

دوگانگی درک شده از حضور همراهان در بخش‌های اورژانس: یک مطالعه اتنوگرافی متمرکز

هادی حسنخانی^۱ (Ph.D)، امین سهیلی^{۲*} (Ph.D)، گلشن مقبلی^۲ (M.Sc)، عباس داداش‌زاده^۳ (Ph.D)، تانیل وایزمن^۴ (Ph.D)

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

۲- گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی خوی، خوی، ایران

۳- گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات ترافیک، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۴- دانشکده پرستاری و مامایی سوزان وکیل، دانشگاه سیدنی، سیدنی، استرالیا

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۹/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۲/۲۷

soheili.a1991@gmail.com

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۴۹۷۸۲۸۳۲

چکیده

هدف: در بستر مراقبت سلامت ایران، بخش‌های اورژانس با چالش‌های متعددی همچون محدودیت فضای فیزیکی و ازدحام بیش از حد روبرو بوده و حضور غیر ضروری تعداد زیادی همراه در این بخش‌ها، مشکلات عدیده‌ای را به همراه داشته است. لذا مطالعه حاضر با هدف کشف، تبیین و توصیف باورها و رفتارهای فرهنگی حاکم بر بخش اورژانس انجام گردید. مواد و روش‌ها: 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 آن‌ها، 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: الگوی فرهنگی حاصل از تحلیل داده‌ها «تداوم حضور همراهان، تسهیل گر گاه بازدارنده اقدامات بخش» بود که خود دارای دو درون‌مایه اصلی به شرح زیر است: ۱. حضور سازنده (شامل دو درون‌مایه فرعی حضور جبرانی و حضور حمایتی) و ۲. حضور تخریبی (شامل دو درون‌مایه فرعی حضور بازدارنده و خشونت علیه تیم درمان). نتیجه‌گیری: تداوم حضور همراهان در بالین دارای اثرات تسهیل گر گاه بازدارنده بر روند ارائه خدمات مراقبت سلامت، دست‌اندرکاران ارائه خدمات، بیماران و حتی خود همراهان می‌باشد. بدین صورت که در غالب مواقع اعضای خانواده با حضور حمایتی جبرانی خود حکم «یار دوازدهم» تیم درمان را داشتند و متقابلاً، خشونت علیه تیم درمان، مخرب‌ترین وجه حضور همراهان در بالین بود.

واژه‌های کلیدی: بیماران، خانواده، بخش اورژانس، انسان‌شناسی، فرهنگ

مقدمه

اورژانس علی‌رغم افزایش چشمگیر تعداد مراجعه به این بخش، مشکلات عدیده‌ای را در پی داشته است [۴]. در ایران، عمده مشکلات بخش‌های اورژانس شامل زمان انتظار کشیدن طولانی بیماران، عدم کفایت در تعیین فوریت‌های پزشکی از طریق تریاژ، محدودیت فضای فیزیکی [۵]، بی‌توجهی نسبت به نیازهای اساسی بیماران [۶]، چالش‌ها و کاستی‌های مدیریتی [۷]، ازدحام بیش از حد در پی افزایش تقاضا همراه با کاهش ظرفیت و منابع [۸-۱۰] می‌باشد و این مشکلات موجب ناتوانی تیم درمان در ارائه خدمات مراقبت سلامت با کیفیت، تأخیر در انجام مداخلات، کاهش رضایتمندی بیماران، و تحت تأثیر قرار گرفتن پیامدهای بیماران شده است [۱۱]. این در حالی است که

بخش اورژانس به عنوان 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 [۲، ۱]. از نظر عملیاتی نیز، مسلماً بخش اورژانس پیچیده‌ترین محیط بالینی بیمارستان‌های مدرن می‌باشد و هیچ بیمارستانی را بدون داشتن یک بخش اورژانس کامل و فعال، نمی‌توان به عنوان یک مرکز درمانی ایده‌آل در نظر گرفت [۳]. در دهه اخیر در سراسر جهان، بالا رفتن سطح آگاهی و انتظارات از کیفیت خدمات و عدم رشد کمی و کیفی بخش‌های

هنگام حضور و انتظار کشیدن در بخش اورژانس منجر به مهیا شدن معرفت و دانشی جدید از واقعیت‌های مبتنی بر بستر مطالعه می‌گردد که در سایه آن، ارائه مراقبت فردی با رویکرد کل‌نگر و احترام به حقوق، شأن و حریم خصوصی افراد میسر خواهد گردید [۱].

هر چند مطالعات کمی بسیاری، جوانب مختلف خدمات مراقبت سلامت خدمات در بخش‌های اورژانس و ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان آن را مورد بررسی قرار داده‌اند، مروری بر مطالعات انجام گرفته در ایران حاکی از نبود دانش کافی در رابطه با چرایی و چگونگی رفتارهای بیماران و همراهان آن‌ها حین حضور و انتظار کشیدن در بخش اورژانس و ماهیت و نحوه تأثیرگذاری کادر درمان و سایر افراد دخیل بر آن رفتارها می‌باشد. لذا مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و روش اتنوگرافی متمرکز جهت کشف، تبیین و توصیف باورها و رفتارهای فرهنگی حاکم بر بخش اورژانس انجام گردید.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه از رویکرد کیفی و روش اتنوگرافی متمرکز جیمز اسپردلی (۱۹۸۰) جهت کشف، تبیین و توصیف باورها و رفتارهای فرهنگی حاکم بر بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) تبریز (کلیه واحدهای کلینیکی، پاراکلینیکی و اداری بخش) استفاده شد. این روش دارای ۱۲ گام با توالی رفت و برگشتی می‌باشد: 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 آداب و رسوم مختص بستر مطالعه، تحلیل و تفسیر می‌نماید [۲۸].

با توجه به ماهیت کیفی روش‌شناسی حاضر، مطالعه بدون تعیین حجم نمونه اولیه شروع شد و از فرآیند نمونه‌گیری هدفمند تا بررسی کامل موضوع و نیل به اشباع داده‌ها استفاده شد. بدین

امروزه بیماران و همراهان آن‌ها نه فقط در پی درمان بلکه خواستار برخورداری از هر دو بعد فنی (تشخیص، آزمایش، درمان و ...) و شخصی (نگرش، تعامل، تبیین، هم‌دلی و ...) مراقبت می‌باشند [۱۲].

نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهد، اکثر بیماران و خانواده‌های آن‌ها در بخش‌های اورژانس، اغلب به علت عدم دریافت توجه و حمایت لازم از سوی کارکنان مراقبت سلامت، ترس از ناشناخته‌ها، اضطراب، عجز و ناتوانی را تجربه می‌کنند [۱۳] که از نظر بالینی تأثیر منفی و مخربی بر رضایت‌مندی و دیگر پیامدهای کیفی بیماران و خانواده آن‌ها داشته [۱۴، ۱۵] و حتی به شکل خدشه‌دار شدن اعتماد مردم به تیم درمان، ترک بخش با رضایت شخصی بدون دریافت خدمات مراقبت سلامت و یا خشونت علیه اعضای تیم درمان نمایان گردد [۱۶-۱۸]. لذا، بخش‌های اورژانس باید با توجه به روند رو به رشد مراجعین و نیازها و انتظارات آن‌ها تدارک دیده شوند که این امر جز در سایه بررسی جامع و برنامه‌ریزی علمی و عملی در جهت ارتقای کیفیت خدمات و ارائه مراقبت مطلوب میسر نمی‌گردد [۱۹].

در همین راستا، الگوی مراقبت بیمار و خانواده محور (PFCC) Patient and Family-Centered Care رویکردی است که بر همکاری متقابلاً سودمند بین ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات مراقبت سلامت و کار کردن با بیماران و خانواده آن‌ها به جای صرفاً کار کردن برای آن‌ها تأکید دارد [۲۰]. هدف این الگو ارتقای سلامت و رفاه بیماران و خانواده آن‌ها و حفظ کنترل آن‌ها بر شرایط پیش‌آمده می‌باشد [۲۱]. بدین صورت که بیماران و خانواده آن‌ها با بازگویی محدوده انتظارات و خواسته‌های خود، نحوه مشارکت خود در مراقبت و تصمیم‌گیری‌های بالینی را تعیین می‌نمایند [۲۲]. این دیدگاه بر اساس به رسمیت شناختن بیماران و خانواده آن‌ها به عنوان متحدان ضروری برای تضمین کیفیت و ایمنی استوار بوده (نه تنها در تعاملات مراقبتی مستقیم بلکه در اقدامات بهبود کیفیت، مداخلات ایمنی، آموزش، پژوهش، طراحی تسهیلات و توسعه سیاست) و منجر به ارتقای پیامدهای سلامت، بهبود تجارب بیمار و خانواده از مراقبت، افزایش رضایت‌مندی کارکنان مراقبت سلامت، و تخصیص عاقلانه‌تر منابع می‌گردد [۲۳].

از یک دهه پیش نیز، بسیاری از مسئولین نظام سلامت و پژوهشگران حوزه علوم پزشکی در جستجوی روش‌های جدید و بدیع جهت مدیریت تقاضا و بهبود میزان تطابق خدمات با نیازها و ترجیحات بیماران و خانواده‌های آنان در بخش‌های اورژانس بوده‌اند [۲۴-۲۷]. از سوی دیگر مطالعه و درک عمیق رفتارهای بیماران و همراهان آن‌ها از جنبه‌های مختلف در

”ماهیت خدمات ارائه شده توسط هر یک از گروه‌های کاری چگونه توالی زمانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد؟ آیا توالی زمانی بر احساسات و رفتارهای دریافت‌کنندگان خدمات تاثیرگذار است؟ چگونه؟ کدام یک از ابعاد نه گانه بر تاخیرهای پیش‌آمده در توالی زمانی ارائه خدمات موثر 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 تهیه شده، موارد مرتبط با حضور و انتظار کشیدن همراهان 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 را 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 حضور و انتظار کشیدن در بخش اورژانس، بارها و بارها اقدام به انجام مشاهدات متمرکز بر پایه همان سؤال یا سؤالات ساختاری نمود. نمونه‌ای از سؤالات ساختاری مطرح شده در این مرحله عبارتند از: ”همراه چرا به اورژانس مراجعه نموده؟ چه نسبتی با بیمار دارد؟ آیا قبلاً نیز به اورژانس آمده؟ در هنگام حضور در اورژانس، بر وی چه می‌گذرد؟ در مقابل درخواست ترک بخش چه رفتاری از خود بروز می‌دهد؟ تبعیت/عدم تبعیت؟ چرا؟ علت اصرار وی برای ماندن کنار بیمار به عنوان نفر دوم یا سوم چیست؟ تعاملات بین همراهان و کادر درمان چگونه است؟ کادر درمانی حضور همراهان را چگونه ارزیابی نموده و چه رفتارهایی را از خود بروز می‌دهند؟ چرا برخی از آن‌ها شخصاً از همراهان، می‌خواهند بخش را ترک نمایند؟ نقش و جایگاه نگرهبان در بخش اورژانس چگونه است؟“ با توجه به این که 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. علاوه بر تکمیل طبقات ناقص در پی تحلیل داده‌های حاصل از مشاهدات انتخابی، «حضور حمایتی تخریبی همراهان» از جمله درون‌مایه‌هایی بود که بر پایه سؤالات متضاد دوگانه پدیدار گردید. نمونه‌ای از سؤالات متضاد دوگانه عبارتند از: ”برداشت بیماران و همراهان‌ها از انتظار کشیدن در بخش اورژانس چه تفاوتی با برداشت کادر درمان دارد؟ آیا بین رفتارهای بد ورود و حین خروج بیماران و همراهان تفاوت ماهیتی وجود دارد؟

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 مطالعه برای بیماران و همراهان آن‌ها داشتن سن بالای ۱۸ سال، توانایی گفتگو به زبان فارسی یا آذری، و علاقه‌مندی به بحث و گفتگو و به اشتراک گذاشتن تجارب خود و در زمینه موضوع بود. معیارهای ورود به مطالعه برای کادر درمان نیز شامل اشتغال به کار در بخش اورژانس و علاقه‌مندی به بحث و گفتگو و به اشتراک گذاشتن تجارب خود 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 آن نائل شود. برحسب نوع سؤالات مطرح شده 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 نه گانه (مکان؛ اشیا؛ کنشگران؛ عمل؛ فعالیت؛ رویداد؛ زمان؛ هدف؛ و احساسات) اسپردلی (۱۹۸۰) تشکیل شد. مشاهدات در سه جلسه اول از نوع گراند تور (Grand-Tour) (صرفاً جهت مدنظر قرار دادن ویژگی‌های کلی و عمومی عرصه پژوهش) بود و پژوهشگر در طی آن، هر یک از ابعاد نه گانه موقعیت اجتماعی را به صورت جداگانه مدنظر قرار داد. نمونه‌ای از سؤالات توصیفی گراند تور عبارتند 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 حاضر می‌باشند؟ توالی زمانی اقدامات (مراقبتی، درمانی، اداری) چگونه است؟“ پس از جلسه سوم، پژوهشگر با استفاده از مشاهدات مینی تور (Mini-Tour) (جهت بررسی جزئی‌تر و اختصاصی‌تر تجارب مشاهده شده در عرصه) و مد نظر قرار دادن ابعاد نه گانه به صورت وابسته و مرتبط، لنز فرهنگی را باریک‌تر و اختصاصی‌تر نمود. نمونه‌ای از سؤالات توصیفی مینی تور نیز عبارتند از:

بیانات ضبط شده 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 به دفعات توسط پژوهشگر مطالعه گردید تا غوطه‌ور شدن در داده‌ها اتفاق بیافتد و سپس کدگذاری اولیه انجام شد. به عنوان مثال: «دخالت همراه در حین ویزیت بیمار توسط پزشک/انجام مداخلات پرستاری» و «خواهش مکرر رزیدنت/پرستار برای کنار رفتن همراهان جهت رسیدن به بالین بیمار»

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. به عنوان مثال: «همیاری مجاورتی 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 منظر تضادها، به آزمون یافته‌های قبلی پرداخت. نتیجه این مرحله از تحلیل، نیل به درک و تفسیری بهتر از یافته‌ها و ساخت درون‌مایه‌های فرعی و اصلی اولیه بود. به عنوان مثال: «حضور حمایتی تخریبی همراهان».

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 هم زمان 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 «تداوم حضور همراهان، تسهیل گر گاه بازدارنده اقدامات بخش» پدیدار شد.

آیا خشونت اعمال شده علیه کادر درمان کنشی است یا واکنشی؟ و ... لازم به یادآوری است که مدت زمان هر یک از جلسات مشاهده، بسته به نوع مشاهده و ماهیت موقعیت اجتماعی از ۳۰ الی ۹۰ دقیقه متغیر بود.

به دنبال رویایی با موارد مبهم و نهان در جلسات مشاهده (مسائلی که یا قابل مشاهده نبود و یا از طریق مشاهده قابل تأیید نبود) و بر اساس حساسیت نظری ایجاد شده در پژوهشگر، ۵۴ جلسه مصاحبه با مشارکت‌کنندگان صحنه فرهنگی با هدف تبیین و تعمیق اطلاعات جمع‌آوری شده، شناخت طرز تفکر افراد گروه فرهنگی، تأیید 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. به علاوه 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 مطرح شده 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 پیش آمده در طول مصاحبه‌ها، استفاده گردید. هم‌چنین مدت زمان هر یک از جلسات مصاحبه‌های رسمی بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه متغیر بود.

از اسناد و مدارکی مانند پرونده بیمار، دستورات پزشکی، گزارشات پرستاری، خط مشی‌ها، دستورالعمل‌ها، مواد آموزشی (جزوه، پمفلت، کنفرانس)، پوسترها و هر سندی که در عرصه مورد بررسی 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. به علاوه، 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 ژورنال» ثبت نمود. فرآیند تحلیل داده‌ها نیز که دارای ماهیت چرخه‌ای بود، هم زمان با مرحله جمع‌آوری داده‌ها انجام گردید. پس از اتمام هر یک از جلسات مشاهده و مصاحبه، پیاده‌سازی کلمه به کلمه یادداشت‌های در عرصه و

۱۳۹۷، تقریباً ۱۱۱۵۴۲ نفر بود که ۱۰ درصد از آن‌ها، توسط اورژانس ۱۱۵ تبریز منتقل شده بودند.

تیم پزشکی این بخش در کل شامل ۱۶ نفر از اعضای هیات علمی گروه طب اورژانس و ۵۰ نفر رزیدنت طب اورژانس بود که در هر کشیک دو نفر از پزشکان متخصص به عنوان اتندینگ سرویس طب اورژانس و تقریباً ۸ نفر از رزیدنت‌ها در واحدهای کلینیکی مختلف بخش اورژانس حضور داشتند. تیم پرستاری این بخش نیز در کل شامل ۶۴ نفر پرستار (۴۶ نفر زن و ۱۸ نفر مرد) بود که در هر کشیک ۱۳ نفر از آن‌ها به صورت مستقیم مشغول ارائه خدمات مراقبت پرستاری بودند. علاوه بر این، تعداد ۱۶ عدد دستگاه مانیتورینگ، ۴۰ عدد دستگاه مانومتر متصل به منبع اکسیژن ساترال، ۵ عدد دستگاه نوار قلبی، و ۲ عدد دستگاه سونوگرافی در بخش وجود داشت. در رابطه با تجهیزات انفورماتیک نیز، کلیه درخواست داروها، آزمایشات و گرافی‌ها با استفاده از سیستم اطلاعات بیمارستانی Hospital Information System (HIS) صورت می‌گرفت. مشخصات واحدهای کلینیکی بخش از منظر نیروی انسانی و تجهیزات به صورت خلاصه در جدول ۱ لیست گردیده است.

در این بخش کلیه بیماران حق داشتن یک همراه را داشته و صدور کارت همراه برای آن‌ها توسط پرستار تریاژ صورت می‌گرفت. سامان دادن به همراهان بیماران در این بخش توسط تیم حفاظت امنیت بیمارستان که شامل واحد نگهبانی و انتظامات بوده و تحت نظارت واحد حراست بیمارستان فعالیت می‌نمود، صورت می‌گرفت. تعداد نگهبانان هر کشیک ۴ نفر بود و کارکنان بالینی و اداری بخش در صورت لزوم می‌توانستند با پیچ نمودن کد ۴۴، سیستم فراخوان اضطراری نگهبان را فعال نمایند که در صورت فراخوان، نگهبان باید در کم‌تر از ۲ دقیقه در محل حضور پیدا می‌کرد. مکان‌های تعیین شده برای نگهبانی شامل دو نفر درب ورودی اورژانس، یک نفر سالن اصلی مواصلاتی، و یک نفر واحد تریاژ بود. به علاوه نگهبانان وظیفه داشتند بدون هرگونه برخورد غیراصولی و توهین‌آمیز بر رفت و آمد مراجعین نظارت داشته و از ورود همراهان اضافی به بخش ممانعت نمایند. همچنین به منظور جلوگیری از بروز ازدحام بی‌مورد همراهان در واحدهای مختلف، حوزه‌های تحت نظارت و حفاظت خود را به طور مستمر کنترل و بازرسی نموده و در صورت نیاز، همراهان فاقد برگ همراه را به خارج از بخش هدایت می‌نمودند.

مشخصات جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان. در کل با ۵۴ نفر از مشارکت‌کنندگان (تعداد یازده بیمار، هجده همراه، ده پرستار، سه سوپروایزر، چهار متخصص طب اورژانس، چهار رزیدنت، یک دکتر داروساز مسئول داروخانه، دو نگهبان، یک

از چهار شاخص ریگور (Rigor) «مقبولیت، قابلیت اعتماد، تأییدپذیری و قابلیت انتقال» لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) جهت بهبود درجه موثق بودن پژوهش بهره گرفته شد [۲۹]. در رابطه با ویژگی بازاریابی نیز، پژوهشگر در طی مطالعه و بسته به شرایط، مسئولیت خود در برابر سنجش میزان تأثیر خویش در تمامی جوانب پژوهش کیفی حاضر را مد نظر قرار داده و تمهیدات لازم جهت رویارویی با چالش بین نقش‌های خود به عنوان پژوهشگر و فردی که به فرهنگ مذکور تعلق داشت، را به عمل آورد.

پس از طی شدن کلیه مراحل قانونی و تأیید 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) به عمل آمده و مجوزهای لازم از حراست این مرکز اخذ گردید. هم‌چنین، دو هفته قبل از ورود به عرصه پژوهش، اطلاعاتی که شامل زمان شروع، نوع و هدف مطالعه حاضر بود در بولتن بخش اورژانس نصب گردید. دیگر ملاحظات اخلاقی مد نظر 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 اخذ شده 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.

نتایج

ساختار فیزیکی و کلیات بخش اورژانس. مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) بزرگ‌ترین و مجهزترین مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی در منطقه شمال غرب کشور به شمار می‌آید که با ظرفیت ۸۰۰ تخت مصوب، ۷۰۰ تخت فعال و ۲۵۷ تخت ستاره‌دار دارای بالاترین رتبه اعتباربخشی در میان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد. بخش اورژانس این مرکز، در طبقه همکف این بیمارستان قرار داشته و با مساحتی بالغ بر ۱۸۱۵ مترمربع، دارای ۶ واحد کلینیکی (تریاز، احیا، داخلی، تروما، سرپایی، و اتاق عمل)، ۵ واحد پاراکلینیکی (داروخانه، آزمایشگاه، سونوگرافی، رادیولوژی، و سی تی اسکن)، و ۴ واحد اداری (پذیرش، ترخیص، صندوق، و بایگانی) می‌باشد. میانگین مراجعات سالانه این بخش در سال

داده‌های حاصل از مستندات حمایت شد تا خوانندگان بتوانند به درک واضح‌تری از روند ظهور آن‌ها دست یابند.

الگوی فرهنگی مطالعه: تداوم حضور همراهان، تسهیل‌گر گاه بازدارنده اقدامات بخش. بر اساس رفتارهای مشاهده شده و اظهارات بیان شده مشارکت‌کنندگان در عرصه مطالعه، تداوم حضور همراهان در بالین دارای اثرات مثبت و منفی بر روند ارائه خدمات مراقبت سلامت، دست‌اندرکاران ارائه‌دهنده خدمات، بیماران و حتی خود همراهان بود. این الگوی فرهنگی برگرفته از دو درون‌مایه اصلی "حضور سازنده" و "حضور تخریبی" بود که همراه با کلیه درون‌مایه‌های فرعی و مفاهیم اولیه آن در جدول ۲ نمایش داده شده و در ادامه مشروح آن‌ها ارائه می‌گردد.

تکنسین اورژانس پیش بیمارستانی، مصاحبه به عمل آمد 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 ۱ تا ۲۶ سال بود.

رفتارها و باورهای فرهنگی. در این قسمت، الگوی فرهنگی، درون‌مایه‌های اصلی، درون‌مایه‌های فرعی و مفاهیم اولیه ظهور یافته از رفتارها و باورهای بیماران، همراهان و کادر درمان و دیگر افراد دخیل در ارائه خدمات مراقبت سلامت حاضر در بخش اورژانس، ارائه شده و در تمام موارد، با یادداشت‌های عرصه حاصل از مشاهدات مشارکتی، نقل قول‌های مستقیم حاصل از مصاحبه‌های رسمی و غیررسمی و

جدول ۱. نیروی انسانی و تجهیزات واحدهای کلینیکی بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع)

واحد	ظرفیت اسمی (تخت)	تعداد پرستار*	تعداد زبده‌دین*	تعداد اینترن*	تعداد منشی*	تعداد کمکی*	تعداد بیمار بر*	تعداد خدمات*	تعداد نگهبان*	تعداد کارمند اداری*	تعداد دستگاه مانیتورینگ	تعداد مانومتر اکسیژن
تریاز	۱	۱	-	-	-	-	۲	-	۱	-	۱	-
داخلی	۱۸	۶	۳	۲	۱	۱	-	۱	۱	-	۴	۱۸
تروما	۱۲	۲	۱	۱	۱	۱	-	۱	۱	-	۲	۱۲
احیا	۸	۳	۲	۱	-	۱	-	۱	۱	-	۸	۸
اتاق عمل	۴	۱	۱	-	-	-	-	-	-	-	۲	۲
سرپایی	۳	۱	۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-
داروخانه	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۲	-	-
پذیرش و ترخیص	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۲	-	-
صندوق	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۱	-	-
محوطه انتظار	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
جمع کل	۴۶	۱۴	۸	۴	۲	۳	۲	۳	۴	۵	۱۶	۴۰

* تعداد به ازای هر کشیک مد نظر می‌باشد.

جدول ۲. الگوی فرهنگی مطالعه، تداوم حضور همراهان، تسهیل گر گاه بازدارنده اقدامات بخش

مفاهیم اولیه	درونمایه های اصلی	درونمایه های فرعی
همراه در نقش کمک دست سیستم	حضور سازنده	حضور جبرانی
همراه در نقش بیمار پر		
همراه در نقش خدمات		
همراه در نقش کمک پرستار		
کنترل اضطراب و استرس بیمار توسط همراه	حضور حمایتی	حضور بازدارنده
کاهش دلپره و نگرانی بیمار		
ایجاد آرامش در بیمار		
همیاری مجاورتی همراهان		
همکاری همراهان با اعضای تیم درمان	حضور تخریبی	حضور بازدارنده
تسهیل در برقراری ارتباط بین بیمار و اعضای تیم درمان		
تجمع دست‌وپا گیر همراهان		
در هم شکستن تمرکز ذهنی تیم درمان		
دخالتهای منفی غیرمجاز همراهان در امور پزشکی (همه فن حریفی کاذب)	حضور تخریبی	حضور بازدارنده
تأثیرپذیری رفتار و رضایتمندی اعضای تیم درمان از کثرت بی رویه همراهان		
پرخاصگری و پرخاصجویی کنشی همراهان		
پرخاصگری و خشونت واکنشی همراهان	خشونت علیه تیم درمان	

خود روی تخت بیمار در ورودی اورژانس؛ کشیدن تخت به تریاز و متعاقباً به واحدهای درمانی؛ مراجعه از واحدهای درمانی به داروخانه برای گرفتن و آوردن داروهای بیمار؛ مراجعه به واحد پذیرش برای دریافت برچسب نام بیمار؛ گرفتن پتو برای بیمار خود از انبار واحد اتاق عمل سرپایی؛ گرفتن نمونه ادرار از بیمار خود؛ تغییر پوزیشن بیمار؛ نظارت بر تمام شدن سرم و اطلاع به سرویس پرستاری؛ انجام پیگیری‌های لازم در زمینه تأخیر در انجام مشاوره‌ها؛ آوردن لگن؛ آوردن پایه سرم؛ آوردن ملافه، مراجعه به منشی بخش و درخواست کیسه ادرار و دریافت کیسه از داروخانه؛ تعویض یا تخلیه کیسه ادرار؛ بستن سرم؛ و ... (ژورنال: حتی می‌توان همراه بیمار را به عنوان "یار دوازدهم" سیستم در نظر گرفت که به دنبال مشاهده کمبودها و نبودها و جهت جلوگیری از معطلی خود و بیمار خود اقدام به جبران می‌نماید)" (یادداشت در عرصه)

ب. حضور حمایتی. منظور از حضور حمایتی، مجموعه فعالیت‌های روانی عاطفی همراهان در هنگام حضور خود در بالین جهت پوشش دادن جنبه‌های غیر زیستی مراقبت از بیمار بود که منجر به کاهش استرس و اضطراب آشکار بیمار شده و آرامش نسبی بیمار را به همراه داشت. به علاوه این درون‌مایه در برگزیده مفاهیم دیگری همچون همکاری و هم‌راستایی همراهان برخی از بیماران با اعضای تیم درمان و مشارکت فعال آنان در امر مراقبت از بیمار نیز بود که نهایتاً منجر به تسهیل فرآیند مراقبت از بیمار شده و منفعت جمعی را در برداشت.

درون‌مایه اصلی اول: حضور سازنده. منظور از حضور سازنده، اثرات مثبت ناشی از تداوم حضور همراهان و مجموعه رفتارها و اقدامات آنان در هنگام حضورشان در بالین بود. این درون‌مایه اصلی برگرفته از دو درون‌مایه فرعی "حضور جبرانی" و "حضور حمایتی" بود که در ادامه مشروح آن به همراه ذکر مثال‌هایی از یادداشت‌های در عرصه و صحبت‌های مشارکت‌کنندگان به شکل نقل قول ارائه می‌گردد.

الف. حضور جبرانی. بر اساس مشاهدات، همراه بیماران علاوه بر ایفای نقش "همراه" بیمار، در هنگام حضور در بالین با کمبودها و نبودهای بخش روبه‌رو می‌شدند و در غالب موارد جهت تسهیل فرآیند ارائه خدمات مراقبت سلامت، برآورده نمودن نیازها، خواسته‌ها و انتظارات به حق بیمار خود در بخش اورژانس این مرکز، ناگزیر خود دست به کار شده و با بر عهده گرفتن کارهایی که به ذات در حیطه وظایف کارکنان اورژانس بود، نقش یک عامل جبرانی را ایفا می‌نمودند. درون‌مایه فرعی "حضور جبرانی" بهترین عبارت معنایی بود که به این مجموعه از مفاهیم رفتاری مشارکت‌کنندگان اختصاص یافت. حضور همراه به عنوان کمک دست سیستم در نقش‌های بیمار پر، کادر خدمات، و کمک پرستار مفاهیم اولیه‌ای هستند. گزیده‌ای از اقدامات جبرانی همراهان که برگرفته از مشاهدات پژوهشگر در کشیک‌های مختلف می‌باشد، در قالب در یادداشت در عرصه زیر لیست می‌گردد:

"آوردن تخت برای بیمار از ورودی اورژانس به علت نبود تخت در واحد تریاز و شلوغ بودن سر بیماربر؛ گذاشتن بیمار

”بعضی از همراهها به خصوص اونایی که سن بیش‌تری دارن و سرد و گرم زندگی را چشیدن، بهتر همکاری می‌کنن و حتی بقیه همراهارو هم دلداری می‌دن ... مثلاً چند دقیقه پیش که داشتیم از خانم مسنی که افتاده و دچار شکستگی لگن شده، نوار قبلی می‌گرفتم، دخترش خیلی باهام همکاری می‌کرد. حتی موقع گرفتن نمونه خون، اومد دست مادرش رو گرفت تا راحت‌تر بتونم نمونه بگیرم. تازه آخر سر توی جمع کردن وسایلی که برده بودم بالاسره مریضش کمک کرد ...“ (پرستار واحد تروما)

یکی از رزیدنت‌های طب اورژانس خانم نیز در این مورد چنین اظهار داشت:

”کلاً همراهایی که آلرت و آرومن، خیلی کمک می‌کنن و حضورشون مفیده. خیلی وقتا که مریضا پیرن، خوب نمی‌تونن حرف بزبن، حواس‌پرتی دارن، زبون ما رو نمی‌فهمن، یا نه به خاطر مشکلی که دارن فعلاً نمی‌تونن حرف بزبن، مثلاً مریضی که سکنه کرده و با افت سطح هوشیاری اومده اورژانس و مام نمی‌تونیم باهاشون ارتباط برقرار بکنیم؛ از همراهها می‌خوایم که شرح حال بدن! اونام کلی توضیح می‌دن، داروهای مریض رو میارن. حتی گاهاً تو بعضی کارا هم کمک می‌کنن.“ (رزیدنت طب اورژانس)

درون‌مایه اصلی دوم: حضور تخریبی

منظور از حضور تخریبی، اثرات منفی ناشی از تداوم حضور همراهان و مجموعه رفتارهای حین حضور آنان در بالین بود که فرآیند ارائه خدمات مراقبت سلامت و کارایی اعضای تیم درمان را تحت تاثیر قرار داده و در نهایت باعث تضرر بیمار و حتی خود همراهان می‌شد. این درون‌مایه اصلی برگرفته از دو درون‌مایه فرعی ”حضور بازدارنده“ و ”خشونت علیه تیم درمان“ بود که در ادامه مشروح آن‌ها به همراه ذکر مثال‌هایی از یادداشت‌های در عرصه و صحبت‌های مشارکت‌کنندگان به شکل نقل قول ارائه می‌گردد.

الف. حضور بازدارنده. تداوم حضور همراهان در بخش و مجموعه رفتارهای بعضی از همراهان هنگام حضورشان، گاهاً به صورت مستقیم یا غیرمستقیم تأثیرات بازدارنده ای بر عملکرد کادر درمان داشت. یکی از این موارد، دست و پاگیر بودن تجمع تعداد کثیر همراهان بالای سر بیمار بود که توأم با محدودیت فضای فیزیکی بخش موجب شده بود که جابه‌جایی کادر درمان جهت دسترسی به بیماران در بخش از لابه‌لای همراهان و با اصابت‌های مکرر با همراهان و یا تخت‌های بیماران صورت پذیرد. در این زمینه یکی از پرستاران اورژانس داخلی، بیان داشت:

مشاهدات پژوهشگر نشان داد برخی از بیماران، هنگامی که همراه آن‌ها به هر دلیل از بخش خارج می‌شد، دلهره و نگرانی مفراطی را تجربه کرده و مصراحت بر تداوم حضور همراه در کنار خود و عدم ترک آن‌ها حتی به مدت کوتاه، پافشاری می‌نمودند. پژوهشگر در مشاهدات خود، به کرات با این صحنه روبرو شد که بعضی از همراهان علاوه بر آرام نمودن بیماران خود، دیگر بیماران و همراهان آن‌ها را نیز دلداری می‌دادند. در این زمینه یکی از پرستاران واحد احیا تجارب خود را به شرح زیر بیان داشت:

”... هر وقت می‌رم بالاسر مریضی، هزار جور بهونه میاره که می‌شه همراهم یه لحظه بیاد پیشم. دیدن مریض بدحال، مریض وصل به دستگاه، یا مریضی که DC می‌شه، برا ما عادی شده ولی مریضا با دیدن این صحنه‌ها، مضطرب می‌شن و می‌ترسن! درسته که این‌جا [در واحد احیا] همراه ممنوعه، ولی من تا جایی که ممکن باشه و بتونم اجازه می‌دم یکی از همراهها بیاد بالاسره مریضش، چون واقعا مریض رو آروم می‌کنن، البته اگه خودشون آروم باشن ...“ (پرستار واحد احیا)

بعضی از همراهان علاوه بر کمک کردن به بیمار خود، به بیماران و همراهان دیگری که در مجاورت آن‌ها قرار داشتند، نیز کمک می‌نمودند که در یادداشت در عرصه زیر، توصیف می‌گردد:

”امروز هوا خیلی گرمه و کار نکردن کولر هم اوضاع رو بدتر کرده! تو اورژانس داخلی، پنکه اتاق سوپروایزر اورژانس رو آوردن گذاشتن وسط استیشن ... اکثر مریضام دارن از شدت گرما عرق می‌ریزن و همراهاشون مشغول باد زدن مریضاشون! چیزی که این وسط، به نظر جالب به نظر میاد، یکی از همراهاست که داره مریض یکی دیگه رو با یکه تیکه مقوا باد می‌زنه! ...“

”چندین بارم دیدم که وقتی همراه مریضی می‌خواد بالاسر مریضش رو بلند کنه و نمی‌تونه، می‌خواد سرم مریض رو به آویز بالاسری وصل کنه و نمی‌تونه، می‌خواد چرخای تخت مریضش رو قفل کنه و بلد نیست، می‌خواد مریضش رو ببره سرویس بهداشتی و نمی‌دونه سرویس‌کجان، کیسه ادرار مریضش پر شده و نمی‌دونه چیکار کنه. همراه مریض کناری اومده و کمکش کرده.“ (یادداشت در عرصه)

همکاری همراهان با کادر درمان و کمک به برقراری ارتباط بین بیمار و تیم درمان، دیگر مولفه‌هایی بودند که به کرات توسط پژوهشگر مشاهده شده و بسیاری از مصاحبه‌شوندگان نیز به آن‌ها اشاره داشتند. یکی از پرستاران واحد تروما، در رابطه با همکاری دختر بیمار در انجام کارهای مراقبتی درمانی مادر سالمندش چنین بیان داشت:

که این قبیل موارد، رفتارها و رضایتمندی آنان را تحت تأثیر قرار داده و نهایتاً بر عملکرد آنها تأثیر بازدارنده‌ای دارد. گزیده‌ای از مشاهدات پژوهشگر در رابطه با دخالت‌های همراه بیماران در وظایف کاری کادر درمان، در یادداشت در عرصه زیر شرح داده شده است:

”تو ببحوحه شلوغی اورژانس داخلی، یکی از نرسای خانم از لابه لای خیل جمعیت همراهها رفت بالا سر مرضی که دو تا همراه خانم و دو تا همراه آقا داشت. وقتی که می‌خواست از دست چپ مرضی رگ بگیره، همراهها اول گفتن از این دست، صبح خون گرفته شده و الانم نمی‌خوان سرم زده بشه، برا همین پرستار رفت طرف راست مرضی. بعد گفتن کش [گارو] رو روی لباس ببند، حاج خانوم پوستش حساسه و آزرده میشه! نرس داشت پشت دست (راست) مرضی رو نگاه می‌کرد که یکی از همراهای آقا گفت خانم از پشت دستش نزن! نهایتاً پرستار به لاین صورتی تو ناحیه آنته کویبتال دست راست تعبیه کرد و سرم آپوتل رو هم وصل کرد. بعد از مرضی خواست تا به شکم دراز بکشه و آماده بشه تا آمپول دیگه‌ای که تجویز شده بود رو عضلانی براش تزریق کنه. [بیمار دچار رنال کولیک/داروی عضلانی اوردر شده آمپول کنتورولاک] همراهها مجدد شروع کردن به بحث و از نرس خواستن که اینم مته آمپول قبلی [آپوتل] بریزه داخل سرم که نرس به توضیح مختصری داد و گفت همیشه و باید عضلانی تزریق بشه. اونام گفتن لازم نیس و اجازه ندادن نرس دارو رو تزریق کنه.“ (یادداشت در عرصه)

درباره دخالت همراهان در امور پزشکی بیمار، یکی از رزیدنت‌های طب اورژانس هم اظهار داشت:

”بعضاً وقتی که می‌ریم بالا سر مرضی، همراه مرضی انقد تو کار آدم دخالت می‌کنن که من به شخصه ناراحت و عصبی می‌شم! ... به‌خصوص اونایی که همکار هم هستن ... مثلاً چند روز پیش داشتیم یه مرضی رو اینتوبه می‌کردیم، یه بار ترای کردم، نشد، همراه می‌گفت بده من خودم ترای کنم ... یا اون روز [اورژانس] داخلی، یه مرضی با درد ابدام [شکم] اومده بود، همراهاش می‌گفتن دکتر اینو بنویس، اونو ننویس، ECG نمی‌خواد! کم مونده بود با هم درگیر بشیم.“ (رزیدنت طب اورژانس)

یکی از اتندهای طب اورژانس در مصاحبه غیررسمی به عمل آمده، نظرات و تجارب خود را چنین بیان داشت:

”بعضی همراهها هستن که یا نمیدونن یا یه سری باورای غلط دارن، مثلاً موقعی که داریم مرضی بد حالو مدیریت می‌کنیم و مجبوریم که کارای ته‌اجمی انجام بدیم، اینتوبه کنیم، نیدل دکمپرس کنیم، چست تیوب بذاریم، یا زخم سوچور بزنی، میان دخالت می‌کنن. به ست استریل دس میزنن و آنس می‌کنن! حتی

”قبول کنین وقتی همراه زیاده، یه سری مشکلاتم پیش میاد. میری بالا سر مرضی کار کنی، هی یکی از این ورت رد میشه، یکی از اون ورت رد میشه، خوب آدم معذب میشه!“ (پرستار واحد داخلی)

یکی از رزیدنت‌های طب اورژانس نیز در گفتگو با پژوهشگر در کشیک شب کاری اورژانس داخلی، در این زمینه چنین اظهار نظر نمود:

”این‌جا به بیمارستان صحرایی زمان جنگ شباهت بیش‌تری داره تا بخش اورژانس یک مرکز دانشگاهی! کافیه جمعیتی که الان تو اورژانس داخلی هستن رو بشمری! تقریباً ۵۰ تا مرضی که هر کدوم حدافل یکی دو تا همراه دارن، به اضافه خودمون [رزیدنت‌ها و اینترن‌های طب اورژانس، رزیدنت‌ها و اینترن‌های سایر رشته‌ها، پرستاران، کمک پرستاران، نیروهای خدمات، نگهبانان]، میشه ۱۰۰ تا ۱۵۰ نفر، تو جای به این کوچیکی! بخوای از این‌ور داخلی بری اون‌ور داخلی، باید چند تا تختو جابه‌جا بکنی، به ۱۰ نفر بگی اجازه میدین؟ تازه تو این مسیر ۱۱ نفر هم می‌خورن بهت یا تو میخوری بهشون!“ (رزیدنت طب اورژانس)

در هم شکستن تمرکز ذهنی تیم درمان، از دیگر مفاهیم اولیه حضور بازدارنده همراهان بود. بدین معنی که برخی از اعضای تیم درمان اظهار داشتند که تداوم حضور همراهان، سر و صدای بلند و دخالت‌های غیرمجاز آنان باعث پرت شدن حواس آنها می‌شود. یکی از رزیدنت‌های طب اورژانس در این باره بیان داشت:

”خیلی وقتا موقع گرفت شرح حال یا معاینه مرضی، به خصوص مرضی بد حال، یه سری از همراهها که از نظر روانی عاطفی توی بحران، بالا سر مرضی داد میزنن و گریه و زاری می‌کنن ... یکی دست مرضی می‌گیره، یکی پاشو می‌گیره، یکی دست رو سر و صورت مرضی می‌کشه، یکی سوال می‌پرسه ... از اول تا آخر حواسم به همراهاست و هی تذکر می‌دم که آقا حواسم پرت نکنین!“ (رزیدنت طب اورژانس)

یکی از پرستاران نیز در رابطه با برهم خوردن تمرکز خود، اظهار داشت:

”... آژیته بودن همراهها و داد و بیداد کردنشون، حواس آدمو پرت می‌کنه! همش نگرانی که نکته الان یکی از این همراهای آژیته بگیرتت به باد کتک! ... بخدا به‌خاطر همین همراهای آژیته، چند بار کم مونده اوردر [دستورات] مرضی رو اشتباهی اجرا کنم...“ (پرستار واحد احیا)

از سوی دیگر، اعضای تیم درمان حضور همراهان در بخش و دخالت‌های غیرمجاز آنان در امور پزشکی و پرستاری را عاملی برای ایجاد اختلال در کارهای خود دانسته و بیان نمودند

طرفون که خوشبختانه بهمون نخورد. یعنی نمی‌دونم بقیه همراهی نمی‌گرفتند، چی می‌شد!“ (رزیدنت طب اورژانس)

”با این که یه قسمت از این خشونت به خاطر ماهیت بخش اورژانس و مشکلات اورژانسی هستش که استرس زیادی رو به مریض و خونوادش وارد می‌کنه، ولی باید قبول کنیم که غالب مشکل خشونت علیه کادر درمان یا فرهنگیه یام مدیریتی! ببینین وقتی همراه میاد تو اورژانس، فک می‌کنه اگه داد بزنه، یا فحش بده کارش رو راه می‌اندازن. البته خیلی وقتا همین اتفاق می‌افته! یعنی ماها به خاطر این که قائله ختم بشه و از دردرس یه آدم شرّ خلاص بشیم، کار اونو رو که داد زده، دعوا راه انداخته، و خشونت کرده رو زودتر راه می‌ندازیم ... از همه مهم تر اینکه اونو که خشونت اعمال می‌کنه به خصوص از نوع کلامی، خودش خوب می‌دونه که هر کاری هم بکنه، تهش کسی توی این سیستم چیزی بهش نمی‌گه و بازم می‌تونه طلب کار باشه!“ (اتند طب اورژانس)

در رابطه با «پرخاشگری و خشونت واکنشی همراهان» یادداشت‌های در عرصه زیر ارائه می‌گردد:

”طرفای ظهر بود که یه سر و صدایی از واحد تروما بلند شد، وقتی رسیدیم دیدم نگهبان و پلیس مقیم بخش و سوپروایزر و اتند طب اورژانس هم اونجان. انگار یکی از همراها به اعضای تیم درمان پرخاشگری کرده بود و اونام جوابشو داده بودن و کار به دعوا کشیده بود. بینی خانم نرس شکسته بود. وقتی ازش پرسیدم چی شد؟ با کلی ناراحتی، گفت همراه پرونده [فلزی] مریضو پرت کردن طرف من، خورد به بینیم. خانم نرس دیگه‌ای که اونم تروما کشیک بود، می‌گفت: همراه اولش کلی فحش رکیک داد و بعد پرونده رو پرت کرد طرف ما که خورد به بینی همکارمون، بعدم دستگاه ECG رو برداشته بود می‌خواست بزنه، رو سر رزیدنت که خدمات از دستش گرفت، تازه کمکی رو هم زدن! منم از ترس، چیغ کشیدم و چند بار نگهبانا رو صدا کردم و وقتی نیومدن، رفتم ایستگاه پلیس و اونارو صدا زدم ... وقتی راجع به علت دعوا پرسیدم، گفتن، همراه اومده با صدای بلند و بی‌ادبی می‌گه چرا کارای مریضو انجام نمی‌دین! بهش توضیح دادیم که باید صب کنی تا اول برا مریضت پرونده تشکیل بشه. بعد دکتر بیاد و مریضت رو ببینه تا بتونیم دارو درخواست کنیم، بعدم که حرف بالا گرفت و ... به استیشن پلیس هم که رفتم شنیدم که همراه می‌گفت من پرونده مرونده نمی‌فهمم، وظیفشونه کارای مریضو انجام بدن و مجدد شروع کردد به فحش دادن به کادر درمان!“ (یادداشت در عرصه)

در رابطه با خشونت واکنشی، به دنبال داد و بیداد و پرخاش یکی از همراهان به یکی از خانم‌های رزیدنت طب اورژانس،

شده لوله تراشه رو از دست رزینت گرفتن و نداشتن مریضو اینتوبه کنه! ... «همراه همکار» هم یکی از چالشامونه! مورد داشتیم همراه از همکاری پزشک یا نرسمون بوده و حین CPR، رزیدنتمونو کنار زده و خودش شروع کرده به کمپرس دادن. منم شخصاً اونجا بودم و سعی کردم تا جایی که مشکلی پیش نیاد، مدارا بکنم و چیزی نگم ...“ (اتند طب اورژانس)

ب. خشونت علیه تیم درمان. پرخاشگری و خشونت همراهان در اورژانس علیه کادر درمان از اثرات مخرب تداوم حضور همراهان در بالین بود. در این مطالعه منظور از پرخاشگری و خشونت کنشی یا اولیه عبارت بود از هر اقدام، رخداد، یا عملی که همراه بیمار بدون مواجهه با محرک درک شده و به صورت عامدانه مرتکب می‌شد و بدین طریق به صورت مستقیم یا غیرمستقیم کادر درمان را در جریان کار خود در معرض تهاجم، تهدید، آسیب یا صدمه قرار می‌داد. منظور از پرخاشگری و خشونت واکنشی یا ثانویه نیز، رفتار یا گفتار تهدیدآمیز یا عدول از رفتارهای متعارف به دنبال مواجهه با یک یا چند محرک درک شده (به عنوان مثال تأخیر در ارائه خدمات، احساس مورد اهمال واقع شدن، تقابل یا رفتارهای غیر حرفه‌ای کادر درمان و ...) که توسط همراه بیمار انجام می‌شد و این تصور معقول را در کادر درمان ایجاد می‌نمود که در معرض خطر قرار دارند.

ذیلاً چند مورد از اظهارات مشارکت‌کنندگان در رابطه با «پرخاشگری و پرخاشجویی کنشی همراهان» ارائه می‌گردد.

”تو این چند سالی که فیکس تریاژ بودم، کشیکی نبوده که درگیری لفظی توش نباشه ... اخیراً با این دعوایی هم که تو اورژانس شده، آدم همیشه یه ترسی داره ... شانس آوردم تا حالا دعوا و کتک کاری دامنم رو نگرفته ... بعضاً یه سری هم‌راهایی هستن نرسیده، شروع می‌کنن داد زدن و بد و بیرا گفتن. جوابشونم بدی، ممکنه کار به جاهای باریک بکشه ... دیروز یکی دو سه نفر به خاطر ضرب و جرح و چاقو خوردگی اومده بودن اورژانس. توی تریاژ کلی فحش دادن به زمین و زمان. سره منم داد کشیدن ولی من جواب حرفاشونو ندادم و سریع کارشونو انجام دادم و فرستادمشون اتاق عمل که متاسفانه اونجا با رزیدنت درگیر شدن!“ (پرستار واحد تریاژ)

”دیروز احیا کشیک بودم، یه مورد CPR ناموفق داشتیم. به همراهش اعلام کردیم و همراهام با گریه و زاری اومدن بالاسره مریض تا برا آخرین بار عزیزشونو ببینن. نرس هم به کمکی گفت تا کارای فوتی را انجام بده. تازه نشسته بودم پرونده مریضو بنویسم، یهو یکی از همراها [پسر متوفی] که تازه رسیده بود، اومد کنار استیشن و شروع کرد به داد کشیدن و فحشای رکیک دادن به ما. بعدم با مشت زد روی میز و پرونده رو هم پرت کرد

و به عینه کارهای انجام شده توسط تیم درمان و تغییرات جسمی بیماران باعث افزایش میزان رضایت‌مندی آن‌ها از تیم درمان می‌گردد [۳۵].

دیگر درون‌مایه فرعی مطالعه حاضر "حضور جبرانی" بود. در همین راستا، حریریان (۱۳۹۶) در رساله خود به استفاده از همراه برای اموری مانند تعویض لباس بیمار، دادن ظرف ادرار یا لگن، جابه‌جایی و حمل بیمار، و حتی در مواردی جهت انجام کارهای تخصصی مانند ونتیلاسیون و آمو زدن حین انتقال بیمار از اورژانس به بخش‌های ویژه در نظام مراقبت سلامت ایران اشاره نموده و البته این اقدامات را از جمله مصادیق اطمینان‌زدایی از مردم نسبت به نظام مراقبت سلامت ذکر نموده است [۳۶]. در مقابل بسیاری از مطالعات، تشویق خانواده برای مشارکت در فعالیت‌های مراقبتی بیمار را از جمله مداخلات اساسی سرویس پرستاری دانسته‌اند. بدین صورت که قابلیت‌ها و تمایلات اعضای خانواده هر یک از بیماران در زمینه مشارکت در مراقبت بایستی به صورت جداگانه‌ای ارزیابی شده و تعیین گردد. فعالیت‌های مراقبتی خانواده می‌تواند دامنه‌ای از مشارکت جزئی (مثل درخواست از عضو خانواده برای دادن یک پنبه الکلی) تا مشارکت بیش‌تر (مثلاً مشارکت در حمام نمودن بیمار) داشته باشد. با این که موانع متعددی بر سر راه مشارکت خانواده در مراقبت بیمار وجود دارد (مثلاً تردید تیم درمان، تردید خانواده، مقررات موجود در بخش‌ها و بیمارستان، پرسنل ناکافی و کمبود زمان)، نتایج مطالعات مؤید آن است که اکثر خانواده‌ها علاقه زیادی به مشارکت نمودن در فرآیند مراقبت از بیماران خود داشته و به آن اهمیت می‌دهند. کمک در انجام فعالیت‌های ساده می‌تواند هم‌بستگی بیمار و خانواده را تقویت نموده، راحتی بیمار را فراهم نموده و بهبود وی را تسریع نماید [۴۰-۳۷]. حضور "حمایتی جبرانی" همراهان در بخش اورژانس با مفاهیم محوری سوم و چهارم الگوی مراقبت بیمار و خانواده محور (مشارکت و همکاری) هم‌سو می‌باشد [۲۳-۲۰]. در این زمینه اعضای تیم درمان و مسئولین مراکز بیمارستانی بایستی ضمن پایبندی به مفاهیم محوری اول و دوم یعنی احترام به دیدگاه‌ها، ارزش‌ها، باورها و زمینه فرهنگی بیمار و خانواده و به اشتراک‌گذاری دو جانبه اطلاعات؛ گام‌هایی را جهت تشویق و حمایت بیماران و خانواده‌ها برای مشارکت در مراقبت و تصمیم‌گیری بالینی برداشته و از همکاری‌های اعضای خانواده و همراهان بیماران نه فقط در ارائه خدمات مراقبت سلامت بلکه در ارزشیابی، توسعه، و پیاده‌سازی خط‌مشی‌ها و برنامه‌های پاسخگو در بخش‌های اورژانس نیز استفاده نمایند. در رابطه با درون‌مایه اصلی "حضور تخریبی" در مطالعه حاضر، "خشونت علیه کادر درمان" به علت داشتن ماهیت

مصاحبه‌ای غیررسمی با همراه بیمار ترتیب داده شد که در آن همراه بیمار در رابطه با چرایی این رفتار خود بیان داشت: "من چند بار به همین خانم دکتری که داشت با موبایلش بازی می‌کرد، گفتم که مادرم درد داره، بیا به نگاهی بهش بنداز، ولی انگار نه انگار! هر بار به بهونه آورده ... قبول دارم شولوغه، برا همینم به ساعته منتظرم و چیزی هم نگفتم. ولی هر چیزی به حدی داره!" (همراه بیمار)

بحث و نتیجه‌گیری

الگوی فرهنگی مطالعه حاضر حاکی از اثرات مثبت و منفی تداوم حضور همراهان در بالین بر روند ارائه خدمات مراقبت سلامت، دست‌اندرکاران ارائه خدمات، بیماران و حتی خود همراهان بود که برای اولین بار در یک مطالعه قوم‌نگاری در بخش اورژانس مد نظر قرار گرفت. این الگو برگرفته از دو درون‌مایه اصلی "حضور سازنده" و "حضور تخریبی" بود که ذیلاً هر یک از این دو درون‌مایه اصلی مورد بحث قرار گرفته است.

یکی از درون‌مایه‌های فرعی مطالعه حاضر "حضور حمایتی" بود که با درون‌مایه بالادستی "حضور حمایتی" در مطالعه پدیده‌شناسی حسن‌خانی و همکاران (۲۰۱۷) که برگرفته از ۵ درون‌مایه پایین دستی همکاری خانواده با تیم درمان؛ کاهش نگرانی خانواده؛ پذیرش راحت‌تر فوت بیمار؛ رضایت‌مندی خانواده؛ و افزایش جدیت در تیم احیا بود، هم‌سو می‌باشد. آن‌ها در مطالعه خود، بر اساس تجارب زیسته و اظهارات اعضای تیم احیا، چنین نتیجه‌گیری نمودند که حضور خانواده حین عملیات احیا و مشاهده اقدامات تیم احیا از نزدیک، می‌تواند اثرات مثبتی را برای تیم احیا و خانواده بیمار به همراه داشته و سبب حمایت خانواده از تیم درمان شود [۳۰]. یافته‌های کارآزمایی بالینی حسینی و همکاران (۱۳۹۲) نیز حاکی از آن بود که حضور حمایتی خانواده در بخش مراقبت‌های ویژه، روند بهبودی بیماران را تسریع می‌نماید [۳۱]. Demir (۲۰۰۸) در ترکیه و Tudor و همکاران (۲۰۱۴) در ایالات متحده حضور همراهان در بالین بیمار را مفید قلمداد نموده و بیان داشتند که همراهان با حضور در بالین از نزدیک شاهد تلاش‌های کادر درمان خواهند بود که موجب از بین رفتن هرگونه شک و شبهه و دودلی در مورد اهمال کادر درمان در مدیریت بیمار می‌شود [۳۲، ۳۳]. Doolin و همکاران (۲۰۱۱) نیز معتقدند همراهان با حضور خود در بالین بیمار می‌فهمند که همه تلاش‌های لازم و کارهای ممکن توسط کادر درمان برای بیمار صورت گرفته است [۳۴]. به عقیده Lowry و همکاران (۲۰۱۲) حضور همراهان در بالین بیماران و مشاهده از نزدیک

میان حمایتگری همراه و بی‌طرفی کادر درمان موجب می‌شود که همراه به مداخله در عملکرد کادر درمان مبادرت ورزد که در مواردی نیز زمینه خشونت کلامی و فیزیکی فراهم می‌شود [۴۷،۴۶].

در نهایت می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که تداوم حضور همراهان در بالین دارای اثرات تسهیل‌گر گاه‌بازدارنده بر روند ارائه خدمات مراقبت سلامت، دست‌اندرکاران ارائه خدمات، بیماران و حتی خود همراهان می‌باشد. در این میان، خشونت علیه تیم درمان، مخرب‌ترین اثری است که تداوم حضور همراهان با خود به همراه دارد. به علاوه با توجه به این که از یک سو اکثر خانواده‌ها خواستار حضور در بالین و حمایت از عزیزان خود می‌باشند و از سوی دیگر بسیاری از صاحب‌نظران از حضور خانواده در بالین و همکاری مثبت آنان با کادر درمان به عنوان یک منبع با ارزش یاد می‌نمایند. ضروری است که مسئولین، متولیان، و دست‌اندرکاران نظام سلامت نظام سلامت با اتخاذ رویکردهای چندرشته‌ای و یکپارچه؛ استفاده از رسانه‌های ارتباط جمعی و راه‌اندازی کمپین‌های متناسب جهت افزایش آگاهی عمومی و فرهنگ‌سازی در سطح جامعه؛ و 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، به عنوان جزء لاینفک فرآیند درمان و سلامتی بیمار بی‌اندیشد تا هم کادر درمان و هم بیماران و همراهان آن‌ها علی‌رغم بهره‌گیری از اثرات حمایتی از اثرات مخرب این حضور مصون باشند. در این زمینه اقداماتی همچون کاهش ملاقات و تردهای "غیرضروری" در بیمارستان‌ها و بالاخص بخش‌های اورژانس؛ فعال‌سازی سیستم سرریز در مواقع ازدحام بیش از حد؛ ارتقاء کیفیت هتلینگ سالن انتظار همراهان؛ اتخاذ رویکرد مدیریتی کارآمد (توجیه، نظارت، و حمایت) در حوزه تیم نگرانی و تدوین شرح وظایف واضح و روشن برای نگهبانان؛ و استفاده از پرسنل باتجربه و پاسخگو به‌عنوان رابط بیمار/همراه جهت راهنمایی مراجعین در بدو ورود به اورژانس، همراهی بیماران بدون همراه، و کمک به بیماران در طی فرآیند تشخیص و درمان، و هدایت همراهان بیماران در انجام مراحل اداری و قانونی (مشابه طرح همیاران سلامت) راه‌گشا خواهد بود.

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. هم‌چنین

تخریبی کاملاً متفاوت از درون‌مایه فرعی "حضور بازدارنده" متمایز گردید و به صورت مجزا به عنوان یکی از درون‌مایه‌های فرعی در نظر گرفته شد. این در حالی است که حسن‌خانی و همکاران (۲۰۱۷) چنین تمایزی را در تحلیل محتوای مطالعه پدیدشناسی خود قائل نشده و برای ۶ درون‌مایه پایین دستی مداخله خانواده در احیا؛ بحث و درگیری با اعضای تیم احیا؛ برهم زدن تمرکز تیم؛ تصویر ذهنی بد در خانواده؛ ایجاد استرس در تیم؛ و احیای نمایشی عنوان درون‌مایه بالادستی "حضور تخریبی" را انتخاب نمودند [۳۰]. به علاوه کم‌تر مطالعه‌ای به وجه تمایز کنشی یا واکنشی بودن خشونت پرداخته است [۴۲،۴۱].

پژوهشگر در طول مدت حضور خود در عرصه، شاهد موارد زیادی از خشونت کلامی و فیزیکی از سوی همراهان علیه کادر درمان بود. این در حالی است که در کشور ایران، دخالت غیرمجاز در امور پزشکی (ماده ۳ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی برای ارتکاب جرائم مداخله غیرمجاز افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی) و خشونت علیه کادر درمان (مواد ۶۰۷ و ۶۰۸ و ۶۰۹ و ۶۱۴ بخش تعزیرات قانون مجازات اسلامی)، فی‌نفسه جرم می‌باشد [۴۳،۴۴]. به نظر می‌رسد علت بالا بودن شیوع بسیار بالاتری خشونت کلامی و فیزیکی اعمال شده علیه پزشکان و پرستاران در ایران نسبت به دیگر کشورهای جهان دارد [۴۵]. این تصور می‌باشد که خشونت از طرف شخص بیمار بر کادر درمان اعمال شده و از آن‌جا که شخص بیمار از نظر جسمی و روانی در شرایط دشواری قرار دارد، این نوع از خشونت شغلی محل اعتنا نیست و باید آن را پذیرفت و با آن کنار آمد. نتیجه چنین توجیهی این است که به عاملین خشونت مصونیتی اعطا می‌کند که در اعمال خشونت نسبت به پزشک، پرستار و دیگر کادر درمانی خود را آزاد و مختار ببینند. حال آن‌که غالب موارد خشونت توسط همراه بیمار علیه کادر درمان اعمال شده که این یافته برخلاف آن استدلال مصونیت بخش است که مرتکب خشونت را شخص بیمار معرفی می‌کند و از این رو پرخاشگری او را قابل اغماض می‌داند. به نظر می‌رسد میزان بالای خشونت علیه کادر درمان از طرف همراهان، محصول تضاد بین نقش همراه در مقام شخص "خیرخواه حامی" بیمار با نقش مفروض کادر درمان یعنی شخص "خیرخواه بی‌طرف" است. بدین معنی که ممکن است همراه ممکن است مشکل بیمار خود را حاد و نیازمند توجه آتی بداند، اما این نظر همراه لزوماً مورد تأیید کادر درمان نباشد، چون ملاک ارزیابی وضعیت بیمار، علوم پزشکی است و نه عواطف و احساساتی که بی‌طرفی را مخدوش می‌کند. در واقع تعارض

[5] Mohammadi H, Mohammadi E, Ebadi A. Experience of nurses from the emergency department management: A qualitative study. *IJCCN* 2012; 5: 1-10. (Persian).

[6] Mahmoudi H, Mohammadi E, Ebadi A. Barriers to nursing care in emergency wards. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013; 18: 145-151.

[7] Atkinson S, Haran D. Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. *Soc Sci Med* 2005; 60: 501-513.

[8] Derlet RW. Overcrowding in emergency departments: increased demand and decreased capacity. *Ann Emerg Med* 2002; 39: 430-432.

[9] Fatovich DM, Nagree Y, Sprivilis P. Access block causes emergency department overcrowding and ambulance diversion in Perth, Western Australia. *Emerg Med J* 2005; 22: 351-354.

[10] Abu-Laban RB. Emergency medicine certification in Canada: the years march on but the questions remain the same. *CJEM* 2008; 10: 101-103.

[11] Johnson KD, Winkelman Ch. The effect of emergency department crowding on patient outcomes A literature review. *Adv Emerg Nurs J* 2011; 33: 39-54.

[12] Toma G, Triner W, McNutt LA. Patient satisfaction as a function of emergency department previsit expectations. *Ann Emerg Med* 2009; 54: 360-367.

[13] Zakeri-Moghadam M, Sadeghi S, Ghyasvandian Sh, Kazemnejhad A. Effects of comprehensive-care program on patients' satisfaction with trauma in emergency department. *Cardiovasc Nurs J* 2013; 2: 54-62. (Persian).

[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: 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] Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med* 2009; 16: 1-10.

[17] Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 2011; 342: d2983.

[18] 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: 605-611.

[19] Soleimanpour H, Gholipouri C, Salarilak S, Raoufi P, Rajaei Ghafouri R, Pouraghaei M, et al. Assessment of patient satisfaction with emergency department services in Imam Khomeini hospital, Tabriz, Iran. *Stud Med Sci* 2012; 23: 22-31. (Persian).

[20] 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.

[21] Gray J. Beyond CAHPS: A Guide for Achieving Patient-and Family-Centered Care. Middleton, United States: HCPro a division of BLR; 2016.

[22] Shaller D. Patient-centered care: What does it take? New York, United States: Commonwealth Fund; 2007.

[23] Barnsteiner J, Disch J, Walton M. Person and family centered care, 2014 AJN award recipient. Indianapolis, United States: Sigma Theta Tau; 2014.

[24] 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: 32-40.

[25] Mason S, Mountain G, Turner J, Arain M, Weber EJ. Innovations to reduce demand and crowding in emergency care; a review study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2014; 22: 55.

[26] Fakhr-Movahedi A, Salsali M, Negharandeh R, Rahnvard Z. Exploring contextual factors of the nurse-patient relationship: A qualitative study. *Koomesh* 2011; 13: 23-34. (Persian).

[27] Ebrahimian A, Dehvan F. Evaluation of nurses' job expectations in hospitals executing the efficiency improvement law in Semnan. *Koomesh* 2016; 17: 739-746. (Persian).

[28] Spradley JP. Participant observation. 1980. New York: Wadsworth Thomson Learning.

پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با هدف تبیین فرهنگ سازمانی بخش اورژانس صورت گیرد. به علاوه با توجه به ازدحام بیش از حد مشاهده شده در بخش اورژانس، توصیه می‌شود مطالعاتی با هدف بررسی شاخص‌های مختلف شلوغی بخش اورژانس با تمرکز بر نسبت پزشک به بیمار و پرستار به بیمار نیز صورت پذیرد.

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 زمان 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.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از رساله دکتری تخصصی پرستاری محقق (شماره پروژه: ۷۲۹) می‌باشد. بدین وسیله پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی تبریز و دانشکده پرستاری و مامایی که حمایت مادی و معنوی لازم برای اجرای این مطالعه را فراهم نمودند، نهایت تشکر را داشته باشند. همچنین از کلیه مشارکت‌کنندگان در مطالعه، بیماران، همراهان و همکاران اورژانس بیمارستانی و پیش‌بیمارستانی که محقق را در انجام این مهم یاری نمودند، کمال تقدیر به عمل می‌آید.

منابع

[1] Cypress BS. The emergency department: experiences of patients, families, and their nurses. *Adv Emerg Nurs J* 2014; 36: 164-176.

[2] Ajami S, Ketabi S, Yarmohammadian MH, Bagherian H. Wait time in emergency department (ED) processes. *Med Arh* 2012; 66: 53-57.

[3] Willoughby KA, Chan BT, Strenger M. Achieving wait time reduction in the emergency department. *Leadersh Health Serv* 2010; 23: 304-319.

[4] 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: 1-8.

[38] Garrouste-Orgeas M, Willems V, Timsit JF, Diaw F, Brochon S, Vesin A, et al. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *J Crit Care* 2010; 25: 634-640.

[39] Leon AM, Knapp S. Involving family systems in critical care nursing: challenges and opportunities. *Dimens Crit Care Nurs* 2008; 27: 255-262.

[40] Sole M, Klein Dg, Moseley Mj. Introduction to critical care nursing. California, United States: Elsevier Saunders; 2005.

[41] Hassankhani H, Parizad N, Gacki-Smith J, Rahmani A, Mohammadi E. The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. *Int Emerg Nurs* 2018; 39: 20-25.

[42] Fazel N, Yazdi Moghadam H, Elhani H, Pejhan A, Koshan M, Ghasemi MR, et al. The nursing experiences regarding to clinical education in emergency department: a qualitative content analysis in 2012. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2017; 24: 97-106. (Persian).

[43] Islamic Penal Code of the Islamic Republic of Iran – Book Five (ta'zir crimes and deterrent punishments): Parliament Research Center of Islamic Republic of Iran; [cited Sep 20, 2018]. Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/93465> (Persian).

[44] The third section of the laws and regulations of medical and pharmaceutical affairs: Parliament Research Center of Islamic Republic of Iran; [cited Sep 20, 2018]. Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/94734> (Persian).

[45] Hassankhani H, Soheili A. Zero-tolerance policy: the last way to curb workplace violence against nurses in Iranian healthcare system. *J Caring Sci* 2017; 6: 1-3.

[46] Yadav PK. Ethical issues across different fields of forensic science. *Egypt J Forensic Sci* 2017; 7: 10.

[47] Lynch VA. Forensic nursing science: Global strategies in health and justice. *Egypt J Forensic Sci* 2011; 1: 69-76.

[29] Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage; 1985.

[30] Hassankhani H, Zamanzadeh V, Rahmani A, Haririan H, Porter JE. Family presence during resuscitation: a double-edged sword. *J Nurs Scholarsh* 2017; 49: 127-134.

[31] Hoseini Azizi T, Hasanzadeh F, Esmaily H, Ehsaei M, Masoudynia M. The effect of family's supportive presence on the recovery of patients with brain injury in intensive care unit: A randomized clinical trial. *Nurs Midwifery J* 2014; 11: 977-987. (Persian).

[32] Demir F. Presence of patients' families during cardiopulmonary resuscitation: physicians' and nurses' opinions. *J Adv Nurs* 2008; 63: 409-416.

[33] Tudor K, Berger J, Polivka BJ, Chlebowy R, Thomas B. Nurses' perceptions of family presence during resuscitation. *Am J Crit Care* 2014; 23: e88-96.

[34] Doolin CT, Quinn LD, Bryant LG, Lyons AA, Kleinpell RM. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: using evidence-based knowledge to guide the advanced practice nurse in developing formal policy and practice guidelines. *J Am Acad Nurse Pract* 2011; 23: 8-14.

[35] Lowry E. "It's just what we do": a qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol. *J Emerg Nurs* 2012; 38: 329-334.

[36] 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 [Dissertation]. Tabriz, Iran: Tabriz Univ Med Sci 2017. (Persian).

[37] Browning G, Warren NA. Unmet needs of family members in the medical intensive care waiting room. *Crit Care Nurs Q* 2006; 29: 86-95.

A perceived duality of relatives' presence in emergency departments: A focused ethnographic study

Hadi Hassankhani (Ph.D)¹, Amin Soheili (Ph.D)^{*2}, Golshan Moghbeli (M.Sc)², Abbas Dadashzadeh (Ph.D)³, Taneal Wiseman (Ph.D)⁴

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

2 - Dept. of Nursing, Khoy University of Medical Sciences, Khoy, Iran

3- Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Traffic Injury Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

4- Susan Wakil School of Nursing and Midwifery, University of Sydney, Sydney, Australia

* Corresponding author. +98 9149782832 soheili.a1991@gmail.com

Received: 16 Dec 2019; Accepted: 16 May 2020

Introduction: In the Iranian Healthcare System, emergency departments (EDs) face many challenges such as limitations of the physical environment and overcrowding, meanwhile, unnecessary presence of relatives at their patients' bedside goes beyond EDs challenges and has made the situation worse. Therefore, the aim of this study was to explore, gain an understanding of, and describe the cultural beliefs and behaviors in an Iranian ED.

Materials and Methods: A focused ethnographic approach based on Spradley's (1980) developmental research sequence 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 of this ED. Participant observation, ethnographic interviews, and examination of related documents and artifacts were used for data collection and continued until data saturation achieved.

Results: The overarching cultural pattern of "perceived constructive/destructive duality of relatives' presence" emerged within which there were two main themes as follows: constructive presence (includes two sub-themes of compensation and support) and destructive presence (includes two sub-themes of dissuasion and workplace violence).

Conclusion: Our findings provide valuable insight into the perceived duality of relatives' presence which strenuously affect not only the patients and their relatives but also the healthcare professionals, healthcare system, and healthcare quality. Conspicuously, most of the time, the relatives played the role of "12th man" in our healthcare system. However, their violent and aggressive behaviors against healthcare professionals were the most destructive aspect of their presence.

Keywords: Patients, Family, Relatives, Hospital Emergency Service, Cultural Anthropology, Culture
