

## چالش‌های بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

## (یک مطالعه کیفی)

رقیه بایرامی<sup>۱</sup>، علیرضا رضازاده<sup>۲</sup>، حسین ابراهیمی پور<sup>۳\*</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۱۲

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۲۴

## چکیده:

**مقدمه و هدف:** بخش اورژانس به عنوان قلب بیمارستان و یکی از نخستین نقاط تماس بیماران با سیستم ارائه خدمات درمانی، با مسائل و مشکلات گوناگونی روبرو است. این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های موجود در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع مطالعات کیفی بود که به شیوه فنومنولوژی در سال ۱۳۹۳ در مشهد انجام گرفت. بیست پرستار و دو متخصص طب اورژانس که با نمونه‌گیری هدفمند از چهار بیمارستان آموزشی شهر مشهد انتخاب شدند؛ با حضور در مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته، درک و تجارب خود را پیرامون چالش‌های بخش‌های اورژانس بیان کردند. بعد از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، داده‌ها از طریق روش کولیزی با نرم افزار MAXQDA 3 مورد تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** از تحلیل داده‌ها سه درون مایه مشتعل بر "چالش‌های مربوط به منابع انسانی" (ویژگی‌های فردی، ویژگی‌های حرفه‌ای، کمبود نیروی انسانی)، "نارضایتی پرستاران" (حداقل هتلینگ و خدمات رفاهی در بیمارستان برای پرسنل، عدم تناسب حقوق و مزایا با حجم کاری، عدم حمایت از پرستاران) و "چالش‌های مدیریتی اورژانس" (چالش‌های ساختاری، چالش‌های عملکردی، چالش‌های مدیریتی نیروی انسانی) استخراج شد.

**نتیجه‌گیری:** کمبود نیروی انسانی، نارضایتی پرستاران و ضعف مدیریت از مهمترین چالش‌های بخش‌های اورژانس بودند. تامین نیروی انسانی کافی، ایجاد حمایت از پرستاران، تعیین دستورالعمل و فرایند برای مراقبت‌های پرستاری می‌تواند در کاهش چالش‌های موجود در بخش‌های اورژانس بیمارستانی موثر باشد.

**کلمات کلیدی:** بخش اورژانس، پرستار اورژانس، مراقبت، بیمار، بیمارستان آموزشی، مطالعه کیفی

- ۱- دکتری تخصصی بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران
- ۲- کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
- ۳- دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران (\*نویسنده مسوول)  
آدرس الکترونیکی: [hebrahimip@gmail.com](mailto:hebrahimip@gmail.com)، تلفن تماس: ۰۹۱۲۳۳۳۳۸۱۶

## مقدمه

بخش اورژانس به عنوان قلب بیمارستان شناخته می شود و به دلیل لزوم انجام مراقبت سریع، با کیفیت و موثر و فرآیندهای متعدد و پیچیده در آن، جایگاهی مهم و حساس در بیمارستان و نظام بهداشتی درمانی دارد (۱). در ایران، بخش اورژانس سالانه نزدیک به ۳۰ میلیون بیمار را در خود می پذیرد. اورژانس حدود ۲۵٪ مراجعات به بیمارستان را به خود اختصاص می دهد که ۴۰٪ آنان بعد از مراجعه بستری می گردند (۲). این بخش به لحاظ حساس بودن آن، باید از نظر ساختاری به گونه ای درست سازماندهی شده و فرآیندهای ارائه خدمت در آن مورد توجه دقیق قرار گیرد (۳). امروزه بهبود وضعیت و ساماندهی این بخش در ردیف مهمترین اولویت های کاری وزارت بهداشت قرار گرفته است. نتایج مطالعات انجام گرفته بیانگر این است که نارضایتی بیماران در بخش اورژانس ناشی از عواملی نظیر ازدحام، زمان انتظار طولانی بیماران، عدم کیفیت خدمات ارائه شده و ترک اورژانس بدون دریافت درمان مناسب می باشد که به نوبه خود منجر به افزایش مرگ و میر بیماران می شود (۴، ۵).

بخش اورژانس بیمارستان به عنوان یکی از نخستین نقاط تماس بیماران با سیستم ارائه خدمات درمانی، با مسائل و مشکلات گوناگونی روبرو است. عواملی مانند کمبود تخت های بستری برای بیماران پذیرش شده و کمبود دسترسی بیماران به مراقبت سرپایی منجر به شلوغی و ازدحام زیاد در این بخش می شوند که در نتیجه به طولانی شدن زمان انتظار بیماران برای دریافت خدمت و کیفیت پایین خدمات منجر می شوند (۶). علیرغم این که بیشتر بخش های اورژانس بیمارستان ها زیر فشار تقاضای رو به رشد خدمات قرار دارند، در بیشتر موارد با محدودیت بودجه و نیروی انسانی کافی نیز روبرو هستند (۷).

در سال ۲۰۰۷ در سان دیه گو<sup>۱</sup> (امریکا) مطالعه ای انجام شد و نتیجه گرفته شد که با صنعتی شدن شهرها و توسعه جوامع شهری، درصد مرگ و میر ناشی از تروما و بیماری های قلبی رو به افزایش است و مهمترین عامل افزایش مرگ و میر، عدم تجهیز اورژانس ها به تناسب افزایش نیاز می باشد (۸). همچنین در یک بررسی در ایران یک گروه از پزشکان عمومی و بیمارستانی مشکلات موجود در اورژانس را به ۵ دسته شامل مشکلات ارتباطی، ارجاع، تخت های موجود، زمان انتظار بیماران و سازمان دهی مراقبتی تقسیم کردند (۹). در مطالعه ای که در شیراز انجام شد، ۹ عنصر به عنوان اجزای کیفیت خدمات در ۳ سطح بدین شرح اولویت بندی شدند: ۱- فضای فیزیکی اتاق پزشک ۲- بهبود پرسنل پرستاری، تسهیلات

هتلینگ، اتاق بستری، پزشک، و فضای تریاژ ۳- بهبود سیستم های راهنما، ایجاد تسهیلات رفاهی همراه بیمار، بهبود سالن انتظار (۱۰).

با توجه به مطلبی که ذکر شد، بخش اورژانس بیمارستان از اهمیت زیادی در نظام بهداشت و درمان برخوردار است. در این بخش، درمان باید فوری، مناسب و شایسته باشد. با توجه به نقش حساس بخش اورژانس در نجات جان انسان ها، این بخش یکی از ارکان ضروری و اجتناب ناپذیر بیمارستان ها به شمار می رود (۱۱). اخیراً نیاز برای بهبود در بخش های اورژانس با توجه به هزینه های مراقبت، سرعت ارائه خدمات، شلوغی و امنیت بیماران به میزان زیادی پذیرفته شده است (۱۲). بیمارستان های آموزشی- درمانی سطح کشور همواره پذیرای جمعیت بسیاری از مراجعین به بخش اورژانس آن بیمارستان می باشند که علت آن ارزان تر بودن این مراکز و همچنین انتقال دادن بیماران توسط آمبولانس های پیش بیمارستانی است (۱۳).

با توجه به موارد فوق، برنامه ریزی در خصوص یافتن نقاط ضعف و قوت و بهبود کیفیت بخش های اورژانس بیمارستان های پذیرنده بیماران اورژانسی از طریق بررسی و تعیین چالش ها و مشکلاتی که این بخش ها به عنوان بخش مهمی از سیستم مراقبتهای بهداشتی درمانی با آن مواجه می باشند امری مهم و ارزشمند تلقی می شود. گرچه، در کشور ایران مطالعاتی در زمینه چالش های موجود در بخش های اورژانس در قالب مطالعات کمی انجام شده است اما باید به این موضوع نیز توجه داشت که ارزش دانش در پرستاری به ارتباط آن با درک تجارب انسانی بستگی دارد و به منظور رسیدن به چنین درکی، نیازمند روش هایی از تحقیق است که امکان جستجوی همه جانبه این تجارب را فراهم نماید و این امر جز از طریق انجام مطالعات کیفی میسر نمی باشد (۱۴). بنابراین این مطالعه با هدف تبیین چالش هایی که بخش های اورژانس بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با آن مواجه هستند، انجام گرفت.

## روش کار

در مطالعه حاضر که به روش فنومنواوژی ۱۳۹۳ در بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گرفت. چهار بیمارستان آموزشی اصلی پذیرنده بیماران اورژانسی که بیشترین تعداد پذیرش اورژانس در سال ۱۳۹۲ را در اختیار داشتند، انتخاب شدند. جامعه مورد پژوهش را کادر درمانی اورژانس بیمارستانهای مذکور، شامل متخصصان طب اورژانس و پرستاران تشکیل دادند. در این مطالعه با ۲۰ نفر از پرستاران و ۲ پزشک متخصص

<sup>۱</sup> - San Diego

نمایند. منظور از اعتماد، پایداری یا پایایی یافته‌ها در طول زمان و تحت شرایط متفاوت است (۱۵). در مطالعه حاضر برای تامین اعتماد یافته‌ها از روش ناظر خارجی برای بررسی درک مشابه احتمالی او با پژوهشگر و جستجو برای موارد مغایر استفاده شد که این مسئله از طریق ارائه کدهای اولیه از تفسیر تجارب شرکت کنندگان، مثال‌هایی از چگونگی استخراج درون مایه‌ها و گزیده‌هایی از متن مصاحبه‌ها برای هر یک از درون مایه‌ها، صورت گرفت. قابلیت انتقال بیانگر این است که یافته‌های حاصل از داده‌ها به مکانها یا گروه‌های دیگر قابل انتقال باشد (۱۵). به منظور تامین انتقال پذیری تحقیق، نتایج به افرادی که در تحقیق شرکت نداشته‌اند، ارائه گردیده است تا درباره وجود تشابه بین نتایج پژوهش و تجارب خود قضاوت نمایند. منظور از تایید پذیری، درجه توافق بین دو یا چند فرد مستقل در مورد درستی، مربوط بودن یا معنایی داده‌ها است (۱۵). جهت حصول این معیار، متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده، چگونگی شکل‌گیری طبقات و تم‌ها ارائه گردید تا ناظرین خارجی و افرادی که در تحقیق شرکت نداشتند، قادر باشند تایید پذیری داده‌ها را بررسی نمایند.

داده‌ها از طریق روش کولیزی<sup>۷</sup> (۱۶) و با نرم افزار 3 MAXQDA مورد تحلیل قرار گرفت.

تحلیل داده‌ها به روش کولیزی از همان مصاحبه اول و به موازات انجام مصاحبه‌ها شروع شد. کلیه مصاحبه‌ها با اجازه مصاحبه شونده‌گان ضبط، نسخه نویسی و چندین بار مرور شد. سپس به هر کدام از پروتکلها رجوع و عبارات مهم استخراج گردید و معنی یا مفهوم هر عبارت مهم که تحت عنوان مفاهیم تنظیم شده مطرح است توسط محقق شکل گرفت. مفاهیم تنظیم شده، درون دسته‌های موضوعی سازماندهی شده و یافته‌ها به درون یک توصیف جامع از پدیده مورد نظر تلفیق گردید. در ادامه توصیف جامع از پدیده مورد تحقیق به شکل یک بیانیه صریح و روشن تنظیم و در مرحله آخر نتایج به شرکت کنندگان باز گردانده شد و در مورد یافته‌ها از آنها سؤال پرسیده شد (۱۶).

جهت رعایت نکات اخلاقی، قبل از جمع‌آوری داده‌ها، اهداف تحقیق به شرکت کنندگان توضیح داده شد و پس از کسب رضایت آگاهانه نسبت به ضبط مصاحبه اقدام می‌شد. همچنین رازداری و آزادی مشارکت کنندگان برای شرکت در تحقیق یا خروج از آن، محرمانه بودن اطلاعات و حفظ آنها در محل امن، رعایت گردید.

طب اورژانس مصاحبه شد. شاغل بودن در اورژانس با حداقل سابقه کار یک سال و تمایل به شرکت در پژوهش از معیارهای ورود مطالعه بودند. در این مطالعه، از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف برای انتخاب شرکت کنندگان در مطالعه استفاده شد.

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، مصاحبه نیمه ساختار یافته و عمیق با استفاده از سؤالات باز و همچنین یادداشتهای در عرصه<sup>۱</sup> بود. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی در محیطی آرام و در زمان و مکان مناسب که مشارکت کنندگان احساس راحتی نمایند انجام شد. مصاحبه با بیست نفر به اشباع رسید و برای اطمینان بیشتر دو نفر دیگر هم مورد مصاحبه قرار گرفتند. محقق با کسب رضایت از مشارکت کنندگان، برای تصدیق گفته‌هایشان و یا نیاز به انجام مصاحبه‌های بعدی، آدرس و شماره تلفن آنها را در انتهای مصاحبه گرفت. نمونه سؤال راهنما شامل موارد زیر بودند: "لطفا تجربه یک روز کاری خود را در اورژانس بیان کنید." در بخش اورژانس با چه چالش‌ها و مشکلات مواجه هستید؟" موانع و تسهیل کننده ارائه خدمات در بخش اورژانس چه می‌تواند باشد؟ مدت زمان هر جلسه مصاحبه بین ۸۰-۳۰ دقیقه بود. محتوای مصاحبه‌ها بلافاصله بعد از هر مصاحبه از روی نوار پیاده شد و به عنوان راهنما در مراحل بعدی کار استفاده گردید. جمع‌آوری اطلاعات تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. برای تأمین روایی و پایایی مطالعه از روش ارزیابی لینکلن و گوبا<sup>۲</sup> استفاده گردید که معادل روایی و پایایی در تحقیقات کمی است. بدین منظور و بر پایه این روش، چهار معیار (اعتبار<sup>۳</sup> یا مقبولیت، قابلیت اعتماد یا همسان بودن<sup>۴</sup>، انتقال<sup>۵</sup> پذیری و تایید پذیری<sup>۶</sup>) جهت ارزیابی در نظر گرفته شد. اعتبار عبارت از فعالیت‌هایی است که منجر به افزایش احتمال تولید یافته‌های معتبر می‌شود (۱۵). برای افزایش اعتبار پذیری یافته‌ها از روش‌های مختلفی مانند تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و چک کردن یافته‌ها با شرکت کنندگان استفاده شد. بازنگری توسط همکار، روش دیگری بود که برای تایید اعتبار پژوهش‌های کیفی به کارگرفته می‌شود (۱۵). بدین منظور تم‌ها و طبقات پدیدار شده به همکارانی که در زمینه پدیده مورد مطالعه و روش تحقیق کیفی تجربه داشتند، ارائه گردید تا جریان تجزیه و تحلیل داده‌ها را بررسی و در مورد صحت آن اعلام نظر

1- Field note

2- Lincoln & Guba

3- Credibility

4- Dependability

5- Transferability (Fittingness)

6- Confirmability

7 -Colaizzi

## یافته ها

از تحلیل محتوای مصاحبه ها ۱۲۳۰ کد، ۹ طبقه و سه درون مایه اصلی به شرح جدول ۱ استخراج شد.

جدول ۱- تحلیل اطلاعات مربوط به مصاحبه ها

| درون مایه اصلی                 | طبقات                                                                                                             |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| چالش های مربوط به منابع انسانی | ویژگی های فردی<br>ویژگی های حرفه ای<br>کمبود نیروی انسانی                                                         |
| نارضایتی پرستاران              | حداقل هتلینگ و خدمات رفاهی در بیمارستان برای پرسنل<br>عدم تناسب حقوق و مزایا با حجم کاری<br>عدم حمایت از پرستاران |
| چالشهای مدیریتی                | چالش های ساختاری<br>چالش های عملکردی<br>چالش های مدیریتی نیروی انسانی                                             |

در زیر، درون مایه های استخراج شده، طبقات و گزیده هایی از گفته ها و حکایت برخی مشارکت کنندگان در مطالعه در این زمینه آورده شده است:

## چالشهای مربوط به منابع انسانی

یکی از مشکلات اساسی بخش اورژانس، چالشهای مربوط به منابع نیروی انسانی بود. این تم از سه طبقه ویژگی های فردی، ویژگیهای حرفه ای و کمبود نیروی انسانی تشکیل شده بود.

## ویژگی های فردی

برخی از شرکت کننده ها، داشتن انگیزه و وجدان کاری را از جمله ویژگی های مهم فردی پرستار می دانستند. به طوری که اذعان کرده بودند بی انگیزگی شغلی با هر علت و زمینه ای می تواند به چالش بزرگ در بخش اورژانس منجر شود.

"البته پرستاری انگیزه می خواد. وجدان کاری می خواد که همه ندارن. بعضی ها فقط منتظر اینند که زودتر زمان بگذره، شیفت تموم بشه و برن دنبال کارهای شخصی خودشون. البته انگیزه تا حدودی فردیه و به محیط هم بستگی داره. پرستاری که می بینه قوانین و حقوق و مزایا به نفعش نیست انگیزه کاری خودش رو از دست میده" (مصاحبه شونده شماره ۱۴).

## ویژگی های حرفه ای

کم تجربگی و فرسودگی شغلی پرستاران از جمله مصادیقی بودند که برخی از پرستاران آن را به عنوان چالش در بخش اورژانس ذکر کرده بودند. برخی مشارکت کننده ها فرسودگی شغلی را در نتیجه فشارهای شغلی دائم و مکرر در محیط کار

به علت عوامل درونی و بیرونی می دانستند که به دلیل ماهیت دائمی و مکرر بودن آن به اقتضای شغلی در نهایت به احساس فرسودگی تبدیل شده بود و در نهایت به احساس کاهش انرژی منجر شده بود.

در زیر به مثالی از نقل قولها اشاره می شود:

"اون فردی که ۱۵ سال سابقه ی کار داره، ۲۰ سال سابقه ی کار داره، دچار فرسودگی شده، توان اینکه توی اورژانس با اون شدت کار به مریضا بتونه پاسخ بده، اون سرعت عمل لازم رو نداشته باشه کم می شه. چون به مرور زمان شما به مقداری سنتون میره بالا اون توان اینکه بتونین سریع عکس العمل نشون بدین خب کمتر میشه. درسته تجربه بالاتره اما توان جسمی هم شرطه در اورژانس" (مصاحبه شونده شماره ۱).

برخی افراد شرکت کننده به بی تجربگی پرستاران شاغل در بخش اورژانس اشاره کرده بودند. به اعتقاد ایشان بکارگیری نیروهای طرحی و قراردادی تازه کار و بی تجربه از جمله چالشهایی است که کادر پرستاری و بیمار با آن دست و پنجه نرم می کنند.

"معمولا نیروهای طرحی رو به اورژانس می دن که کارشون رو شروع کنند. اورژانس جای افراد کم تجربه نیست. اورژانس مهارت و دانش می خواد" (مصاحبه شونده شماره ۸).

## کمبود نیروی انسانی

تمام افراد شرکت کننده در پژوهش به مشکل کمبود پرستار به خصوص پرستار مرد اشاره کرده بودند و آن را به عنوان مشکل ریشه ای در نظام سلامت ذکر کرده بودند. اکثر مشارکت کننده ها، اورژانس بیمارستان را بخش پر تنشی می دانستند و به دلیل ویژگی های جنسیتی اعتقاد داشتند که مردان بهتر می دانند این شرایط را کنترل کنند. کمبود نیروی مرد پرستاری به خصوص در جاهایی که حساسیت شغلی و جسمی وجود دارد، محسوس بوده و فشار زیادی روی زنان پرستار است.

یکی از شرکت کننده ها گفته بود:

"اورژانس تمام بیمارستان ها یه جای پراسترسه، همراهی ببقراه، عصبانیه، یه واکنش هایی رو نشون میده و ممکنه استرس رو هم به پرسنل منتقل کنه، به نظر من پرسنل مرد رو بزارن اونجا بهتره، حالا یکی دوتا خانم هم باشن که کارهای خانوما رو انجام بدن. یکی میاد اینجا سروصدا میکنه پرسنل خانوم نمیتونن اوضاع رو کنترل کنند. فشار کار اونجا زیاده" (مصاحبه شونده ۷).

شرکت کننده دیگری اذعان کرده بود:

"ببینید ما بزرگ ترین مشکل مون همیشه کمبود نیرو بوده. کمبود نیروی پرستار، کمک پرستار و حتی خدماتی. این بزرگ ترین مشکل ماست(مصاحبه شونده شماره ۲).

مزایا بگیره. این حقوقی که داریم برای اداره زندگی کافی نیست" (مصاحبه شونده شماره ۱۹).

#### عدم حمایت از پرستاران

اکثر پرستاران خشونت علیه آنها و عدم حمایت از طرف مسئولان را جزو چالش‌های موجود در بخش اورژانس می دانستند.

در زیر به مثالی از نقل قولها اشاره می شود:

"در حضور همراهی واقعا برای یک مریض تصادفی و مریضی که اون اتفاق افتاده براش، نمیشه کار کرد اما ما اینجا در حضور همراهی کار می کنیم، گاهی اوقات چند تا همراهی بالای سرمونه که خب ممکنه فحش هم بدن و ممکنه درگیر هم بشند و خب ما از نظر حفاظت فیزیکی خیلی مشکل داریم. چیزی که توی بیمارستان امداد خیلی خوب انجام میشه. اونجا پلیس دارن و مستقره و کسی نمی تونه حمله ور بشه به پرسنل اما ما معمولا هر یکی دو هفته یک نفر به ما حمله ور هم میشه و درگیر هم میشه" (مصاحبه شونده شماره ۱۵).

#### چالشهای مدیریتی

از تجربیات دیگر پرستاران در زمینه چالشهای بخش اورژانس، وجود چالشها و کاستیهای مدیریتی بود. این تم از سه کد فرعی (چالشهای ساختاری، چالشهای عملکردی و چالشهای مدیریت نیروی انسانی) تشکیل شده بود.

#### چالشهای ساختاری

مصاحبه ها نشان داد اکثر مشارکت کننده ها عدم وجود فضای فیزیکی مناسب و کافی، عدم وجود یا وجود تجهیزات پزشکی مستهلک، عدم وجود خدمات پاراکلینیک را جزو چالشهای ساختاری اورژانس می دانستند. بنا به عقیده برخی، محدودیت فضای فیزیکی داخل اورژانس را معضلی در ارائه خدمت مناسب و سریع برای بیمار بود.

یکی از مشارکت کننده ها گفته بود:

"فضای مناسبی در اورژانس نداریم. خود فضای اورژانس بسیار فضای کوچکیه، نیاز به اتاق های زیادی داریم برای کار کردن؛ ما این جا فقط اتاق CPR داریم و اتاق بخیه و هر مریضی میاد کنار مریض دیگه. شاید مثلا یک مریضی ضربه ی ترومای خیلی کوچکی داشته باشه که فقط نیاز داشته باشه تو نوبت کارهاش انجام بشه یک گچ یا آتل براش گرفته بشه، یک عکس ساده نیاز داشته باشه، میاد کنار مریضی که واقعا خون آلوده است قرار می گیره" (مصاحبه شونده شماره ۱).

چند نفر از پرستاران به کمبود امکانات در بیمارستان اشاره کرده بودند. یکی از آنها گفته بود:

"الان توی بیمارستان ما MRI نداریم. مصدوم یا مریض تصادفی که میاد ما مجبوریم به بیمارستان دیگه ای اعزامش کنیم. این باعث میشه هم وقت پرسنل تلف بشه و هم خدمات

یکی دیگر از افراد مورد مصاحبه در این راستا اظهار داشته بود:

"قراره که مثلا مریض میاد بدحاله چون بحث این نیست که بگیریم یک پرستار واسه ی یک مریض کافیه، وقتی مریض بدحال میاد شاید ۵، ۶ تا پرستار هم واسه یه مریض کم باشه. مریض که حالا تو قسمت تروماییه، تصادفیه، پاش آسیب دیده، سرش آسیب دیده باید یه سری اقدامات توی یه زمان طلاسی براش انجام بشه. اگه یه سری پرسنل طرحی باشن باز یه سری مشکلات داریم، پرسنل طرحی از دانشگاه اومده بیرون تازه مریض دیده، هنوز اون ترس رو داره تا اینکه یه نفر ۴، ۵ ساله داره کار میکنه، جدا از استرس ها، کار عادیش رو انجام میده" (مصاحبه شونده شماره ۱۶).

#### نارضایتی پرستاران

یکی از مواردی که توسط پرستاران در زمینه چالشهای موجود در بخش اورژانس مطرح شده بود، نارضایتی پرستاران بود که شامل سه طبقه هتلینگ و خدمات حداقل در بیمارستان برای پرسنل، عدم تناسب حقوق و مزایا با حجم کاری و عدم حمایت از پرستاران بود. نبود امکانات رفاهی و بهداشتی مناسب در بخش، عدم تناسب حقوق و مزایا با حجم کاری (پایین بودن دستمزد، حجم کاری بالا)؛ عدم حمایت از پرستاران که شامل عدم وجود امنیت شغلی و حمایت از پرستار همچنین خشونت علیه پرستاران از جمله عواملی بود که باعث نارضایتی پرستاران اورژانس شده بود.

#### هتلینگ و خدمات حداقل در بیمارستان برای پرسنل

برخورداری از حداقل امکانات رفاهی و تسهیلاتی در بخش اورژانس از جمله مشکلاتی بود که شرکت کننده ها به آن اشاره کرده بودند.

"الآن تو Rest ما مثلا، از خدمه میان میخوابن، کمک بهیار میاد میخوابه، پرستار میاد میخوابه. خب ببینید، فرهنگها متفاوته دیگه. به هر حال یک فرد تحصیل کرده ی جامعه، یه کسی که دانشگاه رفته، باید فرقی باشه بینش با یه بابایی که به هر حال از نظر انسانی منظورم نیست ها، از نظر انسانی کاری نداریم شاید از نظر انسانی اون آدم بهتری باشه، بحثم اون نیستش، بحثم این پرستیژ کاریه، به هر حال باید حفظ بشه، اگه حفظ نشه وظایف تداخل پیدا میکنه" (مصاحبه شونده شماره ۱۱).

#### عدم تناسب حقوق و مزایا با حجم کاری

عدم دریافت حقوق و مزایای در خور، سختی کار و تبعیض در پرداخت بین حقوق و مزایای پزشکان و پرستاران از جمله عواملی بود که منجر به نارضایتی برخی پرستاران شده بود.

"یک پرستار متحمل فشار کاری وتنش های روانی بسیاری در اورژانسه. این اصلا عادلانه نیست که آخر ماه یک پزشکی که من یا به پای اون کار کرده ام بیش از ۱۰ برابر من حقوق و

مدیریت را جمله چالشهایی می دانستند که کادر پرستاری و بیمار با آن دست و پنجه نرم می کنند.

"معمولا نیروهای طرحی رو به اورژانس می دن که کاری شروع کنند. اورژانس جاش افراد کم تجربه نیست. اورژانس مهارت و دانش می خواد" (مصاحبه شونده شماره ۱۸).

### بحث

در مطالعه حاضر بخش های اورژانس چالش های متعددی در زمینه های مربوط به منابع انسانی، نارضایتی پرستاران، ساختارهای مدیریتی اورژانس داشتند. در مطالعه فعلی یکی از تم های اصلی به دست آمده چالش های مربوط به منابع نیروی انسانی بود. کدهای فرعی حاصل از آن شامل ویژگی های فردی و حرفه ای نیروی انسانی و کمبود نیروی انسانی بوده است. در مطالعه حاضر، کمبود پرستار، کمک بهیار و نیروی خدمات بعنوان چالشی در زمینه نیروی انسانی بوده است. در مطالعه محمودی و همکاران نیز کمبود پرستار از جمله چالشهای مدیریتی بخش اورژانس بوده است (۱۷). در مطالعه بکت<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۷) کمبود وقت پرستاران، کمبود تعداد پرستار، پایین بودن ارزش این فعالیت و بی انگیزگی، به عنوان موانعی برای حضور مؤثر پرستار در محیط کار عنوان شده است (۱۸). مطالعه لاسکینگر<sup>۲</sup> و همکاران طی سالهای ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۱ نشان می دهد که کمبود نیروی پرستاری و مراقبتی از جمله متغیرهای ساختاری است که با تحت فشار قرار دادن پرستاران موجب احساس نارضایتی و بی کفایتی آنان می شود (۱۹). به نظر میرسد مسئله کمبود پرستار، یک مشکل اساسی بوده که همه محیطهای مراقبت به نوعی در حال دست و پنجه نرم کردن با این معضل هستند که در نهایت می تواند عواملی مانند رضایت و کفایت پرستاران را تحت تاثیر قرار دهد.

بی انگیزگی و کم تجربگی پرسنل از دیگر مشکلات مربوط به منابع انسانی در مطالعه ی حاضر بوده است. در مطالعه ای که توسط کیلگرن<sup>۳</sup> و همکاران 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 تجربه ی کافی در زمینه ی مراقبت داشته و بدانند که نیاز بیماران در زمینه ی مراقبت، متفاوت است (۲۰).

اورژانسی به مریض نیازمند به خدمات اورژانسی ارائه نشه" (مصاحبه شونده شماره ۱۳).

### چالشهای عملکردی

اکثر مشارکت کنندگان در پژوهش فقدان تریاژ در اورژانس و همچنین عدم رعایت case method در اورژانس را به عنوان چالش عملکردی ذکر کرده بودند. یکی از مشارکت کننده ها گفته بود:

ما الان تریاژ نداریم. تریاژ رو نگهبان دم در انجام میده، نگهبان دم در مثلا به مریض میگه چیکارت شده، اون میگه ضربه خوردم یا نخوردم. اگه ضربه خورده باشه میاد جای ما، اگه ضربه نخورده باشه میره داخلی. یکی از علت هایی که ۱۱۵ زیاد مراجعه میکنه اینجا همینه، چون تریاژ نداریم، پذیرش مریض، زیاد انجام میشه" (مصاحبه شونده شماره ۹).

مشارکت کننده دیگری در زمینه نبود تریاژ گفته بود:

"تریاز اگه بشه به نفع مریضه چون معطل نمی شه. مریضی اورژانسی سریعتر خدمات مورد نیاز رو دریافت می کنند. متاسفانه این کار توی بیمارستان ما انجام نمی شه. علتش رو هم کمبود جا و کادر پرستاری هستش" (مصاحبه شونده شماره ۱۱).

اکثر مشارکت کننده ها نقص در فرایندهای پرستاری، عدم وجود دستورالعمل و خط مشی ها را به عنوان چالش ذکر کرده بودند.

"در بخش های اورژانس معمولا درستش اینه که هر مریض یک پرستار و یا پزشک داشته باشه. اینکه هر مراقبت برای یک بیمار رو چند پرستار انجام بده درست نیست. یکی میاد رگ می گیره. اون یکی آزمایش، یکی دیگه یه کار دیگه و یا هر رزیدنتی می یاد برای بیمار دستور می نویسه. اینجوری ممکنه برخی مراقبتهای missed بشه. درستش اینه که در کل بخشها case method کار بشه." (مصاحبه شونده شماره ۲)

### چالشهای مدیریت نیروی انسانی

برخی پرستاران، مقیم نبودن پزشک متخصص در برخی رشته ها و بکارگیری نیروهای طرحی کم تجربه را در بخش اورژانس از ضعف مدیریتی موجود در بخش اورژانس می دانستند.

مشارکت کننده ای اظهار داشته بود:

"الآن پزشکان مقیم، مقیم نیستند، ما معمولا به صورت آنکال داریم اما مقیم که به صورت ۲۴ ساعته باشه نداریم، فقط تو بعضی از تخصص ها مقیم داریم که اون هم کم، اندکن" (مصاحبه شونده شماره ۱۱).

برخی افراد شرکت کننده بکارگیری نیروهای طرحی و قراردادی تازه کار و بی تجربه در بخشهای اورژانس از طرف

<sup>1</sup> - Beckett

<sup>2</sup> - Laschinger

<sup>3</sup> - Kihlgren

بودند (۳۰). در مطالعه سللیک<sup>۳</sup> و همکاران نیز عامل اصلی خشونت بیمار و همراهانش بوده اند (۳۱). با توجه به اینکه اکثر موارد خشونت در این پژوهش و سایر پژوهش‌ها از سوی همراهان بیمار بوده است، از این رو اتخاذ تدابیری برای کاهش حضور همراهان بیمار در بخش اورژانس و استفاده از کادر حراستی مجرب و نیروی انتظامی در بخش‌های اورژانس می‌تواند در کاهش میزان بروز خشونت نسبت به پرسنل اورژانس موثر باشد.

چالش‌های مدیریتی اورژانس در زمینه‌های ساختاری، عملکردی و مدیریتی نیروی انسانی از دیگر تم‌های به دست آمده در این پژوهش بود. نقص در فرآیندهای پرستاری و عدم وجود دستورالعمل‌ها و خط‌مشی‌های مشخص در بخش اورژانس، عدم وجود تجهیزات پزشکی، عدم وجود خدمات پاراکلینیک و عدم وجود فضای فیزیکی مناسب و کافی و تسهیلات از چالش‌های ساختاری بخش اورژانس بود. فقدان خدمات پاراکلینیکی تشخیصی از جمله سی تی اسکن و ام آر آی در بیمارستان، عدم دسترسی به پزشکان مجرب، تجهیزات پیشرفته پزشکی و فقدان امکانات رفاهی می‌تواند منجر به تاخیر در ارائه خدمات سریع و موثر به بیمار و نارضایتی در بیماران و همراهان گردد. سرباز در مطالعه ای تطبیقی بیان کرده است که منشور حقوق بیمار در اکثر کشورهای مورد بررسی (۸۷/۵ درصد کشورها)، حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی را برای بیمار قایل شده اند و فقط در این میان در منشور حقوق بیمار متعلق به ایران چنین حقی به چشم نمی‌خورد و بند مربوط به دسترسی به مراقبت در منشور ایران نیز این حق را به عنوان یک "حق انتظار" از سوی بیمار بیان می‌کند و نه به عنوان یک "حق دسترسی" (۳۲). نتایج پژوهش نصیریانی و همکاران نیز نشان می‌دهد که رعایت حقوق بیمار توسط پرستاران در سطح متوسط بوده است و رضایت بخش نیست (۳۳) آتش زاده شوریده در مطالعه خود عنوان داشت که اجرای بهینه فرآیند پرستاری، نیازمند تعیین استانداردهای خدمات پرستاری اعم از نسبت تعداد پرستار به بیمار، نحوه تقسیم کارها بر اساس شرح وظایف پرستاری، تغییر روش ارائه مراقبتی به صورت کار گروهی و یا موردی و ضرورت وجود سیستم ارزشیابی دقیق عملکرد کمی و کیفی است. عدم توجه مدیران به عوامل مذکور، زمینه انجام مراقبت‌های پرستاری بدون اجرای فرآیند پرستاری و بدون برخورداری از کیفیت لازم را در پی خواهد داشت (۳۴). بکارگیری نیروهای کم تجربه در اورژانس، اورژانس بعنوان اولین خط برای آموزش پرسنل جدیدالورود، اورژانس بعنوان بخش

فرسودگی شغلی یکی دیگر از چالش‌های اصلی در زمینه منابع انسانی اورژانس در مطالعه حاضر بود. در مطالعه شاکرنیا و همکاران نیز بیشترین میزان فرسودگی شغلی در بخش‌های اورژانس، قلب و کودکان گزارش شده است (۲۱). در مطالعه پوررضا و همکاران پرستاران جوان تر فرسودگی شغلی پائین تری را گزارش داده بودند (۲۲). مطالعه لین<sup>۱</sup> و همکاران بیانگر تاثیر مثبت سن بر میزان فرسودگی شغلی بوده است (۲۳). که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. اما اسپونر، در مطالعه خود نشان داد که بین سن و مسخ شخصیت همبستگی منفی وجود دارد یعنی پرستاران جوان تر، از فرسودگی شغلی بالاتری برخوردارند (۲۴) که همسو با یافته‌های مطالعه شهنازدوست می‌باشد (۲۵)، اما با یافته پژوهش حاضر همخوانی ندارد. همبستگی منفی بین سن و فرسودگی شغلی را در مطالعات فوق می‌توان به تفاوت در عوامل متعددی از جمله ویژگی‌های فردی افراد شرکت کننده در پژوهشها، شلوغی، تنش، خستگی، محرومیت از خواب، فشار کاری بالا و وجود محرک‌های متعدد در محیط نسبت داد.

در مطالعه حاضر حداقل هتلینگ و خدمات رفاهی در بیمارستان برای پرسنل، عدم تناسب حقوق و مزایا با حجم کاری و عدم حمایت از پرستاران در نهایت منجر به نارضایتی پرستاران شده بود. میرزا بیگی نیز در تحقیق خود عنوان می‌کند که ۵۵٪ پرستاران از امکانات رفاهی ناراضی بوده اند (۲۶). نتایج تحقیق نجفی دولت آباد نیز نشان داد ۷۶٪ پرستاران از امکانات رفاهی رضایت کمی دارند (۲۷). نتایج مطالعه ونگ<sup>۲</sup> نشان داد که ترفیع و ارتقای حقوق یکی از مهم ترین عوامل رضایت شغلی است (۲۸). در کشور ما امکانات رفاهی بسیار کمی خاص پرستاران طرح ریزی شده است که این امر استفاده از امکانات رفاهی را برای آنان محدود می‌کند. با توجه به این که تنش کاری این حرفه بسیار بالا است به نظر می‌رسد برنامه ریزی و تدارک چنین امکانی ضروری باشد.

عدم حمایت از پرستاران در قبال خشونت فیزیکی و لفظی همراهان و مراجعین به اورژانس و عدم وجود امنیت شغلی از جمله مصادیقی بود که منجر به نارضایتی پرستاران شاغل در بخش اورژانس شده بود. تیمورزاده و همکاران در مطالعه خود عنوان کردند که بخش قابل توجهی از پرستاران به لحاظ وجود خشونت در محل کار خود ابراز نگرانی می‌کردند و بیشترین خشونت‌ها در بخش‌های درمانگاه و اورژانس و نسبت به پرستاران کم سابقه تر صورت می‌گیرد (۲۹). در پژوهش مشتاق علم و همکاران بیشترین عامل ارتکاب خشونت، همراهان بیمار

<sup>1</sup> -Lin

<sup>2</sup> - Wang

<sup>3</sup> - Celik

نارضایتی پرستاران به دلیل شیفتهای فشرده و عدم تناسب حقوق و مزایا با حجم کاری از چالشهای دیگر بود که اکثریت مشارکت کننده ها اشاره کرده بودند. از مهمترین چالشهای ساختاری در این پژوهش، نبود دستورالعمل و فرایند برای مراقبتها در بخش اورژانس بود که لازم است توسط مدیریت، چارتهای مربوط به فرایند هر مراقبت در محل دید پرسنل نصب شود. رعایت نکردن تقسیم بیمار (Case method) برای هر بیمار چالشی است که در نهایت منجر به عدم رعایت حقوق بیمار و مراقبت دقیق از بیمار می شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل از طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد ۹۳۰۸۶۱ می باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که حمایت مالی طرح را بر عهده داشتند و تمام شرکت کنندگان در مطالعه، تشکر و قدردانی می شود.

تادیبی و تنبیهی پرسنل، نیز از چالش های مدیریتی نیروی انسانی بخش های اورژانس بود. مطالعات نشان داده اند که مشکلات زمینه ای و عملکردی مدیریتی نظیر افزایش هزینه های مراقبت، کاهش تعداد پرستاران حرفه ای و به کارگیری پرستاران دوره ندیده یا سایر کارکنان گروه پزشکی به جای پرستاران کارشناس، اثرات معکوسی بر کیفیت مراقبت بیماران می گذارد (۳۵).

این مطالعه در بیمارستانهای دولتی شهر مشهد انجام گرفته و نتایج آن قابل تعمیم به مراکز واقع در سایر نقاط کشور نمی باشد که از محدودیتهای منسوب به این مطالعه می باشد. پیشنهاد می گردد مطالعه مشابه در سایر شهرهای کشور انجام گیرد.

### نتیجه گیری

مهم ترین مشکل بخشهای اورژانس بیمارستانی، کمبود نیروی انسانی به ویژه پرستار مرد است که نه تنها در بخش اورژانس بلکه در کلیه بخشهای بیمارستانی مشهود است.

## References

1. Tabibi S, Najafi B, Shoaie S. Waiting time in the emergency department in selected hospitals of Iran University of Medical Sciences in 2007. *Pejouhesh*. 2009;33(2):117-22.[persian]
2. Green L. Using Operations Research to reduce delays for healthcare. *Tutorials in Operations Research*. 2008;12(5):290-302.
3. Kirsch TD. Emergency Medicine Around the World. *Annals of Emergency medicine*. 1998;32(2):237-8.
4. Lee G, Endacott R, Flett K, Bushnell R. Characteristics of patients who did not wait for treatment in the emergency department: A follow up survey. *Accid Emerg Nurs*. 2006;14(1):56-62.
5. Sprivilis P, Da Silva J, Jacobs I, et al. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust*. 2006 Mar 6;184(5):208-12
6. Soremekun O, Takayesu J, Bohan S. Framework for analysing wait times and other factors that impact patient satisfaction in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*. 2011;41(6):686-92.
7. Holden R. Lean Thinking in Emergency Departments: A Critical Review. *Annals of Emergency Medicine*. 2011;57(3):265-78.
8. Ramanujam P, Aschkenasy M. Identifying the need for pre-hospital and emergency care in the developing world: a case study in Chennai, India. *J Assoc Physicians India*. 2007 Jul;55:491-5
9. Bahadori M, et al. Assessment of Structure, Process and Activities in Emergency Ward of Bagheatallah Medical University Hospitals. *J Tebe Nezami*. 2007;9(4):257-63.[persian]
10. Rahimi S, Masoumpour M, Kharazmi E, Kavousi Z. Designing the Quality of Emergency Ward Services in Shiraz's Shahid Faghihi Hospital Based on Quality Function Deployment Method (QFD) in 2011-2012. *Journal of Hospital*. 2013;12(3):9-17.[persian]
11. Mehrabian F, Rahbar M, Keshavars S. Quality of services in retaining and medical emergency centers of Rasht in 2013. *J of Guilan University of Med Sci*. 2014;23(89):15-21.[persian]
12. Peck S, Kim S. Improving patient flow through axiomatic design of hospital emergency departments. *CIRP Journal of Manufacturing Science and Technology*. 2010;2(4): 255-260.
13. Bozorgi F, Lali A, Hosseini Nejad M, Amini Ahidashti H, Mahdavi M. Rapidity of Emergency Services and Associated Factors in Sari Imam Khomeini Educational Hospital, 2012. *J Mazand Univ Med Sci*. 2014;24(114):17-25.[persian]
14. Cohen MZ, Omery A. Schools of phenomenology: Implications for research. *Critical issues in qualitative research methods*. 1994;2:136-53
15. Burns N, Grove SK. *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice*: Elsevier Health Sciences; 2010.
16. Adib Hajbagheri M, Parvizi S, Salsali M. *Qualitative research methods*. Tehran, Iran: Boshra Publication, 2007. [persian]
17. Mahmoudi H, Mohammadi E, Ebadi A. Experience of nurses from the emergency department management: A



- qualitative study. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2012; 5(1).
- 18- 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.
- 19-*Laschinger HKS, Fingan J, Shamian J, Casier S: Organizational trust and empowerment in registered healthcare setting: effects on staff nurse commitment. Journal of Nursing Administration*. 2000, 30 (9): 413-425.
20. Kihlgren A, Nilsson M, Sorlie V. Caring for older patients at an emergency department-emergency nurses' reasoning. *J Clin Nurs*. 2005;14(5):601-8.
21. Shakerinia A, Mohammadpoor M. Relation between stress and resilience with burn out in female nurses. *Kermanshah Uni Med Sci*. 2011;2:154-69.
22. Pourreza A, Monazam M, Abassinia M, Asghari M, Safari H, Sorani M, et al. Relationship between job burnout and mental health of nurses working in province of Qom. *Journal of hospital*. 2012; 11 (2) :45-54. [Persian]
23. Lin F, John W. Burn out among Hospital Nurses in China. *Journal of nursing Management*. 2009;17(3):294-301
24. Spooner LR. *The Influence of Work Stress and Work Support on Burnout in Public Hospital Nurses*. Queensland University of Technology; 2004.
25. Shahnazdoust M, Maghsoudi S, Tabari R, Kazemnegad E. Relationship between Nursing Burnout and Occupational support. *J Guilan Uni Med Sci*. 2012;20(8)49-59.[persian]
26. Mirzabeigi G, Salemi S, Sanjari M. Job Satisfaction among Iranian Nurses *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences* 2009;15(1):49-59. [persian]
27. Najafi Dowlatabad Sh. [The assessment of job satisfaction of employed nurses of Yasouj Hospitals]. MS Dissertation, Nursing Faculty of Tehran University of Medical Sciences, 2004.[Persian]
28. Wang Y. Job satisfaction of nurses in hospital. *Chinese Journal of Nursing*. 2002;37(8):593-4.
29. Teymoorzadeh E, Rashidian A, Arab M, Akbari Sari A, Ghasemi M. Exposure to psychological violence among the nursing staff in a large teaching hospital in Tehran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2009;7(2):41-9. [Persian]
30. Moshtaq Eshgh Z, Saeedi M, Abed Saeedi Z, Alavi Majd H, Najafi Abedi Z. Violence toward nurses at emergency rooms (ERs) of hospitals of Medical Universities in Tehran. *Journal Of Nursing and Midwifery*. 2012;22(77):32-7.
31. Celik S, al e. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *International Nursing Review*. 2007;54(4):359-66.
32. Sarbaz M, Kimiafar K. Comparison of Patient's Rights in Developed Countries and Suggestion a Proper Model for Iran. *Health Information Management*. 2011;8(2):218-27. [Persian]
33. Nasiriani K, Farnia F, Nasiriani F. Study of respecting patients rights from nurses point of view employed in Yazd hospitals. *Scientific Journal of Forensic Medicine*. 2007;13(1):33-7. [Persian]
34. Atashzadeh Shoorideh F, Ashktorab T. Factors Influencing Implementation of Nursing Process by Nurses: A Qualitative Study. *Knowledge & Health*. 2011;6(3):16-23.[persian]
35. Kunaviktikul W, Srisuphan W, Chontawan R, Nuntasupawat R, Pumarporn O. Development of quality of nursing care in Thailand. *J Advanc Nurs*, 2001 Dec;36(6):776-84.

# Challenges in Emergency Departments of Teaching Hospitals Affiliated to Mashhad University of Medical Sciences

## A Qualitative Study

Bayrami R<sup>1</sup>, RezazadehA<sup>2</sup>, Ebrahimipour H<sup>3\*</sup>

Submitted: 2016.1.14

Accepted: 2016.6.1

### Abstract

**Background:** The emergency department as heart of hospital is one of the first points of contact to patients with health care system facing a variety of challenges. This study aimed to explore the challenges of emergency departments in teaching hospitals affiliated to Mashhad University of Medical Sciences.

**Materials and Methods:** This study was carried out through a qualitative approach and phenomenology method in Mashhad, Iran in 2013. Twenty nurses and two emergency medicine specialists were recruited from four teaching hospitals in Mashhad using purposive sampling. Data were collected through semi-structured in-depth interviews. Interviews were transcribed verbatim and analyzed using conventional content analysis approach according to Colaizzi with MAXQDA 3 software.

**Results:** based on study results, three main aspects were extracted including "challenges in Human resources"(personal characteristics, professional characteristics and human resource limitations),"nurses' dissatisfaction"(less quality of hospital housing and services for staff, disproportion between the workload and salaries, Lack of nurses' support) and "challenges in human resources management ("Structural challenges, the performance challenges and challenges in human resource management).

**Conclusion:** Human resource limitations, nurses' dissatisfaction and poor management were the most important challenges in emergency departments. Providing adequate human resources, support of nurses and guideline determination and nursing care process can reduce these challenges in emergency departments.

**Key words:** Emergency department, Emergency department nurse, Patient, Caring, Teaching hospital, Qualitative study

<sup>1</sup>PhD in Reproductive Health, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> MSc in Healthcare Management, Student Research Committee, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

<sup>3</sup>Associate Professor, Health Sciences Research Center, Department of Health and Management, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (\* Corresponding author), Email: hebrahimip@gmail.com, Tel: 09123233816