

تبیین ماهیت، علل و پیامدهای بحران در بخش‌های اورژانس از دیدگاه پرستاران: یک مطالعه کیفی

پروانه وصلی* ناهید دهقان‌نیری**

چکیده

زمینه و هدف: بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های ایران به دلایل گوناگون در معرض بحران قرار دارند. انجام مطالعه کیفی برای تبیین تجارب پرستاران شاغل در اورژانس در مورد بحران، راه‌گشای خوبی برای شناسایی و مدیریت آن است. هدف این مطالعه تبیین ماهیت، علل و پیامدهای بحران در بخش‌های اورژانس از دیدگاه پرستاران است.

روش بررسی: این مطالعه یک پژوهش کیفی با رویکرد تحلیل محتوا است. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند با دوازده نفر از پرستاران شاغل در اورژانس بیمارستان‌های عمومی و تروما و در همان محل اورژانس‌ها جمع‌آوری شد. انتخاب نمونه‌ها به روش هدفمند و جمع‌آوری داده‌ها تا زمان اشباع داده‌ها انجام گرفت. مصاحبه‌ها ضبط و سپس نوشته شد. کلیه جوانب مربوط به صحت و استحکام داده‌ها مدنظر قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی انجام یافت.

یافته‌ها: از تحلیل داده‌ها پنج درون‌مایه اصلی استخراج گردید که با توجه به اهداف مطالعه، درون‌مایه «بی‌تعادلی غیرمنتظره» دلالت بر ماهیت بحران، درون‌مایه‌های «پیشامدها» و «نقصان در عوامل خدمت‌رسان» اشاره به علل بحران و درون‌مایه‌های «پیامدهای مثبت» و «پیامدهای منفی» دلالت بر پیامدهای بحران دارند.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه کیفی، بحران به معنی برهم خوردن غیرمنتظره تعادل در بخش اورژانس است. پیشامدهای خارج بیمارستانی و ضعف‌های موجود در عوامل خدمت‌رسان بخش اورژانس می‌توانند به ایجاد و گسترش بحران منجر شوند. همچنین وقوع بحران در اورژانس می‌تواند به پیامدهای مثبت و منفی بینجامد. از نتایج این مطالعه می‌توان در جهت پیشگیری و مدیریت بحران در اورژانس‌ها بهره جست.

نویسنده مسئول: ناهید دهقان‌نیری؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: nahid.nayeri@gmail.com

واژه‌های کلیدی: تحقیق کیفی، پرستار، بخش اورژانس، بحران

- دریافت مقاله: شهریور ماه ۱۳۹۳ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۹۳

مقدمه

بحران عبارت است از فروپاشی یک وضعیت باثبات به نحوی که افراد نتوانند با به‌کارگیری راهبردهای حل مشکل مرسوم بر آن فایق آیند (۱). از دیدگاه James و Gilliland بحران یک واقعه یا پیامد ناخواسته

است که موجب غافلگیری و اختلال در عمل شده و به منابع و تندرستی افراد آسیب می‌زند (۲) و به دلیل تغییرات سریع موجب به‌هم‌ریختگی و هرج‌ومرج می‌گردد (۳). شرایط بحرانی می‌تواند به‌طور ناپیوسته در زندگی طبیعی یک فرد، گروه و یا جوامع حادث شود. این شرایط معمولاً با یک رخداد خطیر شروع می‌شود. این رخداد می‌تواند یک واقعه فاجعه‌بار

* دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
** عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، استاد گروه آموزشی مدیریت پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

یا مجموعه‌ای از ضربات استرس‌آور پی‌درپی و با اثر تجمعی باشد (۱). در برخی از منابع بین بحران (Crisis)، شرایط اورژانسی (emergency) و بلايا (disaster) افتراق قایل شده‌اند. شرایط اورژانسی وضعیتی است که در یک مقیاس کوچک نیاز به توجه فوری دارد، بلايا نیز همان شرایط اورژانسی اما در مقیاس بزرگ‌تر است. بحران واقعه‌ای است که انتظار می‌رود به یک وضعیت خطرناک ختم شود، خواه آن واقعه از نوع اورژانسی باشد خواه از نوع بلايا (۴). تعاریف بالا نشان می‌دهد که علاوه بر این که بحران‌ها ممکن است به دلیل وقوع رخداد‌های فاجعه‌بار و وسیع مانند زلزله پدیدار شوند، وقایع استرس‌آور و کوچک مقیاس نیز می‌توانند به یک بحران بدل شوند.

شرایط بخش اورژانس بسیار شبیه موقعیت‌های بحرانی و برخی اوقات بیش‌تر از آن هست (۵). بخش اورژانس به دلیل ماهیت خاص و تغییر سریع شرایط، با انبوهی از بیماران بدحال مواجهه شده و بحران را با شدت و دفعات بیش‌تر تجربه می‌کند (۶۳). ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی نیز این مطلب را تأیید کرده و اذعان دارند که در بخش اورژانس، زمینه برای پدیدار شدن بحران وجود دارد (۷). بحران اغلب به‌طور ناگهانی رخ داده و فشار و استرس زیادی به ارایه‌دهندگان خدمات سلامتی وارد می‌کند (۸).

به نظر می‌آید وقوع این شرایط بحرانی در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های کشور ما شدت بیش‌تری داشته باشد. ایران با جمعیتی بیش از ۷۰ میلیون نفر در معرض طیف گسترده‌ای از خطرات طبیعی مانند سیل و زلزله

قرار دارد (۹). از طرف دیگر، هر ساله به دلیل استاندارد نبودن جاده‌ها و وسایل نقلیه و همچنین عدم توجه به قوانین راهنمایی و رانندگی، حوادث ترافیکی و جاده‌ای، قربانیان زیادی را می‌گیرد (۱۰). علاوه بر حوادث طبیعی و بشر ساخت که موجب افزایش مراجعان به اورژانس می‌شود، مشکلات دیگری مانند کمبود نیروی انسانی، ساختار فیزیکی و تجهیزات نامناسب نیز در این بخش مشهود است (۱۱). مجموعه مسایل خارج بیمارستانی مانند حوادث طبیعی و انسان‌ساخت و داخل بیمارستانی مانند منابع نامناسب، موجب شده ارایه مراقبت به بیماران در اورژانس‌ها با مشکلات فراوانی روبه‌رو شده و ارایه‌دهندگان خدمات، چالش‌های فراوان و بحران را تجربه کنند. یکی از این چالش‌های اساسی و مهم که اورژانس بیمارستان‌های کشور ما با آن روبه‌رو هستند، شلوغی‌های بیش از حد است که به دلایل مختلف به وجود می‌آیند (۱۲).

