

تجربه‌ی زیسته‌ی پرستاران اتاق عمل از چالش‌های به‌وجود آمده به‌دنبال پذیرش بیماران اورژانسی: یک مطالعه‌ی پدیدارشناسی

علیرضا جعفرخانی^۱، بهزاد ایمنی^{۲*}، سینا قاسمی^۱

چکیده

زمینه و هدف: امروزه بخش مهمی از جراحی‌های انجام شده در اتاق عمل مربوط به جراحی‌های اورژانسی است. جراحی‌هایی که به‌طورکلی در مقابل شرایط حاد تهدیدکننده‌ی حیات، ضرورت پیدا می‌کند. امروزه باتوجه به افزایش آمار جراحی‌های اورژانسی انجام شده در بیمارستان و همچنین ماهیت چالش برانگیز این جراحی‌ها، مشکلات متعددی برای اتاق عمل به وجود آمده است. این مطالعه با هدف تبیین تجربه‌ی زیسته‌ی پرستاران اتاق عمل از چالش‌های به‌وجود آمده به‌دنبال پذیرش بیماران اورژانسی صورت گرفت.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه‌ی کیفی است که به روش پدیدارشناسی توصیفی در سال ۱۴۰۲ در کلیه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شد. نمونه‌های این مطالعه به روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی انتخاب شدند. در این پژوهش، داده‌ها از طریق انجام ۱۰ مورد مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته با پرستاران اتاق عمل جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده جهت تعیین طبقات اصلی و فرعی با استفاده از روش کلایزی صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین سنی افراد مصاحبه‌شوندگان ۴۶/۲ سال و میانگین سابقه کاری آنان ۱۸/۵ سال است. بعد از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها مشخص شد که چالش‌های به‌وجود آمده به‌دنبال پذیرش بیماران اورژانسی از منظر تجارب پرستاران اتاق عمل، در سه مضمون اصلی و ۱۰ مضمون فرعی طبقه‌بندی می‌شود. مضامین اصلی این مطالعه شامل تدارکات و زیرساخت‌های اتاق عمل (محدودیت‌های ساختاری اتاق عمل، تأمین نیروی انسانی در اعمال جراحی اورژانسی، تأمین تجهیزات و ابزارهای مورد نیاز عمل جراحی و اهمال‌کاری در ارایه به موقع خدمات درمانی)، خطرات بالینی حین عمل جراحی (تهدید ایمنی بیمار، بی‌توجهی به رعایت اصول استریلیته و وضعیت جسمی منحصر به فرد بیمار) و هماهنگی و ارتباطات (تعامل غیر سازنده جراح با پرسنل، رفتارهای نامتعارف همراهان در اتاق عمل و پشتیبانی ناکافی بیمار توسط دیگران) تقسیم‌بندی می‌شود. **نتیجه‌گیری:** برای پیشگیری از چالش‌ها، شناسایی زودهنگام آن‌ها ضروری است. با برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات پیشگیرانه، ارتقاء آموزش پرستاران، بهبود زیرساخت‌ها و تقویت همکاری‌های بین‌بخشی، می‌توان ضمن بهبود کیفیت عمل‌های جراحی اورژانسی رضایت بیماران را نیز افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: جراحی مراقبت حاد، اتاق عمل، مطالعه کیفی، پرستاری اتاق عمل

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۴/۴

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۸/۲۷

* نویسنده مسئول:

بهزاد ایمنی؛

دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

Email:

b.imani@umsha.ac.ir

۱ دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۲ دانشیار گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

مقدمه

عمل جراحی اورژانسی به‌عنوان هر مداخله‌ای تعریف می‌شود که برای مقابله با شرایط حاد تهدیدکننده‌ی حیات، تروما به بافت یا اندام، هر بیماری حاد پیش‌رونده، تشدید یک بیماری حاد یا مزمن و یا به دلیل عوارض جراحی قبلی، ضرورت پیدا می‌کند (۱). این نوع از اعمال جراحی را به هیچ دلیلی نمی‌توان به تعویق انداخت و راهکار درمانی دیگری را جایگزین آن کرد زیرا ممکن است منجر به مرگ بیمار شود (۲).

در سال‌های اخیر آمار پذیرش جراحی‌های اورژانسی روند افزایشی را شاهد بوده است به طوری که امروزه حدود نیمی از عمل‌های جراحی را اعمال جراحی اورژانسی تشکیل می‌دهد (۳-۵). به‌عنوان مثال کشور ایالات متحده آمریکا شاهد حدود ۲/۵ میلیون بستری و حدود ۹ میلیون عمل جراحی عمومی اورژانسی در سال ۲۰۱۰ بوده است که این آمار میزان بیشتری از بستری شدن بیماران به دلیل سرطان و دیابت بود (۶ و ۷).

با توجه به افزایش روز افزون پذیرش‌های اورژانسی و امکانات محدود بیمارستانی، فشار قابل توجهی به بیمارستان‌ها برای انجام اعمال الکتیو وارد شده است (۸). جراحی‌های اورژانسی می‌تواند با افزایش خطاهای پزشکی، عوارض و مرگ‌ومیر بیشتری در مقایسه با جراحی‌های الکتیو همراه باشد و عموماً بیماران اورژانسی در معرض خطر بالای نتایج ضعیف بعد از عمل قرار دارند (۹ و ۱۰). یکی از مطالعات انجام شده در این زمینه نشان داد که بیماران اورژانسی جراحی عمومی تا ۶ برابر بیشتر احتمال دارد در دوره‌ی پس از عمل جان خود را از دست بدهند؛ همچنین نتایج این مطالعه نشان‌دهنده‌ی این موضوع بود که نیمی از بازماندگان نیز عوارض بعد از عمل را تجربه کردند (۱۱). از سوی دیگر اعمال جراحی اورژانسی برای کادر درمان نیاز استرس‌زا می‌باشد. قرار گرفتن در معرض صحنه‌های دلخراش، مواجهه با مرگ بیماران، قرار گرفتن در معرض خشونت و نیاز به تصمیم‌گیری سریع برای نجات جان یک بیمار از جمله عواملی است که برای کادر درمان چالش برانگیز است (۱۲).

