

تبیین تجارب پرستاران از چالشهای ایمنی بیماران : مطالعه پدیدارشناسی

صدیقه تیموری

کارشناسی ارشد پرستاری - گرایش داخلی جراحی

Email: sd.teymuri@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: یکی از بارزترین حقوق انسانها، حق ایمن ماندن از خطرات و آسیبها هنگام دریافت خدمات بهداشتی است. مفهوم ایمنی بیمار جزء بسیار ضروری سیستمهای بهداشتی درمانی بوده و یکی از ارکان اصلی کیفیت در سازمانهای بهداشتی درمانی است. بنابراین، این مطالعه با هدف تبیین تجارب پرستاران از چالشهای ایمنی بیماران در بیمارستان تأمین اجتماعی زاهدان انجام شد.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد پدیدارشناسی است. شرکت کنندگان از جامعه ی پرستاران بر اساس معیارهای پذیرش با نمونه گیری هدفدار انتخاب شدند و تا حد اشباع اطلاعات، نمونه گیری ادامه یافت و ۱۴ نفر شامل دو نفر سوپروایزر، یک نفر سرپرستار و یازده نفر پرستار بین رده سنی ۲۲-۴۵ سال متأهل انتخاب شدند. جمع آوری اطلاعات با روش مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته انجام شد و سپس تحلیل اطلاعات به روش کلایزی صورت گرفت.

یافته ها: نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه ۱۳۰ کد اولیه استخراج شد که تم اصلی آسیب روحی جسمی و دو تم فرعی مخاطرات شغلی و استرس محیطی حاصل شد. مخاطرات شغلی شامل زیر مفهوم های (محیط کم ایمن، احتمال ابتلا به بیماریهای شغلی) و استرس محیطی شامل (پاسخگویی مافوق، مواجهه با بیمار بدحال) بود. **نتیجه گیری:** آسیب روحی جسمی در رابطه با خطاهای پزشکی یکی از مهمترین چالش های ایمنی بیمار می باشد که به صورت ویژه باید مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: آسیب روحی جسمی، ایمنی، بیماران

مقدمه و بیان مساله

یکی از بارزترین حقوق انسانها، حق ایمن ماندن از خطرات و آسیب ها هنگام دریافت خدمات بهداشتی است. ایمنی بیمار جزء بسیار ضروری سیستمهای بهداشتی درمانی بوده و یکی از ارکان اصلی کیفیت در سازمانهای بهداشتی درمانی است و به همین دلیل اهمیت ویژه ای به اجرای اصول ایمنی بیمار در بیمارستانها داده شده است (سعید و ایمل، ۲۰۱۰). ایمنی بیماران^۱ به عنوان یکی از محتوای اصلی کیفیت خدمات بهداشتی و به مفهوم پیشگیری از بروز هر گونه آسیب به بیمار در طی مراقبت های بهداشتی میباشد و تعدیل آسیبهای ایجاد شده در اثر حذف خطاهای مربوط به مراقبتهای بهداشتی ذکر شده است که با بکارگیری شیوه ها و راهکارهای عملی، وقوع خطاها را به حداقل رسانده و باعث عدم تکرار آن در صورت بروز حوادث می شود و به معنای فقدان هر گونه آسیب ناشی از ارائه خدمات بهداشتی درمانی و خطاهای پزشکی است (نش و گلدفار، ۲۰۰۶).

