

The Effect of Negotiation on Patient Experience in the Emergency Department: A Randomized Clinical Trial

Yeganeh Salehi¹   , Mostafa Rad^{2,3}   , Simin Sharafi^{4*}   

1. Student Research Committee, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
2. Iranian Research Center of Healthy Aging, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
3. Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
4. Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Received: 2026/01/26

Accepted: 2026/04/20

Abstract

Background and objective: Emergency departments face challenges including overcrowding, long wait times, and high workload that negatively impact patient experience. Effective communication and negotiation with patients play a fundamental role in improving clinical outcomes and patient satisfaction. This study aimed to evaluate the effect of structured negotiation on patient experience in the emergency department.

Materials and Methods: This randomized clinical trial was conducted on 70 patients presenting to Imam Reza Hospital emergency department in Birjand in 2025. Participants were randomly assigned to intervention (n=35) and control (n=35) groups. The intervention group received individual negotiation sessions lasting 10-15 minutes based on Botelho's negotiation model (1992), encompassing content, relationship levels, and problem-solving phases. The control group received routine care. The Picker Patient Experience Questionnaire (15-item version) was administered before and after intervention. Data were analyzed using MANCOVA.

Results: The results of multivariate analysis of covariance showed that the structured negotiation had a significant effect on improving the overall patients experience compared to the control group. Also, the components of emotional support, respect for patient preferences, family involvement and continuity of care increased significantly ($p < 0.01$). However, no significant difference was observed between the two groups in the components of information and education, care coordination, and physical comfort ($p > 0.05$).

Conclusion: Structured negotiation based on Botelho's model significantly improves patient experience in emergency departments, particularly in psychological and relational dimensions. Components such as information provision, care coordination, and physical comfort require organizational and systemic interventions beyond individual communication. Integrating negotiation skills training into Emergency Department staff development programs can effectively enhance patient-centered care.

***Corresponding Author:** Simin Sharafi

Address: Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

Tel: +9809155339083

E-mail: siminsharafi68@gmail.com

Keywords Communication, Emergency Department, Negotiation; Patient Experience, Patient-Centered Care, Randomized Controlled Trial.

How to cite this article: Salehi Y, Rad M, Sharafi S., The Effect of Negotiation on Patient Experience in the Emergency Department: A Randomized Clinical Trial, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2026; 33(2):962-976. DOI: 10.30468/jsums.2026.8383.3398.

INTRODUCTION

Emergency departments (EDs) are critical access points within healthcare systems and often face major operational challenges, including overcrowding, long waiting times, high workload, and a diverse patient population. These factors can negatively affect the quality of care and the overall patient experience. Patient experience is an important indicator of healthcare quality and includes communication with healthcare providers, respect for patient dignity, participation in decision-making, and satisfaction with the services received. For this reason, improving patient experience in EDs has become an essential goal in healthcare research and practice.

Effective communication between healthcare providers and patients plays a central role in improving clinical outcomes, increasing patient satisfaction, and reducing patient complaints. In this context, negotiation with patients can be understood as a two-way communication process that goes beyond simple information delivery. It involves active listening, identifying patient needs and expectations, and involving patients in therapeutic decisions. This approach is especially important in the emergency department, where patients often experience stress, anxiety, fear, and uncertainty about their condition.

Previous evidence suggests that effective negotiation with patients in emergency settings may reduce anxiety, improve patients' understanding of their health status, increase treatment adherence, and enhance the overall patient experience. However, in overcrowded EDs, time limitations and heavy workload often reduce the possibility of effective communication. Although many studies have highlighted the importance of patient-centered care and communication as key elements of high-quality care, the practical implementation of these principles in emergency settings remains challenging.

Although several interventions have been proposed to improve communication in emergency departments, there is still limited

evidence on the direct effect of structured negotiation with patients on different aspects of patient experience. Most previous studies have focused on isolated communication factors, such as information delivery or waiting time reduction, rather than the broader effect of negotiation as a multidimensional intervention. Therefore, this study examined the effect of a structured negotiation intervention with patients on different dimensions of patient experience in the emergency department, with the aim of providing scientific evidence to support policy development and improve clinical performance in these high-pressure settings.

METHODOLOGY

This randomized clinical trial was conducted in the Emergency Department (ED) of Imam Reza Hospital, Birjand, in 2025. Based on a power analysis to detect significant differences, a sample of 70 participants was recruited, with 35 patients allocated to either the intervention or control group, accounting for a potential 20% attrition rate. Participants were randomized using specialized allocation software to ensure concealed and unbiased group assignment.

The inclusion criteria were defined to ensure the feasibility of the intervention: patients were required to be at least 18 years of age, conscious, fluent in Persian, and capable of verbal communication. Furthermore, patients were selected if they exhibited challenges related to pain management, lifestyle modifications, or follow-up care, or if they demonstrated low health literacy, presented with preference-sensitive conditions, expressed uncertainty regarding treatment risks and benefits, or showed hesitation toward their proposed care plan. Patients with sensory impairments (hearing, visual, or speech) that could impede communication were excluded. Additional exclusion criteria included clinical instability requiring immediate intervention (e.g., ICU admission, cardiopulmonary resuscitation, or emergency surgery), withdrawal of consent, cognitive impairment,

or the failure to complete the study questionnaires.

The study protocol received institutional approval from the Ethics Committee of Birjand University of Medical Sciences (Ref: IR.BUMS.REC.1404.360). Following the verification of eligibility criteria and the acquisition of informed consent, both groups completed a baseline assessment. The intervention group received a 10–15-minute individualized negotiation session conducted by a researcher specifically trained in communication techniques. The intervention was structured according to Botelho's (1992) negotiation model, focusing on three core dimensions: content (disease, illness, and context), relational dynamics (autonomy, egalitarianism, paternalism, and autocracy), and the sequential phases of problem-solving (agenda setting, assessment, clarification, management, and closure). The control group received standard ED care without the additional negotiation intervention. Post-test questionnaires were administered to both groups prior to discharge or inter-departmental transfer.

Data collection utilized a demographic information form and the Picker Patient Experience Questionnaire. This 15-item instrument, validated in the Iranian context by Taghdir et al. (2023) with a Cronbach's alpha of 0.804, measures seven dimensions of the patient experience: information and education, care coordination, emotional support, respect for preferences, physical comfort, involvement of family and friends, and continuity of care. Scores were calculated such that higher values indicate a greater number of reported problems and, consequently, a poorer patient experience.

RESULTS

Demographic characteristics showed similar distributions between groups. In the intervention group, 71.4% were male and 28.6% female; in the control group, 62.9% male and 37.1% female. Regarding marital status, intervention group had 51.4% married, 22.9% single, 14.3% widowed, and 11.4% separated; control group had 34.3% single,

31.4% married, 20% widowed, and 14.3% separated. Education levels were comparable: intervention group had 40% high school diplomas, 34.3% elementary or lower, 20% bachelors, and 5.7% masters or higher; control group showed similar patterns (37.1%, 37.1%, 20%, and 5.7% respectively). Employment status was similar with 62.9% employed in intervention group versus 60% in control group.

Pre-test and post-test comparisons revealed minimal differences between groups at baseline. At pre-test, mean patient experience scores were 5.02 ± 2.38 for intervention and 4.69 ± 1.6 for control group. However, post-test scores showed substantial improvement in the intervention group (2.26 ± 1.44) compared to control (4.27 ± 1.87). Component-level analysis showed intervention group improvements in emotional support (pre: 0.941 ± 0.73 , post: 0.47 ± 0.5) versus control (pre: 1.13 ± 0.68 , post: 0.972 ± 0.65); respect for patient preferences (intervention post: 0.002 ± 0.001 versus control post: 0.583 ± 0.73); family involvement (intervention post: 0.147 ± 0.43 versus control post: 0.472 ± 0.6); and continuity of care (intervention post: 0.647 ± 0.69 versus control post: 1.25 ± 0.84). Components showing no significant changes included information and education, care coordination, and physical comfort.

Statistical analysis confirmed all MANCOVA assumptions. Multivariate analysis revealed significant differences between groups ($F(7, 55) = 11.87$, $p < 0.001$). Univariate analyses showed intervention group superiority in overall patient experience ($F = 50.41$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.452$) and four components: emotional support ($F = 19.01$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.238$), respect for patient preferences ($F = 29.87$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.329$), family and friends involvement ($F = 14.5$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.192$), and continuity and transition of care ($F = 27.35$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.31$). Effect sizes indicated that negotiation explained 45%, 33%, 31%, 24%, and 19% of variance in patient experience and respective components. No significant differences emerged for information education ($p = 0.222$),

care coordination ($p=0.16$), and physical comfort ($p=0.274$).

DISCUSSION

The findings of this study demonstrate that the implementation of structured negotiation led to a 45% improvement in the overall patient experience, reinforcing recent literature that highlights the critical role of effective communication in Emergency Departments (EDs). Notably, the significant enhancement in emotional support corroborates previous evidence suggesting that high-quality emotional interactions between providers and patients directly impact patient safety and the quality of clinical decision-making. While some studies suggest that patients in overcrowded ED settings may prioritize service speed over emotional engagement, our results indicate that structured negotiation can successfully bridge this gap even in high-pressure environments.

Regarding specific dimensions, respect for patient preferences yielded the highest effect size (33%), which is consistent with research emphasizing that honoring individual values and needs is fundamental to patient-centered care. Although acute clinical situations sometimes prompt patients to delegate decision-making to physicians, our results suggest that structured negotiation fosters a sense of agency and participation. Furthermore, the improvement in family involvement aligns with the concept of the family as a core unit of care, where effective communication with companions can reduce anxiety and build institutional trust. The observed enhancement in continuity and transition of care also addresses a vital clinical need, as improved discharge education is a known predictor of patient satisfaction.

Conversely, three components (i.e., information and education, care coordination, and physical comfort) showed no significant changes following the intervention. This lack of

significant improvement may be attributed to the limited duration of the intervention; a 10–15-minute session may be insufficient to bridge the substantial information gaps often found in EDs. Additionally, care coordination is a systemic process requiring multi-provider interaction that extends beyond individual communication interventions. Finally, physical comfort is primarily driven by environmental factors, medical equipment, and facility infrastructure, which are structural determinants not directly influenced by bedside negotiation techniques.

CONCLUSIONS

In conclusion, implementing structured negotiation based on Botelho's model significantly enhances the psychological and relational dimensions of the patient experience, specifically in emotional support, respect for preferences, family involvement, and care continuity. These findings suggest that while interpersonal skills can improve relational quality, dimensions such as physical comfort and care coordination require broader organizational and structural reforms. To effectively enhance patient experience in high-stress ED environments, it is recommended that negotiation and therapeutic communication training be systematically integrated into staff empowerment programs. Limitations of this study include a single-center design, a relatively short intervention period, and the absence of long-term follow-up. Future research should utilize multi-center frameworks and longitudinal designs to evaluate the sustainability of these improvements.

ACKNOWLEDGMENTS

We express our sincere thanks go to the participants of this study.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflicting interests.

تأثیر مذاکره با بیمار بر تجربه بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس: یک کار آزمایی بالینی تصادفی شده

یگانه صالحی^۱، مصطفی راد^{۲،۳}، سیمین شرفی^{۴*}

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند، بیرجند، ایران
۲. استاد، مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۳. استاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۴. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۰۶

چکیده

زمینه و هدف: بخش های اورژانس با چالش هایی از جمله شلوغی و فشار کاری بالا مواجه هستند که بر تجربه بیماران تأثیر منفی می گذارد. ارتباط مؤثر و مذاکره با بیماران نقش اساسی در بهبود پیامدهای بالینی و رضایت بیماران دارد. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مذاکره ساختاریافته بر تجربه بیماران در بخش اورژانس انجام شد.

مواد و روش ها: این کار آزمایی بالینی تصادفی شده بر روی بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) بیرجند در سال ۱۴۰۴ انجام شد. در مجموع ۷۰ بیمار به صورت تصادفی در دو گروه مداخله ($n=35$) و کنترل ($n=35$) تخصیص یافتند. گروه مداخله، جلسات مذاکره فردی دریافت کردند. پرسشنامه تجربه بیمار، قبل و بعد از مداخله تکمیل شد. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری در سطح معنی داری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که مذاکره با بیمار، تأثیر معناداری بر بهبود تجربه کلی بیماران در گروه مداخله داشت ($P<0.05$). همچنین مؤلفه های حمایت عاطفی، احترام به ترجیحات بیمار، مشارکت خانواده و دوستان و تداوم و انتقال مراقبت به طور معناداری افزایش یافتند. با این حال، در مؤلفه های اطلاعات و آموزش، هماهنگی مراقبت ها و آسایش جسمی تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ($P>0.05$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد اجرای مذاکره در بخش های اورژانس به ویژه در ابعاد روانی و ارتباطی، تجربه بیماران را به طور معناداری بهبود می بخشد. مؤلفه هایی مانند اطلاعات، هماهنگی و آسایش جسمی نیازمند مداخلات سازمانی و سیستمی فراتر از ارتباطات فردی هستند. ادغام آموزش مهارت های مذاکره در برنامه های توسعه کارکنان اورژانس می تواند به طور مؤثر مراقبت بیمار محور را ارتقا دهد.

* نویسنده مسئول: سیمین شرفی

نشانی: خراسان جنوبی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
تلفن: +۹۸۰۹۱۵۵۳۳۹۰۸۳

رایانامه:
siminsharafi68@gmail.com

شناسه ORCID:

0000-0003-2288-695X

شناسه ORCID نویسنده اول:
0000-0003-1954-4801

DOI:
10.30468/jsums.2026.83
83.3398

کلیدواژه ها :

اورژانس، تجربه بیمار، مذاکره، مراقبت بیمار محور.

۱. مقدمه

بخش‌های اورژانس به‌عنوان دروازه ورودی اصلی بیمارستان‌ها، نقش حیاتی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ایفا می‌کنند. این بخش‌ها با چالش‌های متعددی از جمله شلوغی، زمان انتظار طولانی، فشار کاری بالا و تنوع بیماران مواجه هستند که می‌تواند بر کیفیت مراقبت و تجربه بیماران تأثیر منفی بگذارد (۱). تجربه بیمار به‌عنوان یکی از شاخص‌های کلیدی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، شامل ابعاد مختلفی از جمله ارتباطات، احترام، مشارکت در تصمیم‌گیری و رضایت کلی از خدمات دریافتی است (۲، ۳). مطالعات نشان داده‌اند که ارتباط مؤثر بین ارائه‌دهندگان مراقبت و بیماران، نقش اساسی در بهبود پیامدهای بالینی، افزایش رضایت بیماران و کاهش شکایات دارد (۴). مذاکره با بیمار، به‌عنوان یک فرایند ارتباطی دوطرفه، فراتر از انتقال ساده اطلاعات است و شامل گوش‌دادن فعال، درک نیازها و انتظارات و مشارکت دادن بیماران در فرایند تصمیم‌گیری درمانی می‌باشد (۵). این رویکرد به‌ویژه در محیط پرتنش اورژانس که بیماران اغلب در وضعیت استرس، اضطراب و عدم قطعیت قرار دارند، اهمیت بیشتری دارد. شواهد علمی حاکی از آن است که مذاکره مؤثر با بیماران در بخش اورژانس می‌تواند منجر به کاهش اضطراب، افزایش درک بیماران از وضعیت سلامتی خود، بهبود پایبندی به درمان و در نهایت ارتقای تجربه کلی بیماران شود (۶). با این حال، در محیط‌های شلوغ اورژانس، زمان محدود و فشار کاری بالا، اغلب مانع برقراری ارتباط کافی با بیماران می‌شود (۷). این در حالی است که مطالعات متعدد بر اهمیت مراقبت متمرکز بر بیمار و ارتباطات مؤثر به‌عنوان اصول بنیادین مراقبت با کیفیت تأکید دارند (۳، ۸، ۹).

در سال‌های اخیر، مداخلات مختلفی برای بهبود ارتباطات در بخش‌های اورژانس پیشنهاد و اجرا شده‌اند؛ اما شواهد کافی در مورد تأثیر مستقیم مذاکره ساختاریافته با بیماران بر تجربه آن‌ها وجود ندارد (۱۰، ۱۱). تأثیر جامع مذاکره به‌عنوان یک مداخله چندبعدی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. از آنجا که ارتباط مؤثر به‌طور گسترده به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی مراقبت متمرکز بر بیمار شناخته می‌شود (۱۲، ۱۳)؛

مذاکره ساختاریافته با بیمار فراتر از ارتباطات معمول بالینی بوده و به‌عنوان یک مداخله نظام‌مند مبتنی بر چارچوب نظری مشخص تعریف می‌شود. برخلاف ارتباطات رایج که اغلب به‌صورت غیرساختاریافته و وابسته به مهارت فردی ارائه‌دهنده مراقبت انجام می‌شوند؛ مذاکره ساختاریافته شامل مراحل از پیش تعیین‌شده، توالی مشخص تعامل، زمان‌بندی تعریف‌شده و استفاده از راهبردهای استاندارد برای شناسایی نگرانی‌های بیمار، روشن‌سازی مسئله و دستیابی به تصمیم مشترک است. در این رویکرد، تعامل درمانگر و بیمار بر اساس مدل مذاکره Botelho هدایت می‌شود که فرایند ارتباط را به فازهای مشخصی از ایجاد رابطه، تنظیم دستورکار، ارزیابی، روشن‌سازی مسئله، مدیریت و جمع‌بندی تقسیم می‌کند (۱۴). چنین ساختاری امکان اجرای مداخله‌ای قابل آموزش، قابل ارزیابی و قابل تکرار را فراهم می‌سازد و آن را از ارتباطات معمول بالینی متمایز می‌کند (۱۳).

باتوجه به اهمیت روزافزون تجربه بیمار در ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی و نقش محوری ارتباطات در این زمینه، انجام مطالعات کارآزمایی بالینی برای ارزیابی تأثیر مذاکره با بیماران بر تجربه آن‌ها در بخش اورژانس ضروری به‌نظر می‌رسد. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر یک مداخله ساختاریافته مذاکره با بیماران بر ابعاد مختلف تجربه بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس طراحی شده است تا بتواند شواهد علمی لازم برای بهبود سیاست‌ها و عملکرد بالینی در این بخش‌های حیاتی را فراهم آورد.

۲. مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی در بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) بیرجند در سال ۱۴۰۴ انجام شد. با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه گروه‌های کنترل و مداخله، ۲۹ نفر محاسبه شد که با احتساب ریزش ۲۰ درصد، این میزان به ۳۵ نفر در هر گروه افزایش یافت. بیماران به روش نمونه‌گیری در دسترس به‌صورت تصادفی ساده با نرم‌افزار Random Allocation در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه،

عدم وجود اختلال شنوایی، بینایی و تکلم که مانع برقراری ارتباط شود، سن بالاتر از ۱۸ سال، داشتن سطح هوشیاری کافی و توانایی برقراری ارتباط کلامی، توانایی صحبت کردن به زبان فارسی و نداشتن لهجه یا زبان خاص، بیماران دچار چالش در مدیریت درد، پیگیری مراقبت یا تغییرات سبک زندگی، بیماران با شرایط تصمیمات حساس به ترجیحات (زمانی که چندین روش درمانی معقول وجود دارد و تصمیم‌گیری مشترک مطرح می‌شود)، بیمارانی که در مورد ریسک/فواید داروها دچار شک و نگرانی هستند و بیمارانی که در مورد برنامه مراقبتی خود با کادر درمان اختلاف‌نظر دارند و در تصمیم‌گیری برای ادامه روند درمانی خود دچار ابهام هستند.

همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل موارد زیر بود: عدم تمایل یا انصراف در هر مرحله، بروز شرایط اورژانسی حاد که مانع از ادامه مشارکت شود (مثلاً بستری در ICU، CPR، جراحی اورژانسی و ...)، عدم تکمیل پرسش‌نامه‌ها و وجود

اختلال شناختی یا ارتباطی که در زمان بررسی کشف شود و بر کیفیت داده تأثیرگذار باشد. این پژوهش با کد اخلاق IR.BUMS.REC.1404.360 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند تصویب شده است. ابتدا با کسب رضایت آگاهانه از نمونه‌های پژوهش، هر دو گروه کنترل و مداخله در بخش اورژانس، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند. سپس محقق آموزش‌دیده در زمینه تکنیک‌های مذاکره و مهارت‌های ارتباطی، قبل از انجام مداخله درمانی با بیماران در گروه مداخله به‌صورت فردی و حضوری مذاکره کرد. هر جلسه مذاکره ۱۰ تا ۱۵ دقیقه به طول انجامید. محتوای مذاکره، بر اساس مدل مذاکره (۱۵) (Botelho (1992) طراحی شد که شامل سه بعد محتوا، سطوح رابطه و فازهای حل مسئله است (جدول ۱). برای گروه کنترل مراقبت‌های روتین بخش، بدون مذاکره اجرا شد. قبل از ترخیص بیماران یا انتقال آن‌ها به بخش‌های درمانی، پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون توسط بیماران در هر دو گروه کنترل و مداخله تکمیل شد.

جدول ۱. چارچوب نظری مذاکره با بیمار (Botelho, 1992)

توضیح	بُعد	مثال ساده
موضوع گفت‌وگو شامل • Disease (بیماری): جنبه‌های پزشکی • Illness (تجربه بیماری): احساس و برداشت بیمار • Sick roll (نقش بیماربودن): حقوق و مسئولیت بیمار • Context (زمینه زندگی): خانواده، شغل و فرهنگ	محتوا (Content)	محقق علاوه بر درمان، درباره نگرانی‌ها و شرایط زندگی بیمار هم می‌پرسد.
نحوه تعامل بین درمانگر و بیمار • Autonomism (خودمختاری): بیمار تصمیم می‌گیرد • Egalitarianism (برابری): تصمیم مشترک • Parentalism (حمایتی): درمانگر هدایت می‌کند • Autocracy (دستوری): درمانگر تصمیم فوری می‌گیرد	سطوح رابطه (Relationship levels)	در اورژانس: گاهی لازم است سریع تصمیم گرفته شود (دستوری)، گاهی بیمار هم مشارکت می‌کند (برابری).
شش گام مذاکره: ۱) ایجاد رابطه (اعتمادسازی) ۲) تعیین دستور جلسه (هدف گفت‌وگو) ۳) ارزیابی (بررسی وضعیت بیمار) ۴) روشن‌سازی مشکل (تفاهم مشترک) ۵) مدیریت (تصمیم‌گیری/پرسش‌نامه) ۶) پایان (جمع‌بندی و تشکر)	مراحل حل مسئله (Problem-solving phases)	گفت‌وگو کوتاه ولی منظم است و بیمار حق انصراف دارد.

• پرسش‌نامه تجربه بیمار پیکر: این پرسش‌نامه توسط

پیکر و همکاران (۱۹۹۰) در ۴۰ آیت‌م طراحی شده است. در سال ۲۰۰۲ نسخه کوتاه‌شده آن توسط جنکینسون^۱ در ۱۵ گویه با ۷ مؤلفه شامل اطلاعات و آموزش، هماهنگی

ابزار پژوهش

• پرسش‌نامه دموگرافیک: این پرسش‌نامه شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و وضعیت شغلی بیماران بود.

¹ Jenkinson

مراقبت‌ها، حمایت عاطفی، احترام به ترجیحات بیمار، آسایش جسمی، مشارکت خانواده و دوستان، تداوم و انتقال طراحی شد (۱۶). امتیازدهی بر اساس پاسخ‌های باینری یا دسته‌ای (مانند "بله، همیشه"، "بله، گاهی" یا "خیر") انجام می‌شود؛ پاسخ‌های منفی (نشان‌دهنده مشکل) ۱ امتیاز (مشکل) و پاسخ‌های مثبت صفر امتیاز (بدون مشکل) کدگذاری می‌گردند. امتیاز کل از طریق محاسبه درصد مشکلات (تعداد آیت‌های با امتیاز ۱ تقسیم بر تعداد آیت‌های قابل کاربرد ضرب در ۱۰۰) به دست می‌آید؛ به طوری که امتیاز بالاتر نشان‌دهنده مشکلات بیشتر و تجربه ضعیف‌تر بیمار است و امتیاز صفر بهترین تجربه را نشان می‌دهد. این ابزار توسط تقدیر و همکاران (۲۰۲۳) در ایران روان‌سنجی شد و ضریب آلفای کرونباخ برای ۷ مؤلفه مختلف بین ۰/۷۴۴ تا ۰/۹۱۱ محاسبه شد و در کل آلفای کرونباخ ۰/۸۰۴ محاسبه شد (۱۷). ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه، در مطالعه حاضر ۰/۷۳ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار است.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تجزیه و تحلیل شد. به منظور مقایسه توزیع متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه، از آزمون‌های آنالیز واریانس و کای اسکور استفاده شد. برای مقایسه تغییرات میانگین نمرات متغیر خودپشتیبانی و تجربه بیمار و زیرمقیاس‌های آن بین گروه‌های مطالعه در مراحل پیش و پس از مداخله، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و برای مقایسه تغییرات میانگین نمرات متغیر اعتماد به تجربه پرستار، از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳. نتایج

بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی دو گروه مداخله و کنترل نشان داد بر اساس متغیر جنسیت، در گروه مداخله، ۷۱/۴ درصد شرکت‌کنندگان مرد (۲۵ نفر) و ۲۸/۶ درصد زن

(۱۰ نفر) بودند. در گروه کنترل نیز ۶۲/۹ درصد افراد را مردان (۲۲ نفر) و ۳۷/۱ درصد را زنان (۱۳ نفر) تشکیل می‌دادند. از نظر وضعیت تأهل، در گروه مداخله بیشترین فراوانی مربوط به افراد متأهل با ۵۱/۴ درصد (۱۸ نفر) بود؛ پس از آن افراد مجرد با ۲۲/۹ درصد (۸ نفر)، افراد دارای همسر فوت‌شده با ۱۴/۳ درصد (۵ نفر) و افراد با همسر جداشده با ۱۱/۴ درصد (۴ نفر) قرار داشتند. در گروه کنترل، ۳۴/۳ درصد افراد (۱۲ نفر) مجرد، ۳۱/۴ درصد (۱۱ نفر) متأهل، ۲۰ درصد (۷ نفر) دارای همسر فوت‌شده و ۱۴/۳ درصد (۵ نفر) دارای همسر جداشده بودند. بررسی سطح تحصیلات نشان داد که در گروه مداخله، ۴۰ درصد شرکت‌کنندگان (۱۴ نفر) دارای مدرک دیپلم بودند، ۳/۳۴ درصد (۱۲ نفر) تحصیلات ابتدایی و پایین‌تر، ۲۰ درصد (۷ نفر) لیسانس و ۷/۵ درصد (۲ نفر) فوق‌لیسانس و بالاتر داشتند. در گروه کنترل، ۳۷/۱ درصد افراد (۱۳ نفر) تحصیلات ابتدایی و پایین‌تر و همین میزان (۱۳ نفر) مدرک دیپلم داشتند؛ همچنین ۲۰ درصد (۷ نفر) لیسانس و ۵/۷ درصد (۲ نفر) فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. در مجموع، توزیع سطح تحصیلات در دو گروه الگوی نسبتاً مشابهی را نشان می‌دهد. از نظر وضعیت شغلی، در گروه مداخله ۶۲/۹ درصد شرکت‌کنندگان (۲۲ نفر) شاغل و ۳۷/۱ درصد (۱۳ نفر) بیکار بودند. در گروه کنترل نیز ۶۰ درصد افراد (۲۱ نفر) شاغل و ۴۰ درصد (۱۴ نفر) بیکار گزارش شدند. این نتایج بیانگر شباهت وضعیت شغلی افراد در دو گروه مداخله و کنترل است.

نتایج آزمون خی‌دو در جدول ۲ نشان داد که تفاوت مشاهده‌شده بین گروه‌ها بر حسب متغیرهای کیفی، معنادار نیست و گروه‌ها از نظر این متغیرها همگن هستند. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های پژوهش در متغیر تجربه بیمار و مؤلفه‌های آن به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است. (جدول ۲)

جدول ۲. نتایج آزمون خی‌دو برای مقایسه گروه مداخله و کنترل بر حسب متغیرهای کیفی

متغیر	آماره خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری	نتیجه
جنسیت	۰/۵۸	۱	۰/۴۴	غیرمعنادار
تأهل	۲/۹۳	۱	۰/۴	غیرمعنادار
تحصیلات	۰/۰۷	۳	۰/۹۹	غیرمعنادار

وضعیت شغلی	۰/۶	۱	۰/۸	غیرمعنادار
آزمون χ^2 ; $P < 0.05$ معیار معناداری در نظر گرفته شد.				

نتایج جدول ۳ نشان داد در مرحله پیش‌آزمون تفاوت محسوسی بین دو گروه وجود نداشت. با این حال، در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات گروه مداخله در متغیر تجربه بیمار و برخی مؤلفه‌های آن نسبت به گروه کنترل افزایش یافت. این بهبود عمدتاً در مؤلفه‌های حمایت هیجانی، احترام به ترجیحات بیمار، مشارکت خانواده و دوستان و تداوم و انتقال مراقبت مشاهده شد؛ در حالی که سایر مؤلفه‌ها تغییر چشمگیری نشان ندادند. پیش از انجام تحلیل کواریانس چندمتغیری، مفروضات لازم بررسی شدند. مفروضه نرمال بودن توزیع متغیر وابسته تجربه بیمار و مؤلفه‌های آن با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تأیید شد ($P < 0.05$). مفروضه خطی بودن رابطه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر وابسته و

مؤلفه‌های آن با آزمون همبستگی پیرسون بررسی شد و برقرار بود ($r = 0.69$). همگنی ماتریس‌های کواریانس با استفاده از آزمون ام باکس تأیید شد ($P = 0.106$ ، $F = 1.19$ ، $\text{Box's } M = 0.277$). همچنین مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون بررسی شد که نتایج نشان‌دهنده برقراری این مفروضه بود ($P = 0.43$ ، $F = 0.896$). باتوجه به طراحی پژوهش، استقلال مشاهدات تضمین شد و بررسی اولیه هم‌خطی بین مؤلفه‌های تجربه بیمار نیز نشان داد که مقادیر همبستگی در محدوده قابل قبول قرار دارند. بنابراین تمامی مفروضات لازم برای اجرای تحلیل کواریانس چند متغیری تأیید شدند. (جدول ۳)

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیر تجربه بیمار و مؤلفه‌های آن در دو گروه مداخله و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تجربه بیمار	مداخله	۵/۰۲	۲/۳۸	۲/۳۶	۱/۴۴
	کنترل	۴/۶۹	۱/۶	۴/۲۷	۱/۸۷
اطلاعات و آموزش	مداخله	۰/۷۹	۰/۵۳	۰/۶۷	۰/۴۷
	کنترل	۰/۸۳	۰/۶	۰/۸۱	۰/۶۲
هماهنگی مراقبت‌ها	مداخله	۰/۳۲	۰/۴۷	۰/۲۹	۰/۴۶
	کنترل	۰/۲۲	۰/۴۲	۰/۱۶	۰/۳۷
حمایت عاطفی	مداخله	۰/۹۴	۰/۷۳	۰/۴۷	۰/۵۱
	کنترل	۱/۱۳	۰/۶۸	۰/۹۷	۰/۶۵
احترام به ترجیحات بیمار	مداخله	۰/۵۲	۰/۸۲	۰/۰۲	۰/۰۱
	کنترل	۰/۵۲	۰/۷۳	۰/۵۸	۰/۷۳
آسایش جسمی	مداخله	۰/۸۲	۰/۶۲	۰/۷۱	۰/۵۲
	کنترل	۰/۸۶	۰/۵۹	۰/۷۳	۰/۶۵
مشارکت خانواده و دوستان	مداخله	۰/۵۸	۰/۶۵	۰/۱۴	۰/۴۳
	کنترل	۰/۵۲	۰/۶	۰/۴۷	۰/۶
تداوم و انتقال	مداخله	۱/۸۲	۰/۷۵	۰/۶۴	۰/۶۹
	کنترل	۱/۴۱	۰/۶۴	۱/۲۵	۰/۸۴

کواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی نمره‌های تجربه بیمار و مؤلفه‌های آن انجام شد که تحلیل آن در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری در جدول ۴ نشان داد در مرحله پس‌آزمون بین گروه مداخله و کنترل از لحاظ متغیر تجربه بیمار و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری وجود داشت. به‌منظور بررسی نقطه این تفاوت، تحلیل

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلائی	۰/۶۱	۸۷/۱۱	۷	۵۵	۰/۰۱	۰/۶۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۹	۸۷/۱۱	۷	۵۵	۰/۰۱	۰/۶۱
اثر هتلینگ	۰/۵۱	۸۷/۱۱	۷	۵۵	۰/۰۱	۰/۶۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۱	۸۷/۱۱	۷	۵۵	۰/۰۱	۰/۶۱

نوع آزمون: تحلیل کوواریانس چندمتغیری؛ $P < 0/05$ معیار معناداری در نظر گرفته شد.

واریانس آن‌ها از طریق مذاکره با بیمار تبیین می‌شود. با این وجود، در مؤلفه‌های آموزش اطلاعات، هماهنگی مراقبت و آسایش جسمی تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ($P < 0/05$). به‌طور کلی، نتایج بیانگر تأثیر مذاکره با بیمار بر بهبود تجربه بیمار و برخی مؤلفه‌های آن است. (جدول ۵)

باتوجه به نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۵، نمرات گروه مداخله در متغیر تجربه بیمار و مؤلفه‌های حمایت هیجانی، احترام به ترجیحات بیمار، مشارکت خانواده و دوستان و تداوم و انتقال مراقبت بالاتر از نمرات گروه کنترل بود و این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنادار بودند ($P < 0/01$). همچنین مقدار اندازه اثر نشان داد بین ۱۹ تا ۴۵ درصد از

جدول ۵. آزمون اثرات بین آزمودنی جهت مقایسه نمرات متغیر تجربه بیمار و مؤلفه‌های آن

شاخص آماری متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	مقدار معناداری	مجزورات
تجربه بیمار	۸۶/۵۱	۱	۸۶/۵۱	۵۰/۴	۰/۰۱	۰/۴۵
اطلاعات و آموزش	۰/۲۱	۱	۰/۲۱	۱/۵۲	۰/۲۲	۰/۰۲
هماهنگی مراقبت‌ها	۰/۱۲	۱	۰/۱۲	۲/۰۲	۰/۱۶	۰/۰۳
حمایت عاطفی	۳/۰۲	۱	۳/۰۲	۱۹	۰/۰۱	۰/۲۳
احترام به ترجیحات بیمار	۵/۶۵	۱	۵/۶۵	۲۹/۸۷	۰/۰۱	۰/۳۲
آسایش جسمی	۰/۱۸	۱	۰/۱۸	۱/۲۱	۰/۲۷	۰/۰۲
مشارکت خانواده و دوستان	۲/۷۲	۱	۲/۷۲	۱۴/۵	۰/۰۱	۰/۱۹
تداوم و انتقال	۱۱/۹۱	۱	۱۱/۹۱	۲۷/۳۵	۰/۰۱	۰/۳۱

نوع آزمون: تحلیل کوواریانس چندمتغیری؛ $P < 0/05$ معیار معناداری در نظر گرفته شد.

مذاکره ساختاریافته با بیماران منجر به بهبود ۴۵ درصدی در تجربه کلی بیمار شد ($\eta^2=0.45$, $P < 0.01$). این نتیجه با نتایج مطالعات اخیر که بر نقش محوری ارتباطات مؤثر در بهبود تجربه بیماران در بخش اورژانس تأکید دارند، هم‌راستا می‌باشد. برای مثال مطالعه Sonis و White در سال ۲۰۲۰ نشان داد که ارتقاء تجربه بیمار در اورژانس به‌طور مستقیم با کیفیت ارتباطات و رویکرد بیمارمحور مرتبط است (۱۸). همچنین، یک بررسی سیستماتیک و متا-آنالیزی توسط محققان کانادایی در سال ۲۰۲۲ تأیید کرد که مؤلفه‌های مراقبت متمرکز بر بیمار از جمله ارتباطات، حمایت عاطفی و مشارکت خانواده تأثیر قابل‌توجهی بر تجربه بیماران در محیط اورژانس دارند (۱۹). مطالعه Pearce و همکاران (۲۰۲۳) نشان

۴. بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه کارآزمایی بالینی با هدف بررسی تأثیر مذاکره بر تجربه بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) بیرجند انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که مذاکره با بیماران منجر به بهبود معنادار تجربه کلی بیمار و چهار مؤلفه کلیدی آن شامل حمایت عاطفی، احترام به ترجیحات بیمار، مشارکت خانواده و دوستان، تداوم و انتقال مراقبت شد. این یافته‌ها در حالی است که سه مؤلفه اطلاعات و آموزش، هماهنگی مراقبت‌ها و آسایش جسمی، تغییر معناداری نشان ندادند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که

داده است که شلوعی و فشار کاری بالای اورژانس معمولاً تجربه بیماران را ضعیف می‌کند، اما مداخلات ارتباطی هدفمند می‌توانند بخشی از این اثرات منفی را جبران کنند (۱). مطالعه Manojlovich و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد طراحی چارچوب‌های ساختاریافته ارتباطی در اورژانس منجر به بهبود تجربه بیمار و کاهش سردرگمی در فرایند تشخیص می‌شود (۲۰). Kim و همکاران (۲۰۲۴) در مرور سیستماتیک خود گزارش کردند که ارتباطات مبتنی بر مشارکت فعال بیماران، یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های تجربه مثبت بیماران است (۲۱). از طرفی مطالعه‌ای توسط پژوهشگران نشان داد که صرف برقراری ارتباط بدون ساختار مشخص، الزاماً موجب بهبود رضایت بیماران نمی‌شود و عوامل فرهنگی و انتظارات بیماران نیز نقش مهمی دارند (۲۲). همچنین در مطالعه‌ای دیگر مشخص شد عوامل دموگرافیک و مدت انتظار بیماران در اورژانس، در برخی شرایط اثر قوی‌تری از کیفیت ارتباطات بر رضایت بیماران دارند (۲۳).

بهبود معنادار حمایت عاطفی در گروه مداخله ($F=19.01, P<0.001$) را می‌توان به مؤلفه‌های ذاتی فرایند مذاکره، یعنی گوش‌دادن فعال و ابراز همدلی، نسبت داد که مستقیماً بر کاهش اضطراب بیماران اورژانسی اثر می‌گذارند. در واقع، مذاکره ساختاریافته با ایجاد فضایی امن برای بیان نگرانی‌ها، زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن بیمار احساس می‌کند شنیده و درک شده است؛ این احساس به‌نوبه خود بستر لازم برای احترام به ترجیحات بیمار را هموار می‌سازد. فرایند مذاکره با ماهیت گفت‌وگومحور خود، به‌طور ذاتی فضایی برای ابراز ارزش‌ها و ترجیحات بیمار می‌آفریند و بدین ترتیب درمانگر را از یک تصمیم‌گیر یک‌سویه به یک شریک در فرایند مراقبت تبدیل می‌کند. این تحول در نقش درمانگر، احتمالاً دلیل اصلی برتری این مؤلفه نسبت به سایرین است. همچنین، بررسی سیستماتیک در سال ۲۰۲۲ تأیید کرد که حمایت عاطفی یکی از مؤلفه‌های اصلی مراقبت متمرکز بر بیمار در اورژانس است که مستقیماً با کاهش اضطراب و بهبود رضایت بیماران مرتبط است (۱۹). این نتیجه با مطالعه Isbell و همکاران در سال ۲۰۲۰ همخوانی دارد که نشان داد تعاملات عاطفی بین ارائه‌دهندگان مراقبت و بیماران تأثیر قابل‌توجهی بر ایمنی بیمار و کیفیت تصمیم‌گیری بالینی دارد (۲۴). این

نتیجه با مطالعه Sharkiya همخوانی دارد که نشان داد همدلی، گوش‌دادن فعال و توجه به اضطراب بیمار، مستقیماً با بهبود پیامدهای روانی و تجربه بیمار مرتبط است (۲۵). مطالعه کیفی درباره تجربه بیماران در اورژانس نشان داد حمایت عاطفی کارکنان یکی از سه عامل اصلی رضایت بیماران است (۲۶). در یک مرور سیستماتیک که به عوامل مؤثر بر تجربه بیمار پرداخته بود، حمایت روانی در صدر عوامل تعیین‌کننده گزارش شد (۲۷). این در حالی است که برخی مطالعات گزارش کرده‌اند که بیماران در شرایط شلوغ اورژانس، بر سرعت خدمات بیشتر از حمایت عاطفی تمرکز دارند (۲۳). مطالعه Degabriel و همکاران نیز نشان داد که زمان انتظار گاهی اثر قوی‌تری از ارتباط همدلانه بر رضایت کلی بیماران دارد (۲۸). همچنین مطالعه Isbell و همکاران در سال ۲۰۲۰ نشان داد که کارکنان اورژانس در مواجهه با بیماران دارای مشکلات سلامت روان، هیجانات منفی متعددی از جمله درماندگی، خشم، غم، ترس و اضطراب را تجربه می‌کنند؛ هیجاناتی که می‌تواند درگیری درمانگر و کیفیت مراقبت و حمایت عاطفی را کاهش دهد و حتی خطر بروز خطا و پیامدهای نامطلوب را افزایش دهد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که ارائه حمایت عاطفی در محیط اورژانس نه‌تنها برای بیماران، بلکه برای کادر درمان نیز چالش‌برانگیز است؛ به‌ویژه زمانی که با نیازهای پیچیده و چندبعدی بیماران مواجه می‌شوند (۲۴).

مؤلفه احترام به ترجیحات بیمار بالاترین اندازه اثر را در میان مؤلفه‌ها نشان داد ($F=29.87, P<0.001$). این نتیجه با مطالعه قبلی در سال ۲۰۲۵ همخوانی دارد و نشان می‌دهد احترام به ارزش‌ها، ترجیحات و نیازهای ابرازشده بیماران نقش حیاتی در ارتقای تجربه بیمار دارد (۲۹، ۳۰). مطالعه‌ای از هلند در سال ۲۰۲۲ تأکید کرد که بهبود ارائه اطلاعات، نیازمند رویکرد متمرکز بر بیمار است؛ به این معنی که اطلاعات باید محترمانه و پاسخگو به ترجیحات، نیازها و ارزش‌های فردی بیمار باشد (۳۱). Kim و همکاران گزارش کردند مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمانی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های تجربه مثبت است (۲۱). مطالعه Ugurluoğlu و Çakmak نشان داد احترام به ترجیحات بیمار موجب افزایش مشارکت درمانی و رضایت خدمات می‌شود

(۹). برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که در شرایط اورژانسی حاد، بیماران ترجیح می‌دهند تصمیم‌گیری را به پزشک واگذار کنند و مشارکت فعال همیشه مطلوب نیست (۲۶). Manojlovich و همکاران نیز گزارش کردند که محدودیت زمانی در اورژانس مانع اجرای کامل تصمیم‌گیری مشترک می‌شود (۲۰).

بهبود معنادار مشارکت خانواده و دوستان ($F=14.50, P<0.001$) از آن رو قابل تبیین است که مذاکره ساختاریافته با تعریف صریح نقش همراهان در فرایند مراقبت، ابهام موجود در این نقش را کاهش می‌دهد و خانواده را از ناظر منفعل به شریک فعال مراقبت تبدیل می‌کند؛ این یافته با مطالعات جدید هم‌راستا است که خانواده را بخشی از واحد مراقبت معرفی می‌کند (۳۲). مرور سیستماتیک عوامل تجربه بیمار نشان داد ارتباط با همراهان، نقش مهمی در کاهش اضطراب و افزایش اعتماد بیماران دارد (۲۷). مطالعه مربوط به استفاده از خدمات چت برای خانواده بیماران اورژانسی نشان داد درگیرکردن خانواده، تجربه بیمار را بهبود می‌دهد (۳۳). این یافته با مطالعه Cetin-Sahin و همکاران در سال ۲۰۲۰ نیز هم‌سو است که نشان داد اعضای خانواده نیاز به فرصت‌هایی برای ارائه حمایت به بیمار و مشارکت بیشتر در مراقبت از آن‌ها دارند (۳۴). همچنین، بررسی کاکرین در سال ۲۰۲۰ تأیید کرد که مداخلاتی برای افزایش مشارکت بیمار و خانواده در تشدید مراقبت برای بیماری‌های تهدیدکننده زندگی حاد در محیط‌های بهداشتی جامعه و بیمارستان از اهمیت بالایی برخوردار است (۳۵). با این وجود، برخی مطالعات گزارش کرده‌اند که حضور خانواده در محیط‌های شلوغ اورژانس گاهی موجب افزایش بارکاری پرسنل و اختلال در روند درمان می‌شود (۷). در مطالعه‌ای دیگر نیز مشخص شد مشارکت خانواده بدون آموزش مناسب و راهنمایی کادر درمان، اغلب به سوءتفاهم، اضطراب بیشتر و حتی اختلال در فرایندهای درمانی منجر می‌شود؛ زیرا گاهی خانواده‌ها فاقد درک کافی از پروتکل‌های بالینی هستند (۳۶).

بهبود معنادار تداوم و انتقال مراقبت ($F=27.35, P<0.001$) از این رو شایان توجه است که این مؤلفه در گذشته بیشتر به عنوان نقصی ساختاری در نظر گرفته می‌شد. یافته‌های حاضر نشان می‌دهند که بخشی از این شکاف، ماهیت ارتباطی دارد

و با مذاکره هدفمند قابل رفع است. در واقع، مذاکره ساختاریافته با ایجاد توقع شفاف در بیمار نسبت به مراحل بعدی درمان، احساس رهاشدگی در لحظه انتقال یا ترخیص را کاهش می‌دهد. این یافته با مطالعات متعددی که بر اهمیت تداوم مراقبت در تجربه بیمار تأکید دارند، همخوانی دارد. مطالعه Cetin-Sahin و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که در زمان ترخیص، بیماران و خانواده‌ها نیاز به آموزش ترخیص کافی، حل مشکل سلامتی خود، اطلاعات در مورد داروها و اطمینان بیشتر در مورد خدمات پیگیری پزشکی و مراقبت در منزل برنامه‌ریزی شده دارند (۳۷). همچنین Manojlovich و همکاران نشان دادند نقص در ارتباطات هنگام انتقال بیمار یکی از مهم‌ترین منابع نارضایتی بیماران است (۲۰). مرور سیستماتیک تجربه بیمار در اورژانس بر اهمیت انتقال شفاف اطلاعات تأکید کرده است (۲۷). مطالعه‌ای در مورد ارتباط شخصی‌سازی‌شده در اورژانس نشان داد توضیح روند درمان در زمان ترخیص نقش کلیدی در رضایت بیمار دارد (۳۸). اما برخی پژوهش‌ها نیز گزارش کرده‌اند که کمبود نیروی انسانی مانع اجرای پایدار این مداخلات می‌شود (۷).

عدم مشاهده تغییر معنادار در سه مؤلفه اطلاعات و آموزش ($P=0.222$)، هماهنگی مراقبت‌ها ($P=0.16$) و آسایش جسمی ($P=0.274$) را می‌توان از دریچه ماهیت متفاوت این مؤلفه‌ها در مقایسه با چهار مؤلفه بهبودیافته تبیین کرد. در حالی که مؤلفه‌های بهبودیافته عمدتاً ماهیت ارتباطی و روان شناختی دارند و در طول تعامل فردی شکل می‌گیرند؛ سه مؤلفه فوق بیش از آنکه به کیفیت تعامل بین فردی وابسته باشند تحت تأثیر ساختار سازمانی، امکانات فیزیکی و فرایندهای سیستمی قرار دارند. در مؤلفه اطلاعات و آموزش، ممکن است مدت زمان مذاکره (۱۵-۱۰ دقیقه) برای ارائه اطلاعات و آموزش جامع کافی نبوده باشد. مطالعه‌ای از هلند در سال ۲۰۲۲ نشان داد که ۳۶ درصد پاسخ‌دهندگان نیاز به اطلاعات بیشتر در مورد اطلاعات پزشکی و ۴۸ درصد نیاز به اطلاعات بیشتر در مورد اطلاعات عملی داشتند که نشان می‌دهد شکاف قابل توجهی در ارائه اطلاعات در اورژانس وجود دارد (۳۱). در مؤلفه هماهنگی مراقبت‌ها، این مورد به تعامل بین چندین ارائه‌دهنده مراقبت و سیستم‌های مختلف نیاز دارد که فراتر از یک مداخله ارتباطی فردی است. مطالعات نشان

داده اند که موانع ارتباطی در اثر داشتن چندین ارائه دهنده مراقبت می تواند بر هماهنگی تأثیر منفی بگذارد (۴۰). مؤلفه آسایش جسمی به عوامل محیطی، تجهیزات و امکانات فیزیکی مربوط می شود که به طور مستقیم تحت تأثیر مداخله ارتباطی قرار نمی گیرند. مطالعه Cetin-Sahin و همکاران در سال ۲۰۲۰ نشان داد که تجربیات مرتبط با نیازهای جسمی شامل راحتی، تجهیزات پشتیبانی از حرکت و خودمختاری، کمک در زمان نیاز و دسترسی به نوشیدنی و غذا است که همگی نیازمند تغییرات نظام مند هستند (۴۱). مطالعات قبلی نیز نشان داده اند که کاهش زمان انتظار و بهبود محیط فیزیکی، اثر بیشتری بر آسایش جسمی نسبت به مداخلات ارتباطی دارد (۲۸).

از نقاط قوت این مطالعه می توان به طراحی کارآزمایی بالینی تصادفی شده، استفاده از مدل مذاکره ساختاریافته و معتبر و استفاده از ابزار معتبر برای اندازه گیری تجربه بیمار اشاره کرد. با این حال، محدودیت هایی نیز وجود دارد: مدت زمان کوتاه مداخله (۱۵-۱۰ دقیقه)، انجام مطالعه در یک مرکز واحد که ممکن است تعمیم پذیری را محدود کند و عدم پیگیری بلندمدت برای ارزیابی پایداری تأثیرات. بنابراین طراحی مطالعاتی با پیگیری بلندمدت (یک تا سه ماه پس از ترخیص) برای سنجش پایداری اثرات مذاکره بر تجربه بیمار برای پژوهش های آینده، توصیه می شود. یافته های این مطالعه نشان می دهد که مداخلات ساختاریافته مذاکره با بیماران می تواند به عنوان ابزاری مؤثر و کم هزینه برای بهبود تجربه بیماران در بخش اورژانس مورد استفاده قرار گیرد. باتوجه به اینکه این مداخله در زمان کوتاهی (۱۵-۱۰ دقیقه) قابل اجرا است، می تواند به راحتی در گردش کار روزمره اورژانس ادغام شود. پیشنهاد می شود که کادر درمانی اورژانس در تکنیک های مذاکره و ارتباط مؤثر آموزش ببینند تا بتوانند این

رویکرد را در عملکرد روزانه خود به کار گیرند. توجه همزمان به اصلاح زیرساخت های فیزیکی و فرایندهای سازمانی در کنار مداخلات ارتباطی، به ویژه برای ارتقای مؤلفه های آسایش جسمی و هماهنگی مراقبت ها نیز توصیه می شود. بر این اساس، می توان نتیجه گرفت که ادغام نظام مند آموزش مهارت های مذاکره و ارتباط درمانی در برنامه های توانمندسازی کارکنان اورژانس، در کنار اصلاح فرایندهای سازمانی، می تواند راهبردی مؤثر برای ارتقای تجربه بیماران در این محیط پرتنش باشد.

تشکر و قدردانی

از تمام افرادی که ما را در این پژوهش یاری کردند، کمال تشکر را داریم.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول با کد اخلاق IR.BUMS.REC.1404.360 و کد IRCT20251123068093N1 می باشد.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان، امور مربوط به مقاله و پیگیری های آن را بر عهده داشته اند.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی از سوی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شده است.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

References

- [1]. Pearce S, Marchand T, Shannon T, Ganshorn H, Lang E. Emergency department crowding: an overview of reviews describing measures causes, and harms. Internal and Emergency Medicine. 2023;18(4):1137-58. <https://doi.org/10.1007/s11739-023-03239-2>
- [2]. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL. Reexamining "Defining Patient Experience": the human experience in healthcare. Patient Experience Journal. 2021;8(1):16-29. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1594>
- [3]. Sharkiya SH. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):886. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8>
- [4]. Gangopadhyay S. A review-based study on the importance of doctor-patient communication in healthcare. International Journal of Science and Research. 2024;11(9):87-90. <https://doi.org/10.35629/076x-11098790>
- [5]. Conway A, Kartha N, Anagnostou A, Abrams EM, Oppenheimer J, Lang DM, et al. The art of clinical negotiation. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice. 2025;13(4):786-92. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2024.12.040>

- [6]. Falcão H, Gouveia R, Lamarque H. Understanding Healthcare Systems and Their Negotiations. Pharma, Prices and Power: Reshaping Pharmaceutical Pricing Negotiations for a Healthier Future: Springer; 2025. p. 9-37.
- [7]. Sevedzem VN. Challenges faced by nurses in ensuring patient safety in the emergency departments. 2024.<https://doi.org/>
- [8]. Kim EJ, Koo YR, Nam IC. Patients and Healthcare Providers' Perspectives on Patient Experience Factors and a Model of Patient-Centered Care Communication: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2024;12(11).<https://doi.org/10.3390/healthcare12111090>
- [9]. Çakmak C, Ugurluoğlu Ö. The Effects of Patient-Centered Communication on Patient Engagement, Health-Related Quality of Life, Service Quality Perception and Patient Satisfaction in Patients with Cancer: A Cross-Sectional Study in Türkiye. Cancer Control. 2024;31:10732748241236327.<https://doi.org/10.1177/10732748241236327>
- [10]. Manojlovich, M., Bettencourt, A. P., Mangus, C. W., Parker, S. J., Skurla, S. E., Walters, H. M., & Mahajan, P. (2024). Refining a framework to enhance communication in the emergency Department during the diagnostic process: an eDelphi approach. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 50(5), 348-356. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2024.01.013>
- [11]. Edgman-Levitan S, Schoenbaum SC. Patient-centered care: achieving higher quality by designing care through the patient's eyes. *Isr J Health Policy Res*. 2021;10(1):21.<https://doi.org/10.1186/s13584-021-00459-9>
- [12]. Almulhim, K. N., AlMudayris, L. A., Alshehri, Z. K., Alnawah, A. K., Aljeri, D. A., & Hadadi, A. S. (2025). Effect of the provision of estimated waiting time on patient satisfaction with the Emergency Department: A randomized controlled trial. *Journal of Family and Community Medicine*, 32(1), 36-43. https://doi.org/10.4103/jfcm.jfcm_173_24
- [13]. Manukumar, A. G., Mariathas, H. H., Patey, C., Anaraki, N. R., Walsh, A., Hurley, O., ... & Asghari, S. (2025). "They Just Don't Want to Feel Forgotten": A Mixed-Methods Research on Patient Satisfaction With Wait Times in Emergency Departments. *Journal of Patient Experience*, 12, 23743735251333213. <https://doi.org/10.1177/23743735251333213>
- [14]. Botelho RJ. A negotiation model for the doctor-patient relationship. *Fam Pract*. 1992;9(2):210-8.<https://doi.org/10.1093/fampra/9.2.210>
- [15]. Botelho RJ. A Negotiation Model for the Doctor-Patient Relationship. *Family Practice*. 1992;9(2):210-8.<https://doi.org/10.1093/fampra/9.2.210>
- [16]. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*. 2002;14(5):353-8.<https://doi.org/10.1093/intqhc/14.5.353>
- [17]. Taghdir R, Asgari M, Ganjparvar Z, Abdollahifar S, Kargar Jahromi S, Ghadami L et al . Validation of the Persian Version of the Picker Patient Experience Questionnaire. *Iranian Journal of War & Public Health*. 2023;15(2).<https://doi.org/10.58209/ijwph.15.2.207>
- [18]. Sonis JD, White BA. Optimizing patient experience in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics*. 2020;38(3):705-13.<https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.04.008>
- [19]. Walsh A, Bodaghkhan E, Etchegary H, Alcock L, Patey C, Senior D, et al. Patient-centered care in the emergency department: a systematic review and meta-ethnographic synthesis. *International journal of emergency medicine*. 2022;15(1):36.<https://doi.org/10.1186/s12245-022-00438-0>
- [20]. Manojlovich, M., Bettencourt, A. P., Mangus, C. W., Parker, S. J., Skurla, S. E., Walters, H. M., & Mahajan, P. (2024). Refining a framework to enhance communication in the emergency Department during the diagnostic process: an eDelphi approach. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 50(5), 348-356. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2024.01.013>
- [21]. Kim E-J, Koo Y-R, Nam I-C, editors. Patients and healthcare Providers' perspectives on patient experience factors and a model of patient-centered care communication: a systematic review. *Healthcare*; 2024: MDPI.
- [22]. Milton, J., Åberg, N. D., Andersson, A. E., Gillespie, B. M., & Oxelmark, L. (2023). Patients' perspectives on care, communication, and teamwork in the emergency department. *International emergency nursing*, 66, 101238. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101238>. Epub 2022 Dec 24
- [23]. Manukumar, A. G., Mariathas, H. H., Patey, C., Anaraki, N. R., Walsh, A., Hurley, O., ... & Asghari, S. (2025). "They Just Don't Want to Feel Forgotten": A Mixed-Methods Research on Patient Satisfaction With Wait Times in Emergency Departments. *Journal of Patient Experience*, 12, 23743735251333213. <https://doi.org/10.1177/23743735251333213>
- [24]. Isbell LM, Tager J, Beals K, Liu G. Emotionally evocative patients in the emergency department: a mixed methods investigation of providers' reported emotions and implications for patient safety. *BMJ quality & safety*. 2020;29(10):1-2.<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010110>
- [25]. Sharkiya SH. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Services Research*. 2023;23(1):886.<https://doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8>
- [26]. Milton J, David Åberg N, Erichsen Andersson A, Gillespie BM, Oxelmark L. Patients' perspectives on care, communication, and teamwork in the emergency department. *Int Emerg Nurs*. 2023;66:101238.<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101238>
- [27]. Sonis JD, Aaronson EL, Lee RY, Philpotts LL, White BA. Emergency Department Patient Experience: A Systematic Review of the Literature. *J Patient Exp*. 2018;5(2):101-6.<https://doi.org/10.1177/2374373517731359>
- [28]. Degabriel D ,Petrino R, Frau ED, Uccella L. Factors influencing patients' experience of communication with the medical team of the emergency department. *Intern Emerg Med*. 2023;18(7):2045-51.<https://doi.org/10.1007/s11739-023-03298-5>
- [29]. Seo W, Jain S, Le V, Li J, Zhang Z, Singh H, et al. Designing patient-centered interventions for emergency care: participatory design study. *JMIR Formative Research*. 2025;9(1):e63610.<https://doi.org/10.2196/63610>
- [30]. Asiri M, AlMohimeed AS, Almoneef M. Factors Affecting Patient Satisfaction in the Emergency Department: A Systematic Review. *Cureus*. 2025;17(12):e99509.<https://doi.org/10.7759/cureus.99509>
- [31]. de Steenwinkel M, Haagsma JA, van Berkel EC, Rozema L, Rood PP, Bouwhuis MG. Patient satisfaction, needs, and preferences concerning information dispensation at the emergency department: a cross-sectional observational study. *International journal of emergency medicine*. 2022;15(1):5.<https://doi.org/10.1186/s12245-022-00407-7>

- [32]. McKenna L, Shimoinaba K, Copnell B. Family-centered care and pediatric death in the emergency department: A qualitative study using framework analysis. *J Pediatr Nurs*. 2022;64:18-23. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.01.013>
- [33]. Heo S, Kim SH, Lee SU, Hwang SY, Yoon H, Shin TG, et al. A trial of a chat service for patients and their family members in an emergency department. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):1058. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11414-0>
- [34]. Cetin-Sahin D, Ducharme F, McCusker J, Veillette N, Cossette S, Vu TM, et al. Experiences of an emergency department visit among older adults and their families: qualitative findings from a mixed-methods study. *Journal of patient experience*. 2020;7(3):346-56. <https://doi.org/10.1177/2374373519837238>
- [35]. Mackintosh, N. J., Davis, R. E., Easter, A., Rayment-Jones, H., Sevdalis, N., Wilson, S., ... & Sandall, J. (2020). Interventions to increase patient and family involvement in escalation of care for acute life-threatening illness in community health and hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012829.pub2>.
- [36]. Dudley N, Ackerman A, Brown KM, Snow SK. Patient- and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*. 2015;135(1):e255-72. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3424>
- [37]. Cetin-Sahin D, McCusker J, Ciampi A, Cossette S, Vadeboncoeur A, Vu TTM, et al. Front-line emergency department nurses' and physicians' assessments of processes of elder-friendly care for quality improvement. *International Emergency Nursing*. 2021;58:101049. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101049>
- [38]. Gabay G, Gere A, Zemel G, Moskowitz H. Personalized Communication with Patients at the Emergency Department-An Experimental Design Study. *J Pers Med*. 2022;12(10). <https://doi.org/10.3390/jpm12101542>
- [39]. Reay, G., Norris, J. M., Nowell, L., Hayden, K. A., Yokom, K., Lang, E. S., ... & Abraham, J. (2020). Transition in care from EMS providers to emergency department nurses: a systematic review. *Prehospital Emergency Care*, 24(3), 421-433. <https://doi.org/10.1080/10903127.2019.1632999>
- [40]. Cetin-Sahin, D., Ducharme, F., McCusker, J., Veillette, N., Cossette, S., Vu, T. M., ... & Berthelot, S. (2020). Experiences of an emergency department visit among older adults and their families: qualitative findings from a mixed-methods study. *Journal of Patient Experience*, 7(3), 346-356. <https://doi.org/10.1177/2374373519837238>