

## محیط زندگی عاری از حوادث: درک بیماران و کارکنان از ویژگی‌های محیط فیزیکی ایمن در بخش‌های روان‌پزشکی

حسین ابراهیمی\* حسین نامدار ارشنتاب\* محمد اصغری جعفرآبادی\*\* مریم وحیدی\*

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: ایجاد و حفظ محیط ایمن، یک بخش مهم از مراقبت در بخش‌های روان‌پزشکی است. نتایج مطالعات قبلی نشان می‌دهد که برخی ویژگی‌های محیط فیزیکی، ایمنی بخش را تسهیل می‌کند. تجارب افرادی که بیش‌ترین حضور در این محیط‌ها را دارند، می‌تواند بهترین منبع جهت شناسایی این ویژگی‌ها باشد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تبیین درک بیماران و کارکنان از ویژگی‌های محیط فیزیکی ایمن در بخش‌های روان‌پزشکی انجام یافته است.

روش بررسی: در این مطالعه کیفی توصیفی اکتشافی، هفت نفر از بیماران در حال ترخیص و نوزده نفر از کارکنان شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی مورد مصاحبه قرار گرفتند و همچنین ۸۴ ساعت مشاهده در عرصه صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای کیفی با روش Graneheim و Lundman تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که محیط فیزیکی ایمن در بخش‌های روان‌پزشکی به معنای «داشتن محیط زندگی عاری از حوادث» است. این درون‌مایه، انتزاعی شده دو طبقه اصلی شامل «داشتن طرح پیشگیری‌کننده از حوادث» و «داشتن محیط زندگی طبیعی (نرمال)» است. «حذف یا تعدیل اسباب حادثه آفرین»، «بخش‌های متناسب با ویژگی بیماران» و «شرایط تسهیل‌کننده عملکرد کارکنان» زیرطبقات طبقه داشتن طرح پیشگیری‌کننده از حوادث و «فعالیت‌های هدفمند و معنادار»، «شرایط سالم و خوشایند» و «تأمین حریم بیمار» زیرطبقات طبقه «داشتن محیط زندگی طبیعی (نرمال)» است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر، جهت پیشگیری از آسیب روانی و جسمی به بیماران و کارکنان در بخش‌های روان‌پزشکی ضروری است تا یک محیط فیزیکی ایجاد شود که عاری از امکان وقوع حوادث باشد و در عین حال نیازهای روزمره بیماران تأمین شود.

واژه‌های کلیدی: ایمنی، محیط، بیمارستان، روان‌پزشکی، مطالعه کیفی

نویسنده مسؤول: مریم وحیدی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
e-mail: maryamvahidi84@gmail.com

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۸ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۳۹۸ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۸/۹/۴

### مقدمه

عنوان یکی از مفاهیم اساسی پرستاری مطرح کردند (۲). محیط بخش‌های بستری، نقش تعیین‌کننده در رفتار بیماران دارد. به این دلیل در بخش‌های روان‌پزشکی به محیط Milieu می‌گویند. محیط شامل کلیه شرایط، اوضاع و احوال خارجی است که فرد را در بر گرفته است. هر محیط شامل منابع انسانی و غیرانسانی است. بنابراین عوامل تشکیل‌دهنده محیط شامل

توجه به محیط سابقه تاریخی در پرستاری دارد؛ به طوری که یک قرن پیش نایتینگل تأکید کرد که محیط مناسب در بهبود بیماران نقش مهمی ایفا می‌کند (۱). همچنین، Fawcett و Desanto-Madeya محیط را به

\* گروه آموزشی روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
\*\* گروه آموزشی آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

مطالعه انجام یافته در ۱۱ کشور نشان داد که ۳۲/۴٪ از بیماران بستری در بخش‌های روان‌پزشکی رفتارهای پرخاشگرانه یا خشونت را تجربه کرده‌اند (۷).

در ایران مطالعات اندکی در خصوص بررسی فراوانی حوادث در بخش‌های روان‌پزشکی انجام یافته است. از ۲۶۴ بیمار پذیرش شده به یکی از بخش‌های روان‌پزشکی ایران در شش ماه اول سال، ۹/۱٪ جداسازی (seclusion) را تجربه کرده بودند و رفتارهای پرخاشگرانه مهم‌ترین علت جداسازی بوده است (۸). در مطالعه دیگری در ایران فراوانی فرار از بخش در طول یک سال ۴/۲۴٪ گزارش شده و علت فرار ملال‌انگیز بودن محیط بخش و دلتنگی برای خانواده گزارش شده است (۹).

همچنین، توصیف بیماران از ایمنی در بخش‌های روان‌پزشکی شامل ایمنی روان شناختی و ایمنی جسمی است. آن‌ها بیان می‌کنند که اغلب در بخش احساس ناامنی می‌کنند. ایجاد و حفظ محیط ایمن، یک بخش مهم از مراقبت در بخش‌های روان‌پزشکی می‌باشد (۱۰).

بر پایه یکی از مدل‌های ایمنی در بخش‌های روان‌پزشکی، هر حادثه نتیجه ترکیبی پیچیده از عوامل مرتبط شامل تعامل کارکنان و بیماران، ویژگی‌های بیمار، ویژگی‌های کارکنان و ویژگی‌های محیط فیزیکی است (۱۱). لذا محیط فیزیکی می‌تواند تأثیر مثبت و منفی بر مراقبت از بیمار و پیامدهای درمان داشته باشد. در این راستا، در مطالعه‌ای چهارده ویژگی طرح ساختمان بخش‌های روان‌پزشکی ارتباط آماری معناداری با فراوانی خطر جداسازی داشت

ساختمان بیمارستان و بخش، ارتباطات انسانی و فعالیت‌های موجود در بخش است (۳). ایجاد و حفظ محیط ایمن، یک بخش مهم از محیط درمانی در بخش‌های روان‌پزشکی می‌باشد. طبق تعریف WHO منظور از ایمنی بیمار انجام تلاش‌های هماهنگ برای جلوگیری از آسیب قابل پیشگیری ناشی از فرآیند مراقبت‌های سلامتی به بیمار است (۴).

اگرچه هر روز تعداد زیادی از بیماران بدون هیچ حادثه‌ای در بخش‌های روان‌پزشکی، توسط مراقبان بهداشتی درمان و مراقبت می‌شوند، اما حوادث ممکن است در طول مراقبت‌های بهداشتی بیماران را در معرض خطر آسیب قرار دهد. برخی از حوادث در بخش‌های روان‌پزشکی شبیه سایر بخش‌های پزشکی است اما حوادثی وجود دارد که منحصر به بخش‌های روان‌پزشکی است. در مطالعه‌ای مروری، هشت حادثه به عنوان حوادث بخش‌های روان‌پزشکی شناسایی و بررسی شدند. این حوادث شامل خشونت و پرخاشگری، قربانی شدن بیمار، خودکشی و آسیب به خود، سقوط، فرار بیماران، عوارض جانبی داروها، استفاده از جداسازی و محدودکننده‌ها و تشخیص نادرست هستند (۵).

بررسی بستری‌های ۱۲ سال گذشته توسط Mills و همکاران نشان داد که ۲۴۳ گزارش اقدام به خودکشی و خودکشی تکمیل شده وجود داشته که روش‌های آسیب به خود شامل حلق‌آویز کردن ۴۳/۶٪ (۱۰۶)، بریدن ۲۲/۶٪ (۵۵)، خفه کردن خود ۱۵/۶٪ (۳۸) و مصرف بیش از حد (over dose) ۷/۸٪ (۱۹) بوده است (۶). نتایج یک مطالعه مروری بر ۱۲۲

(۱۲). همچنین در یک مطالعه توصیفی در ایران، محیط فیزیکی به عنوان یکی از موانع کنترل پرخاشگری مطرح شد (۱۳). بررسی ۴۶۴ حادثه مرگبار در بخش‌های بستری نشان داد که نامناسب بودن عوامل محافظتی محیطی مهم‌ترین علت مرتبط با حوادث ناگوار است (۱۴). بنابراین حذف و تعدیل این عوامل در دستورالعمل‌های مختلف مورد تأکید قرار گرفته است.