محققان در گفتگو‌هایی که با پرستاران شاغل در اورژانس به‌خصوص در بیمارستان‌های مرجع و بزرگ داشته‌اند، بارها بارها شنیده‌اند که آن‌ها «با بحران روبه‌رو هستند». شنیدن مکرر این عبارت، محققان را بر آن داشت تا به بررسی تجربه پرستاران شاغل در اورژانس در جهت تبیین ماهیت و ابعاد گوناگون بحران بپردازند. انجام تحقیقات پرستاری در بخش‌های پرچالشی مثل اورژانس می‌تواند پایه‌ای برای ارایه مراقبت مطلوب‌تر را فراهم کند (۱۳). از آن‌جا که پرستاران نقش مهمی در شناسایی و کنترل موقعیت‌های بحرانی دارند بررسی تجارب آن‌ها ارزشمند بوده (۱۴) و

استفاده از این تجارب می‌تواند به پیشگیری و مدیریت بحران در آینده کمک نماید، پس باید این فرصت‌ها را مغتنم شمرد (۱۵). این مقاله که بخشی از یک مطالعه با هدف تبیین تجارب پرستاران شاغل در اورژانس در مورد بحران است، به تبیین ماهیت، علل و پیامدهای بحران در بخش‌های اورژانس از دیدگاه پرستاران پرداخته است. علی‌رغم اهمیت غنای تجربه پرستاران در موقعیت‌های گوناگون، از جمله بحران و لزوم بهره‌گیری از آن تجارب در جهت بهبود روندهای کاری و مراقبتی، تاکنون در این زمینه تحقیقی با رویکرد کیفی انجام نیافته است. از رویکردهای کیفی برای تبیین رفتار، احساسات و تجارب افراد و آنچه در هسته زندگی آن‌ها واقع شده است، استفاده می‌شود (۱۶). تحقیق کیفی فرصت مناسبی برای تولید دانش پرستاری معنادار از طریق تجربیات افراد فراهم می‌کند (۱۷). محققان امید آن دارند نتایج این مطالعه کیفی بتواند با شفاف‌سازی ابعادی از بحران به مدیریت شرایط بحرانی و بهبود خدمات اورژانس کمک نماید.

روش بررسی

این تحقیق، مطالعه‌ای با رویکرد تحلیل محتوای کیفی است. تحلیل محتوای کیفی یک رویکرد تحقیقی است که برای کسب استنتاج‌های معتبر و مبتنی بر زمینه داده‌ها و همچنین با هدف تولید دانش، بینش جدید، رایه حقایق و راهنمای عملی برای عملکرد، مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۸).

محققان برای نمونه‌گیری به اورژانس دو تا از بیمارستان‌های عمومی و ترومای شهر تهران مراجعه نمودند. بیمارستان‌های یاد شده

از مراکز مهمی هستند که در صورت بروز هرگونه حادثه و سانحه، مرکز فوریت‌های پزشکی تهران بیماران را به این مراکز منتقل می‌کند. این مراکز به بیماران ترومایی و مصدومان حوادث مختلف در حد تخصصی خدمات ارایه می‌نماید و هر دوی آن‌ها دارای بخش‌های تریاژ، بستری حاد، بستری موقت و حتی ICU هستند. به‌طور متوسط هر دو بیمارستان بیش از ۵۰ تخت در اورژانس‌های خود دارند. یکی از آن‌ها، بیمارستان آموزشی-درمانی و دیگری فقط بیمارستان درمانی است. در هر نوبت‌کاری به‌طور میانگین حدود ۸ تا ۱۰ پرستار در آن مشغول به کار هستند.

به‌طور هدفمند ۱۲ نفر از پرستارانی که بیش از ۳ سال سابقه کار در اورژانس بیمارستان‌های یاد شده داشتند، در مطالعه شرکت داده شدند. نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع داده‌ها ادامه یافت. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند صورت گرفت و با هر یک از شرکت‌کنندگان یک‌بار مصاحبه شد. مصاحبه‌ها در اتاق استراحت پرستاران و یا اتاق سرپرستار انجام می‌گرفت. همه مصاحبه‌ها در نوبت صبح انجام یافت. مصاحبه برای هر شرکت‌کننده بین ۴۵ دقیقه تا یک ساعت طول می‌کشید. تمامی مصاحبه‌ها توسط یک نفر انجام گرفت و جمع‌آوری داده‌ها تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. صدای مصاحبه‌شوندگان بر روی یک دستگاه ضبط صوت ثبت و سپس نوشته شد.

سؤالات راهنمای مصاحبه بدین شرح بود:

• به‌طور معمول در یک نوبت‌کاری شما

چه اتفاقاتی می‌افتد؟

پژوهشگر به‌عنوان یک فرد خارجی به محیط مورد مطالعه وارد شد، اما به دلیل جایگاه شغلی خود به‌عنوان کارشناس نظارت معاونت درمان در دانشگاه‌های علوم پزشکی با مسئولان پرستاری و برخی از کارکنان بیمارستان‌های مورد مطالعه ارتباطات سازمانی داشت. جهت اعتبار داده‌ها (Credibility) از درگیری طولانی مدت و مقایسه مداوم داده‌ها استفاده شد. وابستگی (Dependability) گویای ثبات و پایایی داده‌هاست. برای این امر از طریق بازنگری خارجی (Member Check) به شکل استفاده از نظرات تکمیلی و مرور نوشته‌ها توسط سه نفر از شرکت‌کنندگان اقدام شد. با ارائه گزارش‌ها، نوشته‌ها و یادداشت‌ها به دو نفر از استادان پرستاری و اخذ نظرات آن‌ها، تأییدپذیری یافته‌ها (Confirmability) مشخص شد. قابلیت انتقال (Transferability) تحقیق از طریق غنی‌سازی داده‌ها و برقراری ارتباط صمیمانه با شرکت‌کنندگان فراهم شد (۱۷).

ملاحظات اخلاقی

کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه، بیان اهداف مطالعه و کسب رضایت آگاهانه کتبی قبل از انجام مصاحبه‌ها، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات و حق کناره‌گیری شرکت‌کنندگان از پژوهش در زمان دل‌خواه مدنظر قرار گرفت.