پیشرفت‌های سال‌های اخیر برای بهبود کیفیت عمل‌های جراحی اورژانسی شامل اختصاص دادن دپارتمان‌های اتاق عمل اورژانسی و ایجاد واحدهای ارزیابی حاد جراحی بوده که مجموعه این اقدامات اگرچه باعث کاهش تعداد عمل‌های جراحی خارج از برنامه و زمان انتظار برای عمل جراحی شد، همچنان نتایج جراحی اورژانسی رضایت‌بخش نبود (۱۳). در

این زمینه برخلاف تلاش‌هایی که در راستای توسعه‌ی استانداردهای مبتنی بر شواهد برای بهبود کیفیت اعمال جراحی صورت گرفته است و تأثیرات مثبتی بر ایمنی بیماران نیز داشته است اما همچنان استفاده از چک‌لیست‌های جراحی ایمن تا به امروز به دلیل فقدان شواهد در مورد عوامل ایجادکننده‌ی مرگ‌ومیر بیماران در جراحی‌های اورژانسی با مانع مواجه شده است (۱۱). در کشور انگلستان نیز با توجه به افزایش نگرانی‌ها در مورد نتایج ناشی از عمل‌های جراحی اورژانسی، کالج سلطنتی جراحان این کشور یک بسته‌ی مراقبتی را پیشنهاد می‌کند که علی‌رغم برطرف کردن بسیاری از کمبودها، همچنان نبود اطلاعات با کیفیت بالا در زمینه مراقبت‌های عمل اورژانسی را برجسته می‌کند (۱۴).

علاوه بر دلایل ذکر شده‌ی بالا، تفاوت در فرایندهای مراقبت و ساختارهای درون بیمارستانی، زیرساخت‌های حمایتی، در دسترس نبودن تجهیزات تصویربرداری و رادیولوژی‌های مداخله‌ای در بعضی از بیمارستان‌ها و مسایل مربوط به الگوهای استخدام کادر بیمارستانی از جمله دلایل مراقبت‌های با کیفیت پایین در بیماران اورژانسی است (۱۵-۱۷).

در ایران به دلیل منابع محدود و مدیریت ناکافی، علی‌رغم توسعه خدمات اورژانسی در سال‌های اخیر، همچنان انتظارات در زمینه ارائه خدمات درمانی با کیفیت بالا برآورده نشده است (۸). چالش‌زا بودن بیماران اورژانسی از نظر وضعیت فیزیولوژی خطرناک، بیماری‌های زمینه‌ای و همراه بودن این نوع جراحی‌ها با مرگ‌ومیر بیشتر از یک‌سو (۱۸) و توجه به این که همین چالش‌های مذکور باعث افت کیفیت خدمت‌رسانی می‌شود از سوی دیگر، پژوهشگران را بر آن داشت تا با روش پدیدارشناسی کیفی ضمن تبیین تجربه‌ی زیسته پرستاران اتاق عمل از چالش‌های به‌وجود آمده به دنبال پذیرش بیماران اورژانسی، قدمی مؤثر در جهت افزایش کیفیت مراقبت از بیماران اورژانسی بردارند.

روش بررسی

با توجه به نقشی که تحقیقات کیفی مخصوصاً پدیدارشناسی در تجزیه و تحلیل عمیق داده‌ها و تفسیر صحیح یک پدیده اجتماعی دارند (۱۹) مطالعه‌ی حاضر به روش پدیدارشناسی توصیفی و با هدف کشف و تفسیر تجربه‌ی زیسته پرستاران اتاق عمل از چالش‌های به‌وجود آمده به دنبال پذیرش بیماران

ثبات، تأییدپذیری و قابلیت انتقال‌پذیری استفاده شد. پژوهشگر به‌عنوان یک پرستار اتاق‌عمل به مدت ۲ سال درگیر موضوع و محیط تحقیق بوده و مکرراً با بیماران اورژانسی در اتاق‌عمل برخورد داشته است که همین امر منجر به مصاحبه‌های عمیق و داده‌های معتبر شد. برای قابلیت اعتبار مطالعه، پژوهشگر درگیری مداوم و طولانی با داده‌ها و مشارکت‌کنندگان داشت. برای قابلیت ثبات نیز از روش بازبینی همکار استفاده شد. به این صورت که پژوهشگر تحلیل‌های ابتدایی و جمع‌آوری‌شده‌ی داده‌ها را پس از کدگذاری اولیه و تشکیل طبقات، در اختیار همکاران تیم خود برای ارزشیابی و اصلاح قرار می‌داد. هر دو نفر از همکاران مطالعه به مدت چندین ماه درگیر با موضوع پژوهش بودند. با توجه به قابلیت ثبات و تأییدپذیری، روش‌های جمع‌آوری داده‌ها همراه با دقت در تکنیک‌های مصاحبه و تحلیل داده‌ها به کار گرفته شد. همراه با ارایه نقل‌قول پرستاران، شرح کامل دسته‌بندی‌ها و همچنین ویژگی شرکت‌کنندگان، جمع‌آوری داده‌ها، روش تجزیه و تحلیل و از نمونه‌گیری با حداکثر تنوع برای قابلیت انتقال استفاده شد. در صورت هرگونه مغایرت نظرات، نویسندگان ضمن تشکیل جلسه با یکدیگر ضمن انجام بحث‌های متعدد تا رسیدن به اجماع نظر در صورت نیاز، متن مصاحبه‌ها را در اختیار مصاحبه‌شونده قرار داده و با شخص مصاحبه‌شونده به بحث و تبادل نظر در ارتباط با کدهای استخراج شده می‌پرداختند و در نهایت تصمیم نهایی اتخاذ می‌شد.

پژوهش حاضر در دانشگاه علوم پزشکی همدان بررسی و شناسه اخلاق گرفته و مصوب گردید. معرفی نامه به بیمارستان‌های تابع دانشگاه علوم پزشکی همدان جهت انجام مصاحبه صادر گردید و پس از اخذ تأییدیه از آن بیمارستان پژوهش شروع گردید. از مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه‌ی آگاهانه‌ی کتبی برای شرکت در مطالعه گرفته شد. حفظ گمنامی، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در طول مطالعه لحاظ شد. زمان و محل مصاحبه نیز با هماهنگی و درخواست مشارکت‌کنندگان تنظیم گردید.

یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر پژوهشگران پس از انجام مصاحبه با ۱۰ نفر از پرستاران محترم اتاق‌عمل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان به اشباع اطلاعات رسیدند. ویژگی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است.

این مطالعه در سال ۱۴۰۲ در کلیه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی همدان انجام شد. تعداد ۱۰ نفر از پرستاران محترم اتاق‌عمل به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و گلوله برفی جهت انجام مصاحبه انتخاب شدند. به‌طوری‌که ابتدا افرادی که معیارهای تعیین‌شده (معیارهای ورود) را داشتند شناسایی شدند (نمونه‌گیری هدفمند) و در مرحله‌ی بعد بر اساس نظر این افراد با شرکت‌کنندگان دیگر مصاحبه شد (نمونه‌گیری گلوله برفی). معیارهای ورود به مطالعه شامل: رضایت جهت شرکت در مطالعه، شاغل بودن در اتاق‌عمل، داشتن حداقل ۱۰ سال سابقه کار در اتاق‌عمل، داشتن آمادگی جسمی و روانی جهت شرکت در مطالعه بود. مصاحبه‌ها با توجه به تمایلات و نظرات شرکت‌کنندگان در بازه زمانی ۲۰ تا ۳۰ دقیقه و در محلی آرام انجام می‌شد. مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان ضبط گردید. برای هدایت مصاحبه در راستای موضوع بررسی سولاتی مانند «در این مدتی که در اتاق‌عمل سابقه کار دارید چقدر بیماران اورژانسی برای شما چالش‌آفرین بودند؟» از مشارکت‌کنندگان پرسیده می‌شد. لازم به ذکر است که از روش پروبینگ و استفاده از سولات کاوشی مثل «بیشتر توضیح دهید» و «منظورتان چیست» برای تبیین بیشتر جزئیات موردنظر و افزایش عمق مصاحبه‌ها استفاده می‌شد. مصاحبه‌ها در اولین فرصت و با استفاده از نرم‌افزار Microsoft Word به صورت کلمه‌به‌کلمه رونویسی و برای تحلیل آماده شدند. در طول مطالعه به‌جای اسامی مشارکت‌کنندگان از اعداد (۱ تا ۱۰) استفاده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش توصیفی کلایزی (۲۰) انجام شد. این روش شامل هفت مرحله است که به طور کلی بدین شرح است:

- ۱- توصیفات همه شرکت‌کنندگان به منظور هم‌احساس شدن با آن‌ها
- ۲- جملات و عبارات‌هایی که مستقیم به پدیده مورد مطالعه مرتبط بود استخراج شد، ۳- معنی یا مفهوم هر عبارت مهم که به‌عنوان مفاهیم تنظیم شده مطرح است، توسط محقق شکل گرفت، ۴- مفاهیم تنظیم شده، درون دسته‌های موضوعی سازماندهی شد، ۵- یافته‌ها به درون یک توصیف جامع از پدیده‌ی موردنظر تلفیق شد، ۶- توصیف جامع از پدیده‌ی مورد تحقیق به شکل یک بیانیه صریح و روشن تنظیم شد، ۷- نتایج به شرکت‌کنندگان بازگردانده و در مورد یافته‌ها از آن‌ها سوال پرسیده شد.

برای پایایی و روایی (rigor) مطالعه از چهار معیار قابلیت اعتبار، قابلیت

جدول ۱: مشخصات دموگرافیکی مشارکت‌کنندگان

| ردیف | جنسیت | سن | سابقه کار | مدرک تحصیلی |
|------|-------|--------|-----------|-------------|
| ۱ | مرد | ۳۷ سال | ۱۱ سال | کارشناسی |
| ۲ | زن | ۳۹ سال | ۱۴ سال | کارشناسی |
| ۳ | مرد | ۵۲ سال | ۲۷ سال | کاردانی |
| ۴ | زن | ۴۹ سال | ۲۱ سال | کارشناسی |
| ۵ | مرد | ۳۹ سال | ۱۳ سال | کارشناسی |
| ۶ | زن | ۵۱ سال | ۲۰ سال | کارشناسی |
| ۷ | مرد | ۵۵ سال | ۲۳ سال | کارشناسی |
| ۸ | زن | ۳۸ سال | ۱۳ سال | کارشناسی |
| ۹ | مرد | ۵۲ سال | ۲۵ سال | کاردانی |
| ۱۰ | مرد | ۵۰ سال | ۱۸ سال | کارشناسی |

طبق جدول ۱، اکثر شرکت‌کنندگان (۸ نفر) دارای مدرک

کارشناسی و ۶۰ درصد شرکت‌کنندگان مرد بودند. میانگین سنی

شرکت‌کنندگان ۴۶/۲ سال و میانگین سابقه کاری آنان ۱۸/۵ سال

فرعی شد که در جدول ۲ مشخص شده است.

جدول ۲: مضامین فرعی و اصلی

| مضامین اصلی | مضامین فرعی |
|--------------------------------|--|
| تدارکات و زیرساخت‌های اتاق عمل | محدودیت‌های ساختاری اتاق عمل |
| | تأمین نیروی انسانی در اعمال جراحی اورژانسی |
| | تأمین تجهیزات و ابزارهای مورد نیاز عمل جراحی |
| | اهمال کاری در ارایه به موقع خدمات درمانی |
| | تهدید ایمنی بیمار |
| خطرات بالینی حین عمل جراحی | بی‌توجهی به رعایت اصول استریلیته |
| | وضعیت جسمی منحصربه‌فرد بیمار |
| | تعامل غیرسازنده‌ی جراح با پرسنل |
| هماهنگی و ارتباطات | رفتارهای نامتعارف همراهان در اتاق عمل |
| | پشتیبانی ناکافی بیمار توسط دیگران |

۱- تدارکات و زیرساخت‌های اتاق عمل

تدارکات و زیرساخت‌های اتاق عمل که به‌عنوان یک چالش اصلی مکرراً توسط مشارکت‌کنندگان عنوان می‌شد یک مفهوم بسیار کلی است که ابعاد وسیعی را در بر می‌گیرد. در این مطالعه محدودیت‌های ساختاری اتاق عمل، تأمین نیروی انسانی در اعمال جراحی اورژانسی، تأمین تجهیزات و ابزارهای

بعد از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، در مجموع ۱۹۳ کد اولیه به‌دست آمد. که بعد از حذف، یکسان‌سازی و دسته‌بندی کدهای استخراج‌شده مشخص شد: تدارکات و زیرساخت‌های اتاق عمل، خطرات بالینی حین عمل جراحی و هماهنگی و ارتباطات سه مضمون اصلی تشکیل‌دهنده‌ی این مطالعه و هر یک شامل مضامین فرعی مرتبط با خود بودند که به تفکیک در جدول ۲ مشخص شده است.

• تأمین تجهیزات و ابزارهای مورد نیاز عمل جراحی

به طور حتم مدیریت یک عمل جراحی اورژانسی با وجود تجهیزات فرسوده و نبودن تجهیزات لازم و ضروری کار دشواری است. عدم دسترسی یک اتاق عمل به تجهیزات به روز و کارآمد می تواند ضمن کاهش کیفیت یک عمل جراحی خطر بروز عوارض را افزایش دهد. همچنین مشکلات مربوط به تأمین یک ابزار مناسب می تواند زمان یک عمل جراحی را نیز افزایش دهد. در این زمینه مشارکت کننده ای بیان داشت:

«... یادمه یه مریض با ترومای چندگانه روده هاش آسیب دیده بود. ما رزکت کردیم روده رو، ولی استپلر برآناستوموز نداشتیم. مجبور شدیم که روده ها را به صورت سنتی آناستوموز بدیم که حدوداً نیم ساعت وقت ما را گرفت؛ اگر استپلر بود شاید زودتر جمع می کردیم ماجرا رو که از لحاظ همودینامیکای مریضی اوکی تر بشه و خوب خودمون استرس کمتری می کشیدیم...» (مشارکت کننده اول).

• اهمال کاری در ارایه به موقع خدمات درمانی

مشکلات سازمانی و مدیریتی می توانند منجر به تأخیر در ارایه خدمات شوند که این موضوع در مواردی مثل انتقال خون در شرایط اورژانسی ممکن است عواقب جدی برای بیمار داشته باشد. از سوی دیگر این اهمال کاری ها روی روند درمان و بهبودی فرد نیز تأثیر منفی می گذارد. در این زمینه مشارکت کننده ای بیان داشت:

«... یه بار یه مریض مغزی داشتیم آوردن و گفتن مریض مغزیه بزاین داخل اتاق؛ همه فکرشون این بود که مریض رو داخل اتاقی بزاید که کولر داشته باشه منم باهاشون دعوا کردم گفتن شما به فکر کولر هستید به فکر رزرو خون مریضتون نیستید خب مریض هاد تروماست باید خون رزرو داشته باشه، سر خون گرفتنش نیم ساعت علاف شدیم. این تایم ها گاهی برا بعضی مریض ها خیلی حیاتی می شه...» (مشارکت کننده پنجم).

۲- خطرات بالینی حین عمل جراحی

باتوجه به ماهیت اعمال اورژانسی که نیاز به رسیدگی سریع به بیماران در اتاق عمل دارد، همواره خطرات بالینی متعددی بر روی این اعمال جراحی تأثیر می گذارند که در این مطالعه سه مضمون فرعی تهدید ایمنی بیمار، بی توجهی به رعایت اصول استریلیته و وضعیت جسمی منحصر به فرد بیماران تشکیل دهنده ای جزای این مفهوم می باشند.

• تهدید ایمنی بیمار

نادیده گرفتن گابدلاین های مربوط به ایمنی بیماران می تواند زمینه ساز عفونت

مورد نیاز عمل جراحی و اهمال کاری در ارایه به موقع خدمات درمانی اجزای این مفهوم را تشکیل می دهند.

• محدودیت های ساختاری اتاق عمل

طراحی نامناسب و محدود اتاق عمل می تواند منجر به کاهش فضای کاری و افزایش خطرات ناشی از تداخل تجهیزات و پرسنل شود که این موضوع ممکن است باعث کند شدن روند جراحی و افزایش بار روانی یک عمل جراحی اورژانسی شود. بحث محدودیت های ساختاری اتاق عمل مثل نبود یک اتاق عمل مخصوص به اعمال اورژانسی که با توجه به ماهیت عمل های جراحی اورژانسی که گاه با حضور تعداد زیاد افراد همراه است، می تواند منشأ مشکلات فراوانی شود. در این رابطه مشارکت کننده ای بیان داشت:

«... ببینید یکی از مشکلات بزرگ ما نبودن فضای فیزیکی کافی داخل اتاق عمله همین سه تایی که داریم هم ابعادش مناسب نیستش. آگه مریض ترومای چندگانه (Multiple trauma) باشه و یه تیم بخواد علاوه بر تیم های جراحی و ارتوپدی، مثلاً یه تیم اعصاب هم بخواد بیاد داخل واقعاً دیگه جا نیست؛ یعنی خود این مشکل سازه برامون و خب باعث مشکلات ثانویه که به خاطر پر حجم بودن افراد و نبودن فضای کافی به وجود میاد مثلاً چند وقت پیش مریض با ترومای چندگانه اس اورژانسی آوردن تصادفی این قدر اتاق شلوغ بود ما یه سوندا فوگارتی مون با قیمت هنگفتی که داره به خاطر همین چیز آن شد و اون موقع بیمارستان دیگه از این سوندا نداشت و کلی طول کشید تا از بیرون تهیه اش کنیم...» (مشارکت کننده سوم).

• تأمین نیروی انسانی در اعمال جراحی اورژانسی

کمبود پرسنل با تجربه می تواند ضمن کند کردن روند یک جراحی باعث ایجاد خطرات جدی برای بیمار شود. همچنین بار اضافی روی پرسنل موجود، ممکن است بر کیفیت خدمات تأثیر بگذارد. معمولاً این نوع از اعمال جراحی نیاز به پرسنل بیشتری جهت کنترل شرایط دارند و در بعضی اوقات، اتاق عمل با کمبود پرسنل برای مدیریت عمل خصوصاً در شیفت های عصر و شب مواجه می شود. در این زمینه مشارکت کننده ای دیگری بیان داشت:

«... ببین یه پدر و پسر تصادفی، یه بار برامون تو شیفت شب آوردن، بعد ما هم هر دو رو خوابوندیم تو اتاقا مون خوب ما فاصله اتاق هامون خیلی زیاده نیرو هم کم بود یعنی من و جراح باید دو تا اتاق و بیماراش رو ساپورت کنیم خلاصه که مدام تورفت و آمد بودیم خوب این هم شرایط رو برای مدیریت کار سخت می کرد...» (مشارکت کننده هشتم).

یا آسیب‌های غیر قابل جبرانی مثل سوختگی با کوتر حین عمل جراحی شود. این موضوع نه تنها تهدیدکننده‌ی سلامت بیمار است بلکه می‌تواند اعتبار یک بیمارستان را نیز خدشه‌دار کند. البته در هر عمل جراحی که در بیمارستان انجام می‌شود، حفظ ایمنی بیماران برای تیم جراحی و بیهوشی دارای اهمیت بسزایی است که این مفهوم به‌خصوص در اعمال جراحی اورژانسی به‌خاطر افزایش سرعت کار، گاهی مورد تهدید واقع می‌شود. در این رابطه مشارکت‌کننده‌ی دیگری بیان داشت:

«... از بحث ایمنی بیماران، من بحث راجع به الکتروکوتر مثلاً بگم خوب ما تو مریضی که الکتیو باشه خیلی به صبر خاصی می‌کنیم به چسب دوباره‌ای می‌زنیم یا چسب ضد حساسیتی می‌زنیم روی پلیت برای اطمینان اما خوب تو مواقع اورژانس شاید وقت نشه این کارو انجام بدیم که ممکنه نجسبوندن اون چسبه باعث سوختگی بشه. مورد اولی سال‌های کاریم بود که فیلد قلب نبود البته که اگه اشتباه نکنم شیفت شب بودیم به مریض آپاندکتومی آورده بودن برامون البته مال یه اتاق دیگه بود که به‌خاطر اورژانسی بودن و اون عجله‌ای کارکردن متأسفانه پلیت خوب نجسبید و مریض دچار سوختگی شد...» (مشارکت‌کننده هفتم).

• بی‌توجهی به رعایت اصول استریلیته

عدم رعایت اصول استریلیته همواره نقش تعیین‌کننده و بسزایی در نتیجه اعمال جراحی دارد که تبعاً عدم رعایت آن حتی به بهانه اورژانسی بودن اعمال جراحی قابل اغماض نیست و ممکن است باعث ایجاد عفونت‌های پس از عمل در بیماران شود که این موضوع می‌تواند ضمن طولانی کردن زمان بستری بیماران باعث تحمیل هزینه‌های اضافی نیز شود. متأسفانه در اعمال جراحی اورژانسی به‌دلیل زمان محدود و افزایش سرعت کار، گاه رعایت این اصول نادیده گرفته می‌شود. در این زمینه مشارکت‌کننده‌ی دیگری بیان داشت:

«... سریع پرپ و درپ کردیم اونم نه به شیوه معمول چند تا گاز دست گرفتیم و بتادین را هم همین طوری که ریختن روی پوست مریض و تو درپ هم پارچه‌ها خیلی با نظم و ترتیب انداخته نشد. یادمه فقط یک پرفوره انداختیم که فیلد مریض مشخص بشه...» (مشارکت‌کننده نهم).

• وضعیت جسمی منحصربه‌فرد بیمار

یکی از شرایطی که در بیماران اورژانسی باعث ایجاد چالش‌های متعدد می‌شود، بحث وضعیت جسمی خاص بیماران است؛ بیمارانی که غالباً غیرهوشیار و در نیمی از موارد هم ترومای چندگانه هستند. هر بیمار ممکن است شرایط فیزیولوژیکی خاصی داشته باشد که نیاز به توجه ویژه دارد؛ نادیده گرفتن

این شرایط می‌تواند بر نتایج درمان تأثیر منفی بگذارد. در این زمینه یکی از مشارکت‌کننده‌ها بیان داشت:

«... ببین مریض برامون آوردن تصادفی با ترومای چندگانه، چند تا ارگان با هم آسیب دیده بودن همه چی قاتنی پاتی، یه خورده از روده آسیب دیده بود از این ورم طحال آسیب دیده، مریض داشت شدیداً خون می‌داد. جراحا نمی‌دونستن به کدوم مشکل اول برسن. این جور موقعیت‌ها اوضاع واقعاً پیچیده می‌شه...» (مشارکت‌کننده اول).

۳- هماهنگی و ارتباطات

با توجه به ارتباط تنگاتنگ محیط اتاق عمل و سایر بخش‌های بیمارستانی، هماهنگی و ارتباطات در محیط اتاق عمل و همچنین بین اتاق عمل و سایر بخش‌ها، در مدیریت بهتر بیماران اورژانسی نقش بسزایی دارد که تعامل جراح با پرسنل، رفتارهای نامتعارف همراهان در اتاق عمل و پشتیبانی ناکافی بیمار توسط دیگران تشکیل‌دهنده‌ی اجزای این مفهوم کلی هستند.

• تعامل غیرسازنده‌ی جراح با پرسنل

باتوجه به این‌که کار در اتاق عمل یک کار گروهی است، تعامل جراح با پرسنل مخصوصاً پرستاران محترم اتاق عمل در افزایش کیفیت اعمال جراحی اورژانسی نقش مهمی دارد. رفتارهای منفی یا غیرمحترمانه‌ی جراح نسبت به پرسنل می‌تواند روحیه تیم جراحی را کاهش دهد. قطعاً عجله و استرس‌های بی‌مورد جراحان محترم به کادر اتاق عمل نتیجه‌ای جز کاهش تمرکز نخواهد داشت و بر دقت و کارایی عمل تأثیرگذار است. در این زمینه مشارکت‌کننده‌ی دیگری بیان داشت:

«... وسط عمل سزارین اورژانسی هی جیغ می‌کشید که وای جفت در نمیاد در نمیاد خوب با این کارش نمیزاره تمرکز کنیم رو عمل، واقعاً علی‌رغم این‌که گاهی بهشون حق می‌دم ولی این رفتارشون خودش تولید استرس می‌کنه برامون...» (مشارکت‌کننده هشتم).

• رفتارهای نامتعارف همراهان در اتاق عمل

خشونت و پرخاشگری همراهان و خسارت‌های ایجاد شده به‌وسیله همراهان از جمله موارد چالش‌برانگیز و برهم‌زننده‌ی تمرکز کادر محترم اتاق عمل است. مداخلات ناخواسته یا رفتارهای غیرمناسب همراهان بیمار می‌تواند تمرکز آنان را مختل کرده و منجر به بروز خطرهای جدی شود. در این زمینه مشارکت‌کننده‌ی دیگری بیان داشت:

«...البته اون شب سروصدای همراهان و آژیتیه بودنشون استرس رو چندین برابر می‌کرد که هیچ، نمی‌زاشتت رو شرایط تمرکز کنیم... میدونی ای کاش مشکل ما با همراه تو عمل‌های اورژانسی سروصدا بود، گاهی می‌بینی به‌زور میان داخل اتاق عمل و می‌زنن همه چیو داغون می‌کنن» (مشارکت‌کننده ششم).

• پشتیبانی ناکافی بیمار توسط دیگران

زمان از عناصر مهم برای مدیریت یک عمل جراحی اورژانسی است که نمی‌توان آن را نادیده گرفت. با توجه به تیمی بودن کار در اتاق عمل، پشتیبانی ناکافی یک بیمار توسط سایر بخش‌ها می‌تواند روند شروع عمل جراحی اورژانسی و مراقبت‌های حول محور آن را کند کند. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه مدام از کم‌کاری سایر بخش‌ها و عدم اطلاع‌رسانی به اتاق عمل جهت آمادگی و پذیرش بیمار اورژانسی گلایه‌مند بودند. در این زمینه مشارکت‌کننده‌ای بیان داشت:

«...هماهنگی مهم‌ترین چیزه تو همه‌ی عمل‌ها به‌خصوص عمل‌های اورژانسی همه باید آماده باشیم/اگر آماده نباشیم نمی‌تونیم بهترین کارایی رو داشته باشیم؛ اگه رزیدنتش خوب کار کرده باشه پرستارش یا همه فیلدها منظور سرویس‌های جراحی مختلف مرخص رو دیده باشن با هم هماهنگ شده باشن یه بار یادمه مرخص بابت اورژانس شکمی اومده بود جراحی‌اش تموم شد رفت بخش اون‌جا فهمیدن آهان این یه بریدگی‌ام داشته روی دستش، اصلن ارتوپدی ندیده بوده اینو قبل از عمل...» (مشارکت‌کننده پنجم).

بحث

امروزه یکی از مهم‌ترین چالش‌های موجود در اتاق عمل مراقبت از یک بیمار اورژانسی می‌باشد. با توجه به این که نحوه‌ی مدیریت بیماران اورژانسی در اتاق عمل، نقش مهمی در بروز عوارض بعد از عمل و رضایت بیماران از مراقبت‌های انجام شده دارد، مطالعه‌ی حاضر با هدف تبیین تجربه‌ی زیسته‌ی پرستاران اتاق عمل از چالش‌های به‌وجود آمده به دنبال پذیرش بیماران اورژانسی انجام گرفت.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که یکی از چالش‌هایی که یک پرستار اتاق عمل به دنبال پذیرش یک بیمار اورژانسی با آن روبرو می‌شود، بحث تدارکات و زیرساخت‌های اتاق عمل است. تدارکات و زیرساخت‌های اتاق عمل مفهوم نسبتاً گسترده‌ای است؛ اما در مطالعه‌ی پیش‌رو شامل چندین جنبه کلیدی است اگرچه این موارد غیرمستقیم بر روی روند مراقبت‌های جراحی تأثیرگذار

است اما هر گونه اختلال در این زمینه‌ها می‌تواند عواقب ناگواری مثل مرگ برای بیمار داشته باشد. همسو با نتایج حاضر مطالعه‌ی Ozdemir و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان داد که بیماران‌هایی که با محدودیت‌های ساختاری مثل کمبود تخت در اتاق عمل و واحد مراقبت‌های ویژه همراه نیستند، می‌توانند مرگ‌ومیر بیماران اورژانسی مربوط به جراحی عمومی را کاهش دهند و باعث افزایش کیفیت خدمت‌رسانی شوند (۱۷). به‌طور کلی بحث تأمین نیروی انسانی در کلیه اعمال جراحی امری ضروری به نظر می‌رسد؛ اما در اعمال جراحی اورژانسی با توجه به حساسیت بیشتر و لزوم مدیریت سریع‌تر، این جراحی‌ها اهمیتی دوچندان پیدا می‌کند. در همین راستا نتایج مطالعه‌ی Saunders و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان‌دهنده‌ی اهمیت بیشتر نیروی انسانی در مراقبت از بیمارانی است که زیر اعمال جراحی اورژانسی عمومی قرار می‌گیرند (۲۱).

نتایج مطالعه، نشان داد که یکی از چالش‌هایی که روند خدمت‌رسانی به بیماران را در اتاق عمل دچار چالش می‌کند، خطرات بالینی حین یک عمل جراحی اورژانسی است. به‌طور کلی این خطرات می‌تواند ضمن تهدید ایمنی بیماران، آنان را در معرض عوارض بعد از عمل جراحی نیز قرار دهد. عوارض بعد از عمل جراحی به‌طور کلی می‌تواند رضایت بیماران را از عمل جراحی به‌طور چشمگیری کاهش دهد. وضعیت جسمی منحصر به فرد بیماران که در بعضی از موارد غیرهوشیار هستند، مراقبت از این بیماران را در اتاق عمل با چالش‌های بیشتری همراه می‌کند. در همین راستا مطالعه‌ی Columbus و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که یکی از زمینه‌های بالقوه برای افزایش کیفیت مراقبت در جراحی‌های اورژانسی توجه به فیزیولوژی خاص و بیماری‌های همراه این نوع از بیماران است (۱۱).

ارایه خدمت به بیماران در بیمارستان یک کار گروهی محسوب می‌شود. بی‌شک پرستاران اتاق عمل و جراحان بدون پشتیبانی و دریافت پشتیبانی از طرف سایر افراد در اتاق عمل و یا سایر بخش‌ها نمی‌توانند مراقبت از یک بیمار اورژانسی را در اتاق عمل به درستی انجام دهند. معمولاً یکی از عناصر اصلی موفقیت در مراقبت از یک بیمار در اتاق عمل داشتن روحیه کار تیمی است. در همین راستا Ramadanov (۲۰۲۰) مهارت‌های هماهنگی و ارتباطات مناسب، پشتیبانی مناسب از طرف سایر افراد و هماهنگی‌های مؤثر را از مهم‌ترین ویژگی‌های افرادی می‌داند که به‌عنوان یک تیم جراحی به بیمار اورژانسی خدمت می‌کنند (۲۲).

چالش‌های استخراج شده‌ی مطالعه‌ی حاضر اگرچه از طریق مصاحبه با پرستاران محترم اتاق عمل به‌دست آمد، اما بیشتر این چالش‌ها بر روی روند



کاری اکثر افرادی که در اتاق عمل فعالیت دارند از جمله سرپرستار اتاق عمل، جراح، متخصص بیهوشی و کارشناسان هوشبری نیز می‌تواند تأثیرگذار باشد. این چالش‌ها به طور مستقیم روند ارایه مراقبت به یک بیمار اورژانسی در اتاق عمل را با مشکل مواجه می‌کند.

باتوجه به این‌که چالش‌های استخراج شده از مطالعه‌ی حاضر می‌تواند نشان‌دهنده‌ی حیطه‌های ضعف در فرایند مراقبت از یک بیمار اورژانسی در اتاق عمل باشد، انتظار می‌رود که نتایج این تحقیق بتواند گامی مؤثر در زمینه تهیه گایدلاین‌ها و دستورالعمل‌های مربوط به مراقبت‌های حوزه‌ی جراحی بردارد تا شاید بتوان مانع سردرگمی و خطاهای بالقوه‌ی کلیه پرسنل اتاق عمل هنگام مواجهه با یک بیمار اورژانسی شد.

باوجود این‌که مطالعه‌ی حاضر بسیاری از چالش‌های مربوط به بیماران اورژانسی در اتاق عمل را نشان داد، اما همچنین مسایل و چالش‌های گوناگونی ناشناخته باقی‌مانده است که می‌تواند زمینه‌ساز تحقیقات آینده باشد. توصیه می‌گردد تحقیقات آینده در ارتباط با چالش‌های بیماران اورژانسی در بیمارستان‌ها و سایر واحدها و از منظر پرستاران اورژانس و حتی از منظر همراه این بیماران (در صورت وجود) با روش‌های کیفی انجام شود تا بتوان به درک کامل‌تر و جامع‌تری از کلیه این چالش‌ها، از زمان پذیرش بیمار در بیمارستان تا زمان ترخیص رسید. همچنین مطالعات آینده می‌تواند به طراحی و ارزشیابی مداخلات و اقداماتی جهت کاهش چالش‌های استخراج شده در این مطالعه بپردازد تا نتایج آن منجر به بهبود کیفیت مراقبت و ایمنی بیماران اورژانسی شود.

در مطالعه‌ی حاضر یکی از محدودیت‌های موجود، اثرگذاری زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی پرستاران بر تجربیات آنان بود. از این‌رو پیشنهاد می‌شود،

این مطالعه در شهرها و کشورهای دیگری که زمینه‌های فرهنگی آنان متفاوت با کشور ایران است نیز انجام شود. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر تأثیر تفاوت‌های ساختاری و عوامل محیطی همچون شرایط متفاوت بیمارستان‌ها بر تجربیات پرستاران بود که مورد بررسی قرار نگرفت و پیشنهاد می‌شود این مطالعه در تعدادی بیشتری از مراکز آموزشی درمانی صورت بگیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که تدارکات و زیرساخت‌های اتاق عمل، خطرات بالینی حین عمل جراحی و هماهنگی و ارتباطات از جمله چالش‌های به‌وجود آمده به دنبال پذیرش یک بیمار اورژانسی در اتاق عمل است. این چالش‌ها می‌تواند کیفیت یک عمل جراحی اورژانسی و مراقبت‌های همراه آن را کاهش دهد و نهایتاً باعث نارضایتی بیماران از سیستم‌های بهداشتی و درمانی شود. پیشنهاد می‌شود که مدیران ارشد سازمان‌های بهداشتی و درمانی ضمن توجه ویژه به این حیطه‌ها که در واقع نقاط ضعف در ارایه مراقبت به یک بیمار اورژانسی است برنامه‌ریزی و مداخلات لازم جهت برطرف کردن این چالش‌ها را با ارایه آموزش‌ها و تهیه برنامه‌های مدون انجام دهند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، نتیجه‌ی طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌باشد. بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان به خاطر حمایت مالی این مطالعه در قالب طرح شماره ۱۴۰۲۱۲۲۱۱۲۷۹ با کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1402.784 تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Surlin V. Emergency and trauma surgery. Chirurgia (Bucharest, Romania: 1990) 2021; 116(6): 643-4.
2. Kituuka O, Munabi IG, Mwaka ES, Galukande M, Harris M & Sewankambo N. Informed consent process for emergency surgery: A scoping review of stakeholders' perspectives, challenges, ethical concepts, and policies. SAGE Open Medicine 2023; 11(1): 1-14
3. Ahmed A. Trends in emergency surgical admissions in a tertiary health centre in Nigeria. West African Journal of Medicine 2009; 28(2): 106-9.
4. Capewell S. The continuing rise in emergency admissions. BMJ (Clinical Research Ed) 1996; 312(7037): 991-2.
5. Dawson EJ & Paterson-Brown S. Emergency general surgery and the implications for specialisation. The Surgeon: Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland 2004; 2(3): 165-70.

6. Gale SC, Shafi S, Dombrovskiy VY, Arumugam D & Crystal JS. The public health burden of emergency general surgery in the United States: A 10-year analysis of the nationwide inpatient sample—2001 to 2010. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 2014; 77(2): 202-8.
7. Ogola GO, Gale SC, Haider A & Shafi S. The financial burden of emergency general surgery: National estimates 2010 to 2060. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 2015; 79(3): 444-8.
8. Paydar S, Shokrollahi S, Jahanabadi S, Ghaffarpassand F, Malekmohammadi Z, Akbarzadeh A, et al. Emergency operating room workload pattern: A single center experience from southern Iran. *Bulletin of Emergency and Trauma* 2013; 1(1): 38-42.
9. Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, et al. Mortality after surgery in Europe: A 7 day cohort study. *Lancet (London, England)* 2012; 380(9847): 1059-65.
10. Shafi S, Aboutanos MB, Agarwal-Jr S, Brown CV, Crandall M, Feliciano DV, et al. Emergency general surgery: Definition and estimated burden of disease. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 2013; 74(4): 1092-7.
11. Columbus AB, Morris MA, Lilley EJ, Harlow AF, Haider AH, Salim A, et al. Critical differences between elective and emergency surgery: Identifying domains for quality improvement in emergency general surgery. *Surgery* 2018; 163(4): 832-8.
12. Khzaei A, Afshari A, Salimi R, Fattahi A, Imani B & Torabi M. Exploring stress management strategies among emergency medical service providers in Iran: A qualitative content analysis. *BMC Emergency Medicine* 2024; 24(106): 1-14.
13. Nugent E, O-Connell E, Ooi E, Mc-Cawley N, Burke JP & Mc-Namara DA. Impact of service delivery factors on patient outcomes in emergency general surgery. *The Surgeon* 2021; 19(3): 156-61.
14. Care PO. The higher risk general surgical patient: Towards improved care for a forgotten group. Available at: <https://www.rcseng.ac.uk/-/media/files/rcs/library-and-publications/non-journal-publications/the-higher-risk-general-surgical-patient--towards-improved-care-for-a-forgotten-group.pdf>. 2021.
15. Elixhauser A, Steiner C & Fraser I. Volume thresholds and hospital characteristics in the United States. *Health Affairs (Project Hope)* 2003; 22(2): 167-77.
16. Oliver CM, Bassett MG, Poulton TE, Anderson ID, Murray DM, Grocott MP, et al. Organisational factors and mortality after an emergency laparotomy: Multilevel analysis of 39 903 national emergency laparotomy audit patients. *British Journal of Anaesthesia* 2018; 121(6): 1346-56.
17. Ozdemir BA, Sinha S, Karthikesalingam A, Poloniecki JD, Pearse RM, Grocott MPW, et al. Mortality of emergency general surgical patients and associations with hospital structures and processes. *British Journal of Anaesthesia* 2016; 116(1): 54-62.
18. Saxena P & Nair A. Emergency surgery score as an effective risk stratification tool for patients undergoing emergency surgeries: A narrative review. *Cureus* 2022; 14(6): 1-7.
19. Imani B, Kermanshahi SMK, Vanaki Z & Kazemnejad Lili A. Hospital nurses' lived experiences of intelligent resilience: A phenomenological study. *Journal of Cilinical Nursing* 2018; 27(9-10): 2031-40.
20. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In book *existential-phenomenological alternatives for psychology*. New-York: Oxford University Press; 1978: 6.
21. Saunders DI, Murray D, Pichel AC, Varley S, Peden CJ & UK Emergency Laparotomy Network. Variations in mortality after emergency laparotomy: The first report of the UK emergency laparotomy network. *British Journal of Anaesthesia* 2012; 109(3): 368-75.
22. Ramadanov N. Teamwork in a surgical department. In book *teamwork in healthcare*. UK: IntechOpen; 2020: 1-19.

Operating Room Nurses' Lived Experience of the Challenges Arising after Admitting Emergency Patients: A Phenomenological Study

Alireza Jafarkhani¹ (B.S.), Behzad Imani^{2*} (Ph.D.), Sina Ghasemi¹ (B.S.)

¹ Master of Sciences Student in Operating Room, School of Paramedicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Associate Professor, Department of Operating Room, School of Paramedicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Abstract

Received: 24 Jun. 2024

Accepted: 17 Nov. 2024

Background and Aim: Today, an important part of the surgeries performed in the operating room are emergency surgeries. Surgeries are generally necessary in the face of acute life-threatening conditions. Today, due to the increase in the number of emergency surgeries performed in hospitals and the challenging nature of these surgeries, several problems have arisen in the operating room. This study aimed to explain the lived experience of operating room nurses of the challenges that arise following the admission of emergency patients.

Materials and Methods: This research is a qualitative study that was conducted using descriptive phenomenology in 2023 in all hospitals affiliated with Hamadan University of Medical Sciences. The samples of this study were selected using purposeful and snowball sampling. In this research, data were collected through 10 semi-structured interviews with operating room nurses. The data obtained were analyzed to determine the main and sub-categories using Colaizzi's method

Results: The results of this study showed that the average age of the participants was 46.2 years and their average work experience was 18.5 years. After analyzing the interviews, it was found that the challenges arising from the admission of emergency patients from the perspective of the experiences of operating room nurses are classified into three main themes and 10 subthemes. The main themes of this study include operating room supplies and infrastructure (structural limitations of the operating room, provision of human resources for emergency surgeries, provision of equipment and tools required for surgery, and negligence in providing timely medical services), clinical risks during surgery (threat to patient safety, disregard for observing the principles of sterility and the patient's unique physical condition), and coordination and communication (unconstructive interaction of the surgeon with staff, unusual behaviors of companions in the operating room, and insufficient support for the patient by others).

Conclusion: To prevent challenges, early identification is essential. By planning and implementing preventive measures, improving nurse training, improving infrastructure, and strengthening interdisciplinary collaboration, we can improve the quality of emergency surgical procedures and increase patient satisfaction.

Keywords: Acute Care Surgery, Operating Rooms, Qualitative Research, Operating Room Nursing

* Corresponding Author:
Imani B
Email:
b.imani@umsha.ac.ir