مطالعات اندکی در خصوص بررسی ایمنی در بخش‌های روان‌پزشکی در ایران انجام یافته است. از طرف دیگر، اگرچه برخی از مطالعات محیط فیزیکی را به عنوان یکی از عوامل مرتبط با بروز حوادث و حفظ ایمنی شناسایی کرده‌اند، ولی طبق جستجوی نویسندگان مطالعه‌ای متمرکز بر ارتباط محیط فیزیکی و ایمنی در کشور انجام نگرفته است. شواهد بین‌المللی را شاید نتوان به طور کامل به محیط‌های درمانی مختلف تعمیم داد؛ زیرا کیفیت محیط بخش‌ها تحت تأثیر نظام سلامت قرار دارد. توجهی که در نظام سلامت به بیمارستان‌های روان‌پزشکی می‌شود در کشورهای مختلف، متفاوت است (۱۵). از طرف دیگر ویژگی‌های بخش‌های روان‌پزشکی در ایران متفاوت از بسیاری از کشورها است. آمار موجود نشان می‌دهد که در ایران حدود ۱۰ هزار و ۳۰۰ تخت روان‌پزشکی وجود دارد (۱۶). بنابراین با وجود نزدیک به ۴۰ هزار بیمار اعصاب و روان در کشور، به دلیل کمبود تخت روان‌پزشکی کمتر از ۱۰ هزار نفر از آن‌ها می‌توانند بستری شوند (۱۷). بیمارستان‌های روان‌پزشکی قضایی (۱۸) و بخش مراقبت‌های

ویژه روان‌پزشکی (۱۹) در ایران وجود ندارد و همچنین مؤسسات مبتنی بر جامعه نیز محدود است (۲۰). در نتیجه تراکم و تنوع بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی بالا است. بنابراین انجام مطالعه کیفی جهت شناسایی ابعاد محیط فیزیکی مرتبط با ایمنی بیماران ضروری به نظر می‌رسد. تجارب افرادی که بیش‌ترین حضور در این محیط‌ها را دارند، می‌تواند بهترین منبع باشد؛ لذا کارکنان خصوصاً پرستاران به علت مراقبت بیست و چهار ساعته از بیماران و همچنین خود بیماران به عنوان ساکنان این بخش‌ها می‌توانند اطلاعات زیادی از ویژگی‌های محیط فیزیکی ایمن گزارش کنند. بنابراین، این مطالعه با هدف تبیین درک بیماران و کارکنان از ویژگی‌های محیط فیزیکی ایمن در بخش‌های روان‌پزشکی انجام گرفته است.

### روش بررسی

مقاله حاضر حاصل بخشی از یک مطالعه وسیع‌تر با هدف «طراحی و روایی‌سنجی ابزار محیط ایمن در بخش‌های روان‌پزشکی» است. در این پژوهش از طرح مطالعه کیفی توصیفی اکتشافی استفاده شده است، زیرا ابعاد پدیده مورد مطالعه کمتر شناخته شده بود (۲۱). عرصه پژوهش یک مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی واقع در یکی از شهرهای شمال غرب ایران بوده است که به عنوان یک مرکز مرجع در منطقه فعالیت می‌کند. این مرکز دارای ۱۶ بخش بستری با ۶۵۰ تخت ثابت (۵۹۱ تخت روان‌پزشکی و ۶۸ تخت غیر روان‌پزشکی) و بخش‌های پاراکلینیک است. بیماران داوطلبانه و یا اجباری در مرکز بستری می‌شوند. بخش‌های

بخش‌های روان‌پزشکی بود. در این مطالعه سعی شد نمونه‌گیری بیماران و کارکنان با حداکثر تنوع صورت گیرد. به طوری که دامنه وسیعی از نظر سن، جنس، سابقه کاری، پست و وضعیت استخدامی، مدت زمان بستری و تأهل در نظر گرفته شد. جدول شماره ۱ مشخصات مشارکت‌کنندگان را نشان می‌دهد.

جمع‌آوری داده‌ها از طریق ۲۶ مصاحبه نیمه ساختار یافته و نگارش ۲۲ یادداشت در عرصه صورت گرفت. چهار مصاحبه در محل کار محقق، چهار مصاحبه در اتاق کار مشارکت‌کنندگان و ۱۸ مصاحبه در بخش انجام گرفت. طول مدت مصاحبه‌ها از ۲۰ دقیقه تا یک و نیم ساعت متغیر بود. از سؤالات باز جهت مصاحبه استفاده شد. از بیماران پرسیده شد که «طبق تجارب شما در طول دوران بستری، چه ویژگی‌هایی از محیط فیزیکی بخش شامل ساختمان، تجهیزات و غیره سبب احساس ایمنی شما می‌شود؟»، «طبق تجارب شما در طول دوران بستری، چه ویژگی‌هایی از محیط فیزیکی بخش سبب آسیب به شما یا سایر بیماران می‌شود؟»، «تعریف شما از محیط فیزیکی ایمن در بخش روان‌پزشکی چیست؟»، «از کارکنان نیز سؤالاتی «طبق تجارب شما در طول اشتغال در بخش‌های روان‌پزشکی، ویژگی‌های محیط فیزیکی ایمن در بخش روان‌پزشکی چیست؟»، «طبق تجارب شما، کدام ویژگی‌های محیط فیزیکی سبب حفظ ایمنی بیماران می‌شود؟» و «طبق تجارب شما، کدام ویژگی‌های محیط فیزیکی سبب آسیب به بیمار می‌شود؟» پرسیده شد. سپس با توجه به پاسخ مشارکت‌کننده، سؤالات بعدی در جهت دستیابی

مردان و زنان مجزا است و همه بخش‌ها دستورالعمل‌ها و قوانین مشابهی از قبیل قفل بودن درب‌های ورودی، زمان توزیع غذا و دارو، دسترسی به سیگار و غیره دارند. زمان جمع‌آوری داده‌ها از آذر سال ۱۳۹۵ تا اسفند ۱۳۹۶ بود.

مشارکت‌کنندگان این مطالعه بیماران بستری در حال ترخیص و کارکنان شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی مرکز یاد شده بودند که قادر و مایل به بازگویی تجارب خود از پدیده تحت مطالعه بودند. پژوهشگر هر نوبت کاری صبح به بخش‌های روان‌پزشکی مراجعه و بیماران ترخیص شده آن روز را شناسایی می‌کرد. در صورت ترخیص بیمار از بخش با نظر روان‌پزشک معالج، نداشتن علایم واضح روان‌پریشی و اختلالات شناختی نظیر دمانس و عقب‌ماندگی ذهنی طبق تشخیص روان‌پزشک و بستری بودن در بخش به مدت حداقل یک هفته، پژوهشگر خود را به بیمار در حال ترخیص و خانواده وی معرفی می‌کرد و هدف از انجام پژوهش را برای آن‌ها شرح می‌داد. در صورت موافقت آن‌ها مصاحبه با بیمار در بخش تا زمان طی شدن مراحل اداری ترخیص و یا در صورت تمایل بیمار خارج از بخش بر طبق زمان و مکان موردنظر بیمار انجام می‌گرفت. در خصوص کارکنان، محقق براساس آشنایی طولانی مدت خود با محیط پژوهش سه مشارکت‌کننده اول را که غنی از اطلاعات بودند، انتخاب کرد و مشارکت‌کنندگان بعدی براساس شکل‌گیری طبقات انتخاب شدند.

معیارهای ورود برای کارکنان شامل اشتغال کنونی و سابقه کار حداقل یک سال در

پنهایی است در یک درون‌مایه قرار داده شد. نمونه‌ای از فرایند کدگذاری در جدول شماره ۲ نمایش داده شده است.

این مطالعه در کمیته منطقه‌ای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد IR.TBZMED.REC.۱۳۹۵.۰۱۳ تأیید شده است. قبل از مصاحبه، هدف و روش مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات و مشارکت داوطلبانه در مطالعه به مشارکت‌کنندگان توضیح داده می‌شد. رضایت آگاهانه کتبی قبل از شروع مصاحبه و رضایت ضمنی در طول مشاهده کسب می‌شد.

در این پژوهش برای اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها از معیارهای اعتبار، تأییدپذیری، انتقال‌پذیری و قابلیت اعتماد که توسط Lincoln و Guba مطرح گردیده‌اند، استفاده شد (۲۴). اعتبار داده‌ها با استفاده از مشارکت طولانی مدت و تعامل نزدیک پژوهشگر با مشارکت‌کنندگان، استفاده از روش‌های متعدد برای جمع‌آوری داده‌ها (مصاحبه و مشاهده)، تنوع در انتخاب مشارکت‌کنندگان (از نظر سن، جنس، موقعیت شغلی، سابقه کاری و اشتغال در نوبت‌های کاری مختلف)، تنوع زمانی در جمع‌آوری داده‌ها (نوبت کاری صبح و عصر) و بحث با همکاران طرح حمایت شد. جهت تأییدپذیری از بازنگری ناظران، راهبردهای مطرح شده در ممیزی مانند ثبت کلیه تصمیمات و فعالیت‌ها، پیوست نمودن فهرست کدهای باز و رایج پارادایم کدگذاری استفاده شد. جهت انتقال‌پذیری، جستجوی موارد مغایر از طریق جمع‌آوری داده‌های مغایر با داده‌های حاصل از

به هدف مطالعه پرسیده می‌شد. به منظور روشن شدن منظور مشارکت‌کننده، از سؤالات پیگیر نیز برای هدایت مصاحبه استفاده می‌شد. جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی ادامه یافت که دیگر مفهوم جدیدی در تحلیل داده‌ها به دست نیامد. برای تهیه یادداشت در عرصه، پژوهشگر در بخش‌های بالینی مشارکت‌کنندگان حضور یافت و به جو کلی بخش، ورود و خروج افراد به قسمت‌های مختلف بخش و فعالیت‌های روزانه کارکنان و بیماران توجه نمود. مشاهدات به مدت ۸۴ ساعت شامل ۲۰ نوبت کاری صبح (۴ ساعت در هر روز)، دو نوبت کاری عصر (۲ ساعت در هر روز) جهت تأیید یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها انجام گرفت. آن‌جا که پژوهشگر در زمینه آموزش پرستاری بالینی فعالیت می‌کند، به نظر نمی‌رسید این مسأله باعث اختلال در محیط شده باشد.

