

## تبیین تجارب پرستاران از قانون شکنی در مراقبت از بیمار: یک مطالعه کیفی

عالیه بهروزی فرا<sup>۱</sup>، علی محمد ایزدپناه<sup>۲</sup>، سید ابوالفضل وقار سیدین<sup>۳</sup>، فاطمه بیابانی<sup>۴</sup>، مصطفی حمید<sup>۴\*</sup>

۱. کارشناس ارشد پرستاری، سازمان مرکزی دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۲. استاد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۳. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۴. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** قانون شکنی در مراقبت پرستاری از بیماران یکی از ارکان مهم و اصلی اصول اخلاقی در پرستاری می باشد. این مطالعه به منظور تبیین تجارب پرستاران از قانون شکنی در مراقبت از بیماران به صورت یک مطالعه کیفی انجام شد.

**روش ها:** در این مطالعه کیفی ۱۵ نفر از پرستاران مجرب مرکز آموزشی درمانی پژوهشی ولیعصر (عج) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند ساکن در سال ۱۴۰۰ جنوبی مشارکت نمودند. روش نمونه گیری از نوع هدفمند بود و داده ها با مصاحبه نیمه ساختار یافته انفرادی جمع آوری شد. روش تحلیل کیفی از نوع پدیدارپشناسی با رویکرد من و ن و با کمک نرم افزار MAXQDA ۱۰ بود.

**نتایج:** مصاحبه با مشارکت کنندگان در خصوص تجاربشان در خصوص قانون شکنی در انجام مراقبت های پرستاری، منجر به ظهور دو طبقه اصلی شد: که اولین طبقه فرار از تنبیه و دومین طبقه: بی توجهی مسئولین، بود فرار از تنبیه: که خود شامل ۳ زیر طبقه: الف) سکوت اجباری ب) استعلاجی ج) قانون گریزی اجباری و طبقه دوم که بی تدبیری مسئولین بود خود شامل دو زیر طبقه تلافی متقابل و پرستار برده بود.

**نتیجه گیری:** نتایج نشان داد که گزارش خطا با رویکرد مثبت در پرستاری وجود دارد و باید بیش از پیش تقویت شود و قبل از هر چیز قوانین وضع شده در پرستاری و حقوق بشر در پرستاری توسط مسئولین عملیاتی شده تا پرستاران نیز شاهد قانون شکنی و یا گاهاً عدم اجرای قوانین توسط خود مسئولین پرستاری نباشند.

### کلید واژه ها:

مطالعه کیفی، قانون شکنی، مراقبت، بیمار، پرستاران

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه محفوظ است.

## مقدمه

قوانین مؤلفه‌های اساسی هر سازمانی هستند. نقش اساسی آنها در القای رفتار ترجیحی سازمانی و کاهش تنوع رفتاری در بین اعضای آن می‌باشد. و 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 بالادستی نیز طبیعت و پیروی نمایند (۲).

قانون‌شکنی به عنوان یک رفتار نابهنجار اجتماعی، مشکل اصلی بسیاری از جوامع کنونی است. گریز از قانون و نادیده گرفتن تکریم آن، ریشه در عوامل عدیده‌ای دارند 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 یک سری 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 می‌باشد (۹).

گریز از قانون یا قانون‌شکنی در پرستاری می‌تواند با افزایش نیاز ارائه خدمات اورژانسی، حجم کار سنگین و کمبود پرسنل 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 ایمنی بیمار به نحوی در بیمارستان‌ها شده است (۱۱). پرستاران به دلایلی در خصوص مراقبت‌های لازم به بیمار دچار قصور می‌شوند. استدلال بر آن است که اگر قوانین، دستورالعمل‌ها، بطور نادرست تبیین شده و یا به درستی به پرسنل 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 بازطراحی 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 موثرتری از بیماران انجام داده، به طوری که ناامیدی بیماران و خانوادهایشان، اتلاف وقت و سایر منابع را به حداقل ممکن خود رساند (۱۳، ۱۴).

پرستاران معمولاً وقتی "تضاد بین قواعد و نیازهای بیمار بوجود می‌آید"، وقتی که میزان کارکنان پشتیبانی و یا کادر کمی خوبی ندارند، یا زمانی که منابع ناکافی و از طرفی محدودیت‌های زمانی و حجم کار بالایی دارند، قانون شکنی می‌کنند (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 همکاران نشان داد که این باعث کاهش انگیزه کاری به دنبال تنبیه‌های مدیران و مسئولین مربوطه باشد (۱۷). ویس‌مرادی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که نتایج سرپیچی از قوانین به ویژه

درمانی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند بود. مشارکت‌کنندگانی که توانایی بالایی برای انتقال تجارب خود داشتند وارد پژوهش شدند. دعوت‌نامه‌های حاوی توضیح هدف مطالعه جهت شرکت در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه آگاهانه کتبی شرکت در مطالعه توسط مشارکت‌کنندگان تکمیل شد، و زمان و مکان انجام مصاحبه با نظر مشارکت‌کننده (اتاق کار، اتاق استراحت پرسنل) تعیین شد.

پژوه‌شگر برای تجزیه تحلیل و توصیف داده‌های این مطالعه با روش پدیدارشناسی توصیفی سه مرحله‌ای ون مانن (۱۹۹۰) شامل درک مستقیم، تجزیه و تحلیل و توصیف، استفاده نمود. در مرحله درک مستقیم، محقق کاملاً در پدیده مورد نظر غوطه‌ور می‌شود. در این فرایند، محقق ضمن اجتناب از هر گونه نقد، بررسی و اظهار نظر شخصی، پدیده مورد نظر را آن گونه که مشارکت‌کنندگان توصیف می‌کنند، می‌شناسد. 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 می‌دهد. مضامین اصلی و مشترک موجود در داده‌ها را آشکار می‌نماید. بنابراین ارتباطات آن پدیده با پدیده‌های مجاور مشخص می‌شود. در مرحله توصیف که مرحله آخر و مکمل مراحل قبلی است، اجزای اصلی و شاخص پدیده به هم مرتبط شده و تم‌ها و جوهره‌های موجود در پدیده، گروه‌بندی می‌شوند. (۲۲). نمونه‌های بعدی بر اساس آنالیز مصاحبه‌های قبلی و بر اساس پاسخ سئوالات قبلی به نحوی انتخاب می‌شدند که بهتر بتوانند ابهامات حاصله از مصاحبه‌های قبلی را شفاف نمایند. ضمن رعایت اصول نمونه‌گیری هدفمند، سعی شد از روش نمونه‌گیری با حداکثر تنوع از نظر متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، مذهب و محل نمونه‌گیری نیز استفاده گردد. نمونه‌گیری تا زمان ایجاد اشباع در داده‌ها 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 مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختار یافته ابزار جمع‌آوری

احتمال به خطر افتادن ایمنی بیمار و ترخیص دیررس از بیمارستان شود (۱۸). مطالعات کمی مختلف، عواملی را مثل ویژگی‌های فردی و جمعیت‌شناختی، موقعیت‌شغلی، اصول حاکم بر سیستم مدیریتی سازمان مثل اصل سودمندی، افزایش بهره‌وری سازمانی، اعتقادات معنوی، اخلاقی و قدرت ریسک‌پذیری پرستاران را در قانون‌شکنی موثر دانسته اند (۱۳، ۱۹) اما مفهوم قانون‌شکنی در جامعه پرستاری ایران با عنایت به تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی، و به صورت مستقل بسیار کم مورد توجه بوده است. تا جایی‌که ما می‌دانیم هیچکدام از مطالعات به طور دقیق و عمیق قانون‌شکنی را در جامعه پرستاری ایران تجارب زیسته پرستاران شاغل در بخش‌های درمانی را مورد قانون‌شکنی در امر مراقبت از بیمار بررسی ننموده‌اند. پدیدارشناسی بر تجربیات زیسته‌ای تمرکز دارد که توسط شرکت‌کنندگان درک یا تفسیر می‌شوند. علاوه بر این، کاوش در تجارب دیگران می‌تواند بینش‌هایی را که قبلاً در دسترس نبوده، آشکار کند، بنابراین روشی مفید برای هدف این مطالعه در نظر گرفته می‌شود (۲۰، ۲۱). لذا این مطالعه با هدف تبیین تجارب پرستاران از مفهوم قانون‌شکنی در مراقبت از بیمار در پرستاران شاغل در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با رویکرد پدیدارشناسی در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

### روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد پدیدارشناسیکه با کمک ۱۵ پرستار از بخش‌های درمانی بیمارستان‌های امام رضا (ع) و ولی عصر (عج) شهر بیرجند به منظور درک تجربه زیسته پرستاران از قانون‌شکنی در مراقبت پرستاری انجام شد. نمونه‌گیری در ابتدا به صورت هدفمند با در نظر گرفتن حداکثر تنوع داده‌ها و سپس با نمونه‌گیری نظر تا رسیدن زمان اشباع نظری مضامین بدست آمده در هر طبقه بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر  $35/6 \pm 9/2$  و در مردان  $10/2 \pm$  سال بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: کسب اجازه از پرستاران با تجربه کاری حداقل دو سال شاغل در بخش‌های

پدیده مورد مطالعه کمک کرده است. در واقع، این کار استفاده از رویکرد کل‌نگر در تحلیل درون‌مایه‌ای می‌باشد. سپس بر اساس رویکرد انتخابی متن هر مصاحبه چندین بار خوانده شده و جملات یا عباراتی که به نظر می‌رسید که ذات پدیده تجارب پرستاران از را --++تفسیر کرده و آشکار کننده آن بودند انتخاب شدند. سپس اعضای تیم پژوهش در استخراج موضوعات و درون‌مایه‌ها باهم به تبادل نظر می‌پرداختند.

این روند با ادامه یافتن مصاحبه‌های دیگر ادامه داشت تا زمانی که یافته‌های جدیدی به دست آید و یا تغییراتی در یافته‌های قبلی ایجاد گردد. جهت رفع هر گونه عدم توافق و تناقضات موجود در تفاسیر فرایند برگشت به متون به طور مرتب و مکرر ادامه می‌یافت تا زمانی که مضامین و درون‌مایه‌های حاصل به بهترین نحو ممکن با هم ارتباط می‌یافت.

درگیری پژوهشگر با سؤال پژوهش در تمام اوقات مطالعه از ضروریات انجام مطالعه پدیدارشناسی تفسیری است. حضور مداوم سوال پژوهش در ذهن پژوهشگر در تمام مراحل مطالعه منجر به استخراج مضمون‌ها و تفسیر آنها شد. تعریف تجربه قانون‌شکنی 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 بصورت 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 معنادار که به نظر پژوهشگر تفسیرکننده پدیده مورد نظر بود، جدا شدند. با توجه به وجوه اشتراکات در قالب مضمون‌ها و زیرمضمون‌ها، سازماندهی صورت گرفت و سرانجام با خواندن مکرر هر مصاحبه و غوطه‌ور شدن پژوهشگر در مصاحبه‌ها و با تامل 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 می‌شد. سپس، واحدهای معنایی که کلمات، جملات و یا پاراگراف‌هایی از متن مصاحبه‌ها و بیان‌کننده تجارب مشارکت‌کنندگان از قانون‌شکنی در مراقبت پرستاری

اطلاعات بود. برخی مصاحبه برای شفاف سازی سئوالات ذهن محقق دو بار برای تکمیل طایقات و زیر طایقات انجام شد. مصاحبه‌ها با ۱۵ مشارکت‌کننده از مراکز استانهای کشور هدف جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه‌های عمیق و بدون ساختار استفاده شد. سئوالات مصاحبه‌ها بر اساس اهداف مطالعه پرسیده می‌شد. یک سؤال باز شامل "لطفاً به من بگویید قانون‌شکنی چه معنایی برایتان دارد؟"، "چه احساسی نسبت قانون‌شکنی در مراقبت پرستاری دارید؟" و برای عمیق شدن مصاحبه‌ها سئوالات کاوشی بر اساس اطلاعاتی که بیماران ارائه می‌کردند مطرح می‌شد مانند "می‌توانید بیشتر برای من توضیح دهید"، "میتوانی برایم 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 مصاحبه‌ها 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 می‌باشد:

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 درون‌مایه‌های ذاتی که مشخص‌کننده پدیده هستند، گام چهارم هنر نوشتن و باز نویسی، گام پنجم حفظ ارتباط قوی و جهت‌دار با پدیده، گام ششم مطابقت یافته پژوهش با در نظر گرفتن ارتباط بین اجزا و کل به منظور جداسازی جمالت مضمونی و استخراج مضمون‌ها از دو رویکرد کل‌نگر و انتخابی از فرایند تحلیل مضمونی ون منن استفاده شده است (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 بدست آید سپس مفهوم عمده متن را به عنوان یک درک کلی در ۲-۳ پاراگراف نوشته که این مرحله به غوطه‌ور شدن پژوهشگر در داده‌ها و به قول ون منن به تفکر بیشتر پرستاران از قانون‌شکنی در مراقبت از بیمار در مورد

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

"به دنبال ترسی که از سرپرستاردا شتم، زمان‌هایی که خیلی حالم بود، یا کارهای مهم شخصی داشتم که باید انجام می‌دادم، ولی جرات نمی‌کردم که به سرپرستار بگم، چاره‌ای جز سکوت نمی‌دیدم چون حرف زدن او ضاع را بدتر می‌کرد و کلاً با من به لج می‌افتاد" (م. ۶)

"سالهاست که ما پرستاران کشیک‌های سنگین و پرکار را هر طور شده باید بدهیم خودمون میدونن این قانون نیست ولی میگن نیرو نداریم، بایدیه. اگر هم صدامون در بیاد به سلابه می‌کشوننمون، اینکه ما اعتراض نمی‌کنیم خودش، یک قانون شکنیه، مجبوریم در مقابل این همه قانون شکنی مسئولین سکوت کنیم (م-۲)."

ب) تقاص استعلاجی: نیز یافته‌ها نشان داد که تنبیه به دنبال استعلاجی و عدم پذیرش استعلاجی توسط مسئولین از دیگر علل فرار از تنبیه بود.

"دقیقاً می‌دونستم که الان اگر زنگ بزنم و بگم استعلاجی دارم، یا قبول نمی‌کنن، یا هر وقت بخوای مرخصی بگیری استعلاجی رو میزنن تو سرت، به همون خاطر با حال بد خودم میرم، شیفت خودم رو می‌دادم، علائم حیاتی رو نمی‌گرفتم چون حالشو نداشتم ولی تو پرونده مریض یه چیزی چارت می‌کردم. (م-۴)"

ج) قانون‌گریزی اجباری:

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

"من بعضی وقتا 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

بودند، مشخص می‌شدند و برچسپ‌هایی 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، رفلکشن و تفسیر مداوم منجر به بروز طبقات و زیر طبقات نهایی گردید (۲۳).

معیارهای صحت<sup>۱</sup> معرفی شده توسط لینکلن و گوبا<sup>۲</sup> (۱۹۸۵) شامل اعتبارپذیری<sup>۳</sup>، قابلیت ثبات<sup>۴</sup>، اثبات پذیری<sup>۵</sup>، انتقال‌پذیری رعایت‌شدند (۲۴). اعتبارپذیری از طریق حضور مداوم پژوهشگر اصلی در محیط پژوهش و بحث مداوم یافته‌ها در گروه پژوهشی کسب شد. انتقال‌پذیری از طریق نمونه‌گیری با حداکثر تنوع حفظ شد. قابلیت ثبات از طریق حضور بیش از یک محقق در فرایند آنالیز داده‌ها حفظ شد. اثبات‌پذیری نیز از طریق قابلیت حساسبرسی (یعنی محقق دیگر در پیگیری روش‌ها و نتیجه‌گیری بتواند به همان نتایج دست یابد. نیز حفظ شد) تمام مستندات به یک نفر آشنا با این رویکرد و مسلط برای اثبات و بدست آوردن همان نتایج داده شد. کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند مطالعه را تایید نمود (BUMS.REC.1398.366). تمامی مشارکت‌کنندگان اطلاعات کلامی و کتبی در مورد مطالعه دریافت نمودند و رضایت کتبی آگاهانه از تمامی آنان کسب شد.

### نتایج

مصاحبه با مشارکت‌کنندگان در خصوص تجارب‌شان در خصوص قانون شکنی در انجام مراقبت‌های پرستاری، منجر به ظهور دو طبقه اصلی شد: که اولین طبقه فرار از تنبیه و دومین طبقه: بی‌تدبیری مسئولین، بود.

فرار از تنبیه: که خود شامل ۳ زیر طبقه: الف) سکوت اجباری ب) تقاص استعلاجی ج) قانون‌گریزی بود.

4. Dependability  
5. Confirmability

1. Rigor  
2. Lincoln and Guba  
3. Credibility

مقابل قانون شکنی هستش و باید اینجوری تلافی

می کردم چاره ای جز این نمی دیدم (م-۱۴).

ب) "پرستار برده": همچنین ادامه مصاحبه با شرکت کنندگان نشان داد، به پرستار به عنوان یک انسان معمولی با اتفاقات ناخواسته و مشکلات روزمرگی زندگی، نگرسته نمی شود. "منم با خودم گفتم حالا که اصلا نمی گن اینم آمده، و شیفیت می ریزن و بهم به عنوان یک انسان و مشکلات فردی ام توجه نمی کنن و روزایی رو که می خوام بهم مرخصی نمیدن، اصلا توجه نمی کنند، دروغ می گفتم، مثلا برای یک روز مرخصی صبح باید دست به دامن دروغ و ارائه مشکلات بزرگ به مسئولین می شدم. دروغ به نظرم ی نوع قانون شکنی اسلامی بود (م-۱۱)."

میزدم، الان که شما ازم می پرسید، یکم عذاب وجدان می گیرم. چی بگم از دست مسئولین (م-۱۰)؟"

طبقه دوم منتج از مصاحبه ها "بی تدبیری مسئولین" بود که خود شامل دو زیر گروه "تلافی ممتقابل" و "عدم توجه به شخص پرستار" بود.

الف) تلافی متقابل: فحواي مصاحبه ها این گونه بود که مشارکت کنندگان در ازای این که مسئولین به آنها بی توجهی می کنند، آنان نیز با قانون شکنی، این بی توجهی را تلافی می نمایند.

• وقتی می دیدم اونا که مسئول هستن خودشون از همه بیشتر قانون شکنی می کنن، مثلا اضافه کار اجباری و... منم استعلاجی می بردم. خوب این قانون شکنی در

جدول نتایج مستخرج از تحلیل کدهای اولیه از مصاحبه ها

زیر طبقات	طبقات اصلی
سکوت اجباری	فرار از تنبیه
تقاص استعلاجی	
قانون گریزی اجباری	
تلافی متقابل	بی تدبیری مسئولین
پرستار برده	

فرار از تنبیه: که خود شامل ۳ زیر طبقه: الف) سکوت اجباری ب) عواقب عدم پذیرش استعلاجی ج) ترس از گزارش خطا و قانون شکنی

### بحث

تنبیه کننده در مدیریت خطا، حمایت می شد که در همه موارد فوق می توان گفت اگر در عملکرد پرستاران قانون شکنی انجام شده است، به دلایل ترس و فرار از تنبیه گزارش نمی شود (۲۵) نتایج یک مطالعه دیگر نیز نشان داد که چگونه نگرش و تعهد پرستاران به عدم گزارش عدول از قانون می تواند توسط فرآیندها و سیاست های زیربنای سیستم گزارش خطای سازمانی دیکته شود. پرستاران گزارش دهی خطا را زمان بر می دانستند که دلیل آن کم بودن گزارش های حادثه ای است که به حجم کار سنگین پرستاری موجود می افزاید (۲۵، ۲۶). برخی مطالعات دیگر نیز نشان داده اند که ترس از عواقبی که ممکن است پس از گزارش خطا برای پرستاران رخ دهد، یکی از عوامل مهمی بود که منجر به شکست در گزارش خطا و رفع نادرست می شود (۲۷) که این

نتایج نشان داد، قانون شکنی در مراقبت پرستاری به طور پنهان و آشکار وجود دارد، نتایج مطالعه ما نشان داد پرستاران به خاطر فرار از تنبیه از مشکلات و قانون شکنی های احتمالی خود صحبت نمی کنند. Ming Wei و Jeffre Woo (۲۰۲۱) در یافته های بررسی خود نشان دادند که تجربیات پرستاران از خطاهای گزارش شده، میزان خطای عمدی کمتر از حد ایده آل بود. تحلیل این موضوع نشان داد که اولاً، این تجربیات منفی بر نگرش ها، ادراکات، عواطف و عملکردهای آنها تأثیر می گذاشت و ثانياً تجربیات منفی آنها توسط عوامل سیستمی، اداری و سازمانی که بر انتصاب خطا به شکست انسانی متمرکز است، با رویکرد غیرحمایت کننده، و بر عکس با رویکرد سرزنش و

وجود ندارد و مطالعات با این عنوان در پرستاری به ندرت انجام شده است. می‌توان گفت یا توجه به ماهیت کار پرستاری که خدمت‌رسانی به هم‌نوع و تعهد است، بندرت واژه قانون‌شکنی با معنای منفی آن استفاده و انجام شده است. توصیه به انجام مطالعات بیشتر به باز شدن مفهوم و تبیین چنین مواردی غریبه با رشته پرستاری کمک خواهد کرد.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که گزارش خطا با رویکرد مثبت در پرستاری وجود دارد و باید تقویت شود و قبل از هر چیز قوانین وضع شده در پرستاری و حقوق بشر در پرستاری توسط مسئولین عملیاتی شده تا پرستاران نیز شاهد قانون‌شکنی یا سرپیچی از قوانین و یا گاه‌آ عدم اجرای قوانین توسط خود مسئولین پرستاری نشوند. پیشنهاد می‌شود فرایند قانون‌شکنی در عملکرد و مراقبت پرستاری برای تبیین بهتر فرایند قانون‌شکنی در ایران تحت مطالع از نوع گرند تئوری نیز انجام شود.

### تشکر و قدردانی

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

### تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

### مشارکت نویسندگان:

- (۱) مفهوم پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع‌آوری داده‌ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها: همه نویسندگان
- (۲) تهیه پیش‌نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: همه نویسندگان
- (۳) تایید نهایی دست‌نوشته پیش از ارسال به مجله: همه نویسندگان

یافته با یافته‌های مطالعه ما همسوست و یافته‌های مطالعه ما 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 قانون‌شکنی در مراقبت پرستاری بود. در مطالعه‌ای که توسط پیروی و همکاران (۲۰۱۶) نیز در این خصوص صورت گرفته بود نیز همین یافته‌ها گزارش شد عدم حمایت مدیریتی باعث احساس ناامنی شرکت‌کنندگان مطالعه شده بود که منشا 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 سلیم الجبار و همکاران (۲۰۰۴) انجام شد، نیز یافته‌ها حاکی از آن بود که پرستاران (۸۷٪) بیشترین آمار خطای مطالعه و پس از آن پزشکان (۲۷٪) و ترس از عواقب خطا بیشترین (۶۳٪) مانع گزارش‌دهی گزارش شده است (۲۸). فهوی مصاحبه‌ها این گونه 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 تعداد، می‌تواند باعث ایجاد مشکلات برای بیمار و کم‌رسانی 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 قانون‌شکنی ناخواسته و عکس‌العملی در مقابل برخی قانون‌شکنی‌های انجام شده توسط مسئولین از نتایج این مطالعه می‌توان چنین استنباط کرد که قانون‌شکنی در پرستاری با قصد و منفی به دلیل مضمون بدست آمده از مصاحبه‌ها و واکاوی آنها



## 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, Tengahan 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.

## Explaining nurses' experiences of breaking the law in patient care: a qualitative study

Behroozifar A<sup>1</sup>, Izadpanah A.M<sup>2</sup>, Vagharseyyedin, S.A<sup>2</sup>, Biabani F<sup>3</sup>, Hamid M<sup>4\*</sup>

1. Msc, University Organ Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
2. Department of Emergency Nursing, School of Nursing and Midwifery Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
3. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery Birjand University of Medical Sciences. Birjand,Iran
4. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences.Ahvaz,Iran

**Corresponding author:** Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences.Ahvaz,Iran

### Abstract

**Background & Aim:** breaking the law in caring for patients is one of the important and main pillars of ethical principles in nursing. This study was conducted in the form of a qualitative study in order to examine the experiences of law-breaking nurses in patient care

### Keywords:

qualitative study,  
breaking the law,  
care, patient, nurses

**Methods:** In this qualitative study, 15 experienced nurses from the Valiasr research educational center affiliated to the Birjand University of Medical Sciences, living in 1401 South, participated in this qualitative study. The sampling method was purposeful and collected through semi-structured individual interviews. The method of qualitative analysis was phenomenology with Man Vanen and with the help of 10MAXQDA software.

**Results:** interviews with the participants regarding business in breaking the law in nursing care, the emergence of two main classes: the first class is escape from punishment and the second class: inattention of the authorities, escape from punishment: which includes 3 classes: a) forced silence b) illness c) Compulsory lawlessness and the second class, which recklessly took its officials, including the two subclasses of mutual retaliation and slave nurse.

**Conclusion:** The results showed that there is a positive positive error report in nursing and it should be strengthened more and above all in nursing and human rights in nursing should be implemented by the authorities to protect nurses. Not enforcing the rules by nursing officials.

**How to Cite this Article:** Behroozifar A, Izadpanah A, Vagharseyyedin S, Biabani F ,Hamid M Explaining nurses' experiences of breaking the law in patient care: a qualitative study. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2024;11(4):1-10.