مطالعه تجارب پرستاران از چالش‌های ایمنی بیماران بیمارستان تأمین اجتماعی

صدیقه تیموری[1]

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، گرایش داخلی جراحی، بیمارستان تأمین اجتماعی زاهدان.

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره دوازدهم/ شماره ۲/ پاییز و زمستان ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: ایمنی در سیستم خدمات سلامت تمام کشورهای دنیا، به معنی رعایت اصولی است که اگر درست اعمال شود، به بیمار صدمه وارد نمی‌شود و یا صدمات احتمالی به حداقل می‌رسد. مفهوم ایمنی بیمار جزء بسیار ضروری سیستم‌های بهداشتی درمانی بوده، بنابراین، این مطالعه با هدف تبیین تجارب پرستاران از چالش‌های ایمنی بیماران در بیمارستان تأمین اجتماعی زاهدان انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد پدیدارشناسی است. شرکت‌کنندگان شامل ۱۴ نفر ازجامعه‌ی پرستاری بودند که بر اساس معیارهای پذیرش با نمونه گیری هدفدار انتخاب شدند. نمونه‌گیری تا حد اشباع اطلاعات ادامه یافت. جمع‌آوری اطلاعات با روش مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته انجام گردید. تحلیل داده‌ها به روش کلایزی صورت گرفت.

یافته‌ها: از نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه ۱۳۰ کد اولیه استخراج شد که پنج تم اصلی نارضایتی، آسیب روحی جسمی، آگاهی، منابع انسانی، منابع تجهیزات حاصل شد. تم نارضایتی شامل دو تم فرعی اضافه‌کاری اجباری و حجم کار بالا بود. تم اصلی آسیب روحی جسمی شامل دو تم فرعی مخاطرات شغلی و استرس محیطی بود. تم اصلی آگاهی شامل سه زیر مفهوم، تم اصلی منابع انسانی شامل سه زیر مفهوم و تم اصلی منابع تجهیزات شامل چهار زیر مفهوم بود.

نتیجه‌گیری: آسیب روحی جسمی در رابطه با خطاهای پزشکی یکی از مهم‌ترین چالش‌های ایمنی بیمار می‌باشد که به صورت ویژه باید مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: پرستار، چالش‌های ایمنی، بیمار

آدرس مکاتبه: بیمارستان تامین اجتماعی زاهدان

Email: sd.teymuri@gmail. com

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

مقدمه

ایمنی (*Safety*) در سیستم خدمات سلامت تمام کشورهای دنیا، به معنی رعایت اصولی است که اگر درست اعمال شود، به مددجو صدمه وارد نمی‌شود و یا صدمات احتمالی به حداقل می‌رسد (۱) و ایمنی بیماران (*Patient safety*) به معنای فقدان هرگونه آسیب ناشی از ارایه خدمات بهداشتی درمانی و خطاهای پزشکی است (۲). ایمنی بیماران عبارت از پیشگیری از بروز هرگونه جراحت برای بیمار در طی فرایند، از اثر خدمات بهداشتی به بیمار در بیمارستان‌ها می‌باشد. این موضوع مخصوصا پس از گزارش مؤسسه تحقیقات دارویی ایالات متحده آمریکا که آمار خطاهای پزشکی و دارویی را در این کشور نشان می‌دهد، از اهمیت بیشتری برخوردار شد. پیشگیری از بروز هرگونه جراحت برای بیمار در طی فرایند از اثر خدمات بهداشتی به بیمار در بیمارستان‌ها، ایمنی بیماران می‌باشد. این موضوع مخصوصا پس از گزارش مؤسسه تحقیقات دارویی ایالات متحده آمریکا که آمار خطاهای پزشکی و دارویی را در این کشور نشان می‌دهد، از اهمیت بیشتری برخوردار شد (۳). ایمنی بیمار به معنای فقدان هرگونه آسیب ناشی از ارایه خدمات بهداشتی درمانی و خطاهای پزشکی است (۴). ایمنی بیماران به عنوان یکی از محتوای اصلی کیفیت خدمات بهداشتی و به مفهوم پیشگیری از بروز هرگونه آسیب به بیمار در طی مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد و تعدیل آسیب‌های ایجاد شده در اثر حذف خطاهای مربوط به مراقبت‌های بهداشتی ذکر شده است (۵). ایمنی بیمار پیشگیری وتعدیل آسیب‌های ایجاد شده در اثر حذف خطاهای مربوط به مراقبت‌های بهداشتی ذکر شده است که با بکارگیری شیوه‌ها و راهکارهای عملی وقوع خطاها را به حداقل رسانده و باعث عدم تکرار آن در صورت وقوع حوادث می‌شود. ایمنی بیمار را مصون ماندن از حوادث تصادفی ناشی از مراقبت وخطاهای طبی تعریف کرده‌اند عوامل متعددی باعث وقوع خطاهای ایمنی می‌شوند (۶). بنابراین دریافت مراقبت ایمن، بر اساس دانش روز و مبتنی بر برتری منافع بیمار یکی از حقوق اساسی بیماران در نظام سلامت تمام کشورهای دنیا از جمله ایران است (۷).

بهبود وضعیت ایمنی بیمار یک ضرورت جهانی است و یکی از مؤلفه‌هایی است که نقش مهمی در ارتقاء سطح ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها دارد (۸). به طور قطع می‌توان گفت رعایت و حفظ ایمنی بیمار، یکی از وظایف حرفه‌ای و اخلاقی تمامی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است (۹). نتایج تحقیق زاگرس و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد بسیاری از حوادث خطرناکی که در بیمارستان رخ می‌دهد رنج می‌برند و امروزه بسیاری از بیمارستان به دنبال راه‌هایی برای بهبود ایمنی بیمار از طریق کاهش خطا هستند. تاکنون پژوهش‌های چندی در حوزه استانداردها و عوامل ایمنی بیماران در بیمارستان‌ها 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 نگرانی‌های بین‌المللی است (*Thomas & Pryce*، ۲۰۰۹) براساس شواهد موجود تخمین زده می‌شود که در کشورهای در حال توسعه در حین دریافت خدمات بیمارستانی از هر ده بیمار یک نفر آسیب و جراحت 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 داده‌اند که حداقل ۲/۹ تا ۶۱/۱ درصد بیماران یکی از عوارض جانبی را تجربه کرده‌اند. بنابراین 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(۱۰). هدف‌نهایی بیمارستان‌ها بهبود ایمنی بیمار بوده و این کار نیازمند تغییرات اساسی در فرایندها و فرهنگ مثبت سازمانی است (۸).رخ دادن خطا در روند ایمنی بیمار به معنای غفلت و کوتاهی انسان نمی‌باشد 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 می‌کند، این در حالی است که نقطه شروع در کاهش خطا کسب آگاهی از علل رخ دادن خطا و حمایت نمودن از فرهنگ گزارش‌دهی خطا می‌باشد(۱۱). عوامل متعددی از جمله عوامل انسانی(دانش و عملکرد) فنی، تجهیزاتی شرایط محیط ارایه مراقبت، عوامل مربوط به بیماران، عوامل سازمانی (مانند خط‌مشی‌ها و آیین‌نامه‌ها) و ناهماهنگی تیم مراقبت در ایجاد

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

خطاهای پزشکی مؤثر است اما اکثر مجامع جهانی از جمله سازمان بهداشت جهانی معتقدند که خطاهای پزشکی و وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار عمدتا به دلیل سیستم‌های معیوب و مشکلات سیستم ارایه مراقبت رخ می‌دهند (نه فقط نقص ارایه‌کنندگان مراقبت). مطالعات نشان داده است که تنها در ۲۶درصد رویدادهای ناگوار، خطاهای مربوط به عملکرد ارایه‌کنندگان مراقبت، عامل رویداد ناگوار است که در این بین، خطاهای مربوط به عدم رعایت خطمشی‌ها (۲۷درصد)، خطاهای ناشی از فقدان مهارت (۲۶درصد)، خطاهای تکنیکی (۲۵درصد)، خطاهای دانشی (۱۶درصد)، و تخطی‌های تعمدی (۷درصد)، بیشترین نقش را داراست (۱۲).

گزارشات مؤسسات در کشورهای انگلستان، کانادا و استرالیا پیرامون خطاهای پزشکی در ارتباط با ایمنی بیماران در بیمارستان‌ها بود که موجب شد سیستم‌های مراقبت بهداشتی در بیمارستان‌ها دریابند که فاقد ایمنی کافی می‌باشند و این امر مهم در ایمنی بیمار بسیار کمرنگ و مشکل جدی است (۱۳).حفظ ایمنی بیمار یکی از مفاهیم اساسی در سیستم‌های ارایه خدمات بهداشتی درمانی است واین مسئله به یک نگرانی عمده برای جامعه وسیاست‌گذاران تبدیل شده است و از درجه اهمیت فراوانی برخوردار است و در سیستم‌های بهداشتی و درمان از اولویت‌های سیاست‌گذاری حوزه درمان به شمار می‌آید (۱۴). بی‌تردید اجرای برنامه‌های ایمنی بیمار مورد تأکید در برنامه حاکمیت بالینی مستلزم وجود سیستم اطلاعات ایمنی بیمار به منظور ثبت، گزارش‌دهی و تحلیل خطاهای پزشکی و وقایع تهدیدکننده ایمنی بیمار است. بنابراین برای طراحی این سیستم در بیمارستان‌های 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 مؤلفه‌های لازم برای طراحی سیستم اطلاعات ایمنی بیمار ضروری به نظر می‌رسد (۱۵). پیشرفت‌های بهداشتی در حوزه ایجاد راه‌های پیشگیری از نشر بیماری‌ها، مراقبت شخصی، اقدامات پزشکی به موقع، مراقبت دراز مدت و تحقیق بالینی، برآموزش و ترویج سلامت الکترونیک که می‌تواند منجر به تأمین کیفیت بالاتر در مراقبت ایمنی بیمار، مدیریت خطر در خدمات بهداشتی و مراقبت بهداشتی شود تأکید می‌کند (۱۶). همچنین مقوله ایمنی بیمار پس از گزارش انستیتوی پزشکی ایالات متحده در سال ۱۹۹۹که به بررسی میزان شیوع خطاهای پزشکی در این کشور پرداخته بود، مورد توجه پژوهشگران و صاحبنظران عرصه سلامت قرار گرفت (۳). علاوه بر موارد مطرح شده در این میان کشف و شناخت این چالش‌ها به کیفیت بالای ارائه مراقبت‌های پرستاری می‌انجامد. در واقع پرستاران باید احساس توانایی و کفایت کافی در مراقبت‌های بیمار را داشته باشند و توانایی تصمیم‌گیری را به دست آورند (۱۷). باتوجه به مطالب مطرح شده و نتایج پژوهش‌های انجام شده پژوهش حاضر به بررسی و تبیین تجارب پرستاران از چالش‌های ایمنی بیماران پرداخته است.

روش کار

این مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی در راستای تبیین تجارب پرستاران از چالش‌های ایمنی بیماران انجام شد. برای انتخاب نمونه‌ها محقق به بخش‌های درمانی بیمارستان تامین اجتماعی زاهدان به عنوان جامعه پژوهش مراجعه نموده و به روش مبتنی بر هدف اقدام به انتخاب پرستاران جهت مشارکت در مطالعه نمود این روند تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. در کل ۱۴ نفر در این مطالعه شرکت نمودند.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. با توجه به اهمیت حضور پرستاران در بخش‌های درمانی، مصاحبه با هر پرستار در اتاق استراحت پرسنل همان بخش انجام گردید. پژوهشگر مصاحبه را با سؤال اصلی (تجربه خود را در رابطه با چالش‌های ایمنی بیماران در بیمارستان بیان نمایید) آغاز نمود و سؤالات بعدی بر اساس پاسخ مشارکت‌کنندگان شکل گرفت. همه مصاحبه‌ها رو در رو انجام شد. هم چنین در حین مصاحبه از سؤالاتی مانند (می‌توانید بیشتر توضیح دهید) و یا (منظور شما این است) در جهت پیشبرد اهداف مطالعه استفاده گردیده است. متوسط زمان هر مصاحبه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بود. همه مصاحبه‌ها پس از کسب رضایت از مشارکت‌کنندگان ضبط گردید. همه فایل‌های صوتی به صورت کلمه کلمه بر روی کاغذ پیاده شده و چندین

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

بار مطالعه گردید. مصاحبه‌ها از تاریخ ۹۴/۹/۱ تا ۱۰/۱/ ۱۳۹۴ ادامه یافت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی از روش کلایزی استفاده شد. ۷ گام این روش شامل مراحل زیر است: ۱) وظیفه اولیه محقق خواندن کلیه توصیف‌ها و شرح حال‌های شرکت‌کنندگان جهت هم احساس شدن با شرکت‌کنندگان 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 شرکت‌کنندگان 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. ۷) در مرحله پایانی محقق به شرکت‌کنندگان در پژوهش به منظور تصریح نمودن عقایدشان از یافته‌های پژوهش و موثق نمودن یافته‌ها رجوع می‌کند (۱۸).

پژوهشگر پس از انجام مصاحبه واستخراج اطلاعات وکدگذاری، جهت اعتمادپذیر کردن داده‌ها، مجدداً به نمونه‌ها مراجعه نموده و موافقت آنها را با برداشت از مطالبی که بررسی کرده و به این ترتیب ارزیابی نمونه‌ها از مطالب نسخه‌برداری شده، مورد نظر قرار گرفت و همچنین مطالب مهم احتمالی، مورد بحث و شفاف‌سازی 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 عینی‌بودن داده‌ها کمک نموده وروشی برای تأیید موثق‌بودن اطلاعات بود.

یافته‌ها

در این مطالعه به منظور دستیابی به هدف پژوهش با ۱۴ پرستار که شامل ۲ سوپروایزر، ۱ سرپرستار و ۱۱پرستار مصاحبه شد. محدوده سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۲ تا ۴۵ سال می‌باشد. در جدول شماره (۱) خصوصیات دموگرافیک شرکت‌کنندگان 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	۱۴سال
شماره ۲	پرستار	زن	۳۵	کارشناسی	متاهل	۱۳سال
شماره ۳	پرستار	زن	۳۴	کارشناسی	متاهل	۱۰سال
شماره ۴	پرستار	زن	۲۵	کارشناسی	متاهل	۴سال
شماره ۵	سر پرستار	زن	۴۲	کارشناسی	متاهل	۲۰سال
شماره ۶	پرستار	زن	۳۸	کارشناسی	متاهل	۱۶سال
شماره ۷	پرستار	مرد	۳۲	کارشناسی	متاهل	۸سال
شماره ۸	پرستار	مرد	۳۳	کارشناسی	متاهل	۱۰سال
شماره ۹	پرستار	مرد	۳۵	کارشناسی	متاهل	۱۰سال
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

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

یافته‌های پژوهش در پنج تم اصلی نارضایتی، آسیب روحی جسمی، آگاهی، منابع انسانی، منابع تجهیزات استخراج گردید. تم اصلی نارضایتی که در راستای هدف پژوهش تدوین شده شامل دو تم فرعی اضافه‌کاری اجباری و حجم کار بالا بود. اضافه‌کاری اجباری شامل زیر مفهوم‌های (افزایش شیفت‌های پی در پی، کاهش راندمان کاری) و حجم کار بالا شامل (ساعات طولانی کار، عدم استراحت کافی) بودند.

- نارضایتی

با اینکه نیروی پرستاری طبق چیدمان استاندارد به ازاء مراقبت مستقیم و غیرمستقیم تعریف شده اما پرستاران از کمبود تعداد پرستاران شاغل و اجبار شیفت‌های پی در پی که نیاز به تمرکز مراقبت از بیمار هم دارد شاکی هستند که بطور مستقیم از راندمان وبازده کاری می‌کاهد و همچنین باعث افزایش میزان بروز خطا در ایمنی بیمار می‌گردد و کمبود تعداد نیرو به صورت اضافه کاری اجباری برای پرسنل پرستاری در نظر گرفته می شود. شرکت‌کننده شماره۱۱با اشاره به این مشکل این گونه بیان می‌گوید: *«حجم کاری در این سال‌ها خیلی زیاد شده از طرفی نیروی پرستاری که ثابته وتغییر نمی‌کنه اونوقت به ما اضافه‌کاری اجباری میدن که دو شیفت شدن‌های تموم نشدنی ما پایانی نداره معلومه که خطاها ناخواسته زیاد میشه فشار کاری ما با بخشنامه‌ها و استانداردهای جدید همه روزه داره بیشتر و بیشتر میشه علاوه بر این شیفت‌ها شیفت‌های بحران و آنکالیای بیمارستان هم اضافه میشه که همه و همه باعث نارضایتی پرسنل هست... ».*

شکل شماره (۱) مفاهیم تم نارضایتی را نشان می دهد.

استانداردهای اجرایی برای درجه‌بندی بیمارستان‌ها روزبه‌روز در حال افزایش هست وبیمارستان‌ها برای هویت مناسب خویش اقدام به استقرار این استانداردها می‌نمایند واز آن طرف امکان تقسیم کار و افزایش نیروی پرستاری نیست و آمار بالای مراجعین هم این موضوع را تأیید می‌کند: شرکت‌کننده شماره ۱۴می‌گوید: *«.. .. در بیمارستان هرنفرجای چند نفر انجام وظیفه می‌کنه با استقرار ایزو و اعتباربخشی حجم مستنداتی که باید تکمیل بشه زیاد و زیادتر میشه هر روز بخشنامه‌ها و دستوالعمل‌ها کار اضافه می‌کنن وسیستم‌های نرم افزاری شده ولود کاری ما خیلی بالا رفته اما نیرویی به ما اضافه نمیشه همه دوست دارن زودتر با این سختی کار بازنشسته بشن آمار مراجعین که اکثرشون بیمه تامین اجتماعی هستن وفقط به بیمارستان ما مراجعه می‌کنن روزبروز افزایش داره... ».*

- آسیب روحی جسمی

تم اصلی آسیب روحی جسمی که در راستای هدف پژوهش تدوین شده 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.

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 بیماران سرطانی، 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 شرکت‌کننده شماره ۱۳می‌گوید: *«... در اثر شرایط سخت کار ما، مسلمه که دچار بیماری‌های ناشی از شغلمون میشیم مثلا تو بخش ما امکان جداسازی بیماران برای گرافی نیست ودر بخش مراقبت‌های ویژه هم اکثر بیماران نیاز به گرافی زیاد دارن و هم ما و هم بیماران دیگه دچار آسیب جسمی میشن استفاده از محلول‌های ضدعفونی برای ریه ما مضره و همیشه هست وگریزی ازش نیست... »*

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 غیرعمدی، حجم کار بالا، ابتلا به بیماری‌های ناشی از شغل، بحران‌های منطقه‌ای می‌باشد که پرستاران در طول خدمت تجربه می‌کنند. به عنوان نمونه شرکت‌کننده شماره ۳ می‌گوید: *«... گاهی وقت‌ها حتی توخونه هم که هستم شبها 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 با اینکه آزمایشگاه هم رفتم ».* شکل شماره (۱) مفاهیم تم آسیب روحی و جسمی را نشان می‌دهد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

- آگاهی

تم اصلی آگاهی که در راستای هدف پژوهش تدوین شده شامل زیر مفهوم‌های (آموزش وآگاهی ناکافی بیماران، نیازهای آموزشی پرسنل، کمبود آگاهی پرستاران از خطاها) بود.

پرستاران در بعضی موارد دچار نداشتن اطلاعات کافی و هم چنین آموزش مناسب درمورد آموزش‌های مورد نیاز بیماران به دلیل ارجاع بیماران سایر بخش‌ها به بخش خود می‌شوند از طرفی اضافه‌کاری اجباری زمان شرکت در کلاس‌های آموزشی را کمتر مهیا می‌کند که باعث ایجاد و امکان بروز خطا در امر مراقبت می‌شود. به عنوان نمونه شرکت‌کننده شماره ۹ می‌گوید: *«... من پرسنل احتیاج به آموزش و تکرار موارد آموزش به بیمار و مراقبت از او دارم اما وقتی صبح و شبم دیگه نمیتونم فردا صبحش برای کلاس بمونم واقعا سختمه و کشش ندارم باید استراحت کنم. .. »*. همچنین شرکت‌کننده شماره ۱۰ می‌گوید: *«... کاشکی تعداد بیمارا رو تقسیم یا جابجا کنن و هر بخشی که تخت داشت هر جا کمبود تخت بود نخوابونن تا ما اینقد دچار چالش نشیم و نگن کندین باید آموزش ببینین... »*. یا شرکت‌کننده شماره ۲ می‌گوید: *«... نزدیک دو ساله که توی بیمارستان مطرحه اما ما از خطاهای صورت گرفته سایر بخش‌ها مهمترین و شایعترین بی‌اطلاع هستیم و من فکر می‌کنم هدف بازدیدهای ایمنی و بررسی خطاها ناتمومه و نتونسته به هدف اصلیش برسه... »*. همچنین شرکت‌کننده شماره ۴ می‌گوید: *«... من هر چی سعی کردم به بیمار بفهمونم که برای تعویض لباسش باید کمک بگیره متوجه نشد و روی تخت بلند شده و نرده‌ها رو هم از کنار تخت کنار زده و به پایین سقوط کرد که خیلی متاسف شدم اون موقع همراهش هم برای کمک نبود از نظر بیمار حجابش مهم بود و نمی‌خواست کسی ببینتش و ایمنی خودشو در نظر نگرفته بود ». شکل شماره (۱) مفاهیم تم آگاهی را نشان* می‌دهد.

- منابع انسانی

تم اصلی منابع انسانی که در راستای هدف پژوهش تدوین شده شامل زیر مفهوم‌های(کمبود نیروی پرستاری، چیدمان نامناسب پرستاری، افزایش الزامات اعتبار بخشی) بود.

تعداد پرستار در استانداردهای مراقبت‌های پرستاری مشخص شده است و در بعضی مراقبت‌های ویژه به ازاء هر بیمار یک پرستار مورد نیاز مراقبت است اما با توجه به کمبود نیروی پرستاری در تمامی رده‌های پرستاری و آمار بالای مراجعین همخوانی لازم ایجاد نمی‌شود با توجه به اضافه‌کاری اجباری، حجم کار زیاد، افزایش حجم نوشتاری قانونی پرستاری و چیدمان نامناسب پرستاری، زمینه آسیب به بیمار فراهم می‌شود. از طرفی با تلاش مسئولین بیمارستان امکان افزایش نیروی پرستاری مقدور نیست و استقرار استانداردهای اعتباربخش و اضافه شدن فرم‌های متعدد جهت تکمیل برای پرستاران با همان چیدمان نیروی قبلی باعث شده که پرسنل از بالین بیمار و مراقبت بیمار به ایستگاه پرستاری جهت ثبت موارد خواسته شده کشانیده شوند و همچنین کارکردن بصورت تیمی در درون بخش‌ها وبین بخش‌ها به همان دلایل ذکر شده خصوصا در زمان تحویل و تحول بیمار ضعیف می‌گردد. شرکت‌کننده شماره ۲ می‌گوید: *«... به نظر من در ارتباط با چالش‌های ایمنی بیماران کمبود نیروی انسانی حرف اول رو میزنه که باعث شیفت‌های پشت هم زیاد، خستگی، بی انگیزگی، پرداخت‌های کم برای پرستاران، اضافه‌کاری اجباری شده و این مسائل خواه ناخواه ایمنی بیمار رو تحت الشعاع قرار میده به نظر من مدیران فکری جدی برای حل این قضیه کنن. ... »*. همچنین شرکت‌کننده شماره ۷ هم در این رابطه می‌گوید: *«... با ورود من به بخش درمان از روز اول کمبود نیرو مشهود بود به طوری که بعضی مریض‌ها جهت دریافت خدمات مدت زمان زیادی انتظار میکشن که باعث استرس و تنش در بیمار و همراه میشه و ایمنی بیمار زیر سؤاله که کارش سر وقت انجام نمیشه». شکل شماره (۱) مفاهیم تم منابع انسانی را نشان می‌دهد.*

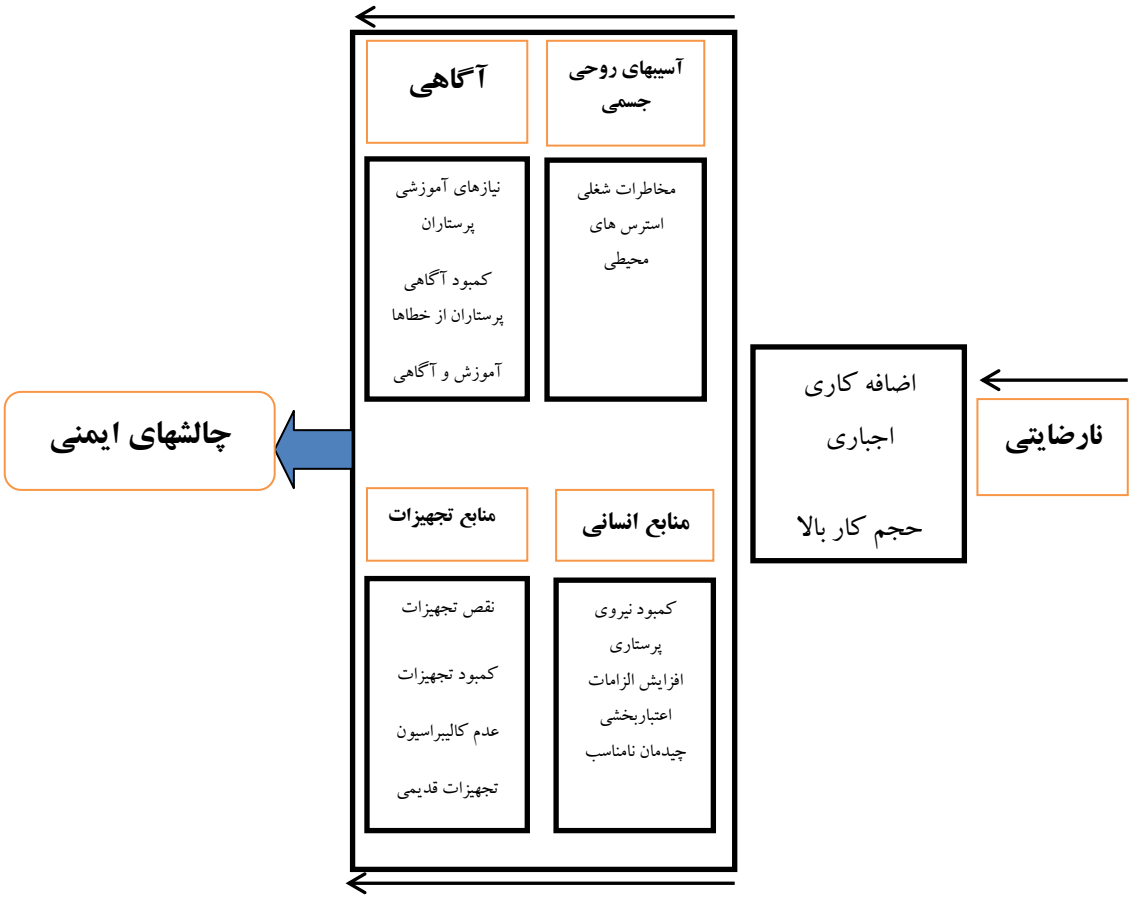
- منابع تجهیزات

تم اصلی منابع تجهیزات که در راستای هدف پژوهش تدوین شده شامل زیر مفهوم‌های(ناقص‌بودن، تجهیزات قدیمی، کمبود قطعات تجهیزات، عدم کالیبراسیون تجهیزات) بود.

مدیریت منابع تجهیزاتی در بیمارستان بسیار مهم و اولویت دارد و پرستار هر چقدر که تبحر و مهارت داشته باشد بدون کارایی تجهیزات در کار مراقبت و حفظ ایمنی بیمار موفق نیست که در این مورد کمبود تجهیزات، نقص در تجهیزات و نیاز به تامین قطعات، کالیبره نبودن تجهیزات، فقدان تجهیزات مورد نیاز از جمله مواردی است که مستقیماً ایمنی

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

بیمار را تهدید می‌کند ودر صورت وجود، چالشی بزرگ در زمینه ایمنی بیمار است. به عنوان نمونه شرکت‌کننده شماره۲ این‌گونه بیان می‌کند: *«... تجهیزات نامناسب در بعضی مواقع که به علت تحویل دیر هنگام یا عدم کاراییشان باعث بروز مشکلاتی در روند کار ما میشه»*. شکل شماره (۱) مفاهیم تم منابع تجهیزات را نشان می‌دهد.



شکل (۱)- طرح شماتیک تجارب پرستاران از چالش های ایمنی بیماران

بحث و نتیجه گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر که برگرفته از تجارب مشارکت‌کنندگان است تم‌های اصلی بدست آمده در این پژوهش شامل پنج تم اصلی نارضایتی، آسیب روحی جسمی، آگاهی، منابع انسانی، منابع تجهیزات است که هر تم اصلی دارای زیر مفهوم‌هایی است که هر کدام به طور جداگانه بیان شده است. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر در زمینه تم نارضایتی با نتایج پژوهش ستوده اصل و بختیاری(۱۳۸۵) همسو است. ستوده اصل و بختیاری (۱۳۸۵) در پژوهشی بیان کرده است کمبود تعداد پرستار منجر به اضافه‌کاری اجباری پرستاران، افزایش حجم و ساعات کاری آنها و به تبع فرسودگی شغلی و تمایل به ترک خدمت می‌شود. مطالعات حاکی از آن است که نارضایتی شغلی و فرسودگی شغلی به

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

طور واضح و شفافی بر بدنه جامعه پرستاری ایران سایه افکنده است.

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر در زمینه تم آسیب روحی جسمی با پژوهش‌های عطار (۱۳۷۸) و (*Olvia et al.*، ۲۰۱۵) در برخی زمینه‌ها همسو است. عطار (۱۳۷۸) در مطالعه 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 اولویا و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد شاخص‌های موثر در ایمنی بیمارستان شامل میزان ساعات کاری پرستاران، شیفت‌کار، سطح آموزش‌های مرتبط با ایمنی، میزان حقوق ماهانه، احساس عدم امنیت شغلی و عدم رضایت شغلی پرستاران می‌باشد. همچنین نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش تقدسی و حسینی(۱۳۹۷) همسو است. همچنین نتایج مطالعه تقدسی و حسینی (۱۳۹۷) در زمینه چالش‌های بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری یکی از موارد را استرس جسمی و روانی بیان نمودند.

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر در زمینه تم آگاهی با نتایج پژوهش جباری و همکاران (۱۳۹۴) همسو است. نتایج پژوهش آنها نشان داد که بین رفتار حرفه‌ای پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معنی‌دار و مستقیم وجود دارد هر چه میزان رفتار حرفه‌ای پرستاران افزایش یابد فرهنگ ایمنی بیمار بهبود خواهد یافت.

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر در زمینه تم منابع انسانی با نتایج پژوهش (*Nidelman & Zanjani* ، ۲۰۰۲) همسو است. *Nidelman & Zanjani* در این زمینه بیان کرده‌اند که کار و فعالیت نیروی انسانی در بیمارستان از اهمیت خاصی برخوردار است و عوامل مختلفی بر نحوه ارائه خدمت آنها تاثیر می‌گذارد. مهم بودن نیروی انسانی شاغل در مراکز درمانی و تاثیر آن برپیامدهای بیماری بیماران (طول اقامت کمتر، کاهش عوارض، کاهش میزان مرگ‌ومیر و هزینه) در تحقیقات مختلف گزارش شده است. می‌توان گفت: منابع انسانی مکمل و عامل حیات ایر منابع سازمان بوده وجدا از اینکه وجود آن برای استفاده از دیگر منابع لازم است، شرط اختصاصی بهبود و ارتقاء سازمان نیز به شمار می‌رود. بنابراین تامین منابع انسانی به گونه‌ای که بتواند فرصت لازم را جهت استراحت، کسب آرامش، ارتباط موثر، کاهش کاری و کنترل نمودن شرایط بخش را در چنین وضعیتی فراهم نماید توصیه می‌گردد.

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر در زمینه تم منابع تجهیزات با نتایج پژوهش جهانگیری و همکاران (۱۳۹۵) همسو است. نتایج مطالعه جهانگیری و همکاران نشان داد که همه بیمارستان‌های مورد بررسی از نظر استانداردهای ایمنی محیط، در سطح ۲ طبقه‌بندی می‌شوند. جهت تحقق کامل مفاد مندرج در استانداردهای لازم، باید اقدامات ضروری در جهت ایمن‌سازی بیمارستان‌ها به ویژه در زمینه استانداردهای اساسی صورت گیرد. بنابراین وجود امکانات و ابزار مناسب کار، مراقبت و استفاده صحیح و اصولی از امکانات و تجهیزات و برنامه‌ریزی جهت استفاده بهینه از تجهیزات و منابع موجود از زیر مجموعه عوامل مربوط به تکنولوژی و تجهیزات می‌باشدکه از نظر افراد مورد پژوهش تاثیر زیادی در افزایش بهره‌وری و ایمنی بیمار دارند.

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت: 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 وکیفیت 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. هرگونه بی‌توجهی 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. در این زمینه می‌توان گفت: فرسودگی روانی که در این حالت فرد شاغل نسبت به کار، سازمان و همکاران خود با دیدی منفی برخورد می‌کند و قادر نیست احساسات و خواست‌های دیگران را رعایت کند. این نگرش‌های منفی وگرایش‌های غیرانسانی ممکن است به محیط خانوادگی ومحفل‌های دوستانه نیز

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

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 ضرب‌الاجل‌های غیر واقع بینانه، سازماندهی دوباره، تغییرمکان شغلی، آموزش ناکافی، قدرنشناسی و سپاسگزار نبودن، وقت ناکافی برای تکمیل کردن مسئولیت‌ها، نبود خلاقیت و استقلال، نداشتن منابع کافی، مشخص نبودن مشخصات شغل، همگام شدن با فن‌آوری، مشکلات رفت و آمد، فقدان توجه و مراقبت از فرزندان، شرایط کاری بد (نور، صدا، تهویه هوا) و خشونت در محل کار است. (*Ritchie&Covell* ، ۲۰۰۱) معتقد است که ۹۳ درصد پرستاران مرتباً تحت تأثیر عوامل استرس‌زای محیط کار قرار می‌گیرند که این مورد می‌تواند سلامت جسمی وروانی 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 کرده‌اند 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 می‌دهند همچنین در این سیستم ۸۰ درصد کارها بر دوش آنها گذاشته شده است، این در حالی است که انجمن ملی ایمنی حرفه‌ای 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 پراسترس در میان مشاغل بهداشتی قرار دارد.

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

- مسائل نارضایتی پرستاران در جهت حفظ ایمنی بیمار اعم از اضافه‌کاری اجباری، حجم کار بالا مورد توجه ویژه مقامات مسئول قرار گیرد و در حد توان نسبت به حل مشکل با افزایش تعداد و چینش بهتر نیروی پرستاری اقدام شود.
- آسیب‌های جسمی و روحی به پرستاران و بیماران با شرایط سختی کار پرستاران در حد امکان با افزایش تعداد پرستاران، ایجاد تسهیلات، آرامش روحی و فکری و بهره‌گیری از مشاوران مجرب مرتفع گردد و به سلامت روانی پرستاران جهت ارتقاء ایمنی بیمار بهاء داده شود.
- با توجه به تاثیرگذاری مستقیم تجهیزات پزشکی برروند ایمنی بیمار رفع نقص‌ها و کالیبراسیون تجهیزات پزشکی و افزودن تجهیزات پزشکی در منابع مالی سالیانه در نظر گرفته شود.
- کمبود پرستار در چیدمان با افزایش نیرو از طریق رایزنی مقامات مسئول و استفاده از تجارب کارشناسان تا حد توان به استاندارد چینش نیروی پرستاری نزدیک شود تا ارتقاء ایمنی بیمار اتفاق بیافتد.
- فراهم کردن دوره‌های آموزشی مناسب پرستاران جهت ارتقاء مراقبت‌های پرستاری و افزایش سطح ایمنی بیماران در برنامه‌ریزی آموزشی در اولویت قرار گیرد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

Reference

1. Stang A, Thomson D, Hartling L, Shulhan J, Nuspl M, Ali S. Safe Care for Pediatric Patients: A Scoping Review Across Multiple Health Care Settings. Clin Pediatr (Phila). 2018; 57(1): 62-75.
2. Organization Word Health. Conceptual framework for the international classification for patient safety version. 2009; 1-154.
3. Fleming, M., Wentzell, N. Patiet safety culture improvement tool: development and guidelines for use. Health care quarterly. 2008; 11(15), 10-19.
4. Rasooli Shamsi, Bidar Soleiman. Evaluation of the performance of nurses of Imam Khomeini Hospital in Mahabad regarding the observance of washing hand in accordance with the protocol approved by the Ministry of Health and Medical Education. The third national conference on safety in the health system with a focus on patient safety. 2016. November 2016-Iran-Urmia. [In Persian]
5. Nash, D. , Goldfarb, N. The quality Solution:The stakeholders guide. 1st Edition, UK: Jones & Bartlett Publisher. 2006.
6. Masrour d, et al. Investigation of patient's safety events and its relationship with the professional interaction of nurses and physicians from the perspective of nurses. Quarterly Journal of Nursing Management. 2014. Volume 1, 1 (2): 49-38. [In Persian]
7. Calorozi, Fatima and July, soda. Safety in Child Intensive Care Units: A Review of Studies in Iran. Iranian Journal of Nursing. 2018. Volume 31, Number 112, July 2018. [In Persian]
8. Zaboli Ruhollah, Abbaszadeh Abbas, Shahabi Nejad Mostafa. Investigating the factors affecting the patient's safety atmosphere in military hospitals. Ibn Sina Quarterly. 2018. 20th year, No. 2 (63 consecutive, summer 2018). [In Persian]
9. López JG, Martínez PH, Negrete FM. El error médico y la seguridad del paciente en Oftalmología. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmologia. 2017; 92(7): 299-301.
10. Salavati, S. Patient safety culture from the nurses' perspective. Iranian Journal of Nursing. 2014. 26 (84): 33-24. [In Persian]
11. Halbach J, Sullivan L. Mediacl errors and patient safety a cuuriculum for teaching for Teaching medical students and family practice residents. department of family medicine new York medical college. September 2009; 3rd ed: p26
12. Wachter RM. Understanding Patient Safety. 1st ed. New York: Mc Graw Hill.
13. Johnstone M, Kanitsaki O. Culture, language and patient safety: making the links. International Journal for Quality in Healthcare. 2009; 5: 383-388.
14. Mohebbi Far Et al. Assessing the status of patient safety culture from the perspective of the staff of teaching hospitals in Tehran. Journal of Occupational Health and Safety. 2015. 5 (1): 68-57. [In Persian]
15. Walshek V, Dineen M. Clinical risk: making a difference: its just a sham? in Brimingham. university of brimingham. 2011; 7 (14): 813-816.
16. Marzban, S. et al. Patient safety management evaluation system in the ICU. Scientific and research journal of the Faculty of Nursing, Tehran University of Science and Research. 2014. 17 (5): 55-47. [In Persian]
17. Johnstone MJ, Kanitsaki O. 2006. The ethics and practicalimportance of defining, distinguishing and dislosing nursing errors: a discussion paper. Int J Nurs Stud. 2008; 43:367-76.
18. Yamani Nikoo, Yousefi Alireza, Ansari Maryam,Yarmohammadian Mohammad Hossein. Introduction to Qualitative Research Methodology: The way and method of theorizing in humanities and health. Isfahan University of Medical Sciences Publications. 2007. 166 pages. [In Persian]
19. Sotoudeh Asl N, Bakhtiari Ah. Evaluation of burnout and its related factors in nurses working in Semnan University of Medical Sciences, Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 1385. Volume 11, pp. 93-77. [In Persian]
20. Attar, F. Evaluation of stress factors in emergency nurses. Quarterly Journal of Mental Health Principles. 2000. 1 (2): 85-80. [In Persian]
21. Olvia S. HSOPSC. Hospital Survey on Patient SafetyCulture, Comparative Database Report. [Cited 2008 Nov 20]. http: //www. ahrq. gov/qual/hospsurveydbInternational Journal of Quality in Health Care, 2015; 3: 211-20.
22. Taghadosy M, Hosieini F. Challenges for Improving the Quality of Nursing Care in Iran: A Systematic Review . SJNMP. 2018; 4 (1) :6-16 http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-160-fa.html
22. Jabbari F. Sarai M, Azadeh Del M, Mehrabian F. The relationship between patient safety culture and professional nurses' behavior Comprehensive Journal of Nursing and Midwifery. 2016. Volume 25, 3, 33-27. [In Persian]
23. Nidelman M, Zanjani M. Approach to effective management: risk management. Measur, 2002: 6 (170): 3-6.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

24. Jahangiri, Mehdi., Sorkhi, Fariba., Rasouli Emadi, Zahra., And Izadi, Fahimeh. Evaluation of the extent of safe environment standards' realization in selected hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. Journal of Health System Research. 2017. Volume 12, 1, 31-27. [In Persian]

25. Thomoson 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.

26. Cole D, Nelson L. Stress at work: the relationship between hope and health in hospital nurse. Psychosocial Nursing 2001; 26 (4): 7-18

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

Study of Nurses' Experiences of Safety Challenges of Social Security Hospital Patients

Sedigheh Teimouri [1]

1. Master of Nursing - Internal Surgery

Abstract

Background and Objectives*: Safety in the health service system of all countries around the world means observing the principles that, if applied correctly, will not harm the patient or will minimize possible injuries. The concept of patient safety is a very essential component of health care systems, therefore, this study was conducted to explain the experiences of nurses of patient safety challenges in Zahedan Social Security Hospital.*

Materials and Methods: *The present study is a qualitative study with a phenomenological approach. Participants were selected from the nursing community based on admission criteria by purposive sampling and sampling was continued until information saturation and 14 people including two supervisors, one head nurse and eleven nurses were selected between the ages of 22-45 years. Data were collected by in-depth and semi-structured interviews and then data analysis was performed by Colaizzi method.*

Results: *From the results of the interview analysis, 130 initial codes were extracted out of which the five main themes of dissatisfaction, physical trauma, awareness, human resources, and equipment resources were obtained. The dissatisfaction theme, in turn included two sub-themes of forced overtime and high workload. The main themes of physical trauma included two sub-themes of occupational hazards and environmental stress. The main theme of awareness included three sub-concepts. The main theme of human resources included three sub-concepts and the main theme of equipment resources included four sub-concepts.*

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

Keywords: *Experiences, Nurses , Safety Challenges , Patients*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]