یافته‌ها

حاصل تحلیل اولیه داده‌های مکتوب ۴۷۲ کد و ۲۱ طبقه اولیه بود که بعد از دسته‌بندی داده‌ها و با کاهش طبقات به‌صورت پنج درون‌مایه نهایی پدیدار شد. این درون‌مایه‌ها شامل «بی‌تعدالی غیرمنتظره»، «پیشامدها»، «نقصان در عوامل خدمت‌رسان»، «پیامدهای

• آیا تاکنون بحران را تجربه نموده‌اید، چگونه و چه زمانی؟

• چه تجاربی از بحران در بخش اورژانس دارید؟

• چه عواملی باعث بحران شده بودند؟

• پیامد این بحران‌ها چه بوده است؟

برای تحلیل داده‌ها از روش قراردادی تحلیل محتوا بهره‌گیری شد. معمولاً زمانی از روش قراردادی تحلیل محتوا استفاده می‌شود که در مورد یک پدیده، نظریه یا ادبیات محدودی وجود داشته باشد. در این رویکرد محققان از کاربرد طبقات از قبل تعیین شده اجتناب کرده و به جای آن اجازه می‌دهند که طبقات و نام آن‌ها از درون داده‌ها استخراج شود (۱۹). برای تحلیل محتوای کیفی با دیدگاه قراردادی بایستی به سه گام مشتمل بر کدگذاری باز (Open Coding)، ایجاد طبقه‌ها (Creating Categories) و انتزاعی سازی (Abstraction) توجه شود (۲۰). تحلیل داده‌های این مطالعه نیز مبتنی بر همین سه گام انجام یافت. بدین‌صورت که متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد تا درک جامعی از آن به دست آید. در ادامه به هر بخش از متن یک نام یا کد داده شد و در حاشیه آن یادداشت گردید. سپس کدهای به‌دست آمده در طبقاتی گروه‌بندی شد. طبقات مشابه در کنار یکدیگر قرار گرفتند و این روند با رویکرد کاهش دادن تا حد منطقی ادامه یافت، به‌میزانی که طبقاتی به دست آید که بتواند موضوع مورد مطالعه را پوشش دهد. در این مطالعه تحلیل داده‌ها پس از اولین مصاحبه شروع و تا پایان جمع‌آوری داده‌ها ادامه یافت. در پایان پنج درون‌مایه اصلی به دست آمد.

بیمارستان آتیش گرفته و ما دچار بحران شدیم».

درون‌مایه فرعی دیگر «تغییر در روزمرگی» است. سرپرستار بخش اورژانس به عنوان شرکت‌کننده دیگر اظهار داشت: «... تو بحران شریاطی به وجود می‌آد که با روزمرگی که توی اورژانس هست فرق می‌کنه، یعنی نظم به هم می‌خوره ...» (شرکت‌کننده شماره ۵).

درون‌مایه فرعی سوم «الزام به منابع بیش‌تر» است. شرکت‌کننده شماره ۲ در این باره گفت: «وقتی تعداد مریض هامون یک‌دفعه زیاد بشه و نتونیم بخش رو جمع‌وجور کنیم برای ما بحرانه. نیروهای بیش‌تری می‌خواد از همه نظر، پزشکی، پرستاری و پشتیبانی. تجهیزات بیش‌تری می‌خواد. باید بهمون کمک بشه».

شرکت‌کنندگان در بیانات خود اشاره می‌کردند که در این بی‌تعدالی آن‌ها با چهارمین درون‌مایه فرعی یعنی «شلوغی - آشفتگی» بخش روبه‌رو می‌شوند، به طوری که مدیریت کردن آن به سختی انجام می‌گیرد. شرکت‌کننده شماره ۱۱ در این باره صحنه‌ای را به تصویر کشیده است: «یک‌بار برای ما یه بچه مرده رو آورده بودن. ما بلافاصله کارهای احیا رو انجام دادیم اما بچه برنگشت ... زمانی که من به خانوادش اطلاع دادم که ما نمی‌تونیم برای بچشون کاری انجام بدیم، اون‌ها حمله کردن که ما می‌خوایم بچمون رو ببریم چون شما نمی‌تونید برای بچمون کاری بکنید. این یه بحران بود، اون‌ها می‌خواستن بچه مرده رو ببرن ... اون لحظه خیلی بحران بود چون همه اورژانس به هم ریخته بود ...»

مثبت» و «پیامدهای منفی» بحران ارایه شد. مشخصات شرکت‌کنندگان در مطالعه در جدول شماره ۱ و درون‌مایه‌های اصلی و فرعی مطالعه در جدول شماره ۲ به نمایش گذاشته شده است.

بی‌تعدالی غیرمنتظره

شرکت‌کنندگان مطالعه، بحران در اورژانس را معادل «بی‌تعدالی غیرمنتظره» دانسته و معتقد بودند در شرایط بحرانی اوضاع به طور غیرمنتظره از حالت عادی خارج می‌شود. در این مورد یکی از شرکت‌کنندگان که سرپرستار بود، این‌گونه توضیح داد: «توی بحران شرایط اورژانس به حالتی تبدیل می‌شه که با کارهای روزمره فرق می‌کنه و نظم به هم می‌خوره، به طوری که از نظر پزشکی، پرستاری و پشتیبانی نیروهای بیش‌تری می‌خواد ...» (شرکت‌کننده شماره ۸)

یافته‌ها نشان داد این درون‌مایه دارای پنج درون‌مایه فرعی است: «غیرقابل پیش‌بینی بودن»، «تغییر در روزمرگی»، «الزام به منابع بیش‌تر»، «شلوغی - آشفتگی» و «تجربه چشمگیر». در مورد درون‌مایه فرعی اول یعنی «غیرقابل پیش‌بینی بودن»، شرکت‌کنندگان در بیانات خود اظهار داشتند، بحران‌ها معمولاً به طور پیش‌بینی نشده و بی‌خبر پیش آمده و آن‌ها را غافلگیر می‌کنند. در این مورد شرکت‌کننده شماره ۱۲ گفت: «اتفاقاتی که بی‌خبر پیش میان برای ما یه بحرانه مثلاً چند وقت پیش یه کارخونه نزدیک این‌جا آتیش گرفت و مریض هاشو رو این‌جا آوردن یا حتی پیش اومده یه دفعه قسمت‌هایی از همین

پیشامدها

درون‌مایه دوم این مطالعه «پیشامدها» بوده و دلالت بر وقوع حوادثی داشت که بدون پیش‌بینی و یک‌باره اتفاق افتاده و باعث بحران می‌شوند. درون‌مایه‌های فرعی آن عبارت‌اند از: «پیشامدهای طبیعی»، «پیشامدهای بشر ساخت» و «ترس جمعی در مورد پیشامد».