از رویکرد تحلیل محتوای کیفی قراردادی با روش Graneheim و Lundman جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد (۲۲). طبق این رویکرد، در ابتدا مصاحبه‌ها چندین بار جهت به دست آوردن یک حس کلی از متن خوانده شد. سپس متن به واحدهای معنایی تقسیم شد که فشرده شده بودند. واحد تغلیظ شده انتزاعی و با یک کد برجسته زده شد. کدها براساس تفاوت‌ها و شباهت‌ها مقایسه شدند و در شش زیرطبقه و دو طبقه مرتب شدند که محتوای آشکار را تشکیل می‌دادند. طبقات اولیه توسط دو محقق مورد بحث قرار گرفته و اصلاح شدند. فرایند انعکاس و بحث منجر به توافق بر چگونگی مرتب شدن کدها شد. در نهایت، معنای ضمنی طبقات که همان محتوای

کارکنان نیاز است تا بین این دو مورد تعادل ایجاد شود، هرچند که کار دشواری است: «موارد مرتبط با ایمنی خیلی زیاده، وقتی این جا کار می‌کنی، می‌بینی چقدر سخته که یک بخش ایمن برای مریض فراهم بکنی. هم خودش راحت باشه و هم ایمن باشه.» (پرستار خانم، ۲۱ ساله)

#### ۱- داشتن طرح پیشگیری‌کننده از

##### حوادث

طبق تجارب مشارکت‌کنندگان، ویژگی‌های اسباب و تجهیزات موجود در بخش، طراحی بخش‌ها براساس ویژگی بیماران و تسهیل عملکرد کارکنان از شرایطی است که زمینه را برای جلوگیری از ایجاد حوادث در بخش مهیا می‌کند. بنابراین، این طبقه از سه زیرطبقه شامل «حذف یا تعدیل اسباب حادثه‌آفرین»، «بخش‌های متناسب با ویژگی بیماران» و «شرایط تسهیل‌کننده عملکرد کارکنان» تشکیل شده است.

۱-۱- حذف یا تعدیل اسباب حادثه‌آفرین: طبق تجارب مشارکت‌کنندگان حذف یا تعدیل اسباب حادثه‌آفرین سبب پیشگیری از وقوع حوادث می‌شود. سقوط، آسیب به خود، آسیب به دیگران، خودکشی، سوختگی، آتش‌سوزی و فرار حوادث شایع در بخش هستند. برخی از بیماران به علت عوارض داروهای مصرفی و برخی به علت سالمندی و یا ناتوانی‌های جسمی مستعد سقوط می‌باشند. سقوط بیمار به صورت سقوط از تخت و همچنین هنگام راه رفتن اتفاق می‌افتد. کارکنان، لیز یا ناهموار بودن کف زمین و همچنین نامناسب بودن دمپایی و لباس بیماران را از علل سقوط مطرح

مصاحبه، چک کردن یافته‌های مطالعه توسط سایر پرستاران و بیمارانی که جزء شرکت‌کنندگان پژوهش نبودند، انجام یافت. همچنین پژوهشگر سعی کرد با توصیف فرآیند پژوهش، امکان پیگیری مسیر پژوهش را برای دیگران فراهم نماید، تا افراد استفاده‌کننده از نتایج پژوهش قادر باشند با استفاده از اطلاعات کافی در مورد مضامین استخراجی در مطالعه قضاوت نمایند. جهت قابلیت اعتماد از تجزیه و تحلیل و مرور یافته‌ها توسط افراد غیر درگیر در پژوهش استفاده شد.

### یافته‌ها

کارکنان شامل ۱۵ پرستار، یک مربی پرستاری، یک روان‌پزشک، یک روان‌شناس و یک نیروی خدماتی بودند. بیماران شامل سه بیمار با تشخیص افسردگی، دو بیمار با تشخیص اختلال خلقی دوقطبی و دو بیمار با تشخیص اسکیزوفرنی بودند. در ابتدا ۴۹۸ کد استخراج شد که پس از انجام مقایسه و ادغام کدهای مشابه نهایتاً شش طبقه فرعی، دو طبقه اصلی شامل «داشتن طرح پیشگیری‌کننده از حوادث» و «داشتن محیط زندگی طبیعی (نرمال)» و در نهایت درون‌مایه «داشتن محیط زندگی عاری از حوادث» حاصل شد (جدول شماره ۳).

نتایج نشان داد که محیط فیزیکی ایمن در بخش‌های روان‌پزشکی به معنای داشتن محیط زندگی عاری از حوادث است. این درون‌مایه، انتزاعی شده دو طبقه اصلی شامل «داشتن طرح پیشگیری‌کننده از حوادث» و «داشتن محیط زندگی طبیعی (نرمال)» بود. طبق تجارب

صدمات رو بتونه به خودش بزنه؛ مثلاً قسمتی از بخش جاهایی که مشاهده آن‌ها مشکل است وجود داره که مریض می‌تواند خودش رو حلق‌آویز کنه پس ما باید این‌ها رو حذف کنیم.» (پرستار مرد، ۴۵ ساله)

مشارکت‌کنندگان وسایل تیز و برنده نظیر شیشه‌های قابل شکستن، لبه‌های تیز اسباب، لبه‌های تیز دیوارها و لامپ‌ها را از جمله اسباب قابل استفاده بیماران جهت آسیب به خود و دیگران در بخش می‌دانستند. در بخش‌ها استفاده از اسباب شیشه‌ای ممنوع است ولی گاهی خانواده‌ها از روی ناآگاهی یا دلسوزی این وسایل را وارد بخش می‌کنند. طبق تجارب مشارکت‌کنندگان حذف این اسباب و یا تعدیل آن‌ها ضروری است.

«مثلاً میاد مداد تراش می‌گیره اون تراششو باز می‌کنه به خودش آسیب می‌زنه. یا لیوان یک بار مصرف رو باریک می‌بره و با اون دستشو می‌بره. معمولاً بشقاب شکستنی نمی‌دهیم و وسایل همراه‌ها رو چک می‌کنیم.» (پرستار خانم، ۴۳ ساله)

وجود وسایل قابل پرتاب نظیر سینی‌های استیل، لیوان‌ها، صندلی‌های بخش و غیره از جمله مواردی است که بیماران جهت آسیب به دیگران در بخش استفاده می‌کنند. طبق پیشنهاد کارکنان عدم استفاده از سینی‌ها و لیوان‌های فلزی و ثابت کردن صندلی‌ها از آسیب ناشی از پرتاب وسایل پیشگیری می‌کند.

«یکی هم در مورد سینی‌های غذاخوری که فلزی هستند؛ وقتی تو غذاخوری دعوا می‌شه اونو بر می‌داره می‌زنه به مریض دیگه یا به

کردند. طبق تجارب کارکنان اصلاح موارد بالا می‌تواند آمار سقوط در بخش را کاهش می‌دهد. به عنوان مثال در شروع مطالعه، مشارکت‌کنندگان تهیه نرده کنار تخت‌ها و یا تهیه تخت‌ها با ارتفاع کم را جهت پیشگیری از سقوط ضروری می‌دانستند. با مرور زمان و تهیه تخت‌های دارای نرده کناری در بخش‌ها، آمار سقوط طبق گفته مشارکت‌کنندگان و همچنین مشاهدات محقق کاهش یافت.

«یکی از مواردی که در بخش‌ها اتفاق می‌افته سقوط مریض‌ها هست؛ به خاطر داروهای زیادی که می‌خورند دچار هیپوتانسیون اورتوستاتیک می‌شن. ارتفاع تخت‌ها بالاست، حفاظ ندارن، یه بار شیفت صبح دیدیم یکی از مریض‌ها مون می‌گه نمی‌تونم لیوانو دستم بگیرم، ورم کرده. گفتم چی شده گفت شب از تخت افتادم.» (پرستار خانم، ۳۳ ساله)

آسیب به خود در بخش‌ها از طریق حلق‌آویز کردن و استفاده از وسایل تیز و برنده، خودسوزی توسط سیگار، زدن سر به دیوار، خفه کردن خود و غیره است. طبق تجارب مشارکت‌کنندگان، حلق‌آویز کردن بیش‌تر با ملافه یا لباس از طریق بستن به لوله‌های روکار، اسباب حلقه‌ای شکل سقف و دیوار، دستگیره‌ها و چارچوب بالایی درب‌ها اتفاق می‌افتد. در موارد زیادی کارکنان مانع کامل شدن فرآیند خودکشی شده‌اند. خودکشی بیش‌تر در مکان‌هایی که کارکنان دید محدودی به آن دارند، اتفاق می‌افتد. کارکنان بر ضرورت حذف یا تعدیل این موارد تأکید می‌کردند.

