

Original article

Explaining Nurses' Experiences of Breaking the Law in Patient Care: A Qualitative Study

Robabeh Ghomi¹, Fateme Asadi², Mostafa Haji Alizadeh³, Ali Mohammad Izadpanah⁴, Fateme Biabani⁵, Farzane Zafarramazanian^{6*}

1. Msc in nursing, Esfahan University of Medical Sciences, Esfahan, Iran
2. Msc in nursing, Mazandaran University of Medical Sciences, Mazandaran, Iran
3. Msc in nursing, School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
4. School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
5. School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
- 6*. University instructor, Department of Nursing, Naghade School of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Article Info.

Received: 09- Dec- 2024

Accepted: 13- Jan- 2025

Abstract

Background and Aims: Non-violation of the law in nursing care of patients is one of the important and main pillars of ethical principles in nursing. This study was conducted as a qualitative study to explain nurses' experiences of deviance of the law.

Materials and Methods: In this qualitative study, 15 experienced nurses from the Valiasr Educational-Therapeutic-Research Center, affiliated with Birjand University of Medical Sciences, participated in 2022. The sampling method was purposive and data were collected through individual semi-structured interviews. The qualitative analysis method was phenomenological with the Van-Manen approach and with the help of MAXQDA10 software.

Result: Interviews with participants about their experiences of lawlessness in providing nursing care led to the emergence of two main categories: the first category was evasion of punishment and the second category was indifference of the authorities. Evasion of punishment, which itself included three subcategories: a) absolute silence, b) pathological retribution and c) fear of punishment. The second category, indifference of the authorities, itself included two subcategories: reciprocal retaliation and unmotivated nurse.

Conclusion: The results showed that there is a positive approach to reporting errors in nursing and it should be further strengthened. Before anything else, the laws established in nursing and human rights should be implemented by the authorities so that nurses do not witness lawbreaking or sometimes failure to implement the laws by the nursing authorities themselves.

Keywords: Nurses, lawlessness, care, patient, qualitative study

* **Corresponding Author:** Farzane Zafarramazanian*: University instructor, Department of Nursing, Naghade School of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. E-mail: z.farzane.8223@gmail.com

How to Cite: Ghomi R, Asadi F, Haji Alizadeh M, Izadpanah AM, Biabani F, Zafarramazanian F. Explaining Nurses' Experiences of Breaking the Law in Patient Care: A Qualitative Study. *Journal of Student Research Committee Sabzevar University of Medical Sciences*, 2024;29(4): 404-413.

تبیین تجارب زیسته پرستاران از قانون‌گریزی:

یک مطالعه کیفی

ربابه قمی^۱، فاطمه اسدی^۲، مصطفی حاجی‌علیزاده^۳، علی محمد ایزد پناه^۴، فاطمه بیابانی^۵، فرزانه ظفرمضانیان^{۶*}

۱. کارشناس ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. کارشناس ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مازندران، ایران
۳. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۴. استادیار، گروه فوریت پزشکی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۵. استادیار، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
- ۶*. مربی دانشگاه، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری نقده، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۲۴

چکیده

مقدمه و اهداف: عدم قانون‌گریزی در مراقبت پرستاری از بیماران، یکی از ارکان مهم و اصلی اصول اخلاقی در پرستاری است. این مطالعه به منظور تبیین تجارب پرستاران از قانون‌گریزی، به صورت یک مطالعه کیفی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کیفی، ۱۵ نفر از پرستاران مجرب مرکز آموزشی – درمانی – پژوهشی ولیعصر (عج)، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، در سال ۱۴۰۰ مشارکت نمودند. روش نمونه‌گیری از نوع هدفمند بود و داده‌ها با مصاحبه نیمه ساختار یافته انفرادی، جمع‌آوری شد. روش تحلیل کیفی از نوع پدیدارشناسی با رویکرد ون‌مانن و با کمک نرم‌افزار MAXQDA ۱۰ بود.

نتایج: مصاحبه با مشارکت‌کنندگان درباره تجاربشان در خصوص قانون‌گریزی در انجام مراقبت‌های پرستاری، منجر به ظهور دو طبقه اصلی شد که اولین طبقه فرار از تنبیه و دومین طبقه بی‌توجهی مسئولین بود. فرار از تنبیه که خود شامل ۳ زیر طبقه: (الف) سکوت مطلق (ب) تقاص استعلاجی و (ج) ترس از تنبیه و طبقه دوم که بی‌توجهی مسئولین بود، خود شامل دو زیر طبقه تلافی متقابل و پرستار بی‌انگیزه بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که رویکرد مثبتی نسبت به گزارش خطا در پرستاری وجود دارد و باید بیش از پیش تقویت شود و قبل از هر کاری، قوانین وضع شده در پرستاری و حقوق بشر، توسط مسئولین عملیاتی شده تا پرستاران نیز شاهد قانون‌شکنی و یا گاهی عدم اجرای قوانین توسط خود مسئولین پرستاری نباشند.

کلید واژگان: پرستاران، قانون‌گریزی، مراقبت، بیمار، مطالعه کیفی

نویسنده مسئول: فرزانه ظفرمضانیان: مربی دانشگاه، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری نقده، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.
z.farzane.8223@gmail.com

استناد به مقاله: ربابه قمی، فاطمه اسدی، مصطفی حاجی‌علیزاده، علی محمد ایزد پناه، فاطمه بیابانی، فرزانه ظفرمضانیان^{*}، تبیین تجارب زیسته پرستاران از قانون‌گریزی، مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، زمستان ۱۴۰۳، دوره ۲۹، شماره ۴، صفحات: ۴۱۳-۴۰۴.

مقدمه

قوانین، مؤلفه‌های اساسی هر سازمانی هستند. نقش اساسی آن‌ها، القای رفتار ترجیحی سازمانی و کاهش تنوع رفتاری در بین اعضای آن است. با وجود ابزارهای مهم کنترلی در سازمان، باز هم انحراف از قانون رخ می‌دهد (۱). بسیاری از سازمان‌ها دارای قوانین سخت و پیچیده‌ای هستند و علاوه بر قوانین داخلی، بایستی از قوانین صادره از سوی سازمان‌های بالا دستی نیز تبعیت و پیروی نمایند (۲).

قانون شکنی به عنوان یک رفتار نابهنجار اجتماعی، مشکل اصلی بسیاری از جوامع کنونی است. گریز از قانون و نادیده گرفتن تکريم آن، ریشه در عوامل عدیده‌ای دارد که این عوامل در هر کشوری با کشور دیگر متفاوت است (۳). پرستاران بزرگ‌ترین گروه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را تشکیل می‌دهند که نقش عمده‌ای در ارائه خدمات با کیفیت مطلوب به بیماران ایفا می‌کنند و عملکرد آن‌ها در پیشبرد اهداف سازمانی ضروری است. انحراف یا گریز از قوانین توسط این قشر از کارکنان نیز تا حدودی، وجود دارد (۴، ۵). قصور پزشکی یک معضل قانونی بوده و اصولاً زمانی رخ می‌دهد که یک متخصص پزشکی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی، از استاندارد‌های حرفه‌ای خود با سهل‌انگاری یا کوتاهی، انحراف پیدا کرده و در نتیجه باعث آسیب یا مرگ بیمار شود. با توجه به اینکه پرستاران ۸۰٪ از وقت خود را برای مراقبت صرف می‌نمایند، بنابراین آن‌ها نسبت به سایر متخصصین درمانی ممکن است بیشتر مقصر شناخته شوند، حتی اگر اقدامات و عواقب آن‌ها نتیجه یک اشتباه صادقانه باشد، به عنوان مثال، تجویز داروی نادرست یا فراموش کردن تغییر وضعیت بحرانی بیمار می‌تواند ادعاهایی مبنی بر قصور ایجاد کند (۶، ۷).

امروزه پرستاران به طور مستقل، بررسی و تشخیص مشکلات بیمار، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی اقدامات پرستاری را انجام می‌دهند. این در حالی است که تعهد و مسئولیت قانونی این اقدامات کاملاً به عهده پرستار است (۸). مراقبت پرستاری به عنوان یکسری فعالیت‌های کمک‌کننده، حمایتی و تسهیل‌کننده تعریف شده است که در جهت رفع نیازهای

بالقوه و بالفعل فرد یا گروهی دیگر انجام می‌گیرد و در جهت بهبود شرایط و زندگی فرد است (۹).

گریز از قانون یا قانون شکنی در پرستاری می‌تواند با افزایش نیاز ارائه خدمات اورژانسی، حجم کار سنگین و کمبود کارکنان مرتبط بوده که این خود نیز تأثیر قابل توجهی بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری ارائه شده دارد (۱۰) و باعث ایجاد نگرانی در جامعه پرستاری در مورد ارائه مراقبت ایمن شده است (۱۱). پرستاران به دلایلی در خصوص مراقبت‌های لازم به بیمار دچار قصور می‌شوند. استدلال بر آن است که اگر قوانین و دستورالعمل‌ها، به طور نادرست تبیین شده و یا به درستی به کارکنان اعلام نگردد، کارکنان از اجرای قانون صرف نظر نموده و این غفلت برای سازمان مشکل‌زا خواهد بود (۱۲، ۱۳). یکی از اصول مسلم جهت بازنگری و باز طراحی قانون این است که آسان‌سازی شود. این اصول خواستار برطرف شدن موانع اداری برای اجرای قانون است که با حذف آن‌ها تا حدودی، می‌توان از موانع انجام وظیفه گروه پزشکی جلوگیری نمود. بدین ترتیب مراقبت مؤثرتری از بیماران انجام شده، به طوری که ناامیدی بیماران و خانواده‌هایشان و اتلاف وقت به حداقل ممکن خود می‌رسد (۱۳، ۱۴).

پرستاران معمولاً وقتی تضاد بین قواعد و نیازهای بیمار به وجود می‌آید، اگر میزان کارکنان، پشتیبانی و یا کادر کمکی خوبی نداشته باشند یا زمانی که منابع ناکافی و از طرفی محدودیت‌های زمانی و حجم کار بالایی دارند، مراقبت نیمه کاره و غیر اصولی انجام می‌دهند. (۱۵، ۱۶). اگرچه انحراف از قانون برای پرستاران با نیت مثبت بوده، پرستاران درگیر این موضوع، خود را دلسوز و مسئول بیمار می‌دانند؛ اما نتایج مطالعه Iolo laio و همکاران نشان داد که این باعث کاهش انگیزه کاری به دنبال تنبیه‌های مدیران و مسئولین مربوطه می‌شود (۱۷). ویس مرادی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که نتایج سرپیچی از قوانین باعث به خطر افتادن ایمنی بیمار و ترخیص دیررس از بیمارستان می‌شود (۱۸).



توسط مشارکت کنندگان تکمیل شد و زمان و مکان انجام مصاحبه با نظر مشارکت کننده (اتاق کار، اتاق استراحت کارکنان) تعیین شد.

پژوهشگر برای تجزیه و تحلیل و توصیف داده های این مطالعه از روش پدیدار شناسی توصیفی سه مرحله ای ون مانن (۱۹۹۰) شامل درک مستقیم، تجزیه و تحلیل و توصیف، استفاده نمود. در مرحله درک مستقیم، محقق کاملاً در پدیده مورد نظر غوطه ور می شود. در این فرآیند، محقق ضمن اجتناب از هرگونه نقد و بررسی و اظهار نظر شخصی، پدیده مورد نظر را آن گونه که مشارکت کنندگان توصیف می کنند، می شناسد. در مرحله تجزیه و تحلیل، محقق به دنبال تشخیص جوهره پدیده مورد نظر بر مبنای مطالعات به دست آمده است و با پیشرفت تحقیق، محقق عناصر و اجزای پدیده را تشخیص می دهد و مضامین اصلی و مشترک موجود در داده ها را آشکار می نماید. بنابراین ارتباطات آن پدیده با پدیده های مجاور مشخص می شود. در مرحله توصیف که مرحله آخر و مکمل مراحل قبلی است، اجزای اصلی و شاخص پدیده به هم مرتبط شده و تم ها و جوهره های موجود در پدیده، گروه بندی می شوند (۲۲). نمونه های بعدی بر اساس آنالیز مصاحبه های قبلی و بر اساس پاسخ سؤالات قبلی، به نحوی انتخاب می شدند که بهتر بتوانند ابهامات حاصله از مصاحبه های قبلی را شفاف نمایند. ضمن رعایت اصول نمونه گیری هدفمند، سعی شد از روش نمونه گیری با حداکثر تنوع از نظر متغیر های سن، جنس، سطح تحصیلات، مذهب و محل نمونه گیری نیز استفاده گردد. نمونه گیری تا زمان ایجاد اشباع در داده ها ادامه یافت. معیار اشباع در این مطالعه عدم اضافه شدن مفاهیم جدید و یا اضافه شدن ابعادی جدید و مهم به مفاهیم قبلی طی دو مصاحبه آخر در نظر گرفته شد. بدین وسیله مصاحبه های عمیق و نیمه ساختار یافته از ابزار جمع آوری اطلاعات بود. برخی مصاحبه ها برای شفاف سازی سؤالات ذهن محقق، دو بار برای تکمیل طبقات و زیر طبقات انجام شد. مصاحبه ها با ۱۵ مشارکت کننده از شهر بیرجند (مرکز خراسان جنوبی) انجام شد. سؤالات مصاحبه ها بر اساس اهداف مطالعه پرسیده می شد. یک سؤال باز شامل «لطفاً به من بگویید قانون گریزی چه معنایی برایتان دارد؟»

مطالعات کمی مختلف، عواملی مثل ویژگی های فردی و جمعیت شناختی، موقعیت شغلی، اصول حاکم بر سیستم مدیریتی سازمان مثل اصل سودمندی، افزایش بهره وری سازمانی، اعتقادات معنوی، اخلاقی و قدرت ریسک پذیری پرستاران را در قانون شکنی مؤثر دانسته اند (۱۳، ۱۹) اما در ایران با عنایت به تفاوت های فرهنگی و مذهبی و به صورت مستقل، بسیار کم مورد توجه بوده است. تا جایی که ما می دانیم هیچ کدام از مطالعات به طور دقیق و عمیق مفهوم تجارب زیسته پرستاران از فرار از قوانین و ضابطه گریزی در امر مراقبت از بیمار را بررسی ننموده اند. پدیدار شناسی بر تجربیات زیسته ای تمرکز دارد که توسط شرکت کنندگان درک یا تفسیر می شوند. علاوه بر این، کاوش در تجارب دیگران می تواند بینش هایی را که قبلاً در دسترس نبوده، آشکار کند، بنابراین روشی مفید برای هدف این مطالعه در نظر گرفته می شود (۲۰، ۲۱). لذا این مطالعه با هدف تبیین تجارب زیسته پرستاران از قانون گریزی در مراقبت از بیماران، در پرستاران شاغل در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با رویکرد پدیدار شناسی در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد پدیدار شناسی است که با کمک ۱۵ نفر از پرستاران بخش های درمانی بیمارستان های امام رضا (ع) و ولی عصر (عج) شهر بیرجند، به منظور درک تجربه زیسته پرستاران از قانون شکنی در مراقبت پرستاری انجام شد. نمونه گیری در ابتدا به صورت هدفمند با در نظر گرفتن حداکثر تنوع داده ها و سپس با نمونه گیری نظری تا رسیدن زمان اشباع نظری مضامین به دست آمده در هر طبقه بود. میانگین سنی شرکت کنندگان مطالعه حاضر در زنان $9/2 \pm 35/6$ و در مردان $10/2 \pm 34/21$ سال بود. معیار های ورود به مطالعه شامل: کسب اجازه از پرستاران با تجربه کاری حداقل دو سال، شاغل در بخش های درمانی بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند بود. مشارکت کنندگانی که توانایی بالایی برای انتقال تجارب خود داشتند، وارد پژوهش شدند. دعوت نامه های حاوی توضیح هدف مطالعه جهت شرکت در پژوهش ارائه شد. فرم رضایت آگاهانه کتبی جهت شرکت در مطالعه



«چه احساسی نسبت به قانون‌گریزی در مراقبت پرستاری دارید؟» و سؤالات کاوشی بر اساس اطلاعاتی که بیماران ارائه می‌کردند، برای عمیق شدن مصاحبه‌ها مطرح می‌شد مانند: «می‌توانید بیشتر برای من توضیح دهید؟»، «می‌توانی برای یک مثال بزنی؟». تمام مصاحبه‌ها ضبط و در اولین فرصت بعد از مصاحبه، متن مصاحبه‌ها کلمه به کلمه پیاده و تایپ شد.

به کلیه مشارکت‌کنندگان بر اساس ترتیب زمانی مصاحبه، کد داده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل شش مرحله‌ای ون منن بدون استفاده از نرم افزار کامپیوتری استفاده شد. مراحل تحلیل ون منن شامل مراحل زیر است:

گام اول روی آوردن به ماهیت تجربه زنده، گام دوم کنکاش تجربه مورد بررسی به همان صورتی که زندگی شده، گام سوم تأمل بر روی درون مایه‌های ذاتی که مشخص‌کننده پدیده هستند، گام چهارم هنر نوشتن و باز نویسی، گام پنجم حفظ ارتباط قوی و جهت دار با پدیده، گام ششم مطابقت یافتن پژوهش با در نظر گرفتن ارتباط بین اجزا و کل به منظور جداسازی استخراج مضمون‌ها از دو رویکرد کل‌نگر و انتخابی (۲۲).

بر اساس این رویکرد بعد از انجام هر مصاحبه، متن مصاحبه‌ها بر روی کاغذ آورده شد و سپس چندین بار مرور می‌گردید تا فهم و درک کلی از آن به دست آید. سپس مفهوم عمده متن را به عنوان یک درک کلی در ۲-۳ پاراگراف نوشته که این مرحله به غوطه ور شدن پژوهشگر در داده‌ها و به قول ون منن به تفکر بیشتر پرستاران از مراقبت ایمن در مراقبت از بیمار در مورد پدیده مورد مطالعه کمک کرده است. در واقع این کار، استفاده از رویکرد کل‌نگر در تحلیل درون مایه‌ای است. سپس بر اساس رویکرد انتخابی، متن هر مصاحبه چندین بار خوانده شده و جملات یا عباراتی که به نظر می‌رسید ذات پدیده تجارب پرستاران از قانون‌گریزی تفسیر کرده و آشکار کننده آن بودند، انتخاب شدند. سپس اعضای گروه پژوهش در استخراج موضوعات و درون مایه‌ها با هم به تبادل نظر می‌پرداختند.

این روند با تداوم مصاحبه‌های دیگر ادامه داشت تا زمانی که یافته‌های جدیدی به دست آید و یا تغییراتی در یافته‌های قبلی ایجاد گردد. فرآیند برگشت به متون جهت رفع هرگونه عدم توافق و تناقضات موجود در تفاسیر به‌طور مرتب و مکرر ادامه می‌یافت تا زمانی که مضامین و درون مایه‌های حاصل به بهترین نحو ممکن با هم ارتباط می‌یافت.

درگیری پژوهشگر با سؤال پژوهش در تمام اوقات مطالعه از ضروریات انجام مطالعه پدیدار شناسی تفسیری است. حضور مداوم سؤال پژوهش در ذهن پژوهشگر در تمام مراحل مطالعه منجر به استخراج مضمون‌ها و تفسیر آن‌ها شد. تعریف تجربه مراقبت ایمن به پژوهشگر این امکان را داد که با تحلیل تفسیری، فهم این تجربه را همان‌طور که توسط شرکت‌کنندگان تجربه شده است؛ آشکار سازد. تحلیل مضمونی نیز به‌صورت جدا کردن مضمون‌های اصلی از فرعی انجام شد و از رویکرد انتخابی استفاده شد. به این صورت که چند بار متن خوانده شد و جملات و واحد‌های معنا دار که به نظر پژوهشگر تفسیرکننده پدیده مورد نظر بود، جدا شدند. با توجه به وجوه اشتراکات در قالب مضمون‌ها و زیر مضمون‌ها، سازمان‌دهی صورت گرفت و سرانجام با خواندن مکرر هر مصاحبه و غوطه ور شدن پژوهشگر در مصاحبه‌ها و با تأمل بر مضامین اصلی پدیده منجر به پیدایش مضامین اصلی مطالعه شد.

در این راستا، ابتدا متن هر مصاحبه چندین بار برای ایجاد درک کلی با دقت خوانده و سپس، واحد‌های معنایی که کلمات، جملات و یا پاراگراف‌هایی از متن مصاحبه‌ها و بیان‌کننده تجارب مشارکت‌کنندگان از قانون‌گریزی در مراقبت پرستاری بودند، مشخص می‌شدند و برچسب‌هایی برای آن‌ها مشخص می‌گردید (کد‌های اولیه). سپس، این کد‌های اولیه بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های خود طبقه‌بندی می‌شدند تا طبقات اولیه شکل گیرند. این فرایند انتزاعی‌سازی بر اساس مقایسه، بازتاب و تفسیر مداوم، منجر به بروز طبقات و زیر طبقات نهایی گردید (۲۳).

معیارهای صحت معرفی‌شده توسط لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) شامل اعتبار پذیری، قابلیت ثبات، اثبات پذیری و انتقال پذیری رعایت شدند (۲۴). اعتبار پذیری از طریق



(BUMS.REC.۱۳۹۸.۳۶۶). تمامی مشارکت کنندگان اطلاعات کلامی و کتبی در مورد مطالعه دریافت نمودند و رضایت کتبی و آگاهانه از تمامی آنان کسب شد.

یافته ها

مصاحبه با مشارکت کنندگان در خصوص تجاربشان در خصوص قانون شکنی در انجام مراقبت های پرستاری، منجر به ظهور دو طبقه اصلی شد که شامل: الف) طبقه فرار از تنبیه و ب): طبقه بی توجهی مسئولین بود.

حضور مداوم پژوهشگر اصلی در محیط پژوهش و بحث مداوم یافته ها در گروه پژوهشی کسب شد. انتقال پذیری از طریق نمونه گیری با حداکثر تنوع حفظ شد. قابلیت ثبات از طریق حضور بیش از یک محقق در فرایند آنالیز داده ها حفظ شد. اثبات پذیری نیز از طریق قابلیت حساسرسی، یعنی محقق دیگر در پیگیری روش ها و نتیجه گیری بتواند به همان نتایج دست یابد، حفظ شد (تمام مستندات به یک نفر آشنا با این رویکرد و مسلط برای اثبات و به دست آوردن همان نتایج داده شد). کمیته منطقه ای اخلاق در پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند مطالعه را تأیید نمود

مشارکت کننده	جنس	سابقه خدمت (سال)	بخش محل خدمت
1	زن	14	داخلی
2	زن	10	زنان
3	زن	3	اطفال
4	مرد	2	عفونی
5	زن	3	زنان
6	زن	2	زنان
7	مرد	13	عفونی
8	زن	26	ICU
9	زن	18	داخلی
10	مرد	1	عفونی
11	زن	15	اطفال
12	زن	13	اطفال
13	زن	12	ICU
14	مرد	10	عفونی
15	مرد	15	داخلی

جدول نتایج مستخرج از تحلیل کدهای اولیه از مصاحبه ها

طبقات اصلی	زیر طبقات
فرار از تنبیه	سکوت مطلق
	تقصا استعلاجی
	قانون گریزی اجباری
بی تدبیری مسئولین	تلافی متقابل
	پرستار بی انگیزه

فرار از تنبیه شامل ۳ زیر طبقه: الف) سکوت مطلق ب) تقصا استعلاجی و ج) قانون گریزی بود.

الف) فرار از تنبیه



طبقه دوم منتج از مصاحبه‌ها بی توجهی مسئولین بود که خود شامل دو زیرگروه تلافی متقابل و پرستار بی انگیزه بود.

الف) تلافی متقابل: فحوای مصاحبه‌ها این‌گونه بود که مشارکت‌کنندگان در ازای این که مسئولین به آن‌ها بی توجهی می‌کنند، آنان نیز با قانون‌گریزی، این بی توجهی را تلافی می‌نمایند.

«وقتی می‌دیدم اونا که مسئول هستن خودشون از همه بیشتر قانون‌گریزی می‌کنن، مثلاً اضافه‌کار اجباری و... منم استعلاجی می‌بردم. خب این قانون شکنی در مقابل قانون شکنی اونا هستش و باید این جوری تلافی می‌کردم. چاره‌ای جز این نمی‌دیدم» (م-۱۴).

ب) پرستار بی انگیزه: همچنین ادامه مصاحبه با شرکت‌کنندگان نشان داد به پرستار به عنوان یک انسان معمولی با اتفاقات ناخواسته و مشکلات روزمره‌ی زندگی، نگریده نمی‌شود.

«منم با خودم گفتم حالا که اصلاً نمی‌گن اینم آدمه و شیفت می‌ریزن و به عنوان یک انسان به مشکلات فردی ام توجه نمی‌کنن و روزایی رو که می‌خوام بهم مرخصی نمیدن و اصلاً توجهی نمی‌کنند، کاملاً بی انگیزه برای شیفت دادن بودم، مثلاً برای یک روز مرخصی، باید دست به دامن دروغ و ارائه مشکلات بزرگ به مسئولین می‌شدم. این بی انگیزگی از طرف اونا بهم تحمیل می‌شد، به نظرم به نوع قانون‌گریزی بود» (م-۱۱).

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد قانون‌گریزی در پرستاری به طور پنهان و آشکار وجود دارد. پرستاران به خاطر فرار از تنبیه، از مشکلات و قانون شکنی‌های احتمالی خود صحبت نمی‌کنند. Ming Wei و Jeffre Woo (۲۰۲۱) در یافته‌های بررسی خود نشان دادند که تجربیات پرستاران از خطاهای گزارش شده، میزان خطای عمدی کمتر از حد ایده‌آل بود. تحلیل این موضوع نشان داد که اولاً، این تجربیات منفی بر نگرش‌ها، ادراکات، عواطف و عملکردهای آن‌ها تأثیر گذاشت و ثانیاً تجربیات منفی آن‌ها توسط عوامل سیستمی،

الف) سکوت مطلق: یافته‌ها نشان داد که یکی از مهم‌ترین مضامین قانون شکنی در مراقبت پرستاری، سکوت اجباری از علل مهم قانون شکنی در انجام مراقبت پرستاری بود:

«به دنبال ترسی که از سرپرستار داشتیم، زمان‌هایی که خیلی حالم بد بود، یا کارهای مهم شخصی داشتیم که باید انجام می‌دادم، ولی جرئت نمی‌کردم که به سرپرستار بگم، چاره‌ای جز سکوت نمی‌دیدم چون حرف زدن اوضاع را بدتر می‌کرد و کلاً با من به لج می‌افتاد» (م-۶).

«سال‌هاست که ما پرستارها کشیک‌های سنگین و پرکار را هر طور که شده باید بدهیم. خودشونم میدونن این قانون نیست ولی می‌گن نیرو نداریم و ما هم اگر صدامون در بیاد به سلابه می‌کشونمون، به همین خاطر ما هم اعتراض نمی‌کنیم. خودش یک قانون شکنی در امر مراقبت از بیماره که ما مجبوریم وقتی خطا در مراقبت از بیمار برامون به وجود بیاد، سکوت کرده و حتی گزارش خطا هم نکنیم» (م-۲).

ب) تقاضای استعلاجی

هم‌چنین یافته‌ها نشان داد که تنبیه به دنبال استعلاجی و عدم پذیرش استعلاجی توسط مسئولین از دیگر علل فرار از تنبیه بود.

«سرپرستار اصلاً استعلاجی قبول نمی‌کرد، منم مثلاً علائم حیاتی رو نمی‌گرفتم، ولی تو پرونده مریض یه چیزی چارت می‌کردم. (م-۴)»

ج) ترس از تنبیه

مشارکت‌کنندگان از ترس گزارش خطاهای خود و قانون شکنی صحبت به میان آوردند. مصاحبه‌ها شرکت‌کنندگان حاکی از ترس از تنبیه به خاطر قانون شکنی بود و آن‌ها چون می‌دانستند که تنبیه می‌شوند، گزارش خطا نمی‌کردند.

«من بعضی وقت‌ها دارویی که تو بخش نبود رو نمی‌دادم و چیزی هم گزارش نمی‌کردم، چون حوصله بحث با سرپرستار و مسئول شیفت بعد رو نداشتم و توی پرونده تیک تجویز رو می‌زدم، الان که شما ازم می‌پرسید، یکم عذاب وجدان می‌گیرم. چی بگم از دست مسئولین» (م-۱۰)

بی توجهی مسئولین

تعداد، می‌تواند باعث ایجاد مشکلات برای بیماران و کاهش مراقبت مناسب به علت عدم تدوین برنامه مناسب مراقبتی گردد (۲۹). نتایج یک بررسی که توسط senek و همکاران (۲۰۲۰) انجام شد؛ نشان داد، عدم حمایت درک شده توسط مسئول بخش، تأثیر زیادی بر تضعیف روحیه پرستاران داشته است (۳۰) که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو است. در کل با توجه به اینکه تمامی مصاحبه‌ها قانون شکنی ناخواسته و عکس‌العملی در مقابل برخی قانون شکنی‌های انجام‌شده توسط مسئولین را نشان می‌دهد، از نتایج این مطالعه می‌توان چنین استنباط کرد که قانون شکنی در پرستاری با قصد منفی به دلیل مضمون به دست‌آمده از مصاحبه‌ها و واکاوی آن‌ها وجود ندارد و مطالعات با این عنوان در پرستاری به ندرت انجام شده است. می‌توان گفت با توجه به ماهیت کار پرستاری که خدمت‌رسانی به هم نوع و تعهد است، بندرت واژه قانون شکنی با معنای منفی آن استفاده و انجام شده است. توصیه به انجام مطالعات بیشتر به باز شدن مفهوم و تبیین چنین موارد ناآشنایی با رشته پرستاری کمک خواهد کرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که رویکرد مثبتی نسبت به گزارش خطا در پرستاری وجود دارد و باید تقویت شود و قبل از هر چیز باید قوانین وضع شده در پرستاری و حقوق بشر در پرستاری توسط مسئولین عملیاتی شده تا پرستاران نیز شاهد قانون‌گریزی یا سرپیچی از قوانین و یا گاهی عدم اجرای قوانین توسط خود مسئولین پرستاری نشوند. پیشنهاد می‌شود فرایند قانون شکنی برای تبیین بهتر در ایران، تحت مطالعه از نوع گرند تئوری نیز قرار گیرد.

سپاسگزاری و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه مشارکت‌کنندگان در این مطالعه صمیمانه قدردانی و تشکر نمایند.

اداری و سازمانی که بر انتصاب خطا به شکست انسانی متمرکز است، با رویکرد غیر حمایت‌کننده و بر عکس با رویکرد سرزنش و تنبیه‌کننده در مدیریت خطا، حمایت می‌شد که در همه موارد فوق می‌توان گفت اگر در عملکرد پرستاران قانون شکنی مشاهده گردد، به دلایل ترس و فرار از تنبیه گزارش نمی‌شود (۲۵). نتایج یک مطالعه دیگر نیز نشان داد که چگونه نگرش و تعهد پرستاران به عدم گزارش قانون شکنی می‌تواند توسط فرآیندها و سیاست‌های زیربنایی سیستم گزارش خطای سازمانی دیکته شود. پرستاران گزارش دهی خطا را زمان‌بر می‌دانستند که دلیل آن کم بودن گزارش‌های حادثه‌ای است که به حجم کار سنگین پرستاری موجود می‌افزاید (۲۵، ۲۶). برخی مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که ترس از عواقبی که ممکن است پس از گزارش خطا برای پرستاران رخ دهد، یکی از عوامل مهمی است که منجر به شکست در گزارش خطا و رفع نادرست می‌شود (۲۷) که این یافته با یافته‌های مطالعه ما همسو است و آن‌ها را تقویت می‌کند. شباهت هر دو مطالعه این است که در بافت فرهنگی ایران که احتمالاً رویکرد غیر حمایتی برای گزارش خطا باشد، انجام شده است.

بی‌تدبیری مسئولین از دیگر علل تجارب قانون شکنی در مراقبت پرستاری بود. در مطالعه‌ای که توسط پیروی و همکاران (۲۰۱۶) در این خصوص صورت گرفته بود، همین یافته‌ها گزارش شد: عدم حمایت مدیریتی باعث احساس ناامنی شرکت‌کنندگان مطالعه شده بود که منشأ آن را عدم حمایت پس از گزارش خطا توصیف کردند (۲۷).

یافته‌های این مطالعه، قانون‌گریزی اجباری را نیز نشان داد. در این راستا در مطالعه‌ای که توسط سلیم‌الجبّار و همکاران (۲۰۰۴) انجام شد، یافته‌ها حاکی از آن بود که پرستاران و پس از آن پزشکان و ترس از عواقب خطا، بیشترین مانع گزارش دهی گزارش شده است (۲۸). فحوای مصاحبه‌ها این‌گونه بود که مشارکت‌کنندگان در ازای این که مسئولین به آن‌ها بی‌توجهی می‌کنند، آنان نیز تمایل داشتند این بی‌توجهی را با کم‌رسانی خدمت تلافی نمایند. نتایج مطالعات نشان داده است عدم برنامه‌ریزی و حضور نیروهای سرگردان در بخش‌های مختلف، حتی در صورت کافی بودن



References

1. Borry E, Henderson A. Patients, Protocols, and Prosocial Behavior: Rule Breaking in Frontline Health Care. *The American Review of Public Administration*. 2019;50:027507401986268.
2. Lehman DW, Cooil B, Ramanujam R. The effects of rule complexity on organizational noncompliance and remediation: Evidence from restaurant health inspections. *Journal of Management*. 2020;46(8):1436-68.
3. Pinggen A. Commission's 2022 Rule of Law Report 2022 Available from: <https://eucrim.eu/news/commissions-2022-rule-of-law-report/>.
4. Laschinger HKS, Purdy N, Almost J. The impact of leader-member exchange quality, empowerment, and core self-evaluation on nurse manager's job satisfaction. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2007;37(5):221-9.
5. Kahol K, Vankipuram M, Patel VL, Smith ML. Deviations from protocol in a complex trauma environment: errors or innovations? *Journal of biomedical informatics*. 2011;44(3):425-31.
6. Online UoSCA. Legal Issues All Nurses Need to Be Aware Of cited 2023. Available from: <https://online.usca.edu/degrees/nursing/rn-to-bsn/legal-issues-nurses/>.
7. Puspitasari M, Pramono B. Legal Consequences Of Doctor's Negligence in Making Visum et Repertum and Corpse Autopsy. *Formosa Journal of Applied Sciences*. 2023;2(3):387-96.
8. Taylor C, Lynn P, Bartlett J. *Fundamentals of nursing: The art and science of person-centered care*: Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
9. Stavropoulou A, Rovithis M, Kelesi M, Vasilopoulos G, Sigala E, Papageorgiou D, et al. What Quality of Care Means? Exploring Clinical Nurses' Perceptions on the Concept of Quality Care: A Qualitative Study. *Clinics and practice*. 2022;12(4):468-81.
10. Bellio E, Buccoliero L. Main factors affecting perceived quality in healthcare: a patient perspective approach. *The TQM Journal*. 2021;33(7):176-92.
11. Viscardi MK, French R, Brom H, Lake E, Ulrich C, McHugh MD. Care Quality, Patient Safety, and Nurse Outcomes at Hospitals Serving Economically Disadvantaged Patients: A Case for Investment in Nursing. *Policy, politics & nursing practice*. 2022;23(1):5-14.
12. Li N, van Rooij B. Law Lost, Compliance Found: A Frontline Understanding of the Non-linear Nature of Business and Employee Responses to Law. *Journal of Business Ethics*. 2022;178(3):715-34.
13. Griffith R, Tegnah C. *Law and professional issues in nursing: Learning Matters*; 2023.
14. Morrison EW. Doing the job well: An investigation of pro-social rule breaking. *Journal of Management*. 2006;32(1):5-28.
15. Busca E, Savatteri A, Calafato TL, Mazzoleni B, Barisone M, Dal Molin A. Barriers and facilitators to the implementation of nurse's role in primary care settings: an integrative review. *BMC Nursing*. 2021;20(1):171.
16. Kadivar M, Manookian A, Asghari F, Niknafs N, Okazi A, Zarvani A. Ethical and legal aspects of patient's safety: a clinical case report. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 2017;10:15.
17. Liao L, Zhang F, Zhang Y, Guan C, Xu G, Yuan C, et al. Nurse managers' perceptions and experiences of caring behavior for clinical nurses: a multicenter survey. *BMC Nursing*. 2023;22(1):383.
18. Vaismoradi M, Tella S, P AL, Khakurel J, Vizcaya-Moreno F. Nurses' Adherence to Patient Safety Principles: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(6).
19. Lichter AM. It's the law: break time for nursing mothers. *Breastfeeding Medicine*. 2011;6(5):333-5.
20. Dikmen BT, Bayraktar N, Yılmaz ÜD. A qualitative study of medical-surgical intensive care unit nurses' experiences in caring for critical patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2022;56:e20220220.
21. Jang H-Y, Yang J-E, Shin Y-S. A phenomenological study of nurses' experience in caring for COVID-19 patients. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19(5):2924.
22. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*: Sage publications; 2016.
23. Strauss A, Corbin JM. *Grounded theory in practice*: Sage; 2015.
24. Denzin NK, Lincoln YS. *The Sage handbook of qualitative research*: sage; 2011.
25. Woo MWJ, Avery MJ. Nurses' experiences in voluntary error reporting: An integrative literature review. *International journal of nursing sciences*. 2021;8(4):453-69.

26. Pfeiffer Y, Manser T, Wehner T. Conceptualising barriers to incident reporting: a psychological framework. *Quality & safety in health care*. 2010;19(6):e60.
27. Peyrovi H, Nikbakht Nasrabadi A, Valiee S. Exploration of the barriers of reporting nursing errors in intensive care units: A qualitative study. *Journal of the Intensive Care Society*. 2016;17(3):215-21.
28. Aljabari S, Kadhim Z. Common Barriers to Reporting Medical Errors. *TheScientificWorldJournal*. 2021;2021:6494889.
29. S kMF. Familiarity with criminal laws and job description, nursing profession. *Forensic medicine*. 2004;42(1):229-40.
30. Senek M, Robertson S, Ryan T, King R, Wood E, Taylor B, et al. Determinants of nurse job dissatisfaction - findings from a cross-sectional survey analysis in the UK. *BMC Nursing*. 2020;19(1):88.