¹- Said & Emel

²- Patient safety

³- Nash & Goldfarb

منظور از ایمنی بیماران عبارت از پیشگیری از بروز هرگونه جراحات برای بیمار در طی فرایند از اثر خدمات بهداشتی به بیمار در بیمارستانها می باشد. این موضوع مخصوصا پس از گزارش موسسه تحقیقات دارویی ایالات متحده آمریکا که آمار خطاهای پزشکی و دارویی را در این کشور نشان می دهد، از اهمیت بیشتری برخوردار شد. پیشگیری از بروز هرگونه جراحات برای بیمار در طی فرایند از اثر خدمات بهداشتی به بیمار در بیمارستانها، ایمنی بیماران میباشد. این موضوع مخصوصا پس از گزارش موسسه تحقیقات دارویی ایالات متحده آمریکا که آمار خطاهای پزشکی و دارویی را در این کشور نشان میدهد، از اهمیت بیشتری برخوردار شد (فلینگ و ونزل^۴، ۲۰۰۸). ایمنی بیمار به معنای فقدان هر گونه آسیب ناشی از ارائه خدمات بهداشتی درمانی و خطاهای پزشکی است (رسولی و بیدار، ۱۳۹۴). رخ دادن خطا در روند ایمنی بیمار به معنای غفلت و کوتاهی انسان نمی باشد اما قانون اخلاقی انجام کار بدون خطا سبب ایجاد فرهنگ خاصی در جامعه پزشکی شده است که اشتباهات را مشکل فردی تلقی نموده و از سرزنش و مجازات بجای یافتن علت ایجاد خطا برای حل مشکل استفاده می کند، این در حالی است که نقطه شروع در کاهش خطا کسب آگاهی از علل رخ دادن خطا و حمایت نمودن از فرهنگ گزارش دهی خطا می باشد (هلباخ و سالیوان^۵، ۲۰۰۹). بهبود وضعیت ایمنی بیمار یک ضرورت جهانی است و یکی از مؤلفه هایی که نقش مهمی در ارتقاء سطح ایمنی بیمار در بیمارستانها دارد، جو ایمنی بیمار است (زابلی و همکاران، ۱۳۹۷). نتایج تحقیق زاگرس و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد بسیاری از حوادث خطرناکی که در بیمارستان رخ می دهد رنج می برند و امروزه بسیاری از بیمارستان به دنبال راه هایی برای بهبود ایمنی بیمار از طریق کاهش خطا هستند. تاکنون پژوهش های چندی در حوزه استانداردها و عوامل ایمنی بیماران در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی و درمانی در داخل و خارج از کشور انجام گرفته است. همچنین مطالعات مختلف در آمریکا و سایر کشورها نشان داده است که خطاهای پزشکی و رویدادهای ناگوار یکی از بزرگترین مشکلات سیستم سلامت و یکی از نگرانی های بین المللی است (توماسون^۶، ۲۰۰۹) براساس شواهد موجود تخمین زده می شود که در کشورهای در حال توسعه در حین دریافت خدمات بیمارستانی از هر ده بیمار یک نفر آسیب و جراحات وارد میگردد. با وجود این که در کشورهای در حال توسعه آمار دقیقی در این خصوص وجود ندارد اما احتمال آن به مراتب بیشتر است. مطالعات در کشورهای مختلف نشان داده اند که حداقل ۲/۹ تا ۶۱/۱ درصد بیماران یکی از عوارض جانبی را تجربه کرده اند. بنابر این سازمانهای مراقبت سلامت در جهت ارتقای کیفیت خدمات توجه روزافزونی به مساله ایمنی بیمار پیدا کرده و این مورد را شرط کلیدی برای بهبود ایمنی بیمار است (صلواتی، ۱۳۹۲). هدف نهایی بیمارستان ها بهبود ایمنی بیمار بوده و این کار نیازمند تغییرات اساسی در فرایندها و فرهنگ مثبت سازمانی است (زابلی و همکاران، ۱۳۹۷).

عوامل متعددی از جمله عوامل انسانی (دانش و عملکرد) فنی، تجهیزاتی شرایط محیط ارایه مراقبت، عوامل مربوط به بیماران، عوامل سازمانی (مانند خط مشی ها و آیین نامه ها) و ناهماهنگی تیم مراقبت در ایجاد خطاهای پزشکی مؤثر است اما اکثر مجامع جهانی از جمله سازمان بهداشت جهانی معتقدند که خطاهای پزشکی و وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار عمدتاً به دلیل سیستم های معیوب و مشکلات سیستم ارایه مراقبت رخ میدهند (نه فقط نقص ارایه کنندگان مراقبت). مطالعات نشان داده است که تنها در ۲۶ درصد رویدادهای ناگوار، خطاهای مربوط به عملکرد ارایه کنندگان مراقبت، عامل رویداد ناگوار است که در این بین، خطاهای مربوط به عدم رعایت خط مشی ها (۲۷ درصد)، خطاهای ناشی از فقدان مهارت (۲۶ درصد)، خطاهای تکنیکی (۲۵ درصد)، خطاهای دانشی (۱۶ درصد)، و تخطی های عمدی (۷ درصد)، بیشترین نقش را داراست (واکچر^۷، ۲۰۰۸). گزارشات مؤسسات در کشورهای انگلستان، کانادا و استرالیا پیرامون خطاهای پزشکی در ارتباط با ایمنی بیماران در بیمارستان ها بود

4- Fleming, & Wentzell

5- Halbach & Sullivan

6- Thomas

7- Wachter

که موجب شد سیستم های مراقبت بهداشتی در بیمارستان ها دریابند که فاقد ایمنی کافی می باشند و این امر مهم در ایمنی بیمار بسیار کمرنگ و مشکل جدی است (جانستون و کانیتساک^۸؛ ۲۰۰۹). با توجه به مطالب مطرح شده نتایج تحقیقات در کشور ایران نیز حاکی از آن است که وضعیت تجویز دارو مناسب نیست و تداخل دارویی زیادی در نسخه ها وجود دارد. همچنین در مطالعاتی به بررسی میزان خطاهای پزشکی از طریق بررسی شکایت های مردمی پرداخته شده که در آنها میزان قصور اثبات شده کادر درمان از ۴۲ درصد تا ۵۳ درصد شکایت ها بوده است. از میان این شکایت ها ۲۲ درصد تا ۴۴ درصد شکایت ها مربوط به فوت ۳۵ درصد مربوط به عارضه جانبی و ۲۷ درصد مربوط به صدمات جسمی بوده است (جعفریان و همکاران، ۱۳۸۰). همچنین نتایج مطالعه تقدسی و حسینی (۱۳۹۷) چالشهای بهبود کیفیت مراقبت های پرستاری در ایران را ضعف آموزشی، مدیریتی، حجم کار بالای پرستاران، استرس جسمی و روانی و قدیمی بودن روش تقسیم کار بیان نمودند. با توجه به نتایج پژوهشها حفظ ایمنی بیمار یکی از مفاهیم اساسی در سیستمهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی است و این مسئله به یک نگرانی عمده برای جامعه و سیاستگذاران تبدیل شده است و از درجه اهمیت فراوانی برخوردار است و در سیستمهای بهداشتی و درمان از الویتهای سیاست گذاری حوزه درمان به شمار می آید (محبی فر و همکاران، ۱۳۹۳). بی تردید اجرای برنامه های ایمنی بیمار مورد تأکید در برنامه حاکمیت بالینی مستلزم وجود سیستم اطلاعات ایمنی بیمار به منظور ثبت، گزارش دهی و تحلیل خطاهای پزشکی و وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار است. بنابراین برای طراحی این سیستم در بیمارستان های ایران ابعاد مختلف این سیستم باید به درستی مشخص شود لذا با توجه به لزوم در اختیار داشتن یک چارچوب مناسب برای طراحی این سیستم با هدف بررسی و تبیین مؤلفه های لازم برای طراحی سیستم اطلاعات ایمنی بیمار ضروری به نظر میرسد (والشک و دنین^۹؛ ۲۰۰۸). پیشرفت های بهداشتی در حوزه ایجاد راه های پیشگیری از نشر بیماریها، مراقبت شخصی، اقدامات پزشکی به موقع، مراقبت دراز مدت و تحقیق بالینی، برآموزش و ترویج سلامت الکترونیک که می تواند منجر به تأمین کیفیت بالاتر در مراقبت ایمنی بیمار، مدیریت خطر در خدمات بهداشتی و مراقبت بهداشتی شود تأکید می کند (مرزبان و همکاران، ۱۳۹۲). بنابراین با توجه به مطالب مطرح شده و نتایج پژوهشهای انجام شده پژوهش حاضر به بررسی و تبیین تجارب پرستاران از چالشهای ایمنی بیمار پرداخته است.

روش کار

این مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی در راستای تبیین تجارب پرستاران از چالشهای ایمنی بیمار انجام شد. روش انتخاب نمونه ها بدین صورت بود که محقق به همه بخشهای درمانی مراجعه نموده و براساس معیارهای مطالعه اقدام به نمونه گیری کرد، تا تعداد نمونه به حد لازم رسید. حجم نمونه در این مطالعه ۱۴ نفر شامل دونفر سوپروایزر، یک نفر سرپرستار و یازده نفر پرستار بین رده سنی ۲۲-۴۵ سال متاهل استفاده شد و به اشباع اطلاعاتی دست یافته شد و هیچ داده ای جدیدی استخراج نگردید. به منظور جمع آوری اطلاعات از روش مصاحبه با پرستاران بیمارستان تامین اجتماعی زاهدان استفاده شد و خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش مربوط به سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و سابقه کاری بود. و پژوهشگر مصاحبه را با سوال اصلی (تجربه خود را در زابه با چالشهای ایمنی بیمار در بیمارستان بیان نمایید) آغاز نمود و سوالات بعدی بر اساس پاسخ مشارکت کنندگان شکل گرفت. مصاحبه ها در رو، عمیق و بدون ساختار صورت گرفته است هم چنین در حین مصاحبه از سوالاتی مانند (می توانید بیشتر توضیح دهید) و یا (منظور شما این است) در جهت مصاحبه استفاده گردیده است. مصاحبه ها با حداقل هدایت شرکت کنندگان در مدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه صورت گرفته است. و در زمان مصاحبه

^۸- Johnstone & Kanitsaki

^۹- Walshek & Dineen

صحت مشارکت کنندگان پس از کسب اجازه توسط ضبط صوت، ضبط گردید. بارها و بارها به دقت شنیده شد و موارد لازم به صورت کلمه کلمه بر روی کاغذ استخراج گردید.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی از روش ۷ مرحله‌ای کلایزی استفاده شده است. به این ترتیب که:

۱. وظیفه اولیه محقق خواندن کلیه توصیف‌ها و شرح حال‌های شرکت کنندگان جهت هم‌احساس شدن با شرکت کنندگان به منظور درک آنها می‌باشد.
۲. محقق واژه‌ها و جملات مرتبط با پدیده مورد مطالعه را استخراج می‌کند.
۳. محقق تلاش می‌کند برای هر کدام از جملات مهم استخراج شده مفهوم خاصی ببخشد.
۴. محقق مرحله سوم را برای هر کدام از توصیف‌های شرکت کنندگان تکرار کرده و سپس مفاهیم فرموله شده را به درون دسته‌های موضوعی مرتب می‌نماید.
۵. در این مرحله محقق قادر به ترکیب نمودن کلیه عقاید استنتاج شده به درون یک توصیف جامع و کامل شامل همه جزئیات از پدیده تحت مطالعه می‌باشد.
۶. محقق سپس توصیف جامع از پدیده را به یک توصیف واقعی و ضروری خلاصه می‌کند.

در مرحله پایانی محقق به شرکت کنندگان در پژوهش به منظور تصریح نمودن عقایدشان از یافته‌های پژوهش و موثق نمودن یافته‌ها رجوع می‌کند. (انصاری و همکاران، ۱۳۸۶). پژوهشگر پس از انجام مصاحبه و استخراج اطلاعات و کدگذاری، جهت اعتماد پذیر کردن داده‌ها، مجدداً به نمونه‌ها مراجعه نموده و موافقت آنها را با برداشت او از مطالب بررسی کرده و به این ترتیب ارزیابی نمونه‌ها از مطالب نسخه برداری شده، مورد نظر قرار گرفت و همچنین مطالب مهم احتمالی، مورد بحث و شفاف سازی قرار گرفت و از این طریق توافق و تأیید نمونه‌ها حاصل شد. همچنین به منظور حصول اطمینان از موثق بودن داده‌ها، محقق تلاش خود را برای جمع‌آوری اطلاعات مبتنی بر تجزیه و تحلیل با نظر استاد راهنما استفاده گردیده است، متمرکز ساخته که این خود به عینی بودن داده‌ها کمک نموده و روشی برای تأیید موثق بودن اطلاعات بود.

4

خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش

در این مطالعه به منظور دستیابی به هدف پژوهش با ۱۴۰ پرستار که شامل ۲ سوپروایزر، ۱ سرپرستار و ۱۱ پرستار بودند از تاریخ ۱۳۹۴/۱۰/۱۱ تا ۱۳۹۴/۱۰/۱۳ در اتاق استراحت پرستاران بخش‌های درمان بیمارستان تأمین اجتماعی، مصاحبه انجام شد. محدوده سنی شرکت کنندگان بین ۲۲ تا ۴۵ سالگی باشد. در جدول شماره (۱) خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان ارائه گردیده است.

جدول (۱) خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش

شرکت کننده	تکمیل کننده فرم	جنس	سن	تحصیلات	وضعیت تاهل	سابقه کار
شماره ۱	پرستار	زن	۳۰	کارشناسی	متاهل	۱۴ سال
شماره ۲	پرستار	زن	۳۵	کارشناسی	متاهل	۱۳ سال
شماره ۳	پرستار	زن	۳۴	کارشناسی	متاهل	۱۰ سال
شماره ۴	پرستار	زن	۲۵	کارشناسی	متاهل	۴ سال
شماره ۵	سرپرستار	زن	۴۲	کارشناسی	متاهل	۲۰ سال
شماره ۶	پرستار	زن	۳۸	کارشناسی	متاهل	۱۶ سال
شماره ۷	پرستار	مرد	۳۲	کارشناسی	متاهل	۸ سال
شماره ۸	پرستار	مرد	۳۳	کارشناسی	متاهل	۱۰ سال
شماره ۹	پرستار	مرد	۳۵	کارشناسی	متاهل	۱۰ سال

شماره ۱۰	پرستار	مرد	۴۴	کارشناسی	متاهل	۱۸سال
شماره ۱۱	پرستار	زن	۴۳	کارشناسی	متاهل	۱۹سال
شماره ۱۲	پرستار	مرد	۴۵	کارشناسی	متاهل	۲۰سال
شماره ۱۳	سوپروایزر	مرد	۴۶	کارشناسی	متاهل	۲۲سال
شماره ۱۴	سوپروایزر	زن	۴۱	کارشناسی	متاهل	۱۵سال

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در تم اصلی آسیب روحی جسمی که در راستای هدف پژوهش تدوین و نیز شامل دو تم فرعی مخاطرات شغلی و استرس محیطی بود. مخاطرات شغلی شامل زیر مفهوم‌های (محیط کم ایمن، احتمال ابتلا به بیماریهای شغلی) و استرس محیطی شامل (پاسخگویی مافوق، مواجهه با بیمار بدحال) بود.

مخاطرات شغلی

کارکنان بیمارستانها در صورتی که محیط کار ایمن نباشد با ساعات کار طولانی در محل کار دچار آسیبهای شغلی میشوند اجسام تیز و برنده، مواد شیمیایی بیمارستان، بخارات حاصله از مواد ضدعفونی کننده، اشعه‌های ناشی از انجام گرافی‌های مورد نیاز بیمار، مواد استنشاقی بیهوشی از جمله مواردی است که مخاطرات شغلی پرستاران را مهیا میکند و بهداشت حرفه‌ای در این زمینه نقش موثری دارد که در صورت وجود هر کدام از موارد مذکور زمینه آسیب جسمی پرستاران فراهم میشود. به عنوان نمونه شرکت کننده شماره ۱۳ میگوید:

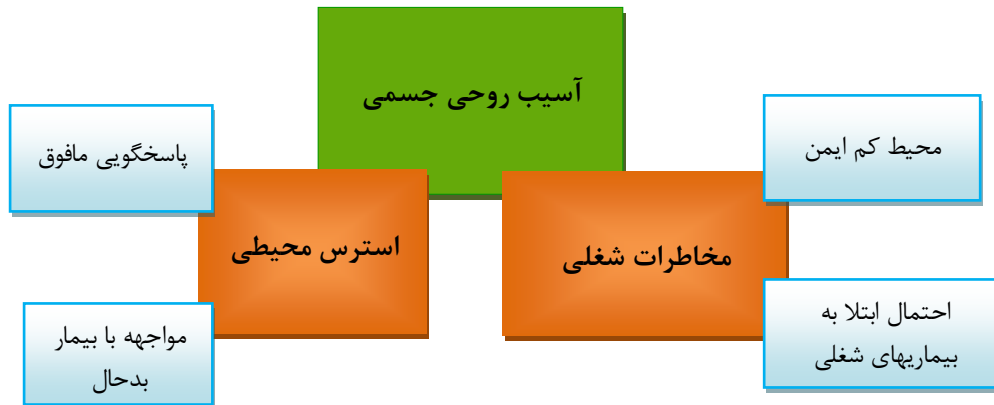
«... در اثر شرایط سخت کار ما، مسلمانه که دچار بیماریهای ناشی از شغلمون میشیم مثلا تو بخش ما امکان جداسازی بیماران برای گرافی نیست و در بخش مراقبتهای ویژه هم اکثر بیماران نیاز به گرافیای زیاد دارن و هم ما و هم اونای دیگه بیمارا دچار آسیب جسمی میشن استفاده از محلولای ضدعفونی برای ریه ما مضره و همیشه هست و گریزی ازش نیس...»

استرسهای محیطی

از جمله مخاطرات شغلی پرستاران میزان استرس وارد شده از محیط شامل رعایت سلسله مراتب و پاسخگویی به مافوق، مواجهه با بیماران بدحال، بروز خطای غیر عمدی، حجم کار بالا، ابتلا به بیماریهای ناشی از شغل، بحرانهای منطقه‌ای می باشد که پرستاران در طول خدمت تجربه می کنند. به عنوان نمونه شرکت کننده شماره ۳ میگوید:

«... گاهی وقتا حتی توخونه هم که هستم شبا خوابم نمیبره که اینکه از اون بیمار عفونی نکنه به منم سرایت کرده باشه و دنبال علائمش میگردم، یا اینکه سوزن فلان بیمار که قبلا رفت تو دستم و نیدل استیک شدم باعث بیماری که نشده باینکه آزمایشگاه هم رفتم...»

به طور کل از نتایج یافته‌های به دست آمده تم "آسیب روحی جسمی" را به وجود می آورند در شکل ذیل نحوه تشکیل این تم به صورت شماتیک نشان داده شده است.



شکل (۱) طرح شماتیک تم مدیریت خطر

بحث و نتیجه گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر که برگرفته از تجارب مشارکت کنندگان است، بررسی چالشهای ایمنی بیمار را دربر می‌گیرد. تم‌های اصلی بدست آمده در این پژوهش آسیبهای روحی جسمی است که خود دارای زیر مفهوم‌های مخاطرات شغلی و استرسهای محیطی است که هر کدام به طور جداگانه بحث می‌شود. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر در زمینه تم مخاطرات شغلی با پژوهش‌های عطار(۱۳۷۸) اولیوریا و همکاران (۲۰۱۵) در برخی زمینه‌ها همسو است. عطار(۱۳۷۸) در مطالعه‌های بیان نمود محیط حرفه‌ای، نوع کار، افراط یا تفریط در کار، خطرهای جسمانی، چگونگی تطبیق فرد با محیط کار و رویارویی خانواده - کار، به منزله منابع تنیدگی یا تنشهای حرفه‌ای محسوب می‌شود. نتایج پژوهش اولیوریا و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد شاخص‌های موثر در ایمنی بیمارستان شامل میزان ساعات کاری پرستاران، شیفت کار، سطح آموزش‌های مرتبط با ایمنی، میزان حقوق ماهانه، احساس عدم امنیت شغلی و عدم رضایت شغلی پرستاران می‌باشد.

در میان نیروی انسانی موجود در بیمارستان فعالیت نیروهای پرستاری به دلیل ارائه مراقبتهای درمانی به بیماران و ارتباط بیشتر با آنها بیش از سایر گروهها حائز اهمیت است. بدیهی است ارائه مطلوب خدمات پرستاری با کمیت و کیفیت محیط کار پرستاران حاضر در بیمارستان ارتباط دارد. حرفه پرستاری به خاطر ماهیت کار شبانه روزی با بیماران سخت، طاقت فرسا و همراه با استرس و فشار روانی است. آسیبهای شغلی در پرستاران به مراتب بسیار بالاست که بیشتر به خاطر فشارهای ناشی از شغل و عدم استاندارد بودن تسهیلات و تجهیزات محیط کاری است. هر گونه بی توجهی نسبت به کادر پرستاری منجر به کاهش کیفیت خدمات پرستاری ارائه شده به بیماران می‌گردد. بنابراین رعایت شرایط استاندارد برای محیط کار میتواند به کاهش مخاطرات شغلی پرستاران منجر گردد.

علاوه بر این از تم‌های بدست آمده دیگر استرسهای محیطی است. در بررسیهای صورت گرفته در زمینه استرس شغلی در طی ۳۰ سال گذشته، حرفه پرستاری نیز به علت کافی نبودن تعداد پرستاران و در نتیجه فشار بالای کار به خودی خود به منزله نخستین منبع تنیدگی محسوب می‌شود که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (میرکمالی، ۱۳۷۷). نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش زاهدی و زارعان (۱۳۸۰)، تقدسی و حسینی (۱۳۹۷) همسو است. زاهدی و زارعان (۱۳۸۰) در مطالعه‌های به این نتایج رسید که پرستاران در مواجهه با بیماریهای عفونی و مسری قرار دارند، و مجبورند جهت پیشگیری مرتبا

¹ - Olivia et al.

دستان خود را بشویند و نتیجه آن التهاب پوستی یا اگزما خواهد بود. همچنین به دنبال فرو رفتن سوزن آلوده یا بریدگی توسط سایر وسایل تیز و لبه دار هم احتمال ابتلا به بیماریهای عفونی وجود دارد که باید همواره در محیطهای بیمارستانی مد نظر باشد که باعث استرسهای ناشی از محیط و شغل می شود. همچنین نتایج مطالعه تقدسی و حسینی (۱۳۹۷) در زمینه چالشهای بهبود کیفیت مراقبت های پرستاری یکی از موارد را استرس جسمی و روانی بیان نمودند.

در این زمینه می توان گفت: فرسودگی روانی که در این حالت فرد شاغل نسبت به کار، سازمان و همکاران خود با دیدی منفی برخورد می کند و قادر نیست احساسات و خواستههای دیگران را رعایت کند. این نگرشهای منفی و گرایشهای غیر انسانی ممکن است به محیط خانوادگی و محفل های دوستانه نیز کشیده شود. نه تنها ممکن است شغل خود را رها کند بلکه حتی ممکن است از حرفه و تخصص خود دست بکشند. همچنین علل استرس شغلی و محیطی در پرستاران عبارتند از: مسئولیت بیش از اندازه بدون داشتن اختیار، انتظارات و ضرب الاجل های غیر واقع بینانه، سازماندهی دوباره، تغییر مکان شغلی، آموزش ناکافی، قدر شناسی و سپاسگزار نبودن، وقت ناکافی برای تکمیل کردن مسئولیتها، نبود خلاقیت و استقلال، نداشتن منابع کافی، مشخص نبودن مشخصات شغل، همگام شدن با فن آوری، مشکلات رفت و آمد، فقدان توجه و مراقبت از فرزندان، شرایط کاری بد (نور، صدا، تهویه هوا) و خشونت در محل کار است. استرس شغلی دارای نشانه هایی می باشد که عبارتند از: نشانه های روانی، نشانه های جسمانی و نشانه های رفتاری که مطالب این مطالعه با مطالعه حاضر همسوسست (بهنودی، ۱۳۸۴). کول و ریچ (۲۰۰۹) معتقد است که ۹۳ درصد پرستاران مرتباً تحت تأثیر عوامل استرس زای محیط کار قرار می گیرند که این مورد می تواند سلامت جسمی و روانی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر این از منابع استرس شغلی و محیطی در پرستاری میتوان عواملی مانند واگذاری مسئولیت به کسی که آمادگی ندارد، کارکردن با کارکنان فاقد شرایط و صلاحیت لازم، تجربه عدم توافق با همکاران، کارکردن در محیطی که سوپروایزر و سرپرست حامی و پشتیبان کارکنان نیستند، مراقبت از بیمارانی که ایست قلبی کرده اند یا بیمارانی که در حال مرگ هستند، افزایش حجم کاری و تردید در درمان را نام برد. در کشور ما ۸۰ درصد شاغلین سیستم بهداشت و درمان را پرستاران تشکیل می دهند همچنین در این سیستم ۸۰ درصد کارها بر دوش آنها گذاشته شده است، این در حالی است که انجمن ملی ایمنی حرفه ای آمریکا، پرستاران را در راس ۴۰ حرفه با شیوع بالای بیماریهای مربوط به استرس معرفی کرده و عقیده بر این است که احتمالاً حرفه پرستاری در راس مشاغل پرسترس در میان مشاغل بهداشتی قرار دارد.

بر اساس نتایج این مطالعه و دیگر مطالعات مرتبطی که در این زمینه ارائه گردید جهت کاربرد یافته های پژوهش حاضر پیشنهاد می شود:

- آسپه های جسمی و روحی به پرستاران و بیماران با شرایط سختی کار پرستاران در حد امکان با افزایش تعداد پرستاران و ایجاد تسهیلات و آرامش روحی و فکری و بهره گیری از مشاوران مجرب مرتفع گردد و به سلامت روانی پرستاران جهت ارتقاء ایمنی بیمار بهاء داده شود.

منابع

انصاری م، یوسفی ع، یمانی ن، یارمحمدیان م، ۱۳۸۶. مقدمات روش تحقیق کیفی: راه و روش نظریه پردازی در علوم انسانی و بهداشت و درمان. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ۱۶۶ صفحه.

بهنودی زهرا. ۱۳۸۴. بهداشت و استرس شغلی. چاپ اول، تهران: نشر بشری، ص. ۴۰، ۱۰.

تقدسی محسن، حسینی فاطمه. ۱۳۹۷. چالش های بهبود کیفیت پرستاری در ایران: یک مرور سیستماتیک. فصلنامه پرستاری، مامایی و

پیراپزشکی، ۴ (۱): ۱۶-۶ URL: <http://sjnmp.muk.ac.ir/article-160-1-fa.html>

جعفریان علی، پارساپور علیرضا، حاج‌ترخانی امیرحسین، اصغری فریبا، امامی رضوی سیدحسن، یلدا علیرضا. ۱۳۸۸. بررسی پرونده‌ی شکایات وارده به سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ در سال‌های ۱۳۷۰، ۱۳۷۵، ۱۳۸۰. اخلاق و تاریخ پزشکی، ۲(۲): ۶۷-۷۴

رسولی شمسی، بیدار سلیمان. ۱۳۹۴. بررسی عملکرد پرستاران بیمارستان امام خمینی مهاباد در مورد رعایت شستشوی دست مطابق با پروتکل مصوب وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. سومین همایش کشوری ایمنی در نظام سلامت با محوریت ایمنی بیمار، آبان ماه ۱۳۹۴-ایران - ارومیه.

زابلی روح الله، عباس زاده عباس، شهبابی نژاد مصطفی. ۱۳۹۷. بررسی عوامل موثر بر جو ایمنی بیمار در بیمارستان‌های نظامی. فصلنامه ابن سینا. سال بیستم، شماره ۲ (پیاپی ۶۳ تابستان ۱۳۹۷)

زاهدی م، زارعان ج. در ترجمه: استرس شغلی. مورگان ف (مؤلف). شهرکرد: انتشارات روز مهر. ۱۳۸۰

صلواتی ص. ۱۳۹۲. فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران. نشریه پرستاری ایران. ۲۶(۸۴).

عطار ف. ۱۳۷۸. بررسی عوامل تنش زایی در پرستاران فوریت. فصلنامه اصول بهداشت روانی. ۱(۲): ۸۵-۸۰.

مرزبان، س و همکاران. ۱۳۹۲. سیستم ارزیابی مدیریت ایمنی بیماران در ICU. ژورنال علمی و پژوهشی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم و تحقیقات تهران. د ۱۷، ش ۵؛ صص ۴۷-۵۵

میرکمالی م. ۱۳۷۷. فشار روانی در سازمان مدیریت. مجله دانش مدیریت. ۱۱(۴۰): ۷۱-۶۸.

- Covell c, Ritchie j. Nurses Responses to medication errors. suggestions for the development of organizational strategies to improve reporting. *J Nurse Qual.* 2009 ;24 (4): 287-297
- Fleming, M., Wentzell, N., (2008) Patient safety culture improvement tool: development and guidelines for use. *Health care quarterly*, 11(15), 10-19.
- Halbach J, Sullivan L. 2009. Medication errors and patient safety a curriculum for teaching for Teaching medical students and family practice residents. department of family medicine new York medical college. September, 3rd ed: p26
- Johnstone M, Kanitsaki O. 2009. Culture, language and patient safety: making the links. *International Journal for Quality in Healthcare*, 5: 383-88.
- Nash, D., Goldfarb, N., (2006) *The quality Solution: The stakeholders guide*. 1st Edition, UK: Jones & Bartlett Publisher.
- Said B, Emel F. 2010. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research*,; 10:28
- Thomson R, Pryce A. Patient safety: epidemiological considerations. In: Hurwitz B, Sheikh A, editors. *Health Care Errors and Patient Safety*. 1st ed. Oxford: Willy Blackwell; 2009.
- Wachter RM. 2008. *Understanding Patient Safety*. 1st ed. New York: Mc Graw Hill.
- Walshek, V., and Dineen, M, (1998) clinical risk: making a difference: its just a sham? in Birmingham. university of brimingham, 7(14), 813-816.
- Zegers M, De Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LHF, Waaijman R, Smits M, Hout FAG, Zwaan L, Christiaans- Dingelhoff I, immermans DRM, Groenewegen PP, Wal G van der: 2009. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care*; 18:297-302.

Explanation of nurses' experiences of patients' safety challenges: a phenomenological study

Abstract

Background and objective: One of the most striking of human rights is the right to stay safe from dangers and injuries when receiving health services. The concept of patient safety is essential to healthcare systems and is one of the main pillars of quality in health care

organizations. therefore, this study aimed to explain the experiences of nurses from the safety challenges of patients at the social security hospital in Zahedan.

Method: The present study is a qualitative study with the phenomenological approach. Participants were selected from the nursing community based on the adoption criteria via purposive sampling and it was continued until information saturation and 14 people including two supervisors, one head nurse and eleven nurses were selected between the married nurses of 22-45-year-old age group. Data were collected by in-depth and semi-structured interviews and then data analysis was performed by Colaizzi method.

Results: The results of the interview analysis extracted 130 primary codes out of which the main theme of physical trauma and two sub-themes of occupational hazards and environmental stress was obtained. The occupational hazards included sub-concepts (unsafe environment, risk of occupational disease) and environmental stress included (superior responsiveness, exposure to critically ill patients).

Conclusion: Physical trauma in relation to medical errors is one of the most important patient safety challenges that should be given special attention.

Keywords: Physical trauma, Safety, Patients