

The Issue of Patient Safety in Psychiatric Wards and Center: a Systematic Review

Ajalli A¹, Fallahi - Khoshknab M^{2*}, Hosseini MA³, Mohammadi E⁴, Sirati nir M⁵

1- PhD Nursing, Head of the Nursing Office, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran.

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

3- Associate Professor, Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4- Prfessor. Department of Nursing, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

5- Associate Professor, Nursing Department, Baqiyatallah University of Medical Sciences. Tehran, Iran.

Corresponding Author: Fallahi - Khoshknab M, Professor, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran.

E-mail: msflir@yahoo.com

Received: 11 May 2021

Accepted: 6 Jan 2021

Abstract

Introduction: The safety of patients and staffs is essential topic in the treatment and care of psychiatric patients in psychiatric wards and also permanent supply of high-quality and safe care is the tasks and concerns of these wards.

Method: this systematic review was examined all qualitative and quantitative articles about safety in psychiatric settings that published in 2004-2015. Electronic search was done with English and persian keywords such as patient safety, psychiatric patients and psychiatric wards in databases including Medline, Elsevier, Nursing consult, ProQuest, Google Scholar, PubMed, Ovid, Science Direct, SID, Iranmedex, Nindex and Magiran. Data extraction form was used for data gathering. A total of 118 articles were found and 38 articles were identified for inclusion to study.

Results: Results of this study shown that most of studies were discussed about safety events and its consequences and others were described knowledge gathering about the safety and Effective measures to increase safety in psychiatric settings. Main topics that discussed in Safety events were about violence and its consequences and also other events such as escape, self-injury, and suicide, transmission of infectious diseases, medication errors, and falls in psychiatry settings.

Conclusion: Many events occur in psychiatric wards. Safety and its risk factors in the care of mental patients has less been discussed. Therefore we recommend that Continuing Studies and the integration of research and clinical activities for transfer of knowledge and training to ensure better functions and make the necessary changes.

Keywords: Psychiatric patients, Psychiatric wards, Patient safety.

بررسی ایمنی بیمار در بخش‌ها و مراکز روان‌پزشکی: یک مرور نظام‌مند

امین اجلی^۱، مسعود فلاحي خشک‌ناب^{۲*}، محمدعلی حسینی^۳، عیسی محمدی^۴، مسعود سیرتی نیر^۵

۱- دکتری تخصصی پرستاری، مدیر پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- استاد گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳- دانشیار گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۴- استاد گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس. تهران، ایران.

۵- دانشیار گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله. تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مسعود فلاحي خشک‌ناب، استاد گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
ایمیل: msflir@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۲۱

چکیده

مقدمه: ایمنی بیماران و کارکنان موضوعی ضروری در مراقبت و درمان بیماران دارای اختلالات روان در بخش‌های روان‌پزشکی است و تأمین دائمی مراقبت باکیفیت و ایمن نیز از وظایف و دغدغه‌های این بخش‌ها محسوب می‌شود.

روش: در این مطالعه مرور نظام مند، جستجوی الکترونیک به زبان انگلیسی با کلیدواژه‌های patient safety, psychiatric patients, psychiatric wards در بانک‌های اطلاعاتی PubMed, Google Scholar, Elsevier, Nursing consult ProQuest, Medline, Ovid, Science Direct و جستجوی مطالعات فارسی زبان با کلیدواژه‌های ایمنی بیمار، رخدادهای ایمنی، بخش‌های روان‌پزشکی، بیماران روانی در پایگاه اطلاعات Magiran, Nindex, Iranmedex, SID انجام شد. در این مطالعه کلیه مقالات کمی و کیفی منتشرشده بین سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۰۴ در زمینه ایمنی بیمار در حیطه بیماران و کارکنان در محیط‌های روان‌پزشکی موردبررسی قرار گرفت. جهت گردآوری داده‌ها از فرم استخراج داده‌ها بر اساس هدف پژوهش استفاده گردید. از تعداد ۱۱۸ مقاله دستیابی شده در نهایت ۳۸ مقاله وارد مطالعه شدند.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که بیشتر مطالعات به رخدادهای ایمنی و پیامدهای آن و سایر مطالعات به جمع‌آوری دانش در حوزه ایمنی و اقدامات مؤثر جهت افزایش ایمنی در محیط روان‌پزشکی پرداخته‌اند. همچنین مطالعات رخدادهای ایمنی به خشونت و پیامدهای آن و نیز به سایر رخدادهای نظیر فرار، آسیب به خود، خودکشی، انتقال بیماری‌های عفونی، خطاهای دارویی، سقوط در محیط روان‌پزشکی پرداخته‌اند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که علیرغم اینکه رخداد/حوادث زیادی در بخش‌های روان‌پزشکی روی می‌دهد، اما ایمنی و عوامل ایجادکننده آن از منظر مراقبت از بیماران دارای اختلالات روان‌پزشکی کمتر مورد بحث قرار گرفته است. لذا انجام مطالعات مداوم و ادغام فعالیت‌های بالینی و پژوهشی به منظور انتقال دانش و آموزش برای اطمینان از انجام کار بهتر و تغییرات لازم پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: ایمنی بیمار، ایمنی کارکنان، بخش‌های روان‌پزشکی، بیماران روانی.

مقدمه

ایمنی بیماران بستری در بیمارستان بویژه بیماران بستری در بخشهای روان از موارد مهم مراقبتی از بیماران به شمار می رود.

تعدادی از بیماران دارای اختلالات روانی از بیماری خودآگاه نبوده و برای خود و دیگران خطرناک هستند و یا اینکه به علت ابتلا به بیماری روانی مزمن قادر به حفظ عملکرد خود در خارج از بیمارستان نمی باشند. این گروه از بیماران در مراکز و بخش های روان پزشکی بستری می گردند. تعداد تخت های بستری بیماران دارای اختلالات روان پزشکی در آمریکا در سال ۲۰۱۰ در حدود ۱۴/۱ تخت به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر گزارش گردیده است (۱). تعداد این بیماران مرتباً در حال افزایش است. طبق پیش بینی سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰ تعداد بیماران دارای اختلالات روان پزشکی ۱۵٪ افزایش خواهد یافت (۲).

ایمنی بیمار^۱ در مراقبت سلامتی یک موضوع بسیار مهمی است، در حدود یک دهه قبل گزارش خطای انسانی (ساختن سیستم سلامتی ایمن تر) منتشر شد و ایمنی بیمار مورد توجه و پیش روی فراهم کنندگان خدمات سلامتی و مسئولین این امر قرار گرفت (۳). در بخش های روان پزشکی کارکنان بالینی و غیر بالینی، ارائه خدمات مراقبتی به بیماران را فراهم می کنند و هدف همه آنها ارائه مراقبت باکیفیت و اطمینان از فراهم کردن فعالیت های ایمن و کارآمد بیمارستانی برای بیماران با مشکلات شدید روانی است (۴). در بخش های ارائه کننده خدمات مراقبت سلامت، ایمنی در اولویت است؛ به طوری که تأمین دائمی مراقبت باکیفیت و ایمن در شرایطی که مدام در حال تغییر است چالش عمده ای برای این بخش ها به شمار می رود (۵). بنابراین ایمنی باید در اولویت مراکز روان باشد و نباید توجه به آن مورد غفلت قرار گیرد (۶).

ایمنی یک وضعیت محافظت شده از احتمال بروز خطر، خطر و یا آسیب هست (۷). از نظر سازمان بهداشت جهانی اعمال ایمنی بیمار شامل فرایندها و یا ساختارهایی است که منجر به کاهش رویدادهای نامطلوب در حین ارائه مراقبت سلامت بهداشتی در طول بیماری و انجام رویه ها می شود و هدف ایمنی بیمار ایجاد مراقبت ایمن برای بیماران و کارکنان است (۸).

تعداد زیادی از بیماران دریافت کننده خدمات از بیمارستان های روان

پزشکی، آسیب را تجربه می کنند و این آسیب ها منجر به افزایش رنج آنها می شود. آسیب فرد ناشی از یک رخداد، یک سری از رخدادها و یا مجموعه ای از شرایط است که توسط فرد تجربه می گردد و ممکن است صدمات فیزیکی و یا هیجانی را در پی داشته و یا زندگی فرد را تهدید کند. این نوع از آسیب ها می تواند منجر به بروز اثرات نامطلوب بر عملکرد فردی، فیزیکی، اجتماعی، روانی و یا رفاه اجتماعی بیمار شود (۹). رخداد های ایمنی بیمار در مراکز روان بستگی به این موضوع دارد که بیمار مستعد کدام یک از رفتارهای مختل کننده از جمله مستعد بودن به فرار در یک بیمار و یا داشتن شرایط اقدام به خشونت در بیمار دیگری است، در کل رفتار فرار و آسیب به خود و خودکشی، رفتار ناهنجار و قلدری و خشونت در اکثر مراکز روان پزشکی روی می دهد (۱۰). نوع بیماری بیماران نیز با رخداد های ایمنی ارتباط دارد از جمله بیماران با تشخیص افسردگی، اختلال دوقطبی، اختلال خوردن، اسکیزوفرنی، اضطراب و سوء مصرف الکل و مواد دارای احتمال بالای آسیب به خود هستند (۱۱).

رخداد های مربوط به ایمنی بیمار اغلب به صورت لغزش و افتادن، فرار، خشونت، صدمه به خود و خودکشی و مسائلی حول و حوش استفاده از اتاق جداسازی و ایزوله و خطاهای دارویی گزارش گردیده است، در سال ۲۰۰۵، خشونت، آسیب به خود و فرار بیش از ۵۰ درصد از رویدادهای گزارش شده را به خود اختصاص داده است، در سال ۲۰۰۶ نیز حوادث فرار، خشونت و آسیب به خود ۸۴٪ رویدادها را شامل گردیده است، سایر رویدادهای ایمنی بیمار در مورد دارو درمانی، سوء استفاده از بیمار و مسائل ثبت، تشخیص نوع بیماری و در ارتباط با لوازم پزشکی بوده است، (۱۰، ۱۲).

خدمات مراقبت سلامتی به عنوان یک صنعت پرخطر و پر ریسک برای بیماران و کارکنان شناخته شده است که خطراتی همچون تشخیص اشتباه، صدمه به علت مهار فیزیکی بیمار، خطاهای جدی دارویی و عفونت های بیمارستانی را به همراه دارد (۱۳). از سویی طبق نظر سازمان بهداشت جهانی ایمنی از صدمات و آسیب های محیط کار پرستاران به اندازه ای مهم است که برای بیمارانی که به آنها خدمات ارائه می گردد، اهمیت دارد. از نظر این سازمان فعالیت های ایمنی بیمار شامل دوازده حیطه است که علاوه بر حیطه بیماران حیطه کارکنان از مهمترین آنها به شمار می رود (۸). سوی دیگر در محیط روان پزشکی ایمنی بیمار و کارکنان همپوشانی

روش کار

این مطالعه با روش مرور نظام مند انجام گردیده است. به منظور دستیابی به مستندات و شواهد علمی مرتبط با موضوع مطالعه، جستجوی الکترونیک به زبان انگلیسی با استفاده از کلیدواژه‌های patient safety, psychiatric patients, psychiatric wards, psychiatric nurses در پایگاه های اطلاعاتی Medline, Elsevier, Nursing consult ProQuest, Google Scholar, PubMed, Ovid, Science Direct و جستجوی الکترونیک به زبان فارسی با کلیدواژه‌های بخش‌های روان‌پزشکی، رخدادهای ایمنی، ایمنی بیمار، روان پرستاران، در پایگاه اطلاعات پایگاه علمی جهاد دانشگاه (SID)، بانک نشریات پرستاری ایران (Nindex)، بانک اطلاعات نشریات کشور (Magiran) و (Iranmedex) انجام شد. کلیه جستجوهای این مطالعه در میان مقالات منتشر شده در سالهای ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۵ انجام شد. معیارهای ورود مقالات به صورت کلیه مقالات کمی و کیفی و مقالات منتشرشده به زبان انگلیسی و فارسی و معیارهای خروج به صورت مقالاتی که همپوشانی با مقالات دیگر داشته باشند، مقالات بررسی کننده ایمنی بیمار در مراکز عمومی و عدم دسترسی به متن کامل مقاله در نظر گرفته شد.

در جستجوی اولیه ۱۱۸ مقاله دستیابی شد. جهت ارزیابی کیفیت مطالعات به دست آمده عنوان و چکیده مقالات توسط دو نفر از اعضاء گروه تحقیق به طور جداگانه و به دقت مطالعه و موردبررسی قرار گرفت. با توجه به معیارهای ورودی در ابتدا ۵۸ مقاله انتخاب و پس از بررسی دقیق محتوی ۲۰ مقاله به علت داشتن معیارهای خروج از جمله بررسی ایمنی بیمار در مراکز عمومی، همپوشانی با سایر مقالات، عدم دسترسی به متن کامل مقاله حذف و در نهایت ۳۸ مقاله در مطالعه وارد شدند. (شکل ۱)

جهت استخراج داده‌ها از فرم استخراج داده‌ها که بر اساس هدف پژوهش طراحی شده بود، استفاده شد. این فرم شامل بخش‌هایی از جمله مشخصات نویسندگان و سال انتشار، هدف مطالعه، نوع پژوهش، اندازه نمونه و روش جمع‌آوری اطلاعات و نتایج بود. پس از تکمیل این فرم نتایج به دست آمده از بررسی مقالات تجزیه و تحلیل، جمع بندی و نهایتاً گزارش گردید.

فراوانی دارند لذا در این مطالعه موضوع ایمنی بیماران و کارکنان مورد بررسی قرار گرفته است. در بخشهای روان پزشکی، پرستاران که در ساعت‌های متمادی در پشت درب قفل شده بخش و در کنار تعداد زیادی بیمار روان حضور داشته و در تماس مستقیم با بیماران روان قرار دارند، بیشترین افرادی هستند که با مسائل ایمنی نظیر ایجاد ناتوانی، آسیب‌های جدی و یا مرگ در رابطه با خشونت مواجه می شوند (۱۲، ۱۴).

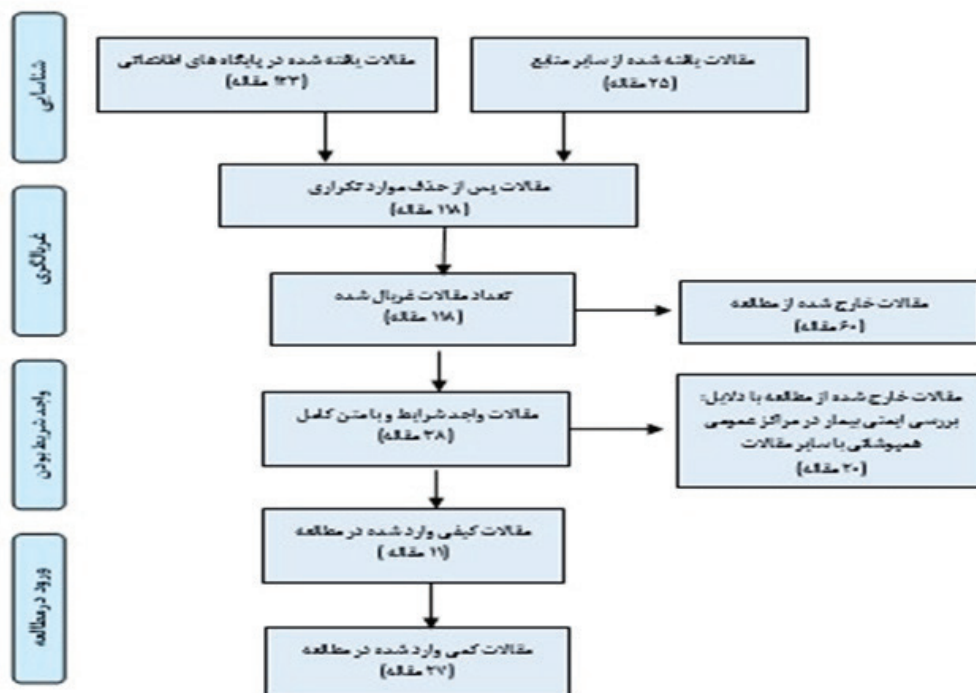
با این وجود علی رقم کلیه اقداماتی که با استفاده از دانش موجود در زمینه ایمنی بیمار در بخش‌های بستری بیماران روان انجام می‌شود وقایع زیادی در بخش‌های روان‌پزشکی روی می‌دهد (۶). در حدود ۳/۷ تا ۱۶/۶ درصد بیماران پذیرش شده در بیمارستان‌ها از رویدادهای نامطلوب رنج می‌برند، درحالی که در حدود نیمی از رخدادهای را می‌توان پیشگیری کرد (۱۵).

لذا مداخلاتی که برای تأمین ایمنی در بیمارستان انجام می‌شود، می‌تواند فواید توأمانی را برای بیمار، کارکنان و بیمارستان به همراه داشته باشد. به عنوان نمونه مدیریت و پیشگیری از خشونت بیمار منجر به کاهش صدمات و وقایع نامطلوب و کاهش نیاز به استفاده از مهار فیزیکی در بیماران و کاهش صدمات و اضطراب، ارتقاء کارگروهی و افزایش رضایت و کاهش ترک خدمت کارکنان، کاهش مشکلات قضائی و افزایش فرهنگ ایمنی در بیمارستان خواهد شد (۱۳).

در سال‌های اخیر ایمنی بیمار در بخشهای روان پزشکی مورد توجه قرار گرفته است ولی همچنان کمبود دانش در مورد موضوعات و اطلاعات در دسترس و قابل مطالعه وجود دارد، کار بیشتری برای روشن تر کردن تعاریف ایمنی بیمار و افزایش آگاهی و ایجاد مقدمات و توسعه استراتژی برای پاسخگویی به موضوعات ایمنی بیمار نیاز است. ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار امری ضروری است، لذا موضوع ایمنی بیمار در مراکز روان‌پزشکی نیاز به درک بیشتری دارد (۳).

در ایمنی کارکنان نیز نقصان وجود دارد و یک حداقل و استاندارد قابل قبول در این مورد وجود ندارد؛ و همچنین در سیاست‌ها و فرایند منسجم در جمع آوری اطلاعات ایمنی و امنیت در بخش‌های بستری بیماران روان کمبود وجود دارد (۱۶). هدف این مطالعه بررسی نظام‌مند مطالعات انجام شده در مورد ایمنی در دو حیطه ایمنی بیماران و کارکنان در مراکز روان‌پزشکی است.

شکل ۱: گنجایش جستجو و قریند انتخاب مقالات مطالعه



یافته‌ها

در (جدول ۱) به روش شناسی مطالعات وارد شده در این مطالعه

پردازش شده است.

از میان ۳۸ مقاله مورد بررسی، ۳۱ مقاله در مجلات خارجی (۸۱/۵۸٪)

و ۷ مقاله در مجلات داخلی (۱۸/۴۲٪) منتشر شده بود.

جدول ۱: بررسی روش شناسی مطالعات

نوع مطالعات	تعداد	درصد
توصیفی مقطعی	۱۹	۵۰
کیفی	۱۱	۲۹
مروری	۶	۱۶
نیمه تجربی	۲	۵
جمع کل	۳۸	۱۰۰

همچنین در ۲۳ مقاله (۶۰/۵۲٪) به رخدادهای ایمنی و پیامدهای آن،

۱۳ مقاله (۳۴/۲۱٪) به جمع آوری دانش در مورد ایمنی و ۲ مقاله

در مورد اقدامات مؤثر جهت افزایش ایمنی در محیط روان

پزشکی بحث شده است (جدول ۲).

جدول ۲: موضوعات مورد بررسی در مقالات

موضوع	تعداد	درصد
خشونت و پیامدهای آن در محیط روان پزشکی	۱۵	۳۹/۴۷
سایر رخدادهای ایمنی در محیط روان پزشکی	۸	۲۱/۰۵
مطالعات کمی و کیفی برای تولید دانش ایمنی بیمار	۱۳	۳۴/۲۱
اقدامات افزایش ایمنی بیمار	۲	۵/۲۶
جمع کل	۳۸	۱۰۰

خود، خودکشی، انتقال بیماری‌های عفونی، خطاهای دارویی، سقوط)

در محیط روان پزشکی پرداخته‌اند. سایر رخدادهای بخش‌های

در مورد رخدادهای ایمنی ۱۵ مطالعه (۶۵/۲۱٪) به خشونت و

پیامدهای آن و ۸ مطالعه (۳۴/۷۹٪) به سایر رخدادهای (فرار، آسیب به

روان‌پزشکی (۲۱)، آسیب به خود و کشف تجربیات پرستاران از مراقبت بیماران با آسیب به خود (۲۲)، ایدز و هپاتیت در بیماران دارای اختلالات روان‌پزشکی و میزان ابتلا به بیماری ایدز در بیماران دارای اختلالات روان‌پزشکی و دانش آنان در این مورد (۲۳)، دارو درمانی و موضوع ایمنی در دارو درمانی در بیماران روان‌پزشکی و خطاهای دارویی در آنان (۲۴)، از رخدادهای دیگری در محیط روان‌پزشکی است که در مقاله‌ها مورد بحث و بررسی قرار گرفته است (جدول ۳).

روان‌پزشکی از جمله فرار بیماران دارای اختلالات روانی و بررسی ارتباط مشخصات جمعیت شناختی با فرار بیماران بستری در مراکز روان‌پزشکی (۱۷)، سقوط در بخش‌های حاد روان‌پزشکی و بررسی عوامل داخلی و خارجی ایجاد سقوط در بیماران بستری (۱۸، ۱۹)، خودکشی و بررسی روند آن در بیماران دارای اختلالات روان‌پزشکی و روش‌های اقدام به خودکشی در بخش‌های بستری بیماران روان‌پزشکی (۲۰)، میزان اقدام به خودکشی و روش‌ها و ابزارهای استفاده شده در این موارد در بیماران بخش‌های حاد

جدول ۳: انواع رخدادهای مورد بررسی در مقالات

مقالات مربوط به رخدادهای بخش‌های روان‌پزشکی	تعداد	درصد
خشونت و پیامدهای آن	۱۵	۶۵/۲۰
فرار	۱	۴/۳۵
آسیب به خود	۱	۴/۳۵
خودکشی	۲	۸/۷۰
انتقال بیماری‌های عفونی	۱	۴/۳۵
خطاهای دارویی	۱	۴/۳۵
سقوط	۲	۸/۷۰
جمع کل	۲۳	۱۰۰

بیماران، تعیین وضعیت خشونت محل کار و دفعات خشونت فیزیکی و شیوع خشونت روانی در محل کار در قبال کارکنان نظام سلامت و شیوع خشونت محل کار در بخش‌های روان‌پزشکی مورد بررسی قرار گرفته است (جدول ۴).

در ۱۵ مطالعه خشونت بیماران از زوایای مختلفی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است، توصیف تجربه پرستاران از خشونت بیماران، فراهم کردن دانش پیشگیری از خشونت بیماران، عوامل خطر خشونت بیماران نسبت به پرستاران، بررسی آسیب پرستاران ناشی از خشونت

جدول ۴: موضوع مقالات مربوط به خشونت بیماران در بخش روان

موضوع مقالات مربوط به خشونت بیماران در بخش روان	تعداد	درصد
توصیف تجربه پرستاران از خشونت بیماران	۳	۲۰
فراهم کردن دانش پیشگیری از خشونت بیماران	۳	۲۰
عوامل خطر خشونت بیماران نسبت به پرستاران	۳	۲۰
بررسی آسیب ناشی از خشونت بیماران در پرستاران	۲	۱۳/۳۴
تعیین وضعیت خشونت محل کار کارکنان نظام سلامت	۳	۲۰
شیوع خشونت محل کار در بخش‌های روان‌پزشکی	۱	۶/۶۶
جمع کل	۱۵	۱۰۰

در بخش‌های حاد روان با متغیرهای کار پرستاری و پذیرش (۱۹)، پیمایش فرایندهای ایمنی و امنیت در بخش‌های بستری بیماران حاد روان (۱۶)، تشخیص درک کارکنان از ایمنی و میزان اطمینانی که به ایمنی در محیط روان‌پزشکی دارند (۲۵)، بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در مرکز روان‌پزشکی (۲۶)، استفاده از مهار فیزیکی در بخش‌های روان‌پزشکی میزان استفاده و اقدامات برای کاهش استفاده از آن و تفاوت در میزان استفاده از آن در مراکز مختلف روان‌پزشکی (۲۷)، درک معنی محیط مراقبت سلامتی برای بیماران

تولید دانش در مورد ایمنی بیمار در محیط بهداشت روان با استفاده از مهارت مدیران و فعالان در این زمینه (۳)، درک مفهوم ایمنی بیمار در مراقبت سلامت روان و آنالیز عوامل تشکیل‌دهنده فعالیت‌های ایمنی بیمار از دیدگاه مدیران، کارکنان و بیماران (۵)، ایجاد دانش بیشتر در مورد پتانسیل هم افزایی بین سلامتی بیمار و کارکنان و فعالیت‌های ایمنی (۴)، بررسی موضوعات ایمنی در مراکز روان‌پزشکی (۶، ۱۰)، خطرات اصلی و فعالیت‌های مدیریت سازمانی مربوط به آن در محیط بهداشت روان (۱۵)، کشف ارتباط بین رخدادهای نامطلوب

و پرستاران در بخش‌های حاد روان‌پزشکی (۲۸)، ارتباط به عنوان عامل حمایت‌کننده از ایمنی بیمار در محیط روان‌پزشکی و اهمیت آن برای مراقبت با کیفیت و ایمن (۲۹)، در ۱۳ عدد از مقالات مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

اقدامات مربوط به ایجاد ایمنی در بخش‌های روان‌پزشکی در ۲ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است. تأثیر استفاده از راهنماهای ایمنی بر عملکرد بهتر کارکنان در تعامل با بیماران در شرایط پیش و پس از بحران بر میزان آسیب کارکنان و آسیب در شرایط مهار و میزان شکایت بیماران (۳۰) و ارتقاء ایمنی و کاهش دفعات تعارض و محدود سازی در بخش‌های حاد روان با انجام مداخلات غیرتهاجمی (۳۱)، از موضوعاتی است که در این مقاله‌ها مورد بحث و بررسی قرار گرفته است (جدول ۲).

بحث

ارزیابی مقالات منتشر شده (جدول ۵) بیانگر آن است که در بحث ایمنی در کلیه مراکز درمانی و بخش‌های روان‌پزشکی خشونت یکی از موضوعات رایج است (۴۰-۳۲، ۴۰، ۴۸، ۴۴، ۳۲)، خشونت در قبال کارکنان مراقبت‌کننده از بیماران، مشکل بزرگی است که در سطح بین‌المللی وجود دارد و سرویس‌های سلامت جهانی را تهدید می‌نماید. حمله فیزیکی به کارکنان مراقبت سلامتی به وسیله بیماران خشمگین منجر به ایجاد آسیب‌های شغلی به کارکنان در بیمارستان‌های روان‌پزشکی می‌گردد (۴). پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی در هر روز چهار برابر بیشتر از دیگر کارکنان در مواجهه با خشونت فیزیکی قرار دارند (۲). این اتفاقات می‌توانند منجر به آسیب‌های ناخواسته یا مرگ برای کارکنان شوند و همین‌طور هزینه‌های اقتصادی زیادی را به بار آورد (۱۵).

پرستارانی که در بخش‌های حاد روان کار می‌کنند به احساس امنیت در محل کار و به اطمینان در توانایی برای کار با بیماران خشمگین و فراهم کردن مراقبت درمانی در عین حالی که خودشان و سایر بیماران را از صدمات روانی و فیزیکی حفظ می‌نمایند نیاز دارند (۲۵). سایر رخدادهای بخش‌های روان‌پزشکی از جمله فرار، آسیب به خود، خودکشی، انتقال بیماری‌های عفونی، خطاهای دارویی، سقوط

می‌باشند (۲۴-۱۸). در مطالعه‌ای با عنوان مشخصات بیماران اچ آی وی مثبت تحت درمان در اورژانس روان‌پزشکی، ۱/۹ درصد بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس مبتلا به ایدز بودند (۴۱). رخداد سقوط بیماران ۳۰ تا ۴۰ درصد اتفاقات مربوط به ایمنی در بیمارستان‌های آمریکا را تشکیل می‌دهد و تنها بخشی از سقوط بیمار در بیمارستان گزارش می‌گردد، سقوط بیماران در بخش‌های روان بسیار بالاتر از بیمارستان‌های عمومی است سقوط بیماران در بیمارستان‌های عمومی ۳ الی ۴ مورد در ۱۰۰۰ روز بستری و در بیمارستان‌های روان‌پزشکی ۱۳/۱ لغایت ۲۵ مورد در ۱۰۰۰ روز بستری تخمین زده شده است (۱۸).

از سایر رخدادهای ایمنی در بخش‌های روان‌پزشکی می‌توان به پدیده فرار اشاره کرد، فرار بیماران از بخش‌های بستری بیماران روان مشکل جدی هست که خطراتی را به همراه دارد که شامل خطر خودکشی و صدمه به خود، پرخاشگری و تهاجم، خطر غفلت از خود و مرگ و خطر از دست دادن اعتبار و اعتماد جامعه به بیمارستان و صدمه به سیستم است (۱۷). از مسائل جدی ایمنی بیمار در بیماران روان بستری خودکشی بیمار است، مرگ بیمار به علت خودکشی تراژدی است که کارکنان و خانواده و دوستان بیمار را آسیب می‌زند، بیماران روان بستری ریسک بالایی از خطر خودکشی نسبت به مردم عادی را دارند میزان خودکشی موفق بیماران روان بستری در انگلستان بین ۱۹۹۷ لغایت ۱۹۹۸ تعداد ۲۰۰ نفر و بین سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۰۷ تعداد ۱۰۵ نفر گزارش گردیده است (۲۰). رخدادهای دارویی از دیگر موضوعات ایمنی است که در مراکز عمومی و بخش‌های روان پزشکی روی می‌دهد، نتایج یک مطالعه نشان داد که به ازای هر ۱۰۰۰ روز بستری ۶/۳ رخداد نامطلوب دارویی اتفاق می‌افتد که ۶۸ درصد آن مربوط به خطای تجویز پزشکان و ۲۰ درصد آن مربوط به نسخه‌برداری پرستاران است (۲۴).

تعدادی از مطالعات نیز در راستای تولید دانش ایمنی بیمار در محیط روان پزشکی می‌باشند (۱۵، ۱۶، ۲۹، ۴۲، ۳۲، ۵۶، ۱۰، ۱۳-۲۵)، در این مطالعات روشن نبودن تعاریف ایمنی بیمار، تجربیات پرستاران از مراقبت از بیماران، اهمیت فرهنگ ایمنی بیمار، اهمیت و هم‌افزایی ایمنی بیمار و کارکنان در محیط روان‌پزشکی، خطرناک

پزشکی کمتر مورد بحث قرار گرفته است (۵). در مورد شفاف نبودن فرآیندها و سیاست مربوط به ایمنی بخش و امنیت در بیمارستان‌ها هشدار داده شده است (۱۶). درک فرآیند پدیده ایمنی در این بخش‌ها به ویژه برای پیشگیری از وقوع رویدادها برای بیماران و کارکنان و سازمان اهمیت زیادی دارد (۳). امروزه به مطالعات مداوم در مورد ایمنی بیمار در حیطه سلامت روان و ادغام فعالیت‌های بالینی و پژوهشی و انتقال دانش و آموزش برای اطمینان از انجام کار بهتر و تغییرات لازم نیاز است (۱۰). تلاش‌های ایمنی بیمار برای محافظت ایمنی کارکنان در مراکز روان‌پزشکی کم‌یاب است (۴،۱۶). در حالی که ایمنی بیمار و کارکنان در بخش روان علاوه بر مسائل ساختاری و کفایت کارکنان و امکانات، پدیده‌ای است که در تعامل بین بیمار و کارکنان ایجاد گردیده و متأثر از همدیگر است (۱۵،۴۴،۴۵). کارکنان بخش در ایمنی نقش مهمی دارند (۴،۵،۴۵،۴۶)؛ و همین طور مسائل ایمنی بر کارکنان تأثیرگذار است (۲،۲۱،۳۶،۴۴).

در حال حاضر ایمنی بیمار و کارکنان به طور رایج و با انجام یکسری از فعالیت‌ها انجام می‌شود، روش‌ها و دستورالعمل‌های ایمنی بیمار به منظور استفاده در مراکز عمومی تهیه و ابلاغ می‌گردند و مراکز روان‌پزشکی در این مورد با کمبودها و مشکلاتی مواجه می‌باشند.

بودن محیط کار روان‌پزشکی و نیاز به آموزش مهارت‌های مختلف، مدیریت خطر در محیط بهداشت روان، ارتباط رخدادهای بخش روان با عوامل کار پرستاری ذکر گردیده است. تعدادی از مطالعات نیز به اقدامات مربوط به ارتقاء ایمنی در بخش‌های روان‌پزشکی پرداخته‌اند (۳۰،۳۱). با توجه به لزوم ارتقاء ایمنی در محیط‌های روان‌پزشکی و نیاز به انجام مطالعات مناسب در این مورد به نظر می‌رسد مطالعات بیشتری در این زمینه مورد نیاز است.

در مطالعات انجام شده با وجود بحث در مورد رخدادهای ایمنی در بخش‌های روان‌پزشکی مربوط به بیماران و کارکنان از جمله (خشونت، فرار، آسیب به خود، خودکشی، ابتلا به بیماری‌های عفونی، خطاهای دارویی، آسیب حین مهار در مورد بیماران و رخدادهای ایمنی در مورد کارکنان از جمله خشونت فیزیکی و کلامی و جنسی و تولید دانش در مورد ایمنی بیمار در محیط روان‌پزشکی و بحث در مورد اقدامات ایمنی بیمار در این مراکز هنوز مشخص نیست که ایمنی بیمار چگونه تعریف می‌شود و مقدمات آن چیست، ایمنی موضوعی زمینه‌ای است و مطالعات زیادی برای روشن کردن اولویت‌ها و توسعه استراتژی برای پاسخ به موضوعات ایمنی مورد نیاز است (۳). مرور مطالعات توسط کانروا و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داد که ایمنی و عوامل ایجادکننده آن از منظر مراقبت از بیماران دارای اختلالات روان

جدول ۵: اهداف مطالعات و اندازه نمونه و روش جمع‌آوری اطلاعات

ردیف	نویسندگان	روش مطالعه	حجم نمونه	خلاصه یافته‌ها
۱	Brickell ۲۰۰۹	مطالعه کیفی	مصاحبه با ۱۹ نفر و بحث گروهی با ۷۲ نفر	کار بیشتری برای روشن‌تر کردن تعاریف ایمنی بیمار و افزایش آگاهی و ایجاد مقدمات و توسعه استراتژی برای پاسخگویی به رخدادهای ایمنی بیمار نیاز است. ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار و موضوع ایمنی بیمار در مراکز روان‌پزشکی ضروری است و نیاز به درک بیشتری دارد. به ارتقاء رهبری عمومی و استاندارد کردن فعالیت‌ها، تداوم آموزش‌ها، مشارکت گذاشتن اطلاعات و مطالعات بیشتر نیاز وجود دارد.
۲	Kanerva ۲۰۱۳	مرور متون	۴۸ مقاله	فرهنگ ایمنی در سازمان در همه جنبه‌های ایمنی بیمار حضور دارد و مدیران در ایجاد آن نقش اساسی دارند. کارکنان تحت تأثیر مدیران در ایمنی بیمار نقش دارند. نقش بیماران بیشتر از نقش یک فرد اطلاع دهنده است و مراقبت‌ها باید بر اساس ترجیحات بیماران برنامه‌ریزی گردد. زمانی که ایمنی بیمار را توسعه می‌دهیم مهم است که تنوع مفهوم آن را مدنظر داشته باشیم و همه عرصه‌ها می‌توانند برای کار توسعه‌ای موردنظر قرار بگیرند.
۳	Braun ۲۰۱۲	رساله	فراخوان بین‌المللی برای تشکیل میزگرد با سازمان‌ها و افرادی که بر ایمنی بیمار و کارکنان تمرکز دارند.	دامنه وسیعی از مثال‌های موردی، ابزارها، تکنیک‌ها و منابع برای اطلاعات بیشتر در مورد موضوعات ایمنی بیمار و کارکنان آشکار گردید. فرصت‌های هم‌افزایی و همکاری ایمنی بیمار و کارکنان در حیطه‌های رخدادهای نامطلوب و بررسی خطرات، گزارش، آنالیز و پاسخ، سیستم‌های مدیریت ایمنی، عوامل انسانی و ارگونومی، طراحی ایمن فرایندهای و ساختن محیط و استراتژی‌های تسهیل ارتباطات و حمایت کارکنان برای درگیر شدن در فعالیت‌های ارتقاء مشخص گردید. خدمات مراقبت سلامتی برای بیماران و کارکنان خطراتی همچون تشخیص اشتباه، صدمه به علت مهار فیزیکی بیمار، خطاهای جدی دارویی و عفونت‌های مرتبط با سیستم ارائه‌دهنده مراقبت سلامتی را به همراه دارد.

۴	Gloria ۲۰۱۲	فنونولوژی	۱۰ نفر از پرستاران دارای تجربه خشونت بیمار	چهار طبقه از آنالیز تماتیک داده‌ها به دست آمد شامل: احساس ناامنی در محیط کار، انگیزش برای ماندن بعد از خشونت، همدلی، پاسخ‌های هیجانی پس از خشونت
۵	Karen S ۲۰۰۸	مقطعی	پیمایش پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی برای تشخیص عوامل مرتبط با خطر خشونت منجر به آسیب به کارکنان	۵۰ درصد مشارکت‌کنندگان تجربه آسیب شدید در یک سال گذشته را داشتند. احتمال آسیب در بخش‌هایی که کاملاً تحت نظر بودند ۵۰ درصد کمتر از سایر بخش‌ها بود. اعتقاد به مفید نبودن اتاق جداسازی و مهار بیماران با افزایش آسیب رابطه داشت.
۶	Notranjost ۲۰۱۱	مرور متون	بررسی مطالعات انجام‌شده در مراکز روان‌پزشکی کشور اسلوانی	کارکنان مراکز روان‌پزشکی کار خود را خطرناک می‌دانستند. پرستاران زن و مرد تحت رفتارهای خشونت قرار گرفته بودند به‌خصوص از طرف بیمارانی که بدون خواست خود بستری و تحت درمان قرار گرفته بودند. کارکنان نیاز به آموزش تکنیک‌های دفاعی و ارتباطی همکاری مؤثر را اظهار کردند.
۷	Tracey A ۲۰۰۹	مطالعه کمی و کیفی	در مطالعه کمی مرور متون انجام و در ۸ مطالعه کیفی مصاحبه با ۱۹ نفر از مطلعین کلیدی انجام شد.؟؟؟	نتایج مرحله کیفی: نیاز به استاندارد کردن فعالیت‌های مراقبت در محیط‌های مراقبت روان، اجرای چهارچوب کفایت‌های ایمنی، زبان مشترک در تعریف واژه‌های ایمنی در محیط روان، ساختار بندی سیستم دسته‌بندی رخدادهای ایمنی. نتایج مرحله کمی: نیاز به هدایت در سطح ملی برای دفاع از ایمنی بیمار در محیط روان برای از بین بردن علت وجود دارد. نیاز به استاندارد کردن واژه و اسامی ایمنی بیمار، فعالیت‌ها، مکانیسم‌های گزارش و سیاست‌ها و جاسازی فرهنگ ایمنی بیمار در تمام سطوح سازمان وجود داشته و ارتقاء فعالیت‌های ایمنی بیمار در بیمارستان‌های روان نیازمند ارتباطات مؤثر، ادغام سرویس‌ها و مشارکت بین حرفه‌ای به‌ویژه در موقع انتقال مراقبت‌ها است
۸	Bowers L ۲۰۰۷	آنالیز گذشته‌نگر داده‌ها	داده‌های ۳۰ ماهه در ۱۴ بخش حاد از سه بیمارستان	فرار و خشونت و آسیب به خود جدی‌ترین رخدادهای ناخواسته و خشونت کلامی و آسیب به خود و آسیب معمولی جزو سایر رخدادهای ناخواسته بودند. رخدادهای نامطلوب در هفته‌های بعد از پذیرش بیماران مرد رخ داده بود
۹	Abraham ۲۰۱۲	مطالعه کمی و توصیفی	۱۲۰ نفر	عوامل داخلی راه رفتن بیمار، سابقه سقوط، دارودرمانی‌های متعدد در سقوط بیماران نسبت به عوامل خارجی تأثیر بیشتری دارند. نیاز به درگیر بودن اعضای تیم در پیشگیری از سقوط بیماران مهم‌ترین عامل خارجی بود
۱۰	Lee ۲۰۱۲	بررسی تحلیلی عامل ریشه‌ای سقوط بیماران در بخش‌های روان‌پزشکی	۷۵ گزارش تحلیلی عامل ریشه‌ای	بیماران در زمان بلند شدن از تخت (۲۱/۳ درصد)، دویدن و راه رفتن (۱۰/۷ درصد)، موقع استحمام (۹/۹ درصد)، سقوط کرده بودند. عوامل سقوط و خطرات محیطی (۱۱/۲ درصد)، کمبود اطلاع‌رسانی در مورد خطر سقوط (۸/۹ درصد)، کمبود وسایل مناسب (۸/۹ درصد)، از عوامل مهم سقوط بودند
۱۱	اجلی و همکاران ۲۰۱۴	توصیفی-مقطعی	پرونده بیماران فراری در مدت دو سال	عوامل جنس، سن، تحصیلات، دستگاه‌های حمایتی، نوع بیماری، سابقه سوءمصرف مواد، سابقه فرار، با فرار رابطه معنی‌داری داشتند
۱۲	Kapur N ۲۰۱۳	مطالعه آینده‌نگر	کلیه بیماران پذیرش‌شده در مراکز روان‌پزشکی انگلستان مابین سال‌های (۱۹۹۷-۲۰۰۸)	میزان خودکشی بین سال‌های ۱۹۹۷-۱۹۹۸ نسبت به خودکشی سال‌های ۲۰۰۷-۲۰۰۸ از ۲/۴۵ درصد به ۱/۶۸ درصد در ۱۰۰۰۰ تخت کاهش پیدا کرده بود. خودکشی با استفاده از روش آویزان کردن نیز ۵۹ درصد کاهش پیدا کرده بود
۱۳	Toftshagen R ۲۰۱۴	کیفی اکتشافی و توصیفی	پرستاران پنج بخش بستری بیماران بزرگسال در چهار مرکز روانپزشکی	از آنالیز داده‌ها دوطبقه ایجاد شد: چالش و همکاری در ارتباط پرستار و بیمار با زیر طبقه‌های (مراقبت نسبت به بیمار، امید به بهبود، بودن در دیالوگ واکنشی برای ارتقاء عبارات کلامی بیمار و بودن در هیجان عاطفی به‌وسیله بیماران با آسیب به خود) و طبقه مراقبت از بیماران با آسیب به خود
۱۴	Rothschild J.M ۲۰۰۷	مطالعه آینده‌نگر	بررسی دستورات دارویی بیمارستان با ۱۷۲ تخت بستری و ۷۰۰۰۰ دستور دارویی در طول ۶ ماه	۱۸۷۱ موردپذیرش در ۱۹۸۰ روز بستری موردبررسی قرار گرفت. به ازای هر ۱۰۰۰ روز بستری ۶/۳ رخداد نامطلوب دارویی اتفاق افتاده بود که ۶۸ درصد آن مربوط به خطای تجویز پزشکان و ۲۰ درصد آن مربوط به نسخه‌برداری پرستاران است. ۱۳ درصد کل رخدادهای قابل‌پیشگیری بودند
۱۵	Steinert ۲۰۰۸	مرور منابع	مطالعه در ۱۲ کشور مختلف اروپایی	استفاده از مهار فیزیکی و جداسازی به علت مسائل اخلاقی آن در اکثر کشورها کنار گذاشته شده است. اطلاعات به‌دست‌آمده نشان داد که اختلاف عمده‌ای در بین کشورها در میزان در معرض بودن بیماران برای دریافت مداخلات اجباری وجود دارد.
۱۶	Cowman ۲۰۰۴	مطالعه توصیفی	۴۳ بخش بستری بیماران حاد روان	در ایمنی کارکنان نقصان وجود دارد و یک حداقل و استاندارد قابل قبول در این مورد وجود ندارد؛ و همچنین اشاره به این موضوع دارد که در سیاست‌ها و فرایندهای منسجم در جمع‌آوری اطلاعات ایمنی و امنیت در بخش‌های بستری بیماران روان کمبود وجود دارد. نتایج نشان داد که حمام‌های بخش رایج‌ترین مکانی بود که آسیب به خود در آن‌ها اتفاق می‌افتاد. تنها در ۱۶ درصد بخش‌ها آزمایش‌ها مربوط به استفاده از داروهای غیرقانونی انجام می‌گردد. در غالب بخش‌ها کارکنان کارت الکترونیکی برای ورود به بخش نداشتند و نیمی از بخش‌ها به صورت ۲۴ ساعته به نیروی محافظ دسترسی داشتند

۱۷	Zeng J.Y ۲۰۱۳	(پرسش نامه محقق ساخته)	تجربه ۳۸۷ پرستار از خشونت در شش ماه گذشته	۸۲ درصد از پرستاران تجربه انواع مختلف خشونت در شش ماه گذشته را اعلام کردند، شیوع خشونت جنسی ۱۸/۶ درصد و خشونت فیزیکی ۶۱/۵ درصد و شیوع خشونت کلامی ۷۸/۶ درصد بود. در پرستارانی که تجربه خشونت را داشتند کیفیت زندگی در بعد فیزیکی و روانی افت کرده بود. پیش‌بین‌های مهم در مورد خشونت علیه پرستاران شامل زن بودن، داشتن آموزش دانشگاهی بودند و کار کردن با نوبت چرخشی رابط‌های با خشونت علیه پرستاران نداشت
۱۸	Hallett N ۲۰۱۴	مرور سیستماتیک (تماتیک آنالیز)	۳۷ مطالعه	سه طبقه نهایی به دست آمد: عوامل مربوط به بیماران (خودکنترلی، رفتار و ارتباطات)، عوامل مربوط به مراقبت کارکنان (ارتباطات، تشنج‌زدایی، دانش و تجربه، محدودیت تحت کنترل، زمان مداخله، محدودیت)، عوامل سازمانی و محیطی (ترکیب کارکنان، آموزش کارکنان، ترکیب بیماران، سازمان‌دهی فعالیت، محیط فیزیکی، سیاست و قوانین)
۱۹	Chen WC ۲۰۰۹	کوهورت ترجمه و استفاده از پرسش‌نامه ILO/ICN/ WHO/PSI۱	۱۷۴ نفر	داشتن سن زیر ۳۰ و بالای ۴۴ سال، زن بودن، فارغ‌التحصیلان دانشگاهی، مجرد بودن، افرادی که سابقه بستری کمی در بخش‌های حاد و مزمن دارند و داشتن ظاهر مضطرب از عوامل خطر خشونت فیزیکی و کلامی هستند
۲۰	Souto Melo ۲۰۱۰	مقطعی (مصاحبه نیمه ساختارمند)	۲۴۷۵ بیمار در ۲۶ مرکز در ۱۱ بیمارستان و ۱۵ مرکز روان	۴۸ درصد بیماران به اسکیزوفرنی مبتلا بودند و میانگین دانش آنان ۷ از ۱۰ بود و مشخصات مکان درمان رابط‌های با دانش آنان نداشت. دانش بیشتر با سابقه بیماری‌های قابل‌انتقال جنسی رابطه داشت و دانش کم با مشخصات اجتماعی، روانی و عوامل پیش‌بینی کننده بیماری ایدز رابطه داشت
۲۱	Easley L.S ۲۰۱۳	کمی- توصیفی استفاده از ابزار	۲۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش حاد روان	پرستارانی که در بخش‌های حاد روان کار می‌کنند گزارش کرده‌اند که به احساس امنیت در محل کار نیاز دارند، پرستاران لازم دارند به اطمینان در توانایی برای کار با بیماران خشمگین و فراهم کردن مراقبت درمانی در عین‌حالی که خودشان و سایر بیماران را از صدمات روانی و فیزیکی حفظ می‌نمایند
۲۲	Briner M ۲۰۱۳	تحلیل محتوی کیفی	۱۱ نفر از افراد باتجربه در محیط روان‌پزشکی	فراهم کردن یک نگاه جدید به خطرات بالینی و رفتارهای مدیریتی مرتبط در محیط بهداشت روان. چهار خطر در محیط بهداشت روان شامل خشونت و خشم، خطاهای درمانی، خطرات در رابطه به بیماری‌های روان، فرا هستند.
۲۳	Stevenson ۲۰۱۴	مطالعه کیفی	۱۲ نفر از پرستاران شاغل در بخش حاد روان‌پزشکی	انواع خشونت‌های تجربه‌شده توسط پرستاران شامل خشونت فیزیکی و کلامی بود. اغلب مشارکت‌کنندگان مطرح کردند که این مسئله قسمتی از شغل آن‌ها هست و تعدادی از پرستاران نیز تناقض در نقش ما بین انجام وظیفه مراقبت و انجام وظیفه در مقابل خودشان داشتند و در زمان ایجاد، نیاز به فراهم کردن مراقبت درحالی که یک واقعه مورد انتقاد اتفاق افتاده است کشمکش داشتند. قدرت، کنترل و داغ بر ادراک پرستاران و پاسخ آنان به خشونت تأثیر داشت.
۲۴	طاهره رضانی ۱۳۹۰	پدیدارشناسی (مصاحبه نیمه ساختاریافته)	۱۸ نفر پرستار از مراکز روان‌پزشکی	خشونت اغلب از طرف بیمار و به علت خواسته‌های نابجا و ماهیت بیماری وی بوده است. پرستاران تجربه‌ی خشونت کلامی را بیش از غیر کلامی و حداقل رویداد ۲-۳ بار خشونت فیزیکی را در طول یک سال گذشته از جانب بیمار گزارش نمودند. در اکثر موارد بروز خشونت، اولین واکنش پرستاران کوشش در آرام کردن بیمار با استفاده از صحبت با وی بوده است که اغلب مؤثر نبوده و به فیکس نمودن بیمار منجر شده است. سایر نتایج در چهار مفهوم اصلی عدم‌حمایت کافی از طرف کارکنان، ضعف مدیریت خطر، پیامدهای خشونت و گرایش انسان دوستانه استنتاج گردیده است.
۲۵	Short ۲۰۰۸	استفاده از ابزار Twin Valley Behavioral Healthcare (TVBH)	۲۰۰ نفر از بیماران تحریکاتی	استفاده از راهنماهای ایمنی که بر عملکرد بهتر در تعامل بین بیماران و کارکنان، مدیریت دارودرمانی اورژانس، ارتباط اطلاعات انتقادی در شرایط قبل از بحران و در شرایط بحرانی و اندازه‌گیری نتایج ایمنی و استفاده از نقش‌های ایمنی به‌صورت سیاست‌ها و استفاده از آرم (کار کردن هوشمند برابر است با کار کردن ایمن) انجام شد و نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که آسیب کارکنان ۹۰ درصد و آسیب در شرایط مهار ۳۶ درصد، شکایت بیماران ۳۷ درصد و نیاز به اعلام کد ۲۵ درصد کاهش داشته است
۲۶	Mills ۲۰۱۳	تحلیل ریشه‌ای علل	جمع‌آوری تحلیل ریشه‌ای علل انجام‌شده در بیمارستان‌ها	۲۴۳ گزارش بررسی گردید (۴۳/۶ درصد) با اویزان کردن و (۲۲/۶ درصد) با بریدن و (۱۵/۶ درصد) با خفه کردن و (۷/۸ درصد) با مسمومیت اقدام کرده بودند. (۵۲/۲ درصد) با استفاده از درب و (۵۸/۵ درصد) با استفاده از ملحفه و وسایل تختخواب اقدام کرده بودند؛ و (۲۳/۱ درصد) با استفاده از تیغ ریش‌تراشی برای بریدن اقدام کرده بودند
۲۷	اجلی و همکاران ۲۰۱۵	مطالعه توصیفی	۱۶۴ نفر از پرستاران و روان‌شناسان و کار درمانگران و مددکاران	بیشترین میانگین درصد پاسخ مثبت مربوط به ابعاد ارتباطات، ارائه بازخورد در مورد خطاها (۶۲) درصد و یادگیری سازمانی و بهبود مداوم (۵۹) درصد بود. کمترین میانگین پاسخ مثبت در بعد پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطاها (۸ درصد) و بعد باز بودن مجاری ارتباطی (۳۲) درصد به دست آمد که نیازمند توجه و بهبود می‌باشند
۲۸	Kanerva ۲۰۱۵	مطالعه کیفی (مصاحبه نیمه ساختارمند)	۲۶ نفر از پرستاران صبح کار در دو بیمارستان	سه زیر طبقه اصلی از آنالیز داده‌ها به دست آمد: انتقال سلیس اطلاعات (ثبت اطلاعات اساسی، خواندن و اجرای ثبت‌های اساسی مراقبت، اطلاع فعال اطلاعات بین پرستاران، اطلاع از تغییرات در بخش، انتقال اطلاعات بین بخشی)، فرهنگ باز ارتباط (آزادی در ارتباط، فرصت‌هایی برای بحث مفصل، احساس شنیده شدن در کل کارکنان) و فعال بودن در جمع‌آوری اطلاعات

۲۹	Moyo ۲۰۱۲	مطالعه کمی (استفاده از پرسش نامه و گزارش های حوادث مربوط به مهیار بیماران)	تعداد ۲۲ مورد گزارش آسیب به اضافه ۳۰ پرسش نامه از مصدومان	یک دوم صدمات در شیفت عصر رخ داده بود. هفتاد درصد صدمات پرستاران صدمات متعدد و توانمند بودند. نتایج پرسش نامه مشخص کرد که ۲۵ درصد احتمال صدمه و بیش از ۵۲ درصد احتمال صدمه برای پرستاران زن وجود دارد. کمبود گروه همکاران علت اصلی صدمه تشخیص داده شد و بکار بردن فن های راحت تر مهار و افزایش طول دوره آموزش از روش های افزایش ایمنی پرستاران گزارش شده است.
۳۰	فلاحی و همکاران ۱۳۹۲	توصیفی	پرسش نامه جمعیت شناسی و خشونت محل کار در بخش سلامت	میزان خشونت در یک سال ۷۱ درصد گزارش شد. ۹۳/۴ درصد خشونت روانی و ۷۱/۶ درصد خشونت فیزیکی بیشترین رخداد و خشونت های نژادی و جنسی با فراوانی ۱۹/۱ درصد و ۵/۵ درصد کمترین خشونت مربوط به واحدهای مورد پژوهش بودند. بیشترین واکنش نسبت به خشونت (۳۹/۹ درصد) دعوت به آرامش بوده است. ۶۲/۲ درصد برگزاری کلاس های آموزشی کنترل خشونت و ۵۹/۶ درصد وجود نظام مدیریتی برای گزارش دهی خشونت را ضروری دانستند
۳۱	Bowers ۲۰۱۵	کار آزمایی	۳۱ بخش حاد روان در ۱۵ بیمارستان (گروه هدف کارکنان پرستاری)	نتیجه مداخلات انجام شده منجر به کاهش ۱۵ درصدی تعارض های نیازمند به مداخلات کنترلی و کاهش رخداد های نیازمند محدود سازی به میزان ۲۶/۴ درصد شد. این مطالعه استفاده از مداخلات غیر تهاجمی برای ایمنی بیمار در مراکز روان پزشکی را بررسی نموده است.
۳۲	Hallett ۲۰۱۵	مرور نظام مند		در آنالیز تماتیک نتایج مطالعات سه تم شامل عوامل مربوط به بیمار (خود کنترلی و رفتار و ارتباط)، عوامل مربوط به سازمان و محیط (ترکیب کارکنان، آموزش کارکنان، ترکیب بیماران، فعالیت های سازمان دهی شده، محیط فیزیکی، سیاست و نقش ها) و کارکنان (تشنج زدایی، ارتباط، دانش و تجربه، محدودیت محیط، زمان بندی مداخلات و محدود کردن) مشخص گردید
۳۳	Johansson ۲۰۰۹	کیفی (اتنوگرافی)	۱۰ نفر از بیماران و ۱۰ نفر از پرستاران	یافته ها نشان داد که محیط مراقبت سلامتی با دو خصوصیت کنترل و ارتباط مشخص می گردد. ارتباطات بیماران با یکدیگر ترکیبی از ارتباطات حمایتی و ناخواسته بود؛ و کارکنان به دنبال مراقبت با کیفیت بودند که شامل نیاز به امنیت و ایمنی و مواجهه با تقاضای محیط بود. احساس آن ها از پاسخگویی، انجام دادن فعالیت برای مراقبت بهبود دهنده بیماران، احساس اجبار و بار سنگین آن بود؛ و مراقبت برای بیماران نیز معنی تسکین آلام و در معرض استرس قرار گرفتن داشت
۳۴	Moyo et al ۲۰۰۹	توصیفی با استفاده از پرسش نامه	۳۳ نفر از پرستاران	آنالیز نتایج نشان داد که احتمال ۲۵ درصد آسیب وجود دارد و پرستاران زن بیشتر از مردان در معرض آسیب هستند و نیمی از آسیب ها در نوبت عصر صورت می گیرد و ۷ درصد پرستاران آسیب های متعددی را دریافت کرده بودند
۳۵	نجفی و همکاران ۲۰۱۴	مرور منابع	۲۱ مقاله	پرستاران در معرض خشونت های شغلی متنوعی بودند از جمله خشونت کلامی. پنج مفهوم اصلی از مرور منابع استنتاج گردید شامل مشخصات خشونت محل کار، مشخصات پرستاران و واکنش آنان به خشونت، عوامل زمینه ساز، عوامل پیشگیری کننده و میزان گزارش و دلایل عدم گزارش دهی.
۳۶	فلاحی و همکاران ۲۰۱۶	توصیفی	۶۵۰۰ نفر از کارکنان نظام سلامت	۲۳/۵ درصد از مشارکت کنندگان در معرض خشونت شغلی بودند. پرستاران قربانیان اصلی و خانواده بیماران عوامل اصلی خشونت بودند. واکنش اصلی سؤال از خشونت کنندگان در مورد دلایل آن بود. نقص اطلاعات مراجعه کنندگان از وظایف کارکنان علت اصلی خشونت در قبال آنان بود.
۳۷	فلاحی و همکاران ۲۰۱۵	توصیفی	۵۸۷۴ نفر از کارکنان نظام سلامت	۷۴/۷ درصد از مشارکت کنندگان تجربه خشونت روانی را در ۱۲ ماهه گذشته داشته اند، ۶۴/۵ درصد توسط خانواده بیماران صورت گرفته بود، ۵۰/۹ درصد آن را گزارش نداده بودند و ۶۹/۹ درصد معتقد بودند گزارش بی فایده است.
۳۸	فلاحی و همکاران ۲۰۱۲	توصیفی	۲۰۰ نفر از کارکنان مرکز روان پزشکی	میزان خشونت در یک سال ۷۱ درصد گزارش شد. ۹۳/۴ درصد خشونت روانی و ۷۱/۶ درصد خشونت فیزیکی بیشترین رخداد و خشونت های نژادی و جنسی با فراوانی ۱۹/۱ درصد و ۵/۵ درصد کمترین خشونت مربوط به واحدهای مورد پژوهش بودند. بیشترین واکنش نسبت به خشونت (۳۹/۹ درصد) دعوت به آرامش بوده است. ۶۲/۲ درصد برگزاری کلاس های آموزشی کنترل خشونت و ۵۹/۶ درصد وجود نظام مدیریتی برای گزارش دهی خشونت را ضروری دانستند.

موجود در این زمینه در اکثر مطالعات به انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه توصیه گردیده است.

سیاسکزاری

این تحقیق حاصل رساله دکتری تخصصی پرستاری با کد اخلاقی IR.USWR.REC.1395.82 می باشد که توسط دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تصویب و حمایت گردیده است. نویسندگان این مقاله از مسئولین محترم دانشگاه و مسئولین محترم کتابخانه و IT که شرایط و زمینه مناسب را برای انجام تحقیق فراهم آورده اند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

1. Fuller Torrey E, Fuller DA, Geller J, Jacobs C, Ragosta K. No Room at the Inn: Trends and consequences of closing public psychiatric hospitals. Research from the Treatment advocacy center. 2012:1-27.
2. Bonner GP, Kennedy B, Moretz C, Stechschulte P. Touched by violence and caring for the violator: the lived experiences of nurses who were assaulted by their patients in psychiatric settings. Capella University. 2012: 1-158.
3. Brickell TA, McLean C. Emerging issues and challenges for improving patient safety in mental health: A Qualitative Analysis of Expert Perspective. Journal of patient safety. 2011; 7 (1): 39-44.
4. Calabro KS, Carson A, Delclos D, Kapadia A. A study of patient assault –related injuries in state psychiatric hospitals. The University of Texas School of Public Health. Copyright by ProQuest Information and Learning Company. 2007:1-231.
5. Kanerva A, LJ. Kivinen T. Patient safety in psychiatric inpatient care: a literature

نتیجه گیری

یافته های این تحقیق بیانگر آن است که خشونت مهم ترین رخدادی است که در زمینه ایمنی در بخش روان روی می دهد، خشونت گاهی به سوی دیگران (پرستاران و سایر کارکنان، بیماران، خانواده ها) و گاهی به سوی خود (خودکشی) صورت می گیرد. سایر رخدادهای بخش های روان پزشکی فرار، آسیب به خود، خودکشی، انتقال بیماری های عفونی، خطاهای دارویی و سقوط می باشند، هر کدام از این رخدادهای عواقب نامطلوبی را برای کارکنان، بیماران و در نهایت جامعه به دنبال دارد. با توجه به کمبود دانش در مورد ایمنی بیمار در بخش های روان پزشکی تعدادی از مطالعات در جهت تولید دانش در این زمینه صورت گرفته است، با توجه به محدودیت دانش

- review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2013; 20 (6): 1-8.
6. Tinkara P, PU. Safety issues in psychiatric setting. Journal of criminal justice and security. 2012: 13 (4); 431-443.
 7. safety. Oxford Dictionaries. Oxford University Press. <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/safety> (accessed August 10, 2016).
 8. Fahmi M, Gashaw M, Hightower J, Kaitiritimba R, Maruta A, Ndiokubwayo JB et al. Guide for developing national patient safety policy and strategic plan. World Health Organization Regional Office for Africa Brazzaville. 2014:1-35.
 9. Parks J, Radke AQ, Haupt MB. The vital role of state psychiatric Hospitals national association of state mental health program directors (NASMHPD) medical directors' council. 2014: 1-61.
 10. Brickell TA, Nicholls TL, Procyshyn RM, McLean C, Dempster R J, Lavoie J A A, Sahlstrom KJ, Tomita TM et al. patient safety in mental health. BC Mental Health and Addiction Services. 2009: 1-60.

11. Singha A, Ross J, Seminog O, Hawton K, Goldacre M J. Risk of self-harm and suicide in people with specific psychiatric and physical disorders: comparisons between disorders using English national record linkage. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2014; 107 (5): 194-204.
12. Weber M, Kathleen R. Delaney, Kathleen T. McCoy, Diane Snow, Margaret Rhoads Scharf, Margaret H. Brackley. Quality and safety graduate competencies in Psychiatric mental health nurse practitioner education. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2012; 26 (5): 350-357.
13. Braun B, Riehle A, Donofrio K, Hafiz H, Loeb JM, Miller KM, Wyllie C. Improving patient and worker Safety: Opportunities for synergy, collaboration and innovation. The Joint Commission. Printed in the USA. 2012: 1-171.
14. Trinkoff AM, Geiger-Brown jm, Caruso cc, Lipscomb ja, Johantgen m. Personal Safety for Nurses. Chapter 39, Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: 2008; 08-0043: 473-508.
15. Briner M, Manser T. Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. *Bio Medical Center Health Services Research*. 2013; 13 (44):1-11.
16. Cowman S, Walsh T. Safety and security procedures in psychiatric acute admission wards. *SAGE Social Science Collections*. 2004; 9 (3):185-193.
17. Ajalli A, Khodae M, Goodarzi M, Tamizi Z, Dibae M. Assessment of relationship between characteristics of psychiatric patients escaping from Razi Psychiatric Hospital. *Journal of psychiatric nursing*. 2015; 8 (4): 59-67. (Persian).
18. Samuel P. Abraham. Psychiatric nursing directors' perceptions of the factors contributing to patient falls in psychiatric inpatient units. A dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for the degree doctor of health administration. UNIVERSITY OF PHOENIX. Published by ProQuest LL. 2012:1-188
19. Lee A, Mills PD, Watts B.V. Using root cause analysis to reduce falls with injury in the psychiatric unit. *General Hospital Psychiatry*. 2012; 34:304-311.
20. Kapur N, Hunt I M, Windfuhr K, Rodway C, Webb R, Rahman M S et al. Psychiatric in-patient care and suicide in England, 1997 to 2008: a longitudinal study. *Psychological Medicine*. 2013; 43: 61-71.
21. Mills PD, King LA, Watts BV, MD, Hemphill RR. Inpatient suicide on mental health units in Veterans Affairs (VA) hospitals: avoiding environmental hazards. *General Hospital Psychiatry*. 2013; 35: 528-536.
22. Tofthagen R, Talseth A-G, Fagerström L. Mental health nurses' experiences of caring for patients suffering from self-harm. Hindawi Publishing Corporation. 2014: 1-10.
23. Souto Melo AP, Comini Ce'sar C, Campos L.N, Braga Ceccato M.G et al. Individual and treatment setting predictors of HIV/AIDS knowledge among psychiatric patients and their implications in a national multisite study in Brazil. *Community mental health journal*. 2010; 46: 505-516.
24. Rothschild JM. R, Mann K, Keohane CA, Williams DH, Foskett C, Rosen SL. Medication safety in a

- psychiatric hospital. General Hospital Psychiatry. 2007; 29:156-162.
25. Easley LS. Registered nurses perception of personal safety and self-confidence to manage aggressive behavior in an acute central Mississippi psychiatric setting. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in the graduate school of alcorn state university. 2015:1-45.
 26. Ajalli A, Fallahi M, Dibae M. The survey of patient safety culture in Razi Psychiatric Center in Tehran. Journal of Health Promotion Management. 2015; 4 (4): 85-94.
 27. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgru"tter R, Conca A, Hatling T, Janssen W et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. Soc Psychiatry Epidemiol. 2010; 45: 889-897.
 28. Johansson I. The health care environment on a locked psychiatric ward and its meaning to patients and staff members. Printed in Sweden by Intellecta Docusys AB Vastra Frolunda. 2009:1-64.
 29. Kanerva A, Kivinen T, Lammintakanen J. Communication elements supporting patient safety in Psychiatric inpatient care. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2015; 22: 298-305.
 30. Short R, Sherman ME, Raia J, Bumgardner C, Lofton C. Safety guidelines for injury-free management of psychiatric inpatients in pre-crisis and crisis situations. Psychiatric services ps.psychiatryonline.org. 2008; 59 (12): 1376-1378.
 31. Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Stewart D, Hodsol J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2015; 52:1412-1422.
 32. Hallett, N., J.W. Huber, and G.L. Dickens, Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. Aggression and Violent Behavior, 2014. 19 (5): p. 502-514.
 33. Wagner C, Smits M, Sorra J, huang CC. Assessing patient safety culture in hospitals Across countries. International Journal for Quality in Health Care. 2013; 25 (3): 213-221.
 34. Fallahi Khoshknab M, Tamizi Z, Ghazanfari N. Workplace violence status, vulnerable and preventive factors among nurses working in psychiatric wards. Journal of health promotion management. 2013; 2(3): 7-16.
 35. Ramezani T, Fasihi T, Mangali M. Nurses' experiences of occupational aggression in the psychiatric wards: Phenomenology approach. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2012; 4 (52): 314-27. (Persian).
 36. Stevenson KN. Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units. MSc. Thesis McMaster University – Nursing. 2014: 1-209.
 37. Chen WC, Sun YH, Lan TH, Chiu HJ. Incidence and risk factors of workplace violence on nursing staffs caring for chronic psychiatric patients in Taiwan. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2009; 6: 2812-2821.
 38. Zeng JY, An FR, Xiang YT, Qi YK, Ungvari G, Newhouse R et al. Frequency

- and risk factors of workplace violence on psychiatric nurses and its impact on their quality of life in China. *Psychiatry Research*. 2013; 210:510-514.
39. Fallahi Khoshknab M, Oskouie F, Najafi F, Ghazanfari N, Tamizi Z, AhmadvandH. Psychological violence in the health care settings in Iran: A cross-sectional study. *Nursing and midwifery studies*. 2015; 4 (1): 1-6.
 40. Fallahi-Khoshknab M, Tamizi Z, Ghazanfari N, Mehrabani G. Prevalence of workplace violence in psychiatric Wards, Tehran, Iran. *Pakistan Journal of Biological Sciences*. 2012; 15 (14): 680-684.
 41. Murray Bennett WR, Joesch JM, Mazur M, Roy-Byrne P. Characteristics of HIV-Positive patients treated in a psychiatric emergency department. ps.psychiatryonline.org. 2009; 60 (3): 398-401.
 42. Bowers L, Allan T, Simpson A, Nijman H, Warren J. Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: the Tompkins acute ward study. *International Journal of Social Psychiatry*. 2007; 53 (1): 75-84.
 43. Johansson I. The Health Care Environment on a Locked Psychiatric Ward and its meaning to patients and staff members. Printed in Sweden by Intellecta Docusys AB Vastra Frolunda. 2009:1-64.
 44. Bishop AC. Perceptions of patient safety: What influences patient and provider involvement? Submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Dalhousie University Halifax, Nova Scotia November. 2012; 1-263.
 45. Fletcher M, Jakob R, Koss R, Lewalle P, Loeb J, Perneger TV, et al. The conceptual framework for the international classification for patient safety Version 1.0. For Use in Field Testing. 2007-2008.:1-154.
 46. Chiovitti, R.F., Nurses' meaning of caring with patients in acute psychiatric hospital settings: A grounded theory study. *International journal of nursing studies*, 2008. 45 (2): p. 203-223.
 46. Moyo N, Robinson P. The safety of nurses during the restraining of aggressive patients in an acute psychiatric unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2012; 29 (3): 5.
 47. Najafi F, fallahi Khoshknob M, Dalvandi A, Ahmadi F, Rahgozar M. Workplace violence against Iranian nurses: A systematic review. *Journal of Health Promotion Management*. 2014; 3 (2): 72-85.
 48. Fallahi-Khoshknab M, Oskouie F, Najafi F, Ghazanfari N, Tamizi Z, Afshani S. Physical violence against health care workers: A nationwide study from Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2016; 21 (3): 232.