«پیشامدهای طبیعی» اشاره به حوادثی دارد که برحسب طبیعت و بدون دخالت انسان پدید می‌آید و مصدومان ناشی از آن‌ها به‌یک‌باره به بیمارستان‌ها ارجاع داده می‌شوند و این امر موجب بحران می‌شود. شرکت‌کننده شماره ۶ در این مورد اظهار داشت: «من خودم تو جریان زلزله بم سال ۸۲ بودم. با این که ظاهراً زلزله تو بم اتفاق افتاده بود ولی یه سری از بیمارها رو آوردن برای ما. اون موقع یک شرایط بحرانی داشتیم. با توجه با این که خودمون هم یه سری مریض تو اورژانس داشتیم، مصدومان زلزله رو هم برای ما آورده بودن، بدون این که شرایط بخش ما تغییر بکنه. بخش کلاً به‌هم‌ریخته بود.»

درون‌مایه فرعی بعدی «پیشامدهای بشر ساخت» به حوادثی دلالت دارد که توسط رفتارها و یا بی‌توجهی‌های بشری پدید می‌آیند، از جمله آتش‌سوزی‌ها، حوادث جاده‌ای، درگیری‌های اجتماعی. در مورد این دسته از عوامل، شرکت‌کننده شماره ۹ گفت: «... مثلاً یک‌بار یه هواپیما تو فرودگاه مهرآباد سقوط کرده بود یا ... مثلاً یا حوادث رانندگی بزرگ که یه دفعه یه اتوبوس مصدوم برامون میارن ... همه این‌ها برای ما بحران ایجاد می‌کنه ...»

همچنین شرکت‌کننده شماره ۱۰ در مورد درگیری‌های اجتماعی گفت: «چند سال قبل یه درگیری شده بود که تعداد زیادی تیرخورده رو به اورژانس آورده بودن. اونقدر شرایط بدی بود که چند روز بخش کاملاً به‌هم‌ریخته بود. هیچ جووری نمی‌تونستیم بخش رو جمع‌وجور کنیم ... در واقع اورژانس ما یه اورژانس معمولی بود و اصلاً برای اون شرایط بحرانی تعریف نشده بود ...»

شرکت‌کنندگان «ترس جمعی در مورد پیشامد» را به عنوان یکی دیگر از علل ایجاد بحران در اورژانس‌ها بیان کرده بودند. بدین معنی که ترس جمعی ناشی از برداشت نادرست مردم از برخی از پیشامدها موجب می‌شود به‌یک‌باره تعداد زیادی از مراجعان به اورژانس هجوم آورده و موجب بی‌تعادلی شوند. در این باره یکی دیگر از شرکت‌کنندگان گفت: «یه مورد دیگه هم که ما توی بحران بودیم آنفولانزای پرندگان بود. دو سال پیش که یک‌دفعه شایعه‌اش پیچید، چون مردم آگاهی کافی نداشتند حساسی ترسیده بودن ... همه ریخته بودن توی اورژانس ...» (شرکت‌کننده شماره ۱۲)

نقصان در عوامل خدمت‌رسان

«نقصان در عوامل خدمت‌رسان» به عنوان درون‌مایه دیگر نیز می‌تواند در حضور پیشامدها، یا بدون آن‌ها به بحران بینجامند. منظور از عوامل خدمت‌رسان کلیه عواملی است که در بیمارستان و به خصوص اورژانس برای ارائه خدمت به بیماران، وجودشان الزامی است. این درون‌مایه دارای دو درون‌مایه فرعی دیگر شامل «عوامل انسانی نارسا» و «عوامل غیرانسانی نامتناسب» است. درون‌مایه فرعی

پاگیر هستند. آگه نبودند دست ما بازتر بود و بهتر می‌تونستیم کارها رو انجام بدیم. خوب خود این‌ها هم در ایجاد بحران بی‌تأثیر نیستند» (شرکت‌کننده شماره ۱).

پیامدهای مثبت

درون‌مایه چهارم با عنوان «پیامدهای مثبت» نشان می‌دهد که بحران‌ها می‌توانند به نتایج مثبت بینجامند. این درون‌مایه شامل دو درون‌مایه فرعی دیگر است: «توانمندی» و «رضایت». در مورد «توانمندی» شرکت‌کننده شماره ۱۱ بیان نمود: «... در واقع ما به دلیل این که زیاد با بحران‌ها دست‌وپنجه نرم کردیم، نسبت به پرستارهای بخش‌های عمومی قوی‌تریم و کار بیش‌تری از دستمون بر می‌آد. ما بهتر می‌تونیم بخش رو در زمان شلوغی‌ها و سی‌پی‌آر مدیریت کنیم ... حتی باعث شده ما توی مدیریت زندگی شخصی‌مون توانمندتر باشیم ...»

همچنان که اشاره شد علاوه بر ایجاد توانمندی، اثر سودمند دیگر بحران «رضایت» در پرستاران است. در این مورد شرکت‌کننده شماره ۱۰ اظهار داشت: «وقتایی که می‌تونیم بحران‌ها رو خوب مدیریت کنیم خیلی از خودم راضی می‌شم، حس خوبی دارم. می‌گم خدایا شکرست امروز در حد توانم سعی‌ام رو کردم تا کارها خوب انجام بشه.»

پیامدهای منفی

منظور از پیامدهای منفی آن دسته از نتایجی از بحران است که هم بر ارایه‌دهندگان و هم گیرندگان خدمت تأثیرات نامطلوب می‌گذارد. دو درون‌مایه فرعی آن عبارتند از: «خدمات کم‌تر از انتظار» و «رنجیدگی». شرکت‌کنندگان

اول یعنی «عوامل انسانی نارسا» که اشاره به تعداد ناکافی نیروی انسانی یا نیروی انسانی ناکارآمد دارد، می‌تواند به بحران انجامیده و یا حداقل بحران را گسترش دهد. در همین زمینه شرکت‌کننده شماره ۲ اظهار داشت: «آگه تعداد پزشک‌ها و پرستارها کافی باشه خیلی کارهای ما جلو می‌افته. آگه تعداد پزشک‌ها پایین باشه نمی‌رسن که همه رو ویزیت کنن و این شرایط ما رو بدتر می‌کنه ... مریض‌ها بلا تکلیف تو اورژانس می‌مونن و بیش‌تر باعث شلوغ شدن اورژانس می‌شه، کمبود پرستارها هم همین تأثیرات رو داره ...»

