

تبیین ادراک پرستاران از ایمنی بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی: یک مطالعه کیفی

امین اجلی^۱، مسعود فلاحی خشک‌ناب^{۲*}، محمدعلی حسینی^۲، عیسی محمدی^۳، مسعود سیرتی^۴
نیر^۴

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران
^۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران
^۳ استاد، گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
^۴ دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران
* نویسنده مسئول: مسعود فلاحی خشک‌ناب، دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران. ایمیل: msflir@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۴/۲۲

چکیده

مقدمه: رخدادهای ایمنی متعدد و متنوعی برای بیماران در بخش‌های روان‌پزشکی روی می‌دهد که تبعات و عوارض نامطلوب جسمی و روانی را برای آن‌ها به دنبال دارد. پرستاران این بخش‌ها بیشترین نقش را در مراقبت از بیماران بر عهده دارند. مطالعه حاضر باهدف تبیین ادراک پرستاران این بخش‌ها از ایمنی بیمار انجام گردیده است.

روش کار: این تحقیق از نوع کیفی به شیوه تحلیل محتوی قراردادی با روش استقرایی است که طی آن ۱۹ پرستار از مرکز روان‌پزشکی رازی در تهران و شفای رشت و بخش روان‌پزشکی بیمارستان آتیه از سال ۱۳۹۴ لغایت ۱۳۹۵ به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در مطالعه مشارکت کردند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه فردی عمیق نیمه ساختارمند استفاده شد.

یافته‌ها: از آنالیز مستمر و مقایسه داده‌ها سه طبقه اصلی "رفتارهای پرخطر بیماران"، "فضای ناایمن بخش" و "مخاطرات ناخواسته" شناسایی شد، هرکدام از این طبقات شامل تعدادی زیر طبقه می‌باشند. ادراک روان پرستاران از ایمنی بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی با درون‌مایه "بیماران ناآرام- خطر سازان بالقوه" انتزاع گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به ماهیت بیماری روان و با در نظر گرفتن نقش خود بیماران در رخدادهای ایمنی، مراقبت از ایمنی بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی موضوعی متفاوت و چندجانبه است. بکارگیری تعداد کافی و مناسب کارکنان پرستاری، ایجاد دانش و آمادگی لازم در پرستاران و استفاده از امکانات مناسب برای ارتقاء ایمنی بیمار در این بخش‌ها ضروری است.

واژگان کلیدی: ایمنی بیمار، پرستاران، بیمارستان، روان، بیماران

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

آموزش و بالین اهمیت زیادی دارد (۵). ایمنی یک وضعیت محافظت‌شده از احتمال بروز خطر، خطر و یا آسیب است (۶). ایمنی بیمار پیشگیری از هرگونه آسیب اتفاقی، عوارض جانبی و یا صدمات ناشی از روند مراقبتی هست (۷، ۸). آسیب‌های وارده به بیماران ناشی از نقصان در ایمنی بیمار، ناخواسته و کاملاً جدی است، این آسیب‌ها ناشی از روند بیماری نیست بلکه مدیریت خدمات پزشکی منتج به آن می‌شود و منجر به طولانی شدن بستری در بیمارستان و یا اختلال موقت یا دائم یا معلولیت در بیمار می‌گردد (۸). اغلب موضوعات ایمنی بیمار در مراکز عمومی در ارتباط با فرایندهای مراقبت از جمله بررسی، درمان و ارتباط و یا مربوط به دانش و مهارت ارائه‌دهندگان خدمات از جمله خطاها، تأخیر در تشخیص، درمان اشتباه و خطا در انجام وظیفه می‌باشد (۹). درحالی‌که موضوعات ایمنی بیمار در بخش‌های

تعداد زیادی از افراد از بیماری روانی رنج می‌برند، پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ تعداد آن‌ها ۱۵ درصد نیز افزایش یابد (۱). تعداد زیادی از این بیماران در بخش‌های روان‌پزشکی بستری و خدمات مراقبتی را دریافت می‌نمایند. در بخش‌های ارائه‌کننده خدمات مراقبت سلامت ایمنی در اولویت است، به طوری‌که تأمین دائمی مراقبت باکیفیت و ایمن در شرایطی که مدام در حال تغییر است چالش عمده‌ای به شمار می‌رود (۲). ایمنی بیمار موضوعی بااهمیت در مراقبت سلامت است، در حدود یک دهه قبل گزارش خطای انسانی (ساختن سیستم سلامتی ایمن‌تر) منتشر گردید و ایمنی بیمار مورد توجه قرار گرفت (۳). انجمن پزشکی آمریکا ایمنی را یکی از حیطه‌های کیفیت مراقبت سلامت قلمداد می‌نماید (۴). ایمنی بیمار یکی از موضوعات بحث‌برانگیز در حوزه مراقبت بهداشتی است و در حیطه‌های مختلف پرستاری از جمله

پیشگیری کرده و از صدمات به بیماران جلوگیری نمایند (۲۴). با توجه به محدود بودن مطالعات ایمنی بیمار از منظر پرستاران و با توجه به اهمیت نقش آنان در این زمینه این مطالعه به‌منظور بررسی تجارب پرستاران از ایمنی بیمار در بخش‌های روان‌پرستاری انجام گردیده است.

روش کار

این تحقیق از نوع کیفی به شیوه تحلیل محتوی قراردادی با روش استقرایی است. جهت جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه فردی عمیق نیمه ساختارمند استفاده شد. جمع‌آوری اطلاعات در ۹ بخش حاد از سه مرکز روان‌پرستاری رازی، شفای رشت و بخش روان‌پرستاری بیمارستان آتیه صورت گرفت. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۹ نفر از روان‌پرستاران و پرستاران شاغل در بخش‌های روان‌پرستاری بودند. مشارکت‌کنندگان به‌صورت هدفمند و بر اساس داشتن سه سال سابقه کار متوالی در این بخش‌ها و تمایل برای مشارکت در مطالعه انتخاب شدند، در ادامه پژوهش از نمونه‌گیری نظری برای گسترش مفاهیم بر اساس ویژگی‌ها و ابعادشان استفاده گردید. اکثر مصاحبه‌ها در فضای مناسب داخل بخش و یا بر اساس نظر مشارکت‌کننده در فضای دیگری از بیمارستان انجام گردید. جمع‌آوری داده از بهمن ۹۴ لغایت اسفند ۹۵ انجام شد. میانگین زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۹۰ دقیقه بود. در ابتدای مصاحبه برای آشنایی بیشتر محقق با مشارکت‌کنندگان و همچنین ایجاد جوی صمیمانه گفتگو انجام شد و سپس سؤالات اختصاصی‌تر و نیمه ساختارمند و عمیق در راستای هدف پژوهش و باهدف کشف تجارب آنان در خصوص ایمنی بیماران و به‌منظور دستیابی به اطلاعات عمیق در این خصوص پرسیده شد. مشارکت‌کنندگان برای به اشتراک گذاشتن تجاربشان در مورد ایمنی بیمار راهنمایی و تشویق گردیدند. برای مثال از مشارکت‌کنندگان سؤال گردید که کارهایی که در یک شیفت کاری انجام می‌دهید توضیح دهید؟ یک مورد از اتفاقاتی که برای بیمار افتاده است را توضیح دهید؟ به دنبال دریافت پاسخ‌های سؤالات فوق، سؤالات اکتشافی و عمق دهنده انجام شد. تمامی مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان ضبط و سپس کلمه به کلمه در محیط Word تایپ مرور و کدگذاری شد و سپس مصاحبه بعدی انجام شد. در طول فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها هرگونه تأمل و بارقه‌های ذهنی مرتبط با داده‌ها توسط محقق یادداشت و در مصاحبه‌های بعدی از آن‌ها استفاده می‌گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوی قراردادی استقرایی که برای مطالعاتی که هدف آن‌ها خلاصه‌سازی، توصیف و تفسیر پدیده‌ها است مناسب است با بکارگیری روش تحلیل محتوی گرانهایم و لاندمن (۲۰۰۴) استفاده شد. این روش شامل مراحل پیاده کردن کلمه به کلمه مصاحبه‌ها و چندین بار مطالعه کردن آن‌ها برای به دست آوردن احساس کلی، تقسیم متن به واحدهای معنایی خلاصه‌شده، انتزاع واحدهای معنایی خلاصه‌شده و برچسب زدن توسط کدها، جداسازی کدها در زیر طبقات با مقایسه آن‌ها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان و تنظیم طبقات به‌عنوان نشانگر محتوای پنهان متن می‌باشد (۲۵). در ابتدا متن مصاحبه‌های انجام‌شده به‌دقت خوانده شد و واحدهای معنایی (کدهای اولیه) مشخص گردیدند، واحدهای معنایی از بیان و گفته‌های مشارکت‌کنندگان که نشان‌دهنده تجربیات آن‌ها بود استخراج گردید سپس کدهایی که بر اساس تشابه و تناسب بیان‌کننده موضوع واحدی

روان‌پرستاری بستگی به این دارد که بیمار مستعد کدام‌یک از رفتارهای مختل‌کننده است از جمله مستعد بودن به فرار در یک بیمار و یا داشتن شرایط اقدام به خشونت در بیمار دیگر، در اکثر مراکز روان‌پرستاری رفتار فرار، آسیب به خود، خودکشی، رفتار ناهنجار و قلدری، خشونت، افتادن، مسائل ناشی از استفاده از اتاق جداسازی و ایزوله، خطاهای دارویی و سوءاستفاده از بیمار روی می‌دهد که ایمنی بیماران را به مخاطره می‌اندازد (۳، ۱۰). بعلاوه خشونت فیزیکی، خشونت روانی و کلامی و تهدید جنسی در بخش‌های روان‌پرستاری شیوع بالایی دارد و بر ایمنی بیماران و کارکنان تأثیر دارد (۱۱-۱۳). بروز رخداد‌های ایمنی بیمار در بخش‌های روان‌پرستاری در مقایسه با بخش‌های عمومی متفاوت است و از این بین مواردی مانند خطاهای دارودرمانی، خطاهای تشخیصی و سقوط بیماران ممکن است تشابه داشته باشند (۱۴، ۱۵).

تعداد وقایع در بخش‌های روان بیشتر از حد قابل قبول اتفاق می‌افتد که در این بین تعداد زیادی از بیماران دچار آسیب می‌شوند که ممکن است ناشی از یک رخداد، یک سری از رخ دادها و یا مجموعه‌ای از شرایط باشد و منجر به صدمات فیزیکی و هیجانی گردد و یا زندگی فرد را تهدید نماید (۹، ۱۶). عوامل شناختی، عملکردی، رفتاری، ارتباطی، پاتوفیزیولوژی بیماری و عوامل هیجانی و اجتماعی بیمار در ایمنی و مخاطرات نقش دارند و بیماران با مشخصات جمعیت شناختی (سن و جنس) و تشخیص‌های مختلف و در جریان فرآیندهای مراقبتی و درمانی با رخداد‌های متفاوتی از ایمنی مواجه می‌گردند (۱۷). مطالعات مربوط به تجارب پرستاران در مورد ایمنی بیمار در مراکز روان‌پرستاری محدود است. نتایج یک مطالعه نشان داد معنی مراقبت در بخش‌های روان‌پرستاری حفظ ایمنی و احترام به بیماران، تشویق رفتارهای سلامتی، عدم برداشت شخصی از رفتار بیماران، گزارش دهی موثق و آموزش تعاملی می‌باشد (۱۸). در یک مطالعه‌ای کیفی نیز دامنه وسیعی از نظرات در مورد ایمنی بیمار به دست آمد، مشارکت‌کنندگان ایمنی بیمار را مجموعه‌ای از اتفاقات نامطلوب در محیط روان‌پرستاری همانند خودکشی و برخی نیز آن را ارائه مراقبت‌های باکیفیت و دسترسی به سرویس‌های مناسب در این محیط‌ها استنباط کردند (۱۹). بررسی معنی کار در بخش‌های روان‌پرستاری برای کارکنان نیز نشان داد که آنان در حال کنترل بودند و برای در دست گرفتن موقعیت تلاش می‌کردند (۲۰). در مطالعه دیگری نیز تجربیات پرستاران از مراقبت بیمارانی که آسیب به خود دارند با طبقات چالش و همکاری بیمار و پرستار و ارتقاء رفاه در حین مداخلات پرستاری تبیین شد (۲۱). همچنین نتایج یک مطالعه نشان داد که در محل کار، پرستاران از دامنه وسیعی از مداخلات برای ایمن ماندن و مدیریت و پیشگیری از خشونت بیماران استفاده می‌نمایند (۲۲). در کل مرور منابع نشان می‌دهد که در زمینه ایمنی بیمار در مراکز روان‌پرستاری تحقیقات کمتری انجام‌گرفته است و در بیمارستان‌ها و بخش‌های مختلف زنان و مردان در سیاست‌ها و بهترین فعالیت‌ها به‌منظور حفظ ایمنی بیمار توافق واحدی وجود ندارد (۱۹، ۲۳). پرستاران بخش که ساعت‌های متمادی در پشت درب قفل‌شده بخش در تماس مستقیم و در کنار بیماران روان می‌باشند از بیشترین افرادی می‌باشند که با مسائل ایمنی مواجه هستند و در عین حال آنان مهم‌ترین طراحان جنبه ایمنی مراقبت می‌باشند (۱۰). پرستاران نقش مهمی در فراهم کردن و ارتقاء مراقبت در بیمارستان‌ها دارند آن‌ها به‌عنوان حرفه‌ای‌های مراقبت سلامتی غالباً دوست دارند از خطاها

اجلی و همکاران

نمونه‌گیری با حداکثر تنوع استفاده شد و مشارکت‌کنندگان از مراکز و بخش‌های روان‌پزشکی مختلف انتخاب گردیدند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش هدف از انجام تحقیق برای کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش توضیح داده شد. فرم رضایت آگاهانه توسط آن‌ها تکمیل و اجازه ضبط و استفاده از اطلاعات بدون ذکر نام کسب گردید. حق کناره‌گیری از مشارکت در طول مطالعه لحاظ شد.

یافته‌ها

از ۱۹ نفر شرکت‌کننده در این پژوهش ۱۰ نفر مرد و ۹ نفر زن بودند. شرکت‌کنندگان از دو مرکز تک تخصصی روان‌پزشکی رازی و یک بخش روان‌پزشکی واقع در بیمارستان عمومی انتخاب گردیدند. مشخصات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان در [جدول ۱](#) و [جدول ۲](#) نشان داده شده است.

بودند در یک دسته یا طبقه و سپس در طبقات جامع‌تر قرار داده شدند و درون‌مایه‌های اصلی طبقات در سطح تفسیری انتزاعی تعیین گردیدند. تلاش بر این بود که درون طبقات بیشترین همگنی و بین طبقات بیشترین ناهمگونی وجود داشته باشد. با توجه به این‌که اعتبار و قابلیت اعتماد، تناسب و قابلیت تأیید به‌عنوان معیارهای دقت علمی در تحقیقات کیفی هستند. جهت تأیید اعتبار محتوی، متن مصاحبه و عبارات استخراج‌شده به رؤیت و تأیید مشارکت‌کنندگان رسید و توسط سایر اعضای گروه تحقیق هم مشاهده و تأیید گردید همچنین جهت تأیید پذیری و حساسی تحقیق، محقق مراحل و روند تحقیق را به‌طور دقیق ثبت و گزارش نمود تا در صورت امکان پی‌گیری تحقیق امکان‌پذیر باشد. جهت تعیین قابلیت اعتماد، یافته‌ها با تعدادی از پرستاران که در تحقیق مشارکت داشتند در میان گذاشته شد که آن‌ها تناسب یافته‌ها را تأیید نمودند جهت انتقال‌پذیری داده‌ها از روش‌های

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان

| ردیف | سن | جنسیت | میزان تحصیلات | موقعیت شغلی | سابقه کار |
|------|----|-------|----------------------------|----------------|-----------|
| ۱ | ۳۹ | زن | کارشناس پرستاری | سرپرستار | ۱۲ |
| ۲ | ۳۹ | زن | کارشناسی پرستاری | پرستار شب‌کار | ۱۵ |
| ۳ | ۴۶ | مرد | کارشناس پرستاری | سرپرستار | ۲۲ |
| ۴ | ۴۸ | مرد | کارشناس پرستاری | سرپرستار | ۱۸ |
| ۵ | ۴۰ | مرد | کارشناس پرستاری | پرستار شب‌کار | ۱۴ |
| ۶ | ۴۷ | مرد | کارشناس پرستاری | سوپروایزر | ۲۲ |
| ۷ | ۴۲ | مرد | کارشناس پرستاری | پرستار شب‌کار | ۱۶ |
| ۸ | ۳۲ | مرد | کارشناس پرستاری | پرستار شب‌کار | ۶ |
| ۹ | ۴۰ | زن | کارشناس پرستاری | پرستار روز کار | ۱۴ |
| ۱۰ | ۴۳ | مرد | کارشناس پرستاری | پرستار روز کار | ۱۷ |
| ۱۱ | ۵۵ | زن | کارشناس پرستاری | پرستار شب‌کار | ۲۹ |
| ۱۲ | ۴۸ | مرد | کارشناس پرستاری | پرستار شب‌کار | ۲۲ |
| ۱۳ | ۴۴ | مرد | کارشناس پرستاری | سرپرستار | ۲۰ |
| ۱۴ | ۳۰ | زن | کارشناس پرستاری | پرستار شب‌کار | ۷ |
| ۱۵ | ۳۲ | زن | کارشناس پرستاری | پرستار شب‌کار | ۸ |
| ۱۶ | ۴۰ | زن | کارشناس ارشد روان پرستاری | پرستار روز کار | ۱۴ |
| ۱۷ | ۴۶ | مرد | کارشناسی ارشد روان پرستاری | سوپروایزر | ۲۰ |
| ۱۸ | ۳۸ | زن | کارشناسی ارشد روان پرستاری | پرستار شب‌کار | ۱۲ |
| ۱۹ | ۳۳ | زن | کارشناسی ارشد روان پرستاری | پرستار شب‌کار | ۷ |

جدول ۲: مشخصات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان

| اطلاعات | تعداد |
|-------------------------------------|--|
| میانگین سن | ۱۹ نفر |
| میانگین سن | میانگین سن (۴۱ سال)، حداقل (۳۰ سال)، حداکثر (۵۵ سال) |
| جنس | مرد (۱۰ نفر)، زن (۹ نفر) |
| پست سازمانی | سوپروایزر (۲ نفر)، سرپرستار (۴ نفر)، پرستار (۱۳ نفر) |
| سابقه کار در حرفه | میانگین سابقه کار: سوپروایزر (۲۱ سال)، سرپرستار (۱۳ سال)، پرستار (۹ سال) |
| سابقه کار در بخش‌های حاد روان‌پزشکی | میانگین کار در بخش‌های روان‌پزشکی: سوپروایزر (۲۱ سال)، سرپرستار (۱۳ سال)، پرستار (۹ سال) |
| بالاترین مدرک تحصیلی | کارشناسی ارشد (۳ نفر)، کارشناسی (۱۶ نفر) |

جدول ۳: طبقات و زیر طبقات و کدهای اولیه

| طبقات و زیر طبقات | کدهای اولیه |
|-------------------------------|-------------------------------|
| رفتارهای پرخطر بیماران | |
| آسیب به خود | |
| ۱ | مقدمه سازی آسیب به خود |
| ۲ | آسیب به خود با ابزار در دسترس |
| ۳ | برنامه خودکشی |
| ۴ | ابزار بالقوه خودکشی |
| ۵ | اقدام به خودکشی |
| فرار از بخش | |
| ۱ | راه‌های فرار |
| ۲ | برنامه‌ریزی فرار |
| سوء مصرف | |
| ۱ | مشکلات عطش سیگار |
| ۲ | سوء مصرف دارو |
| ۳ | سوء مصرف مواد |
| ۴ | تمایل به داروی اضافه |
| ۵ | عوارض داروی غیرمجاز |
| ۶ | عوارض اعتیاد |
| فضای نایمن بخش | |
| اجتماع پرتنش بیماران | |
| ۱ | درگیری بیماران |
| ۲ | تهدید |
| ۳ | بی‌قراری از سروصدا |
| ۴ | مشکلات زندگی گروهی بیماران |
| معضلات در بخش روان | |
| ۱ | باچ‌گیری بیماران |
| ۲ | خطر سازی قوی‌ترها |
| ۳ | سوء استفاده از احترام- اعتماد |
| ۴ | مشکلات جنسی بیماران |
| ۵ | بدآموزی بیماران |
| آسیب ناخواسته | |
| آسیب در مداخلات | |
| ۱ | آسیب حین مهار |
| ۲ | عوارض جدی دارویی |
| ۳ | آسیب در ایزوله |
| حوادث ناخواسته | |
| ۱ | آسپیراسیون |
| ۲ | صدمات سقوط |
| ۳ | مرگ ناگهانی |
| ۴ | آسیب از بیمار |

بیماران، معضلات در بخش روان) و مخاطرات ناخواسته با زیر طبقه‌های (جدول ۳).

رفتارهای پرخطر بیماران

آسیب به خود

مشارکت‌کنندگان بیان کردند که با توجه به کنترل بخش و عدم دسترسی بیماران به ابزار و داروها بیمارانی که تمایل به سوء مصرف و یا افکار آسیب به خود و خودکشی دارند سعی دارند با جلب اطمینان کارکنان پرستاری و با سوء استفاده از این اعتماد به این موارد دسترسی پیدا نمایند. یکی از مشارکت‌کنندگان عنوان کرد که:

"تقاضای داروی اضافه می‌کردم و معمولاً لارگاکتیل می‌گرفت و کلونازپام اما ما متوجه نمی‌شدیم که این دارو را نمی‌خورم اون لحظه زیر زبونم چکش نمی‌کردیم به واسطه این همکاری هاش مطمئن شده بودیم داروها شو می‌خورم چک نمی‌کردیم" (کارشناس پرستاری مرد صبح کار).

"این قدر ماهرانه آرتان دزدید هیچ کس متوجه نشده بود، داشتند دارو می‌دادند دارو دزدید و خورد بعد اعزام گردید خیلی برداشته بود" (کارشناس پرستاری زن صبح کار).

پرستاران عنوان کردند که بیماران بخصوص در مرحله حاد بیماری و در روزهای اول بستری در صورتی که افکار خودکشی و آسیب به خود داشته باشند احتمال دارد که با استفاده از امکانات در دسترس دست به اقدامات خطرناکی بزنند.

"مریض‌هایی که افکار خودکشی دارند خیلی باید مراقبشون بود چون چیزی که در دسترسشون نیست به‌جز ملحفه واقعاً مریض باید جلوی چشم باشه خیلی باید مراقبشون بود چون واقعاً این اتفاق می‌افته حالا ممکن هست که منجر به مرگ نشه ولی همون اقدام تو بخش همه را آژیته می‌کنه" (کارشناس پرستاری مرد شب کار).

"شمردن قاشق‌ها توی برنامه‌مون هست که فرد با خودش قاشق نپاره خوب اون یه فرد بود که قاشقو یواشکی برداشته بود تیز کرده بود در حدی که شبیه یه خنجر شده بود کاملاً تیز که توی یه حرکت ناگهانی اینو تو ناحیه گیجگاهی فرو کرد" (سرپرستار مرد).

فرار از بخش

مشارکت‌کنندگان گاهی شاهد اقدام به فرار بیماران بوده‌اند. با توجه به بسته بودن درب و کنترل ورود و خروج، بیماران برای اقدام به فرار برنامه‌ریزی کرده و معمولاً از روش‌های خطرناکی استفاده می‌نمایند، آن‌ها بیان کردند که استفاده از غفلت کارکنان یکی از این روش‌ها است. معمولاً فرار بیماران نتایج نامطلوبی را به دنبال دارد.

"دو تا بیمار باهم نقشه کشیده بودند چند ملحفه را به هم گره زده بودند از هواکش دستشویی فرار کرده بودند خدا رحم کرده بود از اونجا سقوط نکرده بودند" (کارشناس پرستاری صبح کار).

"یه بیمار فرار کرد، از دیوار پشتی بیمارستان پریده بود اون ور بالباس بیمارستان رفته بود جلوی یه ماشین که سوار بشه راننده ترسیده بود پاشو زیر کرده بود رفته بود، پای مریض شکسته بود" (کارشناس پرستاری شب کار).

سوء مصرف

مشارکت‌کنندگان از عطش مصرف سیگار در بیماران و تمایل شدید آن‌ها برای سوء مصرف مواد سخن گفتند. آن‌ها تمایل به سوء مصرف مواد

از آنالیز مستمر و مقایسه داده‌ها ادراک روان پرستاران طبقه بیماران ناآرام- خطر سازان بالقوه شناسایی شد که شامل سه طبقه رفتارهای پرخطر بیماران با زیر طبقه‌های (آسیب به خود، فرار از بخش، سوء مصرف)، فضای نایمن بخش با زیر طبقه‌های (اجتماع پرتنش

اجلی و همکاران

"به مورد خاطره تلخی که همیشه به یاد دارم این که به پسر ۱۸ ساله که به مریض افسردگی اساسی بود و به مریض کاملاً بی‌آزاری بود یکی از مریض‌های اختلال شخصیت شب به اون تجاوز کرد که تجاوز خیلی وحشتناکی هم انجام داده بود" (کارشناس پرستاری مرد شب‌کار).

"به مریضی داشتیم هموسکچوال بود با به مریض دیگه ای داخل بخش رابطه داشتند اون مریض که ترخیص شده بود به شب رفته بود تو رختخواب به مریض دیگه می‌خواست سوءاستفاده کنه که دادوبیداد کرد ما رفتیم بالاسرش" (سرپرستار زن).

"مثلاً می‌بینی به مریض اختلال شخصیت داریم به مریض هم فقط افسرده است مادرش تأکید می‌کنه مریض من به وقت اینجا سیگار نکشه مریض من اصلاً سیگاری نیست ولی ممکنه اون مریض از مریض اختلال شخصیت خیلی چیزا یاد بگیره و بعد به ضررش بشه" (کارشناس پرستاری مرد).

آسیب ناخواسته

شامل طبقات فرعی صدمات سقوط، مرگ ناگهانی، آسیب از بیمار، قربانی سوءاستفاده، آسیب‌رسانی، آسیب حین مهار، عوارض جدی دارویی، آسیب در ایزوله است.

آسیب در مداخلات

پرستاران بیان کردند که برخی از بیماران پذیرش شده علاوه بر بیماری روان از بیماری‌های جسمی نیز رنج می‌برند. ابتلا به این بیماری‌ها آن‌ها را مستعد بروز عوارض دارویی و مشکلات دیگری می‌نماید لذا مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که این بیماران نیازمند توجه بیشتری هستند و تیم درمان باید در این مورد با دقت بیشتری مراقبت نمایند.

"به مریضی داشتیم یکی از کلیه هاشو برداشته بودند دستیار تو شرح‌حال نوشته بود ولی روان‌پزشک معالج ندیده بود برای مریض روزی سه تا لیتیوم گذاشته بودند کارکرد کلیه‌اش مختل شده بود داشت از کار می‌افتاد" (سوپروایزر زن).

مشارکت‌کنندگان بیان کردند که برخی از بیماران به علت تحریکات و افکار آسیب به خود و دیگران نیازمند جداسازی و استفاده از ایزوله دارند. استفاده از ایزوله نیازمند مراقبت و تمهیدات ویژه‌ای است زیرا غفلت از بیماران در ایزوله عواقب جبران‌ناپذیری را به دنبال دارد.

"به مریض داشتیم توی ایزوله تخت‌هایی که داشتیم آگه به طرف تخت مریض وامی ایستاد تخت چپ می‌شد مریض رفته بود به گوشه تخت برگشته بود سرخورده بود رفته بود زیر تخت که این خودش باعث شد بیمار ضربه‌مغزی بشه" (کارشناس پرستاری زن شب‌کار).

پرستاران بیان کردند که در موارد تحریکات نیاز به مهار در برخی از بیماران اجتناب‌ناپذیر است. مهار با ابزار نامناسب و در شرایط کنترل نشده می‌تواند موجبات آسیب بیماران را فراهم نماید

"مریض چون خیلی بی‌قراری می‌کرد می‌خواستیم مهارش کنیم حین مهار آسیب دید به مورد دست مریض پیچ‌خورده بود تا دو هفته تورم داشت به مورد هم بند مهار به دست بیمار آسیب‌زده بود" (سرپرستار زن)

حوادث ناخواسته

برخی از پرستاران در نوبت‌های خود شاهد مرگ ناگهانی و بدون علت مشخص در بیماران بوده‌اند آنان مصرف داروهای روان‌پزشکی با دوز بالا را در این مورد مؤثر می‌دانستند. همچنین ممکن است علائم

و دارو در برخی از بیماران و تلاش برای دستیابی به داروی اضافه و یا مواد مخدر در بیماران را از عواملی عنوان کردند که ایمنی بیماران را به مخاطره می‌اندازد.

"هرروز می‌دیدیم چند تا مریض دوروبر آینه نگو که از این قرص‌های اعتیاد زیاد آورده می‌گشتیم هیچی پیدا نمی‌کردیم من بخشو بازرسی کردم دیدم ۱۶ تا دیگه کپسول تو جوراب به مریض دیگه قایم کرده" (سرپرستار زن).

پرستاران بیان کردند که خانواده بیماران به علت اسرار و تهدید بیمار و یا از روی ناآگاهی تسلیم خواسته نابجای بیماران شده و شرایط دسترسی بیماران به مواد مخدر یا داروی اضافه را در ساعات ملاقات برای بیمار فراهم می‌نمایند.

"به مریض داشتیم که شربت متادون می‌خورد خانواده تو ملاقات به جای ۵ سی‌سی ۴۰ سی‌سی متادون بهش داده بودند که وقتی مریض اومد تو بخش رفت تو کما" (کارشناس پرستاری مرد شب‌کار).

"دو هفته پیش بود که یکی از خانواده‌ها برای بیمار تریاک آورده بود اونم تو شلوارش قایم کرده بود که شلوارشو گشتیم و پیدا کردیم" (کارشناس پرستاری مرد صبح‌کار).

فضای نایمن بخش

اجتماع پرنش بیماران

مشارکت‌کنندگان بیان کردند که اجتماع تعداد زیادی از بیماران با تشخیص‌ها و علائم مختلف در بخش منجر به بروز اختلافات، درگیری‌ها و مشکلات ناشی از اختلاف‌سلیقه در بیماران می‌گردد. بیماران به دلایل مختلف از جمله هذیان و توهم گاهی نسبت به سایر بیماران بدبین بوده و آن‌ها را تهدید می‌نمایند. تجمع بیماران باعث ایجاد سروصدا و مختل شدن آرامش آن‌ها می‌گردد که این امر منجر به ایجاد درگیری و مشکلاتی از این دست می‌شود.

"به دفعات درگیری بین خودشونو داشتیم ضربه‌هایی به همدیگه زدن همین دروز دو تا از بیمارا باهم درگیر شدن ابروی یکیشون پاره شد بخیه زدیم" (سرپرستار مرد).

"مریض‌ها باهمدیگه درگیر میشنند میگاند میخواند بکشمتم همشون هم جوان ما میریم جلو تا ما بریم جلو کتک‌کاری می‌کنند فحاشی اینا همیشه هست" (پرستار زن شب‌کار).

"یکی از مریضا هذیان‌های مذهبی داشت گفته بود که این مریض باید بمیره نباید زنده باشه که اگر پرسنل نمی‌رسیدن مریضو خفه کرده بود" (کارشناس پرستاری زن شب‌کار)

معضلات در بخش روان

مشارکت‌کنندگان عنوان نمودند که برخی از بیماران به علت خصوصیات شخصیتی ضداجتماعی و یا ناشی از علائم بیماری تمایل به انجام رفتارهای خطرناک و غیراخلاقی دارند. بیماران با هیکل درشت و قوی می‌توانند برای بیماران ضعیف‌تر دردسرساز باشند. اجتماع بیماران همانند جامعه کوچکی است که از افراد باشخصیت و بااخلاق‌های گوناگون تشکیل شده است. با توجه به بستری طولانی‌مدت، بیماران بر رفتار همدیگر تأثیر دارند و گاهی بدآموزی نیز اتفاق می‌افتد. این اجتماع کوچک نیاز به نظارت و قوانین مقتضی دارد. همچنین تعدادی از بیماران به علت اختلال شخصیت و داشتن انحرافات جنسی ممکن است بیماران ضعیف و آسیب‌پذیر را مورد آزار و تعرض قرار دهند.

سوءمصرف گزارش گردیده است (۱۹). در مطالعه Bowers و همکاران نیز رخدادهای نامساعد جدی در بخش‌های حاد روان‌پزشکی به‌صورت خشونت منجر به آسیب شدید به خود و دیگران، فرار و خشونت کلامی و آسیب به خود گزارش گردیده (۲۷). در مطالعه Mills و همکاران از خودکشی بیماران بستری در بخش‌های روان‌پزشکی به تراژدی تعبیر شده است و گزارش گردیده است که ۱۵۰۰ مورد خودکشی در سال در بیماران بستری بیمارستان‌های روان‌پزشکی آمریکا روی می‌دهد (۲۶). خودکشی بیماران یکی از دادرسی‌های رایج و یک رویداد وخیم برای کادر درمان است و بر سایر بیماران، خانواده و کادر درمان و جامعه و دانشگاه آثار مخربی دارد و یک ریسک مسئولیتی برای کادر درمان است (۲۸).

زیر طبقه فرار پرخطر یکی از رخدادهای مربوط به ایمنی بیمار بود که پرستاران از تجربه خود در این مورد صحبت کردند. میزان ۳۴/۵ درصد از بیماران بستری در مراکز روان‌پزشکی در معرض خطر فرار قرار دارند، به عبارتی میزان فرار از ۲/۵ درصد تا ۳۴ درصد تخمین زده شده است (۲۹). چهار خطر (صدمه به خود یا خودکشی، خشونت، غفلت از خود و مرگ، کاهش اطمینان به درمان و مدیریت سازمان) ممکن است به دنبال فرار بیماران روی دهد (۲۷). زیر طبقه سوءمصرف یکی از زیر طبقات از طبقه رفتارهای پرخطر بیماران است. نتایج یک مطالعه نشان داد که بیماران با اختلالات روانی همانند اسکیزوفرنی، اختلالات اضطرابی و افسردگی به‌طور منجرکننده و وحشتناکی سیگار می‌کشند (۳۰). در مطالعه Lawrence و همکاران نیز نتایج نشان داد که بیمارانی که در ۱۲ ماه گذشته به بیماری روانی مبتلا بودند دو برابر سایرین سیگاری هستند و تعداد بیماران روانی سیگاری در زنان نسبت به مردان بیشتر است و جوان‌ترها آمار بالاتری دارند بیمارانی که استرس بیشتری دارند سیگار بیشتری مصرف می‌نمایند (۳۱). همچنین در مطالعه Swendsen و همکاران نیز نتایج نشان داد که در اختلالات روانی ریسک بالایی برای شروع وابستگی به نیکوتین، الکل و وابستگی غیرمجاز به داروها وجود دارد، مخصوصاً ارتباط قوی بین اختلالات رفتاری و سوءمصرف مواد وجود دارد (۳۲). طبقه فضای نایمن بخش نیز از زیر طبقات اجتماع پرتنش بیماران و معضلات در بخش روان تشکیل شده است. آسیب و سوءاستفاده از سایر بیماران آسیب ناخواسته‌ای است که ممکن است برای بیماران در بخش روان‌پزشکی روی دهد. عدم توجه به صدمه روانی منجر گردیده است که از شدت صدمات روانی و هیجانی تجربه‌شده توسط بیماران روان در موضوع ایمنی بیمار اطلاعات کمی وجود داشته باشد و تمرکز بر صدمه جسمی اغلب منجر به غفلت از صدمات هیجانی و روانی که بیماران در مورد رخدادهای ایمنی با آن مواجه هستند گردیده است (۳، ۱۰). در سایر نیز مطالعات گزارش شده است که در حین بستری تعدادی از بیماران روانی احساس امنیت نمی‌نمایند و تعدادی از بیماران تجربه سوءاستفاده از طرف دیگران را دارند (۳۱). همچنین Bonner و همکاران گزارش می‌نمایند که خشونت در بخش‌های روان‌پزشکی در مقایسه با سایر بخش‌ها رایج‌تر است بخصوص خشونت فیزیکی، رفتارهای تهدیدآمیز، زورگویی، سوءاستفاده کلامی و انواع آزار حتی از زندان هم بیشتر است (۱). همچنین مشکلات جنسی در بخش‌های روان‌پزشکی روی می‌دهد. در مطالعه Kathleen و همکاران بیان می‌گردد که اختلالات دوقطبی و اسکیزوفرنی و عقب‌ماندگی ذهنی ارتباط بیشتری با جرائم جنسی

بیماری‌های جسمی از جمله بیماری‌های قلبی به‌موقع توسط کادر درمان تشخیص و پی‌گیری نشود و یا علائم این بیماری‌ها توسط بیماران گزارش نگردد و پرستاران نیز متوجه آن‌ها نگردند این مسئله باعث گردیده است که پرستاران در نوبت‌های خود با نگرانی و دقت این مسئله را کنترل کنند. یکی از پرستاران در این مورد عنوان کرد:

"شب نیمه‌شب می‌رفتم چک می‌کردم و می‌ایستادم نفس هاشونو نگاه می‌کردم یه وقت تو خواب سنکوب نکنند" (کارشناس پرستاری زن). مشارکت‌کنندگان عنوان کردند که عوارض دارویی و خشکی دهان در بیماران آن‌ها را مستعد آسیب‌رسانی می‌نماید این مورد هم از موارد ایمنی بیمار است.

"موقع غذا دادن یه مریض سرفه می‌کنه بند دلت پاره میشه که مریض آسیب‌ه کرده تو بخش باید حواست باشه که مبادا خوراکی را نبرند تو اتاقشون یه تکه نونی یا برن سر یخچال از خوراکی خودشون بردارند چون احتمال آسیب‌رسانی دارند" (کارشناس پرستاری زن).

مشارکت‌کنندگان بیان کردند که بیماران به علت مصرف داروها دچار عدم تعادل می‌گردند و یا بیماران روانی سالمند نیز ممکن است به علت سقوط دچار عوارض گردند آنان سعی می‌کنند با تمهیدات لازم از سقوط بیماران پیشگیری نمایند ولی همچنان تعدادی از بیماران به علت سقوط ناگهانی دچار آسیب می‌گردیدند.

"تو بخش همیشه نگران سالمندان هستم که زمین نخورن همش استرس اینو دارم که الان می‌خورن زمین شب هم نمی‌تونم بخوابم هر صدایی که میاد می‌پریم میگم یه کسی خورد زمین صدا اومد" (کارشناس پرستاری پرستاری زن).

"بیمار دارو می‌گیرند گیج میشن حواسشون نیست تو بخش راه میرن میخورن به درودیوار بعضی موقع می‌خورن زمین سرشان میشکنه یا دست و پاشون آسیب می‌بینه من همیشه نگران این مسئله هستم" (کارشناس ارشد پرستاری مرد).

طبق نظرات پرستاران بیماران علاوه بر این که برای خودشان خطراتی دارند گاهی به علت داشتن توهم و هذیان موجبات آسیب به سایر بیماران را نیز فراهم می‌نمایند لذا یکی از موضوعات ایمنی بیمار پیشگیری از آسیب بیماران توسط سایر بیماران است.

"گاه‌ها می‌بینی مریض خوب شده آرومه ولی یه مریض دیگه بیقراره توهم هذیان داره بهش حمله می‌کنه یه مورد داشتیم که با پایه صندلی زد تو چشم یه مریض که کارش داشت به تخلیه چشم می‌رسید" (کارشناس پرستاری زن شب‌کار).

بحث

این مطالعه به بررسی ادراک پرستاران در مورد ایمنی بیماران پرداخته است. ادراک پرستاران در این مورد بیماران ناآرام-خطرناک بالقوه به دست آمد که با طبقات رفتارهای پرخطر بیماران، فضای نایمن بخش، مخاطرات ناخواسته ایمنی مشخص گردید. رفتارهای پرخطر بیماران که پرستاران تجارب آن را ذکر کرده‌اند شامل زیر طبقات آسیب به خود، فرار از بخش، سوءمصرف است. نتایج بررسی‌ها نشان داده است که بیماران بستری در بخش‌های روان‌پزشکی رفتارهای اقدام به خودکشی و خودکشی موفق دارند (۲۶). در گزارش مطالعه Brickell و همکاران نیز در بخش‌های روان‌پزشکی رخدادهای خودکشی، آسیب به خود، خشونت، خطرات ناشی از مصرف سیگار، فرار، صدمات ناشی از

نسبت به جمعیت عادی این بیماران دو برابر بیشتر در معرض مرگ ناشی از مشکلات قلبی و سه برابر بیشتر در معرض مشکلات تنفسی و سرطان ریه هستند (۳۰). محدودیت‌های پژوهش: احتمال فراموشی برخی از خاطرات به علت گذشت زمان و یا عدم تمایل به یادآوری تعدادی از آن‌ها به علت ایجاد ناراحتی را می‌توان از محدودیت‌های این تحقیق به شمار آورد.

نتیجه‌گیری

تجربه پرستاران از ایمنی بیمار بیماران نآرام-خطر سازان بالقوه بود. بیماران با رفتارهای پرخطر و آسیب ناخواسته و ایجاد فضای ناایمن در بخش ایمنی خود و سایر بیماران را به خطر می‌اندازند. پرستاران برای پیشگیری از این مخاطرات و رفتارهای پرخطر وظایف سنگین و متعددی را بیشتر از سایر تیم درمان بر عهده دارند. آن‌ها برای مراقبت از ایمنی بیمار نیاز به کسب دانش در مورد بیماران روان، ایمنی بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی و مهارت حفظ ایمنی بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی دارند. به‌کارگیری تعداد کافی و مناسب پرستاران در حفظ ایمنی بیماران ضروری است. استفاده از تکنولوژی همانند دوربین‌های مداربسته می‌تواند در این راستا کمک‌کننده باشد. انجام بررسی‌های بیشتر در مورد عوامل مربوط به ایمنی بیمار و شیوه انجام مراقبت مؤثر در راستای افزایش ایمنی بیماران و بررسی سایر عوامل و عوارض مربوط به ایمنی بیمار در کارکنان پرستاری و بیماران پیشنهاد می‌گردد.

سپاس‌گزاری

این مقاله حاصل رساله دکتری تخصصی پرستاری با کد اخلاقی IR.USWR.REC.1395.82 که توسط دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تصویب و حمایت گردیده است. پژوهشگران این مطالعه از کلیه شرکت‌کنندگان که علاقه مندانه در مصاحبه‌ها شرکت و تجارب خود را در اختیار تیم تحقیق قرار دادند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

References

- Bonner G, Kennedy B, Moretz C, Stechschulte P. Touched by violence and caring for the violator: the lived experiences of nurses who were assaulted by their patients in psychiatric settings. Capella: University of Capella; 2012.
- Kanerva A, Lammintakanen J, Kivinen T. Patient safety in psychiatric inpatient care: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;20(6):541-8. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2012.01949.x PMID: 22776063
- Brickell T, Nicholls T, Procyshyn R, McLean C, Dempster R, Lavoie J. Patient safety in mental health. Edmonton. Canada: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association; 2009.
- Anderson P. Improving Patient Safety: Insights from American, Australian and British healthcare: Emslie S, Knox K, Pickstone M, eds. London: ECRI and Department of Health, 2002. 35.00. 104 pp. ISBN 094141775 1. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(>3):235-. DOI: 10.1136/qhc.12.3.235

دارند (۳۳). در بخش‌های روان‌پزشکی بیماران نیاز دارند که احساس امنیت و ایمنی داشته باشند متأسفانه تعدادی از بیماران گزارش کرده‌اند که احساس امنیت نمی‌نمایند و از قربانی شدن به‌وسیله دیگران نگران هستند (۱۹).

آسیب ناخواسته در بیمار که پرستاران تجارب آن را ذکر کرده‌اند شامل آسیب حین مهار، عوارض جدی دارویی، آسیب در ایزوله، اسپیراسیون، صدمات سقوط، مرگ ناگهانی است. در مطالعه Brikell و همکاران نیز در بخش‌های روان‌پزشکی سقوط بیماران، عوارض دارویی و صدمات استفاده از ایزوله و مهار جزو آسیب‌هایی است که گزارش گردیده است (۳۲). مهار و ایزوله بیماران روانی که برای ایمنی بیمار انجام می‌شود آسیب‌های جدی را به دنبال دارد (۳۳). در مطالعه دیگری نیز عنوان گردیده است که ممکن است مرگ و صدمات فیزیکی در مواقع مهار و جداسازی بیماران روی دهد (۳). در مطالعه فریدونی مقدم و همکاران که در مورد ادراک روان پرستاران در مورد مهار فیزیکی بود طبقه‌های "مهار به‌عنوان یک موضوع چالشی" و "دامنه تأثیرات مهار فیزیکی" به دست آمد که بیانگر تأثیرات منفی آن در کارکنان و بیماران است (۳۴). عوارض جدی دارویی از آسیب‌های ناخواسته‌ای است که ممکن است برای بیماران روی دهد. نتیجه مطالعه Rothschild و همکاران نیز نشان داد که به ازای هر ۱۰۰۰ روز بستری ۶/۳ رخداد نامطلوب دارویی اتفاق می‌افتد که ۶۸ درصد آن مربوط به خطای تجویز پزشکان و ۲۰ درصد آن مربوط به نسخه‌برداری پرستاران است (۱۵). صدمات سقوط در بیماران روانی از مشکلات دیگری است که توسط روان پرستاران ذکر گردید. سقوط بیماران بستری منجر به آسیب آن‌ها می‌گردد (۳۵). نوع راه رفتن بیماران، تاریخچه سقوط، دارودرمانی، از عوامل خطر سقوط بیماران روانی در بخش هستند (۳۶). سقوط بیماران از چالش‌های بزرگ و پرهزینه و شاخص مهمی در ارزیابی کیفیت مراقبت می‌باشد، پیشگیری از سقوط بیماران از چالش‌های بیمارستان‌ها بخصوص در مورد بیماران روانی است (۳۷). یکی از حوادث ناخواسته در بخش روان‌پزشکی مرگ ناگهانی بیمار به دست آمد. بیماران با مشکلات روانی به‌طور میانگین ۲۵ سال زودتر از سایر مردم می‌میرند و

- Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2010/01/Patient-safety-in-primary-health-care-discussion-paper1.pdf>.
10. Weber M, Delaney KR, McCoy KT, Snow D, Scharf MR, Brackley MH. Quality and safety graduate competencies in psychiatric mental health nurse practitioner education. *Arch Psychiatr Nurs*. 2012;26(5):350-7. DOI: [10.1016/j.apnu.2012.06.005](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.06.005) PMID: [22999030](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22999030/)
 11. Najafi F, Fallahi-Khoshknab M, Dalvandi A, Ahmadi F, Rahgozar M. Workplace violence against Iranian nurses: A systematic review. *J Health Promot Manage*. 2014;3(2):72-85.
 12. Najafi F, Fallahi-Khoshknab M, Ahmadi F, Dalvandi A, Rahgozar M. Human dignity and professional reputation under threat: Iranian Nurses' experiences of workplace violence. *Nurs Health Sci*. 2017;19(1):44-50. DOI: [10.1111/nhs.12297](https://doi.org/10.1111/nhs.12297) PMID: [27397135](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27397135/)
 13. Khoshknab MF, Tamizi Z, Ghazanfari N, Mehrabani G. Prevalence of workplace violence in psychiatric wards, Tehran, Iran. *Pak J Biol Sci*. 2012;15(14):680-4. PMID: [24171249](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24171249/)
 14. Samuel P. *Psychiatric Nursing Directors Perceptions Of The Factors Contributing To Patient Falls In Psychiatric Inpatient Units*. Phoenix: University of Phoenix; 2012.
 15. Rothschild JM, Mann K, Keohane CA, Williams DH, Foskett C, Rosen SL, et al. Medication safety in a psychiatric hospital. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(2):156-62. DOI: [10.1016/j.genhosppsych.2006.12.002](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2006.12.002) PMID: [17336665](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17336665/)
 16. Tinkara P, Peter U. Safety issues in psychiatric setting. *J Crim Just Secur*. 2012;13(4):431-43.
 17. Organization WH. *A World Alliance for Safer Health Care. More Than Words: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009.
 18. Chiovitti RF. Nurses' meaning of caring with patients in acute psychiatric hospital settings: a grounded theory study. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(2):203-23. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2006.08.018](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.018) PMID: [17049355](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17049355/)
 19. Brickell TA, McLean C. Emerging issues and challenges for improving patient safety in mental health: a qualitative analysis of expert perspectives. *J Patient Saf*. 2011;7(1):39-44. DOI: [10.1097/PTS.0b013e31820cd78e](https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e31820cd78e) PMID: [21921866](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21921866/)
 20. Johansson IM, Skarsater I, Danielson E. The health-care environment on a locked psychiatric ward: an ethnographic study. *Int J Ment Health Nurs*. 2006;15(4):242-50. DOI: [10.1111/j.1447-0349.2006.00430.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00430.x) PMID: [17064320](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17064320/)
 21. Tofthagen R, Talseth AG, Fagerstrom L. Mental health nurses' experiences of caring for patients suffering from self-harm. *Nurs Res Pract*. 2014;2014:905741. DOI: [10.1155/2014/905741](https://doi.org/10.1155/2014/905741) PMID: [25512876](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25512876/)
 22. Stevenson KN, Jack SM, O'Mara L, LeGris J. Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nurs*. 2015;14:35. DOI: [10.1186/s12912-015-0079-5](https://doi.org/10.1186/s12912-015-0079-5) PMID: [25999795](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25999795/)
 23. Cowman S, Walsh J. Safety and security procedures in psychiatric acute admission wards. *NT Res*. 2016;9(3):185-93. DOI: [10.1177/136140960400900304](https://doi.org/10.1177/136140960400900304)
 24. Hughes RG, Clancy CM. Nurses' Role in Patient Safety. *J Nurs Care Qual*. 2009;24(1):1-4. DOI: [10.1097/NCQ.0b013e31818f55c7](https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31818f55c7)
 25. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12. DOI: [10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001) PMID: [14769454](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14769454/)
 26. Mills PD, King LA, Watts BV, Hemphill RR. Inpatient suicide on mental health units in Veterans Affairs (VA) hospitals: avoiding environmental hazards. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(5):528-36. DOI: [10.1016/j.genhosppsych.2013.03.021](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.03.021) PMID: [23701697](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23701697/)
 27. Bowers L, Allan T, Simpson A, Nijman H, Warren J. Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: the Tompkins Acute Ward Study. *Int J Soc Psychiatry*. 2007;53(1):75-84. DOI: [10.1177/0020764007075011](https://doi.org/10.1177/0020764007075011) PMID: [17333953](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17333953/)
 28. Melonas JM. Patients at risk for suicide: risk management and patient safety considerations to protect the patient and the physician. *Innov Clin Neurosci*. 2011;8(3):45-9. PMID: [21487546](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21487546/)
 29. Ajalli A, Khodae M, Goodarzi M, Tamizi Z, Dibae M. Assessment of relationship between characteristics of psychiatric patients escaping from Razi Psychiatric Hospital. *Iranian J Psychiatr Nurs*. 2015;2(4):59-67.
 30. LEGACY. A hidden epidemic: Tobacco use and mental illness: LEGACY; 2011 [updated 2017; cited 2017]. Available from: https://smokingcessationleadership.ucsf.edu/sites/smokingcessationleadership.ucsf.edu/files/Documents/FactSheets/a_hidden_epidemic_legacy_june_2011.pdf.
 31. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health*. 2009;9:285. DOI: [10.1186/1471-2458-9-285](https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-285) PMID: [19664203](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19664203/)
 32. Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, Glantz M, Jin R, Merikangas KR, et al. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*. 2010;105(6):1117-28. DOI: [10.1111/j.1360-0443.2010.02902.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02902.x) PMID: [20331554](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20331554/)
 33. Valença AM, Nascimento I, Nardi AE. Relationship between sexual offences and mental and

- developmental disorders: a review. Arch Clin Psychiatry. 2013;40(3):97-104.
34. Fereidooni Moghadam M, Fallahi Khoshknab M, Pazargadi M. Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2014;2(1):20-30. PMID: 25349842
35. Lee A, Mills PD, Watts BV. Using root cause analysis to reduce falls with injury in the psychiatric unit. Gen Hosp Psychiatry. 2012;34(3):304-11. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2011.12.007 PMID: 22285368
36. Trinkoff A, Geiger-Brown J, Caruso C, Lipscomb J, Johantgen M. Personal Safety for Nurses. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses 2008.
37. S A. Factors Contributing to Psychiatric Patient Falls. J Commun Med Health Educ. 2016;06(02). DOI: 10.4172/2161-0711.1000410

Exploring the Nurses' Perception of Patient Safety in Psychiatric Wards: A Qualitative Study

Amin Ajalli ¹, Masoud Fallahi Khoshknab ^{2,*}, Mohammad Ali Hosseini ²,
Isa Mohammadi ³, Masoud Sirati Nir ⁴

¹ PhD Candidate, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran

² Associate Professor, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran

³ Professor, Nursing Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁴ Associate Professor, Nursing Department, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Masoud Fallahi Khoshknab, Associate Professor, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran. E-mail: msflir@yahoo.com

Received: 13 Jul 2017

Accepted: 21 Sep 2017

Abstract

Introduction: In the psychiatric wards, numerous and diverse safety events occur for patients, leading to adverse physical and psychological consequences. The present study aimed at investigating nurses' experience of patient safety in these wards.

Methods: This was a qualitative research based on conventional content analysis and inductive method. Thus, 19 nurses were selected from Razi psychiatric center, Shafa, and Atieh center using purposive sampling. Data were collected using in-depth semi-structured interviews.

Results: According to continuous analysis and comparison of data, nurses' perceptions of patient safety were identified and they included a theme of "inconvenient patients-potential risk creators" and three categories: patient high-risk behaviors, unsafe space, and unwanted risks. Each category had several different sub-categories.

Conclusions: Given the nature of mental illness and taking into account the role of patients in safety events, care for patient safety in psychiatric wards is a diverse and multi-faceted topic. Applying an appropriate and adequate number of nursing staff, creating knowledge and readiness for nurses, and using appropriate facilities for improving patient safety in these wards is essential.

Keywords: Hospital, Nurses, Patient Safety, Patients, Psychiatric Care