

# عنوان: احساس ایمنی در بیماران بستری در بیمارستان: یک مطالعه کیفی

## مقدمه و هدف :

مراقبت ایمن برای کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، مدیران و سیاست‌گزاران یک اصل بسیار مهم می‌باشد و یکی از موضوعات بسیار مهم در محیط‌های بهداشتی و درمانی ایمنی بیماران است؛ بطوری که قصور در ارائه مراقبت اولیه به عنوان یکی از عوامل جدی تهدید ایمنی بیماران تلقی می‌گردد. این اتفاق به دنبال فقدان درک نسبت به مفهوم ایمنی، عدم توجه به تهدیدات بالقوه و اشکال در کاربرد تکنولوژی‌های مرتبط با ایمنی بیمار رخ خواهد داد. بیماران ناظرین حساس در امر مراقبت از خود هستند و ادراکات و تجربیات آنها نقش مهمی در آگاهی از مشکلات موجود و کشف نشده در محیط‌های مراقبتی دارد، با این حال، یکی از مهم‌ترین ویژگی‌هایی که در تحقیقات ایمنی در مراقبت از بیمار وجود دارد، کمبود توجه به دیدگاه و تجربیات بیماران است. بدین ترتیب تحلیل مفهوم ایمنی بیمار می‌تواند منجر به درک روشنی از این مفهوم و در نتیجه ایجاد برنامه‌های مراقبتی استاندارد در آینده شود. همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که این مفهوم در محدود مطالعه‌ای به صورت کلی بررسی (بیماران بستری در بیمارستان) شده است و در عمده مطالعات به بررسی تجربیات بیماران در بخش‌های خاصی چون مراقبت‌های ویژه، همودیالیز، جراحی، زایمان و ... محدود بوده است. بنابراین تعریفی جامع و کلی از این مفهوم در دسترس نمی‌باشد. لذا مناسب‌ترین رویکرد که بتواند احساس ایمنی بیمار در طول بستری در بیمارستان به همراه سایر عوامل موثر بر شکل‌گیری آن بررسی نماید تحلیل محتوا است. همچنین تحلیل مفهوم پژوهشگر را در شناسایی نظری و ابعاد احساس ایمنی در سیستم درمان کمک خواهد کرد که اولین گام برای شناخت مفهوم است و در ادامه تحلیل محتوای احساس ایمنی در بافت و فرهنگ جامعه ایرانی را روشن خواهد کرد.

## روش پژوهش:

جمع‌آوری داده‌ها از طریق تجزیه و تحلیل محتوای کیفی به روش قراردادی انجام گرفت. پژوهشگر پس از دریافت معرفی‌نامه و ارائه آن به مراکز درمانی و پس از هماهنگی لازم با مسئولین این مراکز، جلب رضایت و موافقت مشارکت‌کنندگان از مصاحبه نیمه ساختاریافته<sup>۱</sup> برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده کرد. مصاحبه‌ها، بر اساس راهنمای مصاحبه انجام شد. مصاحبه توسط دستگاه ضبط صوت<sup>۲</sup> ضبط گردید. مصاحبه به صورت انفرادی و در یک محیط خصوصی و ساکت که مورد نظر و تایید شرکت‌کنندگان بود، صورت گرفت. مصاحبه با سوالات باز این

<sup>1</sup> Semi-structure

<sup>2</sup> MP3 Recorder

امکان را برای شرکت‌کنندگان به وجود می‌آورد که نظرات خود را در مورد پدیده مورد نظر کاملاً شرح دهند. در ابتدای مصاحبه سوالاتی برای آشنایی بیشتر پژوهشگر با مشارکت‌کنندگان و همچنین ایجاد جو صمیمانه و بدون تنش پرسیده شد و در ادامه سوالات به سمت سوالات اختصاصی‌تر که در راستای هدف پژوهش بود و در راهنمای مصاحبه بیان شد، هدایت شدند. بلافاصله پس از مصاحبه یادداشت در عرصه<sup>۳</sup> درباره جریان مصاحبه و مشاهدات برداشته شد. مصاحبه‌ها تا زمانی ادامه یافت که شرکت‌کنندگان معتقد بودند دیگر اطلاعاتی برای ارائه ندارند. در آخر با چند سؤال باز، مصاحبه خاتمه یافت. در کنار ضبط صدا، پژوهشگر با همراه داشتن قلم و کاغذ اطلاعات اضافی را در ارتباط با پاسخ‌های غیر کلامی و یا کلامی مشارکت‌کننده نمود. بعد از اتمام مصاحبه در اولین فرصت موارد ضبط شده به دقت پیاده شدند. اصل مصاحبه‌ها در پوشه‌های محرمانه‌ای نگهداری شد. متن مصاحبه‌ها وارد نرم افزار MAXQDA نسخه ۱۰ شد و چندین بار مرور و بازخوانی شدند تا نوعی ادراک کلی در مورد مفاهیم درون آنها پدید آید. تجزیه و تحلیل و کدگذاری اولیه داده‌های هر مصاحبه قبل از مصاحبه بعدی صورت گرفت. برای افزایش تنوع از نظر بیماران در بخش‌های مختلف استفاده شد. لازم به ذکر است، تمامی مشارکت‌کنندگان اجازه ضبط مکالمات را، به پژوهشگر داده بودند. محیط پژوهش شامل بیمارستان‌های (شهدای تجریش، طالقانی، امام حسین و مهدیه) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود. مشارکت‌کنندگان با روش مبتنی بر هدف<sup>۴</sup> (هدفمند) از بین کسانی که مشخصات واحدهای پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. پژوهشگر با مراجعه به بیمارستان‌هایی که امکان دسترسی به بیمار بود و بعد از کسب رضایت‌نامه، مصاحبه نیمه ساختاریافته با آنها انجام داد. شرکت‌کنندگان بعدی بر اساس مفاهیم و کدهای استخراج شده از تحلیل مصاحبه‌های قبلی انتخاب شده و این روند با حداکثر تنوع شرکت‌کنندگان از نظر تخصص و تجربه تا رسیدن به اشباع ادامه داشت. تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها با روش تحلیل محتوای قراردادی بر اساس رویکرد گرانهیم و لاندمن<sup>۵</sup> انجام گرفت. در پژوهش حاضر تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی براساس رویکرد فوق در پنج مرحله و شامل (۱) پیاده سازی کل مصاحبه بلافاصله بعد از انجام مصاحبه، (۲) خواندن کل متن برای درک کلی از محتوای آن، (۳) تعیین واحدهای معنا و کدهای اولیه، (۴) طبقه بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع‌تر و (۵) تعیین درون مایه اصلی طبقات انجام گرفت. در این روش که الگوی استقرایی دارد پژوهشگران از استفاده از طبقات موجود خودداری می‌کنند و اجازه می‌دهند که طبقات و نام آنها از داده‌ها جریان یابد. بعد از اتمام مصاحبه در کوتاه‌ترین زمان ممکن اطلاعات ضبط شده به دقت گوش داده و سپس بر روی کاغذ پیاده شد. بعد از آن متن مصاحبه‌ها چندین

---

<sup>3</sup> Field Notes

<sup>4</sup> Purposeful

<sup>5</sup> Graneheim & Lundman

بار مطالعه شد تا با غوطه ور شدن<sup>6</sup> در داده‌ها یک ایده کلی و جدید ایجاد شود، در واقع اطلاعات از طریق مصاحبه جمع‌آوری شده و از طریق تداعی معنا تحلیل شدند.

### نتایج:

۳۱ بیمار با میانگین سنی ۴۳ سال (۷۱-۱۹ سال) در پژوهش مشارکت داشتند. برای حداکثر تنوع بیماران از بخش‌های مختلفی (ای سی یو، سی سی یو، جراحی، داخلی، آنکولوژی، نفرولوژی و پیوند، زنان، لیبر، ارولوژی، پوست و گوارش) انتخاب شده بودند. نتایج حاصل از بخش کیفی شامل ۱۵۷۸ کد اولیه بود که بعد از کاهش داده‌ها و ادغام عبارات همپوشان به کدهای اصلی، زیرطبقات، طبقات و درونمایه‌ها کاهش یافتند. تحلیل مفهوم احساس ایمنی بیمار در طول بستری در بیمارستان در نهایت ۵ مضمون اصلی را نمایان ساخت نشان داد که شامل "نیازها و انتظارات برآورده شده"، "احساس ترس و دلهره"، "درماندگی"، "تلاش برای بازیابی آسایش" و "احساس آرامش" بود که طبقات اصلی این مطالعه را تشکیل می‌دادند که به تفکیک در جدول شماره زیر ارائه شده است.

جدول: زیرطبقات، طبقات و درون مایه‌ها

زیرطبقات	طبقات	درون مایه‌ها
	نیاز به امکانات و تسهیلات	
نیاز به آرامش	نیازهای روحی و روانی	
نیاز به حمایت روحی		
نیاز به حضور و همراهی		نیازها و انتظارات برآورده شده
	نیاز به دسترسی	
	نیاز به مشارکت	
	انتظارات بیمار	
تجارب منفی قبلی بیمار	احساس تشویش	
بی اعتمادی به تیم درمان		احساس ترس و دلهره
عوامل تنش‌زا		
معضلات مالی	احساس عدم حفاظت	

<sup>6</sup> Immerse

	عوامل آزار دهنده‌ی محیطی
	دریافت مراقبت غیر اثربخش
	خستگی روحی
درماندگی	شکست روحی
	سخت سپری شدن روزهای بستری
	تلاش برای دیده شدن
	تلاش برای دانستن
تلاش برای بازیابی آسایش	تظاهر و پنهان کاری
درون مایه‌ها	طبقات
	جدال با ناآرامی درونی
	آسودگی
	مراقبت توأم با عطوفت
	دریافت مراقبت انسانی
	تبحر و تعهد حرفه ای کادر درمان
	حمایت خانواده و نزدیکان
احساس آرامش	
	محیط پاکیزه
	ساختار مناسب بخش
	محیط آرامش بخش
	شرایط مطلوب تغذیه ای
	امکانات مناسب بیمارستان

#### بحث:

هنگامی که بیمار در بیمارستان بستری می‌شود، دارای یکسری انتظاراتی از کادر درمان و سیستم درمانی است که این انتظارات بر پایه نیازهای او شکل گرفته است. وقتی بیمار با کمبودها و یا عدم رفع نیازها مواجه می‌شود برای بازیابی آسایش خود تلاش می‌کند تا ایمنی خود را بدست آورد. در صورتی که این اقدامات او به ثمر نرسد،

دچار احساس ترس و دلهره و درماندگی خواهد شد، اما اگر تلاش‌های او موفقیت آمیز باشد و یا اینکه در همان ابتدا با نقص و کمبودی مواجه نشود، احساس ایمنی را تجربه خواهد کرد، که پیامد آن احساس آرامش و راحت سپری شدن روزهای بستری است. بر اساس نتایج بدست آمده از مرحله کار در عرصه می‌توان احساس ایمنی را به این صورت تعریف کرد: احساس اعتماد به تیم درمان، احساس حفاظت و فقدان تشویش است که تحت تاثیر عملکرد تیم درمان، محیط، حمایت خانواده و نزدیکان شکل می‌گیرد و منجر به احساس آرامش و راحت سپری شدن روزهای بستری خواهد شد.