشتر به پزشکان و کمتر به دیگر کارکنان، نارضایتی پرسنل و بی‌رغبتی نسبت به تسریع ارائه خدمات، تحت تأثیر قرار گرفتن رفتار کادر درمان در پی ازدحام بیش از حد، کم رنگ شدن همکاری درون / بین حرفه‌ای به علت

## یادداشت در عرصه، عدم تناسب فرد-شغل-محیط عامل تأخیر در انجام وظایف

"انتهای هر کشیک سوپروایزر اورژانس به سری آمار و ارقام از ناظر یا مسئول هر واحد می‌گیره و علاوه بر ثبت در دفتر بخش به سوپروایزر بیمارستان گزارش میشه! تعداد مریض مراجعه‌کننده به هر یک از واحدها، تعداد مریضی که انتهای کشیک تحت نظره، تحت نظر بالای ۶ ساعت، مریضایی که با رضایت شخصی رفتن، و ... این داده صرفاً تو این سطح ثبت میشه و تبدیل به اطلاعاتی نمی‌شه که ازشون برا تغییر، ترمیم و اصلاح فرایندها استفاده بشه." (یادداشت در عرصه، مستند سازی بی بازخورد زمان انتظار کشیدن)

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر که با هدف تبیین و توصیف فرهنگ انتظار کشیدن در بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) در تبریز انجام شد، به پدیدار شدن ۶ الگوی فرهنگی، ۱۲ درون‌مایه اصلی و ۳۱ درون‌مایه فرعی انجامید و بینش ارزشمندی در مورد پشت صحنه رفتارها، تعاملات و مراودات کلیه کنشگران در هنگام حضور و انتظار کشیدن در بخش اورژانس ارائه نمود.

الگوی فرهنگی اول حاکی از انتظار کشیدن توام با بلاتکلیفی و تردید بیماران و همراهان آنها در بخش اورژانس، آن هم در سایه کم‌اطلاعی بود. بدین معنی که بیماران و همراهان آنها در حین انتظار کشیدن برای دریافت خدمات مراقبت سلامت در بخش اورژانس، بارها در موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند که تردید و بلاتکلیفی بر آنها مستولی می‌شود. یعنی، علی‌رغم این که از چرایی مراجعه خود به اورژانس آگاهند، نمی‌دانند به کجا باید مراجعه کنند، چه باید بکنند، و چه اتفاقی قرار است برایشان بیفتد. به عبارتی بخش اورژانس نه تنها بابت ضرورت تعامل بیماران و خانواده‌های آنها با تعداد زیادی از پزشکان، پرستاران و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت ناشناس، بلکه بابت مواجهه با خطمشی‌ها و روش‌های سازمانی تقریباً منحصر به فرد برای بسیاری از بیماران و خانواده‌های آنها، محیطی نا آشنا به حساب می‌آید (۱۸). این یافته‌های با نتایج مطالعه اتنوگرافی اولتوئیس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴) در هلند که حاکی از حس سردرگمی و سرگردانی، از دست دادن کنترل، اضطراب، ناامیدی و سرخوردگی بیماران و همراهان آنها در حین انتظار کشیدن در بخش اورژانس می‌باشد، در یک راستا می‌باشد (۱۹). منتظر الفرج و همکاران (۱۳۹۶) نیز در مطالعه‌ای که با هدف بررسی دقیق نقشه فعلی جریان ارزش‌ها، فقدانها و نقص‌های فرآیند ارائه خدمات مراقبت سلامت در بخش اورژانس در

ازدحام بیش از حد، عدم تحلیل، تفسیر و یا تأثیر شاخص‌های آماری ثبت شده بخش بر فرآیندهای کاری، مدنظر نبودن مفهوم انتظار کشیدن در جزء زمانی مستند سازی پرونده‌ها، اهمال در ثبت زمان‌ها در پرونده بیمار، بارکاری اضافی ناشی از کم کاری همکار، جابجایی بین بخشی و بین واحدی موقت کارکنان، حضور دانشجویان به‌عنوان یار کمکی، همیاری مثبت درون و بین حرفه‌ای برخی از کادر درمان در امر مراقبت، ملایمت رفتاری در پیشامدهای نامطلوب، عزم راسخ (پیگیر بودن) کادر درمان برای تعیین تکلیف بیماران، "قائم به شخص بودن" عاملی برای متفاوت بودن زمان انتظار کشیدن، و از خود گذشتگی کارکنان، مفاهیم اولیه تشکیل دهنده این الگو می‌باشند.

"امروز توی کشیک عصر کاری اورژانس داخلی، شاهد بودم با این که ۲ تا منشی تازه کار پشت دو تا سیستم بودن، چندین نفر پشت استیشن پرونده به دست منتظر بودن. یکی دو نفر هنوز ویزیت نشده بودن و بایستی پرونده هاشون برای ویزیت شماره می‌خورد. به عده ویزیت شده بودن و منتظر بودن تا دستورات پرونده در HIS سیستم اطلاعات بیمارستانی ثبت بشه. به نفرم برای دریافت ماسک اکسیژن توسط سرویس نرسینگ پرستاری ابه منشی ارجاع داده شده بود تا منشی به اسم مریض ماسک درخواست کنه و متصدی داروخونه ماسک رو بهش تحویل بده! ... در اورژانس به کرات با پرستاری طرحی مواجه شدم که نه تنها همراه مریضا که حتی همکاراشون هم از دستشون ناراحت بودن ... یکی از پرستاری واحد تروما اظهار می‌کنه زمانی که صرف اجرای پرونده توسط بعضی از همکارا میشه، معادل و حتی کمی بیشتر از زمانی هستش که به نرس پرستار اورژانس معمولی می‌تونه دو یا سه تا پرونده رو اجرا و مریضاشونو مدیریت بکنه. از طرف دیگه، نداشتن مهارت بالینی کافی باعث میشه که توی انجام پروسیجرها موفق نشن! ... مورد دیگه مربوط میشه به دانشجویان با سطح مهارت پایین که شامل دانشجویان سال پایین پرستاری و اتاق عمل، برخی از اینترن‌ها و رزیدنتای سرویس طب اورژانس یا سرویسی دیگه ای که برای مشاوره اومدن! به‌عنوان مثال حضور دانشجویان ترم ۴ پرستاری یا اتاق عمل با ماهیت بخش اورژانس و وضعیت بالینی ویژه مریضی اورژانس تناسب نداره ... مهارت کم دانشجویهای پزشکی در اجرای پروسیجرهایی مثل گرفتن نمونه ABG گازهای خون شریانی، IVBG گازهای خون وریدی، نمونه کشت خون، تعبیه سوند ادراری و تعبیه سوند بینی - معدی باعث بالا رفتن موارد عدم موفقیت در اجرای پروسیجر، آسیب به مریضا، دوباره کاری و درگیر شدن مجدد دیگر کادر درمان در پروسه، و اختلال در ارائه خدمات میشه"

<sup>1</sup> Olthuis

حدودی قابل توجه است. حال آنکه در بخش اورژانس مرکز تحت مطالعه، حضور یک همراه در بالین هر بیمار مجاز بوده و حتی در غالب مواقع با حضور یک همراه در هنگام احیا و انجام پروسیجرهای تهاجمی نیز مشروط به حفظ آرامش و مداخله نکردن در اقدامات تیم درمان، مخالفتی صورت نمی‌گرفت.

“تداوم حضور همراه، تسهیل گر گاه بازدارنده اقدامات بخش” سومین الگوی فرهنگی پدیدار شده در مطالعه حاضر می‌باشد که حاکی از اثرات مثبت و منفی تداوم حضور همراهان اضافی و غیر ضروری بر روند ارائه خدمات مراقبت سلامت در بالین بوده و به‌طور جامع و کامل در یک مطالعه مستقل تحت عنوان “دوگانگی درک شده از حضور همراهان در بخش‌های اورژانس: یک مطالعه اتنوگرافی متمرکز” توسط حسنخانی و همکاران (۱۳۹۹) مورد بحث و بررسی واقع شده است (۱). ضروری است مسئولان، متولیان، و دست‌اندرکاران نظام سلامت با اتخاذ رویکردهای چند رشته‌ای و یکپارچه، استفاده از رسانه‌های ارتباط جمعی و راه‌اندازی کمپین‌های متناسب جهت افزایش آگاهی عمومی و فرهنگ‌سازی در سطح جامعه، مطالعه فرهنگ و اصلاح نگرش عمومی در مورد کادر درمان و ماهیت خدمات ارائه شده در بخش‌های اورژانس تدابیری را جهت مدیریت هر چه بهتر حضور خانواده در بالین، به‌عنوان “یار دوازدهم” تیم درمان و جزء لاینفک فرایند درمان و سلامتی بیمار ببینند تا کادر درمان، بیماران و همراهان آن‌ها علی‌رغم بهره‌گیری از اثرات حمایتی از اثرات مخرب این حضور مصون باشند.

چهارمین الگوی فرهنگی مطالعه حاضر، سایه افکندن نقصان همدلی بر دریافت و ارائه خدمات اورژانس بود که 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 مرادفات واگرا و یا همگرای آن‌ها صرفاً با هدف 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. این الگوی فرهنگی توسط حسنخانی و همکاران در قالب دو مطالعه کیفی مستقل تحت عناوین “نقصان همدلی در تعاملات بین بیمار، خانواده و کادر درمان در بخش اورژانس: یک مطالعه اتنوگرافی متمرکز” (۱۴۰۱) و “اول من، بعد دیگران: یک مطالعه اتنوگرافی متمرکز در رابطه با ویژگی‌های فرهنگی انتظار کشیدن در بخش

بیرجند انجام دادند، نتیجه گرفتند نقشه فعلی جریان ارزش‌ها در بخش اورژانس، یک نظام رانشی است که در آن بیماران بین فعالیت‌های مختلف منتظر می‌مانند، در حالی که زمان انتظار کشیدن نیز مشخص نیست. بدین معنی که بیماران در طول جریان ارزش، بدون توجه به آمادگی کارکنان برای ارائه خدمات از فعالیتی به فعالیت دیگر رانده می‌شوند (۲۰).

از سوی دیگر با این که ارائه اطلاعات کافی و رفع شبهات از جمله منابع اساسی کسب طمأنینه در بیماران و همراهان آن‌ها در بخش اورژانس معرفی شده است (۲۱)، بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، کادر درمان نه تنها در کنش‌های خود نسبت به ارائه اطلاعاتی که می‌تواند منجر به آگاه‌سازی بیماران و همراهان و متعاقباً ایجاد آرامش روانی در آن‌ها شود، کم توجه بودند، بلکه در واکنش به مطالبات و پیگیری‌های به حق بیماران و همراهان نیز خود را ملزم به پاسخگویی نمی‌دانستند که این یافته با مفاهیم اساسی الگوی مراقبت بیمار و خانواده محور مغایرت داشت (۲۵-۲۲).

بر اساس الگوی فرهنگی دوم، همراهان اضافی خود را مکلف به تداوم حضور کنار تخت بیمار می‌دانند. عدم همکاری همراهان غیر ضروری در ترک بخش، ازدحام شدیدی را در اکثر مواقع بر واحدهای مختلف بخش اورژانس تحمیل نموده و اثرات مخربی (سر و صدای شدید، دشواری دسترسی کادر درمان به بیمار، برخورد همراهان اضافی با کادر درمان و تجهیزات در حین جابجایی، دخالت در امور درمانی، درگیری لفظی، خدشه‌دار شدن حریم خصوصی بیمار، آژیته شدن کادر درمان، برهم خوردن تمرکز ذهنی کادر درمان، ناراضی‌تاری برخی بیماران و کادر درمان، و ...) بر روند ارائه خدمات و انتظار کشیدن دارد. این یافته با درون‌مایه اصلی اصرار بر حضور و درون‌مایه‌های فرعی اعتماد خدشه‌دار نسبت به تیم درمان، ابهام و کنجکاو، و نگرانی مطالعه حریریان و همکاران (۱۳۹۶) در یک راستا می‌باشد (۲۶). به زعم واگنر<sup>۱</sup> (۲۰۱۴)، خانواده‌ها با اصرار بر حضور می‌خواهند از این که کادر درمان کار خودشان را درست انجام می‌دهند، مطمئن شوند (۲۷). مطالعات آلپرز<sup>۲</sup> (۲۰۱۸)، آرمسترانگ<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶)، و بالکریشنن<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۳) هم نمونه‌هایی از مطالعاتی هستند که به‌طور روشنی به بی‌اعتمادی یا کم‌اعتمادی مردم به کادر درمان و نظام مراقبت سلامت در ایالات متحده اشاره نموده‌اند (۲۸-۳۰). تفاوت بارز مطالعه حاضر با دیگر مطالعات در این است که در آن‌ها چنین بیان شده که هیچ همراهی اجازه حضور در بالین بیمار را ندارد و لذا احتمال بروز بی‌اعتمادی، ابهام و نگرانی برای همراهان و اصرار برای حضور در بالین بیمار تا

<sup>3</sup> Armstrong

<sup>4</sup> Balkrishnan

<sup>1</sup> Wagner

<sup>2</sup> Alpers

اورزانس در ایران“ (۲۰۱۹) به‌طور گسترده‌ای تبیین شده و قابل‌بازیابی می‌باشد (۳۱، ۳۲).

پنجمین الگوی فرهنگی این مطالعه، تک‌بعدی بودن کنش‌های مراقبتی درمانی می‌باشد و حاکی از آن است که در عرصه مطالعه حاضر، کنشگران درمانی در ارائه خدمات مراقبت سلامت و درمان بیماران به جای تمرکز بر کل بیمار صرفاً بر یک بعد بیمار یعنی بعد زیستی تمرکز نموده و سایر وجوه فرا زیستی از قبیل ابعاد روانی، عاطفی، اجتماعی، فرهنگی، مذهبی و اقتصادی (بعد انسانی مراقبت) را نادیده می‌انگارند. از سوی دیگر، برخی از درون‌مایه‌های فرعی این الگوی فرهنگی تا حدود زیادی ناقض مفاد محورهای منشور حقوق بیمار در ایران بوده و با هر چهار مفهوم محوری الگو مراقبت بیمار و خانواده محور در مناقات است (۲۵-۲۲).

برقراری ارتباط مؤثر بین کادر درمان و بیمار در واقع عنصر سازنده و اصلی مراقبت بیمار محور است. به‌علاوه در عملکرد مبتنی بر شواهد نیز تاکید و تصریح ماهوی و روشنی وجود دارد مبنی بر این که اساس همه فعالیت‌های بالینی کادر درمان بیمار محور باشد نه بیماری محور. بر این اساس کادر درمان باید بتوانند ضمن برخورد بیماری محور سریع و مؤثر با علایم حاد و تهدیدکننده حیات، به محض کاهش خطر، رویکرد بیمار محورتری اتخاذ کنند. بنابراین بهتر است به جای مجزا و ناسازگار تلقی نمودن این دو رویکرد، آن‌ها را دو رویکرد مکمل و سازگار بدانیم، به‌طوری که کادر درمان در هر دو رویکرد مهارت داشته باشند (۳۳).

شایان ذکر است که دیدگاه و تجربه بیماران از خدمات مراقبت سلامت به‌عنوان یکی از ارکان چهارگانه حاکمیت خدمات بالینی مورد نظر سازمان بهداشت جهانی بوده (۳۴) و موضوع حقوق بیمار در کنار رضایتمندی وی از خدمات مراقبت سلامت از جمله مهم‌ترین محورهای این رکن از حاکمیت خدمات بالینی می‌باشد (۳۵) که در طی دو دهه اخیر به دلایلی از جمله آسیب‌پذیری و نیازمندی بیماران از یک سو و توجه روزافزون جوامع بین‌المللی به حقوق بشر از سوی دیگر مورد توجه زیادی قرار گرفته است (۳۶). علاوه بر این تعریف جامع سلامت به تمام ابعاد جسمی، روانی، معنوی، اجتماعی و مذهبی آحاد جامعه توجه دارد و تأمین آن بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی، از مهم‌ترین تعهدات حاکمیت در جمهوری اسلامی ایران است (۳۷). نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت بوده و ارتباط مناسب و صادقانه، احترام به ارزش‌های شخصی و حرفه‌ای، حساسیت نسبت به تفاوت‌های موجود و رعایت جنبه‌های اخلاقی مراقبت، لازمه مراقبت مطلوب از بیمار می‌باشد. بیمارستان نیز به‌عنوان یکی از مهم‌ترین ارکان ارائه خدمات مراقبت سلامت، باید نهادی برای درک و احترام به حقوق بیماران، خانواده آن‌ها، اعضای کادر درمان اعم از

پزشکان و پرستاران و دیگر دست‌اندرکاران ارائه خدمات مراقبت سلامت باشد (۳۸). در این راستا منشور حقوق گیرندگان خدمات سلامت، با توجه به ارزش‌های والای انسانی، مبتنی بر فرهنگ ایرانی اسلامی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی دریافت‌کنندگان خدمات مراقبت سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان بیماران، همراهان و کادر درمان سلامت و رعایت موازین اخلاقی حرفه‌ای توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و ابلاغ گردید (۳۹). باید توجه داشت که اگرچه تدوین و ابلاغ منشور حقوق بیمار و لحاظ نمودن رعایت مفاد آن به‌عنوان یکی از شاخص‌های اساسی اعتباربخشی مراکز ارائه خدمات مراقبت سلامت، اقدامی ارزشمند در جهت ایفای حقوق بیماران می‌باشد، اما زمانی می‌توان به رعایت مفاد آن امیدوار بود که تمهیدات لازم جهت فرهنگ سازی مناسب، توجه همه‌جانبه به حقوق کلیه ذینفعان و شناسایی موانع و راهکارهای اجرایی آن فراهم گردد.

ششمین الگوی فرهنگی مطالعه حاضر، خودسازمان‌دهی پویای امور توسط تیم درمان جهت جبران نقصان‌ها و تأخیرهای کاری بود. در این راستا می‌توان بیان داشت کمبود نیروی انسانی، توزیع نامناسب آن و عدم تناسب فرد-شغل و فرد-محیط سه عامل اساسی کمبود زدگی و وابستگی در حوزه مراقبت سلامت کشور می‌باشد که علاوه بر تأخیری‌های اساسی در فرآیندهای ارائه خدمت، می‌تواند باعث احساس از دست دادن کنترل، تجربیات روان شناختی منفی و واکنش‌های هیجانی غیر حرفه‌ای بالأخص در پرستاران بخش اورزانس منجر شود (۴۰، ۴۱). نتایج مطالعات گسترده در حیطه علوم سازمانی بر ضرورت مدنظر قرار دادن مفهوم تناسب فرد-محیط و انواع مختلف آن (تناسب با شغل، گروه کاری، سازمان و حرفه کاری) توسط مسئولین و دست‌اندرکاران حوزه مدیریت نیروی انسانی تأکید دارند (۴۲، ۴۳). همچنین از آن جایی که سازمان‌ها به راحتی می‌توانند پیامدهای تناسب فرد-شغل و تناسب فرد-سازمان را مشاهده نمایند، بیشتر صاحب‌نظران بر این دو عامل به‌عنوان عوامل اصلی و تأثیرگذار در رابطه با برون داده‌های سازمان تأکید نموده‌اند (۴۴، ۴۵).

مطالعه ناصری و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که هر دو مفهوم تناسب فرد-شغل و تناسب فرد-سازمان تأثیر چشمگیری بر عملکرد شغلی پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان داشته و در رابطه میان انگیزه خدمت و عملکرد شغلی آنان، نقش متغیر میانجی را دارند (۴۶). به باور عسکری و همکاران (۱۳۹۰) همسویی و همگرایی بین ارزش‌های فردی و حرفه‌ای در پرستاران، نقش تعیین‌کننده‌ای در ایجاد بروندادهای مثبت فردی و سازمانی ایفا می‌کند (۴۷). منوچهری و همکاران (۲۰۱۵) نیز سطح پایین شایستگی‌های بالینی پرستاران تازه کار را عاملی جهت عدم تناسب فرد-شغل و

در مقایسه با دیگر عوامل، تأثیر بیشتری بر کیفیت خدمات مراقبت سلامت داشته و خود شامل متغیرهای اجتماعی و جمعیت شناختی، صلاحیت، انگیزه و رضایت‌مندی می‌باشد (۵۷). جعفری و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که نه فقط خصوصیات فردی بلکه عادات شخصی پزشکان نیز بر کیفیت طبابت آنان تأثیرگذار می‌باشد (۵۸). لذا ضروری است که مسئولین و دست‌اندرکاران مدیریتی، با مدنظر تناسب فرد-شغل و فرد-محیط و غربالگری کادر درمان از نظر خصوصیات فردی متناسب با ماهیت خدمات ارائه شده در بخش اورژانس، پرسنلی که دارای شایستگی‌های متناسب با الزامات شغلی هستند را برای کار در بخش اورژانس بگمارند. همچنین، می‌توانند با مدنظر قرار دادن الگوهای افزایشی یا کاهش‌ی مراجعه به تفکیک کشیک‌ها و روزهای مختلف، اقدام به جبران کمبود نیرو و اصلاح نسبت پرستار-بیمار و پزشک-بیمار نمایند چرا که مزمن شدن وضعیت موجود علاوه بر تحت تأثیر قرار دادن سلامت جسمی و روانی کادر درمان، می‌تواند کیفیت خدمات مراقبت سلامت و ایمنی بیماران را نیز به‌طور منفی تحت تأثیر قرار دهد.

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. بر 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 همراهران 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.

یافته‌های مطالعه حاضر بر دانسته‌های موجود در رابطه با فرهنگ انتظار کشیدن در بخش اورژانس افزوده و مقدمه‌ای جهت برنامه‌ریزی در راستای تعدیل باورها، ارزش‌ها، رفتارها، تعاملات و مراودات کنشگران موجود در بخش اورژانس فراهم می‌نماید. ضروری است که مسئولین، متولیان، و دست‌اندرکاران نظام سلامت، تمهیداتی جهت تغییر رویکرد پاسخ‌دهی، برقراری ارتباطات و تعاملات تیم درمان با بیماران و همراهران آن‌ها با تمرکز بر تعدیل رفتارهای واگرا و حربه‌های در رفت مسئولیت و در راستای ایجاد اعتماد در مردم اتخاذ نمایند. اتخاذ رویکردهای چند رشته‌ای جهت

عدم تناسب فرد-سازمان معرفی نموده و نقش تیم مدیریت در اتخاذ رویکرد مناسب در راستای به کار گماردن نیروهای تازه در بخش‌های با الزامات شغلی متناسب با شایستگی‌های آن‌ها را کلیدی دانسته است (۴۸). ادیب حاج باقری و دیان‌تی (۱۳۸۳) نشان دادند که نزدیک به نیمی از دانشجویان پرستاری، به لحاظ بارزترین خصوصیات شخصیتی با خصوصیات لازم برای تحصیل و کار در حرفه پرستاری سازگاری نداشتند. به زعم آن‌ها افرادی که در مشاغل نامناسب گمارده شوند نه تنها قادر نیستند سطح کار و فعالیت را به حد نصاب و استاندارد لازم برسانند بلکه در معرض فشارهای روانی نیز قرار می‌گیرند (۴۹) که در صورت عدم اتخاذ رویکرد مناسب از سوی مدیریت، ضعف عملکردی فرد فاقد شایستگی‌های متناسب با الزامات کاری، نقصان کیفیت خدمات مراقبت سلامت ارائه شده از سوی سازمان را با خود به همراه داشته و یا به گردش‌های شغلی پی در پی و ترک شغلی فرد ختم گردد (۵۰، ۵۱). به نظر می‌رسد اولین سطح اقدام معطوف به جذب دانشجویان پرستاری و پزشکی با ویژگی‌های شناختی، مهارتی و شخصیتی متناسب با حرف سلامت می‌باشد. سطح بعدی مربوط به مدنظر قرار دادن ویژگی‌ها و ارزش‌های فردی در هنگام استخدام و به کار گماشتن افراد می‌باشد (به‌عنوان مثال تناسب ویژگی‌های فردی افراد با الزامات شغلی هر یک از بخش‌ها)، تغییر و جابجایی شغل و محل کار فرد به قسمتی از سازمان (بخش بیمارستان) که بتواند بیشترین تناسب و کارایی را در آنجا داشته باشد، نیز دیگر سطح قابل مداخله توسط مدیریت می‌باشد. بهبود کیفیت شغلی با تأکید بر نقش دلبستگی شغلی و توانمندسازی فرد از طریق آموزش‌های ضمن خدمت نیز از جمله اقدامات کارساز در این زمینه می‌باشند (۵۴-۵۲).

از سوی دیگر در مطالعه حاضر، ویژگی مشترک بسیاری از مفاهیم سازنده همچون حفظ طمأنینه، ملایمت رفتاری، مسئولیت‌پذیری بیشتر، عزم راسخ، پیگیر بودن و از خود گذشتگی یا مفاهیم مخرب همچون کم‌توجهی، برخورد منفعلانه، اهمال در رفت از مسئولیت، خودبرتری، و کار کاهیدن، "قائم به فرد" بودن آن‌هاست که عاملی برای متفاوت بودن زمان انتظار کشیدن بیماران و همراهران آن‌ها نیز بود. در این راستا، مطالعه بایرامی و همکاران (۱۳۹۶) خصوصیات فردی را از جمله چالش‌های مربوط به منابع انسانی بخش‌های اورژانس معرفی نموده‌اند (۵۵). بر اساس مطالعه گنجی زاده و همکاران (۱۳۹۵) نیز خصوصیات فردی بیشتر از خصوصیات سازمانی بر ایجاد و یا مدیریت تعارض در بین پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس مؤثر می‌باشد (۵۶). مصدق‌راد (۲۰۱۴) عوامل تأثیرگذار بر کیفیت خدمات مراقبت سلامت را به سه طبقه عوامل مربوط به بیمار، عوامل مربوط به کادر درمان و عوامل مربوط به محیط تقسیم کرده است. به زعم وی، عوامل مربوط به کادر درمان

رفتارهای اعضای تیم درمان با ماهیت ارائه خدمات مراقبت سلامت در بخش اورژانس سازگاری چندانی نداشته و ناقص مفاهیم محوری الگوی مراقبت بیمار و خانواده محور و الگو حرفه‌ای گری بود، پیشنهاد می‌شود ضمن انجام مطالعاتی با هدف تحلیل و تبیین مفهوم حرفه‌ای گری در بخش اورژانس و بررسی تبعیت کادر درمان از اصول حرفه‌ای گری در این بخش، یک مطالعه از نوع اقدام پژوهی جهت نهادینه نمودن الگوی مراقبت بیمار و خانواده محور در بخش‌های اورژانس ترتیب داد. همچنین انجام مطالعاتی با هدف تبیین علل و ماهیت رفتارهای خود محورانه، 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

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.

### حمایت مالی

اثر حاضر برگرفته از رساله دکتری تخصصی پرستاری نویسنده مسئول مطالعه می‌باشد که با حمایت‌های مادی و معنوی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز (با کد پایان نامه ۷۲۹) انجام شده است.

### تعارض منافع

در مطالعه حاضر هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان ذکر نشده است.

### ملاحظات اخلاقی

این مطالعه مصوب شورای پژوهشی و کمیته منطبق‌های اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1396.260 می‌باشد.

مطالعه فرهنگ و نگرش عمومی در مورد کادر درمان و ماهیت خدمات مراقبت سلامت ارائه شده در بخش‌های اورژانس، تدوین دستورالعمل‌های ارائه مراقبت فرهنگی شایسته، و فرهنگ سازی در سطح جامعه جهت افزایش آگاهی عمومی نسبت به ماهیت بخش‌های اورژانس و خدمات مراقبت سلامت ارائه شده در آن‌ها با استفاده از رسانه‌های ارتباط جمعی و کمپین‌ها، از دیگر اقدامات مدیریتی است که می‌تواند در این زمینه راه‌گشا باشد. 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 تعلق، اهمال کاری، کم کاری و رفتارهای نابجا و ناسازگار؛ اقدام به اصلاح رفتار و عملکرد نمود. گنجاندن مبانی برقراری ارتباط مؤثر در برنامه درسی دانشجویان علوم پزشکی با تأکید بر منشور حقوق بیمار و 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. درمجموع از آن جایی که امروزه بیماران و خانواده‌های آنان خواستار برخورداری از هر دو بعد فنی (تشخیص، آزمایش، درمان و ...) و شخصی عاطفی (نگرش‌ها، تعامل، تبیین، همدلی و ...) مراقبت می‌باشند، یافته‌های این مطالعه می‌تواند مقدمه‌ای جهت برنامه‌ریزی در راستای نزدیک نمودن میزان تطابق این دو بعد مراقبتی با نیازها، توقعات و ترجیحات بیماران و همراهان آن‌ها فراهم نماید.

نظر به این که چرخه اتنوگرافیک پدیده تحت مطالعه پایان نیافته 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 این که برخی از

## References:

- Hassankhani H, Soheili A, Moghbeli G, Dadashzadeh A, Wiseman T. A perceived duality of relatives' presence in emergency departments: A focused ethnographic study. *Koomesh* 2020;22(4):611-24. DOI:10.29252/koomesh.22.4.611 (Persian)
- Waheedha Emmamally CE, Petra Brysiewicz. Describing healthcare providers' perceptions of relational practice with families in the emergency department: A qualitative study. *Curationis* 2020;43(1):e1-e7. DOI:10.4102/curationis.v43i1.2155
- 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. DOI:10.1017/S1481803500009775

4. 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.  
DOI:10.1016/j.socscimed.2004.05.019
5. 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.  
DOI:10.12927/hcq.2007.19312
6. 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. DOI:10.1186/s13049-014-0055-1
7. 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. (Persian)
8. Morse J. The Changing Face of Qualitative Inquiry. *Int J Qual Methods* 2020;19.  
DOI:10.1177/1609406920909938
9. 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.  
DOI:10.1111/jpc.14849
10. Renjith V, Yesodharan R, Noronha JA, Ladd E, George A. Qualitative Methods in Health Care Research. *Int J Prev Med* 2021;12:20.  
DOI:10.4103/ijpvm.IJPVM\_321\_19
11. Polit D, Beck C. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2022.
12. Strudwick RM. Ethnographic research in healthcare - patients and service users as participants. *Disabil Rehabil* 2021;43(22):3271-5.  
DOI:10.1080/09638288.2020.1741695
13. 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.  
DOI:10.1186/s12874-021-01466-9
14. 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. DOI: 10.1136/bmjqs-2017-007599
15. Spradley JP. *Participant observation*. New York: Wadsworth Thomson Learning; 1980.
16. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant* 2018;52(4):1893-907.  
DOI:10.1007/s11135-017-0574-8
17. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage; 1985.
18. Redfern E, Brown R, Vincent CA. Identifying vulnerabilities in communication in the emergency department. *Emerg Med J* 2009;26:653-7.  
DOI:10.1136/emj.2008.065318
19. Olthuis G, Prins C, Smits MJ, van-de-Pas H, Bierens J, Baart A. Matters of concern: a qualitative study of emergency care from the perspective of patients. *Ann Emerg Med* 2014;63(3):311-9.  
DOI:10.1016/j.annemergmed.2013.08.018
20. Montazer-al-faraj R, Bahrami MA, Ghodoseinejad J, Zareie-Zargaz A. Identifying Improvement Opportunities in Emergency Department Processes Using Value-stream Mapping: A Case Study. *Manage Strat Health Syst* 2018;2(4):305-14.  
DOI:10.5585/rgss.v8i2.17690
21. 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. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2017.06.005
22. Barnsteiner J, Disch I, Walton M. Person and family centered care, 2014 AJN award recipient. Indianapolis, United States: Sigma Theta Tau; 2017.
23. Edgman-Levitan S, Schoenbaum SC. Patient-centered care: achieving higher quality by designing care

- through the patient's eyes. *Isr J Health Policy Res* 2021;10(1):21. DOI:10.1186/s13584-021-00459-9
24. Frakking T, Michaels S, Orbell-Smith J, Ray LL. Framework for patient, family-centred care within an Australian Community Hospital: development and description. *BMJ Open Qual* 2020;9(2):c000823. DOI:10.1136/bmjopen-2019-000823
25. 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.
26. Haririan H, Hassankhani H, Zamanzadeh V, Rahmani A. The Lived Experiences of resuscitation team members and patients' family about family presence during resuscitation: A hermeneutic phenomenology [PhD Dissertation]. Tabriz, Iran: Tabriz University of Medical Sciences; 2017.
27. Wagner JM. Lived experience of critically ill patients' family members during cardiopulmonary resuscitation. *Am J Crit Care* 2004;13(5):416-20. DOI:10.4037/ajcc2004.13.5.416
28. Alpers LM. Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study. *Nurs Ethics* 2018;25:3. DOI:10.1177/0969733016652449
29. Armstrong K, Rose A, Peters N, Long JA, McMurphy S, Shea JA. Distrust of the health care system and self-reported health in the United States. *J Gen Intern Med* 2006;21(4):292-7. DOI:10.1111/j.1525-1497.2006.00396.x
30. Balkrishnan R, Dugan E, Camacho FT, Hall MA. Trust and satisfaction with physicians, insurers, and the medical profession. *Med Care* 2003;41(9):1058-64. DOI:10.1097/01.MLR.0000083743.15238.9F
31. Hassankhani H, Soheili A, Dehghanzad J, Powers K. Lack of empathy in interaction between patient/family and healthcare professionals in an Iranian emergency department: a focused ethnographic study. *Nurs Midwifery J* 2022;20(1):1-16. DOI:10.52547/unmf.20.1.1 (Persian)
32. Hassankhani H, Soheili A, Vahdati SS, Amin-Mozaffari F, Wolf LA, Wiseman T. "Me First, Others Later" A focused ethnography of ongoing cultural features of waiting in an Iranian emergency department. *Int Emerg Nurs* 2019;47:100804. DOI:10.1016/j.ienj.2019.100804
33. Shafati M, Zahedi MJ. Studying the Bio-psycho-social Model of Doctor-Patient Relationship: A Transition over the Biomedical Model. *Bioethics J* 2015;2(5):151-86. (Persian)
34. Jolae S, Nasrabadi AN, Parsa-Yekta Z. The view of patients and patients' companions regarding patients' rights: a phenomenological research. *Hayat* 2005;10(4):5-20. (Persian)
35. Hooshmand A, Joolae S, Mehrdad N, Bahrani N. Nurses' information and their view points about patient's rights and practical facilitators in clinics. *Hayat* 2007;12(4):57-66. (Persian)
36. Flood CM, May K. A patient charter of rights: how to avoid a toothless tiger and achieve system improvement. *Can Med Assoc J* 2012;184(14):1583-7. DOI:10.1503/cmaj.111050
37. Parsapoor A, Mohammad K, Malekafzali H, Alaeddini F, Larijani B. The necessity of observing patients' right: surveying patients', physicians' and nurses' attitudes around it. *Iran J Med Educ* 2009;2(4):79-90. (Persian)
38. Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Review of revolution of patient's right charter. *Iran J Med Educ* 2010;3(1 and 2):39-47. (Persian)
39. Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Patient's rights charter in Iran. *Acta Med Iran* 2014;52(1):24-8.
40. Barati O, Sadeghi A, Khammarnia M, Siavashi E. Investigation of Hospitals Management Challenges: A Qualitative Study in Shiraz Hospitals. *Sadra Med Sci J* 2016;4(3):149-60. (Persian)
41. Eriksson J, Gellerstedt L, Hillerås P, Craftman ÅG. Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *J Clin Nurs* 2018;27(5-9):e1061-e7. DOI:10.1111/jocn.14143.



42. Hoffman BJ, Woehr DJ. A Quantitative Review of the Relationship between Person-Organization Fit and Behavioral Outcomes. *J Vocation Behav* 2006;68(3):389-99. DOI:10.1016/j.jvb.2005.08.003
43. Kristof-Brown AL, Zimmerman RD, Johnson EC. Consequences of individual's fit at work: A meta-analysis of person-job, person-organization, person-group, and person-supervisor fit. *Personnel Psychol* 2005;58(2):281-342. DOI: 10.1111/j.1744-6570.2005.00672.x
44. Camilleri E. Antecedents affecting public service motivation. *Personnel Rev* 2007;36(3):356-77. DOI:10.1108/00483480710731329
45. Youngs P, Pogodzinski B, Grogan E, Perrone F. Person-Organization Fit and Research on Instruction. *Educ Res* 2015;44(1):37-45. DOI:10.3102/0013189X15569531
46. Naseri Mohammad Abadi A, Nouri A, Askari A, Sadegh R. Mediating Role of Individual-Organization and Individual-Job Proportion in Correlation with Public Service Motivation and Job Performance among Nurses of Governmental Hospitals in Isfahan, Iran. *Health Inf Manag* 2012;9(5):745. (Persian)
47. Askari A, Oreyzi H, Nouri A. The Relationship between Personal (Instrumental and Terminal) and Professional Values among Nurses in Hospitals Affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, Iran. *Health Inf Manag* 2012;8(8):1039-50. (Persian)
48. Manoochchri H, Imani E, Atashzadeh Shoorideh F, Alavi Majd A. Competence of novice nurses: role of clinical work during studying. *J Med Life* 2015;8(4):32-8.
49. Adib Haj Bagheri M, Dianati M. The Compatibility of Students' Personality for Studying Nursing and Working in their Profession. *Iran J of Med Educ* 2004;4(2):5-11. (Persian)
50. Rahimnia F, Aref M. The Effect of Internal Marketing and Job Rotation on Nurses' Turnover Intention. *Iran J Nurs* 2014;27(89):50-60. DOI:10.29252/ijn.27.89.50 (Persian)
51. Shadbash MZ, Hassani M, Ghasemzadeh A. The Relationship between Job Engagement and Job Propriety with Professional Ethics and Intent to Leave. *Ethics SciTech* 2017;12(2):77-84. (Persian)
52. Karami A, Farokhzadian J, Foroughameri G. Nurses' professional competency and organizational commitment: Is it important for human resource management? *PLoS One* 2017;12(11):e0187863. DOI:10.1371/journal.pone.0187863
53. Laschinger HK, Wong CA, Greco P. The impact of staff nurse empowerment on person-job fit and work engagement/burnout. *Nurs Adm Q* 2006;30(4):358-67. DOI:10.1097/00006216-200610000-00008
54. Taherlou S, Fazlzadeh A, Sanoubar N, Faryabi M. The Effect of Person-Job Fit on Turnover Intention & Job Quality Improvement with Emphasis on the Mediating Role of Job Involvement: Evidence of Brokerage Industry. *Organ Cult Manag* 2017;15(2):249-69. DOI:10.22059/JOMC.2017.125703.1006427 (Persian)
55. Bayrami R, Rezazadeh A, Ebrahimipour H. Challenges in emergency departments in teaching hospitals of Mashhad University of Medical Sciences: A qualitative study. *J Hosp* 2017;16(1):63-72. (Persian)
56. Ganjizadeh M, Naderi M, Mansoureh Zaghari Tafreshi M, Niroumand Zandi K. Factors affecting conflict among emergency nurses. *Q J Nurs Manag* 2016;5(2):18-25. (Persian)
57. Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. *Int J Health Policy Manag* 2014;3(2):77-89. DOI:10.29252/ijnv.5.2.18 (Persian)
58. Jafari F, Alizadeh F, Seyed Saeed SM. Physical and Behavioral Characteristics and of Physicians from the Perspective of Traditional Iranian Medicine. *Teb Va Tazkieh* 2011;20(3):1-8. (Persian)

## THE CULTURE OF WAITING IN EMERGENCY DEPARTMENT: A FOCUSED ETHNOGRAPHIC STUDY

Amin Soheili<sup>\*1</sup>, Hadi Hassankhani<sup>2</sup>, Samad Shams Vahdati<sup>3</sup>, Farough Amin Mozaffari<sup>4</sup>, Kelly Powers<sup>5</sup>

Received: 29 October, 2023; Accepted: 25 November, 2023

### Abstract

**Background & Aim:** Gaining an in-depth understanding of the cultural beliefs and behaviors of patients, their relatives, and healthcare professionals (HCPs) in the emergency department (ED) can have a significant impact on patients' and their relatives' ED experiences, expectations, satisfaction, and outcomes. This study aims to explain and describe what it is like to wait in an Iranian ED by focusing on its ongoing cultural features.

**Materials & Methods:** Based on Spradley's (1980) developmental research sequence, a focused ethnographic approach was conducted at the ED of Imam Reza University Hospital in Tabriz, Iran. Purposive sampling was used to identify eligible participants from patients, their relatives, and the healthcare professionals in this ED. Data collection involved participant observation, ethnographic interviews, and examination of related documents and artifacts, which continued until data saturation was achieved.

**Results:** The study identified six cultural patterns as follows: (1) patients and their relatives experience uncertainty due to a lack of information; (2) relatives feel obliged to insist on their presence; (3) the presence of relatives is perceived as having both constructive and destructive aspects; (4) a lack of empathy undermines reciprocity in the healthcare system; (5) healthcare approaches are mostly one-dimensional; and (6) self-organized HCPs dynamically address the disorganization in the ED.

**Conclusion:** The findings of this study can provide a foundation for designing effective strategies to promote technical and interpersonal dimensions of quality in ED care. These strategies should be closely aligned with patients' and their relatives' needs, expectations, and preferences.

**Keywords:** Culture, Emergency Department, Ethnography, Iran, Waiting

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

**Tel:** +989149782832

**Email:** soheili\_a@khoyums.ac.ir

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, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Nursing, Student Research Committee, Khoy University of Medical Sciences, Khoy, Iran (Corresponding author)

<sup>2</sup> Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>3</sup> Professor, Dept. of Emergency Medicine, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

<sup>4</sup> Associate Professor, Dept. of Social Sciences, School of Law and Social Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran

<sup>5</sup> Associate Professor, Department of Nursing, University of North Carolina at Charlotte, North Carolina, USA