«بنابراین به بخش‌های روان‌پزشکی به مراتب بیش‌تر باید توجه بشه تا مریض حداقل

کارکنان و باعث آسیب اون‌ها می‌شه.» (نیروی خدماتی، ۳۷ ساله)

بستری اجباری بیمار و عدم بینش به بیماری، دلتنگی برای خانه و عدم تحمل شرایط بخش سبب فرار برخی از بیماران از بخش می‌شود. جهت پیشگیری از فرار بیمار درب‌های بخش بسته است.

«در این شش ماه بخش ما دو مورد فرار اتفاق افتاده. دو تا مریض شلوغ داشتیم، بخش ما پنجره‌هاش نرده نداره. دو تا مریض قاشق‌ها رو پنهان کردن. هراز گاهی با اون پیچ‌های پنجره رو باز می‌کردن. پنجره رو باز کردن گذاشتن زمین و با هم فرار کردن که البته نگهداری مانع شده بود که از بیمارستان خارج شوند؛ بعداً آوردن جای پیچ‌ها رو جوش زدن که نتونن باز بکنن.» (پرستار خانم، ۳۱ ساله)

به علت استعمال بالای سیگار خصوصاً در بخش مردان احتمال آتش‌سوزی بالا است. برخی از مشارکت‌کنندگان به آتش‌سوزی اخیر در بخش اشاره کردند که به علت انداختن ته سیگار توسط بیمار به اتاق نگه‌داری ملافه اتفاق افتاده بود. اخیراً تدبیرهایی نظیر قرار دادن فندک در ایستگاه پرستاری و عدم اجازه همراه داشتن فندک و کبریت و همچنین تخصیص اتاق سیگار و تعیین زمان خاص جهت استعمال سیگار، از مواردی است که جهت کاهش احتمال آتش‌سوزی به کار گرفته شده است. در دسترس بودن پرزها و سیم‌های روکار نیز احتمال آتش‌سوزی را افزایش می‌دهد.

«اینجا پرزهای برقی که در اتاق بیماران هست جریان برق نداره. محفظه کنترل پرزها داخل ایستگاه پرستاری است هر وقت نیاز

باشه از اونجا فعالش می‌کنن.» (پرستار خانم، ۳۳ ساله)

عدم امکان دسترسی بیمار به مکان‌های مختص کارکنان نظیر اتاق دارو، انبار و غیره از مواردی بود که اکثر کارکنان بر آن تأکید می‌کردند. زیرا در مواردی غفلت کارکنان از این مکان‌ها سبب ایجاد حوادثی شده است.

«مواد شوینده این‌جا توی کمد و همیشه باید قفل باشه و مریض هم نباید جای اون رو بدون. بعد موقع نظافت، این مواد نباید در مسیر بیمار باشه من دیدم مریض پودر رختشویی رو می‌خوره تا شاید از این طریق به خودش آسیب بزنه.» (نیروی خدماتی، ۳۷ ساله)

۱-۲- بخش‌های متناسب با ویژگی بیماران: طبق تجارب مشارکت‌کنندگان، بستری بیماران با ویژگی‌های مختلف فردی یا مشخصات متنوع بیماری در یک بخش با ایجاد تعارض بین آن‌ها همراه است. لذا لازم است بخش براساس ویژگی‌های بیماران نظیر سن، تشخیص بیماری، وضعیت جسمی و غیره طراحی شود.

«یکی از مشکلاتی که داریم بستری بودن مریض‌ها با تشخیص‌های مختلف در یک بخش مشترک هست. مریض افسرده با مانیا در یک بخش هستند. مریضی که وسواس داره با مریض سایکوز در یک بخش بستریه. این می‌خواد تو یک محیط آروم باشه اون یکی میاد سر و صدا می‌کنه. به نظر من اصلاً درست نیست که مریض‌های با تشخیص‌های مختلف در یک بخش بستری باشن.» (پرستار خانم، ۳۷ ساله)

بستری بیماران با بیماری‌های متنوع، با اعتراض برخی از بیماران نیز همراه بود.

ساختمان بخش جهت سهولت نظارت اشاره کردند:

«شاید پرستار وقت نکنه هر ۳۰ یا ۴۵ دقیقه به مریض‌ها سر بزنه؛ ولی اگه فضای فیزیکی طوری باشه که پرستار بتواند همه جا رو ببینه خیلی خوب می‌شه.» (پرستار خانم، ۲۷ ساله)

تعییه دوربین در سال‌های اخیر در برخی بخش‌ها مشاهده داخل بخش را تسهیل کرده است:

«مثلاً توی مانیتور می‌بینیم که دو نفر دارن با هم بگومگو می‌کنن، زود وارد عمل می‌شیم و اجازه نمی‌دیم که وارد مرحله درگیری بشن.» (پرستار خانم، ۳۱ ساله)

وجود تجهیزات جهت مداخله سریع در صورت وقوع حادثه ایمنی بخش را افزایش می‌دهد و از آسیب بیش‌تر به بیمار پیشگیری می‌کند.

«در مورد جعبه‌های آتش‌نشانی که در بخش‌ها هست، گفتن وقتی آتش‌سوزی شد باید خود بخش تا زمانی که تیم بحران برسه با استفاده از این جعبه شروع به خاموش کردن آتش بکنه. داخل اون شیلنگ جمع شده هست که طولش به اندازه طول بخشه.» (پرستار خانم، ۴۴ ساله).

## ۲- داشتن محیط طبیعی (نرمال) زندگی

طبق تجارب مشارکت‌کنندگان وجود امکانات برای انجام فعالیت‌های هدفمند و معنادار، ایجاد شرایط محیطی سالم و خوشایند و تأمین خلوت (privacy) زمینه را برای زندگی طبیعی بیماران در بخش مهیا می‌کند. در بیمارستان مورد مطالعه، این موارد در

«تمام انواع بیماری‌های روحی روانی در یک بخش بستری هستن. مثلاً من که با پرخاشگری بستری هستم با یک مریض بدحال در یک بخش هستیم. مریضی که محیط داخل با محیط بیرون هیچ تفاوتی براش نداره، اصلاً خبر نداره دنیا چطور می‌گذره. باعث می‌شه آدم فکر کنه یعنی من هم اون طوری هستم که در همون بخشی که اون بستری هستش منم بستریم.» (بیمار مرد، با تشخیص افسردگی و OCD)

همچنین برخی بیماران با ویژگی‌هایی نظیر ناتوانی جسمی، نیازمند جداسازی و سکوت، استعمال‌کننده سیگار و غیره نیاز دارند تا فضاها و تجهیزات موجود در بخش با توجه به ویژگی‌های منحصر به فرد آنها تعدیل شود. «محافظت از زن باردار برای ما در بخش، حالا بهترین بخش که ۲۵ مریض داره سخته. ممکنه مریضی هولش بده یا با چیزی بزنه به شکمش. اتاق‌های خصوصی نداریم تا به صورت VIP برای مریض استفاده بکنیم.» (پرستار خانم، ۲۷ ساله)

۱-۳- شرایط تسهیل‌کننده عملکرد کارکنان: کارکنان بیان کردند که قرارگیری اتاق ایزوله و سرویس‌های بهداشتی در نواحی کور بخش سبب شده است تا آنها دید کافی به آن مکان‌ها نداشته باشند. از طرف دیگر در برخی بخش‌ها ایستگاه پرستاری در مکانی دور از اتاق بیماران قرار گرفته است که در نتیجه امکان دید داخل اتاق‌ها وجود ندارد. این شرایط سبب می‌شود تا آنها آگاهی کافی از حوادث داخل بخش نداشته باشند، برخی از مشارکت‌کنندگان به ضرورت تغییر معماری

چیزی نیست که مریض تفریح بکند، سرگرم بشه به استثنای تلویزیون. گاهی کار درمانی فعال هم نداریم که خودش رو خسته کنه و بیاد استراحت بکند. ماندن در فضای بسته و دور بودن از خانواده بخش را در حکم زندان می‌کنه.» (پرستار خانم، ۴۰ ساله)

فقدان فعالیت‌های معنادار در بخش باعث می‌شود تا زمان به کندی بگذرد. مشارکت‌کنندگان سر رفتن حوصله را به عنوان یکی از تجارب غالب بیماران بیان کردند. آن‌ها صحبت با سایر بیماران، دور هم جمع شدن، راه رفتن در سالن بخش، استعمال سیگار و تماشای تلویزیون را فعالیت‌های غالب جهت گذران وقت بیان کردند.

«اینجا سرگرمی سیگاره، اگه ۷۰ نفر مریض داشته باشیم ۶۸ نفرشون سیگاری هستن. کاردرمانی بیش‌تر اوقات درش بسته است و نمی‌توانیم استفاده کنیم.» (بیمار مرد، با تشخیص اختلال خلقی دوقطبی)

طبق گفته کارکنان، تجمع بی‌هدف بیماران در یک مکان جهت سرگرم شدن یکی از علل درگیری در بخش است. بنابراین طبق تجارب مشارکت‌کنندگان وجود فعالیت‌های معنادار در آرام ماندن جو بخش نقش دارد.

«اگه بخش ما طوری بود که کاردرمانی عصرکاری هم باشه برا مریض‌ها خیلی خوب می‌شه چون شبها بیکارن با همدیگه شوخی می‌کنن، می‌بینی سر اون پرخاشگر می‌شن با هم دعواشون می‌شه.» (پرستار خانم، ۳۱ ساله)

۲-۲- شرایط محیطی سالم و خوشایند: طبق تجارب مشارکت‌کنندگان تهویه مناسب بخش، وجود مکان روباز جهت هواخوری و

بخش‌های با تعداد بالای بیمار به اندازه کافی وجود نداشت. کمبود یا نبود این امکانات سبب می‌شد تا بیماران احساس کنند که زندگی آن‌ها تحت کنترل خودشان قرار ندارد و یا آن‌ها نادیده گرفته شده‌اند. پیامد این رویکرد تحریک‌پذیری، دل‌تنگی، ناامیدی و افت عزت نفس بیماران بیان شد. مشارکت‌کنندگان خصوصاً بیماران به ضرورت ایجاد محیط زندگی طبیعی تأکید می‌کردند. بنابراین، این طبقه از سه زیرطبقه شامل «فعالیت‌های معنادار»، «شرایط سالم و خوشایند» و «حریم حفظ شده» تشکیل شده است.

۲-۱- امکان فعالیت‌های هدفمند معنادار: مشارکت‌کنندگان امکان فعالیت‌های سرگرم‌کننده، تفریحی و مذهبی را به عنوان نمونه‌هایی از فعالیت‌های معنادار نام بردند. آن‌ها وجود این فعالیت‌ها را در سرگرم شدن بیماران، استفاده آن‌ها از توانایی‌هایشان و در نتیجه آرام ماندن فضای بخش مؤثر می‌دانستند. به عنوان مثال برخی مشارکت‌کنندگان امکان استفاده از فضای بیرون بخش و همچنین فعال بودن بخش کاردرمانی در بخش کودکان و نوجوانان را یکی از عوامل مؤثر در آرام ماندن جو بخش می‌دانستند. ولی کمبود این نوع فعالیت‌ها در برخی از بخش‌ها با بروز مشکلاتی همراه است. بسیاری از بیماران بخش را به قفس یا زندان تشبیه می‌کردند که در آن امکان خروج از بخش بدون همراهی اعضای خانواده و یا کارکنان وجود ندارد.

«دوری از خانواده بیمار رو تحریک‌پذیر و پرخاشگر می‌کنه. در فضای فیزیکی بخش

«محیط اینجا برای بیماری که با افسردگی مراجعه می‌کند محیط مناسبی نیست. چون روحیه‌اش رو افسرده‌تر می‌کند. محیط طوری باید باشه مریضی که می‌خواهد بستری بشه خودش با رغبت بیاد بستری بشه و اون دلتنگی سراغش نیاد.» (بیمار مرد، با تشخیص افسردگی و OCD)

مشارکت‌کنندگان یکی از مشکلات بیماران را کمبود اسباب راحتی و آسایش جهت استراحت، خرید، نظافت و تماس با خانواده می‌دانستند؛ به گونه‌ای که کمبود این وسایل سبب ایجاد رقابت و در نتیجه درگیری بین بیماران می‌شد. از طرف دیگر اعتراض بیماران به کارکنان در خصوص کمبود این وسایل سبب متشنج شدن فضای بخش می‌شد. کمبود این وسایل سبب می‌شود تا بیماران احساس آسایش در بخش نداشته و جهت ترخیص از بخش مصر باشند.

«لباس‌های مریض اصلاً رنگ و شکله مناسب نیست. مثلاً مریض هیأت علمی بستری شد ما خودمون خجالت می‌کشیم این لباس رو بدیم اون بپوشه.» (پرستار مرد، ۲۸ ساله)

عدم امکان تماس با خانواده در صورت تمایل بیماران یکی از علل پایین آمدن خلق، اضطراب، دلتنگی و تحریک‌پذیری بیماران مطرح شد.

«مریضی هست که اوریاخته است و می‌خواهد با خانواده‌اش تماس بگیره. ما اکثر اوقات چنین امکانی نداریم. خط تلفن یک طرفه است و خانواده باید تماس بگیره تا ما بتونیم وصل بکنیم. این مشکل پیش اومده تلفنو

ظاهر خوشایند بخش (روشنایی، رنگ‌آمیزی و دکور مناسب) و تأمین اسباب راحتی و آسایش (جهت استراحت، خرید، نظافت و غیره) و امکان تماس با خانواده از مواردی است که منجر به ایجاد محیطی سالم و خوشایند در بخش می‌شود. تأمین این شرایط به آرام ماندن جو بخش کمک می‌کند. ولی کمبود این امکانات منجر به بروز برخی مشکلات در بخش می‌شود.

بیماران و کارکنان بخش مردان از هوای آلوده بخش‌ها شاکی بودند که آن را نتیجه مصرف بالای سیگار، تراکم بالای بیمار و نبود سیستم تهویه مناسب می‌دانستند.

«یه مریض داشتیم که تنگی نفس داشت ما بیش‌تر از خانواده‌اش تلاش کردیم که از این‌جا مرخص بشه چون داشت در هوای آلوده این‌جا خفه می‌شد.» (پرستار مرد، ۴۷ ساله)

نیاز به وجود مکانی روباز که بیماران بتوانند بخش را ترک کنند و از هوای آزاد استفاده نمایند، توسط مشارکت‌کنندگان احساس می‌شد.

«یه پارکی جلوی اینجا باشه حداقل مریض‌ها یه ساعت برن بیرون و در هوای آزاد و پاک نفس بکشن.» (بیمار مرد، با تشخیص افسردگی و OCD)

برخی از بیماران شرایط بخش را از نظر روشنایی، رنگ‌آمیزی و دکور ملال‌انگیز می‌دانستند، به طوری که تحمل شرایط بخش برای آن‌ها مشکل بود. کارکنان نیز شرایط فیزیکی بخش را مناسب فعالیت خود نمی‌دانستند.

برداشته سر پرستار شکسته.» (پرستار مرد، ۴۶ ساله)

۲-۳- تأمین حریم بیماران: مشارکت‌کنندگان تناسب تعداد بیمار با فضای فیزیکی و امکان حفاظت از اموال و وسایل شخصی را جهت حفظ حریم بیماران ضروری می‌دانستند. طبق تجارب مشارکت‌کنندگان حفظ حریم بیماران موجب احساس آرامش و پیشگیری از تحریک‌پذیری بیماران و درگیری در بین آن‌ها می‌شود. ولی تراکم بیمار در اتاق بیماران و همچنین فضاهای عمومی نظیر سالن غذاخوری در برخی بخش‌های بیمارستان بالا است که موجب متشنج شدن فضای بخش می‌شود.

«یکی از عللی که باعث می‌شود مریض‌ها بیش‌تر تحریک‌پذیر بشن تراکم هست؛ هرچه تراکم زیاد باشه مریض‌ها واکنش شدیدتر نشون میدن، عصبانی می‌شن و یا درگیر می‌شن. وقتی بخش خیلی شلوغ می‌شه مریض آرامش نداره به دنبال آن واکنش بیمار تحریک‌پذیره.» (مربی پرستاری، خانم)

تراکم بر رعایت حریم خصوصی بیمار در هنگام ارائه خدمات نظیر نظافت، استراحت، تغذیه و غیره تأثیر می‌گذارد.

«یکی هم برا نظافت اتاق‌ها، نیاز هست که صبح مریض‌ها بیدار بشن. باید روتختی‌ها رو عوض کنیم، شیف‌ت صبح همیشه برا این تعداد مریض این کارها رو کرد. معمولاً این یکی از علل اعتراض بیماران و در نتیجه متشنج شدن جو بخش‌ها است.» (پرستار مرد، ۴۶ ساله)

یکی از عواملی که بیماران از آن شاک می‌بودند سرقت وسایل شخصی توسط بیماران دیگر است که عامل نگرانی و یا درگیری بین آن‌ها می‌شود. به این علت آن‌ها وسایل را درون یک کیسه با خود حمل می‌کنند که طبق گفته کارکنان برخی مواقع وسیله آسیب سایر بیماران می‌شود.

«یه مریض داریم وسایل‌هاشو با خودش حمل می‌کنه من نگاه کردم چیز زیادی هم نداره؛ دو جفت جوراب، یک لیوان و یک دونه کرم. اینو همیشه همراه خودش حمل می‌کنه.» (نیروی خدماتی، ۳۷ ساله)

## جدول ۱- مشخصات کارکنان و بیماران مشارکت‌کننده در مطالعه

مشخصات کارکنان (N=۱۹)		تعداد (درصد)	مشخصات بیماران (N=۷)		تعداد (درصد)
جنس	زن	۹ (۴۷/۴)	جنس	زن	۳ (۴۲/۹)
	مرد	۱۰ (۵۲/۶)		مرد	۴ (۵۷/۱)
سن	کم‌تر از ۳۵	۵ (۲۶/۳)	سن	کم‌تر از ۲۵	۳ (۴۲/۹)
	۳۵-۴۵	۷ (۳۶/۸)		۲۵-۳۵	۱ (۱۴/۳)
	بیش‌تر از ۴۵	۷ (۳۶/۸)		۳۵-۴۵	۱ (۱۴/۳)
				بیش‌تر از ۴۵	۲ (۲۸/۶)
تجربه کاری (به سال)	۱-۵	۳ (۱۵/۸)	تشخیص	افسردگی	۳ (۴۲/۹)
	۶-۱۰	۵ (۲۶/۳)		اختلال خلقی دوقطبی	۲ (۲۸/۶)
	۱۱-۱۵	۳ (۱۵/۸)		اسکیزوفرنی	۲ (۲۸/۶)
	بیش‌تر از ۱۵	۸ (۴۲/۱)			
موقعیت شغلی	پرستار	۱۳ (۶۸/۴)	طول مدت بستری (روز)	۱-۱۵	۲ (۲۸/۶)
	مری پرستاری	۱ (۵/۳)		۱۶-۲۰	۴ (۵۷/۱)
	سوپروایزر	۲ (۱۰/۵)		بیش‌تر از ۲۰	۱ (۱۴/۳)
	روان‌پزشک	۱ (۵/۳)			
	روان‌شناس	۱ (۵/۳)			
	نیروی خدماتی	۱ (۵/۳)			
تحصیلات	دبیرستان	۱ (۵/۳)	تحصیلات	بی‌سواد	۲ (۲۸/۶)
	کارشناسی	۱ (۵/۳)		ابتدایی	۱ (۱۴/۳)
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۸ (۴۲/۱)		دبیرستان	۱ (۱۴/۳)
				دانشجو	۲ (۲۸/۶)
				کارشناسی	۱ (۱۴/۳)

## جدول ۲- نمونه‌ای از فرایند کد گذاری طبق روش Lundman و Graneheim

نمونه‌ای از واحدهای معنایی	واحد معنایی تغلیظ شده	کدها	طبقات فرعی	طبقات اصلی	درون‌مایه
توی بخش زنان شده که مریض میخواست خودشو خفه بکنه. و حتی یک مورد هم چند سال پیش با شال خودشو حلق‌آویز کرده بود.	استفاده از شال جهت آسیب زدن به خود	اسباب حلق‌آویز کردن	حذف یا		
مثلا به وقت آوردن به صورت احسان یک جوجه‌هایی که وقتی فشار میدادی روشن میشد، بعدا دیدیم داخلش به قسمتی هست که لامپ داخل به قسمت دایره پلاستیکی است مریض اونو درآورده شکسته با اون دستشو خراش داده.	استفاده از لیوان یک بار مصرف جهت آسیب به خود	اسباب بریدن پوست	تعدیل اسباب حادثه‌آفرین		
اونجا مریض تو ایزوله میمونه ما نمیبینیم که نمیتونیم کنترل کنیم.	عدم امکان مشاهده بیمار در زمان حضور وی در اتاق جداسازی	قرارگیری فضاهای بخش در نقاط قابل مشاهده	شرایط تسهیل‌کننده		
ساعت ۱:۳۰ شب دیدیم که دود غلیظ اتاق گرفت، برق رو هم قطع کرده بودن آسانسور نداشتیم. مجبور شدیم مریضا رو که سالمند هم بودن رو از پله‌ها از طبقه سوم پایین ببریم. کار سخت و زمانبری بود.	سختی پایین بردن بیماران سالمند از پله‌ها در زمان آتش‌سوزی	وجود تجهیزات مورد نیاز در حوادث	عملکرد کارکنان	داشتن طرح پیشگیری‌کننده از حوادث	داشتن محیط زندگی عاری از حوادث
بعضی از مریضا تو بیمارستان از طریق بقیه مریضا معتاد میشن اونجا یاد می‌گیرن.	یادگیری مصرف مواد از سایر بیماران در بخش				
الان فکر می‌کنم توی بخش نوجوانان پسرهای بزرگ هستش. با اینکه سنشون ۱۷ یا ۱۸ هست ولی از نظر جثه و هیكل بزرگن. به مقدار که تحرکاتی میشه بخشو به هم میزنن. حتی یکی از دکترها صحبت میکرد که امکان داره یک قسمت جداگانه در نظر بگیرن ۱۷ تا ۲۰ سال همون young adult. که ببن اونجا. چون ما اینجا مریض ADHD که ۸، ۷ سالشه. نمیتونیم کنار هم بزاریم. مجبوریم بیاریم بخش دخترا تا ایمن‌تر باشه.	ایجاد مشکل در یکجا بودن کودکان با سن بزرگ و کوچک	بخش تفکیک شده براساس ویژگی بیماران	بخش‌های متناسب با ویژگی بیماران		
محافظت از زن باردار برا ما سخته زن بارداری که بستری میشه احتمال خطر وجود داره مریضی هولش داد یا با چیزی زد به شکمش. ما اتاق‌های خصوصی نداریم چون امکانش رو نداریم تا به صورت VIP برا مریض استفاده بشه.	نبود اتاق ویژه برای زنان باردار	وجود فضا برای بیماران با مشکلات ویژه			

**جدول ۳- طبقات اصلی و فرعی استخراج شده از داده‌ها**

طبقات فرعی	طبقات اصلی	درون‌مایه
حذف یا تعدیل اسباب حادثه‌آفرین	داشتن طرح پیشگیری‌کننده از حوادث	داشتن محیط زندگی عاری از حوادث
بخش‌های متناسب با ویژگی بیماران		
شرایط تسهیل‌کننده عملکرد کارکنان		
امکان فعالیت‌های هدفمند و معنادار	داشتن محیط زندگی طبیعی (نرمال)	
شرایط محیطی سالم و خوشایند		
تأمین حریم بیمار		

**بحث و نتیجه‌گیری**

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که محیط فیزیکی ایمن در بخش‌های روان‌پزشکی به معنای محیط زندگی عاری از حوادث است. طبق تجارب مشارکت‌کنندگان طرح محیط فیزیکی بایستی طوری باشد که امکان وقوع حوادث را از بین ببرد و از طرف دیگر امکان زندگی طبیعی در آن را فراهم کند. در این مطالعه هم‌راستا با مطالعات قبلی مشخص شد که ایجاد تعادل بین این دو حالت مشکل است (۲۴) و نیازمند تحقیقات وسیع جهت طراحی شیوه‌های نوین مراقبت می‌باشد.

تجارب مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر نشان داد که جهت پیشگیری از حوادث، حذف یا تعدیل اسباب حادثه‌آفرین، طراحی بخش‌ها متناسب با ویژگی بیماران و همچنین ایجاد شرایط تسهیل‌کننده عملکرد کارکنان ضروری است. طبق تجارب مشارکت‌کنندگان سقوط، آسیب به خود و دیگران، خودکشی، سوختگی، آتش‌سوزی و فرار حوادث شایع بخش است. مشارکت‌کنندگان تعدادی از ویژگی‌های محیطی را بیان کردند که همراه با افزایش خطر وقوع این حوادث بود که هم‌راستا با مطالعات قبلی است. هم‌راستا با مطالعه حاضر در مطالعه

Mills و همکاران نیز حلق‌آویز کردن با استفاده از نقاط لنگرمانند مثل درب و جارختی کمد و ملافه به عنوان طناب، بریدن پوست با استفاده از اسباب تیز و برنده و مصرف بیش از حد دارو (over dose) و مواد جهت اقدام به خودکشی و آسیب به خود مطرح شده است (۶). بنابراین دستورالعمل‌های مختلف بر حذف نقاط لنگرمانند و طناب‌ها و اسباب تیز و برنده و لزوم دور از دسترس بودن اتاق دارو تأکید می‌کنند. طبق نتایج مطالعه حاضر و مطالعات قبلی برخی از عناصر محیطی نظیر ناهموار بودن و خیس بودن زمین (۲۵) به عنوان عوامل مرتبط با سقوط بیماران در متون مطرح شده است.

