Iranian Journal of Critical Care Nursing
Vol. 5. No. 1, Spring 2012
Pages: 1 - 10

مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره 5، شماره 1، بهار 1391
صفحات: 10 - 1

تجربه‌ی پرستاران از مدیریت بخش اورژانس: یک مطالعه‌ی کیفی

حسین محمودی[1]، عیسی محمدی[*] ، عباس عبادی[2]

1. مرکز تحقیقات تروما، دانشکده‌ی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...(عج)، تهران، ایران

**. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران*

2. دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...(عج)، تهران، ایران

چکیده

اهداف: هیچ بیمارستانی بدون اورژانس فعال و دارای عملکرد مناسب، نمی‌تواند به عنوان یک مرکز درمانی ایده‌آل محسوب شود. سهم مهمی از این عملکرد فعال و مناسب به مدیریت بخش اورژانس که تحت تأثیر شرایط و عوامل زمینه‌ای است برمی‌گردد. مطالعه‌ی حاضر، با هدف «تبیین تجربه‌ی پرستاران از مدیریت بخش اورژانس»، از دیدگاه پرستاران انجام شد.

روش‌ها: با رویکردی کیفی و روش آنالیز محتوی از نوع قراردادی، هجده پرستار در مدت یک سال، به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، در دو بیمارستان آموزشی شهر تهران مورد مصاحبه‌ی بدون ساختار قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار مکس کیو تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده‌ی این است که تجربه‌ی پرستاران از مدیریت بخش اورژانس در سه زمینه‌ی اصلیِ 1. بی‌توجهی نسبت به نیازهای اساسی منابع انسانی، 2. بی‌توجهی نسبت به بهسازی منابع انسانی و 3. چالش‌ها وکاستی های مدیریتی در زمینه و عملکرد بود.

نتیجه‌گیری: مدیران، با توجه به کاستی‌ها و نارسایی‌های مدیریتی در بخش اورژانس، باید به نیازهای اساسی و متعالی پرستاران توجه نموده، ضمن ایجاد حمایت از پرستاران، توجه به پیش‌نهادات و توسعه‌ی آموزش، به رفع چالش‌ها و کاستی‌های مدیریتی همت گمارند.

واژگان کلیدی: پرستار اورژانس؛ مدیریت بخش اورژانس؛ آنالیز محتوی؛ مطالعه‌ی کیفی

Experience of nurses from the emergency department management: A qualitative study

Hossein Mahmoudi [1], Eesa Mohammadi*, Abbas Ebadi[2]

1.Faculty of Nursing, Truma Research Center Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
**Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran*
2.Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aims: No hospital can be considered as an ideal treatment center without an active and fully functional emergency room. A significant part of this strong and high performance is related to emergency room management that is affected by contextual factors and conditions. This study was conducted to clarify nurses' experience of emergency room management from nurses' point of view.

Methods: This study was carried out through a qualitative approach and content analysis method with conventional approach. Via purposeful sampling, 18 nurses during one year gave unstructured interviews in two teaching hospitals in Tehran. The gathered data were analyzed by using MAXQDA3 software.

Results: The results of this study indicated that nurses' experience of emergency room management lay in three main aspects: 1. Neglecting basic needs of human resources, 2. Neglecting development of human resource, 3. Basic and functional management challenges and deficiencies

Conclusion: Considering the shortcomings and failures in emergency room management, managers should pay attention to nurses' basic needs. They should support nurses, consider offers, improve education, and try to overcome challenges and shortcomings of management.

Key words: Emergency room nurses; Emergency room management; Content analysis; Qualitative study

(این مقاله مستخرجه از پایان نامه‌ی دانشجویی است.)

* نویسنده مسؤول: عیسی محمدی، تمامی درخواست ها باید به نشانی mohamade@modares.ac.ir ارسال شوند.

دریافت مقاله: 1390/4/20 پذیرش مقاله: 1390/11/5

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-09]

مقدمه

بخش اورژانس به منزله‌ی قلب بیمارستان است و گردش منظم امور در این واحد می‌تواند جان انسان‌های بسیاری را نجات دهد. هیچ بیمارستانی بدون اورژانس فعال و دارای عملکردی مناسب، نمی‌تواند به عنوان یک مرکز درمانی ایده‌آل محسوب شود و درصورت وجود چنین کمبودی، دیگر خدمات بیمارستانی نیز از این نقص بزرگ متأثر می‌شوند [1].

طبق گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در سال 1384، نتایج ارزش‌یابی بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های تابع دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، حاکی از این است که بیشترین مشکلات بخش‌های اورژانس به ترتیب اولویت مربوط به زمان انتظار طولانی بیماران، عدم تعیین فوریت‌های پزشکی از طریق تریاژ و فضای فیزیکی نامناسب بخش اورژانس است [2].

آلماست و لاشینگ (2002) و *نیکبخت* (1381) نیز ضعف عملکرد مدیران پرستاری را عامل کاهش انگیزه پرستاران و اکتفای آنها به اجرای دستورات پزشکی دانسته‌اند [3 و 4].

نتایج مطالعه‌ای که توسط *رنه آ* و همکاران (2008) در آمریکا، تحت عنوان «مراقبت پرستاری از بیماران محتضر در بخش اورژانس» صورت گرفت نشان می‌دهد که دامنه‌ی مراقبت در بخش اورژانس وسیع بوده و عوامل زیادی در مراقبت در این بخش دخیل هستند که همکاران و محیط اورژانس از عوامل مهم هستند [5]. مطالعه‌ای دیگر توسط *کارتیس و وایسمن* (Curtis &Wiseman) (2008) در استرالیا با عنوان «مراقبت پرستاری در اورژانس» انجام شده است. در این مطالعه، ارتباط به عنوان یکی از ارکان مراقبت در اورژانس معرفی شده. بنابراین در بخش اورژانس باید به ارتباط مؤثر پرستاران با بیماران، همراهان و سایر ارایه دهندگان مراقبت، توجه ویژه به عمل آید [6]. درمطالعه‌ای دیگر، مدیران به منظور دست یابی به تعالی خدمات در بیمارستان، به این نتیجه رسیدند که زیربنای تمامی بهبودهای مدیریتی و کیفیت مستمر، چهار استراتژی تغییر عمده در ساختار، فرآیند، افراد و فرهنگ است [7].

با توجه به این که مدیریت تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اقتصادی، و اجتماعی است، مشکلات گوناگونی در تحقق امر مدیریت ممکن است وجود داشته باشند، مطالعات انجام شده در زمینه‌ی مشکلات مدیریتی اورژانس تاکنون در کشور ما بسیار ناچیز و بیشتر با رویکرد اثبات‌گرایی بوده است [8]. لازم است که این فرایند با رویکرد کل‌گرا و کیفی بررسی شود. بدین منظور مطالعه‌ای کیفی با هدف تبیین تجربه‌ی پرستاران از مدیریت در بخش اورژانس انجام شد.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، برای پاسخ به این سؤال که «درک پرستاران از مشکلات مدیریت در بخش اورژانس چیست؟» با رویکرد کیفی و روش آنالیز محتوی (Content Analysis) انجام شد [9]. به منظور تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قراردادی استفاده شد. شیوه‌ی تحلیل محتوا به منظور بررسی وجود کلمات و مفاهیم مشخص در متون مورد استفاده قرار می‌گیرد و طی آن به تقلیل داده‌ها پرداخته و به آن‌ها ساختار و نظم داده می‌شود. در رویکرد قراردادی، از به‌کارگیری طبقات از پیش تعیین شده اجتناب شده و اجازه داده می‌شود طبقات و نام آن‌ها به صورت مستقیم از درون داده‌ها بیرون آیند. بدین منظور متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد تا حس کلی حاصل شود. سپس متون کلمه به کلمه خوانده شد تا کدها استخراج شوند. مصاحبه با مشارکت کنندگان دیگر و کدگذاری متن‌ها متن‌ها ادامه پیدا کرد و کدهای جزئی تحت عناوین کلی‌تر دسته‌بندی شدند. پس از آن کدها بر اساس شباهت به داخل طبقات دسته بندی شده و نحوه‌ی ارتباط بین آن‌ها تعیین شد [10]. شرکت کنندگان در پژوهش (پرستاران بخش اورژانس) به‌طور هدفمند انتخاب شدند. این پرستاران در بخش اورژانس بودند، تمایل داشتند و قادر بودند تجارب خود را برای محقق توصیف کنند. مطالعه از دهم آبان ماه سال 1388 تا دهم آبان ماه 1389 در دو بیمارستان آموزشی منتخب شهر تهران انجام شد.

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، مصاحبه‌ی بدون ساختار عمیق با استفاده از سؤالات باز و همچنین از یادداشت‌های عرصه نیز استفاده شد. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و در محیطی آرام و در زمان و مکان مناسب که مشارکت کنندگان احساس راحتی نمایند انجام شد. مصاحبه با شانزده پرستار به اشباع رسید و برای اطمینان بیشتر دو نفر دیگر هم مورد مصاحبه قرار گرفتند.

محقق با کسب رضایت از مشارکت‌کنندگان، برای تصدیق گفته‌هایشان و یا نیاز به انجام مصاحبه‌های بعدی، آدرس و شماره تلفن آن‌ها را در انتهای مصاحبه گرفت. مصاحبه با پرستاران با توجه به سؤال اصلی پژوهش ابتدا با سؤالات عمومی شروع شده مثل لطفا چه مدت در این بخش کار می کنید؟ ممکن است یک روز کاری‌تان را براساس آن‌چه که هر روز انجام می‌دهید برایم توضیح دهید؟ مدیران و برنامه‌های مدیریتی در انجام و ایفای این فعالیت-های روزمره چه تأثیری داشتند؟ به دنبال دریافت پاسخ‌های سؤالات فوق، سؤالات اکتشافی و عمق‌دهنده مثل در این رابطه می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟ یعنی چه؟ و چرا؟ پرسیده شد. با توجه به این که ثبت فوری داده‌ها لازمه‌ی موفقیت محقق در تحقیقات کیفی است، مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط شده، و سپس بلافاصله و یا در اولین فرصت بصورت کلمه به کلمه رونویسی شد. پرستاران مشارکت کننده در این مطالعه هجده نفر از پرستارانی بودند که حداقل شش ماه در بخش اورژانس کار کرده بودند که به‌شکل انفرادی یک یا دو نوبت مصاحبه شدند. معیار دیگر ورود به مطالعه، دارا بودن حداقل مدرک کاردانی پرستاری بود. مکان مصاحبه، محل

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-09]

کار افراد و مدت هر مصاحبه به طور متوسط 49 دقیقه بود. همه‌ی مصاحبه‌ها توسط یک مصاحبه کننده انجام شد.

تحلیل محتوای کیفی، به عنوان یک روش تحقیق تعریف می‌شود که به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی به کار می‌رود. در این روش از طریق فرایند طبقه‌بندی سیستماتیک، کُدها و تم‌ها مورد شناسایی قرار می‌گیرند. تحلیل محتوا، چیزی فراتر از استخراج محتوای عینی برگرفته از داده‌های متنی است. از این طریق می‌توان تم‌ها و الگوهای پنهان را از درون محتوای داده‌های شرکت‌کنندگان نمایان ساخت [10]. در این مطالعه جمع آوری و تحلیل داده ها به صورت همزمان انجام شد. کلیه مصاحبه ها با اجازه مصاحبه شوندگان ضبط، نسخه نویسی و چندین بار مرور شد. در مرحله‌ی بعد، کدهای اولیه استخراج شد. سپس کدهای اولیه که مربوط به هم بودند و می‌توانستند طبقات بالقوه را تشکیل دهند در یک گروه قرار گرفتند و طبقات مربوط تم‌ها را شکل دادند. بعد از آن، هر یک از این تم‌های بالقوه مرور شده و با گفته‌های مشارکت کنندگان تطبیق داده شدند. در مرحله‌ی آخر، اصلاح و تعریف نهایی تم‌ها انجام گرفت.

در سراسر فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، هرگونه تأمل و جرقه‌های ذهنی مرتبط با داده‌ها که به ذهن محقق می‌رسید، یادداشت و برای مصاحبه‌های بعدی از آن‌ها استفاده شد.

دراین مطالعه، برای تأیید اعتبار محتوی، دست‌نوشته‌های پیاده شده از نوار و عبارات استخراج شده (کدها)، توسط مشارکت کنندگان تأیید شد. همچنین از دو محقق مستقل نیز درخواست شد تا دقت (Rigor) و صحت روش را تأیید کنند [9].

در طول این مطالعه، روش‌هایی برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها انجام گرفت. اعتبار (Credibility)، قابلیت اعتماد (Dependability)، تناسب (Fittingness)، و قابلیت تأیید (Conformability) که به‌عنوان معیارهای دقت علمی در تحقیقات کیفی هستند [9]، توجه قرار گرفتند. یکی از بهترین روش‌ها برای ایجاد اعتبار، درگیری طولانی‌مدت با موضوع است که در این تحقیق پژوهشگر به مدت پانزده سال با موضوع تحقیق و بیماران اورژانسی درگیر بوده است. از آن جایی که محقق قبل از شروع تحقیق و در ضمن تحقیق در بخش اورژانس به عنوان پرستار و مربی همواره حضور داشته است، همواره ارتباط و تعامل مناسب با شرکت‌کنندگان داشته است. محقق، قبل از انجام مصاحبه با مشارکت کنندگان همکار بوده است تا بتواند اعتماد شرکت‌کنندگان را جلب نموده و فضایی مناسب برای انجام مصاحبه‌ی عمیق فراهم کند. چک کردن یافته‌ها با شرکت‌کنندگان (Member Check) و بازنگری ناظرین (External Checks) انجام شد. برای این منظور، بخش‌هایی از متن مصاحبه به همراه کُدهای مربوط و طبقات پدیدار شده برای چند ناظر فرستاده شد تا جریان تجزیه و تحلیل را بررسی کنند و در مورد صحت آن‌ها اعلام نظر نمایند.

برای تعیین تناسب، یافته‌ها با تعدادی از پرستاران که در تحقیق شرکت نداشتند در میان گذاشته شد که آن‌ها تناسب یافته‌ها را تأیید نمودند. استفاده از تکنیک نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، که به تناسب یا انتقال‌پذیری یافته‌ها به دیگران یا خواننده‌ها کمک می‌کند، نیز در این مطالعه مورد توجه قرار گرفت. همچنین برای تأییدپذیری و حساب‌رسی تحقیق، محقق مراحل و روند تحقیق را به طور دقیق ثبت و گزارش نمود تا در صورت امکان پی‌گیری تحقیق برای دیگران فراهم شود.

در این مطالعه رضایت آگاهانه (Informed consent)، حفظ گمنامی (Anonymity)، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در طول مطالعه و دیگر تعهدات اخلاقی لحاظ شد. این مطالعه بخشی از نتایج یک رساله مصوب دکترای پرستاری در دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا... (عج) است که توسط کمیته‌ی اخلاق آن دانشگاه مورد تأیید قرار گرفت. قبل از شروع کار، موافقت مسؤولین مربوط کسب شد. زمان مصاحبه نیز با هماهنگی و خواست مشارکت‌کننده تنظیم شد؛ به‌طوری که سبب اختلال در برنامه‌های روزانه‌ی آن‌ها نشود.

یافته‌ها

از هجده پرستار مورد مطالعه، سه نفر زن و پانزده نفر مرد بودند. با توجه به ماهیت فعالیت فیزیکی بخش اورژانس و نظامی بودن بیمارستان‌های مورد مطالعه، غالب پرستاران مرد بودند؛ به همین علت بیشتر پرستاران مورد بررسی مرد انتخاب شدند. سن پرستاران بین 23 الی 44 و میانگین 28/8 سال با میانگین سابقه کار شش سال بودند. هم‌چنین در شیفت‌های مختلف مشاهده توسط محقق صورت گرفت.

بی‌توجهی نسبت به نیازهای اساسی منابع انسانی

در مرحله‌ی اول، بیش از 521 کد سطح اول استخراج و بعد از دسته‌بندی و ادغام آن‌ها دوازده طبقه و هفت زیرطبقه حاصل شد که در نهایت در سه تم دسته‌بندی شدند. تم‌های حاصله شامل، بی‌توجهی نسبت به نیازهای اساسی منابع انسانی، بی‌توجهی نسبت به بهسازی منابع انسانی و چالش‌ها و کاستی‌های مدیریتی بخش بوده است.

یکی از مشکلات اساسی بخش اورژانس، بی‌توجهی نسبت به نیازهای اساسی منابع انسانی است. بخش اورژانس با گستردگی و کثرت نیروها و نامشخص بودن ورودی بخش، با مشکلات رفاهی پرسنل و بیماران مواجه است. این تم از چهار طبقه‌ی نامناسب بودن ساختار بخش، کمبود امکانات برای بیماران، کمبود امکانات رفاهی پرسنل و کمبود دست‌مزد تشکیل شده است.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-09]

نامناسب بودن ساختار فیزیکی بخش

ساختار فیزیکی بخش یکی از مصادیق عدم توجه به پرستاران و بیماران بوده است. در درجه‌ی اول، فضای کلی بخش متناسب با اهداف و عملکرد بخش اورژانس نبوده و پرستاران دچار مشکلاتی در انجام وظایف بودند و در درجه‌ی دوم فضای داخلی قسمت‌های مختلف اورژانس نیز از این مشکل مستثنی نبوده است. نظرات یکی از پرستاران مؤید موضوع است.

«فضا خیلی کوچکه، فرصت هیچ مانوری را بالا سر بیمار نداری، اینجا چند در دارد و شبیه بازار است. یکی از مشکلاتی که قبلا وجود داشت دوری داروخانه بود ولی الحمدا... با اعتراض ما این قضیه حل شد و الان داروخانه در داخل اورژانس قرار دارد. آزمایشگاه نیز در اورژانس باید نزدیک باشد» پ 2.

کمبود امکانات بیماران

یکی دیگر از مسائل مدیریتی بخش اورژانس در زمینه نیازهای اساسی کمبود امکانات برای بیماران بوده است. به‌طوری که با پذیرش بیماران بدحال که نیازمند امکانات، تجهیزات، فضا و نیروی انسانی با مهارت خاص هستند. در صورتی که اورژانس آمادگی لازم برای پذیرش این بیماران را نداشته و مشکلاتی را در این زمینه ایجاد کرده بود. یکی از مشارکت کنندگان می‌گوید:

«چند وقت پیش مریض قلبی را مانیتور نمی‌کردند یا اینکه مانیتورها پرتابل بودند. اگر ده تا مریض آی‌سی‌یو هم بیارند تو بخش تحت نظر، پذیرش می‌دهند. یک جورهایی مریض را با بخش خانم‌ها جابه‌جا می‌کنند و برای بیمار آی‌سی‌یو جا باز می‌کنند. میکرو ست فقط برای تزریق آنتی‌بیوتیک است. در صورتی که این‌جا برای داروهای مهمی مثل تی‌ان‌جی و دوپامین استفاده می‌کنند» پ 16.

کمبود امکانات رفاهی پرسنل

بی‌توجهی به نیازهای اساسی نه تنها متوجه بیماران بلکه متوجه پرستاران نیز بوده است. کمبود محیط لازم برای تجدید قوای پرستاران و عدم تناسب تعداد پرستاران با امکانات رفاهی موجود، از مسائل مهم پرستاران بوده است. یکی از پرستاران می‌گوید:

«با توجه به تعداد زیاد نیروها دراورژانس، هتلینگ و خدمات حداقل برای پرسنل اورژانس کم است که حداقل بخواد یک چایی یا یک لیوان آب و یا شام در آبدارخانه بخورد با آن فضای کم همیشه مشکل دارد. یا این که این‌قدر رفت و آمد زیاد است که در اتاق استراحت در فاصله ده دقیقه‌ای که نماز می‌خواند کلی رفت و آمد صورت می‌گیرد. چون تعداد پرسنل زیاد است. این‌ها از معضلات اورژانس است و باعث کم‌کاری پرسنل می‌شود. من این ضعف‌ها را در اورژانس می‌بینم. مثلاً خیلی معذرت می‌خوام دست‌شویی، دو تا دست‌شویی برای کل نیروهای اورژانس اعم از پزشک، پرستار، کمک بهیار، نگهبانی و نیروهای خدماتی هست که مشکل است و کلی باید صف بایستی» پ 2.

کمبود دست‌مزد

یکی دیگر از مصداق‌های بی‌توجهی نسبت به منابع انسانی در بخش اورژانس، کمبود دست‌مزد در مقابل حجم کار انجام شده و عدم تناسب دریافتی آنان با کار انجام شده بوده است. توقع پرستاران این است که حداقل در میزان درآمدی که به واسطه‌ی کارشان نصیب بیمارستان می‌شود سهیم باشند. مشارکت کنندگان در این باره می‌گویند:

«اینجا واقعاً کارانه کم است. من جای دیگر هم کار می‌کنم و حجم کاری آن هم مثل اینجا نیست ولی کارانه‌ای که می‌گیرم دو برابر اینجاست. حال بگذریم که بیمارستان خصوصی است. درآمد این بیمارستان خیلی بیشتر است ولی کارانه‌ی این‌جا کم است و باعث کاهش دقت و سرعت می‌شود» پ 17.

«کارانه مقدارش خیلی متناسب با میزان کاری که بچه‌های پرستاری انجام می‌دهند نیست. حداقل انتظار اینه که درآمدهایی که به واسطه‌ی انجام کار پرستاری نصیب بیمارستان می‌شه در اختیار بچه‌های پرستاری قرار بگیره». پ 15.

بی‌توجهی نسبت به بهسازی منابع انسانی

یکی از مواردی که توسط پرستاران در زمینه‌ی مدیریتی مطرح شد، بی‌توجهی نسبت به بهسازی منابع انسانی بوده است؛ این درونمایه از شش طبقه‌ی بی‌انگیزگی برخی از پرستاران، ترک بخش، قراردادی بودن پرستاران، کم تجربگی برخی از نیروها، کم‌کاری برخی از پرستاران و کمبود پرستار تشکیل شده است.

بی‌انگیزگی پرستاران

یکی از تجربیات دیگر در حوزه مدیریت که پرستاران عنوان کرده بودند، بحث عدم انگیزه و این‌که از لحاظ مالی در سازمانشان اختلاف طبقاتی هست اشاره داشتند. پرستاران بیان داشتند که انگیزه‌ی مالی برای آنان مهم بوده و می‌تواند موجب تحرک آنان شود. یکی از مشارکت کنندگان می‌گوید:

«انگیزه‌ی مالی تنها انگیزه‌ای است که برای پرستاران مانده است. هرکی بگه کارانه تأثیر نداره فکر می‌کنم در جریان نیست، الان دیگه بحث روی کارانه دادن یا ندادن نیست بلکه صحبت روی مقدار آن است. انگیزه مالی خیلی مهم است. اینقدر اختلاف طبقاتی بین پزشکان و پیراپزشکان زیاد است که دیگر انگیزه‌ای نمانده و نباید انکار کرد» پ 16.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-09]

جدول 2: تم، طبقات و زیر طبقات حاصل از یافته‌ها

تم	طبقه	زیرطبقه
بی‌توجهی نسبت به نیازهای اساسی منابع انسانی	نامناسب بودن ساختار فیزیکی بخش کمبود امکانات برای بیماران کمبود امکانات رفاهی پرسنل کمبود دستمزد	
بی‌توجهی نسبت به بهسازی منابع انسانی	بی‌انگیزگی برخی از پرستاران ترک بخش قراردادی بودن پرستاران کم‌تجربگی برخی از نیروها کم‌کاری برخی از پرستاران کمبود پرستار	
چالش‌ها و کاستی‌های مدیریتی بخش	چالش‌های زمینه‌ای	نامناسب بودن فرآیندها، عدم وجود دستورالعمل عدم توجه به پیش‌نهادات
	چالش‌ها و کاستی‌های عملکردی	تأخیر در انجام کارهای پاراکلینیکی عدم حمایت از پرستاران نقص در آموزش کنترل و نظارت ضعیف و نامناسب

ترک بخش

ترک بخش توسط پرستاران، بیانگر بی‌توجهی نسبت به بهسازی نیروی انسانی بخش بوده است؛ به طوری که به دلیل تأخیر در استخدام پرستاران و زمانبر بودن فرآیند استخدام پرستاران، توسط مراکز دیگر جذب و استخدام می‌شوند. همچنین به علت شلوغی و زیاد بودن حجم کار نیروهای مجرب و ماهر، جذب سایر بخش‌های بیمارستان شده و در نتیجه اورژانس همیشه با کمبود پرستار مواجه بوده است.

«پرستاران به محض این که به سیستم آشنا می‌شوند، می‌روند و جای دیگه استخدام می‌شوند این قدر گزینش معطل می‌کنه تا این‌ها می‌روند جای دیگر، متأسفانه بیمارستان به دنبال جذب نیرو نیست» پ 13.

«بخش شلوغ است. مراجعه‌کننده به صورت آنی می‌آید. چندین بیمار را همزمان می‌آورند بخش. نمی‌توانی پیش‌بینی کنی که چند تا بیمار داری. به همین علت نیروهای زبده و با تجربه به خاطر این مشکلات سرازیر می‌شوند به بخش. لذا نیروهای با تجربه را از دست می‌دهیم. این قضیه در روند کارآیی درمان تأثیر می‌گذارد. نیروهای با تجربه نباید اورژانس را ترک کنند و به بخش بروند» پ 2.

قراردادی بودن پرستاران

از دیگر مصادیق بی‌توجهی نسبت به منابع انسانی در بخش اورژانس، قرار دادی و حتی روزمزد بودن برخی از پرستاران بوده است. وجود محدودیت در جذب نیروی انسانی موجب اختلال در رسمی کردن پرستاران شده است؛ به طوری که نزدیک هفتاد درصد پرستاران قراردادی بوده و در صورت پیدا کردن شرایط مناسب‌تر بیمارستان را ترک می‌نمایند. از طرفی به خاطر قراردادی بودن، دلبستگی چندانی به محیط کار پیدا نکرده و با تمام توان در خدمت سازمان نیستند. یکی از پرستاران در این باره می‌گوید:

«یک مطلب دیگری که باید اشاره کنم، اینه که بیمارستان با این همه امکانات، در صورتی که هفتاد درصد نیروها قرار دادی و روز مزدند، نیروهای قرار دادی هم هیچ احساس مسئولیت نمی‌کنند. اگر نیرو رسمی باشد و وابستگی داشته باشد اعتراض می‌کنه، کارها را ردیف می‌کنه ولی نیروی قرار دادی می‌گه بذار این شیفت تمام بشه» پ 13.

کم‌تجربگی برخی از پرستاران

بی‌توجهی نسبت به منابع انسانی و عدم استخدام آنان موجب کمبود نیروهای مجرب و کم‌تجربگی برخی از پرستاران شده است. عدم وجود سیاست مشخص برای جذب و نگهداری پرستار در اورژانس موجب جذب نیروهای کم‌تجربه شده؛ به طوری که ورودی‌های

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-09]

نیروی پرستاری بخش اورژانس اغلب از دو حالت خارج نبوده: یا این‌که نیروهای تازه کار جذب اورژانس می‌شدند و یا نیروهای تنبیهی سایر بخش‌ها وارد اورژانس می‌شدند. مسئله‌ی دیگر عدم توجه مدیران پرستاری بخش اورژانس به کیفیت کار پرستاران بوده است. صحبت‌های پرستاران مؤید موضوع است.

«من طی صحبت‌هایی که با مدیر پرستاری بیمارستان داشتم بهش گفتم که شما نیروها را برای تنبیه یا کسب تجربه می‌فرستید اورژانس، در صورتی که اورژانس محل این کارها نیست. همیشه نیروها باید تجربه را در بخش‌های داخلی یا جراحی کسب کنند» پ 12.

«در نیروهای پرستاری اورژانس باید تجدید نظر شود نیروهایی هستند که به درد اورژانس نمی‌خورند به خاطر روحیات و عملکردشان سایر نیروها نیز اذیت می‌شوند. تجربه کار در هیچ بخشی ندارند و آمدند اورژانس وقتی با آن‌ها هم شیفتی هستی باید حواست به آن‌ها باشد در قسمت تریاژ که دیوانه می‌شوی. کار عقب می‌افتد. حتی در حد رگ گرفتن هم مشکل دارند» پ 11.

کم‌کاری برخی از پرستاران

سهل‌انگاری پرستاران، برخورد نامناسب برخی از پرستاران و همچنین عدم درک شرایط بیماران، به ویژه جانبازان و عدم تحمل بیماران اورژانسی از پیامدهای بی‌توجهی نسبت به بهسازی منابع انسانی در بخش اورژانس بوده است؛ به طوری که یکی از مشارکت کنندگان می‌گوید:

«بعضاً من احساس می‌کنم که در مجموعه‌ی اورژانس (کاری به بیمارستان ندارم) بعضی از پرسنل نمی‌خواهند آن‌طور که باید و شاید کار کنند. حالا یا مشکل کاری، مالی و یا زندگی دارند. آن‌طور که باید و شاید اخلاقی با بیمار برخورد نمی‌کنند. حرمت بیماران خصوصاً جانبازها حفظ شود. چون بچه‌های رزمنده به سنین بالایی رسیده‌اند و مشکلات جسمی و روحی روانی دارند پرستارانی که می‌خواهند مراقبت کنند بعضی‌ها جوانند و ممکن است شرایط جانبازان را درک نکرده باشند. بعضی‌ها با توجه به این‌که آن زمان بودند و درک کردند انتظار بیشتری است، که هم خودشان و هم بقیه‌ی افراد را وادار کنند که کار درمانی و مراقبتی این افراد را به نحو احسن انجام دهند. خصوصا برخوردشان با این افراد مناسب باشد حتی اگر نتوانند کاری برایشان انجام دهند. برخورد با افراد جبهه و جنگ باید مناسب باشد من راجع به این قضیه تأسف می خورم. من و امثال من، این‌ها را درک نکنیم که چه مصیبتی کشیدند پس کی باید این‌ها را درک کند. مثلا اگر این‌ها داد زدند من نباید بلند تر از آن‌ها داد بزنم، که این یکی از بدترین روش هاست. اگر طرف اهل جبهه و جنگ بود و در گوش من زد باید تحمل کنم و حرفی نزنم» پ 6.

کمبود پرستار

کمبود پرستار از دیگر پیامدهای بی‌توجهی نسبت به بهسازی و نگهداری پرستاران در بخش بوده است که توسط مشارکت کنندگان به آن اشاره شده است. با توجه به شلوغی و ازدحام بخش اورژانس، در بیشتر مواقع خروجی نیروی انسانی بخش اورژانس بیش از ورودی آن بوده و در اثر کمبود نیرو، خسارات عمده‌ای به بیماران وارد شده؛ به طوری که در برخی از موارد به دلیل کمبود نیروی پرستاری بیماران فوت شدند. نظرات مشارکت کنندگان مؤید این موضوع است.

«بخش با کمبود نیروی پرستاری مرد مواجه است. در ماه اخیر چهار نفر از پرستاران بخش بدون جای‌گزینی بخش را ترک کردند» پ10.

«یک مریض داشتیم رفته بود دست‌شویی و توی دست‌شویی افتاده بود، چون که نیرو نداشتیم مریض بدون اطلاع دست‌شویی رفته بود و آن‌جا افتاده بود مریض را به تخت انتقال دادیم اقدامات احیا را انجام دادیم ولی تأثیری نداشت. یه مریض دیگه داشتیم در راه انتقال به بخش سی‌سی‌یو کد خورد البته پرستار همراه بیمار بود ولی اگه یک کمک بهیار همراهش می‌رفت می توانست کمک آن باشد و به دیگران برای کمک اطلاع دهد. قبل از انتقال بیمار به بخش باید با بخش هماهنگی شود و حتما پرستار همراه بیمار ویژه باشد وقتی کمبود نیرو باشد مشکل ساز می‌شود» پ 13.

چالش‌ها و کاستی‌های مدیریتی

از تجربیات دیگر پرستاران در زمینه‌ی مدیریت بخش اورژانس، وجود چالش‌ها و کاستی‌های مدیریتی بوده است. این تم از دو طبقه‌ی چالش‌های زمینه‌ای و چالش‌ها و کاستی‌های عملکردی تشکیل شده است. طبقه‌ی چالش‌های زمینه‌ای خود از سه زیر طبقه‌ی نامناسب بودن فرآیندها، عدم وجود دستورالعمل و عدم توجه به پیش‌نهادات تشکیل شده است.

نامناسب بودن فرآیندها

یکی از چالش‌های زمینه‌ای بخش اورژانس، نامناسب بودن فرآیندهای موجود در این بخش بود؛ برای مثال بعد از انجام تریاژ و تشخیص عدم ضرورت ویزیت، بیمار از در دیگر اورژانس وارد بخش شده و توسط پزشک ویزیت می‌شد. یکی از این بیماران در این مورد می‌گوید:

«خیلی از اوقات به بیمار می‌گیم که کار شما اورژانسی نیست. مریض می‌ره از در دیگه می‌آد تو و پزشک طب اورژانس را می‌بیند. باید طوری باشد تا برگه‌ی تریاژ نباشد پزشک بیمار را ویزیت نکند» پ 15.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-09]

عدم وجود دستورالعمل

یکی دیگر از چالش‌های زمینه‌ای در بخش اورژانس عدم وجود دستورالعمل در زمینه‌های مختلف اورژانس بوده است، به گونه‌ای که دستورالعمل توزیع نیروها در قسمت‌های مختلف اورژانس مشخص نبوده، حتی مسئولین و مدیران نیز توانایی جابه‌جایی نیروها را در قسمت‌های مختلف بیمارستان بر اساس نیاز نداشتند. یکی از پرستاران در این باره می گوید:

«چارچوب قانونی برای کار در اورژانس نداریم، مثلا تریاژ دو تا پرستار باشند. برای تریاژ دستورالعمل نداریم. که بر اساس دستورالعمل فرد خاطی را بازخواست کنیم. وقتی نیرو کم بود سوپروایزر باید موظف باشد نیرو بدهد. مثلا تو همین تعطیلات یکی از بخش ها یک بیمار داشت و شش تا نیرو، سوپروایزر نتوانست یکی از آن‌ها را بیاره اورژانس» پ 13.

عدم توجه به پیشنهادات

مشارکت کنندگان در این مطالعه به این مشکل زمینه‌ای نیز اشاره داشتند که از سوی مدیریت مورد بی‌مهری قرار گرفته و به پیش-نهاداتشان توجهی نمی‌شود، بیشتر پرستاران اشاره داشتند که به پیش‌نهادات آنان باید توجه شده و در تنظیم امور بخش باید از آنان نظر خواهی شود. گفته‌های مشارکت کنندگان در این زمینه مؤید موضوع است.

«ما یک سری راه‌کارها را می‌گیم به مسئول بخش و رییس دفتر پرستاری، هر روز یا ماهانه مواردی را می‌گیم ولی متأسفانه اقدامی دیده نمی‌شه» پ 13.

کاستی‌ها و چالش‌های عملکردی نیز از نقایصی بوده است که در عملکرد مدیران در بخش اورژانس وجود داشته است. این طبقه از چهار زیرطبقه‌ی تأخیر در انجام کارهای پاراکلینیکی، عدم حمایت از پرستاران، نقص در آموزش و کنترل و نظارت ضعیف و نامناسب تشکیل شده است.

تأخیر در انجام کارهای پاراکلینیکی

یکی از مشکلات عملکردی، تأخیر در انجام کارهای پاراکلینیکی در بخش اورژانس بوده است. قسمت‌های مختلف پاراکلینیکی از جمله آزمایشگاه، رادیولوژی و سونوگرافی، با تأخیر در انجام وظیفه، موجب ماندگاری بیمار در اورژانس و در نتیجه شلوغی اورژانس شده بود.

«آزمایشگاه دو ساعت طول می‌کشد تا جواب آزمایش را بدهد. همکاری رادیولوژی هم چندان مناسب نیست. مثلا به بیمار اورژانسی می‌گه که نیم ساعت بعد بیا عکس بگیر» پ15.

«دیگر این‌که انجام سونوگرافی 24 ساعته در اورژانس میسر باشد. مریض به خاطر سونوگرافی از شب تا صبح می‌ماند. مثلا جراح برای تعیین تکلیف فقط سونوگرافی می‌خواهد. یا اگر آزمایش خاصی نیاز هست آزمایشگاه انجام دهد» پ 1.

عدم حمایت از پرستاران

عدم حمایت از پرستاران از دیگر مشکلات عملکردی مدیران بوده است. پرستاران اظهار داشتند که در هنگامی که نیاز به حمایت از طرف مدیریت داشتند مورد حمایت قرار نگرفته بودند، پرستاران بیان کردند که اگر از طرف مدیریت مورد حمایت قرار بگیرند با اعتماد به نفس بیشتری توانسته کار کنند و با مشکلات کنار بیایند، همچنین با حمایت از طرف مدیریت احساس آرامش بیشتری داشتند. مشارکت کنندگان در این باره می‌گویند:

«بیمار یک دختر شانزده ساله بود که با مرگ موش خودکشی کرده بود. چهل دقیقه بچه‌های اورژانس تلاش کردند، متأسفانه مؤثر نبود و بیمار فوت شد. مادر بیمار نتوانست خوددار باشد شروع به جیغ و داد کرد فحش داد زحمت پرستاران و پزشکان را نادیده گرفت. کمک-بهیارها هنگامی که جنازه را انتقال می دادند، جلوی سرد خانه گیر افتادند و توسط همراهی‌ها مورد ضرب و شتم قرار گرفتند. از همه اسف بار تر اینکه هیچ سیستم حمایتی وجود نداشت. حتی دفتر پرستاری هم هیچ حمایتی نکرد» پ 4.

«اگه یک موردی بود که بیمار بعد تریاژ دچار مشکل شد نباید پرستار مورد توبیخ و تنبیه قرار بگیره. و باید سیستم از او حمایت کنه. چون خطا در گروه‌های پزشکی از جمله پرستاری اجتناب ناپذیر است. وجود این قضیه باعث می‌شود که پرستار احساس آرامش کنه و کارش را به درستی انجام بده. یعنی فقط حضور فیزیکی نداشته باشد بلکه مؤثر باشد» پ 12.

نقص در آموزش

از دیگر چالش‌های مدیریتی بخش اورژانس، نقص در آموزش بوده است؛ بدین گونه که خود مشارکت کنندگان بیان داشتند که هر چند وقت مسئول آموزش بخش پرستاران را تست کرده و در زمینه‌هایی که پرستاران نقص داشتند و یا احساس نیاز می‌شد برنامه آموزشی گذاشته شود.

«پرستار اگر آگاه باشد خیلی مؤثر است. هر چند وقت یکی باید باشه تست بگیرد. چهار تا سؤال کند. پرونده‌ها را بررسی کند. چه کارهایی را باید انجام می‌دادند. اگر مسئول آموزش هست بیاد و پی‌گیری کند. اگر سطح اطلاعات پرستاران پایین است با آموزش تقویت شود» پ 8.

کنترل و نظارت ضعیف و نامناسب

از چالش‌های عملکردی دیگر که مشارکت کنندگان اشاره داشتند، ضعف در کنترل و نظارت بوده است. نظارت سطحی و کم‌عمق از

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-09]

کارهای صورت گرفته در بخش از مشکلات اساسی نظارت بوده است. همچنین نظارت، بیشتر حالت بازدارنده و «مچ‌گیری» داشته به جای این‌که حالت راهنمایی داشته باشد. مشارکت کنندگان بیان کردند که چنین نظارتی موجب بی‌انگیزگی پرستاران شده بود. تجربه‌ی یکی از پرستاران مؤید موضوع است.

«تو اورژانس یک نکته‌ی دیگر این است که نظارت کم است، سرپرستان ما هیچ وقت نیامدند ببینند که دقت کار ما چگونه است. مسائل بیمار واقعا انجام شده است یا نه؟ داروها را واقعا داده اند؟ بیشتر این‌جا به این نکته توجه دارند که فلانی سر وقت آمده، سر وقت رفته. این که چه جوری بوده و کار کرده یا نه ملاک نیست. بیاند ببینند که دارو را داده یا نه، فلان دستور را واقعا انجام داده یا نه؟ مثلا نگاه می کنند که آنژیوکت تاریخ دارد یا نه، سرم اتیکت دارد یا نه؟ بعضی‌ها گیرهای الکی می‌دهند. به جای آن‌که کارهای اساسی را نظارت کنند و روحیه بدهند ارزش قایل نیستند. روحیه را نگیرند. اگر به پرسنل بها بدهیم پرسنل با روحیه کار می‌کنند. اگه این یک مورد نظارت را درست کنند بقیه مشکلات خودبه‌خود حل می‌شود» پ 17.

همان‌گونه که ملاحظه شد مشکلات عمده مدیریتی بخش اورژانس در سه زمینه‌ی اصلی رفاهی، پرسنلی و کاستی‌های مدیریتی در زمینه و عملکرد.

بحث

این تحقیق به بررسی ادراک پرستاران از مدیریت بخش اورژانس در دو بیمارستان آموزشی شهر تهران پرداخت و بیانگر این است که مدیریت بخش اورژانس دارای چالش‌های متعددی در زمینه‌های رفاهی، منابع انسانی و کاستی‌های مدیریتی در زمینه و عملکرد است.

در مطالعه‌ی ما دو مورد از تم‌های به‌دست آمده بی‌توجهی مدیران به نیروی انسانی در زمینه‌ی نیازها و بهسازی بوده است. بکت و همکاران (2007) نیز در مطالعه‌شان بیان کرده‌اند که کمبود وقت پرستاران، کمبود تعداد پرستار، پایین بودن ارزش این فعالیت و کمبود انگیزه، همواره به عنوان موانعی برای حضور مؤثر پرستار عمل کرده‌اند [11].

در بین چهار عامل مطرح شده توسط بکت، دو عامل کمبود پرستار و کمبود انگیزه، مشابه مطالعه‌ی ما بوده ولی دو عامل کمبود وقت پرستاران و پایین بودن ارزش فعالیت پرستاری با مطالعه ما متفاوت است. به نظر می‌رسد که علت تشابه ماهیت مشابه مدیریت در محل‌های متفاوت و علت اختلاف عدم یک‌سانی محیط اورژانس‌های مختلف از نظر عوامل دیگر است.

همچنین در مطالعه‌ی ما، کمبود پرستار یکی دیگر از مشکلات مدیریتی در زمینه‌ی نیروی انسانی بوده است. مطالعات لاسکینگر و همکاران طی سال‌های 1996 تا 2001، نشان می‌دهد که کمبود پرستار از جمله متغیرهای ساختاری است که با تحت فشار قرار دادن پرستاران موجب احساس نارضایتی، بی‌اختیاری و بی‌قدرتی آنان می‌شود [12].

به نظر می‌رسد مسئله‌ی کمبود پرستار، یک مسئله‌ی جهانی است که همه‌ی محیط‌های مراقبت به نوعی در حال دست و پنجه نرم کردن با این معضل هستند.

از تم‌های دیگر به‌دست آمده در مطالعه‌ی حاضر، مشکلات مدیریتی زمینه‌ای و عملکردی بوده است. سایر مطالعات نشان داده‌اند که مشکلات زمینه‌ای و عملکردی مدیریتی نظیر افزایش هزینه‌های مراقبت، کاهش تعداد پرستاران حرفه‌ای و به‌کارگیری پرستاران دوره ندیده یا سایر کارکنان گروه پزشکی به جای پرستاران کارشناس، اثرات معکوسی بر کیفیت مراقبت بیماران می‌گذارد [13]. موارد مذکور در مطالعات متعدد قرابت نزدیکی با یافته‌های مطالعه‌ی ما در زمینه‌ی مشکلات مدیریتی دارد. با وجود این، مطالعات متعدد گزارش داده‌اند که شرایط محیط کار، ارزش دادن مدیران به پرستاران [14 و 16] و همکاری تیمی تأثیر عمده‌ای بر توسعه‌ی عملکرد پرستاران خواهد داشت [17].

مولونی (1992) نیز متذکر شده است که اگر فرد احساس کند که کارش از ارزش مناسبی در جامعه یا سازمان برخوردار نیست، اعتماد به نفس، انگیزه و عملکرد او کاهش خواهد یافت [18]. *آلماست* و لاشینگ (2002) و نیکبخت (1381) نیز ضعف عملکرد مدیران پرستاری را عامل کاهش انگیزه‌ی پرستاران و اکتفای آن‌ها به اجرای دستورات پزشکی دانسته‌اند [3 و 4]. *آپتن* (1999)، *دوبولوز* و همکاران (1999)، بنت (2003) عدم اعتماد به نفس را از عوامل کلیدی محدود کننده عملکرد مبتنی بر شواهد دانسته‌اند [19 و 21]. مطالعات دیگر نیز تأثیر اعتماد به نفس بالا را در احساس توانمندی، بهبود عملکرد، سرعت تصمیم‌گیری و نیز تمایل پرستاران برای عمل بر مبنای شواهد و مستندات علمی تأیید نموده‌اند [12، 22 و 24].

در مطالعه‌ای که توسط جودکینز در فوریه‌ی 2003 در یکی از مراکز پزشکی ویکتوریای استرالیا انجام شد، سطح رضایت افراد مورد تحقیق، پس از تغییراتی در محیط فیزیکی و مراقبت کلی بیماران، به طور واضح بهبود داشته است [25]. مجموعه‌ی این یافته‌ها، ضرورت توجه مدیران به ایجاد یک محیط کاری مطلوب، ارزش دادن به عملکرد علمی از طریق اتخاذ راه‌کارهای تشویقی و تقویت سیستم‌های نظارت مثبت را مورد تأیید قرار می‌دهد.

به نظر می‌رسد مشکلات پرسنلی، کمبود نیروی پرستاری و وجود بیماران بدحال فقط مختص مطالعه‌ی حاضر نبوده است که در سایر محیط‌ها نیز سبب استرس و شلوغی شده است. به طوری که *بنت* و همکاران (2003) *ملنیک* و همکاران (2001) و *ناگی* (2004) نیز گزارش داده‌اند که کمبود وقت و زیاد بودن تعداد بیمار، در رأس موانع

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-09]

موجود در برابر پرستاران برای کاربرد شواهد تحقیقی در مراقبت بوده است [15، 26 و 27].

در مطالعه‌ی دیگری که توسط رنه‌آ و همکاران (2008) در آمریکا تحت عنوان «مراقبت پرستاری از بیماران محتضر در بخش اورژانس» صورت گرفت، معلوم شد که حجم کاری زیاد پرستاران در بخش اورژانس، کیفیتِ مراقبت را را پایین می‌آورد. همچنین طراحی نامناسب فضای فیزیکی بخش اورژانس نیز عاملی مهم در زمینه مراقبت بوده است. همراهان بیمار نسبت به مفهوم واقعی کار پرستار در بخش اورژانس بیگانه بوده‌اند. نتیجه‌ی این مطالعه نشان می‌دهد که دامنه‌ی مراقبت در بخش اورژانس وسیع بوده و عوامل زیادی در مراقبت در این بخش دخیل هستند که همکاران و محیط اورژانس از عوامل مهم هستند. بنابراین برای درک بهتر و بیشتر مفهوم مراقبت، مطالعات وسیع‌تری مورد نیاز است [5].

بی‌انگیزگی، کم‌کاری و کم‌تجربگی برخی از پرستاران از دیگر مشکلات مربوط به منابع انسانی در مطالعه‌ی حاضر بوده است. در مطالعه‌ای که توسط کیلگرن و همکاران (2005) در کشور سوئد با عنوان «مراقبت از بیماران سال‌مند در بخش اورژانس» انجام شد، نتایج نشان داد که پرستاران بخش اورژانس باید آگاهی و فهمی عمیق از جای‌گاه سال‌مندان در جامعه داشته باشند. پرستاران اورژانس باید در برابر بیماران احساس مسئولیت کنند. همچنین این گروه از پرستاران باید تجربه‌ی کافی در زمینه‌ی مراقبت داشته و بدانند که نیاز بیماران در زمینه‌ی مراقبت، متفاوت است [27]. برخی از مشکلات مدیریتی بخش در مطالعه‌ی ما ناشی از عدم آگاهی پرستاران از جایگاه بیماران است. بی‌انگیزگی و کم‌تجربگیِ برخی از پرستاران در مطالعه ما نیز می‌تواند به این مسئله دامن بزند.

در مطالعه‌ی ما، نامناسب بودن فرایندها و عدم وجود دستورالعمل، از مشکلات عمده در زمینه‌ی مدیریت بوده است. در مطالعه سلبست و همکاران، عوامل متعددی از جمله شلوغی، تنش، خستگی، محرومیت از خواب، فشار کاری بالا و وجود محرک‌های متعدد در محیط، می‌توانند باعث بروز کاهش دقت در پرستاران شب‌کار شوند که به عنوان مشکلات مدیریتی مطرح بوده‌اند. همان طور که ملاحظه می‌شود، نتایج این مطالعه با مطالعه‌ی ما هم‌خوانی دارد که به خاطر ماهیت یکسان مسائل و مشکلات مدیریتی بخش اورژانس در محیط‌های مختلف است [28].

نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان دهنده‌ی این است که مشکلات عمده‌ی مدیریتی بخش اورژانس در سه زمینه اصلی رفاهی، منابع انسانی و کاستی‌های مدیریتی در زمینه و عملکرد بود.

شایسته است که مدیران با ایجاد رفاه برای پرستاران و بیماران در بخش اورژانس، رفع مشکلات نیروی انسانی با ایجاد انگیزه، رفع کمبود پرستار با استخدام پرستاران جوان، افزایش دستمزد و رفع چالش‌های زمینه‌ای نظیر تعریف فرایندهای بخش، تدوین دستورالعمل‌ها، توجه ویژه به مقوله‌ی مدیر و مدیریت و توجه به پیش‌نهادات و همچنین رفع چالش‌های عملکردی با ایجاد سرعت در انجام کارهای پاراکلینیکی، حمایت از پرستاران، سازماندهی مناسب امور در اورژانس، توسعه‌ی آموزش و کنترل و نظارت مناسب، گامی در زمینه‌ی رفع مشکلات مدیریتی در بخش اورژانس بردارند.

با توجه به ویژگی مطالعات کیفی، تعمیم نتایج این مطالعه، فقط محدود به محیط مورد بررسی است. لذا از انجام مطالعات مشابه به منظور شناخت بیشتر مشکلات مدیریتی، پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمام شرکت کنندگان در این پژوهش که با صرف وقت بسیار، علاقه‌مندانه در مصاحبه‌ها شرکت نمودند و نظرات و تجارب خود را در اختیار پژوهشگران قرار دادند سپاسگزاری می‌نمایند.

References

1. Rahmani H, Arab M, Akbari F, Zeraati H. Structure, process and functional hospital emergenceis in Tehran University of Medical Scinces. Journal of hygine faculty and reaserch inistitue. 2006;4(4):13-22. [Persian]
2. Safaee H. Survey of quality of caring in Tabriz hospital emergency ward. Information and management in health. 2005;2:43-7. [Persian]
3. Nikbakhte A. Asses nursing experiences in Iran. Nursing faculty of University of Medical Sciences 2002;120(381):17-20. [Persian]
4. Almost J, Laschinger HK. Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. J Am Academy Nurse Pract. 2002;14(9):408-18.
5. Beckstrand RL, Smith MD, Heaston S, Bond AF. Emergency nurses' perceptions of size, frequency, and magnitude of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. J Emerg Nurs. 2008;34(4):290-300.
6. Curtis K, Wiseman T. Back to basics-essential nursing care in the ED Part one. Australasian Emergency Nursing Journal. 2008;11(1):49-53.
7. Ho W. Organizational transformation for service excellence in a public hospital in Hong Kong. Managing Service Quality. 1999;9(6):383-8.
8. Sarchamee R, Sheykhi MR. Patient satisfaction from emergency Hospital Gazvin University of Medical Sciences. Journal of Gazvin University of Medical Sciences. 2002;5(2):64-8. [Persian]

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-09]

9. Speziale HJS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
10. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15(9):1277-88.
11. Beckett A, Gilbertson S, Greenwood S. Doing the right thing: nursing students, relational practice, and moral agency. J Nurs Educ. 2007;46(1):28-32.
12. Adib-Hajbaghery M ,Ahmadi F, Salsali M. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. BMC Nurs Manage. 2004;3(2):3-13.
13. Kunaviktikul W, Srisuphan W, Chontawan R, Nuntasupawat R, Pumarporn O. Development of quality of nursing care in Thailand. J Advanc Nurs. 2001;36:776-84.
14. Manojlovich M, Ketefian S. The Effects of Organizational Culture on Nursing Professionalism: Implications for Health Resource Planning. Can J Nurs Res. 2002;33(4):15-34.
15. Nagy S, Lumby J, McKinley S, Macfarlane C. Nurses' beliefs about the conditions that hinder or support evidence-based nursing . Int J Nurs Pract. 2001;7(5):314-21.
16. Mok E, A-Yeung B. Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong. J Nurs Manag. 2002;10(3):129-37.
17. Sitzia J. Barriers to research utilization: the clinical setting and nurses themselves. Eur J Oncol Nurs. 2001;5(3):154-64.
18. Moloney M. Professionalization of nursing: current issues and trends. Philadelphia: Lippincott; 1992.
19. Bennett S. Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. Aust Occup Ther J. 2003;50(1):13-21.
20. Upton D. Clinical effectiveness and EBP 3: Application by health-care professionals. British J Ther Rehabil. 1999;6(12):86-90.
21. Dubouloz CJ, Egan M, Vallerand J, Von Zweck C. Occupational therapists' perceptions of evidence-based practice. Am J Occup Ther. 1999;53(5):445-53.
22. Kuokanen L, Leino-Kilpi H. The qualities of an empowered nurse and the factors involved. J Nurs Manag. 2001;9(5):273-80.
23. KurlowiczL H. Perceived self-efficacy, functional ability, and depressive symptoms in older elective hip surgery patients. Nurs Res. 1998;47(4):219-26.
24. White AH. Clinical decision making among fourth year nursing students: An interpretive study. J Nurs Educ. 2003;42(3):113-20.
25. Judkins S. Pediatric emergency department design: Dose it affect staff patient and community satisfaction? Emerg Med (Fremantle). 2003;15(1):63-7.
26. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Fischbeck Feinstein N, Li H, Small L, Wilcox L, et al. Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills and needs regarding evidence based practice: implication for accelerating the paradigm shift. Worldviews Evid Based Nurs. 2004;1(3):185-93.
27. Kihlgren AL, Nilsson M, Sorlie V. Caring for older patients at an emergency department-emergency nurses' reasoning. J Clin Nurs. 2005;14(5):601-8.
28. Selbst SM, Levine S, Mull C, Bradford K, Friedman M. Preventing medical errors in pediatric emergency medicine. Pediatr Emerg Care. 2004;20(10):702-9.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-09]