

تجارب پرستاران از خطاهای دارویی

صدیقه فرضی^۱، حیدرعلی عابدی^۲، آرش قدوسی^۳، احمدرضا یزدان‌نیک^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ایمنی بیماران نگرانی عمده مراکز مراقبت سلامتی می‌باشد و امروزه بیمارستان‌ها جهت کسب تأییدیه و اعتبار باید ایمنی بیماران را تضمین نمایند. از میان موارد مربوط به ایمنی بیماران، میزان خطای دارویی به عنوان شاخص عمده کیفیت مراقبت سلامتی محسوب می‌شود. با توجه به این‌که زوایای مختلف این پدیده به طور واضح شناخته شده نیست و پرستاران منبع اصلی دانش در این زمینه هستند، تصمیم بر آن شد که به مطالعه تجارب پرستارانی که با خطای دارویی مواجه شده‌اند، پرداخته شود تا جنبه‌های مربوط به این پدیده آشکار گردد؛ چرا که با شناسایی صحیح این پدیده می‌توان آن را مدیریت کرد.

روش: پژوهش حاضر از نوع کیفی و به روش پدیدارشناسی انجام شد. مشارکت کنندگان در پژوهش، پرستاران دارای تجربه خطای دارویی شاغل در مراکز درمانی شهر اصفهان بودند. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف آغاز و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. در نهایت، تعداد شرکت کنندگان در پژوهش به ۱۰ نفر رسید. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه عمیق بدون ساختار و تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش Colaizzi انجام گردید.

یافته‌ها: شش مضمون اصلی که بیانگر تجارب پرستاران از خطای دارویی می‌باشد، استخراج شد که عبارت از «بستر مهیا کننده خطا، گستره خطا، اغماض، پیامد خطا، کتمان خطا و گزارش‌دهی خطا» بود.

نتیجه‌گیری: پرستاران زمانی اشتباه خود را گزارش می‌کنند که احساس امنیت کرده و گزارش اشتباه آنان نتایج زیان‌آوری برای آن‌ها به دنبال نداشته باشد. جا دارد مدیران مراکز، خطمشی گزارش‌دهی خطا را مورد بازنگری قرار دهند و فرهنگ سیستم گزارش‌دهی غیر تنبیهی را سازماندهی نمایند تا پرستاران نسبت به گزارش‌دهی خطا تشویق شوند و مدیران بر اساس رویکرد مبتنی بر سیستم با خطا برخورد نمایند.

کلیدواژه‌ها: خطای دارویی پرستاران، تجارب پرستاران، ایمنی بیمار، پژوهش کیفی

ارجاع: فرضی صدیقه، عابدی حیدرعلی، قدوسی آرش، یزدان‌نیک احمدرضا. تجارب پرستاران از خطاهای دارویی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۲؛ ۲ (۴): ۳۱۹-۳۱۰.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۹/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۸/۱۱

انستیتوی پزشکی آمریکا (American Institute for Medical)

در گزارش سال ۲۰۰۰ خود ضمن بیان این جمله که انسان آفریده شده و خطا می‌کند، توجه دولت و مردم آمریکا را به

مقدمه

هدف نهایی همه کارکنان سامانه‌های مختلف سلامتی، تأمین سلامت جامعه بشری و حفاظت از آن می‌باشد؛ در حالی که

- ۱- کارشناس ارشد، گروه پرستاری داخلی - جراحی، اداره پرستاری، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران
- ۳- استادیار، گروه پزشکی قانونی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران
- ۴- استادیار، گروه پرستاری ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: drhabedi@gmail.com

نویسنده‌ی مسئول: دکتر حیدرعلی عابدی

متأسفانه آمار دقیقی در مورد اشتباهات دارویی در کشور ما وجود ندارد، ولی عدم وجود آمار دقیق به معنای نبود اشتباهات دارویی نیست. بنابر گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هر ساله میلیاردها تومان صرف نگهداری و مراقبت از بیماران به دلیل اشتباهات دارویی و به دنبال آن عوارض ناشی از طولانی شدن مدت اقامت در بیمارستان می‌شود؛ افزایش پرونده‌های ارجاعی شکایات مردم از پزشکان و پرستاران به نظام پزشکی و دادگاه‌ها می‌تواند گواهی بر این قضیه باشد (۹). به عنوان مثال، مطالعات پراکنده نشان دهنده ۱۶/۷ درصدی خطای دارویی در بیمارستان‌های آموزشی شهر سنجند، ۱۰ درصد خطای دارویی و ۴۱/۶۶ درصد خطای دارویی در شرف وقوع در بین دانشجویان پرستاری شهرستان اراک (۶) و ۱۹/۵ درصد خطای دارویی برای هر پرستار در مدت سه ماه در بیمارستان‌های مورد مطالعه در تهران می‌باشد (۲).

تجویز دارو یکی از بااهمیت‌ترین فعالیت‌های پرستار و یک وظیفه پیچیده و زمان‌بر او محسوب می‌شود که حدود ۱/۳ زمان کاری پرستار را به خود اختصاص می‌دهد. از آنجایی که دارو درمانی یک فعالیت پیچیده محسوب می‌شود، احتمال خطاهای زیادی در این فرایند وجود دارد و چون پرستاران دارو را به بیمار می‌دهند، اغلب آن‌ها مسؤول اصلی خطا در نظر گرفته می‌شوند، اما علل و افراد مختلفی در بروز خطای دارویی نقش دارند (۱۰). با وجود این که افراد مختلفی درگیر فرایند تجویز، نسخه‌نویسی و تزریق دارو هستند، اما پرستاران نسبت به پزشکان، داروسازان یا سایر افراد مراقبت سلامتی بیشتر دچار خطای دارویی می‌شوند (۵).

عوامل مختلفی در بروز خطاهای دارویی نقش دارند که از بین آن‌ها می‌توان به دانش و مهارت ناکافی پرستار از قبیل فقدان آگاهی در مورد نام و تشخیص بیمار، هدف از تجویز دارو، اشتباه گرفتن خطوط وریدی با لوله معده، ناتوانی در آماده کردن دارو قبل از تجویز دارو، عدم آگاهی در مورد چگونگی کار با پمپ‌های انفوزیون و عدم شناسایی عوارض جانبی دارو (۱۱)، شکست در پیروی از خطمشی انجام فرایند دارو درمانی از قبیل عدم آشنایی با پروتکل‌های خاص تجویز دارو مثل داروهای شیمی درمانی، شل کننده‌های عضلات

اشتباهات و خطاهای پزشکی جلب نمود و در نتیجه برداشت رایج جامعه از تیم مراقبت و سلامت مبنی بر این که اشتباهات حرفه‌ای در آن‌ها نادر است را تغییر داد و از بین برد. نتیجه تحقیق بعدی و منابع دیگر، گزارش این مؤسسه را تأیید کرد که سامانه‌های مراقبت سلامت از خطاهای صورت گرفته گیج و سردرگم هستند (۱).

یکی از زیرمجموعه‌های مهم خطاهای پزشکی که از چالش‌های مهم تهدید کننده نظام سلامت در تمام کشورها محسوب می‌شود، خطاهای دارویی است (۲). خطای دارویی به تجویز داروی اشتباه، دوز دارویی اشتباه، حذف دارو، نادیده گرفتن علائم مسمومیت و راه نادرست جهت تزریق دارو اطلاق می‌شود و در واقع یک قصور در فرایند درمان است که منجر به ایجاد آسیب و صدمه در بیمار می‌گردد (۳).

خطاهای دارویی در مراحل مختلف فرایند دارو درمانی شامل نسخه‌نویسی، نسخه‌برداری از دستورات پزشک، توزیع و پخش دارو، مرحله رساندن دارو به بیمار یا کنترل کردن داروها ممکن است اتفاق بیافتد (۴). بر اساس تحقیقات صورت گرفته، مشخص شده است که اکثر خطاها در زمان تجویز دارو و رساندن دارو به بیمار رخ می‌دهد (۵). اولین گزارش‌ها درباره اشتباهات دارویی در سال ۱۹۴۰ مطرح شد و توجه دست‌اندرکاران را به خود جلب نمود. خطاهای دارویی هشتمین علت مرگ در آمریکا می‌باشد و در کشورهای مختلف نیز باعث آسیب‌رسانی، مرگ و افزایش هزینه‌های درمانی شده است (۶).

مطالعه‌ای که در مرکز پزشکی هاروارد انجام شد، نشان داد که ۱۹/۴ درصد از کل خطاهای پزشکی به خطای دارویی اختصاص دارد (۷). خطای دارویی باعث صدمه به حدود ۱/۵ میلیون نفر در سال می‌شود و هزینه‌های پزشکی ناشی از درمان خطاهای پزشکی در بیمارستان‌ها ۳/۵ بیلیون دلار در سال می‌باشد. میزان خطای دارویی در بین بیماران بستری در بیمارستان از ۱۴-۲ درصد متغیر است. تعداد مرگ و میر ناشی از خطای دارویی در آمریکا بین ۴۴ تا ۹۸ هزار نفر در سال تخمین زده شده است که این میزان در مقایسه با آمار مرگ و میر ناشی از حوادث موتوری، سرطان سینه و ایدز بیشتر است (۸).

پژوهش نیز متناسب با آن یعنی کیفی انتخاب شد و با توجه به این که پدیده مورد مطالعه، تجارب انسانی است و ما نیز درصدد درک معنی تجربه خطای دارویی از طریق مصاحبه عمیق با پرستاران بوده‌ایم، روش پدیدارشناسی را به عنوان روش مناسب برای انجام مطالعه انتخاب نمودیم. محیط پژوهش، بیمارستان‌های شهر اصفهان و معیارهای ورود به پژوهش شامل پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر اصفهان و علاقمند به شرکت در پژوهش و بیان تجارب بود.

در این مطالعه پژوهشگران جهت دستیابی به تجارب پرستاران از خطای دارویی، اقدام به نمونه‌گیری مبتنی بر هدف نمودند. نمونه‌گیری با اولین مشارکت کننده آغاز و تا رسیدن به حد اشباع اطلاعات از تاریخ ۱۳۹۱/۴/۱۴ لغایت ۱۳۹۱/۵/۱۴ ادامه یافت و ۱۰ مشارکت کننده در مطالعه شرکت نمودند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه عمیق و بدون ساختار و ضبط گفته‌های مشارکت کنندگان از طریق ضبط صوت استفاده شد. مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر در محیط کار شرکت کنندگان انجام گرفت. مدت زمان مصاحبه‌ها از ۴۵-۶۰ دقیقه متفاوت بود و در طول مصاحبه‌ها سؤالات باز از قبیل «یکی از تجارب خود را در زمینه خطای دارویی بیان کنید» در مورد تجربیات پرستاران از خطاهای دارویی پرسیده شد. کلیه مصاحبه‌ها با رضایت شرکت کنندگان ضبط گردید و سپس به طور کامل و کلمه به کلمه روی کاغذ پیاده و نسخه‌برداری گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش هفت مرحله‌ای Colaizzi انجام گردید. در پژوهش حاضر پس از انجام مصاحبه، استخراج داده‌ها و کدگذاری، جهت اعتمادپذیر کردن داده‌ها دوباره به تک‌تک شرکت کنندگان در پژوهش مراجعه شد و موافقت آن‌ها با برداشت پژوهشگر از مطالب را بررسی کرده و به این نحو ارزیابی مشارکت کنندگان از مطالب نسخه‌برداری شده، انجام گردید و از این طریق توافق و تأیید شرکت کنندگان حاصل شد.

ملاحظات اخلاقی

پژوهشگران پس از اخذ مجوزهای لازم و دریافت معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد

تنفسی، عدم چک موارد حساسیت دارویی قبل از تجویز دارو (۱۲)، مشکل ارتباطات کادر درمانی از قبیل استفاده از اختصارات پزشکی، نسخه‌های بدخط، شکست در موارد مربوط به سیستم‌ها و افراد از قبیل سابقه کاری پرستار، شیفت در گردش، حواس‌پرتی و وقفه کاری پرستاران حین فرایند دارو درمانی (۵) اشاره نمود.

از جمله راهبردهای به کار گرفته شده در جهت کاهش خطاهای دارویی می‌توان به پایش مداوم پرستاران از نظر رعایت قانون پنج صحیح، برنامه‌ریزی صحیح جهت شیفت‌های کاری به صورتی که شیفت‌ها طولانی و پشت سر هم نباشند (۶)، آماده‌سازی تزریق دارو در زمان تجویز دارو توسط یک پرستار، انجام بررسی دوباره توسط دو پرستار در مورد داروهای خاص (۱۳)، اشاره نمود. خطاهای دارویی پیامدهای مختلفی را به دنبال دارند از جمله این که می‌توانند به افزایش شاخص‌هایی همچون مرگ و میر بیماران، طول مدت بستری و هزینه‌ها منجر گردند. بروز چنین اشتباهاتی می‌تواند موجب سلب اعتماد و به دنبال آن نارضایتی بیماران از سامانه‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی شود و حتی منجر به ایجاد استرس و تعارض اخلاقی برای پرستاران گردد (۹). با وجود این که اجرای دستورات دارویی از وظایف متداول و پرخطر پرستاری محسوب می‌شود و بیماران قربانیان واقعی خطای دارویی هستند، پرستاران نیز از این قضیه متأثر خواهند شد و مشکلات قانونی را برای آن‌ها در پی خواهد داشت که باعث اختلال در کار و زندگی پرستاران خواهد شد (۶).

با توجه به این که زوایای مختلف پدیده خطای دارویی به طور واضح شناخته شده نیست و پرستاران منبع اصلی دانش در این زمینه هستند، تصمیم بر آن شد تا به مطالعه تجارب پرستارانی که با خطای دارویی مواجه شده‌اند، پرداخته شود تا جنبه‌های مختلف مربوط به این پدیده آشکار گردد؛ چرا که با شناسایی صحیح این پدیده می‌توان آن را به خوبی مدیریت کرد.

روش

با توجه به این که مطالعه درصدد درک و توصیف تجارب پرستارانی است که با خطای دارویی مواجه شده‌اند، نوع

به پدیده مورد نظر مربوط می‌شد با روش زیر ختادار کردن مشخص گردید. در مرحله سوم Colaizzi، برای هر کدام از جملات مهم استخراج شده، مفهوم خاصی در نظر گرفته شد و مفاهیم به صورت کد در ۳۵۷ کد لیست گردید. سپس با ادغام کدهای سطح یک مرتبط با هم، کدهای سطح دوم یا زیرمفهوم‌ها و مضمون‌های اصلی به دست آمد. در مرحله پنجم تجزیه و تحلیل، نتایج هر چیزی در یک توصیف جامع از موضوعات مورد بررسی، جمع‌آوری شد و دسته‌های بزرگ‌تری ایجاد گردید. در مرحله ششم کوشش گردید که توصیف جامعی از پدیده مورد بررسی در یک بیان بدون ابهام ارائه گردد. برداشت کلی از تجارب پرستاران درباره خطاهای دارویی شامل شش مضمون اصلی بود که در شکل ۱ نشان داده شده است.

در مرحله هفتم تجزیه و تحلیل، در طی یک جلسه با مراجعه به هر شرکت کننده و پرسش از شرکت کنندگان در مورد یافته‌ها، روایی نهایی به دست آمد.

بحث

یافته‌های حاصل از این پژوهش در قالب ۶ مفهوم اصلی و ۲۲ زیرمفهوم بیان گردیده که در جدول ۱ نشان داده شده است.

بستر مهیا کننده خطا

زمانی که خطای دارویی صورت می‌گیرد، تنها این خطا به خودی خود و توسط فرد خاطی به وقوع نپیوسته است، بلکه عوامل گوناگونی زمینه‌ساز بروز خطا بوده‌اند. این مضمون در زیرمفهوم‌های عامل محیطی، عامل فردی، عامل گروهی، عامل فنی، عامل بیمار و عامل مدیریتی خطا قابل بحث می‌باشد. در رابطه با بستر مهیا کننده خطا شرکت کننده ۵ بیان می‌کند:

«زمان احیا یادمه یه همکار تازه‌کار داشتیم، استرس محیط باعث شد که یه داروی اشتباه رو برا مریض تزریق کنه و شرایط مریض بدتر بشه...»

همچنین شرکت کننده ۱ اظهار داشت:

«مسیر خونه‌مون تا بیمارستان طولانی بود. من وقتی رسیدم تو بخش خیلی خسته بودم و شروع کردم به دادن

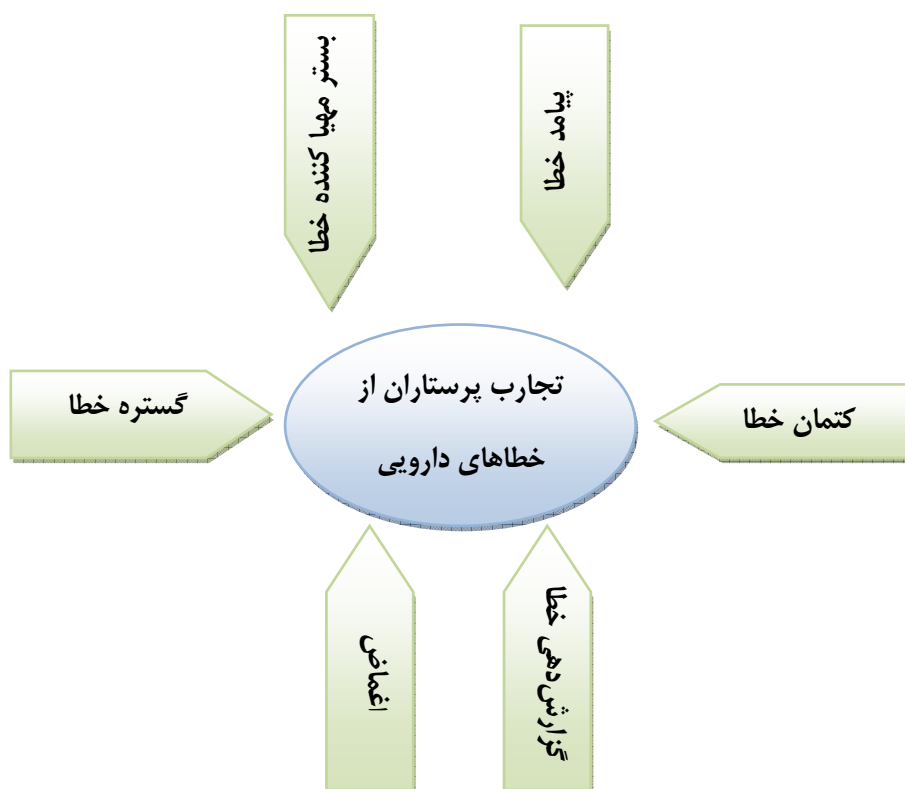
خوراسگان اصفهان، به معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراجعه کرده و جهت حضور در بیمارستان‌های شهر اصفهان معرفی‌نامه اخذ نمودند و پس از معرفی خود و بیان اهمیت و اهداف پژوهش از شرکت کنندگان برای شرکت در مصاحبه و ضبط گفته‌های آن‌ها اجازه گرفته شد و مکان مصاحبه با نظر شرکت کنندگان تعیین گردید. به شرکت کنندگان در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. جهت حفظ محرمانه بودن مصاحبه‌ها، به جای نام شرکت کنندگان از شماره استفاده گردید. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که در هر مرحله از مصاحبه و تحقیق از اختیار کامل جهت انصراف از ادامه همکاری برخوردارند. در ضمن رضایت‌نامه آگاهانه اخلاقی به رؤیت شرکت کنندگان رسانیده شد و توسط پژوهشگر و هر شرکت کننده امضا گردید.

مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تأیید قرار گرفت. در ضمن این مطالعه طرح تحقیقاتی مشترک با دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره ۲۹۱۰۵۸ می‌باشد. طبق نامه شماره ۳۴۸۰/م/۱۲/پ مورخ ۱۳۹۱/۱۲/۲۷ انتشار یافته‌ها بلامانع می‌باشد.

یافته‌ها

شرکت کنندگان در این مطالعه ۱۰ نفر از پرستاران شاغل در ۸ بیمارستان شهر اصفهان با میانگین سنی ۳۲ سال بودند. از این تعداد یک نفر سرپرستار، دو نفر سوپروایزر بالینی و بقیه پرستار با متوسط ۷ سال سابقه کار بودند. کلیه شرکت کنندگان در مطالعه زن و مدرک کارشناسی پرستاری داشتند. به غیر از سرپرستار، سایر شرکت کنندگان به صورت نوبت کاری در گردش مشغول به کار بودند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش هفت مرحله‌ای Colaizzi انجام شد. بدین منظور در مرحله اول مکالمات ضبط شده ابتدا به صورت کلمه به کلمه پیاده شد و سپس سعی شد با چندین بار خواندن مطالب به مفاهیم و عمق معانی گفته‌ها پی برده شود. سپس هر مصاحبه در مرحله دوم مرور گردید و از آن‌ها عبارات یا جملاتی که به طور مستقیم



شکل ۱. نقشه مفهومی تجارب پرستاران از خطاهای دارویی

جدول ۱. مضامین و زیرمفهوم‌ها

ردیف	زیرمفهوم	مضمون	ردیف	زیرمفهوم	مضمون
۱	عامل محیطی خطا	بستر مهیا کننده خطا	۴	وزن دادن به خطا	انقاض
	عامل فردی خطا				
	عامل گروهی خطا				
۲	عامل فنی خطا	گستره خطا	۵	نادیده گرفتن داروی خوراکی	کتمان خطا
	عامل بیمار				
	عامل مدیریتی خطا				
	خطای خطرآفرین				
	خطای جزئی				
۳	خطای مشترک	پیامد خطا	۶	مسبب فردی کتمان خطا	گزارش‌دهی خطا
	خطای در شرف وقوع				
	خطای مهلک				
	پیامد فردی خطا			مسبب گروهی کتمان خطا	
	تاوان جمعی خطا				
	پیامد خطا در بیماران				
	پیامد حرفه‌ای خطا			شیوه گزارش‌دهی خطا	
				انگیزه گزارش‌دهی خطا	

۱۰ درصد از خطاهای صورت گرفته منجر به انجام آسیب، پایش و مداخله بیشتر در بیمار گردیده است (۱۷). مطالعات Sirriyeh و همکاران در این زمینه نشان می‌دهد که ۰/۰۲ درصد از خطاهای دارویی صورت گرفته منجر به مرگ بیمار می‌شوند (۱۸).

پیامد خطا

زمانی که خطای دارویی رخ می‌دهد و شرایط از حالت طبیعی خارج می‌شود؛ پیرو انجام خطا، افراد درگیر نتایج و عوارض منفی خطا می‌شوند که گریبان‌گیر فرد خاخی، همکاران فرد خاخی، بیمار و حرفه می‌گردد. مضمون پیامد خطا شامل زیرمفهوم‌های پیامد فردی، تاوان جمعی، پیامد مربوط به بیماران و پیامد شغلی می‌باشد. در این رابطه شرکت کننده ۲ این‌گونه بیان داشت:

«تا دارو رو زدم، فهمیدم اشتباه کردم... دیگه کار از کار گذشته بود، حسابی اعصابم به هم ریخت، مدام خودم رو سرزنش می‌کردم که چرا من باعث شدم به بیمار صدمه بزنم...»

شرکت کننده ۸ اظهار نمود:

«بعد از این‌که مرتکب خطا شدم، بیشتر از این‌که نگران مریض باشم، نگران این بودم حالا همکارام با من چه برخوردی خواهند داشت...»

سرزنش خود بعد از خطا و مورد نکوهش قرار گرفتن توسط همکاران از جمله پیامدهای فردی خطا می‌باشد که توسط شرکت کنندگان ذکر گردید. مطالعات انجام شده توسط Sirriyeh و همکاران نشان داد که پرستاران بعد از این‌که دچار خطای دارویی می‌شوند، دچار سرزنش خود و اضطراب می‌گردند (۱۸). پژوهش‌های Handler و همکاران (۱۹) نیز در این زمینه نشان می‌دهد که بعد از این‌که پرستار دچار خطا گردید، ترس و نگرانی بابت از دست دادن احترام و منزلت نزد همکاران به سراغ آن‌ها می‌آید. یکی دیگر از عواقب خطا در پرستاران مربوط به تأثیر خطا در زندگی و شغل پرستاران می‌باشد. De Cassia Pires و همکاران نیز اظهار می‌دارند که پرستاران شرکت کننده در مطالعه بروز خطای دارویی را مسبب به خطر افتادن امنیت شغلی خود

داروها، اما از بس خسته بودم، یادم رفت دارو رو رقیق کنم و همون طور رقیق نشده و به طور مستقیم زدم رفت...».

همان‌گونه که اظهارات شرکت کنندگان نشان می‌دهد، خستگی جسمی پرستار، وقفه کاری در حین دادن دارو، صحبت کردن در زمان دادن دارو و حضور نیروی تازه‌کار عواملی بودند که در بروز خطا نقش داشته‌اند. در این رابطه حسین‌زاده و همکاران در مطالعه خود اظهار داشتند که شرایط محیط کاری از جمله عوامل زمینه‌ساز خطا می‌باشد و قرارگیری در محیط نامساعد باعث افزایش بروز خطا می‌شود و از جمله موارد قابل ذکر در این زمینه بار کاری زیاد و تازه‌کار بودن می‌باشد (۱۴). Waters و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که خستگی جسمی پرستاران دومین علت بروز خطای دارویی در پرستاران مورد مطالعه بوده است (۱۵). علاوه بر این، ولی‌زاده در مطالعه خود نشان داد که در محیط پیچیده بخش کودکان، اشتباهات دارویی به دفعات زیاد رخ می‌دهد، اگر چه بیشتر این خطاها جزئی بوده و ممکن است موجب آسیب در بیمار نگردد (۱۶).

گستره خطا

یکی دیگر از عوامل تجربه شده توسط پرستاران گستره خطا می‌باشد. زیرمفهوم‌های خطای محرز، جزئی، در شرف وقوع، مشترک و خطای مرگ‌آور زیرمجموعه این مفهوم می‌باشند. در این زمینه شرکت کننده ۴ بیان می‌کند:

«یه روز عصر توی بخش مراقبت ویژه قلب شیفت بودم، مریضی ما دو روز بعد از عمل رو قرص ایندرال می‌گیرن و از روز بعد متورال می‌گیرن. دکتر اومد متورال رو نوشت و رفت، من ایندرال رو تو کاردکس پاک نکردم، مریض هر دو دارو رو گرفته بود و برادی کاردیش تشدید شده بود...».

شرکت کننده ۶ نیز بیان کرد:

«یادمه که توی شیفت، یکی از همکارا اومده بود و کلراید پتاسیم رو به جای این‌که تو سرم بیمار بریزه به طور مستقیم تزریق کرده بود و مریض بیچاره هم فوت شد...».

اظهارات مشارکت کنندگان نشان می‌دهد، گستره خطا می‌تواند با توجه به شدت آسیب ناشی از خطا در بیمار متفاوت باشد. Pham و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که

گزارش‌دهی را بر خلاف صداقت و وفاداری نسبت به همکاران می‌دانستند اقدام به کتمان خطا می‌نمودند. علاوه بر این، Sarvadikar و همکاران (۲۳) نیز در مطالعه خود نشان دادند که کمبود سیستم حمایتی، وجود سیستم تنبیهی و ترس پرستاران از خدشه‌دار شدن اعتبار شغلی از جمله عوامل مؤثر در کتمان خطا محسوب می‌شود.

گزارش‌دهی خطا

با توجه به تجربیات شرکت کنندگان، این مضمون در دو زیرمفهوم شیوه گزارش‌دهی و هدف از گزارش‌دهی خطا قابل بحث می‌باشد. شرکت کننده ۱ این‌طور بیان می‌کند:

«بعد از این‌که فهمیدم خطا کردم، رفتم پیش یکی از دوستای صمیمیم که همکار هم هستیم و جریان رو فقط برا اون تعریف کردم...». جولایی و همکاران (۲) در مطالعه خود نشان دادند که درصد کمی از پرستاران اقدام به گزارش‌دهی رسمی خطا می‌نمایند؛ به طوری که در مقابل ۱۹/۵ خطا به ازای هر پرستار در طول یک دوره سه ماهه، فقط ۱/۳ مورد گزارش می‌شود. با وجود این‌که گزارش‌دهی خطا جهت توسعه استراتژی‌های پیشگیرانه و کاهش خطای دارویی ضروری می‌باشد تا به موجب آن متخصصین مراکز مراقبت سلامتی از اشتباهات درس بگیرند، اما انگیزه گزارش‌دهی در بین متخصصین مراکز مراقبت سلامتی متفاوت می‌باشد.

شرکت کننده ۹ اظهار می‌دارد: «یه روز تو شیفت همکارم مرتکب خطا شد، من اونو به کسی نگفتم تا این‌که دیدم همین همکار رفته در مورد من پیش مسؤل بخش یه سری حرفا زده... من هم رفتم و خطاشو اطلاع دادم...». Pham و همکاران (۱۷) در مطالعه خود اظهار می‌دارند که پرستاران به خاطر مسؤولیت حرفه‌ای، خود را ملزم به گزارش‌دهی می‌دانند و این مغایر با نتایج این مطالعه بود. در مطالعه حاضر، ما به انگیزه‌های متفاوتی پی بردیم که در بررسی مقالات مرتبط با موضوع به این اهداف اشاره‌ای نشده بود و این خود می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی ما با کشورهای دیگر و سیستم مراقبتی حاکم بر مراکز باشد که افراد را به جای گزارش‌دهی به منظور یادگیری از خطا به سوی جنبه‌های دیگر که در مطالعه حاضر ذکر گردیده است، سوق می‌دهد.

معرفی نمودند (۲۰). هاشمی و همکاران (۶) در این زمینه اظهار می‌دارند که پرستاران شرکت کننده در مطالعه از مجازات‌های شغلی مانند اخراج از کار و ترس از آینده شغلی و تعویض بخش محل کار بدون در نظر گرفتن علایق شخصی ابراز نگرانی کردند و بروز خطا به طور جدی بر پرستاران تأثیرگذار بوده است که ایده ترک شغل را برای تعدادی از پرستاران در پی خواهد داشت.

اغماض

مضمون اغماض شامل دو زیرمفهوم وزن دادن به خطا و نادیده گرفتن داروهای خوراکی است.

در این رابطه شرکت کننده ۲ بیان نمود:

«وقتی فهمیدم اشتباه کردم، پیش خودم گفتم حالا که اتفاقی نیفتاده، چون مریض علامت خاصی رو نشون نداد...». از منظر پرستاران خطا در صورتی که منجر به آسیب شدید و چشمگیر در بیمار شود، خطا می‌باشد و در صورتی که صدمه آشکاری ایجاد نشود، قابل اغماض است. در این زمینه مطالعه Hohenhaus نشان داد که ۵۱ درصد از شرکت کنندگان اظهار داشتند در صورتی که خطا منجر به آسیب شدید در بیمار گردد، خطا است و در صورتی که جزیی باشد، قابل چشم‌پوشی می‌باشد (۲۱).

کتمان خطا

بر اساس متون پرستاری، پرستار پس از بروز خطا باید روند گزارش‌دهی خطا را در پیش گیرد. به دلایلی گزارش‌دهی خطا کمتر از میزان واقعی بروز خطا می‌باشد. این مضمون از زیرمفهوم‌های مسبب فردی کتمان خطا، مسبب گروهی کتمان خطا و مسبب مدیریتی کتمان خطا تشکیل شده است. در این رابطه شرکت کننده ۱ می‌گوید:

«گه می‌رفتم و به همراه بیمار یا بیمار می‌گفتم که من این خطا رو کردم، دیگه به من اعتماد نمی‌کرد و نمی‌گذاشت که براش کاراشو انجام بدم». مطالعه Kim و همکاران (۵) نیز نشان می‌دهد که خطا، روابط پرستار و بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ به طوری که در صورت جزیی بودن خطا، اعتماد بین پرستار و بیمار از بین می‌رود. Chiang و همکاران (۲۲) در این زمینه اظهار داشتند، بسیاری از پرستاران چون

فردی باید پاسخگوی اعمال خویش باشد؛ بنابراین رویکرد مبتنی بر سیستم بر پایه توسعه و بهبود بسیاری از موانع، زنگ خطرها و تدابیر به منظور پیشگیری از رخداد خطا بنا شده است. پرستاران زمانی اشتباه خود را گزارش می‌کنند که احساس امنیت کنند و گزارش اشتباه آنان نتایج زیان‌آوری برای آن‌ها به دنبال نداشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه دانشجویی استخراج شده است. بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در مطالعه که بدون هیچ‌گونه چشمداشتی تجارب خود را در اختیار محققین قرار دادند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نتیجه‌گیری

تجارب شرکت‌کنندگان بیانگر وجود جو ناخوشایند مراکز مراقبت سلامتی است. جا دارد که فرهنگ‌سازی غنی در این زمینه از سوی مدیران مراکز مراقبت سلامتی اعمال گردد تا افراد پس از خطا، دغدغه‌های جانبی و بی‌ثمر نداشته باشند و بیشتر ذهن خود را به سوی بیمار سامان‌دهی نمایند و مدیران باید با توجه به رویکرد مبتنی بر سیستم با خطا برخورد نمایند. بر اساس این رویکرد همه افراد ممکن است مرتکب اشتباه شوند و بیشتر خطاها توسط سیستم‌های معیوب ایجاد می‌شوند و آن‌ها هستند که افراد را به سمت ارتکاب خطا یا ناتوانی در پیشگیری از آن رهنمون می‌کنند. البته این موضوع به این معنا نیست که افراد می‌توانند بی‌دقت باشند، بلکه هر

References

1. Hashemi F. Ethical response to nursing error. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2008; 1(4): 31-46.
2. Joolae S, Hajibabae F, Peyrovi H, Haghani H, Bahrani N. The relationship between incidence and report of medication errors and working conditions. *Int Nurs Rev* 2011; 58(1): 37-44.
3. Aronson JK. Medication errors. In: Aronson JK, editor. *Series: Side Effects of Drugs Annual: A Worldwide Yearly Survey of New Data (Book 32)*. Maryland Heights, MO: Elsevier; 2010. p. 903-922.
4. Jones JH, Treiber L. When the 5 rights go wrong: medication errors from the nursing perspective. *J Nurs Care Qual* 2010; 25(3): 240-7.
5. Kim KS, Kwon SH, Kim JA, Cho S. Nurses' perceptions of medication errors and their contributing factors in South Korea. *J Nurs Manag* 2011; 19(3): 346-53.
6. Hashemi F, Nikbakht A, Asghari F. Nurses perceived worries from error disclosure: A qualitative study. *Iran J Nurs Res* 2011; 6(20): 30-43.
7. Patrician PA, Brosch LR. Medication error reporting and the work environment in a military setting. *J Nurs Care Qual* 2009; 24(4): 277-86.
8. Tang FI, Sheu SJ, Yu S, Wei IL, Chen CH. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *J Clin Nurs* 2007; 16(3): 447-57.
9. Hajibabae F, Jolae S, Payravi H, Hagani H. The relationship of medication errors among nurses with some organizational and demographic characteristics. *Iran J Nurs Res* 2011; 6(20): 83-92.
10. Gaspar M, Silva CLD, Cavalheiro M, Charneski SN, Pipino O, Baglie SE. Risk management and the perception of the nursing staff on the error in the administration of antimicrobial. *BMC Proceedings* 2011; 5(Suppl 6): 156.
11. Wagner LM, Harkness K, Hebert PC, Gallagher TH. Nurses' perceptions of error reporting and disclosure in nursing homes. *J Nurs Care Qual* 2012; 27(1): 63-9.
12. Sanghera IS, Franklin BD, Dhillon S. The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK Intensive care unit. *Anaesthesia* 2007; 62(1): 53-61.
13. Clifton-Koeppel R. What Nurses Can Do Right Now to Reduce Medication Errors in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 2008; 8(2): 72-82.
14. Hosseinzadeh M, Ezate Aghajari P, Mahdavi N. Reasons of Nurses' Medication Errors and Persepectives of Nurses on Barriers of Error Reporting. *Hayat* 2012; 18 (2) :66-75
15. Waters NF, Hall WA, Brown H, Espezel H, Palmer L. Perceptions of Canadian labour and delivery nurses about incident reporting: a qualitative descriptive focus group study. *Int J Nurs Stud* 2012; 49(7): 811-21.
16. Valizadeh F, Ghasemi SF, Nagafi SS, Delfan B, Mohsenzadeh A. Errors in Medication Orders and the Nursing Staff's Reports in Medical Notes of Children. *Iranian Journal of Pediatrics* 2008; 18(Suppl 1):33-40

17. Pham JC, Story JL, Hicks RW, Shore AD, Morlock LL, Cheung DS, et al. National study on the frequency, types, causes, and consequences of voluntarily reported emergency department medication errors. *J Emerg Med* 2011; 40(5): 485-92.
18. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Qual Saf Health Care* 2010; 19(6): e43.
19. Handler SM, Perera S, Olshansky EF, Studenski SA, Nace DA, Fridsma DB, et al. Identifying modifiable barriers to medication error reporting in the nursing home setting. *J Am Med Dir Assoc* 2007; 8(9): 568-74.
20. De Cassia Pires CR, Dos Anjos MF, Pereira LL. The attitudes of nurses from an intensive care unit in the face of errors: an approach in light of bioethics. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(3): 324-30.
21. Hohenhaus SM. Emergency nursing and medical error--a survey of two states. *J Emerg Nurs* 2008; 34(1): 20-5.
22. Chiang HY, Lin SY, Hsu SC, Ma SC. Factors determining hospital nurses' failures in reporting medication errors in Taiwan. *Nurs Outlook* 2010; 58(1): 17-25.
23. Sarvadikar A, Prescott G, Williams D. Attitudes to reporting medication error among differing healthcare professionals. *Eur J Clin Pharmacol* 2010; 66(8): 843-53.

Nurses' Experiences of Medication Errors

Sedighe Farzi¹, Heidarali Abedi², Arash Ghodosi³, Ahmad Reza Yazdannik⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Patient safety has long been a major concern for healthcare professionals. Today, hospitals should provide patient safety in order to gain accreditation. Among patient safety issues, medication error rate has been considered as a major indicator of healthcare quality. The different aspects of medication error are not clearly known and the nurses are the main source of knowledge in this field. Therefore, the researcher decided to study the experiences of nurses who have been faced with a medication error in order to clarify the various aspects of this phenomenon. It is through the exact identification of this phenomenon that it can be managed.

Method: In the present study, a phenomenological qualitative approach was used. Participants in this study were nurses working in hospitals of Isfahan and had experienced medication error. Purposive sampling was adopted in the study and sample size was dependent on the data saturation. A total of 10 participants were chosen. Data collection was carried out through unstructured interviews and analysis through Colaizzi's Method.

Results: From the findings of this study, six main themes expressing participants' experiences emerged. The six main themes include: The context of error, the error range, negligence, the consequence of error, concealment of error, and reporting of error.

Conclusion: Nurses report their errors when they feel safe and do not see harmful results for them. Therefore, hospitals should review their policies on error reporting to ensure they actively encourage nurses to report medication errors, and to support a blame-free culture in the organization and a system-based approach to deal with the error.

Keywords: Nurses' medication errors, Nurses' experiences, Patient safety, Qualitative research

Citation: Farzi S, Abedi H, Ghodosi A, Yazdannik AR. **Nurses' Experiences of Medication Errors.** J Qual Res Health Sci 2014; 2(4): 310-9.

Received date: 02.11.2013

Accept date: 06.12.2013

1- Department of Surgical Nursing, Nursing Office, Deputy of Treatment, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Forensics, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

4- Assistant Professor, Department of Special Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Heidarali Abedi PhD, Email: drhabedi@gmail.com