هم‌راستا با مطالعه ما در مطالعه Salzmann-Erikson نیز محدودیت‌هایی جهت دسترسی بیماران به فضاهای بخش در نظر گرفته شده است (۲۶). متون نشان‌دهنده الگوی مکانی از وقوع حوادث می‌باشد. به طور مثال، مطالعه‌ای نشان داد که بیش‌تر حوادث در اتاق‌های بیمار و حمام اتفاق می‌افتد. همچنین فرارها از راهروها و اتاق‌های روزانه، خودکشی‌ها در اتاق‌های بیمار و حمام و خشونت در اتاق‌های روزانه شایع است (۲۷).

پرخاطر مورد نظارت دقیق قرار خواهند گرفت و هم بیماران دیگر از آسیب آن‌ها در امان خواهند بود. همچنین محدود بودن مراقبت‌های جامعه‌نگر در کشور سبب بستری طولانی مدت بیماران می‌شود. در نتیجه بیماران با شدت مختلف بیماری‌ها، در یک بخش بستری هستند. مشارکت‌کنندگان تأمین محیط زندگی طبیعی را جنبه دیگری از محیط ایمن بیان کردند. طبق تجارب مشارکت‌کنندگان وجود امکانات برای انجام فعالیت‌های هدفمند، ایجاد شرایط سالم و خوشایند و تأمین خلوت (privacy) زمینه را برای زندگی طبیعی بیماران در بخش مهیا می‌کند. یکی از ویژگی‌های بخش‌های روان‌پزشکی در بیمارستان مورد مطالعه قفل بودن درب‌های خروجی است. بخش‌ها با درهای قفل شده با کاهش فراوانی فرار همراه است ولی احساس زندانی بودن و در قفس بودن را به بیمار منتقل می‌کند. شناسایی بخش به عنوان یک زندان توسط بیماران سبب افزایش خشم (۲۴)، آسیب به خود (۱۱) و عدم مصرف دارو (۳۱) می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که با تغییرات در فضای داخلی بخش می‌توان تاحدی این تأثیرات را کاهش داد. در مطالعه حاضر، مشارکت‌کنندگان وجود فعالیت‌های معنادار، شرایط سالم و خوشایند و تأمین خلوت را جهت ایجاد محیط با کیفیت ضروری می‌دانستند. محیط‌های با کیفیت، آسایش بالاتری دارند (۱۱)، لذت بخش هستند (۳۲)، مراقبت (۱۱) و احترام بالاتری (۱۱ و ۳۲) را به بیماران منتقل می‌کنند و سبب افزایش عزت نفس بیماران می‌شوند (۳۲) که در نتیجه بخش با ثباتی را به وجود می‌آورند.

طبق تجارب کارکنان، مشاهده و نظارت بر بخش جهت حفظ و ارتقای ایمنی ضروری است. اما آن‌ها بیان کردند که شرایط لازم جهت مشاهده کامل وجود ندارد. در مطالعات اخیر، کارکنان موانع نظارت را از عوامل مرتبط با فرار (۲۸) و رفتارهای تهاجمی بیمار (۲۹) می‌دانستند. طبق تجربه کارکنان در دسترس بودن تجهیزات و فضاها (۲۵) به طور مثال جعبه و کپسول آتش‌نشانی، پله‌های اضطراری و فضای باز (برای انتقال بیماران در صورت وقوع حادثه) جهت اقدام سریع در زمان وقوع حوادث ضروری است.

بیماران و کارکنان طبق تجارب خود بر لزوم طراحی بخش‌ها براساس ویژگی بیماران تأکید می‌کردند؛ زیرا بستری بیماران با سنین و تشخیص‌های مختلف در یک بخش همراه با ایجاد تعارض و حوادث در بخش است. در مطالعه‌ای، بستری بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی ارگانیک مثل دمانس و بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی نظیر اسکیزوفرنی در یک بخش مشترک با افزایش سقوط بیمار همراه بود، زیرا بنا به تجربه مشارکت‌کنندگان بیماران مبتلا به دمانس بینش ندارند، تهاجمی هستند و با سایر بیماران درگیر می‌شوند (۳۰). تفاوتی که در ترکیب بخش‌های ایران با بیمارستان‌های روان‌پزشکی کشورهای دیگر وجود دارد، نبود بخش‌های ویژه روان‌پزشکی (۱۹)، بخش‌های روان‌پزشکی قضایی (۱۸) و محدود بودن مراقبت‌های جامعه‌نگر (۲۰) است. وجود بخش‌های ویژه روان‌پزشکی باعث می‌شود تا بیماران با علایم شدید در آن بستری شوند؛ در این صورت هم بیماران با رفتارهای

نوآوری‌ها جهت افزایش روابط اجتماعی در میان بیماران، کاهش ازدحام، مبلمان، افزایش آکوستیک، نماهای طبیعی، قرار گرفتن در معرض روشنایی و طراحی شبیه خانه با نتایج مثبت در مدیریت خشونت بیماران همراه بوده است (۳۳).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به انتخاب همه مشارکت‌کنندگان از یک بیمارستان اشاره کرد. بنابراین نتایج ممکن است در مراکز دیگر بدون توجه به محیط و فرهنگ آن‌ها کاربرد نداشته باشد. همچنین تعداد مشارکت‌کنندگان بیمار هفت نفر بود، بنابراین ممکن است دیدگاه‌ها و تجارب این بیماران نماینده نظرات و دیدگاه‌های کل بیماران نباشد.

به طور کلی در این مطالعه منظور از داشتن محیط طبیعی زندگی عاری از حوادث، زندگی بیمار در یک محیط طبیعی است که نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و مذهبی وی تأمین می‌شود؛ عدم تأمین آن‌ها زمینه را جهت ناامنی فیزیکی و روانی فراهم می‌کند. از طرف دیگر طرح محیط ایمن به گونه‌ای است که عاری از احتمال بروز حوادث می‌باشد که فقدان آن سبب آسیب فیزیکی به بیمار و کارکنان و همچنین عواقب قانونی، روحی و روانی برای کارکنان می‌شود. بنابراین با توجه به نتایج مطالعه حاضر لزوم بازنگری در محیط فیزیکی بخش‌های روان پزشکی کشور جهت پیشگیری از آسیب روانی و جسمی به بیماران و کارکنان احساس می‌شود. همچنین در مطالعه حاضر، کارکنان بر نیازهای خاص بیماران بستری در بخش‌های کودک و نوجوان تأکید می‌کردند، لذا انجام مطالعات دیگر جهت کشف محیط فیزیکی

طبق تجربه مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر وجود فعالیت‌های معنادار نظیر فعالیت‌های سرگرم‌کننده، تفریحی و مذهبی در بخش‌های ایمن ضروری است. ولی کمبود یا فقدان آن‌ها به عنوان یکی از عوامل مرتبط با بی‌حوصلگی (boredom) بیماران بیان شد. مراقبت مؤسسه‌ای طولانی مدت زندگی روزمره را کسل‌کننده و حوصله‌بر می‌کند (۳۳). به طوری که بیماران بی‌حوصلگی و نبود فعالیت‌های معنادار را دلیلی برای فرار (۹)، پرخاشگری و خشونت (۳۳) ذکر می‌کنند.

یافته‌های مطالعه نشان داد که تناسب تعداد بیمار با فضای فیزیکی یکی از ویژگی‌های بخش‌های ایمن می‌باشد. در بخش‌های مورد مطالعه فضای فیزیکی نسبت به تعداد بیمار در بخش محدود است؛ تراکم بالای بیماران یکی از علل سلب آرامش، تحریک‌پذیری بیماران، رقابت و درگیری در بین آن‌ها بیان شد. در مطالعه Olsson و همکاران نیز بخش پرجمعیت یکی از عوامل افزایش خشونت و پرخاشگری در بخش بود (۳۲). زیرا بخش‌های پرجمعیت استرس‌آمیز بوده و سبب اضطراب بیماران می‌شود (۳۳). بنابراین تأمین فضای کافی جهت حفظ حریم شخصی بیماران، گذراندن وقت در محیط ساکت و همچنین فعالیت راحت بیماران و کارکنان ضروری است (۱۲).

مشارکت‌کنندگان از تهویه نامناسب بخش، نبود مکان روباز جهت هواخوری و ظاهر ناخوشایند بخش شاکی بودند. Bowers بیان می‌کند که میزان شوک بستری در بیماران پذیرش شده در بخش‌های با شرایط بد و نامرتب بالا است (۱۱). به طور خاص،

بیماران بستری و ایمنی محیط فیزیکی بخش‌های روان‌پزشکی پیشنهاد می‌شود.

ایمن مختص بخش‌های روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان پیشنهاد می‌شود. علاوه بر این با توجه به تأثیر درگیر بودن خانواده بر ایمنی محیط فیزیکی بخش‌های روان‌پزشکی طبق تجارب مشارکت‌کنندگان و انجام مطالعات محدود در این حوزه، انجام مطالعات کیفی و کمی جهت کشف ارتباط بین عملکرد خانواده

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان مطالعه از همه بیماران و کارکنان مشارکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند.