حتی در صورت حضور نیروی انسانی کارآمد و کافی، نقص در سایر منابع که ما آن را «عوامل غیرانسانی نامتناسب» نامیدیم، می‌تواند موجب ایجاد بی‌تعدالی غیرمنتظره یا همان بحران شود. منظور از این دسته از عوامل مواردی مانند نامتناسب بودن ساختار فیزیکی، تجهیزات و حتی قوانین و مقررات است. در این مورد شرکت‌کننده شماره ۳ اظهار داشت: «آگه سیتی اسکن خراب باشه برای ما بحران درست می‌شه ... گرچه این‌ها مشکلات داخلی و تجهیزاتیه ولی ما رو می‌بره تو بحران چون نمی‌تونیم کارها رو به موقع انجام بدیم و بخش به هم می‌ریزه.»

همچنین شرکت‌کننده دیگری که جانشین سرپرستار بود، در مورد نقصان قوانین و پروتکل‌های مقابله با بحران گفت: «قوانین و پروتکل‌هایی برای یه سری شرایط محدود و خاص وجود دارد مثل اپیدمی‌ها. بقیه مواقع سلیقه‌ای عمل می‌شه و بستگی به تجربه پرستار داره ... بعضی از قوانین هم‌دست و

بیان نمودند، علی‌رغم همه دقت و تلاش آن‌ها، در بحران‌ها احتمال خطاها و مراقبت‌های نامطلوب افزایش می‌یابد. در مورد درون‌مایه فرعی «خدمات کم‌تر از انتظار» شرکت‌کننده شماره ۲ بیان نمود: «به‌هرحال تو بحران‌ها کیفیت کار پایین می‌اد. فشار تریاژ خیلی زیاده همه پرستارها به‌خصوص پرستار تریاژ خیلی اذیت می‌شه. چون تو تریاژ باید مریض‌ها رو در مدت کوتاهی سطح‌بندی کنه و این باعث می‌شه کار اون‌طور که باید انجام نشه. ... خیلی وقت‌ها حتی ممکنه ما خطا کنیم و یه سری کارها جا بمونه ...»

درون‌مایه فرعی دیگر یعنی «رنجیدگی»، دلالت بر همان فشارها و نارضایتی‌هایی دارد که هم ارایه‌دهندگان خدمات یعنی کارکنان و هم دریافت‌کنندگان خدمات یعنی بیماران و خانواده‌هایشان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این مورد پرستار شرکت‌کننده شماره ۵ در مورد رنجی که برای آن‌ها ایجاد می‌شود گفت: «در حین بحران شرایط خیلی وحشتناک هست.

فشار زیادی به ما وارد می‌شه ... بعضی وقت‌ها این‌قدر صحنه‌های دل‌خراش هستن حتی وقتی می‌رم خونه دیگه نمی‌تونم غذا بخورم، یه چیزهایی می‌بینی که موقع غذا خوردن جلوی چشمت می‌اد. از نظر روحی روانی واقعاً تأثیر می‌ذاره ... گاهی اوقات میرم خونه اونقدر پاهام درد می‌کنه که گریه می‌کنم ...»

این اثرات نامطلوب برای بیماران و خانواده‌هایشان به‌عنوان دریافت‌کنندگان خدمت نیز می‌تواند ایجاد شود. مثلاً شرکت‌کننده شماره ۷ گفت: «تو بحران‌ها ناخودآگاه یه سری از مریض‌ها از دست آدم در می‌رن و نارضایتی می‌ره بالا. چون مجبوریم مریض‌ها رو تریاژ کنیم و اون‌هایی که مشکل حادی ندارن رو بذاریم کنار. این‌جور وقت‌ها همش باید همراه‌ها رو توجیه کنیم که ما مریض بدحال داریم و مریض شما خیلی بدحال نیست، ولی به‌هرحال اون‌ها از ما ناراضی می‌شن. خیلی هاشون هم با رضایت شخصی بیمارستان رو ترک می‌کنن ...»

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه

شماره شرکت‌کنندگان	جنس	سابقه کار در اورژانس	موقعیت شغلی
۱	زن	۹	جانشین سرپرستار
۲	زن	۳	پرستار
۳	زن	۳	پرستار
۴	زن	۱۲	جانشین سرپرستار
۵	مرد	۸	سرپرستار
۶	زن	۸	پرستار
۷	زن	۵	پرستار
۸	زن	۸	سرپرستار
۹	زن	۶	پرستار
۱۰	زن	۸	پرستار
۱۱	زن	۶	پرستار
۱۲	زن	۵	پرستار

جدول ۲- درون‌مایه‌های اصلی و فرعی مربوط به ماهیت، علل و پیامدهای بحران در اورژانس از دیدگاه پرستاران

الف- بی تعادلی غیر منتظره
• غیرقابل پیش‌بینی
• تغییر روزمرگی
• الزام به منابع بیش‌تر
• شلوغی- آشفتگی
• تجربه چشمگیر
ب- پیامدها
• پیامدهای طبیعی
• پیامد بشر ساخت (آتش‌سوزی‌ها، حوادث جاده‌ای، درگیری‌های اجتماعی)
• ترس جمعی در مورد پیامد
ج- نقصان در عوامل خدمت رسان
• عوامل انسانی نارسا
• عوامل غیرانسانی نامتناسب
د- پیامدهای مثبت
• توانمندی
• رضایت
ه- پیامدهای منفی
• خدمات کمتر از انتظار
• رنجیدگی

بحث و نتیجه‌گیری

این مقاله که بخشی از یک مطالعه کیفی در مورد تبیین تجارب پرستاران اورژانس از بحران است، ابعاد خاصی از بحران مانند ماهیت، علل و پیامدهای بحران را روشن ساخته است. بررسی‌ها نشان داد تاکنون مطالعه‌ای در این حوزه و به صورت کیفی انجام نیافته است، لذا می‌توان گفت یافته‌های این مطالعه ویژگی‌های خاصی از بحران در بخش اورژانس بیمارستان‌ها را به تصویر کشیده که توجه به آن‌ها می‌تواند در ارتقای عملکرد بخش اورژانس و مدیریت بحران‌های بالقوه و بالفعل کمک نماید.

از نظر پرستاران شاغل در اورژانس هرگونه «بی‌تعادلی غیرمنتظره» یک بحران محسوب شده و این بی‌تعادلی دارای ابعاد «غیرقابل پیش‌بینی»، «تغییر در روزمرگی»،

«الزام به منابع بیش‌تر»، «شلوغی- آشفتگی» و «تجربه چشمگیر» است. تعاریف متعددی از بحران در متون ارائه شده و در برخی از آن‌ها به جنبه‌هایی از بحران اشاره شده که ابعاد یافت شده در این مطالعه را مورد تأیید قرار می‌دهد. به‌طور مثال coomds به غیرقابل پیش‌بینی بودن بحران اشاره داشته و بیان می‌دارد که بحران به معنی رویارویی با یک واقعه غیرقابل پیش‌بینی است که انتظارات ذینفعان را تهدید کرده و می‌تواند تأثیرات جدی بر عملکرد سازمان بگذارد (۲۱). جنبه دیگر بحران یعنی تغییر در روزمرگی در تعریفی که Isyar از بحران دارد، دیده می‌شود. از نظر او بحران یک موقعیت اورژانسی است که به ناگهان اتفاق افتاده و فرایندهای روزمره و معمول یک سیستم را تغییر می‌دهد (۲۲).

در متون به جنبه دیگر مفهوم بحران یعنی الزام به منابع بیشتر نیز اشاره‌ای شده است، مثلاً Harrison و Ferguson به بعد الزام به منابع بیش‌تر تأکید کرده و معتقدند بحران معمای غامضی است که نیازمند به‌کارگیری منابع بیش‌تر و توجه فوری برای حفظ خدمات است (۲۳). در مورد درون‌مایه فرعی دیگر یعنی آشفستگی - شلوغی نیز گفته شده بحران در همه سطوح، درجاتی از آشفستگی را به همراه دارد (۲۴). همچنین شاید بتوان این درون‌مایه فرعی را با آنچه در متون به‌عنوان شلوغی بیش‌از حد اورژانس بیان شده است، معادل دانست. گفته شده است در دهه گذشته در کشورهایمانند ایالات متحده آمریکا شلوغی بیش‌از حد اورژانس به یک مشکل حاد بدل شده (۲۵) و از دهه ۱۹۹۰ اسناد مربوط به شلوغی اورژانس در کشورهایمانند کانادا، انگلستان و استرالیا نیز منتشر شده است؛ بنابراین پدیده شلوغی اورژانس نه پدیده جدید و نه منحصر به کشور خاصی است (۲۶).

دومین درون‌مایه این مطالعه یعنی پیشامدها دلالت به برخی علل بحران دارد. براساس یافته‌های مطالعه حاضر، وقوع هرگونه حادثه به‌صورت پیشامدهای طبیعی مانند زلزله، پیشامدهای بشر ساخت مانند تصادفات جاده‌ای با مصدومان بالا و ترس جمعی ناشی از برداشت نادرست از پیشامدها نیز عاملی اساسی برای وقوع بحران هستند. به لحاظ حوادث طبیعی، ایران به علت وسعت، موقعیت جغرافیایی و تنوع اقلیمی جزء یکی از ده کشور بلاخیز جهان محسوب می‌شود. شهر تهران نیز در طول تاریخ خود حوادث و بلایای زیادی را

پشت سر گذاشته است. بیمارستان‌ها به‌عنوان اساسی‌ترین و مهم‌ترین مؤسسات درمانی باید قبل از وقوع حوادث از آمادگی لازم و کافی برخوردار باشند، تا بتوانند در هنگام رویارویی با بحران، پاسخ صحیح و سریع به حادثه را تضمین کنند (۲۷). علاوه بر حوادث طبیعی، حوادث بشر ساخت به‌خصوص تصادفات نیز در ورود یک‌باره مصدومان به بیمارستان‌ها و ایجاد بی‌تعدالی نقش مهمی دارند. نتیجه یک مطالعه در ایران نشان داد از سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۱ میزان مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات رانندگی از ۵۱ به ۶۵ نفر به ازای هر ۱۰۰۰ حادثه افزایش یافته و به‌طور کلی سالانه حدود ۲۱۰۰۰ مرگ ناشی از حوادث ترافیکی اتفاق می‌افتد (۲۸).

از کنار سومین درون‌مایه یعنی نقصان در عوامل خدمت‌رسان که عامل دیگری برای شروع یا گسترش بحران هست، نیز نباید به‌آسانی گذشت. چون شاید یکی از علت‌های مواجهه همیشگی با بحران نقص در عواملی باشد که باید در شرایط معمول و بحرانی خدمت ارائه کنند. اگر عوامل انسانی مانند پرستاران و پزشکان و غیرانسانی مانند ساختار فیزیکی، تجهیزات و داروها و قوانین و مقررات از کمیت و تناسب خوبی برخوردار نباشند، می‌توانند حتی شرایط معمول اورژانس را به حالت بحرانی بدل کنند. بدیهی است که این مسأله در زمان حوادث و ارجاع تعداد زیادی بیمار به اورژانس، موقعیت را بغرنج‌تر می‌کند. نتایج برخی از مطالعات در اورژانس‌ها حکایت از نامتناسب بودن عوامل خدمت‌رسان در بخش‌های اورژانس دارد. مثلاً در مطالعه‌ای که

Reddy و همکاران نیز این موضوع را تأیید کرده و اظهار می‌دارند، شلوعی اورژانس مشکل پیچیده‌ای است که عمیقاً در موضوعاتی مانند ظرفیت بستری بیماران، ناکفایتی در جایگزینی برای بستری شدن بیماران و کمبود منابع بیمارستانی ریشه دارد (۳۳).

دو درون‌مایه آخر یعنی پیامدهای مثبت و منفی نشان می‌دهد که بحران دارای دو دسته اثر متفاوت است. براساس بیانات شرکت‌کنندگان، در یک طرف طیف پیامدهای بحران، اثرات سودمند و مؤثر مانند توانمند شدن و رضایت کارکنان و در طرف دیگر آن اثرات منفی و در عین حال قوی‌تر مانند خدمات کم‌تر از انتظار و رنجیدگی وجود دارد. پیامدهای منفی شامل احساس استرس، فشار و خستگی کارکنان و همچنین نارضایتی دریافت‌کنندگان خدمات است. در متون نیز به هر دو طرف پیامدهای بحران اشاره شده است. چنانچه James و Gilliland معتقدند که بحران هم خطر و هم فرصتی برای تجربه است. تجربه بحران کمک می‌نماید تا در مدیریت شرایط بحرانی فرد بتواند مداخلات مناسب و به‌جایی را داشته باشد و در آینده نیز با رشد و انگیزه برای تغییر روبه‌رو باشد (۲).

گرچه پیامدهای مثبت بحران ارزشمند است، اما طرف دیگری که نیاز به توجه و تمرکز بیشتری دارد، همان اثرات مخرب و آزاردهنده بحران است که موجب خستگی و نارضایتی هم‌گیرندگان خدمت و هم‌ارایه‌کنندگان خدمت می‌شود. در همین مورد اسماعیلی‌پور و همکاران نیز بیان داشتند که پرستاران اورژانس به دلیل قرارگیری در محیط

بهداری و همکاران در اورژانس یکی از بیمارستان‌های پایتخت ایران انجام داده‌اند، نشان می‌دهد که ساختار فیزیکی، تجهیزات و تعداد نیروی انسانی در حد متوسط قرار داشته و نیاز به توجهات خاص دارد (۲۹). همچنین نتایج مطالعه دیگری در بیمارستان‌های شهر تهران نشان داده است که میزان آمادگی اورژانس‌ها به لحاظ برخی جنبه‌ها مانند پذیرش و تخلیه بیماران، در سطح ضعیف و به لحاظ مدیریت و نیروی انسانی، در سطح متوسط قرار دارد (۲۷). ذکر این نکته نیز ضروری است که اکثر پرستارانی که در بخش‌های تخصصی از جمله اورژانس کار می‌کنند، آموزش‌های تخصصی ندیده و جایگاه سازمانی نیز برای آن‌ها در نظر گرفته نشده است (۳۰). این در حالی است که امروزه تلاش در اورژانس سایر کشورها بر به‌کارگیری نیروهای متخصص پرستاری است (۳۱).

در مجموع این درون‌مایه فرعی یعنی عوامل خدمت‌رسان با دسته‌بندی که Nash و همکاران از عوامل شلوعی‌های اورژانس ارایه دادند از بعضی جهات مشابهت دارد. آنان معتقدند که عوامل مربوط به بخش، عوامل مربوط به بیماران و عوامل مربوط به بیمارستان و جامعه سه عامل اصلی شلوعی‌های اورژانس هستند (۲۵). همچنین Natal معتقد است که در یک دهه گذشته علل شلوعی‌های بیش از حد اورژانس‌ها مواردی مانند کمبود فضای مناسب در اورژانس، افزایش بیماران غیراورژانسی مراجعه‌کننده به اورژانس، فقدان تخت مراقبت‌های حاد و ویژه و فقدان نیروی پرستاری کارآمد بوده است (۳۲).

شرایط و عملکرد اورژانس را بر هم زند، حال چه عوامل داخل بیمارستانی و چه عوامل خارج بیمارستانی باشد، موجب ایجاد و گسترش بحران می‌شود. وقوع بحران در اورژانس هم پیامدهای مثبت و هم پیامدهای منفی به همراه دارد. لازمه پیشگیری و مدیریت شرایط بحرانی در اورژانس، داشتن برنامه جامع عملیاتی از سطوح بالایی وزارت بهداشت و درمان تا سطح مدیران بیمارستانی است و بایستی همه افراد درگیر سیستم بهداشت و درمان و به خصوص کارکنان بخش اورژانس در تدوین و اجرای این برنامه‌ها مشارکت فعال داشته باشند.

تشریح و قدردانی

از مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که در تدوین و تأیید طرح تحقیقاتی این مطالعه ما را یاری نمودند و مسؤولان و کارکنان پرستاری مراکز تحت مطالعه به جهت هموار نمودن زمینه جمع‌آوری داده‌ها و شرکت در مصاحبه‌ها قدردانی می‌شود.

پرتنش و تصورات غلطی که در مورد رفتار پرستاران وجود دارد، از سوی بیماران و خانواده‌های آن‌ها مورد تهاجم قرار می‌گیرند (۳۴). همچنین حجم کار زیاد و محیط پرتنش و غیرقابل پیش‌بینی اورژانس موجب خستگی و فرسودگی پرستاران اورژانس می‌شود (۳۵). از طرف دیگر ازدحام بیش از حد اورژانس موجب وقوع خطاهای پزشکی، افزایش مرگ‌ومیر، افزایش زمان انتظار بیماران و طولانی شدن مدت بستری، اختلال در دریافت درمان و مراقبت، اختلال در حفظ حریم بیماران و در نهایت نارضایتی بیماران می‌شود (۳۶). لذا با عنایت به این اثرات مخرب و آزاردهنده باید به پیشگیری و مدیریت بهتر این وقایع توجه خاص شود تا از اثرات ناخوشایند آن جلوگیری به عمل آید.

این مطالعه کیفی به تبیین تجربه پرستاران شاغل در اورژانس در ابعاد ماهیت، علل و پیامدهای بحران پرداخته است و یافته‌های آن نشان می‌دهد که در اورژانس بیمارستان‌های ایران هر عاملی که بتواند تعادل

منابع

- 1 - Roberts AR. Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2000; P. 10.
- 2 - James RK, Gilliland BE. Crisis intervention strategies. 7th ed. Belmont, California: Cengage Learning; 2012.
- 3 - Still CR. What strategies can be employed in the emergency department of surrey memorial hospital to facilitate registered nurses' learning in crisis?. Canada: Royal Roads University; 2008.
- 4 - Lighthouse. The difference between a crisis, emergency, and disaster. Available at: <http://lighthouse readiness.com/lrg/difference-crisis-emergency-disaster/>. Accessed Oct 12, 2014.
- 5 - Zaboli R, Ajam M. Learning strategies in crisis in emergency department staff; a qualitative study. Iranian Journal of Military Medicine. 2013; 15(1): 25-38.

- 6 - Kellermann AL. Crisis in the emergency department. *N Engl J Med*. 2006 Sep 28; 355(13): 1300-3.
- 7 - Clancy CM. Emergency departments in crisis: opportunities for research. *Health Serv Res*. 2007 Feb; 42(1 Pt 1): xiii-xx.
- 8 - Bahrami M, Aliakbari F, Aien F. [Team work competence in disaster response: A qualitative content analysis study of emergency nurses experiences]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2013; 2(4): 26-36. (Persian)
- 9 - Ardalan A, Masoomi GR, Goya MM, Ghaffari M, Miadfar J, Sarvar MR, et al. Disaster health management: Iran's progress and challenges. *Iranian J Publ Health*. 2009; 38(Suppl. 1): 93-97.
- 10 - Khorasani-Zavareh D, Bigdeli M, Farrokh-Eslamlou H, Abdoos H, Mohammadi R. Traffic injury deaths in reproductive age group in Iran. *Journal of Clinical Research & Governance*. 2012; 1(1): 25.
- 11 - Rahmani H, Arab M, Akbari F, Zeraati H. [Structure, process and performance of the emergency unit of teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006; 4(4): 13-22. (Persian)
- 12 - Baratloo A, Maleki M. Description of a working day as a senior emergency medicine resident; burning candle at both ends!. *Emergency*. 2015; 3(1): 1. (Letter to editor)
- 13 - Wolf L, Brysiewicz P, LoBue N, Heyns T, Bell SA, Coetzee I, et al. Developing a framework for emergency nursing practice in Africa. *African Journal of Emergency Medicine*. 2012 Dec; 2(4): 174-181.
- 14 - McCarthy G, Cornally N, O' Mahoney C, White G, Weathers E. Emergency nurses: procedures performed and competence in practice. *Int Emerg Nurs*. 2013 Jan; 21(1): 50-7.
- 15 - Canyon DV, Adhikari A, Cordery T, Giguere-Simmonds P, Huang J, Nguyen H, et al. Types of crises experienced by health organizations. *Asia Pacific Journal of Health Management*. 2010; 5(2): 58-64.
- 16 - Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing and healthcare*. 3rd ed. Chichester, England: Wiley-Blackwell; 2010. P. 6.
- 17 - Streubert Speziale H, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. P. 138.
- 18 - Schreier M. *Qualitative content analysis in practice*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2012. P. 8,9.
- 19 - Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005 Nov; 15(9): 1277-88.
- 20 - Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008 Apr; 62(1): 107-15.
- 21 - Coombs WT, Holladay SJ. *The handbook of crisis communication*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010. P. 37-38.
- 22 - Isyar OG. Definition and management of international crises. *Perceptions*. Winter 2008; 1-49.

- 23 - Harrison JP, Ferguson ED. The crisis in United States hospital emergency services. *Int J Health Care Qual Assur.* 2011; 24(6): 471-83.
- 24 - Cole D. Chaos, complexity, and crisis management. Available at: <http://www.usfa.fema.gov/pdf/efop/efo15433.pdf>
- 25 - Nash K, Nguyen H, Tillman M. Using medical screening examinations to reduce emergency department overcrowding. *J Emerg Nurs.* 2009 Apr; 35(2): 109-13.
- 26 - Coughlan M, Corry M. The experiences of patients and relatives/significant others of overcrowding in accident and emergency in Ireland: a qualitative descriptive study. *Accid Emerg Nurs.* 2007 Oct; 15(4): 201-9.
- 27 - Hojat M, Sirati Nir M, Khaghanizadeh M, Karimi Zarchi M. [A survey of hospital disaster management in medical science universities]. *Daneshvar Medicine.* 2008 April-May; 15(74): 1-10. (Persian)
- 28 - Bahadorimonfared A, Soori H, Mehrabi Y, Delpisheh A, Esmaili A, Salehi M, et al. Trends of fatal road traffic injuries in Iran (2004-2011). *PLOS.* Available from: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0065198>
- 29 - Bahadori MK, Mirhashemi S, Panahi F, Tofighi Sh, Zaboli R, Hoseini Shokoh SM, et al. [Structure, process and practices of the emergency unit of hospitals of Baqyatallah University of Medical Sciences]. *Journal of Military Medicine.* 2008; 9(4): 257-263. (Persian)
- 30 - First Deputy Chairman of the Supreme Nursing Council. Nursing Shortage. There is not position for specialist nursing. Available at: <http://www.salamatnews.com/news/86854/>. Accessed Nov 19, 2013.
- 31 - Lee GA, Chou K, Jennings N, O'Reilly G, McKeown E, Bystrycki A, et al. The accuracy of adult limb radiograph interpretation by emergency nurse practitioners: A prospective comparative study. *Int J Nurs Stud.* 2014 Apr; 51(4): 549-54.
- 32 - Natal GB Jr. Emergency department overcrowding: what is the answer? *J Emerg Nurs.* 2007 Apr; 33(2): 99-100.
- 33 - Reddy MC, Paul SA, Abraham J, McNeese M, DeFlitch C, Yen J. Challenges to effective crisis management: using information and communication technologies to coordinate emergency medical services and emergency department teams. *Int J Med Inform.* 2009 Apr; 78(4): 259-69.
- 34 - Esmailpour M, Salsali M, Ahmadi F. Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *Int Nurs Rev.* 2011 Mar; 58(1): 130-7.
- 35 - Lyneham J, Cloughessy L, Martin V. Workloads in Australian emergency departments a descriptive study. *Int Emerg Nurs.* 2008 Jul; 16(3): 200-6.
- 36 - 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 Jan; 16(1): 1-10.

Perspectives of Nurses on Nature, Causes and Consequences of Crisis in Emergency Departments: a Qualitative Study

Parvaneh Vasli* (M.Sc.) - Nahid Dehghan Nayeri** (Ph.D).

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Aug. 2014
Accepted: Dec. 2014

Background & Aim: Hospital emergency departments in Iran are prone to crisis for different reasons. Understanding nurses' perspectives about these crises help in crisis management. The purpose of this study was to explain the nature, causes and consequences of crisis in emergency departments from nurses' points of views.

Methods & Materials: This was a qualitative study with content analysis approach. Data were collected using semi-structured interviews with 12 nurses working in emergency departments of general and trauma hospital. Participants were selected through purposive sampling method. Interviews lasted between 45 minutes to an hour. The data were recorded and transcribed. The accuracy and consistency of data were confirmed. Interviews were conducted until no new data were emerged. Data were analyzed using qualitative content analysis with conventional approach.

Results: Five themes were emerged through data analysis including: 1) unexpected imbalance; 2) events; 3) defect in service provider factors; 4) positive consequences; and 5) negative consequences.

Conclusion: The results of this study revealed that every factor that can affect balance and daily tasks can make a crisis in emergency departments. Causes of the crisis can be divided into internal or external factors. Several measures should be planned to decrease the crisis in emergency departments from high rank decision making in the ministry of health and medical education to planning appropriate programs in hospitals.

Corresponding author:
Nahid Dehghan Nayeri
e-mail:
nahid.nayeri@gmail.
com

Key words: qualitative research, crisis, emergency department, nurse

Please cite this article as:

- Vasli P, Dehghan Nayeri N. [Perspectives of Nurses on Nature, Causes and Consequences of Crisis in Emergency Departments: a Qualitative Study]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2014; 20(4): 62-76. (Persian)

* Ph.D Student of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

** Nursing and Midwifery Care Research Center, Dept. of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran