

عوامل موثر در ایمنی بیماران همودیالیزی در بخش دیالیز و راهبردهای تقویت آنها

منیر نوبهار* (Ph.D)

مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: ایمنی بیماران حین همودیالیز، پایه و اساس ارائه مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت بالا محسوب می‌شود. هدف این مطالعه تبیین عوامل موثر در ایمنی بیماران همودیالیزی در بخش دیالیز و راهبردهای تقویت آنها بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوای مرسوم انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها شامل مصاحبه نیمه‌سازمان یافته بود. محیط پژوهش بخش همودیالیز بیمارستان کوثر سمنان بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند شروع شد و به تدریج بر اساس کدها و طبقات به دست آمده، تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. مصاحبه با ۲۰ مشارکت‌کننده شامل هشت بیمار، هفت پرستار، دو پزشک و سه همراه انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوای مرسوم همزمان با جمع‌آوری داده‌ها و بر اساس پنج گام Granheim و (2004) Lundman صورت گرفت. اطمینان از صحت و استحکام تحقیق با استفاده از معیارهای لینکولن و گوبا انجام گرفت. یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که چهار طبقه اصلی "مراقبت‌های مستمر پرستاری"، "مشارکت بیمار"، "خطمشی‌های سازمانی" و "مدیریت هوشمندانه" بر ایمنی بیماران تحت همودیالیز موثر بودند. نتیجه‌گیری: یافته‌های حاصل از مطالعه نشان داد که پرستاران، بیماران، سازمان و مدیریت، مهم‌ترین عوامل در ایمنی بیماران تحت همودیالیز می‌باشند. جهت تقویت عوامل موثر بر ایمنی در بیماران تحت همودیالیز، تدوین معیارها، چک‌لیست و شاخص‌های استاندارد سازمانی مورد نیاز است، تا میزان حوادث ایمنی را کاهش داده و نتایج درمان همودیالیز ایمن را برای این بیماران بهبود ببخشد.

واژه‌های کلیدی: ایمنی بیمار، همودیالیز، پرستاری، تحقیق کیفی.

مقدمه

بروز در حال رشد مرحله انتهایی بیماری کلیوی (ESRD)، به افزایش تقاضا جهت ارائه خدمات همودیالیز منجر می‌شود [۱]. بیماران همودیالیز در معرض خطر، خطاهای ایمنی هستند که این امر ناشی از پیچیدگی درمان، محرومیت‌ها، درمان‌های متعدد دارویی، اثرات فیزیولوژیک ناشی از ESRD و چالش‌های موجود در همکاری سایر بخش‌های بیمارستان در فراهم نمودن مراقبت می‌باشد [۲، ۳].

مجموعه این عوامل در تنش‌زایی بخش همودیالیز نقش دارد و خطاهای ایمنی در مراکز همودیالیز و بیماران ESRD شایع است. بیماران نیز اغلب از بروز این خطاها، که می‌تواند طی جلسات همودیالیز ایجاد شود، نگران هستند. خطاهای مکرر و شدید در همودیالیز، منجر به این شده که اشخاص حرفه‌ای با مهارت‌های متعدد، در پی یافتن راه‌حل این خطاها باشند [۴، ۵]. از طرفی ایمنی بیماران تحت همودیالیز، پایه و اساس ارائه مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت

پرستاران، از کارکنان و ارکان مهم در تسهیل همودیالیز هستند و در مراقبت از بیماران تحت همودیالیز نقش حیاتی بر عهده دارند [۱]. پرستاران نفرولوژی، به منظور فراهم نمودن مراقبت ایمن و با کیفیت، باید درک کاملی از نقش‌های فراهم‌کنندگان مراقبت بهداشتی داشته باشند، تا مراقبت از بیمار به آن‌ها واگذار گردد [۱۳]. آن‌ها، مسئول پاسخ‌گویی به نیازها و چالش‌های موجود در مراقبت از بیماران همودیالیز می‌باشند، هم‌چنین موانعی که هماهنگی مراقبت از بیماران در بیمارستان و منزل را محدود می‌نماید، تشخیص می‌دهند [۱۴].

پرستاران نفرولوژی، بر نتایج ایمنی در تمام زمینه‌های مراقبت نفرولوژی شامل حوادث عروقی دیالیز، ماشین دیالیز، دارو، تروما به بیمار و آسیب کارکنان؛ تاثیرگذار می‌باشند [۱۵]. Gomez (۲۰۱۱) می‌نویسد: پرستار نفرولوژی، در محیط ایمن و رفتار سالم، کار می‌کند [۱۵]. در حالی که Garrick و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند در این بین مشکلات ارتباطی، اشتباهات دارویی، سقوط بیمار، خطاهای ماشین دیالیز و آماده‌سازی غشاء دیالیزور، نارسایی در تثبیت سیاست‌ها و قوانین، و مشکلات کنترل عفونت‌ها مطرح هستند [۴]. Ulrich و Kear (۲۰۱۵) نیز می‌نویسند: حوادث گزارش نشده و فراموش شده، میزان کمبود نیروی انسانی، ساعات کاری طولانی، مشکلات ارتباطی، آموزش، کنترل عفونت و توانمندی‌ها بر ایمنی این بیماران تاثیرگذارند. بنابراین گزارش حوادث، استراتژی‌های کاستن از سقوط، بهبود شیوه‌های تجویز دارو، برنامه‌ریزی ایمنی و برگزاری جلسات ایمنی، از راه‌بردهای عملیاتی و بهترین راه‌حل‌های ایمنی محسوب می‌شوند [۱۶]. تحقیقات آتی باید به شناسایی عواملی که به ارتقاء پیشگیری موثر، مانع بروز اشتباهات و اصلاح خطاهای گروه مراقبتی منجر می‌شود، بپردازد [۱۷].

از آن‌جا که ارزیابی کیفیت و بهبود روند عمل‌کرد، با تمرکز روی شناسایی حیطه‌های خطرناک و تعیین اهداف مورد انتظار با بهترین شیوه عمل‌کرد و معیارهای مورد توافق گروه اختصاصی ایمنی، امکان‌پذیر می‌شود [۴]. به علاوه بررسی دیدگاه بیماران، متخصصان و افراد حرفه‌ای در گروه

بالا محسوب می‌شود [۴]. بهبود ایمنی این بیماران، هدف اصلی نظام سلامت است. با این حال، علی‌رغم تلاش‌های بسیاری از مسئولین، تکرار حوادث نامطلوب ایمنی، هم‌چنان به صورت غیرقابل قبول و مستمر وجود دارند [۶].

در مورد مفهوم ایمنی در بیماران همودیالیز طی مدت درمان در بیمارستان اطلاعات اندکی وجود دارد [۷]. مفهوم احساس ایمنی، در مطالعات پاسخ بیماران همودیالیزی به مراقبت از آن‌ها، به صراحت ذکر نشده است. اما، در یک مطالعه توضیح داده شده که نیمی از بیماران همودیالیزی نگران هستند که اشکالی طی مدت درمان همودیالیز آن‌ها ایجاد شود [۴]. شواهد نشان می‌دهد نیمی از بیماران تحت همودیالیز، در طول درمان احساس ناامنی می‌کنند [۸].

طیف گسترده‌ای از فرآیند مراقبت‌ها نیز به طور بالقوه و قابل اصلاح، به مخاطرات ایمنی این بیماران منجر می‌شوند [۶]. Mollon (۲۰۱۴) با تحلیل مفهومی احساس ایمنی در بیماران بستری در بیمارستان را به عنوان "یک حالت احساسی که در آن ادراک مراقبت به حس امنیت و آزادی از آسیب منجر می‌شود"، اطلاق نمود. این تعریف شامل تم‌های اعتماد به پرستار، احساس مراقبت، حضور پرستار و خانواده؛ دانش ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و یا ارائه‌دهنده مراقبت به بیمار می‌باشد. اما مشخص نیست که آیا عواملی که در بالا توضیح داده شد، در بیماران تحت همودیالیز نیز بر تجربه آن‌ها تاثیرگذار می‌باشند؟ [۹] Wassenaar و همکاران (۲۰۱۴) معتقدند جنبه‌های مراقبت‌های پرستاری که به احساسات بیماران از ایمنی کمک می‌کند شامل نظارت بر وضعیت بیمار، روش‌های فردی، جدی گرفتن بیمار، اختصاص زمانی برای برقراری ارتباط و ارائه اطلاعات، و تعامل با بیماران می‌باشند. سایر تم‌ها عبارت از نتایج بیماران (شامل نیازهای روانی اجتماعی و از دست دادن کنترل)، حضور بستگان و پشتیبانی فنی بودند [۱۰]. سیستم‌های مراقبت بهداشتی با تغییرات وسیع روبرو می‌باشد و در این بین، پرستاران نفرولوژی نیز به طور مستمر در محیط کار خود با چالش روبرو هستند [۱۱، ۱۲].

[۲۱]. محقق کیفی با حضور در محیط طبیعی زندگی مردم، پدیده‌ها را درک و تفسیر می‌نماید. در واقع رسالت تحقیق کیفی، روشن‌سازی وقایع، هنجارها و ارزش‌ها از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در تحقیق است [۲۲]. با توجه به ماهیت پدیده مورد بررسی "تیبیین عوامل موثر در ایمنی بیماران همودیالیز و راهبردهای تقویت آن‌ها"، درک این عوامل به روش تحلیل محتوای کیفی و از طریق مصاحبه‌های عمیق امکان‌پذیر می‌باشد. هدف این مطالعه تیبیین عوامل موثر در ایمنی بیماران همودیالیزی در بخش دیالیز و راهبردهای تقویت آن‌ها بود.

مواد و روش‌ها

با توجه به هدف پژوهش، این مطالعه یک تحقیق کیفی از نوع تحلیل محتوای مرسوم (Conventional Content Analysis) است که در سال ۱۳۹۴ - ۱۳۹۳ انجام شد. تحلیل محتوا فرآیندی است که طی آن داده‌های خام بر اساس تفسیر و استنباط دقیق و منظم محقق به طبقاتی تبدیل می‌گردند، این فرآیند با استفاده از منطق استقراء صورت می‌گیرد که با بررسی دقیق محقق و مقایسه مداوم داده‌ها، طبقات و تم‌ها از داده‌های خام استخراج می‌گردند [۲۳] و به وسیله آن داده‌ها خلاصه، توصیف و تفسیر شده و برای تعیین درون‌مایه‌های غالب و اصلی استفاده می‌شود [۲۴].

مشارکت‌کنندگان به صورت نمونه‌گیری هدفمند (Purposeful) از افرادی که تجربه غنی از موضوع داشتند، از فروردین تا آبان ۱۳۹۳ انتخاب شدند، نمونه‌گیری تا زمان اشباع داده‌ها و طبقات ادامه یافت، به نحوی که داده‌های جدید حاصل نشد، سطوح مفهومی کامل شده و بر اساس قضاوت محقق، جمع‌آوری بیش‌تر داده‌ها، موجب درک عمیق‌تر پدیده نگردید [۲۵]، ادامه یافت. جامعه مورد بررسی از بین بیماران تحت درمان با همودیالیز و همراهان آن‌ها، پرستاران و پزشکان بخش همودیالیز بیمارستان کوثر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سمنان انتخاب شدند. اطلاعات فردی مشارکت‌کنندگان شامل سن، جنس، تحصیلات و شغل،

همودیالیز، به شناسایی عوامل مهم در ایجاد خطرات ایمنی در مراکز همودیالیز کمک می‌کند [۴]. برداشت بیماران از ایمنی و در نتیجه احساس امنیت در آن‌ها با دیدگاه کارکنان مراقبت‌های بهداشتی از ایمنی متفاوت می‌باشد [۷].

هم‌چنین تیبیین دیدگاه و رعایت استانداردها توسط پرستاران نفلولوژی، به عنوان ابزاری در شناخت و کاهش خطرات ایمنی مطرح است [۱۵]. از سوی دیگر ارزیابی دیدگاه و نگرانی‌های بیماران و کارکنان پیرامون خطرات ایمنی، به درک چالش‌های موجود کمک می‌کند. با استفاده از این نتایج، آشکارا به چالش‌های موجود اذعان می‌شود و با استفاده از ریشه مشکلات، روند شناسایی برنامه‌های عمل‌کردی مشخص می‌شود و تسهیلات لازم برای شروع فرهنگ ایمنی فراهم می‌گردد [۴].

تیبیین فرهنگ ایمنی بیمار، برای دستیابی به ایمنی بیمار ضروری است. در سال ۲۰۱۴، یک مطالعه ملی به عنوان نقطه عطفی، برای بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در مجموعه‌های نفلولوژی پرستار انجام شد [۱۸] و تاکید گردیده برای درک بهتر این تجربیات نیاز به ساز و کار مخصوصی است که بتوان ابعاد مختلف آن را واضح و جامع شناسایی نمود. با بررسی عمیق و وسیع این تجارب با استفاده از روش‌های چندگانه جمع‌آوری اطلاعات که در متدولوژی تحقیقات کیفی وجود دارد، می‌توان این پدیده را مورد بررسی و کنکاش عمیق قرار داد [۱۹].

مرور متون موجود نشان داد که مطالعات کیفی بسیار کمی تا کنون در مجلات نفلولوژی منتشر گردیده است. در حالی که مشارکت در تحقیق کیفی بیمار محور باید تقویت شود. تحقیق بیمار محور در نفلولوژی بالینی، به بهبود نتایج برای بیماران منجر می‌شود [۲۰].

از آن‌جا که تحقیق کیفی، درک عقاید، نگرش‌ها، دیدگاه‌ها، انگیزه‌ها و ارزش‌ها را امکان‌پذیر می‌نماید، به نظر می‌رسد که ارتقاء آگاهی و درک بهتر جوامع نفلولوژی از طریق تحقیق کیفی اهمیت دارد و این گونه یافته‌ها در بهبود ایمنی بیماران، کیفیت و نتایج مراقبتی در زمینه نفلولوژی تاثیرگذار می‌باشند

وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، مدت زمانی که از شروع بیماری و نیاز به دستگاه دیالیز می‌گذشت، ثبت گردید. با توجه به اصل حداکثر تنوع (Maximum Variation) در امر نمونه‌گیری، از بیماران تحت درمان با همودیالیز که از نظر سن، مدت ابتلا (مدت دیالیز ۳ تا ۲۱ سال با میانگین ۹/۳۷ سال)، شدت و علت بیماری در درجات مختلفی قرار داشتند، استفاده شد. در این مطالعه مشارکت‌کنندگان شامل هشت بیمار، هفت پرستار، سه همراه و دو پزشک بودند.

روش اصلی گردآوری داده‌ها در این تحقیق مصاحبه نیمه سازمان‌یافته بود. سوالات اصلی مصاحبه‌ها عبارت بودند از لطفاً در مورد ایمنی بیماران در همودیالیز صحبت کنید، سپس در مورد عوامل تاثیرگذار بر ایمنی بیماران در همودیالیز سوال می‌شد، سئوالات اکتشافی و کنکاشی بر اساس اطلاعاتی که شرکت‌کنندگان ارائه می‌کردند، به منظور تعمیق مصاحبه‌ها پرسیده شد. سئوالات مصاحبه‌های بعدی نیز بر اساس طبقات استخراج شده تنظیم می‌شد. شرایط ایمنی در همودیالیز چگونه است؟ رعایت چه مواردی بر ایمنی در همودیالیز تاثیرگذار است؟ سپس سئوالات کاوشی مانند می‌توانید پیش‌تر توضیح بدهید؟ یعنی چه؟ یا یک مثال بزنید، برای تشویق مشارکت‌کنندگان و به منظور دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر پرسیده می‌شد. در پایان از مشارکت‌کننده تقدیر و تشکر به عمل می‌آمد و از آن‌ها خواسته می‌شد تا اگر مطلبی باقی مانده و می‌خواهند بیان کنند. برای جمع‌آوری اطلاعات با مراقبین بیمار، پرستاران و پزشکان بخش همودیالیز نیز مصاحبه انجام شد و از آنان نیز در مورد تجربیاتشان از ایمنی بیماران در همودیالیز سوال شد. می‌توانید مثالی از چگونگی شرایط ایمنی بیماران خود حین همودیالیز را بیان نموده و نحوه برخورد با آن را توضیح دهید؟ پس از پایان هر مصاحبه، پژوهشگر آن را مورد نقد و بررسی قرار می‌داد، نقاط مبهم و نیازمند توجه در مصاحبه‌های بعدی مشخص می‌گردید و در مصاحبه‌های بعد مورد بررسی قرار می‌گرفت. جمع‌آوری، مقایسه مداوم و تحلیل داده‌ها، هم‌زمان انجام می‌گرفت، به گونه‌ای که اطلاعات جمع‌آوری شده با اطلاعات قبلی مقایسه

می‌گردید، اهمیت و موقعیت آن در سلسله مراتب آنالیز اطلاعات تعیین می‌گردید. مدت زمان مصاحبه‌ها ۴۰ تا ۸۵ دقیقه بود. محل انجام مصاحبه‌ها اتاقی در بخش کلینیکی درمانگاهی بیمارستان، جنب بخش دیالیز انتخاب شد، که کوتاه‌ترین مسافت ممکن را نسبت به بخش همودیالیز داشت و بیماران در آن از لحاظ شرایط فیزیکی، دما، بو، تهویه و نور در آسایش بودند، در زمان انجام مصاحبه‌ها فقط پژوهشگر و مشارکت‌کننده در اتاق حضور داشتند.

تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای مرسوم و بر اساس پنج گام Granheim و Lundman (۲۰۰۴) صورت گرفت [۲۶].

در گام اول متن مصاحبه‌ها بلافاصله کلمه به کلمه نسخه‌برداری و به عنوان داده اصلی تحقیق، مکرر خوانده شد تا درک از کل داده‌ها حاصل گردد (Transcribing)

در گام دوم تصمیم‌گیری در مورد تقسیم متن به واحدهای معنایی (Meaning units) صورت گرفت، واحدهای معنایی مرتبط با اجزاء و بخش‌های داده‌ها مشخص گردید.

در گام سوم واحدهای معنایی خلاصه شد و طراحی انتزاعی نمودن (Abstracting) واحدهای معنایی و انتخاب کدها انجام شد. با توجه به تجارب مشارکت‌کنندگان مفاهیم آشکار و پنهان به صورت جملات یا پاراگراف از کلمات آن‌ها و کدهای دلالت‌کننده مشخص می‌شد، با دادن کدهای مناسب برچسب‌گذاری انجام گرفت.

در گام چهارم بر اساس مقایسه مداوم تشابهات، تفاوت‌ها و تناسب، کدهایی که بر موضوع واحدی دلالت می‌کردند، در یک طبقه قرار گرفت و زیر طبقات و طبقات دسته‌بندی شد و کدهای محوری در سطح توصیفی شکل گرفت (Sorting codes)، نقاط مبهم و نیازمند توجه در مصاحبه‌های بعدی مشخص شد و در مصاحبه‌های بعد مورد بررسی قرار گرفت، به نحوی که نقاط ابهام برطرف شده و جایگاه کدها در هر طبقه کاملاً مشخص شد.

در گام پنجم در سطح تفسیری، طبقات تلخیص شد و مفهوم مرکزی هر طبقه مشخص گردید و ارتباط بین طبقات با

شدند، توضیحات لازم به آنها داده شد. در صورت اعلام رضایت شرکت کنندگان، زمان مصاحبه با موافقت آنها تعیین شد. پس از بیان اهداف پژوهش، تمامی مشارکت کنندگان رضایت نامه آگاهانه برای شرکت در مطالعه را تکمیل کردند. مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مشارکت کنندگان ضبط گردید. به آنها در رابطه با مخفی ماندن اطلاعات و حفظ گمنامی اطمینان داده شد. خروج آنها از مطالعه به هر دلیل به صورت آزادانه امکان پذیر بود. به آنها اطلاع داده شد که در صورت لزوم ممکن است برای تکمیل صحبت‌ها مجدداً به آنها مراجعه شود. به مشارکت کنندگان گفته شد در صورت تمایل می‌توانند نتایج پژوهش را در اختیار داشته باشند. در هنگام انتشار نتایج کلیه اطلاعات فردی مشارکت کنندگان محرمانه بود.

نتایج

طی این تحقیق ۲۰ شرکت کننده شامل هشت بیمار (پنج زن و سه مرد)، که سن آنان بین ۳۵ تا ۷۵ سال (میانگین ۵۱/۳۷)، سابقه دیالیز ۳ تا ۲۱ سال (میانگین سابقه دیالیز ۹/۳۷ سال)، شش بیمار متاهل، یک بیمار مجرد و یک بیمار همسر فوت کرده، تعداد فرزندان دو تا هشت (میانگین ۳/۲۵)، شش بیمار تحصیلات ابتدایی، دو بیمار دیپلمه بودند. دو مرد بی‌کار، یک مرد بازنشسته و همه خانم‌ها خانه‌دار بودند. هفت پرستار (پنج زن و دو مرد)، سن بین ۳۷ تا ۶۰ سال (میانگین ۴۶/۵)، همگی دارای لیسانس پرستاری بودند، چهار پرستار متاهل، دو مورد مجرد و یک مورد مطلقه، سه همراه (سه مرد) و دو پزشک (یک مرد و یک زن) مشارکت داشتند. تحلیل داده‌ها نشان داد که چهار طبقه اصلی "مراقبت‌های مستمر پرستاری"، "مشارکت بیمار"، "استراتژی‌های سازمانی" و "مدیریت هوشمندانه" بودند.

مراقبت‌های مستمر پرستاری. مراقبت‌های مستمر پرستاری یکی از طبقات ایمنی بیماران تحت همودیالیز بود. بیماران که خطرات تهدیدکننده حیات را در هر لحظه از همودیالیز برای خود و هم‌تایانشان مشاهده و لمس کرده

استخراج مفاهیم اصلی و انتزاعی در سطح تفسیری که بر محتوای پنهان داده‌ها دلالت داشت، استخراج گردید (Formulating themes) مفاهیم بر اساس شرح مضامین درونی در متن مشخص شد و با توجه به کل داده‌ها این مضامین درونی مورد بازبینی قرار گرفت [۲۶]. در نهایت، بر اساس تجارب مشارکت کنندگان چهار طبقه اصلی به دست آمد.

به منظور تعیین اعتباربخشی داده‌ها (Rigour) از معیارهای Guba و Lincoln استفاده شد. درگیری طولانی مدت محقق (Prolonged Engagement)، مشارکت کافی و تعامل مناسب با مشارکت کنندگان و بازبینی دست نوشته‌ها توسط مشارکت کنندگان در تحقیق (Member Check)، برای تایید صحت داده‌ها از جمله فعالیت‌های محقق به منظور پی بردن به اعتبار داده‌ها بود و به افزایش مقبولیت داده‌ها (Credibility) کمک می‌کند. اطمینان (Dependability) یا ثبات یافته‌ها با نسخه‌نویسی در اسرع وقت، استفاده از نظرات همکاران (External Check) و مطالعه مجدد کل داده‌ها فراهم می‌گردید. از تلفیق زمانی (Time Triangulation) و شرکت کنندگان با تنوع نمونه‌گیری استفاده شد که اعتبار داده‌ها را افزوده و به تاییدپذیری داده‌ها (Confirmability) منجر شد. به منظور تعیین قابلیت تصدیق، پیش فرض‌های محقق در روند جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها دخالت داده نشد. همچنین قابلیت تعیین - تأیید با رعایت بی‌طرفی محقق، توافق روی کدها و درون‌مایه‌ها، هم‌چنین بررسی متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده توسط دو نفر از اعضای هیأت علمی (peer Check) مورد تأیید قرار گرفت و تأییدپذیری یافته‌ها مشخص گردید. هم‌چنین قابلیت انتقال (Transferability) یا تناسب (Fittingness) از طریق مصاحبه با مشارکت کنندگان متفاوت و ارایه نقل قول‌های مستقیم و مثال‌ها، تبیین غنی داده‌ها و مشاوره‌های علمی با اساتید صاحب نظر امکان پذیر گردید.

پس از اخذ معرفی‌نامه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان، شرکت کنندگان به صورت هدفمند انتخاب

مشارکت بیمار. مشارکت بیمار یکی از طبقات مهم در ایمنی بیماران تحت همودیالیز بود. بیماری که در برنامه مراقبتی همودیالیز خود را دخیل می‌کند، از برنامه‌ها تبعیت می‌کند و جهت حفظ سلامتی خود فعالیت می‌نماید، از مخاطرات تهدیدکننده ایمنی در امان می‌ماند. این طبقه از چهار زیرطبقه مبتنی بر "حضور منظم در جلسات دیالیز"، "پیروی از رژیم غذایی"، "پای‌بندی به برنامه درمان دارویی" و "رعایت بهداشت فردی" بود.

شرکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: "خیلی مهم است که بیمار دیالیزی در مراقبتش مشارکت داشته باشد، خیلی از عوارض کم می‌شود، خیلی از این عوارض خطرناک و مرگ‌آور هستند. بیمارهایی که رژیم غذایی را رعایت نمی‌کنند، یا داروهاشون را منظم استفاده نمی‌کنند، ... در مقابل دیالیز مقاومت می‌کنند، دچار مشکلات می‌شوند... کم‌تحرک می‌شوند، DVT می‌کنند، متعاقبش آمبولی رد می‌کنن و یک سیکل معیوبی که اصلا خوب نمی‌شه". (پزشک ۲)

حضور منظم بیمار در جلسات همودیالیز. یکی از زیرطبقات مشارکت بیمار، حضور منظم وی در جلسات همودیالیز بود. مشارکت‌کنندگان در مطالعه، بر اهمیت حضور منظم در جلسات همودیالیز، که در پیشگیری از بروز حوادث تاثیرگذار است، تاکید داشتند، بی‌توجهی به جلسات همودیالیز، باعث بروز حوادث تهدیدکننده حیات بود.

شرکت‌کننده‌ای در این باره می‌گوید: "مريض باید سه جلسه در هفته دیالیز بیاد، خودش یک جلسه را حذف می‌کنه، میگه ولش کن، هر چه می‌گیم، قبول نمی‌کنه، بعد از یه مدت مایعاتش زیاد می‌شه و تو ادم می‌ره، ... اگر مريض دیالیز نشه، می‌میره". (پرستار ۴)

پیروی از رژیم غذایی. یکی از زیرطبقات مشارکت بیمار، پیروی از رژیم غذایی بود. مشارکت‌کنندگان مطرح می‌کردند اگر مريض آن‌چه که پزشک، مسئول تغذیه و پرستار در رابطه با مراعات رژیم غذایی می‌گه، رعایت نکنه، جاننش در خطر است.

بودند، نیاز خود به مراقبت‌های مستمر و توجه دقیق پرستار را به صورت‌های مختلف مطرح می‌کردند. این طبقه شامل دو زیرطبقه "مراقبت‌های شروع، حین و پایان همودیالیز"، آموزش بیمار و خانواده" بود.

مراقبت‌های شروع، حین و پایان همودیالیز. مراقبت‌های شروع، حین و پایان همودیالیز، از زیرطبقات مراقبت مستمر بود. دیالیز ایمن، نیازمند توانمندی پرستار در رگ‌گیری خوب، انتخاب صافی مناسب، تنظیم دقیق و مداوم دستگاه و انجام دیالیز ایده‌آل است به نحوی که بیمار دچار عارضه نشده و با موفقیت از دستگاه همودیالیز جدا شود.

شرکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: "پرستار باید دستیابی به عروقتش کامل باشد، ... با کوچک‌ترین نارسایی در انتخاب صافی، میزان جریان خون، برقراری UF (تنظیم اولترافیلتراسیون)، می‌تواند بدترین مشکلات الکترولیتی را ایجاد کنه، ... گاهی ممکنه مريض را به سندرم عدم تعادل هم مبتلا بکنه ... که نیاز به بستری در بخش مراقبت ویژه دارد، ممکنه بیمار به کوما بره، CVA یا خونریزی مغزی بکنه، که نمونه‌های آن اتفاق افتاده است". (پرستار ۶)

شرکت‌کننده‌ای در این باره می‌گوید: "زیر دیالیز دیدم که یک‌باره حاله به هم می‌خوره، فیلتر پاره شده بود، آب داخل خونم شده بود، دیدم که لوله خون سفید شده، لوله را تا کردم، داد زدم، تا دم مرگ رفتم، چشمم دیگه نمی‌دید. گوشم می‌شنید، بعد از چهار تا پنج دقیقه به هوش آمدم". (بیمار ۶)

آموزش بیمار و خانواده. آموزش بیمار و خانواده، از زیرطبقات مراقبت مستمر بود. مشارکت‌کنندگان بر نقش آموزشی پرستار برای بیماران و خانواده آن‌ها، جهت پیشگیری از بروز حوادث و حفظ ایمنی بیماران در همودیالیز تاکید داشتند.

مشارکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: "هر مريض دیالیزی را باید پرستاران بخش آموزش بدهند، ... اگر آموزش داده نشه، مريض دو ماه دیالیز می‌شه، یک ماه توی بخش بستری می‌شه". (بیمار ۱)

برخی از موارد علت بی‌توجهی بیمار در پای‌بندی به مصرف دارو، ناشی از نداشتن پول برای تهیه داروهایش بود. هزینه بالای دارو، با توجه به بیکار بودن و مشکلات اقتصادی بیمار، باعث تحمیل هزینه به او و خانواده‌اش می‌شد.

شرکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: "خیلی از مریض‌های ما توانایی مالی کمی دارند، آن‌ها حتی برای تهیه داروهایشون، مشکل دارند". (پرستار ۴)

رعایت بهداشت فردی، یکی از زیرطبقات مشارکت بیمار، رعایت بهداشت فردی بود. رعایت مسائل بهداشتی از جمله موارد مهم در حفظ و ارتقاء ایمنی بیماران همودیالیز محسوب می‌شود.

شرکت‌کننده‌ای در این باره می‌گوید: "دستم با آب و صابون می‌شورم، ... یک روز در میان مرتب استحمام می‌کنم. خیلی دقت می‌کنم که خدای ناکرده لای انگشتم چیزی از جوش‌های قندی نمونه، شستشو می‌دهم و مواظبت می‌کنم، ناخن‌هام را کوتاه می‌کنم، کفشم را ماهی یک بار ضدعفونی می‌کنم، نکات بهداشتی را رعایت می‌کنم، تا خطری تهدیدم نکنه". (بیمار ۵)

مشارکت‌کنندگان مطرح می‌کردند مریضی که از خودش مراقبت لازم را نمی‌کند، دچار عوارض می‌شود.

شرکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: "برخی از بیمارهای ما پیرند، حتی توان حمام کردن ندارند، این مریض‌ها بیش‌تر در معرض خطرند". (پرستار ۴)

خط‌مشی‌های سازمانی، خط‌مشی‌های سازمانی، یکی از طبقات مهم در ایمنی بیماران همودیالیز بود. انتخاب محل بخش همودیالیز در بیمارستان، تعداد تخت‌های همودیالیز، چگونگی دسترسی بخش همودیالیز به پزشک و درمان دارویی و بسیاری از تصمیمات دیگر در بخش همودیالیز به خط‌مشی‌های سازمان مربوط می‌شد، که به ایجاد اختلال در ایمنی بیماران منجر می‌شد. این طبقه دارای پنج زیرطبقه "تصمیم‌های سازمانی"، "دستورالعمل‌های استاندارد"، "پشتیبانی سازمان"، "پیشگیری از بروز خطا" و "کنترل عفونت" بود.

مشارکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: "صد در صد بیمارهای ما سوء تغذیه دارند، ضرر سوء تغذیه برای بیمار، از همودیالیز هم بدتر است. به علت نخوردن پروتئین کافی، سیستم ایمنی بیمار ضعیف و اگر یک کانون عفونی تو بدن او تشکیل بشه، باعث بستری شدن بیمار در بیمارستان می‌شه، به سمت سپتی‌سمی می‌ره و نهایتاً باعث از بین رفتن بیمار می‌شه". (پرستار ۶)

پای‌بندی به برنامه درمان دارویی، یکی از زیرطبقات مشارکت بیمار، پای‌بندی به برنامه درمان دارویی بود. برخی از بیماران به اهمیت مصرف داروها طبق دستور پزشک، آگاهی داشتند و دارو را به میزان تجویز شده مصرف می‌کردند. عدم پای‌بندی به برنامه درمان دارویی، به دفعات سبب بروز عوارض متعدد و تهدید حیات برای بیماران همودیالیزی می‌شد.

شرکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: "برخی از مریض‌ها بی‌خیالند، حالا آمپول نزنه، هیچی نمی‌شه!". (پرستار ۲)

یکی از چالش‌های عدم پای‌بندی به برنامه درمان دارویی، نداشتن سواد و فقدان دریافت حمایت لازم از سوی مراقبین و اعضای خانواده بود، که منجر به دریافت نوع و میزان داروی اشتباه از سوی بیماران می‌شد.

شرکت‌کننده‌ای در این باره می‌گوید: "دو سوم از بیمارهای دیالیز، داروهای که می‌خورند، اشتباهی مصرف می‌کردند، مریض به جای ۱۴ واحد انسولین NPH، و ۴ واحد انسولین ریگولار، ۱۴ واحد انسولین ریگولار می‌زد، ۴ واحد انسولین NPH، خیلی از این موارد را بیمارها دارند". (پرستار ۷)

اما همه بیماران در برنامه درمانی مشارکت مناسب نداشتند. بیماران، تحمل مصرف مداوم داروهای متعدد را نداشتند.

مشارکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: "یک ظرف بزرگ داخل یخچال ما پر شده از داروهایی که دکتر نوشته، روزی بیست تا دارو می‌ده، چطور بخورم؟، من نمی‌توانم این همه دارو را تحمل کنم". (بیمار ۲)

هم‌دیگر منتقل کنیم، اون رویه‌هایی که درست شناخته شده را به هم دیگه یاد بدهیم و به جور کار کنیم". (پرستار ۳)

پشتیبانی سازمان. یکی از زیرطبقات خط‌مشی‌های سازمانی، پشتیبانی سازمان بود. بیماران تحت همودیالیز، به واسطه شرایط سخت و تهدیدکننده ناشی از بیماری و درمان همودیالیز، به پشتیبانی سازمانی نیازمندند، اغلب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بر این موضوع توافق داشتند و در صحبت‌های خود این چالش را مطرح می‌نمودند.

شرکت‌کننده‌ای در این باره می‌گوید: "خیلی از وقت‌ها ما برای این بیماران به مشاوره‌های دیگه نیازمندیم، مثلاً مشاوره قلب نیاز دارند، اما بیمار باید شخصاً اقدام بکنند، خیلی از وقت‌ها مریض تو بخش دیالیز مشکل تهوع، استفراغ و درد معده پیدا می‌کنه، دارو تو بخش دیالیز نیست، باید نسخه بشه، اگر مریض هم‌راه داشته باشه، بره از داروخانه بیرون از بیمارستان دارو را تهیه بکنه... داروهایی مثل ترولاک، این بیمارها توانایی تهیه‌اش را ندارند، باید این مسائل را برای آن‌ها تسهیل کرد". (پزشک ۲)

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان حتی بخشی از اختلالات تغذیه این بیماران به عدم پشتیبانی سازمانی مربوط می‌شود.

شرکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: "از عید امسال شیر و کیک قطع شده، ... مریض دیالیزی به شیر احتیاج داره، من اگر تو خونه شیر بخورم، تشنه می‌شم، ... چطوری شیر بخورم؟ چطور پوکی استخوان نگیرم؟". (بیمار ۶)

عدم پای‌بندی این بیماران به مصرف دارو نیز گاهی به عدم پشتیبانی سازمان مربوط می‌شد.

شرکت‌کننده‌ای در این باره می‌گوید: "من از کجا بدانم که فلان تاریخ باید دفترچه او را بیارم که دکتر برای او دارو و یا آزمایش بنویسه، باید از قبل اطلاع بدهند، ... نه این که داروهاش تمام می‌شه، تا این‌ها اطلاع بدهند و دارو تهیه بشه، حالا دارو باشه، نباشه، دکتر باشه یا نباشه، به وقت می‌بینی که ده روز گذشت، مریض دو هفته دارو نگرفته". (هم‌راه بیمار ۱)

پیشگیری از بروز خطا. یکی از زیرطبقات خط‌مشی‌های سازمانی، پیشگیری از بروز خطا بود. توانمندی پرستاران در

تصمیم‌های سازمانی. یکی از زیرطبقات خط‌مشی‌های سازمانی، تصمیم‌های سازمانی بود. اتخاذ تصمیمات پیرامون بخش همودیالیز، بدون در نظر گرفتن نظرات افراد حرفه‌ای منجر به ایجاد چالش‌های خطر آفرین برای بیماران تحت همودیالیز بود.

شرکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: "گندترین جای این بیمارستان را برای بخش دیالیز گذاشتند، بخش دیالیز را آوردند آخر بیمارستان گذاشتند، آمد و مریض بیچاره ماشین نداشت، باید این همه راه را بره، تا تاکسی سوار بشه، حالا آمد و مریض بی‌حال بود، فلج بود، پیر بود، تا این‌جا بیاد، می‌میره، اصلاً به این چیزها فکر نمی‌کنن". (بیمار ۷)

شرکت‌کننده‌ای در این باره می‌گوید: "اول که هشت تا تخت همودیالیز برای این بیمارستان تازه‌ساز، در نظر گرفته بودند، بعد اون را به پانزده تخت افزایش دادند، ... اما کمبود تخت داریم، ... بالاخره این‌جا هزینه شده، لوله‌کشی شده، جا برای دستگاه RO گذاشته شده، دستگاه‌هاش، انبارش تهیه شده، ... حالا چند تا خیر داوطلب شدند به بخش سی تخته به صورت جنبی، تو همین زمین خاکی نزدیک بخش دیالیز بسازند، اگر درست برنامه‌ریزی می‌شد، این معطلات نبود". (پزشک ۲)

دستورالعمل استاندارد. یکی از زیرطبقات خط‌مشی‌های سازمانی، دستورالعمل استاندارد بود. در هر سازمانی وجود قوانین و گایدلاین‌های استاندارد، به کاهش خطرات ایمنی بیمار منجر می‌شود، که توسط مشارکت‌کنندگان در این پژوهش نیز مورد تاکید قرار گرفت.

شرکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: "این خیلی مهم است که ما پرستارها تو بخش به جور کار کنیم، وحدت رویه داشته باشیم، به نحوی که بر اساس استاندارد باشه ... برخی از پرستارها با هوا پرایم می‌کنند، خیلی خطرناک است، ... باید چطور پرایم کنیم، چگونه ست کردن را به صورت اصولی انجام بدهیم، لاین‌ها آلوده نشوند، یا پیدا کردن رگ بیمار، ما باید در جلسات آموزشی که می‌گذاریم، این موارد را به

ارائه مراقبت‌های پرستاری می‌تواند از بروز خطا پیشگیری نموده و ایمنی بیماران را تضمین نماید.

شرکت‌کننده‌ای در این باره می‌گوید: "به دفعات دیدم که مریض در اثر دهیدراتاسیون، به طور کاذب میزان اوره‌اش، رفته بالا، اوره ۱۲۰، کراتینین دو، مریض کاندید دیالیز شده، مریض را آوردم توی بخش بدون این که به دستگاه وصل کنم، به او چهار تا پنج لیتر یک سوم دو سوم دادم، بدون دیالیز به بخش فرستادم. ... هیچ کس GFR مریض را حساب نکرده، ... این مریض اگر دیالیز بشه، افت فشار پیدا می‌کنه، تو کوما می‌ره". (پرستار ۶)

شرکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: "رزیدنت نوشته بود، که مریض رفته تو پلمواری ادما، باید به صورت اورژانس دیالیز خشک بشه، میزان پتاسیم مریض تو پرونده نبود، گفتم دیالیز مرطوب انجام بدهید ... پتاسیمش شش و نیم بود، با انجام همودیالیز خشک یهو پتاسیم مریض هفت و هشت می‌شد و ارست می‌کرد". (پرستار ۶)

کنترل عفونت، یکی از زیرطبقات خط‌مشی‌های سازمانی، کنترل عفونت بود. بروز عفونت از عوارض شایع و خطرناک و تهدیدکننده حیات در همودیالیز محسوب می‌شود، عوامل متعددی حساسیت و آسیب‌پذیری این بیماران را نسبت به بروز عفونت افزایش می‌داد، سوء تغذیه بیمار به خصوص فقر پروتئین، کم‌اشتهایی و مشکلات گوارشی از یک سو، تضعیف سیستم ایمنی بیمار از سوی دیگر، چالش‌های موجود در سیستم مراقبت پرستاری از قبیل کمبود رعایت نکات بهداشتی در ضدعفونی دست‌های پرستار و محل فیستول بیمار، کمبود تعداد پرستاران، شرایط نامناسب بخش همودیالیز با وجود رفت و آمدهای کنترل نشده مراقبین، فقر بهداشتی محیط همودیالیز با وجود فضای بسیار کوچک و ضعف در رعایت نکات بهداشتی و نظافت بخش و ... احتمال مخاطرات ناشی از بروز عفونت را افزایش می‌داد.

شرکت‌کننده‌ای در این باره می‌گوید: "الان ۹۰ درصد آلودگی محیط بخش همودیالیز در سمنان، به خاطر اینه که

میان و می‌رن، تردد تو بخش همودیالیز خیلی زیاد است". (بیمار ۷)

شرکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: "به خاطر نقص سیستم ایمنی، که در بدن این بیماران اتفاق می‌افته، مستعد خیلی از بیماری‌های دیگه می‌شن، خیلی حساس‌ترند و مستعد عفونت‌ها میشن، چون کاتتر دارند و مرتب سد حفاظتی پوستشان از بین می‌رود، خیلی از داروهای آنتی‌بیوتیک را راحت نمی‌شه به این بیمارها داد و نیاز است که دوز داروهای این بیماران خیلی تعدیل شده، تجویز بشه، پاسخشون به عفونت به اندازه افراد عادی نیست، بنابراین مسائل بهداشتی را باید پزشکی و پرستارها رعایت بکنند، که ما خودمون مشکل جدیدی را برای آن‌ها اضافه نکنیم". (پزشک ۱)

شرکت‌کننده‌ای در این باره می‌گوید: "تو این بخش، خونی که روی زمین بیمارستان می‌ریزه، از این طرف بخش تا اون طرف می‌کشند، این خون آلوده است، ... میان با دستمالی که با اون، این‌ور و اون‌ور بخش را تمیز کردند، روی میز می‌کشند، این میز آلوده است". (بیمار ۳)

شرکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: "گاهی یک مریض را برای دیالیز از بخش می‌آرن، ده نفر به ملاقاتش میاد. میان این‌جا میشینن چایی میخورن، ... برای دیالیز به چابکسر رفته بودم، هم‌راه را به بخش راه نمی‌دادند، ... لباس مخصوص دیالیز را باید می‌پوشیدیم، دمپایی ضدعفونی شده هم طبقه پایین کمد بود، ... این درست بود". (بیمار ۵)

مدیریت هوشمندانه، مدیریت هوشمندانه، یکی از طبقات مهم در ایمنی بیماران همودیالیز بود. مدیریت می‌تواند با دوراندیشی و سیاست، شرایط را برای انجام همودیالیز ایمن مهیا نماید. این طبقه شامل دو زیرطبقه "بهبود شرایط کاری" و "ارتقاء ارتباطات انسانی" بود.

بهبود شرایط کار، یکی از زیرطبقات مدیریت هوشمندانه، بهبود شرایط کاری بود. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، ایمنی بیماران به بهبود شرایط کار و جو حاکم بر بخش ارتباط داشت.

با تعاملات مطلوب، ارتباط متقابل بین پرسنل با یکدیگر و بیماران با یکدیگر و بیماران با پرستاران و پزشکان توسط مشارکت‌کنندگان به دفعات مطرح گردید. هم‌چنین از سوی دیگر، بی‌توجهی مدیریت به حجم کاری زیاد و ساعات طولانی کار و کمبود نیروی انسانی در بخش باعث کج خلقی و ارتباط‌های نامناسب پرستارها می‌شد.

شرکت‌کننده‌ای در این باره می‌گوید: "اکثر پرستارها خوش‌اخلاقند، خوش‌برخوردند، اما مواردی هست که به خاطر فشار کار و خستگی، کج خلقی می‌کنند، بعضی وقت‌ها که دو شیفت پشت سر هم هستند، دیگه اعصاب ندارند. جر و بحث می‌کنند، کل کل، ... پرستاری که ناراحت باشه، نمی‌تونه به بیمار رسیدگی بکنه، ... نتیجه‌اش این میشه که از دست پدرم کلی خون رفت". (همراه بیمار ۱)

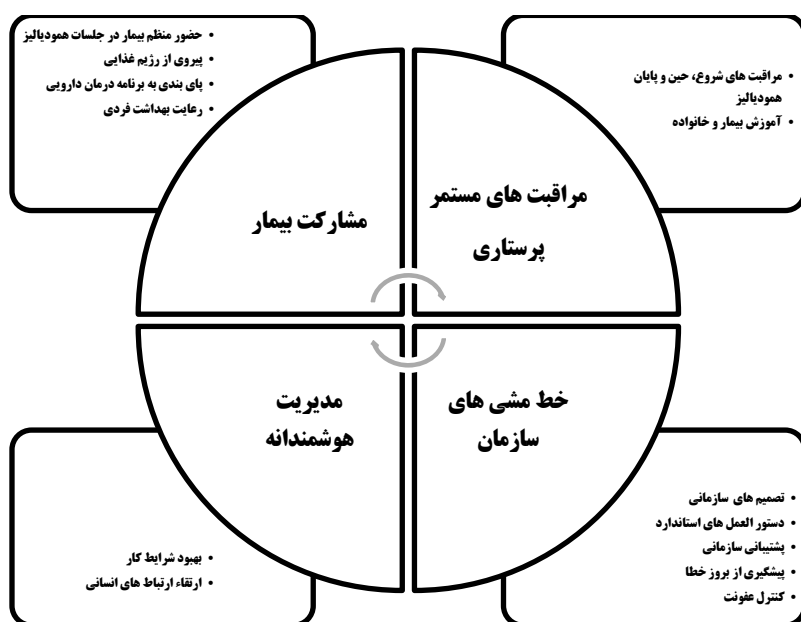
شرکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: "هیچ وقت نفرولوژیست بیمارها را نمی‌بینند، اگر فلو داشته باشند که فلو می‌بینه، پزشک‌های داخلی ویزیت می‌کنند و پزشک‌ها چون می‌چرخند و مریض‌ها را نمی‌شناسند، ارتباط‌ها خوب نیست، این بین مریض‌ها صدمه می‌بینند". (پزشک ۱) (شکل ۱).

شرکت‌کننده‌ای در این باره می‌گوید: "از مهر پارسال ۲۰ تا از نیروهای پرستاری بیمارستان یا بازنشست شدند و یا طرحشون تمام شده، رفتند. اما به جای این ۲۰ نفر یک نفر هم جایگزین نشده، می‌گن مجوز استخدام ندارند ... یه نفرولوژیست برای مریض‌های این‌جا کافی نیست، ... جراح عروق نیاز داریم که نداریم، مریض برای یه دونه کاتتر، ساب کلاوین می‌خواد بگذاره، این می‌اندازه به اون، اون می‌اندازه به این، حالا میره مطب، کاتتر می‌گذاره، کلی هزینه می‌کنه، حالا بشه یا نشه". (پرستار ۷)

شرکت‌کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: "دیالیز نیازمند پرستار، پزشک، دارو و دستگاه است که نداریم. ... باید ما حداقل یک پزشک در هر شیفت تو بخش دیالیز داشته باشیم، نداریم". (بیمار ۱)

شرکت‌کننده‌ای در این باره می‌گوید: "مدیریت مشکل داره، .. مدیر باید بتوانه پرستارهاشو گلچین کنه، اون مدیری که اون بالا نشسته، نمی‌دونه که برای بیمار دیالیزی، دیالیز مثل مسواک زدنشه، یه نیاز معمولی نیست، بگی خوب حالا سوزن نبود، عیبی نداره، فلانی نبود، عیبی نداره". (بیمار ۶)

ارتقاء ارتباطات انسانی. یکی از زیرطبقات مدیریت هوشمندانه، ارتقاء ارتباط‌های انسانی بود. شرایط دوستانه توام



شکل ۱: عوامل موثر در ایمنی بیماران تحت همودیالیز

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد چهار طبقه اصلی در ایمنی بیماران همودیالیز شامل "مراقبت‌های مستمر پرستاری"، "مشارکت بیمار"، "خطمشی‌های سازمانی" و "مدیریت هوشمندانه" بودند.

مراقبت‌های مستمر پرستاری نقش اساسی در تامین ایمنی بیماران همودیالیز داشت. این طبقه شامل دو زیرطبقه "مراقبت‌های شروع، حین و پایان همودیالیز" و "آموزش بیمار و خانواده" بود. یافته‌های این پژوهش با مطالعه Russell و همکاران (۲۰۱۱) و Tomas و همکاران (۲۰۰۳) که اهمیت پرستاری در مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه را مشخص نمودند، قابل مقایسه می‌باشد. آن‌ها نیز نیاز به مراقبت بیش‌تر برای این بیماران، را مطرح کردند [۲۷]، بیماران همودیالیز در صورتی ایمنی را تجربه می‌کنند که یک دوره درمان روزمره را دریافت کنند، در حالی که به پرستاری که از آن‌ها مراقبت می‌کند، اعتماد داشته باشند [۷]. Rogers و همکاران (۲۰۰۸) می‌نویسند: مهم‌ترین نقش حرفه‌ای پرستاران دیالیز، بهبود شرایط و محیط حرفه‌ای جهت ایمنی بیماران دیالیزی از نقطه نظر مراقبتی است [۱۷]. بنابراین استفاده از مواد آموزشی الکترونیک، دوره‌های آموزش آنالیز، کنترل عفونت بیمارستانی، مراقبت از راه‌های عروقی و ایمنی بیمار، از مهم‌ترین حیطه‌های مورد نیاز در آموزش کارکنان همودیالیز می‌باشند [۲۸].

یکی از زیرطبقات مراقبت‌های مستمر پرستاری، "مراقبت‌های شروع، حین و پایان همودیالیز" بود. Lovink و همکاران (۲۰۱۵) می‌نویسند: همودیالیز، درمان پیچیده‌ای است که با خطرات ایمنی همراه است. ایمنی بیماران به درک آن‌ها از ناامنی، اعتماد به پرستار، حضور پرستار و نیاز بیمار به کنترل شرایط دارد. اگر چه بیماران همودیالیز، در معرض خطرات متعدد هستند، اما اغلب بیماران احساس ایمنی را طی همودیالیز گزارش می‌کنند. پرستاران در ارتقاء احساس بیماران از ایمنی، دارای نقش محوری هستند [۷]. هم‌چنین فراهم نمودن محیط یادگیری کنترل شده، واقعی و ایمن، برای

پرستاران به منظور توسعه صلاحیت‌های مراقبتی آنان ضروری می‌باشد، که به حفظ ایمنی بیماران منجر می‌گردد [۲۹]. یکی از زیرطبقات مراقبت‌های مستمر پرستاری، "آموزش به بیمار و خانواده" بود. Tejada-Tayabas و همکاران (۲۰۱۵) می‌نویسند: حجم کاری زیاد باعث شده که بخش همودیالیز از تامین راه‌بردهای منظم و سیستماتیک در طول مدت زندگی بیماران به منظور فراهم نمودن اطلاعات مورد نیاز آنان، خانواده‌ها و مراقبینشان ناتوان باشند [۱۴]. پرستاران در مورد رژیم غذایی و دارو، به بیماران خود، اطلاعات بسیار کمی را ارائه می‌دهند [۳۰]. Davison و Cooke (۲۰۱۵) می‌نویسند: بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، ممکن است از مشارکت در تصمیم‌گیری و مدیریت شرایط خود بهره‌مند شوند. این مشارکت، نیازمند نقش آموزشی پرستاران است که با هویت سنتی آنان به عنوان پرستار در تضاد است. بنابراین تاکید بر نقش آموزشی پرستاران ضروری است [۳۰]. پرستاران مسئولیت مستقیم مراقبت از بیماران تحت دیالیز را به عهده دارند. آن‌ها مسئول آموزش به بیمار و خانواده و هم‌چنین حمایت از بیمار برای مراقبت از خود هستند [۳۱]. Potter و Perry (۲۰۰۷) نیز معتقدند: یکی از نقش‌های پرستاران، ارائه اطلاعات و مشاوره می‌باشد. آموزش و مشاوره، از اجزاء مهم مراقبت‌های پرستاری و یکی از نقش‌های مهم پرستار محسوب می‌شود [۳۲].

نتایج نشان داد که مشارکت بیمار بر ایمنی وی در همودیالیز تاثیرگذار است. این طبقه شامل چهار زیرطبقه "حضور منظم بیمار در جلسات همودیالیز"، "پیروی از رژیم غذایی" و "پای‌بندی به برنامه درمان دارویی" و "رعایت بهداشت فردی" بود. Davison (۲۰۰۶) می‌نویسد: این بیماران تمایل دارند که در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت نمایند [۳۳]. Barnes و همکاران (۲۰۱۳) می‌نویسند: شواهد حاکی از آن است که بیماران مزمن، تمایل بیش‌تری برای مشارکت در درمان‌های خود دارند که می‌تواند با منافع درمانی همراه باشد. شرکت پرستاران در برنامه آموزشی می‌تواند باعث شود که آن‌ها، ابزارهای تشویق و حمایت از بیماران برای مشارکت در

همچنین یکی از زیرطبقات مشارکت بیمار، "پایبندی به برنامه درمان دارویی" بود. از آنجا که خطاهای دارویی در بیماران همودیالیز شایع است و در بسیاری از موارد به ایجاد خطرات ایمنی بیمار منجر می‌شود [۶]، بنابراین تشویق این بیماران در تصمیم‌گیری پیرامون مصرف داروها از وظایف مهم افراد حرفه‌ای در گروه مراقبت می‌باشد [۳۰]. افراد حرفه‌ای و مختلف در گروه بهداشت، فراهم‌کننده مراقبت از این بیماران در بیمارستان هستند، که هماهنگی لازم در مراقبت بیمارستان و منزل را فراهم می‌نمایند، که می‌تواند پایبندی به برنامه درمانی، اثربخشی درمان و کیفیت زندگی بیماران را تامین نمایند [۱۴].

یکی دیگر از زیرطبقات مشارکت بیمار "رعایت بهداشت فردی" بود. در مطالعه Krespi و همکاران (۲۰۰۴) بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه معتقد بودند که توانایی مراقبت از خود را ندارند [۴۲]. تشویق بیماران مبتلا به بیماری مزمن، برای مراقبت از خود، آنان را توانمند می‌کند، به بهبودی آن‌ها کمک می‌کند و به کاهش هزینه‌ها منجر می‌شود [۳۰].

نتایج نشان داد که خط‌مشی‌های سازمانی بر ایمنی بیماران تحت همودیالیز تاثیرگذار است. این طبقه شامل پنج زیرطبقه "تصمیم‌های سازمانی"، "دستورالعمل‌های استاندارد"، "بشتیبانی سازمان"، "پیشگیری از بروز خطا" و "کنترل عفونت" بود.

یکی از زیرطبقات خط‌مشی‌های سازمانی "تصمیم‌های سازمانی" بود. در پزشکی مبتنی بر شواهد، تصمیم‌گیری مشترک بین افراد بالینی و بیماران آگاه به عنوان قانون اساسی شناخته شده است و کلید ارائه مراقبت‌های سلامتی ایمن محسوب می‌شود [۴۳، ۴۴]. Rojas Russell و همکاران (۲۰۱۱) می‌نویسند: با وجود شرایط سازمانی، برنامه‌ریزی مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در بخش‌های همودیالیز بسیار مشکل است [۴۵].

یکی از زیرطبقات خط‌مشی‌های سازمانی "دستورالعمل‌های استاندارد" بود. پروتکل‌های خاص، ابعاد اختصاصی در مدیریت درمان‌های همودیالیز را تامین می‌نمایند

درمان همودیالیز را فراهم نماید. اگرچه به طور سنتی، بیماران تحت همودیالیز، در این مراکز نقش منفعل داشته و پرستاران مراقبت از آن‌ها را عهده‌دار هستند [۳۴]. شواهد نشان می‌دهد تصمیم‌گیری پیرامون درمان‌ها با حداقل گفتگو با بیمار اتخاذ می‌شود و تمام اقدامات همودیالیز توسط کارکنان انجام می‌شود، اما پرستارانی که بیش‌تر شبیه به مربیان هستند، بیماران را به درک وسیع‌تری از شرایط خود، مشارکت و تصمیم‌گیری تشویق می‌کنند [۳۰].

یکی از زیرطبقات مشارکت بیمار "حضور منظم بیمار در جلسات همودیالیز" بود. Davison و همکاران (۲۰۱۵) می‌نویسند: تاکید بر انجام به موقع همودیالیز از ضروریات است [۳۰]. اما برخی بیماران برنامه درمانی را دستکاری می‌کنند، زمان درمان را تغییر می‌دهند [۳۵-۳۷]. با توجه به تاثیر بیماری نارسایی مزمن کلیه بر سیستم‌های مختلف بدن، اعمال محدودیت برای آنان ضروری است. بنابراین بیماران تحت همودیالیز به منظور بهره‌مندی از ادامه زندگی، نیازمند رعایت رژیم درمانی خاص می‌باشند. این رژیم درمانی شامل محدودیت در مصرف مواد غذایی و مایعات، مصرف داروهای خاص، مراجعه به مرکز همودیالیز به طور متوسط سه بار در هفته و هر بار سه تا چهار ساعت در روز می‌باشد [۳۸].

یکی دیگر از زیرطبقات مشارکت بیمار "پیروی از رژیم غذایی" بود. آموزش پیرامون رژیم غذایی و سبک زندگی برای این بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است [۳۰]. Tsay و Healstead (۲۰۰۳) معتقدند بیمار می‌تواند باعث افزایش پیروی از رژیم درمانی و ارتقاء رفتارهای سلامتی شود و نقش تعیین‌کننده‌ای در رعایت رژیم درمانی داشته باشد [۳۹]. این در حالی است که Pang و همکاران (۲۰۰۱) می‌نویسند: بیش از ۵۰ درصد بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، محدودیت‌های توصیه شده در رژیم درمانی را رعایت نمی‌کنند [۴۰]. رامید و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند پرستاران از طریق آموزش به بیماران، می‌توانند پیروی از رژیم درمانی را افزایش دهند [۴۱].

پرستاران این موارد را حتی گزارش نمی‌کنند، چون از دید آن‌ها، این عوارض طبیعی در نظر گرفته می‌شود [۴۷]. در حالی که اطلاع‌رسانی پیرامون خطا، زمینه پیشگیری از بروز خطا می‌باشد و پذیرش خطا، باعث پیشگیری از بروز خطاهای آتی می‌شود [۵۸].

یکی از زیرطبقات خط‌مشی‌های سازمانی "کنترل عفونت" بود. برای کاهش خطرات ایمنی ناشی از همودیالیز، روش‌های مختلفی افزایش کیفیت آب و کاهش عفونت‌های مرتبط با روش‌های دستیابی به عروق باید در نظر گرفته شود [۵۹]. از جمله صلاحیت‌های پرستار نرفولوژی، نظارت بر شیوه‌های مناسب کنترل عفونت جهت ایمنی بیماران، و نگرانی پیرامون محیط و تجهیزات است، که بر بهداشت و درمان آنان تاثیرگذار است [۱۵]. فراهم‌کنندگان اصلی مراقبت مستقیم از بیماران، پرستاران هستند. بقاء بیماران و پیشگیری از بروز خطایی که به بیماران صدمه وارد می‌نماید، ناشی از مسئولیت‌پذیری پرستاران می‌باشد، اما مطالعات محدودی در این زمینه انجام شده است [۶۰].

نتایج نشان داد که مدیریت هوشمندانه بر ایمنی بیماران تحت همودیالیز تاثیرگذار است. این طبقه شامل دو زیرطبقه "بهبود شرایط کاری" و "ارتقاء ارتباط‌های انسانی" بود. در مورد اهمیت شیوه‌های عمل‌کرد حفظ تسهیلات سلامتی، نسبت نیروی انسانی مطلوب، دفعات ویزیت پزشکان و دفعات مطلوب مراقبت‌های سایر کارکنان اختلاف نظر وجود دارد [۶۱].

یکی از زیرطبقات مدیریت هوشمندانه "بهبود شرایط کاری" بود. نتایج مطالعه Kessler و Krug (۲۰۱۲) نیز نشان‌دهنده مشکلات در شرایط کاری مربوط به مراقبت از بیمار بود. اصلاح شرایط کاری نامناسب و مشکلات در ارتباط با استراحت کارکنان در محیط‌های کار و به رسمیت شناختن بیماران، می‌تواند به کاهش رنج بیماران، برقراری ارتباط خوب با کارکنان، پایش خانواده برای درک نیازهای بهداشتی آن‌ها و پاسخ‌گویی به نیاز جامعه منجر می‌شود [۶۲]. Garrick و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند: مدیریت باید فرهنگ ایمنی در

و بنیاد فرآیند پرستاری بر آن‌ها استوارند. هر پروتکل و ابزار ارزشیابی، شاخصی برای بهبود مستمر کیفیت و پیشگیری از خطا محسوب می‌شود [۴۶]. Marcelli و همکاران (۲۰۱۵) می‌نویسند چهار عامل موثر بر کیفیت مراقبت و ایمنی بیماران همودیالیز شامل تاخیر در زمان اتصال به دستگاه همودیالیز، نقص در مدت زمان انجام درمان همودیالیز، عدم دستیابی به وزن مطلوب بدنی و ناتوانی برای رسیدن به کفایت دیالیز با KT/V حداقل $1/4$ می‌باشد. استفاده از یک چک‌لیست در اتاق دیالیز با تمرکز بر جنبه‌های ایمنی در جلسات همودیالیز از عوامل تامین‌کننده ایمنی بیماران تحت همودیالیز می‌باشد [۴۷].

یکی از زیرطبقات خط‌مشی‌های سازمانی "پشتیبانی سازمانی" بود. درک پشتیبانی سازمانی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب جسمی بیماری در فرد جلوگیری نموده، و میزان خودمراقبتی را افزایش دهد، هم‌چنین تاثیر مثبت بر شرایط جسمی، روانی و اجتماعی فرد دارد، و باعث ارتقاء عمل‌کرد وی می‌شود [۴۸-۵۲]. Tsay و همکاران (۲۰۰۲) معتقدند پشتیبانی یک نیاز حیاتی و چندبعدی است و باید پیوسته به مددجویان ارائه شود [۵۳]. در مطالعه عسکری و همکاران (۲۰۱۱) نیز درک بیماران همودیالیزی از منابع پشتیبان و سازمان‌های حمایت‌کننده مطرح بود [۵۴]. شرکت‌کنندگان در مطالعه حسنی و همکاران (۲۰۱۳) نیز بیان کردند پشتیبانی سازمانی در همودیالیز مؤثر است [۵۵]. درک بهره‌مندی از حمایت می‌تواند نتایج روانی منفی ناشی از نقایص جسمانی را کاهش دهد و با ارتقای سازگاری، تحمل بیماری مزمن را تسهیل کند [۵۶]، که این مسئله در خور توجه و تحقیق بیشتر است. تحقیق Stephe (۲۰۰۳) نشان داده که پشتیبانی سازمان از بیماران با نارسایی مزمن کلیه و تحت همودیالیز، کیفیت زندگی آنان را بهبود می‌بخشد [۵۷].

یکی دیگر از زیرطبقات خط‌مشی‌های سازمانی "پیشگیری از بروز خطا" بود. بیماران در طول مدت دیالیز تجارب ناخوشایند درمان، مانند گرفتگی، افت فشار خون و خونریزی به تبع آن، را به دفعات تجربه می‌کنند، که گاهی

دوستانه با بیمار نمود پیدا می‌کند [۶۷، ۶۸]. برای درک وضعیت ایمن، برقراری ارتباط بیمار با پرستار داشتن یک سیستم احضار پرستار ضروری است [۶۹].

با توجه به یافته‌های این مطالعه شایسته است که پرستاران در بخش‌های همودیالیز بر انجام همودیالیز ایمن و پیشگیری از بروز عوارض تاکید نمایند. اهمیت نقش آموزشی پرستاران به عنوان افرادی که به صورت مستقیم، در ارائه مراقبت همودیالیز درگیر هستند و بیش‌ترین زمان را در ارتباط با بیماران می‌گذرانند، از دیگر یافته‌های ارزشمند این مطالعه می‌باشد، که می‌تواند در پرستاری بالینی مورد توجه ویژه قرار گیرد. در مدیریت پرستاری نیز مسئولین باید نسبت به تامین منابع انسانی کافی و توانمندسازی کارکنان مخصوصاً پرستاران توجه کافی مبذول نمایند. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند در برنامه‌های آموزشی به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار در تربیت پرستاران نفرولوژی و ارتقاء مراقبت‌های پرستاری در بخش‌های همودیالیز مورد استفاده قرار گیرد. در این مطالعه محقق با محدودیتی مواجه نبود، اما مطابق با سایر مطالعات کیفی، معمولاً قابلیت انتقال‌پذیری کم می‌باشد. این مطالعه، اولین پژوهش کیفی به روش تحلیل محتوای مرسوم با هدف تبیین عوامل موثر در ایمنی بیماران همودیالیزی در بخش همودیالیز و راه‌بردهای تقویت آن‌ها بود. بنابراین نتایج این مطالعه می‌تواند زمینه‌ای برای انجام سایر مطالعات به روش‌های کمی و کیفی باشد، در این راستا پیشنهاد می‌گردد "تبیین عوامل موثر بر توانمندی پرستاران در تامین ایمنی بیماران در بخش همودیالیز" توسط سایر محققین مورد بررسی قرار گیرد.

این مطالعه به تبیین عوامل موثر در ایمنی بیماران تحت همودیالیز و راه‌بردهای تقویت آن‌ها پرداخت و به منظور کاهش حوادث ایمنی در این بیماران، این عوامل را از دیدگاه مشارکت‌کنندگان شناسایی نمود. یافته‌های حاصل از مطالعه نشان داد که چهار طبقه اصلی در ایمنی بیماران تحت همودیالیز شامل "مراقبت‌های مستمر پرستاری"، "مشارکت بیمار"، "خط‌مشی‌های سازمانی" و "مدیریت هوشمندانه"

بخش همودیالیز را ایجاد نماید، تا به ارزیابی کیفیت و فرآیند بهبود عمل‌کرد دست یابد [۴]. در رابطه با فعالیت‌های اختصاصی مدیریت و بهترین مدیران پرستاری در تنظیم برنامه همودیالیز بیماران سرپایی همودیالیز، به منظور دستیابی به نتایج ایمنی بیماران مطالب بسیار کمی شناخته شده است [۶۳]. در حال حاضر، سیستم‌های ارائه‌دهنده دیالیز، از قبیل سیستم‌های آلمانی و پرتغالی، پرداخت‌های مبتنی بر عمل‌کرد را با کیفیت دیالیز و بر اساس ارزیابی ماهانه طبق شاخص‌های کفایت دیالیز و پایداری به زمان درمان‌های تجویز شده لحاظ می‌نماید [۶۴-۶۶]. شرایط کاری به مهارت، تجارب، رهبری مدیران، رفتارهای سایر اشخاص، شیوه کار و در ارتباط با سایرین، سایر مشخصات سازمانی، تجهیزات و وسایل، مجموعه وسایل مورد استفاده و فعالیت سایر اشخاص سازمان بستگی دارد. شرایط کاری، همراه با ساختار سازمانی و مشخصات و اشخاص، از سیستم وابسته به یک‌دیگر منجر به سازمان‌دهی، رضایت شغلی و بهره‌وری کیفیت و خدمات مراقبت سلامتی می‌باشد. بنابراین ارزیابی شرایط کار به منظور درک بهره‌وری گروه اساسی است [۴۵]. نتایج دیالیز مطلوب به ویژگی‌های کنفرانس‌های مراقبتی بین رشته‌ای، مهارت پرستاران در حفاظت از دسترسی عروقی، آموزش پرستاران جهت فراهم نمودن آموزش در مدیریت مایع، دسترسی عروقی، و تغذیه، استفاده از ممیزی تصادفی و کور بر عمل‌کرد کارکنان، ارتباط‌ها و کار گروهی در میان کارکنان مربوط می‌باشد [۶۱].

هم‌چنین یکی از زیرطبقات مدیریت هوشمندانه "ارتقاء ارتباط‌های انسانی" بود. Kessler و Krug (۲۰۱۲) نیز معتقدند ارتباط‌های انسانی در کارکنان گروه بهداشتی، به تغییرات مطلوب در ساختار و سازمان کاری منجر می‌شود [۶۲]. عسکری و همکاران (۲۰۱۱) می‌نویسند: مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهند رفتار حمایتی پرستار نقش مهمی در احساس آرامش و راحتی، امنیت و اعتماد بیماران دارد. این حمایت به صورت نهایت تلاش برای راحتی بیمار، پاسخ‌گویی مسئولانه به سؤالات بیمار، رفتار توأم با مهربانی و ارتباط

[8] Feroze U, Martin D, Kalantar-Zadeh K, Kim JC, Reina-Patton A, Kopple JD. Anxiety and depression in maintenance dialysis patients: preliminary data of a cross-sectional study and brief literature review. *J Ren Nutr* 2012; 22: 207-210.

[9] Mollon D. Feeling safe during an inpatient hospitalization: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2014; 70: 1727-1737.

[10] Wassenaar A, Schouten J, Schoonhoven L. Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2014; 51: 261-273.

[11] Gomez NJ. Five challenges impacting nephrology nursing. *Nephrol News Issues* 2013; 27: 25-27.

[12] Gomez NJ. Challenges facing nephrology nursing. *Nephrol News Issues* 2014; 28: 12-14.

[13] Garbin MG, Chmielewski CM. Job analysis and role delineation: LPN/LVNs and hemodialysis technicians. *Nephrol Nurs J* 2013; 40: 225-240.

[14] Tejada-Tayabas LM, Partida-Ponce KL, Hernández-Ibarra LE. Coordinated hospital-home care for kidney patients on hemodialysis from the perspective of nursing personnel. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015; 23: 225-233.

[15] Gomez NJ. Take action: a culture of safety. *Nephrol Nurs J* 2014; 41: 11-12.

[16] Kear T, Ulrich B. Patient safety and patient safety culture in nephrology nurse practice settings: issues, solutions, and best practices. *Nephrol Nurs J* 2015; 42: 113-122.

[17] Rogers AE, Dean GE, Hwang WT, Scott LD. Role of registered nurses in error prevention, discovery and correction. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 117-121.

[18] Ulrich B, Kear T. Patient safety culture in nephrology nurse practice settings: results by primary work unit, organizational work setting, and primary Role. *Nephrol Nurs J* 2015; 42: 221-236.

[19] Gubrium GF, Holstein J. Interview research. London: sage Co; 2002.

[20] Tong A, Winkelmayer WC, Craig JC. Qualitative research in CKD: an overview of methods and applications. *Am J Kidney Dis* 2014; 64: 338-346.

[21] Pope C, Mays N. Qualitative research in health care. 3rd editor: Blackwell Publishing/BMJ Books, Malden, MA; 2006.

[22] Bailey PH, Tilley S. Storytelling and the interpretation of meaning in qualitative research. *J Adv Nurs* 2002; 38: 574-583.

[23] Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15: 1277-1288.

[24] Polit DF, Beck CT. Essential of nursing research. 7th ed, editor: Lippincott Williams Wilkins Co; 2010.

[25] Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62: 107-115.

[26] Granheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24: 105-112.

[27] Thomas-Hawkins C, Denno M, Currier H, Wick G. Staff nurses' perceptions of the work environment in freestanding hemodialysis facilities. *Nephrol Nurs J* 2003; 30: 377-386.

[28] Burrows-Hudson S, Kammerer J, Farrow B, Zimmerman J, Yang A. Perceived status of patient care technician training and certification impact in U.S. hemodialysis facilities. *Nephrol Nurs J* 2014; 41: 265-273.

[29] Dunbar-Reid K, Sinclair PM, Hudson D. The incorporation of high fidelity simulation training into

بودند. جهت تقویت عوامل موثر در ایمنی بیماران تحت همودیالیز، تدوین معیارها، چکلیست و شاخص‌های استاندارد سازمانی مورد نیاز است، تا میزان حوادث ایمنی را کاهش داده و نتایج درمان همودیالیز ایمن را برای این بیماران بهبود ببخشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی مصوب شماره ۶۲۱ دانشگاه علوم پزشکی سمنان می‌باشد. از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی سمنان که اجرا و هزینه‌های این طرح را مورد حمایت قرار دادند، قدردانی می‌شود، از واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی کوثر دانشگاه علوم پزشکی سمنان بابت تأیید و تأمین تسهیلات این تحقیق تقدیر و تشکر می‌شود، همچنین از بیماران و همراهان آن‌ها، پرستاران و پزشکان محترم بخش مراقبت ویژه همودیالیز و مسئول محترم بخش کلینیک درمانگاه بیمارستان کوثر سمنان صمیمانه سپاس‌گزاری می‌شود.

منابع

[1] O'Keefe C. The authority for certain clinical tasks performed by unlicensed patient care technicians and LPNs/LVNs in the hemodialysis setting: a review. *Nephrol Nurs J* 2014; 41: 247-254.

[2] Bray BD, Boyd J, Daly C, Doyle A, Donaldson K, Fox JG, et al. How safe is renal replacement therapy? A national study of mortality and adverse events contributing to the death of renal replacement therapy recipients. *Nephrol Dial Transplant* 2014; 29: 681-687.

[3] Bartley J, Streifel AJ. Design of the environment of care for safety of patients and personnel: does form follow function or vice versa in the intensive care unit? *Crit Care Med* 2010; 38: S388-398.

[4] Garrick R, Kliger A, Stefanchik B. Patient and facility safety in hemodialysis: opportunities and strategies to develop a culture of safety. *Clin J Am Soc Nephrol* 2012; 7: 680-688.

[5] Pippas M, Tomson CR. Patient safety in chronic kidney disease: time for nephrologists to take action. *Nephrol Dial Transplant* 2014; 29: 473-475.

[6] Fink JC, Joy MS, St Peter WL, Wahba IM, Group ACKDA. Finding a common language for patient safety in CKD. *Clin J Am Soc Nephrol* 2012; 7: 689-695.

[7] Lovink MH, Kars MC, de Man-van Ginkel JM, Schoonhoven L. Patients' experiences of safety during haemodialysis treatment - a qualitative study. *J Adv Nurs* 2015; 71: 2374-2383.

- [51] Lew SQ, Patel SS. Psychosocial and quality of life issues in women with end-stage renal disease. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007; 14: 358-363.
- [52] Yu DS, Lee DT, Woo J. Psychometric testing of the Chinese version of the medical outcomes study social support survey (MOS-SSS-C). *Res Nurs Health* 2004; 27: 135-143.
- [53] Tsay SL, Healstead M. Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *Int J Nurs Stud* 2002; 39: 245-251.
- [54] Asgari MR, Mohammadi E, Fallahi Khoshknab M, Tamadon MR. The perception of chronic renal failure patients from advocacy resources in adjustment with hemodialysis: A qualitative study. *Iranian Journal of Critical Care Nurs* 2011; 3: 133-142. (Persian).
- [55] Hassani P, Otaghi M, Zagheri-Tafreshi M, Nebakhat-Nasrabadi A. The facilitators of the transition to hemodialysis. *Iran J Nurs (IJN)* 2013; 25: 14-23. (Persian).
- [56] Callaghan P, Morrissey J. Social support and health: a review. *J Adv Nurs* 1993; 18: 203-210.
- [57] Stephen G. Transformations: A world of home hemodialysis. *Health Care* 2003; 38: 29-50.
- [58] Nobahar M. Professional errors and patient safety in intensive cardiac care unit: Content analysis. *Holistic Nurs Midwifery* 2015; 25: 64-74. (Persian).
- [59] Ouseph R, Ward RA. Water treatment for hemodialysis: ensuring patient safety. *Semin Dial* 2002; 15: 50-52.
- [60] Rothschild JM, Hurley AC, Landrigan CP, Cronin JW, Martell-Waldrop K, Foskett C, et al. Recovery from medical errors: the critical care nursing safety net. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006; 32: 63-72.
- [61] Desai AA, Bolus R, Nissenon A, Bolus S, Solomon MD, Khawar O, et al. Identifying best practices in dialysis care: results of cognitive interviews and a national survey of dialysis providers. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008; 3: 1066-1076.
- [62] Kessler AI, Krug SB. [From pleasure to suffering in the nursing work the speech of the workers]. *Rev Gaucha Enferm* 2012; 33: 49-55.
- [63] Thomas-Hawkins C, Flynn L, Lindgren TG, Weaver S. Nurse manager safety practices in outpatient hemodialysis units. *Nephrol Nurs J* 2015; 42: 125-133.
- [64] Ponce P, Marcelli D, Guerreiro A, Grassmann A, Gonçalves C, Scatizzi L, et al. Converting to a capitation system for dialysis payment--the Portuguese experience. *Blood Purif* 2012; 34: 313-324.
- [65] Kleophas W, Reichel H. International study of health care organization and financing: development of renal replacement therapy in Germany. *Int J Health Care Finance Econ* 2007; 7: 185-200.
- [66] Kleophas W, Karoboyas A, Li Y, Bommer J, Reichel H, Walter A, et al. Changes in dialysis treatment modalities during institution of flat rate reimbursement and quality assurance programs. *Kidney Int* 2013; 84: 578-584.
- [67] Asgari M, Mohammadi E, Fallahi Khoshknab M, Tamadon M. Hemodialysis patients' perception from nurses' role in their adjustment with hemodialysis: A qualitative study. *Kommesh* 2010; 12: 385-396. (Persian).
- [68] Asgari M. Designing an adjustment model in hemodialysis patients. PhD thesis in the field of nursing, Tarbiat Modares 2011. (Persian).
- [69] Nobahar, M. Tamadon, MR. Barriers to and facilitators of care for hemodialysis patients: a qualitative study. *J Renal Inj Prev.* 2016; 5: 39-44.
- hemodialysis nursing education: an Australian unit's experience. *Nephrol Nurs J* 2011; 38: 463-472.
- [30] Davison I, Cooke S. How nurses' attitudes and actions can influence shared care. *J Ren Care* 2015; 41: 96-103.
- [31] Kallenbach J, Gutch C, Stoner M, Corea A. *Hemodialys for nurses and dialysis personnel*. 8th ed, editor. Philadelphia: Mosby; 2005.
- [32] Potter P, Perry A. *Fundamentals of nursing*. 8th ed, editor. Philadelphia, PA: Elsevier Science Health Science Division; 2012.
- [33] Davison SN. Facilitating advance care planning for patients with end-stage renal disease: the patient perspective. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006; 1: 1023-1028.
- [34] Barnes T, Hancock K, Dainton M. Training nurses to support greater patient engagement in haemodialysis. *J Ren Care* 2013; 39: 10-18.
- [35] Martin-McDonald K. Being dialysis-dependent: a qualitative perspective. *Collegian* 2003; 10: 29-33.
- [36] Polaschek N. Living on dialysis: concerns of clients in a renal setting. *J Adv Nurs* 2003; 41: 44-52.
- [37] Giles S. Transformations: a phenomenological investigation into the life-world of home haemodialysis. *Soc Work Health Care* 2003; 38: 29-50.
- [38] Morgan L. A decade review: methods to improve adherence to the treatment regimen among hemodialysis patients. *Nephrol Nurs J* 2000; 27: 299-304.
- [39] Tsay SL. Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *J Adv Nurs* 2003; 43: 370-375.
- [40] Pang SK, Ip WY, Chang AM. Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. *J Adv Nurs* 2001; 35: 691-698.
- [41] Rambod M, Peyrovi H, Sareban M, Rafii F. Relationship of self-efficacy with therapeutic regimen and clinical/laboratory outcomes in hemodialysis patient. *Iran J Nurs (IJN)* 2010; 22: 41-47. (Persian).
- [42] Krespi R, Bone M, Ahmad R, Worthington B, Salmon P. Haemodialysis patients' beliefs about renal failure and its treatment. *Patient Educ Couns* 2004; 53: 189-196.
- [43] Montori VM, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine. *JAMA* 2008; 300: 1814-1816.
- [44] Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington DC: national academic Press 2001.
- [45] Rojas Russell M, Tirado Gómez LL, Pacheco Domínguez RL, Escamilla Santiago R, López Cervantes M. Work climate in mexican hemodialysis units: a cross-sectional study. *Nefrologia* 2011; 31: 76-83.
- [46] Kollee I, Pearson E. Hemodialysis teaching protocols: an educational tool for both patients and nurses. *Cannt J* 2000; 10: 26-29.
- [47] Marcelli D, Matos A, Sousa F, Peralta R, Fazendeiro J, Porra A, Moscardo V, Parisotto MT, Stopper A, Canaud B. Implementation of a quality and safety checklist for haemodialysis sessions. *Clin Kidney J* 2015; 8: 265-270.
- [48] Cohen SD, Sharma T, Acquaviva K, Peterson RA, Patel SS, Kimmel PL. Social support and chronic kidney disease: an update. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007; 14: 335-344.
- [49] Cheng Y, Liu C, Mao C, Qian J, Liu K, Ke G. Social support plays a role in depression in Parkinson's disease: a cross-section study in a Chinese cohort. *Parkinsonism Relat Disord* 2008; 14: 43-45.
- [50] Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. The impact of social support on end-stage renal disease. *Semin Dial* 2005; 18: 98-102.

Factors affecting the safety of hemodialysis' patients in dialysis ward and their strengthening strategies

Monir Nobahar (Ph.D)*

Nursing Care Research Center, Faculty of Nursing and Paramedical, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

(Received: 29 Oct 2015; Accepted: 05 Mar 2016)

Introduction: Safety of patients during hemodialysis is providing the foundation of high quality health care. The aim of this study was to determine those factors affecting the safety of hemodialysis patients and strengthening strategies.

Materials and Methods: This study was conducted by using qualitative approach and conventional content analysis methods. The data was included the semi-structured interviews took place at the hemodialysis unit of Semnan Kowsar hospital. Purposeful sampling was started and continued on the basis of codes and classes till it reached the saturation point. Interviews were conducted with 20 participants (Consisted of eight patients, seven nurses, and two doctors and three attendants). Data Analysis was done, using conventional content analysis along with Granheim and Lundman (2004) five-step data collection method. Accuracy and strength of the research was assured by using Lincoln and Guba measurement method.

Results: The data analysis showed that the four main categories of "constant nursing care", "patient participation", "organizational strategies" and "intellectual management" were effective on the safety of hemodialysis' patients.

Conclusion: This study showed that nurses, patients, organization and management are the most important factors in safety of hemodialysis patients. In order to strengthen the safety of patients undergoing hemodialysis, the development of criteria, check list and indicators of organizational standards are needed in order to reduce accidents and improve the process of the hemodialysis treatment for the patients.

Keywords: Patient Safety, Hemodialysis, Nursing, Qualitative Research

* Corresponding author. Tel: +98 23 33654170

nobahar43@Semums.ac.ir