

به نام آنکه جان را فکرت آموخت



فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران
گروه پیراپزشکی

طرح پژوهشی
عنوان طرح: بررسی خطاها در رشته پرستاری

مجری
دکتر منصوره یادآور نیکروش

همکاران اصلی
دکتر سید محمود طباطبایی - دکتر عباس عباس زاده - صدیقه سالمی - دکتر سید شهاب الدین صدر -
دکتر سید حسن مقدم نیا - دکتر کاظم محمد - دکتر مهدی اجری خامسلو

مشاور و ناظر
فهیمة رحیمی ها

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

شهریور ۱۳۹۶

حقوق: فرهنگستان علوم پزشکی ایران

طرح پژوهشی "بررسی خطاهای بپرستاری" پیرو قرارداد شماره۹۲۰۲/ف/ع/پ... مورخ میان فرهنگستان علوم پزشکی ایران (کارفرما) و خانم دکتر منصوره یادآور نیکروش..... اجرا شده است. گزارش حاضر گزارش پایانی این پژوهش است.

این گزارش و تمامی حقوق مادی آن براساس «قانون حمایت حقوق مؤلفان و مصنفان و هنرمندان»، مصوب سال ۱۳۴۸ و اصلاحیه‌های بعدی آن و همچنین آیین‌نامه‌های اجرایی این قانون متعلق به فرهنگستان علوم پزشکی ایران است و هرگونه استفاده از تمامی یا پاره‌ای از آن، شامل: نقل قول، تکثیر، انتشار، کاربرد نتایج، تکمیل و مانند آن‌ها به صورت چاپی، الکترونیکی یا وسایل دیگر فقط با اجازه کتبی فرهنگستان امکان‌پذیر است. نقل قول در حد هزار واژه در انتشارات علمی مانند کتاب و مقاله با درج اطلاعات کامل کتاب‌شناختی، نیازی به مجوز فرهنگستان ندارد.

صحت مندرجات گزارش برعهده مجری طرح پژوهشی است.

در صورت اقتباس از این گزارش به صورت زیر منبع دهی شود:

نام خانوادگی یادآور نیک روش ، نام منصوره، "بررسی خطاهای پرستاری" ، طرح پژوهشی گروه پیراپزشکی.....، تهران، معاونت علمی، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۴

بررسی خطاهای پرستاری

مجری طرح پژوهشی: دکتر منصوره یادآور نیکروش ، عضو وابسته فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری

اسلامی ایران و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

نشانی: فرمانیه خ شهید وطن پور خ براتی بن بست پزشکی پلاک ۴ ط ۱ واحد ۴

تلفن: ۰۹۱۲۱۴۸۳۶۸۹ همراه ۲۲۶۷۰۱۰۳

رایانامه: manynik@yahoo.com

قدردانی

انجام این مطالعه با کمک و هماهنگی نهادهای مختلف و بزرگوارانی انجام شد که پژوهشگران این طرح بر خود واجب می‌دانند به این عزیزان ادای احترام کنند.

در درجه اول بر خود لازم می‌بینیم از حمایت‌های مالی و معنوی فرهنگستان علوم پزشکی به ویژه جناب آقای دکتر سید علیرضا مرنندی رئیس محترم فرهنگستان، جناب آقای سید شهاب‌الدین صدر رئیس محترم گروه پیراپزشکی، جناب آقای دکتر فریدون عزیزی معاون محترم علمی وقت و جناب آقای دکتر محقق‌ی معاون محترم علمی و جناب آقای مهندس ناصرولایی قائم‌مقام محترم معاون علمی و مدیر علم سنجی و ارزشیابی فرهنگستان علوم پزشکی ایران سپاسگزاری کنیم.

همچنین از مدیران محترم خدمات پرستاری، سوپروایزرهای محترم، سوپروایزرها و مسئولین دفاتر اعتبار بخشی، سرپرستاران ارجمند و پرستاران سخت کوش بیمارستان‌های خصوصی، و تمام کسانی که به عناوین مختلف در انجام این پژوهش ما را یاری کرده‌اند تشکر نموده توفیق روز افزون آنان را از خداوند منان مسئلت داریم

چکیده

سابقه و هدف:

خطا از عوامل مهم تهدید کننده حیات بیماران است. بررسی میزان و علل خطا نقش مهمی در پیشگیری از خطا دارد. این مطالعه با هدف تعیین میزان بروز خطاهای پرستاری و تبیین علل خطای پرستاری انجام گرفت.

روش انجام مطالعه:

این مطالعه در دو بخش کمی و کیفی صورت گرفته است. مطالعه کمی از نوع توصیفی تحلیلی (مقطعی) است. جهت جمع‌آوری داده‌های مربوط به خطا از چک‌لیست محقق ساخته شده استفاده شد. داده‌های به دست آمده توسط نرم‌افزار **spss** ویرایش ۲۲ و آمارهای توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. جهت دست‌یابی به هدف تعیین علل هر یک از خطاهای انجام شده از دید پرستار از رویکرد تحقیق کیفی به روش تحلیل محتوا الو و کینگاز استفاده شد. داده‌ها به روش مصاحبه نیمه ساختار با پرستاران بخش‌ها انجام شد و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. اعتبار و اعتماد داده‌ها نیز در هر دو روش تحقیق کمی و کیفی کسب گردید.

یافته‌ها:

یافته این مطالعه نشان داد که در طول شش سال گذشته (از سال ۱۳۹۰ تا ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۵) ۲۸۰۰ خطا در ده بیمارستان خصوصی ثبت شده بود. کمترین میزان خطای گزارش شده مربوط به خطاهای تزریق خون و فرآورده‌های خونی (۴۴ خطا، ۱/۶٪) و بیشترین میزان خطا مربوط به خطاهای درمانی مراقبتی (۱۷۸۰ خطا/۵۷٪) بوده است. نتایج آزمون آماری مجذور کای دو نشان داد که میزان خطاهای گزارش شده در هر سه دسته کلی خطا، در طول شش سال گذشته افزایش یافته است (**P-Value= 0.000**). در قسمت کیفی تحلیل داده‌ها منجر به استخراج ۵۰۰ کد اولیه و چهار طبقه عوامل زمینه‌ساز مرتبط با پرستار، عوامل زمینه‌ساز مرتبط با سازمان، عوامل زمینه‌ساز مرتبط با محیط کار و عوامل زمینه‌ساز مرتبط با بیمار شد.

بحث و نتیجه‌گیری:

این مطالعه نشان داد که میزان گزارش دهی و ثبت خطا در بیمارستان‌های خصوصی تحت مطالعه در طول شش سال گذشته افزایش پیدا کرده است. عوامل مؤثر بر خطاهای پرستاری بسیار گسترده و چندعاملی می‌باشد. شناسایی عوامل ایجادکننده خطا اولین قدم در پیشگیری از بروز خطا می‌باشد. جهت کاهش خطای پرستاری حتماً باید مدیران پرستاری به عوامل ایجادکننده خطا توجه ویژه داشته باشند و مداخله‌هایی را جهت کاهش این عوامل به اجرا بگذارند.

کاربست نتایج:

با استفاده از نتایج بخش کمی این مطالعه که خطاهای مراقبتی درمانی را دارای نسبت بیشتری می‌داند، حوزه کار و تاثیر گذاری مدیریت بیمارستان مشخص می‌گردد. از طرفی بر اساس نتایج بخش کیفی مطالعه، با شناسایی عوامل مرتبط با پرستار، سازمان، محیط و بیمار می‌توان اقدامات آموزشی، مدیریتی را برای پیشگیری و کنترل خطا در بیمارستان طراحی نمود.

کلمات کلیدی: میزان خطا، علل خطا، تحقیق کیفی، خطای پرستاری

همکاران اصلی طرح

افراد زیر به عنوان همکار در اجرای این طرح پژوهشی مشارکت داشتند:

- دکتر سید محمود طباطبایی استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ، عضو گروه پیراپزشکی فرهنگستان و عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی
- دکتر عباس عباس زاده استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و عضو گروه پیراپزشکی فرهنگستان ، دبیر برد پرستاری و عضو کمیته اخلاق پرستاری فرهنگستان علوم پزشکی
- خانم صدیقه سالمی عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران ،عضو هیات انتظامی نظام پزشکی و عضو کمیته اخلاق پرستاری فرهنگستان علوم پزشکی
- دکتر سید شهاب الدین صدر استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران مدیر گروه پیراپزشکی فرهنگستان علوم پزشکی و عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی
- دکتر کاظم محمد استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران ،عضو گروه پیراپزشکی فرهنگستان و عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی
- دکتر سید حسن مقدم نیا استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ،عضو گروه پیراپزشکی فرهنگستان و عضو وابسته فرهنگستان علوم پزشکی
- دکتر مهدی اجری خامسلو دکتری پرستاری، دانش آموخته دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

فصل اول

کلیات پژوهش

سابقه و هدف

افزایش کیفیت خدمات و رضایتمندی مردم در بیانیه فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران در خصوص سیاست های کلی سلامت بر گرفته از سیاست های ابلاغی کلی سلامت از سوی مقام معظم رهبری، مسئولیت ها و برنامه های پیش رو را جدی تر کرده است (۱). رضایت بیمار از ارائه خدمات سلامت همیشه مورد توجه متولیان سلامت بوده و اغلب یکی از دلایل نا رضایتی خطاهای پرستاری است. امروزه یکی از اولویت های مهم در مدیریت پرستاری، ایمنی بیمار است. با وجود بعد وسیع خطاهای پرستاری، تأمین امنیت بیمار به یک چالش بزرگ تبدیل شده است (۲). مسلماً پرستار نمی خواهد خطا کند چرا که هدف اصلی و غایی حرفه پرستاری تأمین بهبودی و سلامت بشریت است لیکن پرستار یک انسان است و مانند سایر انسان ها ممکن است اشتباه کند لذا باید تدابیری اندیشید که خطا های قابل پیشگیری را به حداقل رسانید (۳) در مقاله ای که در سال ۲۰۰۴ منتشر شده ۱۷۰۰ مرگ و ۹۵۰۰ صدمه به بیمار بر اثر خطای پرستاری را گزارش کرده است. به دلیل تعامل بیشتر پرستار با بیمار نسبت به سایر گروه سلامت مسلماً خطای آنان بیشتر است. برخی از بیمارستان ها به منظور کاهش خطا سعی کرده اند از تکنولوژی های پیشرفته برای برخی از مراقبت ها استفاده کنند که این امر هزینه مراقبت را افزایش داده است (۴). بطوریکه در ایالات متحده آمریکا سالانه ۱۷ بلیون دلار هزینه صرف خطا ها شده است (۵).

مطالعات انجام شده در ایالت متحده آمریکا ۷۵۰۰۰۰ مورد خطا گزارش شده و میزان مرگ و میر ناشی از آن ۴۴۰۰۰ تا ۹۰۰۰۰ بوده است. بر اساس آمار جهانی از هر ۳۰۰ خطا یک خطا موجب مرگ می شود در حالیکه علت مرگ ناشی از تصادفات جاده ای ۴۵۰۰۰ و سرطان پستان ۴۰۰۰۰ و ایدز ۱۷۰۰۰ مورد سالانه گزارش شده است (۵)

مطالعات انجام گرفته در ایران نیز نشان دهنده درصد بالای خطا می باشد ۱۹٫۵ مورد خطا دارویی برای هر پرستار در طول سه ماه گذشته گزارش شده است (۳). همچنین در مطالعه مروری انجام شده در سال (۲۰۱۳) میزان خطا بین ۱۴٫۳٪ تا ۷۰٪ گزارش شده بود که فقط ۱۴٪ تا ۲۷٪ از این خطا گزارش شده بودند (۶).

خطای پرستاری به دلیل تاثیر آن بر کاهش اعتماد به گروه مراقبت دهندگان سلامت و بهبودی بیمار در راس امور پرستاری است. همچنین در راهنماهای اعتبار بخشی برای بیمارستان ها فرم های خود اظهاری واقعه نگاری بدون نام تهیه شده تا با استفاده از آنها به توان راههای کاهش خطا را افزایش داد. از آنجاییکه هدف کلی اعتبار بخشی تأمین ایمنی بیمار در زمینه های کنترل عفونت، ایمنی دارویی و محیطی و در نهایت رعایت منشور حقوق بیمار است، یافتن خطاها و و رویداد های نا خواسته اهمیت ویژه ای دارد (۷). یکی از اصول اخلاقی حرفه

پرستاری ضرر نرسانیدن به بیمار است که مطالعه برای شناسایی نوع و میزان هریک از خطاها را امری ضروری می کند. در دانشکده های پرستاری برای پیشگیری از خطا نه تنها بر کسب دانش و مهارت انجام روش های مختلف مراقبت تاکید می شود بلکه اوراق واقعه نگاری جهت ثبت در پرونده دانشجویان در صورت خطا وجود دارد که براساس میزان و نوع خطا تصمیمات انضباطی اتخاذ می شود. در سازمان نظام پرستاری نیز در سراسر کشور کمیته هایی برای رسیدگی به خطا های پرستاران وجود دارد که تعدادی از پرونده ها به هیات عالی انتظامی نظام پزشکی جهت تصمیمات قانونی ارجاع می گردد. لذا بررسی دقیق و خطاها مسلما راهنمای خوبی برای تصمیم گیری دست دراتدرکاران سلامت جامعه بر اساس مستندات خواهد بود. خطاها از عوامل مهم تهدید کننده حیات بیماران است. بررسی میزان و علل خطا نقش مهمی در پیشگیری از خطا دارد. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین میزان بروز خطا های پرستاری و تبیین علل خطای پرستاری انجام گرفت.

هدف کلی:

تبیین و تعیین خطاهای پرستاری

اهداف اختصاصی:

- ۱- تعیین نسبت خطاهای دارویی در پرستاری
- ۲- تعیین نسبت خطاهای درمانی و مراقبتی در پرستاری
- ۳- تعیین نسبت خطاهای تزریق خون در پرستاری
- ۴- تبیین علل خطاهای انجام شده از دیدگاه پرستاران

سوالات پژوهش:

- ۱- فراوانی و نسبت خطاهای دارویی در بیمارستان های مورد مطالعه چگونه است؟
- ۲- فراوانی و نسبت خطاهای درمانی و مراقبتی در بیمارستان های مورد مطالعه چگونه است؟
- ۳- فراوانی و نسبت خطاهای تزریق خون در بیمارستان های مورد مطالعه چگونه است؟
- ۴- علل خطاهای پرستاری بر اساس تجربه زیسته^۱ پرستاران چگونه طبقه بندی می شود؟

¹ Lived experience

فصل دوم

مقدمه

از منظر قرآن کریم هیچکس اجازه خطا ندارد لیکن در صورتیکه انسان به خطای خود پی برد درهای رحمت الهی برای توبه باز است. آیه ۵۳ سوره یوسف (ع)، (و من نفس خود را تبرئه نمی کنم چرا که نفس قطعاً به بدی امر می کند مگر کسی را که خدا رحم کند زیرا پروردگار من آمرزنده مهربان است) به خوبی نشان می دهد که انسان همواره در معرض طغیان نفس اماره و سرکشی و خطا است و توجه او به خداوند رحیم او را حفظ می کند، چرا که انسان در روز قیامت پاسخگوی خطاهای خود است.

خطا در هر حرفه ای رخ می دهد و به آن خطای شغلی می گویند. خطای شغلی خطایی است که صاحبان مشاغل در هنگام انجام شغل خود مرتکب می شوند و از روش فنی متعارف و مطابق با اصول مسلم آن حرفه تجاوز می نماید (۸). لیکن خطای پرستاری می تواند عوارض جبران نا پذیر بر بیمار داشته باشد و موجب مرگ بیمار و یا تحمیل هزینه گردد (۹).

تأمین و ارتقاء سلامت انسانها، به عنوان آرمان اصلی حرفه پرستاری با استفاده از اصول نوین علمی، بهره بردن از روشهای انسانی و دینی، برقراری ارتباط صحیح با مددجو و مبتنی بر اصول اخلاق پرستاری قابل دسترسی است. بروز تخلفات و خطاهای درمانی و مراقبتی، زمینه بروز نارضایتی و شکایت بیماران را مطرح می کند و از این جهات آگاهی به مسایل حقوقی و جزایی کشور و آشنایی با شرح وظایف مدرن، از اصول کار حرفه ای پرستار می باشد (۱۰).

پرستاران و کادر درمانی در هر مقام و موقعیتی در قبال بیمار بطور مستقیم و غیر مستقیم مسئول خطاهای خود می باشند. بنابراین اگر غفلت، عدم مهارت و سهل انگاری آنان در مسیر درمان و مراقبت و یا عدم رعایت نظامات دولتی و موازین پزشکی، باعث خسارت و ضرر بیماران گردد باید به جبران آن بپردازند و از این رهگذر نیز امکان دارد علاوه بر پرداخت جریمه نقدی و یا خسارت مادی محکومیت جزائی نیز پیدا کنند (۳).

خطای پرستاری

خطای پرستاری به معنی کوتاهی از انجام استانداردهای مراقبتی و پرستاری می باشد. مبنای این استانداردها، وظایف و مسئولیت های مصوب وزارت بهداشت و درمان است که معمولاً در مسیر بررسی و رسیدگی به پرونده ها، میانگین اقداماتی که یک پرستار در وظایف محوله باید به کار بندد در نظر گرفته می شود و چنانچه اعمال انجام گرفته از حد متوسط فوق کمتر و یا خارج از حد وظایف باشد، قصور تلقی می گردد. بر این اساس قصور پرستاری در دو شکل «سهل انگاری پرستاری» و «تخلف انتظامی پرستاری» مورد بحث قرار می گیرد (۱۰):

۱- سهل انگاری پرستاری: که به آن تقصیر هم می گویند عبارت است از عملی که شخص نباید مرتکب شود و یا ترک عملی که شخص باید عمل کند. معمولاً بررسی در محاکم قضایی و پس از انجام کارشناسی در سازمان

پزشکی قانونی و یا سازمان نظام پرستاری، منجر به صدور رأی می‌گردد. مبنای آن ماده ۹۵۳ قانون مدنی است مطابق تبصره ماده ۳۳۶ قانون مجازات اسلامی این قصور در چهار شکل امکان بروز دارد(۱۰):

الف) بی‌مبالائی^۲: یعنی ترک فعلی که از نظر فنی و علمی انتظار انجام آن می‌رود. مثل تزریق آمپول با سوزن سایز غیر استاندارد که منجر به نفوذ زیر پوستی دارو و التهاب محل و در نتیجه نکروز و نیاز به جراحی مکرر پیدا کرده است و یا تزریق واکسن در یک کودک بدون رعایت اقدامات حفاظتی که منجر به شکستن سر سوزن با تحرک کودک شده و در نتیجه عمل جراحی برای خروج آن انجام شده است(۱۰).

ب) بی‌احتیاطی^۳: انجام فعلی که از نظر علمی انتظار انجام آن نمی‌رود. مثل تزریق وریدی دارویی که ممنوعیت وریدی داشته و با ایجاد تشنج منجر به مرگ شده است و یا ارایه داروی اشتباه در سرنگ به پزشک، به دلیل عدم دقت در خواندن برچسب دروی شیشه اصلی دارو(۱۰).

ج) عدم مهارت^۴: حالتی که مرتکب، تجربه و مهارت علمی و عملی کافی در انجام آن ندارد. مثل تزریق سرم زیر پوست، که منجر به نکروز و در نهایت پیوند پوستی شده است و یا تزریق دارو به صورت وریدی با سرعت زیاد علیرغم توصیه پزشک مبنی بر تزریق آهسته که منجر به ایست قلبی گردیده است(۱۰).

د) عدم رعایت نظامات دولتی: عدم رعایت و اجرای کلیه قوانین، بخشنامه‌ها و دستورالعملهای مقامات ذیربط مانند مسئولین وزارت بهداشت و درمان، رئیس دانشگاه، رئیس خدمات پرستاری دانشگاه، رئیس بخش، مدیر خدمات پرستاری بیمارستان و... بدیهی است که کلیه دستورات بایستی صریح و کتبی باشند. ضابطه تشخیص عدم رعایت نظامات دولتی با رجوع به قواعد و مقررات تعیین می‌شود (۱۰).

۲- تخلف انتظامی پرستاری^۵: از نظر قانونی، این تخلفات جرم محسوب نشده و مجازاتی در قانون برای آن مشخص گردیده است ولی صاحبان حرفه پرستاری، بر اساس تعهدی که در سازمان نظام پرستاری به آن داشته‌اند ملزم به رعایت آن جهت حفظ شئون حرفه‌ای می‌باشند. رسیدگی به این تخلفات در هیأت‌های بدوی و تجدید نظر استانی صورت گرفته و مجازات‌های خاص خود مانند توبیخ شفاهی یا کتبی، محرومیت از انجام خدمات به صورت کوتاه مدت یا طولانی را خواهند داشت(۱۰).

² Negligence

³ Act of commission

⁴ Not Experience

⁵ Nursing professional misconduct

بخش اول این مطالعه به روش مطالعه کمی و از نوع توصیفی تحلیلی (مقطعی) گذشته‌نگر که در سال ۱۳۹۵ انجام گرفته است. جهت جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه از چک‌لیست محقق ساخته شده استفاده شد. جهت تهیه چک‌لیست از مرور مطالعات و چک‌لیست‌های موجود استفاده شد. بعد از تهیه چک‌لیست جهت تعیین روایی از روش روایی محتوا و صوری استفاده شد به این ترتیب که در اختیار ۱۴ نفر افراد باتجربه در زمینه ثبت و اندازه‌گیری خطا قرار گرفت تا روایی آن را بررسی کنند. سپس اصلاحات لازم در چک‌لیست اعمال گردید. جهت بررسی پایایی از روش آزمون مجدد استفاده شده که پایایی چک‌لیست ثبت خطا ۹۸٪ درصد بود. چک‌لیست ثبت خطا شامل دو قسمت: قسمت اول مشخصات بیمارستان، تعداد تخت، ضریب اشغال تخت و نام فرد پرکننده چک‌لیست، قسمت دوم شامل سه دسته کلی خطا شامل خطایی دارویی، خطایی درمانی مراقبتی، خطایی مرتبط با تزریق خون. فرآورده‌های خونی و ۲۰ زیرگروه می‌شد. خطا دارویی شامل ۹ زیرگروه دوز اشتباه، بیمار اشتباه، دارویی اشتباه، روش تجویز اشتباه، زمان اشتباه، عدم توجه به سابقه آلرژی، استفاده از داروی تاریخ مصرف گذشته، عدم توجه به تداخلات دارویی و سایر خطاهای دارویی، خطاهای درمانی مراقبتی شامل ۸ زیرگروه سقوط/افتادن از تخت، خطاهای مربوط به ایمنی اتصالات بیمار، نشت زیر جلدی دارو و سرم، زخم بستر بیمارستانی، عفونت‌های بیمارستانی، خطاهای گزارش دهی، خطای ثبت و سایر خطاهای درمانی و مراقبتی، خطاهای مرتبط با تزریق خون و فرآورده‌های خونی شامل ۴ زیرگروه ارسال نمونه اشتباه، تزریق خون اشتباه به بیمار، تحویل اشتباه فرآورده خونی و سایر بود. پس از تهیه چک‌لیست طی یک جلسه نحوه پر کردن چک‌لیست به نمایندگان بیمارستان تحت مطالعه آموزش داده شد. بیمارستان‌های تحت مطالعه شامل ۱۰ بیمارستان خصوصی (۸ بیمارستان از شهر تهران، دو بیمارستان از شهرستان) تحت پوشش انجمن صنفی بیمارستان‌های خصوصی بود. داده از مرور برگه‌های مستندسازی سالانه خطا از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ توسط همکار پژوهشگر هر مرکز وارد چک‌لیست خطا شد. جهت تجزیه تحلیل اطلاعات از آمارهای توصیفی تحلیلی و نرم‌افزار اس پی اس^۶ ویرایش ۲۲ استفاده شد. سطح معنی‌داری مورد استفاده برای آنالیز آماری ۰,۰۵ در نظر گرفته شد.

بخش دوم این مطالعه جهت دست‌یابی به هدف تعیین علل هریک از خطاهای انجام شده از دید پرستار از رویکرد تحقیق کیفی به روش تحلیل محتوا الو و کینگاز^۷ استفاده شد. بدین ترتیب که بعد از توضیح هدف مطالعه به مشارکت‌کنندگان و اخذ رضایت آگاهانه کتبی جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. جهت انتخاب مشارکت‌کنندگان از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع در زمان ذکر ادامه پیدا کرد. از چند سؤال به‌عنوان راهنمای مصاحبه استفاده شد. به عنوان مثال: چه چیزی در بخش اتفاق می‌افتد؟ در مورد تجربه خود در مورد خطا توضیح دهید؟ چه عواملی باعث شد خطا ایجاد شود؟ می‌تونید بیشتر

⁶ spss

⁷ Elo and Kyngas

توضیح بدید؟ در کل ۱۹ مصاحبه با ۱۷ مشارکت‌کنندگان هر کدام به مدت زمان ۲۰-۶۰ دقیقه انجام شد. مصاحبه توسط دستگاه ضبط صوت ضبط شد و در اولین فرصت پیاده و تحت تحلیل قرار گرفت. جهت آنالیز داده از رویکرد آنالیز محتوای کیفی به روش ایلو و کینگاز (۲۰۰۸) استفاده شد (۱۱). این روش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها سه مرحله کدگذاری باز، ایجاد طبقه، انتزاعی سازی را پیشنهاد کرده است. قبل از شروع کدگذاری باز مصاحبه پیاده شده چندین بار خوانده شد تا اینکه درک کلی از مصاحبه‌ها حاصل شد. در مرحله کدگذاری باز: در حین خواندن متن با استفاده از نرم‌افزار مکس کیو دی‌ای^۸ نسخه ۱۰ کد به واحدهای معنایی اختصاص داده شد.

در مرحله ایجاد طبقه: کدها از لحاظ تفاوت و شباهت باهم مقایسه و آن‌هایی که بر یک معنی دلالت داشتند در یک طبقه قرار می‌گرفتند. کدهای جدید بعد از بررسی در زیر طبقات قبلی قرار می‌گرفتند و با اضافه شدن مصاحبه‌ها طبقات شکل می‌گرفت. در حین شکل‌گیری طبقات جهت کاهش طبقات اولیه، پس از مقایسه در صورت امکان در هم ادغام می‌شود و حول طبقه مشترک قرار داده می‌شود. در انتهای این مرحله محقق به یک توصیف کلی از پدیده دست پیدا کرد.

در مرحله انتزاعی سازی: محقق بر اساس کدها و محتوا موجود بر روی طبقه و زیر طبقات اسمی می‌گذاشت که در کل نشان‌دهنده محتوای آن طبقه باشد.

قبل از انجام مصاحبه هدف، روش مطالعه و استفاده از دستگاه ضبط صوت به مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد. سپس رضایت کتبی از مشارکت‌کنندگان اخذ گردید. در طول مصاحبه نیز بازخورد و رضایت شفاهی جهت ادامه مصاحبه گرفته شد. با توجه به این‌که این مطالعه بر روی خطا انجام شد. جهت حفظ گمنامی، کدهای عددی مربوط به هر مشارکت‌کننده بالای فایل تحلیل نوشته شد. همچنین فایل صوتی مصاحبه و مشخصات شرکت‌کنندگان درون یک فایل رمزدار نزد محقق جهت بررسی بعدی نگاه داشته شد.

ملاحظات اخلاقی:

- ۱- برای اجرای این پژوهش از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مجوز لازم اخذ شد.
- ۲- از مسئولین بیمارستان‌ها اجازه انجام پژوهش اخذ شد.
- ۳- برای مصاحبه با پرستاران رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ گردید.

مشکلات اجرایی در انجام طرح و روش حل مشکلات:

در اجرایی این طرح مشکل خاصی که مانع از دسترسی به داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها بشود اتفاق نیفتاده است.

بخش سوم

یافته‌ها

یافته این مطالعه نشان داد که از سال ۱۳۹۰ تا ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۵، ۲۸۰۰ خطا در سیستم مستندسازی خطای ۱۰ بیمارستان خصوصی ثبت شده بود که ۹۷۶ خطا (۳۴٫۸۳٪) در حیطه‌های خطای دارویی، ۱۷۸۰ خطا (۶۳٫۵۷٪) در حیطه خطاهای درمانی مراقبتی، ۴۴ خطا (۱٫۶٪) در حیطه خطاهای مرتبط با تزریق خون و فرآورده‌های خونی بود. کمترین میزان خطا مربوط به حیطه خطاهای مرتبط با تزریق خون و فرآورده‌های خونی و بیشترین میزان خطا مربوط به حیطه خطاهای درمانی مراقبتی بوده است. بر اساس نتایج آزمون آماری گرین هاوس تفاوت معناداری در تعداد تخت‌ها بیمارستانی و درصد اشغال تخت در طول شش سال مشاهده نشد (P-value: ۰/۱۹۴، P=۰/۶۲۳ (value:).

نتایج آزمون آماری مجذور کای دو نشان داد که میزان خطاهای مستند شده در هر سه دسته کلی خطا در طول شش سال افزایش یافته است (جدول ۱). به طوری که در سال ۹۰ در حیطه درمانی مراقبتی، خطاهای مرتبط با تزریق خون و فرآورده‌های خونی هیچ مورد خطا ثبت نشده بود تنها در حیطه خطاهای دارویی ۸ (۰٫۸٪) خطا ثبت شده بود در حالی که در سال ۱۳۹۴ در حیطه خطاهای دارویی ۳۳۹ (۳۸٫۳٪) مورد، در حیطه خطاهای درمانی مراقبتی ۶۳۵ (۶۰٫۹٪) مورد و در حیطه خطاهای مرتبط با تزریق خون و فرآورده‌های خونی ۹ (۰٫۹٪) مورد خطا ثبت شده بود. که نشان‌دهنده افزایش میزان ثبت خطا در طول شش سال بوده است.

بیشترین تعداد خطا در گروه خطاهای دارویی مربوط به سایر خطاهای داروی ۳۴۷ (۸٫۲٪) و دادن دارو در زمان اشتباه ۱۵۰ (۳٫۵٪) بود. همچنین عفونت بیمارستانی بیشترین خطا در حوزه خطاهای مراقبتی و درمانی با تعداد ۱۵۰۶ (۳۵٫۴٪) بود. بیشترین تعداد خطا در گروه خطاهای تزریق خون مربوط به زیرگروه سایر خطاهای تزریق خون و فرآورده‌های خونی ۱۶ (۰٫۴٪) و تحویل اشتباه فرآورده خونی با تعداد ۱۲ (۰٫۳٪) می‌شود.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی و نسبی خطاها دارویی، درمانی مراقبتی و تزریق خون و فرآورده‌های خونی ثبت شده در ۱۰ بیمارستان خصوصی از سال ۱۳۹۰ تا سال ۱۳۹۵

سال	گروه خطا	خطای دارویی	خطای مراقبتی	درمانی	خطاهای تزریق خون و فرآورده‌های خونی مرتبط با	کل
۱۳۹۰	۸ (۰٫۸٪)	۱۷ (۱٪)	۰ (۰٪)	۲۵ (۰٫۹٪)		
۱۳۹۱	۱۹ (۱٫۹٪)	۱۲۵ (۷٪)	۴ (۰٫۹٪)	۱۴۸ (۵٫۲٪)		
۱۳۹۲	۷۳ (۷٫۵٪)	۱۹۴ (۱۰٫۹٪)	۱ (۰٫۲٪)	۲۶۸ (۹٫۶٪)		
۱۳۹۳	۲۲۵ (۲۶٫۱٪)	۴۲۶ (۲۳٫۹٪)	۱۹ (۴۳٫۲٪)	۶۷۰ (۲۳٫۸٪)		
۱۳۹۴	۳۳۹ (۴۰٫۹٪)	۶۳۵ (۳۵٫۷٪)	۹ (۲۰٫۵٪)	۹۸۳ (۳۵٫۱٪)		
۱۳۹۵	۲۲۲ (۲۲٫۷٪)	۳۸۳ (۲۱٫۵٪)	۱۱ (۲۵٪)	۵۱۶ (۱۸٫۴۲٪)		
کل	۹۷۶ (۱۰۰٪)	۱۷۸۰ (۱۰۰٪)	۴۴ (۱۰۰٪)	۲۸۰۰ (۱۰۰٪)		
Value= 89.45 df=20 P-Value= 0.000						آزمون مجذور کای دو

در قسمت کیفی بر اساس تحلیل داده‌ها چهار طبقه اصلی در رابطه با علل خطا شکل گرفت: عوامل زمینه‌ساز مرتبط با پرستار ، عوامل زمینه‌ساز مرتبط با سازمان ، عوامل زمینه‌ساز مرتبط با محیط کار، عوامل زمینه‌ساز مرتبط با بیمار که خلاصه طبقات و زیر طبقات در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲: خلاصه طبقات و زیر طبقات تحلیل کیفی علل خطاهای انجام شده از دیدگاه پرستاران

طبقه	زیر طبقه
عوامل زمینه‌ساز مرتبط با پرستار	خستگی
	کمبود آگاهی
	سهل‌انگاری در امر مراقبت
عوامل زمینه‌ساز مرتبط با سازمان	نقص تجهیزات
	به‌کارگیری نیروهای کم‌سابقه
	کمبود نیروی پرستاری
	کمبود آموزش‌های بدو ورود
	وجود جو تنبیهی
عوامل زمینه‌ساز مرتبط با محیط کار	محیط شلوغ و پرکار
	اشکال در شناسایی بیماران بدلیل کوتاه بودن زمان اقامت در بخش
	دخالت مراجعه‌کننده در امر درمان
	ناهماهنگی در ارتباطات تیمی
	شرایط بحرانی بیماران
عوامل زمینه‌ساز مرتبط با بیمار	گوشش متفاوت بیماران

الف) عوامل زمینه‌ساز مرتبط با پرستار

مشارکت‌کنندگان عواملی مثل خستگی، کمبود آگاهی و سهل‌انگاری در امر مراقبت را از عوامل مؤثر در بروز خطا بیان کرده بودند. از نظر مشارکت‌کنندگان عوامل مرتبط با پرستار بیشترین تأثیر را بر روی بروز خطا دارد. بر اساس تجربه مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، این عوامل را می‌توان به صورت زیر تبیین کرد.

خستگی

خستگی یکی از عوامل مؤثر بر ایجاد خطا بود که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند. پرستاران به علت بارکاری زیاد و شلوغ بودن بخش دچار خستگی می‌شوند و این خستگی خطر بروز خطا افزایش می‌دهد. مشارکت‌کننده با دو سال سابقه کار این‌گونه بیان داشت:

"خیلی خطا رخ میده من امروز خودم انقدر خسته بودم انقدر کار کرده بودم می‌خواستم تست تیروئید مریض رو رد کنم نوشته بودم علی اکبر تیروئیدی. به جای علی اکبر ... نوشته بودم علی اکبر تیروئیدی بعداً آزمایشگاه می‌گفت این کیه اخه (با خنده) نه این اشتباه‌ها زیاد پیش می‌آید" (م، ۱۶).

کمبود آگاهی

کمبود آگاهی یکی مواردی بود که مشارکت‌کننده به‌عنوان عامل ایجادکننده خطا به آن اشاره داشتند. اکثراً توسط پرستارانی گزارش می‌شود که تازه فارغ‌التحصیل شده بودند یا تازه‌کار بودند. مشارکت‌کننده ای ۲۵ سال سن و سه سال سابقه کار این‌گونه بیان داشت: "خیلی‌اش از عدم آگاهی بود مثلاً دیگوسین مریض رو تزریق نکرده بود بعد من گفتم چرا تزریق نکردی میگه اخه ریتش ۷۵ تا بود یعنی اصلاً نمی‌دونه که دیگوسین برای چی به بیمار تزریق میشه" (م، ۲)

سهل‌انگاری در امر مراقبت:

یکی از زیر طبقات اولیه شکل‌گرفته در ارتباط با علل خطا سهل‌انگاری در امر مراقبت بود که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند به‌عنوان مثال مشارکت‌کننده در این‌باره بیان داشت: "من اسم مریض را صدا نکردم، بر اساس شماره تخت من رفتم بالاسر مریض امدم خون تزریق کنم شاید بگم تو ده ثانیه اول متوجه شدم الحمدالله مریض هیچ واکنشی نشون نداد ولی خوب من سهل‌انگاری کردم تو این قضیه حتما باید اسم بیمارو می‌پرسیدم" (م، ۱).

ب) عوامل زمینه‌ساز مرتبط با سازمان

عوامل زمینه‌ساز مرتبط با سازمان یکی دیگر از زیر طبقات شکل‌گرفته در ارتباط علل بروز خطا بود. عوامل سازمانی شامل زیر طبقات اولیه نقص تجهیزات، به‌کارگیری نیروهای کم‌سابقه، کمبود نیروی پرستاری، کمبود آموزش‌های بدو ورود و وجود جو تنبیهی بود. مشارکت‌کنندگان عوامل سازمانی را یک عامل مؤثر در بروز خطا می‌دانستند که هم‌زمانی این عامل با عوامل مربوط به پرستار و نوع بخش بستری، خطر بروز خطا را افزایش می‌داد.

نقص تجهیزات

کمبودهای موجود در تجهیزات و دارو یکی از عوامل مؤثر بر بروز خطا از نظر مشارکت‌کنندگان بود. کمبود تجهیزات باعث می‌شود که پرستاران وسایل غیردقیق جهت تزریق داروها استفاده کنند و همین عامل باعث افزایش خطر بروز خطا می‌شود. مشارکت‌کننده‌ای با شش سال سابقه کار در بخش اورژانس در این باره بیان داشت: "تو روزهای شلوغ پمپ به اندازه کافی نداریم داروها رو با میکروست میدیم که خطاش بالا هست" (م، ۱۴). علاوه بر کمبود تجهیزات، درست کار نکردن و دقیق نبودن تجهیزات نیز یکی از عوامل ایجادکننده خطا می‌باشد. مشارکت‌کننده ۱۴ در این باره بیان داشت: "خطای تجهیزات کم نیست پمپ درست کار نمی‌کند دستگاه‌های دیجیتال اندازه‌گیری فشارخون دقت کافی ندارند"

به‌کارگیری نیروی کم‌سابقه

به‌کارگیری نیروهای کم‌سابقه یکی از عوامل زمینه‌ای بروز خطای وابسته به سازمان است که می‌تواند نقش مهمی در ایجاد خطا داشته باشد. از نظر مشارکت‌کنندگان در این پژوهش اکثراً پرستاران تازه فارغ‌التحصیل در معرض خطای بیشتری می‌باشند. مشارکت‌کننده در این باره بیان داشت: "خوب از یک طرف پرستارهای که میارن ماهر نیستند. هرکسی تازه شروع کرده به کار از اورژانس شروع میکنه. اگه بشه راهکاری در نظر بگیرن که پرستارهای ماهرتر و باسابقه‌تر اونجا کار کنند خوب صد در صد خطا میاد پایین" (م، ۱۲، با پنج سال سابقه کار).

کمبود نیروی پرستاری

عدم تناسب پرستار به بیمار و کمبود نیرو از دیگر عوامل سازمانی بود که می‌توانست زمینه‌ساز خطا شود. مشارکت‌کننده در این باره بیان داشت: "ما این سیستم چیدمان نیرومان مناسب باشه درست باشه و کمبود پرستار نداشته باشیم. یک پرستار رو با سی تا مریض تو بخش نزاریم خطاها ایجاد نمیشه میدونید بیشتر خطاها به خاطر ازدحام کاری و کمبود پرستار هستش" (م، ۱۰، با ۱۳ سال سابقه کار).

کمبود آموزش‌های بدو ورود

از دیگر زمینه‌سازهای سازمانی خطا از نظر مشارکت‌کنندگان عدم آموزش درست نیروهای تازه‌وارد بود. مشارکت‌کننده‌ای در این باره بیان داشت: "یکی از علل خطا اینکه نیروهای طرحی تازه‌وارد خوب آشنا نمیشن اونم چه اوریتیشن‌های بهشون می‌گن که یه بیمار بردارند و با نظارت پرستار دیگر کار کنند همون روز اول" (یادداشت در عرصه مصاحبه شماره ۲).

وجود جو تنبیهی

وجود جو تنبیهی در سازمان از نظر اکثراً مشارکت‌کنندگان باعث افزایش اضطراب و تنیدگی پرستار می‌شود و در نهایت باعث افزایش احتمال بروز خطا توسط پرستار می‌شود. به‌عنوان نمونه مشارکت‌کننده شماره ۱۶ با ۲ سال سابقه کار در این زمینه بیان داشت: "بالادستی‌های ما منتظر هستند خطای تو رو ببیند و انتقام از تو بگیرند باکم کردن کارانه با فشار بیشتری روت می‌زارن باعث میشه که درگیری ذهنی پیدا کنی ذهنت مشغول باشه نمیتونی تمرکز کنی رو کارت همه اینا احتمال خطا تو رو بیشتر میکن"

پ) عوامل زمینه‌ساز مرتبط با محیط کار

یکی از زیر طبقات شکل‌گرفته در رابطه با علل خطا، عوامل زمینه‌ساز مرتبط با محیط کار با زیر طبقات اولیه محیط شلوغ و پرکار، اشکال در شناسایی بیماران بدلیل کوتاه بودن زمان اقامت آنها در بخش، دخالت مراجعه‌کننده در امر درمان و ناهماهنگی در ارتباطات تیمی بود. این عوامل باعث ایجاد یک بستر ناپایدار جهت ارائه مراقبت به بیماران می‌شود و همین امر باعث افزایش خطا در بخش می‌شود.

محیط شلوغ و پرکار

شلوغی و تراکم کار یکی از زیر طبقات شکل‌گرفته در ارتباط عوامل زمینه‌ساز مرتبط با محیط کار می‌باشد. پرستاران در محیط کاری خود با ازدحام بیماران و بارکاری زیاد روبرو هستند که این عامل در مرتکب شدن پرستاران به خطا نقش اساسی دارد. مشارکت‌کنندگان بارها به این موضوع اشاره داشته‌اند. مشارکت‌کننده با پنج سال سابقه کار در این باره اظهار داشت: "انقدر بخش شلوغه که آدم به‌زور از بین تخت‌ها راه می‌ره. متأسفانه میگم انقدر شلوغه که یه موقعی یه سری چیزها از دست آدم در می‌ره" (م، ۱۲)

اشکال در شناسایی بیماران بدلیل کوتاه بودن زمان اقامت آنها

مشارکت‌کنندگان در برخی از موارد به دلایل تشابه اسمی بیماران، عدم شناخت نسبت به بیماران و شلوغی بخش دچار مشکل در شناسایی بیماران می‌شوند. مشارکت‌کننده در این باره بیان داشت: "چون مریضا زود میان زود هم میرین هرروز بیمار جدید می‌آید که شناختی نسبت به بیمار نداریم ممکنه داروی رو اشتباه بدهیم" (م، ۱۱)

دخالت مراجعه‌کننده در امر درمان

با توجه به این‌که در بیمارستان‌های ایران، عموماً همراه بیمار بر بالین بیمار حضور دارد و این حضور بدون آموزش‌های لازم می‌تواند به‌عنوان یک منبع خطا باشد. مشارکت‌کننده در این باره بیان داشت: "همراه بیمار برای اینکه مریضو سریع‌تر ببره خودش سرم رو بازکرده بود فکر می‌کرده اگر همه سرم بره میتونه بیمار شو مرخص کنه ببره خونه" (م، ۱۴)

ناهماهنگی در ارتباطات تیمی

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش بیان می‌کردند که عدم گزارش و تحویل صحیح بیمار توسط تیم درمان ناهماهنگی‌های پیش‌آمده در برقرار ارتباط در تیم درمان به علت شلوغی بودن بخش باعث ایجاد یک بستر مستعد جهت ایجاد خطا می‌شود. مشارکت‌کننده با ۹ سال سابقه کار بیان داشت:

"یه مریض انوریسم آئورت داشتیم همکارهای صبح یادشان می‌ره به عصر کارها گزارش بدن این مریض باید می‌رفت سونوگرافی رزیدنت‌ها هم همین‌طوری گفته بودن (شفاهی) تو پرونده ننوشته بودند. مریض کیس انوریسم آئورت بوده پارگی ایجاد میشه نمیدونم خون‌ریزی ایجاد میشه مریض فوت می‌کنه" (م، ۱۰).

ت) عوامل زمینه‌ساز مرتبط با بیمار

عوامل زمینه‌ساز مرتبط با بیمار طبقه دیگری بود که در ارتباط با موضوع اصلی پژوهش شکل گرفت؛ که دارای دو زیر طبقه شرایط بحرانی بیماران و گویش متفاوت بیماران بود.

شرایط بحرانی بیماران

شرایط بحرانی بیماران زیر طبقات دیگری بود که در ارتباط عوامل زمینه‌ساز مرتبط با بیمار شکل گرفت. شرایط بحرانی و پیچیده بیماران باعث می‌شود بیماران هر لحظه نیازهای مراقبتشان تغییر پیدا کند و از طرفی دیگر باعث ایجاد استرس و تنش در پرستاران شود. پرستاری در این باره این‌گونه بیان داشت:

" اینجا مریض‌های داخلی بستری می‌شود همیشه خیلی هم بدحال هستند. همیشه پذیرش بیمار بدحال داریم که گاهی نیاز به احیای قلبی ریوی دارند همه کار رو باید برای این بیماران انجام بدیم. همه ما انسان هستیم تو این شرایط همه اشتباه پیش میاد" (م، ۱۰)

گویش متفاوت بیماران

ناآشنایی پرستار با گویش بیمار یکی از زمینه‌سازهای خطا بود پرستاران نمی‌توانستند با بیمار خود ارتباط مؤثر برقرار کنند. مشارکت‌کننده در این باره بیان داشت: "یه بیماری داشتیم مازندرانی بود من متوجه نمشدم بعداً فهمیدم که می‌گفته سرگیجه داره" (م، ۹)

فصل چهارم

بحث و نتیجه‌گیری

یافته های این پژوهش نشان داد که گزارش خطا از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ روند افزایشی داشته این افزایش در سال های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ بیشتر بوده است به طوری که در سال ۹۰ در حیطه درمانی مراقبتی، خطاهای مرتبط با تزریق خون و فرآورده های خونی هیچ مورد خطا ثبت نشده بود تنها در حیطه خطاهای دارویی ۸ (۰,۸٪) خطا ثبت شده بود در حالی که در سال ۱۳۹۴ در حیطه خطاهای دارویی ۳۳۹ (۰,۳۸٪) مورد، در حیطه خطاهای درمانی مراقبتی ۶۳۵ (۰,۹۶٪) مورد و در حیطه خطاهای مرتبط با تزریق خون و فرآورده های خونی ۹ (۰,۹٪) مورد خطا ثبت شده بود. که نشان دهنده افزایش میزان ثبت خطا در طول شش سال بوده است. که احساس ایمنی و عدم خطر و اعتماد به مسئولین می تواند از عوامل موثر در گزارش خطا باشد در تحقیقی در سال ۱۳۹۳ تحت عنوان «تجارب پرستاران از خطاهای دارویی» در خورستگان اصفهان انجام شد پژوهشگران نیز معتقدند که پرستاران زمانی اشتباه خود را گزارش می کنند که احساس امنیت کنند و گزارش اشتباه آنان نتایج زیان آوری برای آن ها به دنبال نداشته باشد (۱۲). ترس از سرزنش و مجازات از موانع گزارش دهی مسایل مربوط به ایمنی بیماران محسوب می شود. فرهنگ محیط و سازمانی که بر اساس سرزنش باشد، امکان یادگیری و بهبود را کم می کند. بهبود موفقیت آمیز از طریق تحلیل گزارشات مربوط به خطا در یک فرهنگ سازمانی به دور از سرزنش حاصل می گردد (۱۳). مطالعات نشان می دهد عوامل انسانی همانند وضعیت روحی و عاطفی پرستاران با میزان خود گزارش دهی آنان برای اشتباهات ارتباط معنی داری وجود دارد (۱۴).

در مطالعه حاضر بیشترین خطای گزارش شده توسط پرستاران خطاهای مراقبتی و درمانی می باشد (۶۳۵، ۰,۹٪). یکی از خطای مراقبتی سقوط بیمار است مطالعات نشان می دهد از هر سه بیمار ۶۵ سال و بالاتر یک نفر سقوط می کند که می تواند سرگیجه ناشی از پایین افتادن قند خون و یا به دنبال استفاده از داروهای بی حسی جهت انجام روش های درمانی و غیره باشد (۱۵). در بیمارستان یکی از بارزترین شاخص های ذکر شده در مورد ایمنی بیمار میزان بروز حوادث ناگوار یا ناخواسته است. سقوط از تخت و پیامدهای ناشی از آن منجر به افزایش هزینه های درمانی می شود. سقوط بیمار یک مشکل شایع برای بیماران بستری در بیمارستان هاست که منجر به ترس و درد و یا صدمات جدی و افزایش مدت اقامت در بیمارستان است (۱۶). شایع ترین اختلالاتی که در ایمنی بیماران بوجود می آید مرتبط با اشتباهات دارویی و سقوط می باشد. اگر چه سقوط ۲۱ درصد حوادث را شامل می شود اما تنها ۴ درصد آنها جدی بوده اند (۱۷).

پرستاران جوان اغلب با سقوط بیمار مواجه می شوند. معمولا بیماران هنگام پایین آمدن از تخت و یا غلطیدن و یا زمانی که خیلی ضعیف هستند سقوط می کنند. بیماران اغلب برای کمک گرفتن از پرستار و یا وسایلی مثل واکر راحت نیستند و بتنهایی برای انجام فعالیت های پیشگفت اقدام می کنند و حوادث ناخواسته اتفاق می افتد گاهی این صدمات منجر به جراحی و حتی مرگ می شود که علاوه بر از دست دادن سرمایه های انسانی و مادی، بیمارستان را با مشکل قانونی مواجهه می سازد. مسلما کنترل مداوم بیمار به ویژه بیماران در معرض خطر می تواند از این حوادث پیشگیری نماید (۱۸).

در این مطالعه خطاهای دارویی ۳۳۹ مورد (۴۰٫۹٪) در سال ۱۳۹۴ می باشد. خطای دارویی در مطالعات بسیاری مورد توجه بوده است. در مطالعه ای در سال ۱۳۹۴ در نتایج مطالعه خطادر زمان دارو از جمله دادن دارو دیرتر یا زودتر از زمان مقرر (۲۴٪)، عدم رعایت اقدامات ضروری قبل از دادن دارو (۴/۱۷٪) و عدم رعایت زمان مناسب دارو (۹/۱۰٪) بودلیکن در این مطالعه بیشترین تعداد خطا در گروه خطاهای دارویی مربوط به سایر خطاهای دارویی ۳۴۷ (۸٫۲٪) و دادن دارو در زمان اشتباه ۱۵۰ (۳٫۵٪) نیز گزارش شده است (۱۹). یافته های مطالعه دیگر (۱۳۹۳) نشان می دهد که بیمار اشتباه (۲۶ درصد)، نوع دارو (۱۹ درصد)، روش تجویز دارو (۹ درصد) و دوز و زمان دارو (۲۳ درصد) می باشد (۲۰). مطالعه ای در ایران نشان می دهد که ۴۰/۸٪ از پرستاران وجود اشتباه دارویی را در سابقه کاری خود ذکر نمودند. بیشترین نوع اشتباه دارویی پرستاران دادن داروی اشتباه به بیمار اشتباه و شایع ترین داروی مورد خطا انتی بیوتیک ها بوده اند. طبق گفته پرستاران، در ۹۶/۷٪ موارد اشتباه دارویی عارضه ای برای بیمارشان رخ نداده بوده و تنها به دو مورد کاهش فشار خون به دنبال انفوزیون سریع آمپول نکومایسین و سرم TNG اشاره کرده اند (۲۱). خطاهای دارویی سومین علت مرگ در ایالات متحده امریکاست. در انگلستان اخیرا تخمین زده شده که به طور میانگین هر ۳۵ ثانیه یک مورد گزارش ناشی از صدمه به بیمار وجود دارد (۲۲).

در این پژوهش کمترین خطای پرستاری مربوط به خون و فراورده های خونی ۴۴ مورد (۱٪) بوده است. در کتابچه آموزشی منتشره از سوی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی این نوع خطا را مد نظر داشته و چنین منعکس می کنند که: در زنجیره انتقال خون، خطاهای متعددی در مراحل حمل و نقل، درخواست تا تزریق خون و فرآورده ممکن است وجود داشته باشد که می توان از بسیاری از این خطاها جلوگیری کرد که تجویز ناصحیح، عدم شناسایی بیمار در زمان نمونه گیری، برچسب گذاری نا صحیح برنمونه، اشتباه در ارسال خون از بانک خون به بخش، خطا در طی تزریق خون یا فرآورده خون، عدم رعایت اصول ذخیره سازی و نگهداری و حمل و نقل خون و خطاهای فنی را از علل خطا در این مورد ذکر کرده اند (۲۳). لیکن در این پژوهش خطاهای گزارش شده توسط پرستاران فقط خطای تزریق خون و فراورده های آن بوده است. مطالعه ای در سال ۱۳۹۵ تحت عنوان « تجزیه و تحلیل حالات بالقوه ی خطا و اثرات ناشی از فرآیند مراقبت پرستاری در یکی از بیمارستان های فوق تخصصی شهر اصفهان » انجام شد، حاکی از آن است که خطای تزریق خون بیشترین خطا در گام های فرایند مراقبت پرستاری بوده است که بالاترین نمره ی خطاها به ترتیب مربوط به خطای تزریق خون و فرآورده ناسازگار با مشخصات بیمار ۳۰۰ امتیاز و مربوط به مرحله ی تایید مطابقت کیسه با درخواست و مشخصات بیمار توسط دو پرستار در فرایند تزریق خون و فرآورده می باشد، سپس عدم آموزش به بیمار در مورد عوارض و فرایند تزریق خون با امتیاز ۲۹۴ که مربوط به مرحله ی توضیح زمان انتظار جهت شروع فرایند و عوارض حین تزریق بوده است، تحویل خون بیمار دیگر به پرستار با ۲۴۰ امتیاز و عدم توجه پرستار به تاریخ انقضای خون یا ۲۴۰ امتیاز که مرتبط با مرحله ی تایید تاریخ انقضا فرآورده توسط پرستار می باشد از دیگر یافته های پژوهشگران می باشد. در پژوهش فوق پژوهشگران به شناسایی فرایندهای پرخطر پرداخته و ۷۲ فرایند بالینی را شناسایی نموده که ۷۳٫۵٪ افراد تزریق خون و فرآورده های آن را از مهمترین فرایندهای پرخطر انتخاب کرده بودند (۲۴). انجمن جراحان ایران نیز خطای تزریق خون

در ایران را ۱۰-۲۰ برابر بیشتر از کشور های پیشرفته ذکر می کنند و وجود پرستاران خبره در این زمینه را الزامی می دانند(۲۵).

در مطالعه کیفی یکی از علل خطای پرستاری در طبقه « عوامل زمینه ساز مرتبط با پرستار» خستگی بود پرستاران خستگی را یکی از عوامل موثر بر خطا ذکر کرده اند. این یافته با یافته های سایر پژوهشگران نیز همخوانی دارد. چنانچه در مطالعه ای (۱۳۹۴) تحت عنوان «خطای پرستاری و ارتباط آن با خستگی در پرستاران اورژانس» یافته ها حاکی از آنست که خطاهای پرستاری با خستگی ذهنی ($r=0/19$ $p=0/009$) و نمره خستگی کل ($r=0/17$ $p=0/023$) همبستگی مثبت و معنی داری مشاهده شد ($p<0/05$). پژوهشگران توجه به عوامل فردی و شغلی و اتخاذ راهکارهای مدیریتی را برای کاهش خستگی پیشنهاد داده اند (۲۶). سهل انگاری در امر مراقبت، یکی دیگر از عوامل موثر در خطا ذکر شده بود که شاید عدم شناسایی صحیح بیمار یکی از عوامل موثر باشد. در این مورد در دفترچه راهنمای منتشر شده از سوی وزارت متبوع به این نوع خطا توجه خاص داشته متذکر می شوند که خطای ناشی از عدم شناسایی بیمار موجب تحمیل درمان نادرست و خطر جانی برای بیمار می گردد و یا بی اعتمادی بیمار و همراهان به کارکنان می گردد و می نویسند که: «گذشته از بی اعتمادی بیمار به نظام ارائه کننده خدمات طیف عواقب اینگونه اشتباهات و اتفاقات ناخواسته بسیار وسیع و متفاوت می باشد، تا حدی که اشتباهات مزبور در برخی موارد منجر به آسیب و صدمات دائمی و غیر قابل جبران و یا حتی مرگ بیماران می گردند. گرچه هزینه واقعی ناشی از عدم تطبیق صحیح بیماران و طرح درمانی آنان برآورد نگردیده است، ولی تخمین زده می شود ۱۰ درصد دوره بستری بیماران در بیمارستانها ی انگلیس به نحوی ناشی از بروز اشتباه در شناسایی بیماران بوده که ۵۰٪ این موارد نیز قابل پیشگیری است» (۲۳). در مطالعه تحقیقات انجام شده توسط همین گروه چنین منعکس می کنند که «از نوامبر سال ۲۰۰۳ لغایت جولای سال ۲۰۰۵ میلادی سازمان ملی ایمنی بیمار کشور انگلیس بروز ۲۳۶ مورد واقعه و اتفاقات نزدیک به خطا را در ارتباط با فقدان باندهای شناسایی بیمار و یا باند هایی دارای مشخصات غلط گزارش نموده است. این موضوع در دوره زمانی بین فوریه ۲۰۰۶ تا ژانویه ۲۰۰۷ بیش از ۲۴۳۸۲ مورد گزارش شده است که بیش از ۲۹۰۰ مورد آن در ارتباط با باندهای شناسایی و کاربرد آن بوده است. خوشبختانه نتایج گزارش منجر به انجام آنالیز علیتی بر روی بیش از ۱۰۰ مورد اشتباه واقع شده در فرآیند شناسایی صحیح بیماران، مؤید اثربخشی مداخلات و استراتژیهای انجام شده در کاهش مؤثر خطر عدم شناسایی صحیح بیماران بوده است» (۲۳).

«عوامل زمینه‌ساز مرتبط با سازمان» یکی دیگر از علل خطا بود که دو زیر مجموعه کمبود آموزش‌های بدو ورود بود که کمبود آگاهی راموجب می‌گردد آموزش بدو ورود و آموزش گزارش خطا می‌تواند در کاهش خطا موثر باشد در پژوهش دیگران کمبود آگاهی در گزارش خطا نشان دهنده یکی از عوامل موثر بر گزارش خطا است. بطوریکه در گزارش پژوهشی تحت عنوان «بررسی دیدگاه پرستاران در مورد علل خطاهای دارویی و موانع انجام شده گزارش دهی آن در بخش کودکان بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مشهد» در سال (۱۳۹۱) ضمن تاکید بر مهم ترین نوع خطای دارویی از دیدگاه پرستاران انتقال دستورات دارویی از پرونده به کاردکس بوده (۷۳/۹٪) بود پژوهش حاکی از آنست که اکثر پرستاران ۴۵ درصد خطای دارویی را به سرپرستار گزارش می‌کنند. ولیکن علل موانع گزارش دهی خطا به ترتیب اهمیت کمبود اطلاعات در نحوه گزارش دهی (۵۹/۸٪) و فراموش کردن گزارش دهی (۵۹/۸٪) بوده است پژوهشگران وجود یک دستورالعمل شفاف در نحوه گزارش و در نظر گرفتن مصونیت شغلی و قانونی برای پیشگیری از مخفی ماندن را پیشنهاد کرده اند (۲۷). در یک مطالعه مروری که ۲۵ مقالات تحقیقی مرتبط منتشر شده در پایگاههای داده های داخلی و خارجی مشخص شد که عواملی چون کمبود و بی توجهی، جدید بودن و بی تجربگی و استرس شغلی پرستاران، بدخطی پزشکان و کمبود اطلاعات دارویی از مهمترین عوامل بروز خطاهای دارویی پرستاران ذکر شده بودند (۲۸).

«عوامل زمینه ساز مرتبط با محیط کار» از طبقات برآمده در بخش پژوهش کیفی این پژوهش بود. توجه به این عوامل موثر بر خطا می‌تواند در پیشگیری خطاها نقش موثری داشته باشد سایر محققین نیز در نتایج تحقیقات خود با روش متفاوت به این یافته مهم دست یافته اند بطوریکه نتایج پژوهشی تحت عنوان «بررسی عوامل زمینه ساز خطاهای پرستاری در بخش های ویژه از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان های منتخب آموزشی درمانی شهر تبریز» که به روش توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۹۱ انجام شد نشان داد که در بعد شرایط محیطی بخش "رفتار نامناسب بیمار و همراهان" (۴۶٪)، در بعد مدیریت بخشی "کم بودن نسبت پرستار به بیمار" (۷۲،۴٪)، در بعد مهارت و آموزش کارکنان "عدم استفاده از پرسنل کارآموزده و متخصص در مراقبت های تخصصی" (۳۹،۹٪) و در بعد هماهنگی تیمی "تقسیم کار و وظایف نامناسب و خارج از توان کاری از سوی مسئول بخش" (۳۸٪) از دیدگاه مشارکت کنندگان مهمترین عوامل زمینه ساز ذکر شدند (۲۹). یافته های این پژوهش با قسمت هایی از بخش کیفی پژوهش حاضر همخوانی دارد.

یافته ها نشان داد که «عوامل زمینه ساز مرتبط با بیمار» طبقه دیگری بود که در ارتباط با موضوع اصلی پژوهش شکل گرفت. گویش متفاوت یکی از زیر طبقه هایی بود که موجب خطای پرستاران می‌شد. بعضی از پژوهشگران از آن به نام خطای گفتار نام برده اند هر چند که خطای گفتار خود طبقه بندی مشخصی دارد لیکن از منظر پرستاران گویش متفاوت خود موجب خطا می‌گردد. چرا که زبان بخش قابل توجهی از نقش خود را به عنوان مهمترین و پیچیده ترین نظام ارتباطی بشر از راه گفتار ایفا می‌کند. خطای گفتار در این میان بسیار

قابل توجه است، زیرا پدیده ای است که در آن نظام انتزاعی موجود در ذهن گوینده گاه به گونه ای که در ذهن جای گرفته عینیت نمی یابد و هنگامی که در قالب نظام آوایی زبان به لفظ کشیده می شود، تولید گفتار متفاوت با ذهنیت گوینده است (۳۰). در مطالعه دیگری که در سال ۱۳۹۳ تحت عنوان «ارائه مدل کنترل خطاپزشکی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران» به روش ترکیبی کمی و کیفی انجام شد، لحن و زبان متفاوت پزشک و بیمار از مولفه های یافته شده در عوامل خطا ذکر شده است (۳۱).

فصل پنجم

کار بست نتایج

نتایج این پژوهش تصویری از وضعیت ثبت و روند بروز خطای پرستاری در بیمارستان‌های خصوصی را نشان می‌دهد. بخش کیفی این مطالعه تصویری از عوامل مرتبط با بروز خطاهای پرستاری را ارائه می‌دهد که می‌تواند برای بهبود وضعیت گزارش-دهی و کاهش میزان خطر بروز خطا مورد استفاده قرار گیرد.

نظام اعتبار بخشی بیمارستانی زمینه مناسبی را برای دقت و صحت ثبت خطا در بیمارستان ایجاد می‌کند. استفاده از نتایج این مطالعه برای دست‌اندرکاران مدیریت بیمارستان اعم از مدیریت پرستاری، سوپروایزرهای آموزشی، سرپرستاران، مسئولین اعتبار بخشی و در مجموع تمامی شاغلین بیمارستان می‌تواند به توانمندی سازمان در مقابله نظام‌مند با خطا و بویژه پیشگیری از خطا موثر باشد.

از جمله کاربردهای زیر در بهبود مقابله با خطا بر اساس یافته‌های این مطالعه متصور می‌باشد:

- ۱- تامین نیروی انسانی کافی و با انگیزه
- ۲- افزایش آگاهی کارکنان
- ۳- تکمیل، بهسازی و نگهداری تجهیزات
- ۴- اختصاص فضای کافی و استاندارد برای مراقبت از بیمار و چینش مناسب تجهیزات و لوازم
- ۵- بهبود برنامه کاری پرستاران به نحوی که از خستگی آن‌ها پیشگیری شود
- ۶- آموزش و آماده سازی نیروی انسانی در بدو ورود
- ۷- بهبود ارتباطات بین تیم درمان
- ۸- برخورد غیر تنبیهی، سازنده و پیشگیری کننده از موارد بعدی در هنگام بروز خطا
- ۹- شناسایی موارد و موقعیت‌های بروز خطا برای پیشگیری از موارد بعدی و ورود آن به آموزش‌های رسمی و حین خدمت
- ۱۰- بهبود روش‌های شناسایی بیماران
- ۱۱- آموزش کافی به بیمار و همراهان در خصوص نوع و میزان همکاری آن‌ها در فرایند درمان

مراجع

- ۱- بیانیه سیاست های کلی سلامت (۱۳۹۳) فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران
- ۲- بقایی رحیم، نادری یعقوب، خلخالی حمیدرضا. (۱۳۹۱). بررسی علل زمینه ساز بروز خطاهای پرستاری در بخش های ویژه. دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، پی در پی ۳۸، مرداد و شهریور ص: ۳۱۲-۳۲۰
- ۳- هاشمی فاطمه، نیکبخت نصر آبادی علیرضا، اصغری فریبا. (۱۳۹۰). مجله اخلاق پزشکی، دوره چهارم، شماره ۲ فروردین. ص: ۵۳-۶۴

4-Nancy Binilla. (2010) Hospital and Nursing Errors Mar 02

5- Eslamian Jalil ,Taheri Fatima , Bahrami Masoud, Mojdeh Soheila (2010) Assessing the nursing error rate and related factors from the view of nursing staff. Iran J Nurse Midwifery Res. Dec; 15 p: 272-277.

6-Ava Mansouri¹, Alireza Ahmadvand², Molouk Hadjibabaie, Mona Kargar., Mohammadreza Javadi. and Kheirollah Gholami. Types and severity of medication errors in Iran; a review of the current literature DARU Journal of Pharmaceutical Sciences 2013, 21:49

۷- میرزا بیگی غضنفر، قاضی زاده هاشمی امیر حسین، فتحی محمد، سالمی صدیقه. (۱۳۹۱). راهنمای جامع اعتبار بخشی برای بیمارستان ها. تهران: انتشارات نظام پرستاری.

۸- علی نژاد حمدالله (۱۳۹۲). حقوق و مسئولیت های حرفه ای در پرستاری و مامایی. تهران: نشر توانا گستر ص: ۴۰-۴۴

۹- اجری خامس لو مهدی، عباس زاده عباس، برهانی فریبا، حیدری ممغانی جعفر علی (۱۳۹۴). درک پرستاران از علل خطا در کشور ایران: یک مطالعه مروری. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی (چهارمین کنگره سالانه اخلاق پزشکی ۹-۶ بهمن)

۱۰- کاظمیان محمد، فرشید راد سمیرا. (۱۳۸۵) آشنایی با قوانین جزایی و شرح وظایف حرفه پرستاری. پزشکی قانونی شماره ۴۲

11-Elo ...Kyngas(2008)

۱۲- فرضی صدیقه، عابدی حیدر علی، قدوسی آرش، یزدان نیک احمدرضا. (۱۳۹۳) تجارب پرستاران از خطاهای دارویی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت

- 13-Cooper J, Edwards A, Williams H, Sheikh A, Parry G, Hilbert P, Butlin A, Donaldson L, Carson-Stevens A Nature of Blame in Patient Safety Incident Reports: Mixed Methods Analysis of a National Database. *Ann FAM Med.* 2017; 15(5):455-461
- 14-Louise H. Hall, Judith Johnson, Ian Watt, Anastasia Tsipa, Daryl B. O'Connor. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS One.* 2016; 11(7): e0159015.
- 15- Delamont, Ann. (2013) How to avoid the top seven nursing errors. *Nursing Made Incredibly Easy: March/April - Volume 11 - Issue 2 - p 8-10*
- 16- Amirian Z, Jalali R. Assessment of hospitalized patients fall out of bed in hospitals of Kermanshah University of Medical Sciences. *J Clin Res ParamedSci* 2014; 3(2):130-134.
- 17-DaryadokhtMasror, NastaranHeydarikhayat ,SoodabehJoolae. Assessing patient safety events and it's correlation with nurse - physician interaction from nurses' view. *Nursing Management.* 2012. 2 (1): 38-45
- 18- Nurse Journal (2017) Social community for Nurses worldwide. The 5 Most Common Mistakes Made By New Nurses.

۱۹- جولائی سودابه، شالی محبوبه، هوشمندعباس، رحیمی سارا، حقانی حمید (۱۳۹۴) ارتباط خطاهای دارویی و شرایط محیط کار پرستاران. فصلنامه پرستاری ایران

۲۰- جولایی سودابه، حاجی بابایی فاطمه، پیروی حمید، حقانی حمید (۱۳۸۸) بررسی وقوع و گزارش خطاهای دارویی پرستاران و ارتباط آن با شرایط کاری در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی ایران. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی. زمستان ۱۳۸۸، دوره ۳، شماره ۱؛ از صفحه ۶۵ - ۷۶

۲۱- ابراهیم پور فاطمه، شاهرخی اکرم، قدوسی آر. ایمنی بیمار و اشتباهات پرستاران در اجرای دستورات دارویی. مجله علمی پزشکی قانونی / دوره ۱۹، شماره ۴ و ۱، زمستان ۹۲ و بهار ۹۳، ۴۰۸-۴.

22- Patient Safety: Making health care safer. Geneva: World Health Organization; 2017.
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

(۲۳) مستوفیان فرناز، (۱۳۸۸). ترجمه و تألیف. گاید لاین شناسایی صحیح بیماران در بخش بستری و سرپایی، انتقال خون، درمان دارویی، اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی بمنظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته بهداشتی درمانی. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی واحد ایمنی بیمار، صفحات ۴-۵ و ۲۰-۲۳

- ۲۴- ماهان محمدی، فاطمه رهی، دکتر مرضیه جوادی، گلرخ عتیقه چیان، علیرضا جباری. (۱۳۹۶) مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پیاورد سلامت) دوره ۱۱ شماره ۲ ص: ۱۶۱-۱۷۲
- ۲۵- ذولفقاری سیمیا. (۱۳۹۳) آموزش پرستاران برای نحوه تزریق خون از اولویت های آموزشی در هر بیمارستان. انجمن علمی انتقال خون ایران. سمینار مدیریت خون.
- ۲۶- ساکی کوروش، خضری آذر جلال، محبی ایرج (۱۳۹۴) «خطای پرستاری و ارتباط آن با خستگی در پرستاران بخش اورژانس» مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. دوره سیزده، شماره دهم، پی در پی ۷۵، دیماه ۱۳۹۴ ص: ۸۳۵-۸۴۳
- ۲۷- صبوری معصومه و زردشت رقیه. (۱۳۹۱) «بررسی دیدگاه پرستاران در مورد علل خطاهای دارویی و موانع گزارش دبی آن در بخش کودکان بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مشهد» مجله دانشکده علوم پزشکی فسا، سال دوم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۱ ص: ۱۴۳-۱۴۷
- ۲۸- جعفری پویان ابراهیم، مددی زهرا. (۱۳۹۴) خطاهای دارویی پرستاران، علل و راهکارها (یک مطالعه مروری). مجله بیمارستان. ۱۴ (۳): ۱۰۱-۱۱۰
- ۲۹- مشعوف سهیلا، اسماعیل پور زنجانی سمین، شیخی علی اکبر، نائینی سید محمد کاظم (۱۳۹۲) بررسی عوامل زمینه ساز خطاهای پرستاری در بخش های ویژه از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان های منتخب آموزشی درمانی شهر تبریز. مجله سلامت و مراقبت. جلد ۱۵ شماره ۱ و ۲ صفحات ۲۵-۱۶
- ۳۰- تفرجی یگانه، مریم (۱۳۹۵). بررسی و شناسایی مهمترین عوامل مؤثر بر خطاهای گفتاری در جامعه پرستاران. یافته فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی ایلام. دوره هجدهم، شماره ۴، زمستان ۹۵. مسلسل ۷۰ ص: ۵-۱۰
- ۳۱- نصیری پور امیر اشکان، رئیسی پوران، غفاری فرهاد، ملکی محمد رضا، جعفری مهنوش. (۱۳۹۳) ارائه مدل کنترل خطای پزشکی رد بیمارستان های علوم پزشکی تهران. مجله پیراپزشکی علوم پزشکی تهران (پیاورد سلامت) دوره ۸ شماره ۱ ص: ۴۴-۵۶

Abstract

Introduction: Nursing errors are the one of the factors threatening the patient life. Determination of the amount of errors and their underlining reasons could be essential in order to prevent the incidence of errors.

Purpose: This study is an attempt to explain and determine the nursing errors and related factors.

Methods: For quantitative research, cross-sectional study with census gathering data was conducted. Data from nursing errors reported to nursing division and nursing accreditation office during 1390-1395 for some privet hospitals were gathered. For qualitative study content analysis with Elo and Kyngas methods were contacted. Data were gathered through semi-structured interviews with nurses involving in clinical services as clinical nurse. Data gathering continued until data saturation. Trustworthiness, credibility of data were established through member check, peer-check and prolong engagement with data. Researchers made serious effort to produce precise documentation of direction of the research in order to save research auditability.

Findings: This study showed that the significant increase in reporting the nursing errors through given 6 years (P-Value= 0.000). As a whole 2800 errors were reported in 10 privet hospitals.

Nursing errors related to blood transfusion and its products were the lowest (44 errors-1.6%) and caring errors were the highest errors (1780 errors 63.57%) among them. Through data analysis in qualitative research, 500 cods and four underling factors, including nurses, patients, organizations, and environment, have been emerged.

Conclusion: The factors related to errors are extended and multi factorials. Awareness toward the factors could be the first step to prevent these errors. Attention and intervention management to these factors are very essential for reducing the amount of nursing errors.

Keywords: Nursing errors, Amount of errors, Cause of errors. Qualitative research