### منابع

- 1 - McEwen M, Wills EM. Theoretical basis for nursing. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- 2 - Fawcett J, Desanto-Madeya S. Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. 3rd ed. Philadelphia: FA Davis; 2012.
- 3 - Asadi Noghabi A, Omidi Sh, Haji Aghajani S. [Psychiatric nursing mental health fundamentals]. 5th ed. Tehran: Boshra Publications; 2010. (Persian)
- 4 - World Health Organization. Patient safety. Available at: <https://www.who.int/patientsafety/about/en/>. 2004.
- 5 - Brickell TA, Nicholls TL, Procyshyn RM, McLean C, Dempster RJ, Lavoie JAA, et al. Patient safety in mental health. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association. 2009.
- 6 - 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 Sep-Oct; 35(5): 528-36. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.03.021.
- 7 - Bowers L, Stewart D, Papadopoulos C, Dack C, Ross J, Khanom H, et al. Inpatient violence and aggression: a literature review. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme. Kings College London. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/b98f/4ff17c264fd919542dcc14905b280c8776b8.pdf>. 2011.
- 8 - Vahidi M, Hosseinzadeh M. Investigation of seclusion in one of the psychiatric wards in Razi teaching hospital of Tabriz. *J Caring Sci*. 2014 Dec 1; 3(4): 297-300. doi: 10.5681/jcs.2014.032.
- 9 - Sheikhoonesi F, Kabirzadeh A, Taha Yahyavi S, Mohseni B. A prospective study of patients absconding from a psychiatric hospital in Iran. *Med Glas (Zenica)*. 2012 Aug; 9(2): 345-9. doi: 10.1016/S0924-9338(13)75790-0.
- 10 - Stenhouse RC. 'Safe enough in here?': patients' expectations and experiences of feeling safe in an acute psychiatric inpatient ward. *J Clin Nurs*. 2013 Nov; 22(21-22): 3109-19. doi: 10.1111/jocn.12111.
- 11 - Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014 Aug; 21(6): 499-508. doi: 10.1111/jpm.12129.
- 12 - van der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning FM, Janssen WA, Noorthoorn EO. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *Br J Psychiatry*. 2013 Feb; 202: 142-9. doi: 10.1192/bjp.bp.112.118422.
- 13 - Parvin N, Rafiee Vardanjani L. [Problems of the nurses working in psychiatric wards of sina and Hajar hospital in dealing with aggressive patients in Shahrekord]. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2014; 11(1): 24-31. (Persian)
- 14 - Cardell R, Bratcher KS, Quinnett P. Revisiting "suicide proofing" an inpatient unit through environmental safeguards: a review. *Perspect Psychiatr Care*. 2009 Jan; 45(1): 36-44. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00198.x.

- 15 - World Health Organization. Mental health atlas-2011 country profiles. Available at: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/en/). 2011.
- 16 - Khabar online. [Stunning statistics of psychiatric patients who need to be hospitalized: we have 16000 shortage of beds!]. Tehran: Khabar online; 2018. (Persian)
- 17 - Alipoor M. [30,000 psychiatric patients outside of the hospital]. Tehran: Quds online; 2017. Available at: <http://www.qudsonline.ir/news/563703/%DB%B3%DB%B0-%D9%87%D8%B2%D8%A7%D8%B1-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D8%A7%D8%B1-%D8%B1%D9%88%D8%A7%D9%86%DB%8C-%D8%AE%D8%A7%D8%B1%D8%AC-%D8%A7%D8%B2-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D8%A7%D8%B1%D8%B3%D8%AA%D8%A7%D9%86>. (Persian)
- 18 - Saberi SM, Mirsepassi GR. Forensic psychiatry in iran. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2013 Spring; 7(1): 1-3.
- 19 - Donyavi V, Shafighi S. [Psychiatric intensive care unit (PICU)/ new plan]. *Annals of Military and Health Sciences Research*. 2011; 9(1): 50-57. (Persian)
- 20 - World Health Organization. Mental health atlas 2014: resources for mental health in the eastern mediterranean region. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/251550>. 2016.
- 21 - Polit DF, Beck CT. *Nursing research: principles and methods*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- 22 - Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb; 24(2): 105-12. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- 23 - Speziale HS, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
- 24 - Muir-Cochrane E, van der Merwe M, Nijman H, Haglund K, Simpson A, Bowers L. Investigation into the acceptability of door locking to staff, patients, and visitors on acute psychiatric wards. *Int J Ment Health Nurs*. 2012 Feb; 21(1): 41-9. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00758.x.
- 25 - Kanerva A, Lammintakanen J, Kivinen T. Nursing staff's perceptions of patient safety in psychiatric inpatient care. *Perspect Psychiatr Care*. 2016 Jan; 52(1): 25-31. doi: 10.1111/ppc.12098.
- 26 - Salzmann-Erikson M. Limiting patients as a nursing practice in psychiatric intensive care units to ensure safety and gain control. *Perspect Psychiatr Care*. 2015 Oct; 51(4): 241-52. doi: 10.1111/ppc.12083.
- 27 - Bayramzadeh S. An assessment of levels of safety in psychiatric units. *HERD*. 2017 Jan; 10(2): 66-80. doi: 10.1177/1937586716656002.
- 28 - Hunt IM, Clements C, Saini P, Rahman MS, Shaw J, Appleby L, et al. Suicide after absconding from inpatient care in England: an exploration of mental health professionals' experiences. *J Ment Health*. 2016 Jun; 25(3): 245-53. doi: 10.3109/09638237.2015.1124394.
- 29 - Berg J, Kaltiala-Heino R, Loyttyneimi V, Valimaki M. Staff's perception of adolescent aggressive behaviour in four European forensic units: a qualitative interview study. *Nord J Psychiatry*. 2013 Apr; 67(2): 124-31. doi: 10.3109/08039488.2012.697190.
- 30 - Wynaden D, Tohotoa J, Heslop K, Al Omari O. Recognising falls risk in older adult mental health patients and acknowledging the difference from the general older adult population. *Collegian*. 2016; 23(1): 97-102. doi: 10.1016/j.colegn.2014.12.002.
- 31 - Baker JA, Bowers L, Owiti JA. Wards features associated with high rates of medication refusal by patients: a large multi-centred survey. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009 Jan-Feb; 31(1): 80-9. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.09.005.
- 32 - Bowers L, Alexander J, Bilgin H, Botha M, Dack C, James K, et al. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014 May; 21(4): 354-64. doi: 10.1111/jpm.12085.
- 33 - Olsson H, Audulv A, Strand S, Kristiansen L. Reducing or increasing violence in forensic care: a qualitative study of inpatient experiences. *Arch Psychiatr Nurs*. 2015 Dec; 29(6): 393-400. doi: 10.1016/j.apnu.2015.06.009.

# An accident-free environment: Perceptions of patients and employees toward the features of a safe physical environment in psychiatric wards

Hossein Ebrahimi\* Hossein Namdar Areshtenab\* Mohammad Asghari Jafarabadi\*\* Maryam Vahidi\*

## Abstract

Article type:  
Original Article

Received: May 2019  
Accepted: Aug. 2019  
e-Published: 25 Nov. 2019

**Background & Aim:** Creating and maintaining a safe environment is an important part of care in psychiatric wards. The results of previous studies indicated that some features of the physical environment facilitate the ward's safety. The experiences of people who are most likely to be present in these environments can be the best source for identifying these features. Therefore, this study was conducted to explain patients' and employees' perceptions toward the features of a safe physical environment in psychiatric wards.

**Methods & Materials:** In this exploratory qualitative descriptive study, seven patients at discharge time and nineteen employees working in psychiatric wards were interviewed about their experiences in psychiatric wards and 84 hours of field observation was done. The data were analyzed using a qualitative content analysis approach according to the method proposed by Graneheim and Lundman.

**Results:** The results showed a safe physical environment in psychiatric wards meant "having an accident-free environment". This theme was abstracted from two main categories included "Accidents prevention through design" and "having a natural life environment", which, according to the experience of the staff, is required to balance the two. The subcategories of "having the design of accidents prevention" were "eliminating or modifying accident-causing objects", "wards based on the characteristics of the patients" and "conditions for facilitating staff performance" and the subcategories of "having a natural life environment" were "meaningful activities", "healthy and pleasant conditions" and "preserved privacy".

**Conclusion:** According to the results of the study, it is necessary to create a physical environment free of accidents and at the same time to meet the daily needs of patients in order to prevent physical and psychological damage to patients and staff in psychiatric wards.

**Key words:** safety, environment, hospital, psychiatrics, qualitative study

Corresponding author:  
Maryam Vahidi  
e-mail:  
maryamvahidi84@gmail  
.com

### Please cite this article as:

- Ebrahimi H, Namdar Areshtenab H, Asghari Jafarabadi M, Vahidi M. [An accident-free environment: Perceptions of patients and employees toward the features of a safe physical environment in psychiatric wards]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2019; 25(3): 289-308. (Persian)

\* Dept. of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

\*\* Dept. of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran