



Explaining the Experiences of The Elderly from Pre-Hospital Emergency Services in Shiraz

Vali. Leila¹, Farahmandneia. Hojjat², Mohammadpour. Ahmadreza^{3*}

1- Associate Professor, Kerman University of Medical Sciences, Faculty of Management and Medical Information Sciences, Kerman, Iran.

2- Assistant Professor, Kerman University of Medical Sciences, Faculty of Management and Medical Information Sciences, Kerman, Iran.

3- Postgraduate student in healthcare management.

Received Date:

2024.8.18

Accepted Date:

2025.2.10

*Corresponding

Author Email:

ahmadreza.mohammadpour75@gmail.com

Abstract

Background and purpose: As people age, physical dysfunction often increases, leading to various challenges and a heightened need for urgent medical services. Elderly individuals are among the primary users of healthcare and pre-hospital emergency services. Their subjective experiences during emergencies are influenced by their need for timely and relevant information regarding emergency procedures and their clinical condition—a need that is also shared by their caregivers. This study aims to elucidate the experiences of elderly individuals who have used pre-hospital emergency services in Shiraz.

Methods: This qualitative study was conducted in two phases. In Phase 1, semi-structured interviews were conducted with 21 elderly participants using purposeful and snowball sampling until data saturation was achieved. The interview transcripts were analyzed using Colaizzi's method to extract key themes. In Phase 2, a panel of experts was convened to further discuss the findings and provide recommendations.

Results: Analysis of the interviews revealed several themes related to the elderly's experiences with pre-hospital emergency services. These themes were categorized into sub-themes including ambulance condition, performance of technicians, timeliness of emergency response, and issues related to emergency rules and regulations. In Phase 2, the expert panel offered practical solutions to address the identified challenges.

Conclusion: The findings indicate that elderly patients face significant challenges when accessing pre-hospital emergency services, such as poor ambulance conditions, suboptimal technician performance, delayed emergency response times, and restrictive emergency protocols. The recommendations provided by the expert panel could inform policy development and lead to improvements in the quality of pre-hospital care for the elderly.

Keywords: Experiences, Elderly, Pre-Hospital Emergency Services, Qualitative Study



Copyright©2024 Scientific Association of Hospital Affairs, and Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

تبیین تجربیات سالمندان از خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در شهر شیراز

لیلا والی^۱، حجت فرهمندنیا^۲، احمدرضا محمدپور^{۳*}

- ۱- دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت، سیاست گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.
۲- دانشیار سلامت در بلایا و فوریت ها، گروه سلامت در بلایا و فوریت ها، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات سلامت در بلایا و فوریت ها، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.
۳- کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

چکیده:

زمینه و هدف: با افزایش سن، اختلال عملکرد جسمانی بیشتر شده که این امر خود منجر به بروز مشکلات مختلف در سالمندان و افزایش نیاز به خدمات فوری پزشکی می شود. سالمندان عموماً از استفاده کنندگان مهم خدمات مراقبت های بهداشتی و خدمات فوریت های پیش بیمارستانی هستند. تجارب ذهنی افراد از اورژانس تحت تأثیر نیاز آن ها به اطلاعات مرتبط و به موقع در رابطه با روش های اورژانس و وضعیت بالینی آن ها است. این نیازهای اطلاعاتی نیز توسط مراقبین افراد مسن در موقعیت اورژانس مورد نیاز است. این پژوهش با هدف تبیین تجربیات سالمندان از خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در شهر شیراز انجام شده است.

مواد و روش ها: این پژوهش در ۲ فاز انجام شد. فاز ۱ مربوط به سالمندان بود که این قسمت از مطالعه به صورت کیفی انجام و جهت گردآوری اطلاعات از مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. روش نمونه گیری از میان سالمندان و تکنسین ها به صورت هدفمند و گلوله برفی بود و تا حد اشباع ادامه یافت و داده ها به روش کلایزی تحلیل شد. در فاز ۲ مطالعه نیز جهت بررسی تجربیات مشارکت کنندگان و ارائه پیشنهاد، پنل خبرگان تشکیل شد.

نتایج: فاز اول مطالعه حاضر، بیان تجربیات ۲۱ نفر از سالمندانی بود که از خدمات اورژانس پیش بیمارستانی استفاده کردند. متن مصاحبه ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و مضمون هایی از آن استخراج گردید. سپس مضمون ها به زیر مضمون های مربوطه دسته بندی شدند: "وضعیت آمبولانس، عملکرد تکنسین ها، عملکرد زمانی اورژانس و قوانین و مقررات اورژانس"؛ و در فاز دوم نیز ارائه راهکار توسط پنل خبرگان ارائه شده است.

نتیجه گیری: تجربیات سالمندان نشان دهنده مشکلاتی است که هنگام دریافت خدمات اورژانس پیش بیمارستانی آن ها را با مشکل مواجه می کند از جمله: وضعیت نامناسب آمبولانس ها، مشکلات مربوط به عملکرد تکنسین ها، عملکرد زمانی اورژانس و قوانین و مقرراتی که باعث نارضایتی آن ها شده است. پیشنهادهایی برای حل این مشکلات توسط پنل خبرگان ارائه شد که امید است بتواند در سیاست گذاری برای ارائه خدمات بهتر به سالمندان در اورژانس پیش بیمارستانی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه: تجربیات، سالمندان، خدمات اورژانس پیش بیمارستانی، مطالعه کیفی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۵/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۲

* نویسنده مسئول مقاله:

ahmadreza.mohammadpour75@gmail.com

مقدمه

سالمندی یکی از مراحل رشد انسان است. برعکس آنان که آن را پایان زندگی می‌دانند، به‌عنوان یک روند طبیعی گذر عمر و زندگی مطرح می‌گردد (۱). امروزه در اکثر جوامع، سالمندی به‌عنوان یک مسئله مهم مطرح است. جمعیت دنیا به‌سرعت در حال سالخورده شدن است و بخش بزرگی از این تغییر در قرن اول هزاره سوم و در کشورهای درحال توسعه در حال شکل‌گیری است. طبق پیش‌بینی‌های بخش جمعیت سازمان ملل متحد نسبت جمعیت سالمند جهان در سال ۲۰۰۷ از حدود ۱۰/۵ درصد، به حدود ۲۱/۸ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت (۲). ایران نیز اگرچه در این راه نسبت به کشورهای دیگر متأخر محسوب می‌شود اما در پی تغییرات وسیع و سریع دموگرافیک طی دهه اخیر به‌سرعت به سمت سالخوردگی پیش می‌رود (۳). بر اساس آمار جمعیتی در سال ۱۳۹۵، سالمندان با جمعیت ۷۴۱۴۰۹۱ نفر سهم ۹/۲۷٪ از کل جمعیت را تشکیل داده‌اند (۴).

با افزایش سن، اختلال عملکرد جسمانی بیشتر می‌شود و این امر منجر به مشکلات مختلف در سلامتی افراد و بیماری‌های گوناگون در سالمندان می‌گردد که این مشکلات، توانایی حفظ استقلال آن‌ها را کاهش و نیاز به کمک را افزایش می‌دهد و از طرف دیگر بار مالی زیادی بر خانواده‌ها و نظام سلامت ایجاد می‌کند. بر همین اساس است که مشکلات سلامت سالمندان یکی از مسائل مورد توجه و اولویت‌های بهداشتی و درمانی در اکثر جوامع است. همچنین همراه با افزایش سن، نیاز به خدمات فوریت‌های پزشکی نیز افزایش یافته است (۵). یکی از سرویس‌های خدمات فوریت‌های پزشکی، مراکز اورژانس پیش بیمارستانی هستند. مراکز اورژانس پیش بیمارستانی در همه کشورهای جهان از

مهم‌ترین ارکان ارائه خدمات در فوریت‌های پزشکی به‌شمار می‌آیند و مهم‌ترین هدف آن، ارائه خدمات رضایت‌بخش در کوتاه‌ترین زمان ممکن و همسو با استانداردهای علمی روز دنیا است (۶).

مراقبت‌های اورژانسی، حلقه‌ی ارتباطی مهمی در زنجیره مراقبتی برای بیماران سالمند می‌باشد. به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و نیازهای اجتماعی اشخاص سالمند، نوع مراقبت و کمیت مراقبت‌های اورژانس برای این گروه از بیماران نسبت به سایر گروه‌ها متفاوت می‌باشد. پزشکان و پرستارانی که در بخش اورژانس کار می‌کنند باید از این موقعیت خاص آگاهی داشته و خود را در مراقبت از این بیماران تطبیق دهند. اشخاص سالمند، مراقبت‌های پزشکی بیشتری نسبت به سایر گروه‌های سنی استفاده می‌کنند که به دلیل زیاد بودن بیماری‌های مزمن در این گروه می‌باشد (۷). اورژانس پیش بیمارستانی یک جزء اساسی و سرنوشت‌ساز در درمان بیماران اورژانس بوده به‌طوری‌که در سیستم مراقبت سلامت شهری عموماً برخورد با بیماران اورژانسی توسط همین سیستم می‌باشد (۸). خدمات اورژانس پیش بیمارستانی به منظور تأمین کمک‌های پایه اولیه و نیل به مقاصد زیر طراحی شده است: حفظ حیات بیماران، پیشگیری از آسیب بیشتر به مصدومان و بهبود و تسریع در بازتوانی بیماران. به این منظور ۶ اقدام اصلی به‌عنوان اجزای اصلی اورژانس پیش بیمارستانی در نظر گرفته می‌شوند و به‌طور سمبولیک به صورت ستاره ۶ پر حیات نمایش داده شده‌اند. تشخیص حادثه، گزارش به موقع آن، پاسخ سریع تیم اورژانس در واکنش به این حادثه، ارائه خدمات درمانی مناسب در صحنه حادثه، ارائه مراقبت کافی و مناسب در حین انتقال بیمارستان و ارائه خدمات درمانی کامل با رساندن وی به مراکز درمانی متناسب با نوع آسیب بیماران (۹). هرچه این خدمات مناسب‌تر، صحیح‌تر و

مراقبت‌های پزشکی در حیطه اورژانس پیش بیمارستانی دخیل هستند (۱۶). انتظارات مردم از بیمارستان‌ها و دیگر سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی از یک‌سو و سرمایه‌گذاری‌های کلان در این بخش باعث توجه جدی مدیران سازمان‌های بهداشتی به کیفیت خدمات این بخش شده است (۱۷). در حال حاضر، علاقه زیادی به نحوه پاسخگویی به نیازهای پیچیده مراقبت‌های بهداشتی افراد مسن (۶۵ سال و بالاتر) در زمینه بخش اورژانس دیده می‌شود. این نگرانی وجود دارد که نیازهای منحصر به فرد این جمعیت در چارچوب مراقبت‌های اضطراری مورد توجه قرار نگیرد و این نگرانی‌ها احتمالاً با افزایش سن جمعیت جهان افزایش می‌یابد (۱۸). از دیدگاه افراد مسن و خانواده/مراقبان آن‌ها، تجربه اورژانس می‌تواند چالش‌برانگیز باشد، با این حال اطلاعات کمی در مورد انتظارات و تجربیات آن‌ها از اورژانس وجود دارد. درک عمیق‌تر از این تجربیات می‌تواند اطلاعات مرتبطی را برای بهبود کیفیت مراقبت‌های اورژانسی فراهم کند، زیرا تجربیات مثبت بیمار با مراقبت‌های بهداشتی با ایمنی بیمار و کیفیت بالینی مرتبط است (۱۹). تجربیات منفی در بخش اورژانس پیش بیمارستانی ممکن است منجر به تأخیر بیش از حد در ارائه در موارد بعدی، محدود کردن گزینه‌های درمانی و افزایش خطر بالینی شود. به عنوان مثال، برخلاف سایر بیمارانی که هنگام بروز علائم مراجعه می‌کنند، افراد مسن ممکن است چندین روز قبل از مراجعه به اورژانس، علائم شدید و بالقوه تهدیدکننده زندگی را تجربه کنند (۲۰). در نتیجه این تأخیر، تجربه حضور در بخش اورژانس تبدیل به یک بحران می‌شود که در آن پذیرش در بیمارستان تنها گزینه می‌شود. علاوه بر این، افراد مسن اغلب به حضور حمایتی خانواده و مراقبین نیاز دارند که در مورد اورژانس مشورت می‌کنند و به آن‌ها مراجعه می‌کنند (۲۱).

سریع‌تر باشند، تعداد مرگ‌ومیرها کمتر شده و اعتماد مردم به نظام سلامت افزایش خواهد یافت (۱۰).

سالمندان عموماً از استفاده‌کنندگان مهم خدمات مراقبت‌های بهداشتی و خدمات فوریت‌های پیش بیمارستانی هستند (۱۱). به نظر می‌رسد بیماران مسنی که مشکلات شدیدتری دارند، محرک اصلی افزایش این تقاضا باشند. در مطالعه‌ای ذکر شده که ۲۰-۵۵٪ از سالمندان توسط آمبولانس‌های اورژانس به بخش اورژانس بیمارستان منتقل شده‌اند و این درصد ۲-۴٫۴ برابر بیشتر از سایر گروه‌های جوان‌تر است (۱۲). افزایش تعداد بیماران مسن، نه تنها خدمات مراقبت بهداشتی بلکه خدمات فوریت‌های پیش بیمارستانی را از نظر منابع با مشکل مواجه می‌سازد (۱۳). به‌زودی بار اقتصادی بیماری‌ها به سالمندی جمعیت ایران و عوارض ناشی از آن متمرکز خواهد شد. این امر، سلامت جامعه را به مخاطره می‌اندازد. افزایش تعداد بیماران مسن، سرویس‌های مراقبت بهداشتی از جمله سیستم اورژانس پیش بیمارستانی را نه تنها از نظر منابع، بلکه به دلیل اثرات بی‌شماری که افزایش سن روی جامعه دارد دچار مشکل می‌کند (۱۴).

مشکلات سلامتی رایج در میان سالمندانی که از خدمات مراقبت فوری پزشکی استفاده می‌کردند، در مطالعه‌ای که در آمریکا انجام شده است عبارت بودند از: بیماری‌های حاد مانند بی‌هوشی، حملات حاد قلبی، آریتمی و شوک. نه تنها باید شرایط پزشکی اورژانسی برای نجات جان آن‌ها به درستی مدیریت شود بلکه سایر جنبه‌های مراقبت از سالمندان نیز باید انجام شود. به این ترتیب، خدمات مراقبت‌های بهداشتی، به ویژه خدمات فوریت به راحتی بدون مشکل در دسترس هستند. این نوع خدمات برای افراد مسن که هم در مناطق شهری و هم مناطق دور افتاده زندگی می‌کنند ضروری است (۱۵). عوامل بسیاری در ارائه موفق و با کیفیت خدمات و

توضیحاتی در مورد موضوع پژوهش به آنان داده شد. در صورت قبولی بیماران و مراقبین، از آن‌ها دعوت شد تا در مصاحبه نیمه ساختار یافته حضوری شرکت کنند. زمان مراجعه به آن‌ها حداقل یک هفته پس از ترخیص از بیمارستان و یا پس از انتقال به بخش بوده است. از همراهان سالمندان نیز دعوت شد تا قبل از شروع مطالعه فرم اطلاعات دموگرافیک را تکمیل کنند. رضایت کتبی جهت شرکت در مصاحبه از بیماران و مراقبین آن‌ها اخذ شده است. با اجازه از اشخاص مصاحبه به صورت صوتی ضبط شد. مصاحبه‌ها در مکانی آرام و بدون سروصدا انجام شد تا اختلالی در طول زمان مصاحبه پیش نیاید و پس از آن اطلاعات یادداشت و در نهایت مورد تحلیل قرار گرفت.

زمان و مکان مصاحبه با توافق بیماران و مراقبین آن‌ها تعیین شد. مصاحبه‌ها تا دستیابی به داده‌های عمیق دنبال گردید و گزینش افراد تا جایی ادامه یافت که در جریان کسب اطلاعات هیچ داده جدیدی به دست نیاید و یا به عبارتی داده‌ها به اشباع برسند.

در این پژوهش جهت گردآوری اطلاعات از مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. ابتدا از سالمندان مشارکت کننده در پژوهش ۶ سؤال کلی مطرح گردید (پیوست الف) و با توجه به پاسخ آن‌ها به سؤالات، از مصاحبه کننده خواسته شد که در مورد مشکلات توضیحات بیشتر ارائه دهد. سپس با توجه به توضیحات آن‌ها و تسلط پژوهشگر بر موضوع مورد بررسی، سؤالاتی جزئی جهت رسیدن به نتایجی کامل پرسیده شد.

برای رسیدن به راه کار برای بهبود کیفیت خدمات اورژانس پیش بیمارستانی به سالمندان، پنل خبرگان تشکیل و بحث گروهی متمرکز انجام و از طرح عملی دیک^۱ برای انجام انجام بحث گروهی متمرکز استفاده شد. اعضا توسط

تجارب ذهنی افراد از اورژانس تحت تأثیر نیاز آن‌ها به اطلاعات مرتبط و به موقع در رابطه با روش‌های اورژانس و وضعیت بالینی آن‌ها است. این نیازهای اطلاعاتی نیز توسط مراقبین افراد مسن در موقعیت اورژانس مورد نیاز است (۲۲). به عنوان مثال، افراد مسن و مراقبان آن‌ها به اطلاعاتی در مورد عملکرد بخش اورژانس مانند جزئیات مربوط به زمان انتظار و مداخلات تشخیصی و توضیحاتی در مورد دلایل آزمایش‌های تشخیصی و نتایج آن‌ها نیاز دارند (۲۳).

با توجه به اینکه به نظر می‌رسد که مطالعات کیفی در خصوص موضوع مورد پژوهش در سطح کشور انجام نگردیده است و از طریق انجام پژوهش به صورت کمی امکان دستیابی و تحلیل چنین اطلاعاتی امکان‌پذیر نبود، امید است انجام این پژوهش بتواند به درستی تجربیات سالمندان و ارائه کنندگان خدمات اورژانس پیش بیمارستانی را به تصویر بکشد و در نهایت راهکارهای کاهش و برطرف کردن موانع و مشکلات موجود شناسایی و به کار گرفته شوند.

مواد و روش‌ها

فاز اول این پژوهش از طریق مصاحبه با سالمندان و مراقبین آن‌ها انجام شد. تمامی سالمندان دارای هوشیاری کامل و در زمان مصاحبه توانایی صحبت کردن و یادآوری مأموریت اورژانس را داشتند و سالمندانی که توانایی صحبت کردن، یادآوری فوریت و مأموریت را نداشتند، از مطالعه خارج شدند. همچنین در مصاحبه با ۱۸ نفر از سالمندان، فردی که هنگام انتقال به بیمارستان همراهشان بود، برای تفهیم و تشریح سؤالات مشارکت داده شد. اطلاعات بیماران پس از ارائه معرفی نامه به مرکز آمار اورژانس پیش بیمارستانی شهر شیراز اخذ شد و بیماران که معیارهای انتخاب را داشتند، شناسایی و معرفی گردیدند. بعد از کسب اجازه از بیماران،

¹ Dick

ضبط و نظرات بیان شده یادداشت برداری شد. در مرحله بعد اطلاعات کلیدی و مهم استخراج شد؛ و در آخر آزمون و واریسی سؤالات انجام و گزارش نهایی تدوین شد. از خبرگان مشارکت کننده در بحث گروهی متمرکز نیز ۵ سؤال کلی مطرح (پیوست ب) و سپس به جزئیات و ویژگی مفاهیم پرداخته شد و از اعضا خواسته شد تا توضیحات لازم را ارائه دهند.

گوبا و لینکلن چهار معیار اعتبار، وابستگی، تاییدپذیری و انتقال پذیری را برای ارزیابی روایی، دقت و استحکام داده‌ها در مطالعات کیفی پیشنهاد کرده‌اند. در این پژوهش کیفی نیز برای اطمینان از صحت و استحکام نتایج، از راهبردهای زیر استفاده شد (جدول ۱):

پژوهشگر دعوت شدند (۷ نفر شامل: معاون فنی و عملیات، سوپروایزر آموزشی، ۲ نفر سوپروایزر عملیات، سوپروایزر کنترل عفونت، مسئول دیسپچ، مسئول نقلیه) و ۲ جلسه در محل مرکز اورژانس فارس تشکیل شد که هر جلسه به مدت ۲ ساعت به طول انجامید. در ابتدا پژوهشگر سؤالات مناسبی در هر موضوع از اطلاعات کیفی به دست آمده از مصاحبه با سالمندان و ارائه دهندگان خدمات را از قبل آماده کرد و سپس با تشکیل جلسات مورد نظر، به معرفی خود و اهداف تشکیل گروه پرداخت. سؤالات از اعضا پرسیده شد. این سؤالات به صورت کلی و سپس با شکستن سؤالات اصلی و کلی به سؤالات فرعی مطرح شد و از اعضا درخواست شد تا در مباحث شرکت و نظرات خود را بیان کنند. صوت جلسات

جدول ۱- معیارهای گوبا و لینکلن برای ارزیابی روایی، دقت و استحکام داده‌ها

<p>۱- از ابتدا و در تمام مراحل، پژوهشگر به وسیله بازاندیشی بر افکار، عقاید و احساسات خود در زمینه موضوع مورد مطالعه، آگاهی پیدا کرده و آن‌ها را به صورت مکتوب در می‌آورد. این عمل "ایده انعکاسی" نامیده می‌شود که طی آن محقق احساسات و تجارب شخصی خود که ممکن است بر روند مطالعه تأثیر بگذارد را از ابتدا کشف می‌کند و بر آن‌ها اشراف دارد.</p> <p>۲- خلاصه‌ای از نتایج، همراه با درون‌مایه‌های اصلی و فرعی و متغیر مرکزی به اطلاع شرکت کنندگان می‌رسد و صحت آن مورد بررسی قرار می‌گیرد. این عمل که بازنگری توسط اعضا نام دارد برای تعیین صحت یافته‌ها است و معیار اعتبار را تأمین خواهد نمود.</p> <p>۳- تعدادی از مصاحبه‌ها در اختیار چند همکار آشنا با تحقیق کیفی گذاشته و توسط آنان کدگذاری می‌شود. تشابه کدهای استخراجی تعیین کننده صحت نتایج است و همچنین گواه بر غنی بودن داده‌هاست.</p> <p>۴- محقق با موضوع مورد بررسی به مدت طولانی درگیر خواهد بود که موجب درک بهتر از محیط، شرایط و مشارکت کنندگان است. درگیری درازمدت محقق با موضوع یکی از بهترین روش‌های تأمین اعتبار پژوهش می‌باشد.</p> <p>۵- در تحلیل داده‌ها علاوه بر بررسی تشابهات به تفاوت‌ها و اختلافات و موارد منفی نیز توجه می‌شود. به این عمل تحلیل موارد منفی می‌گویند که به اعتبار داده‌ها می‌افزاید.</p>	<p>اعتبار</p>
<p>با تلفیق روش‌های جمع‌آوری داده‌ها (مصاحبه فردی و گروهی)، نقایص و نقاط ضعف هر روش با روش دیگر رفع و در نتیجه بر استحکام مطالعه افزوده می‌شود. تلفیق می‌تواند معیار وابستگی را تأمین نماید.</p>	<p>وابستگی</p>
<p>متن تعدادی از مصاحبه‌ها و کدگذاری آن‌ها در اختیار چند تن از همکاران آشنا به مراحل انجام تحقیقات کیفی گذاشته می‌شود و صحت فرایند کدگذاری بررسی می‌گردد. بازنگری همکار روشی مناسب در ارزیابی تاییدپذیری یافته‌هاست.</p>	<p>تأیید پذیری</p>
<p>منظور از انتقال‌پذیری آن است که خواننده گزارش تحقیق تا چه حد می‌تواند یافته‌ها را به سایر زمینه‌های خارج از موقعیت مطالعه و یا سایر بخش‌ها منتقل کند. پژوهشگر ضمن گزارش نتایج تحقیق کلیه مراحل کار را به‌طور دقیق و جزء به جزء ذکر می‌نماید تا امکان استفاده از آن در سایر مطالعات فراهم شود (۲۴-۲۷)</p>	<p>انتقال پذیری</p>

همچنین در این مرحله داده‌های نامرتبط و نامناسب نیز نادیده گرفته نشده است.

تلفیق نتایج جهت دستیابی به یک توصیف مفصل و کامل از موضوع پژوهش، انجام شد.

توصیف نهایی از موضوع مورد مطالعه که تجربیات سالمندان و تکنسین‌های اورژانس از خدمات اورژانس پیش بیمارستانی بوده به صورت یک بیانیه صریح و بدون ابهام نوشته شد.

و در آخر جهت اعتباربخشی یافته‌ها، با بازگشت به سوژه‌ها و نمونه‌ها و پرسیدن در مورد یافته‌ها برای تایید " این همانی " داده‌ها به دست آمد (۲۸).

یافته‌ها

در این پژوهش با ۲۱ سالمند که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند مصاحبه شد. از این تعداد ۱۳ نفر زن و ۸ نفر مرد بودند. همچنین ۱۶ مورد مربوط به بیماران داخلی و ۵ مورد بیماران ترومایی بودند (جدول ۲).

نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت هدفمند و گلوله برفی انجام شد. مصاحبه با ۲۵ نفر از سالمندان انجام شد که از ۲۱ م داده‌ها به اشباع رسید. اعضای پنل خبرگان نیز شامل ۷ نفر از مسئولین اورژانس پیش بیمارستانی شیراز بوده که در بحث گروهی متمرکز مشارکت داشتند. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش هفت مرحله‌ای کلایزی^۱ استفاده شد:

پس از انجام مصاحبه با سالمندان داده‌های ضبط شده پیاده‌سازی شد. سپس تمام توصیف‌های مشارکت‌کنندگان از موضوعات و تجربه‌های آن‌ها جهت دستیابی به احساسی درباره آن‌ها خوانده شد.

مجدد متن مصاحبه‌ها مطالعه شد و عبارت‌های مهم استخراج شد.

در مرحله بعد که فرموله بندی معانی است، معنای هر یک از عبارت‌های مهم نوشته شد.

معنای فرمول بندی شده در قالب خوشه‌هایی از مضامین سازمان‌دهی شد. در این مرحله، خوشه‌ها به صورت مکرر به روایت‌های اولیه جهت معتبر سازی آن‌ها برگردانده شد.

جدول ۲- توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک سالمندان مورد بررسی

ویژگی‌های دموگرافیک	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۱۳ نفر
	مرد	۸ نفر
گروه‌های سنی (سال)	۶۰-۶۵	۸ نفر
	۶۶-۷۰	۶ نفر
	۷۱-۷۵	۵ نفر
نوع بیمار بر حسب فوریت	بیمار ترومایی	۲ نفر
	بیمار غیر ترومایی	۵ نفر
		۱۶ نفر
		۲۴
		۹/۵
		۲۴
		۲۸/۵
		۳۸
		۳۸
		۶۲

¹ Colaizzi

"قوانین و مقررات اورژانس" با سه زیر مضمون می‌باشد (جدول ۳).

یافته‌های این پژوهش شامل: چهار مضمون "وضعیت آمبولانس" با شش زیر مضمون، "عملکرد تکنسین‌ها" با چهار زیر مضمون، "عملکرد زمانی اورژانس" با سه زیر مضمون و

جدول ۳- مضمون‌ها و زیر مضمون‌های مربوط به تجارب سالمندان از خدمات اورژانس پیش بیمارستانی

مضمون‌ها	زیر مضمون
وضعیت آمبولانس	-مشکلات لوازم نصب شده در آمبولانس -مشکلات کابین بیمار آمبولانس -مشکلات مکان نشستن همراه بیمار -مشکلات فضای محیطی آمبولانس -مشکلات فیزیکی آمبولانس -مشکلات تجهیزات آمبولانس
عملکرد تکنسین‌ها	-دانش علمی تکنسین -دانش عملی تکنسین -عملکرد حرفه‌ای تکنسین -عملکرد تکنسین راننده
عملکرد زمانی اورژانس	-زمان رسیدن آمبولانس به محل فوریت -زمان رسیدن به بیمارستان -مدت زمان حضور در محل فوریت
قوانین و مقررات اورژانس	-مشکلات همراهی بیمار -مشکلات پذیرش بیمارستان -اموال و اشیای گم شده

وضعیت آمبولانس

(۱) مشکلات لوازم نصب شده در آمبولانس:

بخش زیادی از مشارکت کنندگان هنگام انتقال به بیمارستان از صدای زیاد لوازم نصب شده در کابین بیمار از جمله برانکارد اعلام نارضایتی داشتند. یک نفر از آنان در مورد این تجربه چنین می‌گوید: "وقتی می‌رفتیم بیمارستان خیلی آمبولانس صدا می‌داد، مخصوصاً رو دست‌اندازها انگار سوار تراکتور شده بودیم." (مشارکت کننده‌ی شماره ۵)؛ و یا سالمند دیگری در این مورد گفت: "آمبولانس خیلی صدا

می‌داد، یه کپسول قرمزی بالای سرم بود همش می‌خورد به بدنه و صدا می‌داد." (م. ۱۱). مراقب سالمند شماره ۴ نیز چنین گفت: "ففسه‌هایی رو بدنه آمبولانس نصب شده بود برا قرارگیری لوازم پزشکی، مرتب درب یکیشون باز می‌شد. هم صدا ایجاد می‌کرد و هم حواس تکنسین پرت می‌شد." بیان چنین تجربیاتی نشان‌دهنده وضعیت نامناسب آمبولانس‌ها و همچنین عدم ثابت سازی تجهیزات آمبولانس می‌باشد.

(۲) مشکلات کابین بیمار آمبولانس:

آمبولانس خیلی سرد بود. با اینکه رو مادرم پتو انداخته بودیم ولی باز سردش بود." (۱۰.م). یا یکی دیگر از مشارکت کنندگان چنین گفت: "شیشه آمبولانس باز نمی شد. فن زده بودن ولی هوارد و بدل نمی شد." (۷.م). سالمندی دیگر چنین گفت: "آمبولانس بوی خون می داد. به پرستار گفتم فن روشن کردن باز مشکل رفع نشد. سیستم تهویه شون مشکل داشت." (۱۶.م). بیان این چنین موارد از سوی بیماران و همراهانشان بیانگر شرایط نامطلوب فضای محیطی آمبولانس ها است.

۵) مشکلات فیزیکی آمبولانس:

عواملی از سوی بیماران و همراهانشان مطرح شد که بیانگر شرایط فیزیکی نامناسب برخی از آمبولانس ها است. در این خصوص تعدادی از مشارکت کنندگان از ارتفاع بالای آمبولانس از سطح زمین شکایت داشتند. یکی از همراهان ذکر کردند: "پدرم رو با برانکارد بردن تو آمبولانس ولی خودم خواستم سوار شم برام مشکل بود با کمک پرستار سوار شدم." (۱.م). همچنین تعدادی دیگر از مشارکت کنندگان از ارتفاع کم سقف آمبولانس شاکی بودند. یکی از همراهان چنین گفت: "سقف آمبولانس پایین بود، موقع راه رفتن باید خم می شدم که سرم نخوره به سقف." (۱۸.م). مراقب مشارکت کننده شماره ۹ نیز چنین گفت: "دستگیره تو بدنه آمبولانس وجود نداشت که تو مسیر دستمون بگیریم بهش و تکون نخوریم." با توجه به اینکه از خودروهای مختلف در اورژانس پیش بیمارستانی استفاده می شود، ضروری است از آمبولانس های به روز و مناسب استفاده شود.

۶) مشکلات تجهیزات آمبولانس:

همان طور که مشخص است تجهیزات نقش اساس در خدمات دهی به بیماران را دارد و ارائه نظر امری تخصصی است اما مواردی از سوی مشارکت کنندگان مطرح شد که

تعدادی از مشارکت کنندگان از لرزش زیاد آمبولانس شکایت داشتند. در این مورد یک نفر از آنها چنین می گوید: "آمبولانس خیلی لرزش داشت، وقتی رسیدیم بیمارستان کمرم درد می کرد." (۸.م). یا یک نفر دیگر که هنگام انتقال همراه بیمار بود و بیمارش مسیری طولانی توسط اورژانس جاده ای منتقل شده بود چنین می گوید: "آمبولانس خیلی هم تند نمی رفت ولی اینقدر لرزش داشت که حالت تهوع و سردرد به هم دست داد." (۲.م). مشارکت کننده دیگری از تجربه خود چنین گفت: "آمبولانس کهنه به نظر می رسید. بدنه داخلی چرک گرفته بود. بوی کهنه بودن می داد. این برام چندش آور بود." (۷.م). بیان این موارد نشان دهنده یکی دیگر از علائم وضعیت نامناسب آمبولانس های اورژانس پیش بیمارستانی می باشد.

۳) مشکلات مکان نشستن همراه بیمار:

تعدادی از همراهان بیان داشتند که جایگاه و صندلی که برای همراهان در آمبولانس تعبیه شده است مناسب نیست. یکی از همراهان این چنین گفت: "وقتی روی صندلی کنار پدرم نشسته بودم، نمیتونستم کامل مواظبش باشم. فاصله صندلی با برانکارد زیاد بود. لرزش هم زیاد بود. ترس این داشتم بیفتم." (۱۵.م). یا مشارکت کننده دیگری اظهار داشت: "پشتی صندلی خیلی فاصله داشت. نمی شد تکیه بدیم. وقتی رسیدیم بیمارستان به خاطر اینکه درست نتونستم تکیه بدم و از طرفی لرزش هم زیاد بود، باعث شدن کمر درد بگیرم." (۱۸.م). از مصاحبه ها چنین برداشت شد که هیچ کدام از همراهان از کمر بند ایمنی استفاده نکرده اند اما وجود صندلی مناسب برای همراه بیمار از ملزومات آمبولانس ها می باشد.

۴) مشکلات فضای محیطی آمبولانس:

تعدادی از مشارکت کنندگان در پژوهش از فضای محیطی آمبولانس شکایت داشتند یکی از همراهان چنین گفت: "فضای

مربوطه دانست. مواردی که هر کدام می‌تواند منجر به نارضایتی و آسیب بیشتر به بیماران و مصدومین حوادث باشد. تعدادی از مشارکت‌کنندگان مواردی را مطرح کردند که می‌تواند ناشی از عدم ثابت سازی بیمار هنگام انتقال به بیمارستان باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان گفتند: "وقتی آمبولانس ترمز می‌گرفت می‌خواستم از رو تخت بیفتم پایین، تخت آمبولانس کمر بند نداشت که بندن برام یا شاید داشته و نبستن." (م.۱۶). از موارد دیگر که مربوط به ثابت سازی بیمار می‌شود ثابت سازی اندام‌های آسیب‌دیده می‌باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان که مصدوم ترومایی ناشی از تصادف بوده چنین گفت: "مج دستم مو بردگی داشته برام نبستن دکتر گفت باید برات میبستن." (م.۴). تعدادی از سالمندان اظهار کردند هنگام انتقال به آمبولانس، از برانکارد استفاده نشده که موجب ناراحتی آن‌ها شده است. یکی از مشارکت‌کنندگان چنین گفت: "سر گیجه داشتم. به هم گفتن خودت بیا سوار آمبولانس شو. خونمون هم طبقه دوم بود. آسانسور هم بود ولی سختم بود. دیگه دستم رو گرفت پرستار رفتیم سوار شدیم." (م.۹). وقتی از مصاحبه‌شوندگان در مورد مراقبت در طول مسیر سؤال شد، تعدادی از مشارکت‌کنندگان ابراز نارضایتی داشتند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: "در طول مسیر حتی یه فشارخون هم چک نکردن فقط تو خونه که اومدن یه فشار چک کردن دیگه کاری نکردن تو مسیر." (م.۴).

۳) عملکرد حرفه‌ای تکنسین:

افراد در هر شغل و حرفه بایستی رفتاری که منجر به وارد شدن خدشه به وجهه شغل شود، اجتناب کنند. تعدادی از مشارکت‌کنندگان شکایت داشتند که تکنسین در طول مسیر کاملاً مشغول استفاده از تلفن همراه خود بوده است. یکی از آن‌ها گفت: "تکنسین که همراه ما بود کل مسیر

نارضایتی آن‌ها را نشان می‌داد. تعدادی از مشارکت‌کنندگان از خیس بودن برانکارد شکایت داشتند. یکی از آن‌ها چنین گفت: "تخت آمبولانس خیس بود و روکش تخت پاره شده بود. آب ازش میومد بیرون." (م.۲۱). یا یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان از باز نشدن تخت هنگام خارج شدن از آمبولانس شکایت داشت: "وقتی رسیدیم بیمارستان خواستیم پیاده شیم مثل اینکه چرخ تخت باز نشد، خیلی ترسیدم." (م.۱۹). مشارکت‌کننده دیگری نیز چنین گفت: "سر تخت رو داده بودن بالا که راحت باشم. بین مسیر یک دفعه این گیره تخت آزاد شد و سر تخت رفت پایین. من چیزیم نشد ولی اگه مریضی آسیب داشته باشه با اینجور اتفاقات قطعاً آسیبش تشدید میشه." (م.۱۱).

عملکرد تکنسین‌ها:

۱) دانش تئوری تکنسین:

تعدادی از سالمندان اظهار داشتند که تکنسین پاسخ سؤالات آن‌ها را به صورت کامل نداده‌اند و یا اینکه دانش کافی در مورد داروها و بیماری‌های آن‌ها را نداشتند به طوری که یک نفر از مشارکت‌کنندگان چنین گفت: "به پرستار گفتم این قرصو می‌خورم، گفت نمیدونم برا چی بردار با خودت بیار بیمارستان." (م.۲). یا مشارکت‌کننده دیگری چنین گفت: "پدرم بیماری قلبی داشت. شرایطش رو توضیح دادیم به پرستار، تماس گرفتن به شخص دیگه ای بعد دارو دادن پدرم مصرف کرد." (م.۱۷). اگر چه پاسخ به سؤالات بیماران گاه‌امری است تخصصی که پزشکان مربوطه باید پاسخگو باشند اما تکنسین اورژانس می‌بایست در چارچوب مشخص شده پاسخگوی سؤالات بیماران باشد.

۲) دانش عملی تکنسین:

هنگام مصاحبه با مشارکت‌کنندگان مواردی مطرح شد که می‌توان از ضعف دانش عملی یا نقص در انجام امورات

مشارکت کنندگان چنین گفتند: "پدرم مذهبییه. اهل نماز و قرآن و ... راننده آمبولانس آهنگ گذاشته بود. صدایش هم بلند بود. دیگه بابام به هم گفت داره اذیت میشه منم بهشون تذکر دادم." (۵.م)

عملکرد زمانی اورژانس:

(۱) زمان رسیدن به محل فوریت:

هر چند ممکن است زمان رسیدن آمبولانس در بازه زمانی تعیین شده باشد و یا اینکه به دلیل تداخل مأموریت‌ها و همچنین ترافیک و بعد مسافت این زمان زیاد شده باشد اما وضعیت روحی نامناسب بیماران و همراهانشان و یا شرایط مصدومین حوادث باعث نارضایتی و شکایت آن‌ها شده است. یکی از مشارکت کنندگان چنین گفت: "خیلی طول کشید اورژانس اومد. ما نگران وضعیت و حال مادرمون که خوب نبود بودیم. همین نگرانی باعث شده بود که زمان هم پرامون دیر بگذره." (۱۷.م). مشارکت کننده دیگری که بیمارشان از مصدومین حوادث رانندگی بود چنین گفت: "آمبولانس دیر رسید بهمون. بابام راننده بود. کلا داشبورده جمع شده بود. نمیشد خارجشون کنیم. همینطور داشت از حال میرفت و ما منتظر بودیم آمبولانس بیاد." (۹.م). مشارکت کننده دیگری که ساکن یکی از روستاهای نزدیک شیراز که زیر مجموعه اورژانس شهر شیراز می‌باشد نیز از تجربه خود چنین گفت: "تماس گرفتیم اورژانس، خانم که باهامون صحبت کرد گفت: آمبولانس نزدیک روستای شما رفته مأموریت بیمار داره. آمبولانس از جای دیگه میفرستم کمی طول میکشه. نیم ساعت شد تا اومد خونمون. خیلی طول کشید." (۱۴.م).

(۲) زمان رسیدن به بیمارستان:

هر چند زمان رسیدن به بیمارستان به عواملی همچون ترافیک راه، فاصله محل فوریت تا بیمارستان و ... بستگی دارد

سرش تو گوشه بود، هر از گاهی کارایی برامون می‌کرد، حرفی می‌زد ولی خیلی سرش تو گوشه بود." (۲۰.م). هر چند پرونده بیماران با استفاده از تلفن همراه تکمیل و به مرکز اورژانس ارسال می‌شود اما لازم است تکنسین‌ها ملاحظات لازم را انجام و استفاده از تلفن همراه محدود به چارچوب مشخص شده باشد. چند نفر از مصاحبه‌شوندگان اشاره به اخلاق و نحوه برخورد نامناسب تکنسین‌های اورژانس با بیمار و همراهانشان کردند. یک نفر از مصاحبه‌شوندگان شکایت خود را چنین بیان کردند: "نحوه صحبت کردنشون خوب نبود با تندی جوابمون رو میدادن. ما درد و ناراحتی داشتیم اونا با هم میگفتن میخندیدن." (۳.م).

(۴) عملکرد تکنسین راننده:

مواردی که مصاحبه‌شوندگان مطرح کردند نشان داد که عملکرد تکنسین راننده هنگام انتقال بیمار به بیمارستان می‌تواند در سلامت جسم و روح و از وارد شدن صدمات بیشتر به بیمار مؤثر باشد. تعدادی از مشارکت کنندگان از رانندگی نامناسب راننده اعلام نارضایتی داشتند. در این باره یکی از مشارکت کنندگان که بیماری ترومایی نیز بود چنین گفت: "راننده پشت سر هم ترمز می‌زد. تخته‌ای زیر کمرم بود وقتی ترمز محکم می‌گرفت، لیز می‌خورد. اون یکی پرستار میگرفتش. یه ضربه ای به کمرم می‌خورد انگار مهره‌های کمرم میخواستن از هم جدا بشن." (۱۷.م). یا مشارکت کننده دیگری در این باره چنین گفت: "راننده چندین مرتبه ترمز ناگهانی و شدید می‌گرفت. دخترم که کنارم نشسته بود پرت شد پایین." (۷.م). تعدادی از مشارکت کنندگان نیز از صدای بلند موسیقی آمبولانس شکایت داشتند (۵.م و ۱۷). با توجه به مسائل مربوط به حالات روحی و معنوی بیماران این اقدام می‌تواند ناراحتی بیماران را بدنبال داشته باشد. یکی از

داشتن. تقریباً نیم ساعتی شد. دیدیم هنوز پدرمون منتقل نشده بودن بیمارستان. پرسیدیم از مسئول آمبولانس. ایشان گفتن منتظریم راننده ماشین دیگه بینیم میاد بیمارستان یا نه. خب این باعث شده بود مدت زمان زیادی پدرمون با اون وضعیت نامناسب تو صحنه تصادف باشن. ممکن بود اتفاقی برایشون بیفته تو این مدت." (م.۱۳).

قوانین و مقررات اورژانس

(۱) مشکلات همراهی بیمار:

تعدادی از سالمندان دوست داشتند هنگام انتقال به بیمارستان اعضای خانواده کنارشان باشند و از اینکه تکنسین اورژانس اجازه همراهی بیشتر از یک نفر را نداده بودند شکایت داشتند. سالمند شماره ۱۵ گفت: "اجازه ندادن دو تا دخترم همراهم بیان بیمارستان برا همین دلم گرفت و بغض کردم تا بیمارستان. تجربه سختی بود برام." یا مشارکت کننده دیگری چنین گفت: "پسرم خونه بود و تماس گرفت اورژانس. خواستن برن بیمارستان. گفتم صبر کنین چن دقیقه دیگه دخترم بیاد همراهم باشه تو آمبولانس. گفتن نمی تونیم منتظر بمونیم." (م.۲۰). حضور اعضای خانواده در کنار سالمندان هنگام انتقال به بیمارستان می تواند به آرامش بیشتر آنها کمک کند.

(۲) مشکلات پذیرش بیمارستان:

مشارکت کنندگان شکایت داشتند که اورژانس می بایست آنها یا بیمارشان را به بیمارستانی که خودشان تمایل داشتند انتقال دهد. یکی از آنها گفت: "به اورژانس گفتیم مادرمون رو به بیمارستان قلب کوثر انتقال بدن. چون اونجا مادرم تحت نظر بوده و پرونده داره. بهمون گفتن نمیتونیم بیمارتون رو ببریم بیمارستان خصوصی." (م.۲). مشارکت کننده دیگری که از مصدومین حوادث رانندگی بود چنین گفت: "ما ۴ نفر بودیم تو ماشین. ۳ نفرمون رو

اما مواردی که مشارکت کنندگان مطرح کردند نشان می دهد عوامل دیگری نیز می تواند دخیل باشد که به عملکرد اورژانس وابسته است. تعدادی از مشارکت کنندگان از زمان رسیدن اورژانس به بیمارستان شکایت داشتند. یک نفر از مشارکت کنندگان چنین گفت: "دیر رسیدیم به بیمارستان. اگر راننده به مسیر آشنا بود تو ترافیک گیر نمی کردیم." (م.۶). یک نفر دیگر از مشارکت کنندگان چنین گفت: "حال پدرم بد بود. آمبولانس آژیر هم می زد ولی بعضی از ماشین ها راه نمیدادن. برا همین دیر رسیدیم بیمارستان." (م.۱۲). سالمند دیگری چنین گفت: "آمبولانس رسید به یه چهارراه. خط ویژه نبود بندازه تو مسیر. پشت چراغ راه نما گیر افتادیم. ده دقیقه ای شد تا از اونجا خارج شدیم. برا همین دیر رسیدیم بیمارستان." (م.۸).

(۳) زمان حضور در محل فوریت:

مواردی که از سوی مشارکت کنندگان مطرح شد، می تواند ناشی از انتظارات آنها باشد و ممکن است با قوانین و پروتکل های اورژانس مغایر باشد. تعدادی از مشارکت کنندگان از زمان کم حضور تکنسین های اورژانس در منزلشان شکایت داشتند. یک نفر از آنها گفت: "تا پدرم معاینه شد، سریع منتقل کردن به آمبولانس. فرصت نشد پرونده پزشکی و داروهای پدرم رو همراه ببریم." (م.۱۳)؛ و یا مشارکت کننده شماره ۱۹ که از مصدومین حوادث رانندگی بود چنین گفت: "مادرم رو منتقل کردند تو آمبولانس ولی حرکت نکردن. میگفتن باید آمبولانس کمکی بیاد برا بقیه مصدومین و تا نیاد ما حرکت نمی کنیم. خیلی طول کشید تا آمبولانس دومی رسید و ما حرکت کردیم." یا مشارکت کننده دیگری چنین از تجربه خود گفت: "پدرم تصادف کرده بودن. خودشون تنها هم بودن. ما رسیدیم به صحنه بعد از تماسی که با ما

کارکرد زیادی دارند و همچنین از نوع خودروهای بنز ۳۱۴ می‌باشد، جایگزینی این خودروها با خودروهای جدیدتر مانند بنز ۳۱۵ می‌تواند اکثر مشکلات مطرح شده را برطرف کند که این امر مستلزم تخصیص بودجه و انجام مراحل قانونی می‌باشد. راه پیشنهادی دیگر، انجام بازدید و بازرسی روزانه توسط تکنسین‌های عملیاتی و بازرسی و تعمیر دوره‌ای منظم خودروهای موجود توسط واحد نقلیه به منظور جلوگیری از ایجاد مشکل و همچنین رفع مشکلات و معایب موجود می‌باشد.

۲) عملکرد تکنسین‌ها: آموزش، یکی از راه‌های افزایش دانش علمی و عملی تکنسین‌های اورژانس می‌باشد. برگزاری کلاس‌های آموزشی منظم به صورت حضوری و کارگاهی در کنار دوره‌های برگزار شده در سامانه کارمند که به صورت مجازی برگزار می‌شود، همچنین برگزاری آزمون‌های دوره‌ای منظم و اعطای مجوز حرفه‌ای برای تمامی تکنسین‌ها می‌تواند در افزایش دانش تئوری و عملی تکنسین‌ها مؤثر باشد. کتاب پروتکل‌های آف‌لاین نیز پس از هر ویرایش در اختیار تکنسین‌ها و پایگاه‌های اورژانس قرار می‌گیرد. هر تکنسین علاوه بر اینکه باید گواهی‌نامه پایه دو داشته باشد، باید با مراجعه به واحد نقلیه اورژانس و پس از طی آموزش‌های لازم، مجوز جهت رانندگی را اخذ نماید. تکنسینی که بر بالین بیمار حضور دارد، جهت تکمیل پرونده در برنامه آسایار، می‌تواند پس از تحویل بیمار به پزشک و بیمارستان، نسبت به انجام این امر اقدام نمایند.

۳) عملکرد زمانی اورژانس: کاهش زمان رسیدن بر بالین بیمار و انتقال به بیمارستان علاوه بر مسائل مربوط به ترافیک شهری، نیازمند آشنایی تمامی تکنسین‌ها با محله‌ها و خیابان‌های شهر شیراز می‌باشد و برای این امر تکنسین‌ها باید به صورت منظم و دوره‌ای در تمامی پایگاه‌های شهری به کار

بردن بیمارستان رجایی. بچه‌ی دخترم رو بردن بیمارستان رجایی. اون لحظه نگرانش شدیم بعدش هم دردمر شد برا خانواده مون که بخوان هر دو جا باشن." (م.۲۰). مشارکت‌کننده دیگری چنین گفت: "بیمار ما رو بردن بیمارستان شیراز. نیم ساعت تو بیمارستان معطل شدیم. آخرش گفتن تخت خالی نداریم و پذیرش نمی‌کنیم. بعد از اونجا منتقل کردن نمازی." (م.۳).

اموال و اشیای گم شده:

تعدادی از مشارکت‌کنندگان هنگام انتقال به بیمارستان از جا ماندن اموال و لوازمشان در آمبولانس و از سختی روند پیگیری و یا بی‌نتیجه بودن پیگیری هایشان ناراضی بودند. سالمند شماره ۱۰ که از مصدومین حوادث رانندگی بود چنین گفت: "خواستن سَرَم رو بانداز کنن، عینکم رو برداشتن. دیگه بعدش هر جا پیگیری کردیم کسی جواب نداد." یا مشارکت‌کننده دیگری که از تجربه خود چنین گفت: "کفش مادرم تو آمبولانس جا موند. تماس گرفتم اورژانس. گفتن پیگیری می‌کنن. بعدش تماس گرفتن که تکنسین‌ها تحویل حفاظت بیمارستان دادن. بعد از کلی پیگیری تو بیمارستان کفش رو تحویلومون دادن." (م.۱۷).

ارائه راهکار

پس از انجام مصاحبه با سالمندان، نسبت به برگزاری پنل خبرگان متشکل از مسئولین و سوپروایزرهای اورژانس پیش بیمارستانی شهر شیراز (معاون فنی و عملیات، سوپروایزر آموزشی، ۲ نفر سوپروایزر عملیات، سوپروایزر کنترل عفونت، مسئول دیسپچ، مسئول نقلیه) و پژوهشگر اقدام شد و پیشنهادهایی برای حل مشکلات بیان شده و بهبود کیفیت خدمات اورژانس پیش بیمارستانی ارائه شد:

۱) وضعیت آمبولانس: با توجه به اینکه اکثر خودروهای آمبولانس موجود در سیستم اورژانس پیش بیمارستانی

بحث

حاصل تجربیات مشارکت کنندگان مشکلاتی بود که در چهار کد اصلی دسته‌بندی شد که دارای کدهای فرعی متعددی بودند. کدهای اصلی عبارت بودند از: "وضعیت آمبولانس"، "عملکرد تکنسین‌ها"، "عملکرد زمانی اورژانس" و "قوانین و مقررات اورژانس". بررسی تجربیات نشان داد که برخی از این مشکلات با توجه به پیشنهادهایی که مسئولین اورژانس پیش بیمارستانی ارائه دادند قابل حل بوده و برخی از مسائل که از منظر سالمندان و مراقبین آن‌ها به عنوان مشکلات بیان شده بود مانند مشکلاتی که در قسمت "قوانین و مقررات اورژانس" مطرح شد، مثلاً مشکلی که سالمندان در انتخاب بیمارستان داشتند، به دلیل ساختار و پروتکل‌های مرکز فوریت‌های پزشکی ممکن است قابل حل نباشد. رفع شدن هر کدام از این مشکلات می‌تواند تجربه بهتری را برای سالمندان و مراقبین آن‌ها که از خدمات اورژانس پیش بیمارستانی استفاده می‌کنند فراهم آورد. در قسمت "وضعیت آمبولانس" مشکلاتی مطرح شد مانند صداهایی که در کابین بیمار وجود داشت یا وضعیت نامناسب لوازم نصب شده در این کابین و پیشنهادهایی نیز جهت رفع این مشکلات همچون جایگزینی خودروهای جدید به جای خودروهای فرسوده و با کارکرد زیاد مطرح شد.

در مطالعه‌ای که بیداری و همکاران (۲۰۰۷) انجام دادند نیز وضعیت نامناسب آمبولانس‌ها و تجهیزات مطرح شده بود و برای بهبود کیفیت خدمات اورژانس پیش بیمارستانی بررسی‌های منظم کیفی و بهبود تجهیزات را پیشنهاد داده بودند (۲۹) که نتایج این مطالعه، همسو با مطالعه انجام شده بوده. در مطالعه دیگری نیز راد و همکاران (۲۰۱۴) بیان کردند که به منظور بهبود ارائه خدمات اورژانس پیش بیمارستانی، ضروری است نسبت به تجهیزات و آمبولانس‌ها توجه بیشتری صورت

گرفته شوند. نصب برنامه‌های مسیریاب بر روی تلفن همراهی که برنامه آسایار روی آن نصب است و اتصال به این برنامه و همچنین دریافت مکان دقیق تماس گیرنده از طریق GPS و انتقال به آسایار نیز می‌تواند در مسیریابی بهتر و کاهش زمان‌ها مؤثر باشد. زمان حضور بر بالین بیمار مشخص است که در صورت طولانی شدن زمان مذکور، تکنسین می‌تواند با در نظر داشتن روند درمان بیمار این موضوع را با واحد دیسپچ هماهنگ کند.

۴) قوانین و مقررات اورژانس: ظرفیت خودروهای آمبولانس بر اساس قوانین مربوط به بیمه شخص ثالث و بستگی به نوع آن ۴ یا ۵ نفر می‌باشد که ۲ نفر آن نیز تکنسین‌های اورژانس می‌باشند. تکنسین می‌تواند بر اساس تعداد مصدومین و همچنین شرایط بیمار و با هماهنگی واحد دیسپچ تعداد نفرات مشخصی را به عنوان بیمار و همراه بیمار به بیمارستان منتقل کند. در خصوص انتقال بیمار به بیمارستان در صورتی که بیمار یا همراه وی درخواست انتقال بیمار به بیمارستان خاصی را داشته باشند، تکنسین مراتب را به واحد دیسپچ اطلاع دهد تا در صورت امکان پذیرش بیمار انجام شود. برای حفاظت از اموال و دارایی‌های بیماران، قوانین مشخصی وجود دارد از جمله اینکه اگر بیمار هوشیار باشد، وظیفه حفاظت از اموال به عهده خودش می‌باشد و اگر هوشیار نباشد به همراهش سپرده می‌شود. اگر بیمار همراه نیز نداشته باشد در صورت حضور پلیس در صحنه، اموال تحویل پلیس می‌شود و اگر پلیس وجود نداشت، به محض رسیدن به بیمارستان به انتظامات سپرده می‌شود و تکنسین می‌بایست وقایع را ثبت نماید. در صورتی که پس از پایان مأموریت متوجه وجود لوازم و وسایلی که متعلق به بیمار بوده شوند با واحد دیسپچ هماهنگی و تحویل این واحد گردد.

داشتن صلاحیت حرفه‌ای به خودی خود برای تکنسین‌های اورژانس کافی نیست و باید آموزش‌های اضافی در تمامی مواردی که مورد نیاز است برای ارائه خدمات به سالمندان، کسب شود (۳۴) که این مطالعه نیز همسو با مطالعه حاضر می‌باشد. این امر نشان می‌دهد که مراکز اورژانس پیش بیمارستانی، برنامه‌ریزی مناسبی برای آموزش حین خدمت کارکنان و تکنسین‌ها ندارند. برای رفع این مشکلات پیشنهادهایی مانند برگزاری کلاس‌های آموزشی یا آزمون و مجوز حرفه‌ای کارکنان ارائه شد. در قسمت "عملکرد زمانی اورژانس" نیز مشارکت کنندگان دیر رسیدن اورژانس به محل فوریت، بیمارستان و مدت زمان ماندن در صحنه را به عنوان تجربیات خود بیان کردند. برای کوتاه شدن زمان مسیر رسیدن به محل فوریت و بیمارستان پیشنهادهایی مطرح شد مانند جابه‌جایی دوره‌ای تکنسین‌ها به منظور آشنایی کامل به شهر شیراز و یا استفاده از برنامه‌های مسیریاب بر روی گوشی تلفن همراه؛ اما مدت زمان ماندن در صحنه می‌تواند طبق پروتکل اورژانس پیش بیمارستانی صورت گرفته باشد همچون در تصادف‌های چند مصدومه که آمبولانس اول باید منتظر حضور آمبولانس کمکی باشد. این موضوع از منظر سالمندان و مراقبین آن‌ها ناخوشایند بیان شده است.

در مطالعه‌ای که بیداری و همکاران (۲۰۰۷) داشتند نیز مشکلاتی در زمان مأموریت‌های اورژانس پیش بیمارستانی مطرح شده که بررسی‌های کیفی منظم بر عملکرد تکنسین‌ها را ضروری دانستند (۲۹). اسماعیلی وردنجانی و همکاران (۲۰۱۳) نیز رسیدن به موقع در محل فوریت را از عواملی ذکر کردند که باعث رضایتمندی استفاده‌کنندگان خدمات اورژانس پیش بیمارستانی شده است (۳۵). نتایج این دو مطالعه نیز با مطالعه حاضر، همسو می‌باشد. دلایل مختلفی می‌تواند منجر به دیر رسیدن بر بالین بیمار شود که به نظر می‌رسد،

گیرد (۳۰). نتایج این پژوهش نیز همسو با این مطالعه بود. این امر نشان می‌دهد وضعیت اکثر خودروهای آمبولانس مراکز فوریت‌های پزشکی کشور نامناسب بوده جایگزینی این خودروها با خودروی جدید بایستی انجام شود.

در مطالعه عباسپور و همکاران (۲۰۱۷) در تربت حیدریه نیز نتایج نشان داد که کمبود تجهیزات در آمبولانس‌ها وجود دارد که این امر سبب کاهش کارایی در خدمت‌رسانی به بیماران می‌شود (۳۱). در مطالعه حاضر، مشارکت کنندگان، کمبود وسایل و تجهیزات را مطرح نکردند بنابراین نتایج با مطالعه عباسپور و همکاران همخوانی ندارد. دلیل این امر می‌تواند تفاوت مراکز اورژانس پیش بیمارستانی در شهرهایی که مطالعات انجام شده باشد. در همین موضوع وایتکایتیس و همکاران (۲۰۰۸) در سوئد، فرسودگی آمبولانس‌ها در اورژانس پیش بیمارستانی را از مهم‌ترین مشکلات حاد سیستم خدمات اورژانس پیش بیمارستانی عنوان نمودند (۳۲) که در مطالعه حاضر نیز نارضایتی در این خصوص وجود داشت. در قسمت "عملکرد تکنسین‌ها" نیز مشکلاتی مطرح شد که سالمندان و مراقبین آن‌ها به عنوان تجربه خود بیان کردند. مثل دانش علمی یا عملکرد حرفه‌ای تکنسین.

در مطالعه‌ای که داداش زاده و همکاران (۲۰۱۶) انجام دادند نیز بیان شده است که نواقصی در عملکرد تکنسین‌ها هنگام ارائه خدمات و مراقبت‌ها وجود دارد و به منظور بهبود کیفیت خدمات اورژانس پیش بیمارستانی می‌توان برنامه‌ریزی و برگزاری کلاس‌های آموزشی را در برنامه قرار داد (۳۳).

در مطالعه حاضر نیز مشارکت کنندگان به عنوان تجربیات خود از این موضوع ناراضی بودند که این امر نشان می‌دهد مطالعات با هم همسو می‌باشند. ملی و همکاران (۲۰۰۵) نیز در مطالعه‌ای که انجام دادند، عملکرد تکنسین‌ها را در خصوص دانش علمی مورد بحث قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که

در مطالعه‌ای که داداش زاده و همکاران (۲۰۱۶) انجام دادند نیز بیان شده است که عملکرد تکنسین‌های اورژانس ممکن است مشکلاتی داشته باشد که به منظور بهبود کیفیت خدمات اورژانس پیش بیمارستانی می‌توان برنامه‌ریزی و برگزاری کلاس‌های آموزشی برای این افراد را در برنامه قرار داد (۳۹) که نتایج این مطالعه نیز همسو با مطالعه حاضر می‌باشد؛ اما در خصوص مواردی همچون دارا بودن گواهینامه پایه دو برای تکنسین‌ها یا در اختیار قرار دادن کتاب پروتکل آفلاین در مطالعه‌ای وارد نشده است. در قسمت عملکرد زمانی اورژانس نیز پیشنهادهایی ارائه شد.

در مطالعه‌ای که گلدمن^۲ و همکاران (۲۰۰۱) در آمریکا انجام دادند، زمان رسیدن اورژانس به محل فوریت مورد پژوهش قرار گرفته و راهکارهایی برای بهبود خدمات و کاهش این زمان ارائه کردند (۴۰) که آموزش تکنسین‌های اورژانس و آشنایی آن‌ها به نقشه محلات شهرها با مطالعه حاضر همسو بوده است اما چرخش دوره‌ای تکنسین‌ها در پایگاه‌ها مورد بحث قرار نگرفته است؛ و در آخر در قسمت مربوط به قوانین اورژانس نیز پیشنهادهایی مطرح شد که بیشتر بر لزوم هماهنگی تکنسین‌ها با واحد دیسپچ برای اتخاذ تصمیمات لازم برای رفع مشکلات به وجود آمده برای سالمندان تأکید شده است. در مطالعه‌ای که ولف^۳ و همکاران (۲۰۰۶) انجام دادند مشخص شد که عدم وجود قوانین مشخص و ثابت موجب سردرگمی سالمندان می‌شود (۴۱) که نتایج این مطالعه نیز به گونه‌ای بود که نشان می‌داد قوانین ثابت وجود ندارد و یا ابلاغ نشده است. رفع این مشکلات می‌تواند موجب رضایت سالمندان و افزایش کیفیت خدمات اورژانس پیش بیمارستانی شود.

مهم‌ترین دلیل، ترافیک سنگین شهرها و نبود خط ویژه برای عبور آمبولانس‌ها بوده است. دیگر مشکلی که سالمندان در تجربیات خود بیان کردند، عدم حق انتخاب بیمارستانی است که اورژانس آن‌ها را پذیرش می‌کند. امیری دلویی و همکاران (۲۰۱۸) نیز در مطالعه خود بیان کردند که یکی از مشکلات سالمندان عدم حق تصمیم‌گیری در مسائل درمانی بود (۳۶) که این نتیجه همسو با مطالعه حاضر می‌باشد. هر چند انتقال بیماران به بیمارستان‌ها و پذیرش آن‌ها پیرو شیوه‌نامه مرکز اورژانس پیش بیمارستانی می‌باشد اما بر اساس پیشنهادها ارائه شده، تکنسین می‌تواند با هماهنگی با مرکز پیام اورژانس پیش بیمارستانی، بیمار را به بیمارستان دلخواه انتقال دهد و موجب رضایتمندی و ارتقا کیفیت خدمات ارائه شده شوند.

در قسمت ارائه راهکار نیز پیشنهادهایی برای مشکلات بیان شده مطرح شد. از جمله در قسمت وضعیت آمبولانس‌ها که مجهز و به روز شدن تجهیزات و آمبولانس‌ها ذکر شده است. آچاریا^۱ و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای که در نپال انجام دادند، بیان کردند که اکثر آمبولانس‌های نپال حتی یک چهارم تجهیزات لازم را برای حمایت از زندگی و سلامت بیماران ندارد که این موضوع باعث کاهش کیفیت خدمات‌رسانی شده بود و بهبود تجهیزات آمبولانس‌ها باعث رفع چالش‌های به وجود آمده و افزایش کیفیت خدمات شده است (۳۷). همچنین پور شیخیان و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای که داشتند بیان نمودند که کمبود تجهیزات می‌تواند باعث کاهش کارایی کارکنان اورژانس باشد و تجهیز آمبولانس‌ها باعث افزایش کارایی تکنسین‌های اورژانس می‌شود (۳۸)؛ که نتایج این دو مطالعه همسو با مطالعه حاضر می‌باشد. در قسمت عملکرد تکنسین‌ها بیشتر به آموزش تئوری و عملی تکنسین‌های اورژانس پرداخته شد.

² Goldman

³ Wolf

¹ Acharya

نتیجه گیری

تجربیات سالمندان نشان دهنده مشکلاتی است که هنگام دریافت خدمات اورژانس پیش بیمارستانی آن‌ها را با مشکل مواجه می‌کند از جمله: وضعیت نامناسب آمبولانس‌ها، مشکلات مربوط به عملکرد تکنسین‌ها، عملکرد زمانی اورژانس و قوانین و مقرراتی که باعث نارضایتی آن‌ها شده است. پیشنهادهایی برای حل این مشکلات توسط پنل خبرگان ارائه شد که امید است بتواند در سیاست‌گذاری برای ارائه خدمات بهتر به سالمندان در اورژانس پیش بیمارستانی مورد استفاده قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با کد اخلاق IR. KMU. REC. 1403. 295 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان تصویب شد. همچنین پژوهشگر معرفی‌نامه کتبی از دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان جهت ارائه به مرکز اورژانس فارس دریافت کرد.

تشکر و قدردانی

از مسئولین اورژانس پیش بیمارستانی شهر شیراز و کارکنان اداره آمار مرکز اورژانس شیراز که مساعدت و همکاری لازم را داشتند، نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع در این مطالعه وجود ندارد.

پیوست الف

پرسشنامه سالمندان

بیمار و همراه محترم

با سلام و عرض ادب

از شما دعوت به عمل می آید تا در تحقیقی با عنوان تبیین تجربیات سالمندان از خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در شهر شیراز شرکت فرمایید. هدف از این تحقیق شناسایی تجربیات سالمندان و ارائه دهندگان خدمات به آنها از خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در شهر شیراز می باشد.

شرکت شما در این تحقیق با توجه به دانش، سابقه و تجارب ارزنده شما در زمینه تحقیق بسیار با اهمیت تلقی می شود، به همین دلیل به این مطالعه دعوت شده اید. اگر مایل به شرکت نیستید لازم نیست پاسخی ارائه دهید. دلیل انتخاب شما برای این تحقیق این است که شما به عنوان مطلع کلیدی هستید که بدون شک تجربیاتی پیرامون این مساله داشتید و دارید که اطلاعات شما یقیناً به پیشبرد اهداف مطالعه حاضر کمک خواهد نمود.

اگر شما مایل به شرکت در این مطالعه باشید لازم است که رضایت خود را برای شرکت در این مطالعه اعلام کنید. سپس در مورد زمان ملاقات با شما هماهنگی می شود. مصاحبه به صورت حضوری یا دیجیتال انجام خواهد شد و برای تسهیل پیاده سازی مطالب ضبط خواهد شد. به خاطر راحتی شما مصاحبه در محل مورد نظر شما برگزار خواهد شد.

انتظار می رود که این تحقیق با شناسایی مشکلات و ارائه راهکارها به منظور بهبود ارائه خدمات به سالمندان در اورژانس پیش بیمارستانی در شهر شیراز در برنامه ریزی های آتی به کار گیرند .

با توجه به این مقدمه به سؤالات زیر پاسخ دهید:

- چه اتفاقی منجر به این شده که شما/عضو خانواده تان با اورژانس تماس بگیرید؟
- لطفا تجربه خود را از دریافت خدمات اورژانس بیمارستانی بیان نمایید؟
- هنگامی که شما/عضو خانواده تان در حال خروج از آمبولانس بودید، مشکل اصلی آنها را چه می دانستید؟
- چه انتظاراتی از سیستم اورژانس پیش بیمارستانی برای ارائه مراقبت به سالمندان دارید؟
- به نظر شما چه مشکلاتی در زمان ارائه خدمات پیش بیمارستانی در منزل ویا در زمان انتقال به مرکز درمانی وجود داشت؟
- به نظر شما چه راهکارهایی را برای بهبود کیفیت ارائه خدمات پیش بیمارستانی به سالمندان پیشنهاد می نمایید؟

پیوست ب:**پرسشنامه پنل خبرگان**

باسلام و احترام

با توجه به دانش و تجربه ای که در اورژانس پیش بیمارستانی شهر شیراز دارید، از شما دعوت به عمل می آید تا در تحقیقی که با عنوان تبیین تجربیات سالمندان از خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در شهر شیراز انجام شده است، با حضور در بحث گروهی و پاسخ به سؤالاتی که مطرح می شود، شرکت فرمایید. انتظار می رود با پیشنهادها و راهکارهایی که برای مشکلات مطرح شده توسط سالمندان و تکنسین های اورژانس، مطرح می شود، در برنامه ریزی های آتی برای ارائه خدمات به سالمندان در اورژانس پیش بیمارستانی در شهر شیراز به کار گرفته و شاهد بهبود کیفیت خدمات برای این گروه از جامعه باشیم.

نظرات خود در مورد مشکلات بیان شده توسط سالمندان و تکنسین های اورژانس را بیان بفرمایید؟

- کدام یک از مشکلات مطرح شده برای شما تازگی داشته و با آن روبرو نشده اید؟

- در مورد مشکلات مطرح شده توسط سالمندان در هر کدام از زیر طبقات، چه پیشنهادهایی دارید؟

- در مورد تجارب و مشکلات مطرح شده توسط مراقبین سالمندان، در هر کدام از زیر طبقات، چه پیشنهادهایی دارید؟

- به نظر شما تا چه اندازه پیشنهادهایی که ارائه دادید، قابلیت اجرایی دارد؟

References

1. Masnavi, A. Causes of the deposit to the sanitarium Ageing, Tehran. The Faculty of Medical science. Matteson MA, Mcconell ES& Linton AD. Gerontological Nursing: Concepts and Practice. Philadelphia, Saunders, 2, 8,2015[in Persian].
2. Van der Stelt C, Vermeulen W, Egberts A, van den Bemt P, Leendertse A, Hermens W, et al. The association between potentially inappropriate prescribing and medication-related hospital admissions in older patients: A nested case control study. *Drug Safety*. 2016; 39(1):79-87of
3. World Population Prospects: The 2006 Revision, Population Database. URL: <http://esa.un.org/unpp/>retrieved January, 6, 2006.
4. Rasel M, Ardalan A. The Future of Ageing and Its Health Care Costs: A Warning for Health System. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2007; 2 (2) :300-305 [in Persian].
5. Arab-Zozani M, Mostafazadeh N, Arab-Zozani Z, Ghoddoosi-Nejad D, Hassanipour S, & Soares J. The prevalence of elder abuse and neglect in Iran: A systematic review and meta-analysis(2018). *Journal of elder abuse & neglect*, 30(5), 408-423 [in Persian].
6. Noor A, Dinon M, Kalthom A. Development and validation of patient satisfaction instrument, leadership in health services(2012).25(1): 27-38[in Persian].
7. Miri S, Soleimanizadeh L, Rajabi A, Soleimanizadeh F. Emergency care of the elderly. Available from: <https://civilica.com/doc/40514>[in Persian].
8. Donabedian A. The quality of care in a health maintenance organization: a personal view. (1983) *Inquiry*, 218-222[in Persian].
9. Jadidi A, Safarabadi M, Irannejad B, Harorani M. Level of patients' satisfaction from emergency medical services in Markazi province; a cross sectional study. *Iranian Journal of Emergency Medicine*. 2016;3(2):58-65 [In Persian].
10. Bond S, Thomas L. Measuring patients satisfaction with nursing care. *Journal of advanced Nursing*, 17(1), 52-63.
11. Entezariasl M, Fariba M. The satisfaction of emergency department patients admitted to hospitals, medical university Ardabil. *University of medical sciences Ardabil*. 8(1): 20-7_2002 [in Persian].
12. Zhu H, Pan L, Li Y, Jin H, Accessibility Assessment of Prehospital EMS with a Focus on the Elderly Population: A Case Study in Ningbo, China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 9964.
13. Bailey E, Sweeney T. National Association of EMS Physicians. Considerations in establishing emergency medical services response time goals. *Prehosp Emerg Care*. 2003 Jul-Sep;7(3):397-9.
14. Assar-Roudi, A. The causes of late arrival of pre-hospital emergency from the point of view of clinical emergency personnel of the 115 of Mashhad in 2006. *Dena Journal*, 3(3), 1-15[in Persian].
15. Shatpattananunt B, Petpichetchian W, Wiangosot S, Pintatham K, Viriyaratanakul B, Development and Feasibility of the Emergency Medical Services Hub for Northern Thai Older Adults: An Action Research Study *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 27(1):89-104.
16. Veitch C, AiAitkeP, Elcock M. The organization of trauma services for rural Australia. *journal of emergencyprimary health care (JEPHC)* 2009 : 7 (2) 1-14.
17. Andaleeb S. Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social science & medicine*, 52(9), 1359-1370[in Persian].
18. Shankar K, Bhatia BK, Schuur JD. Toward patient-centred care: a systematic review of older adults' views of quality emergency care. *Ann. Emerg. Med*. 2014; 63: 529-550.
19. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013; 3: e001570.
20. Thornton V, Fogarty A, Jones P, Ragaban N, Simpson C. Why do patients self-present to Middlemore Hospital Emergency Department? *N. Z. Med. J*. 2014; 127: 19-30.
21. Gallagher R, Fry M, Chenoweth L, Stein-Parbury J. Emergency department nurses perceptions and

- experiences of providing care for older people. *Nurs. Health Sci.* 2014; 16: 449–453.
22. Smith AK, Schonberg MA, Fisher J et al. Emergency department experiences of acutely symptomatic older people with terminal illness and their family caregivers. *J. Pain Symptom Manage.* 2010; 39: 972–981.
 23. Gordon A, Sheppard L, Anaf S. The patient experience in the emergency department: a systematic synthesis of qualitative research. *Int. Emerg. Nurs.* 2010; 18: 80–88.
 24. Lichtman M. *Qualitative research in education: A user's guide.* London: sage publication; 2006.
 25. AdibHajBaghri M, Parvizi S, Salsali M. *Qualitative Research Methodology* Tehran: Entesharat Boshra; 2008.
 26. Polit D, Hungler B. *Nursing research principles and methods.* 5 ed: Philadelphia: Lippincott 1997.
 27. Creswell JW, PlanoClark VL. *Designing and Conducting Mixed Methods Research.* New York: Sage Publication; 2007.
 28. Colaizzi P. Psychological research as the phenomenologist views it, Valle R, King M, Existential-phenomenological alternatives for psychology, 1978. Oxford University Press, New York.
 29. Bidari A, Abbasi S, Farsi D, Saeedi H, Mofidi M, Radmehr M, Rezaei M, Eshairi N. Performance of pre-hospital Jans in patients transferred to Hazrat Rasool Akram (PBUH) Hospital. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* [Internet]. 2016; 29 (3): 43-46 [in Persian].
 30. Rad M, Sabouri O, Sabouri I. Comparison of the pre-hospital emergency situation in Sabzevar city with existing standards, 2013. *Emergency care* [Internet]. 2016;1(2):19-28.[in Persian].
 31. Abbaspour S, Sabbaghi M R, Tatari M. The assessment of clinical equipment of Emergency Medical Services in Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences in 2016. *IJEC.* 2017; 1(2):1-8 [In Persian].
 32. Vaitkaitis D. EMS systems in Lithuania. *Resuscitation.* 2008 Mar;76(3):329-32.PMID: 17822828.
 33. Dadashzadeh A, Dehghan Nejad J, Shams Vahdati S, Soheili A, Sadeghi H. The nature of therapeutic interventions applied by Tabriz pre-hospital emergency personnel in trauma patients. *Journal of Urmia College of Nursing and Midwifery*[Internet]. 2016; 15(3 (seq. 92)): 159-167. [in Persian].
 34. Melby V, Ryan A. Caring for older people in prehospital emergency care: can nurses make a difference? *J Clin Nurs.* 2005 Oct;14(9):1141-50.
 35. Esmaili Wardanjani A, Rafiei H, Moghadasi J, Masoudi R, Mohammadi M, Lalgani Hedayat E, Esmaili Wardanjani M. Satisfaction with pre-hospital emergency services: a cross-sectional study in Shahrekord. *Clinical research in paramedical sciences* [Internet]. 2013;3(2):103-113. [in Persian].
 36. Amiri Delui M, Abedi H, Tahmasebi S, Ebrahimi N, Sadeghmoghadam L. Improving the Quality of Services for the Elderly Referred To 22-Bahman Hospital: An Action Research . *joge* 2018; 3 (1) :55-63[in Persian].
 37. Acharya R, Badhu A, Shah T, Shrestha S. Availability of Life Support Equipment and its Utilization by Ambulance Drivers. *J Nepal Health Res Counc.* 2017 Sep 8;15(2):182-186.
 38. Porshikhian M, Jahangiri K, Kazemnejad E, Watankhah S. Pre-hospital emergency: analysis of the current status of ambulance medical equipment in emergency medical service centers in Rasht city. *Scientific Journal of Rescue and Relief* [Internet]. 2013;6(1):55- [in Persian].
 39. Dadashzadeh A, Dehghan Nejad J, Shams Vahdati S, Soheili A, Sadeghi H. The nature of therapeutic interventions applied by Tabriz pre-hospital emergency personnel in trauma patients. *Journal of Urmia College of Nursing and Midwifery*[Internet]. 2016; 15(3 (seq. 92)): 159-167. [in Persian]
 40. Goldman L, Bennet JC. *Cecil Textbook Of Medicine.* 21th Edition, WB Saunders Company: Philadelphia, 2001.
 41. Wolf ZR, Hicks R, Serembus JF. Characteristics of medication error made by student during the administration phase. *J Prof Nurs* 2006; 22(1): 39-51.