Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Original Article
Volume 9, Issue 4, Winter 2021

Types of Nursing Errors Based on the Nurses' Lived Experience

Ansari M[1] , Sharifi S[2*] , Peikari H.R[3], Etebarian Khorasgani A[4]

1- Ph.D. Student of IT Management, Department of Management, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Management, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. **(Corresponding Author)**
Email: saeed.sharifi2003@gmail.com
3- Assistant Professor, Department of Management, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
4- Associate Professor, Department of Management, Isfahan(Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Downloaded from ijnv.ir at 2:22 +0430 on Monday July 19th 2021

Abstract

Introduction: The occurrence of human error is inevitable, and the health area and the nurses are no exception. Considering the fact that nursing service error is a harmful phenomenon and in some cases irrecoverable, therefore, identification the types of nursing errors in order to reduce them and improve patient safety is vital.

Methods: This research was performed qualitatively and through a descriptive phenomenological method. The purposive sampling was carried out in accordance with the benchmark and continued until the saturation of information with eight people.The samples were selected from nurses of hospitals with the highest nursing errors reported. Data collection was conducted using individual, deep and semi-structured interviews.The accuracy and robustness of the data were confirmed by the standards of Lincoln and Guba (1985). In order to analyze the result of the research, the Colaizzi method has been used.

Results: The types of nursing errors were classified into 5 clusters and 14 categories. Main clusters extracted include operating errors,precautionary errors,diagnostic errors,communication errors,registration and reporting errors.

Conclusions: The present paper shows that nurses' experiences are an important source for identifying the types of error and their categorization; many errors that may not be considered as errors ,have been identified as an error influencing nursing errors, which can reduce the incidence of nursing errors if understood by administrators and supervisors.

Keywords: Error, Types of nursing errors, Lived experiences, Nurses.

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۹، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۹

انواع خطاهای پرستاری بر اساس تجارب زیسته ی پرستاران

مریم انصاری [۱]، سعید شریفی [۲*]، حمیدرضا پیکری [۳]، اکبر اعتباریان خوراسگانی [۴]

۱- دانشجوی دکتری رشته مدیریت فناوری اطلاعات، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
۲- استادیار گروه مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران **(نویسنده مسئول)**
ایمیل: saeed.sharifi2003@gmail.com
۳ - استادیار گروه مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
۴- دانشیار گروه مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

چکیده

مقدمه: بروز خطای انسانی امری اجتناب ناپذیر است و حوزه سلامت و پرستاران نیز از این امر مستثنی نمی باشند. با توجه به اینکه خطا در عرصه ارائه خدمات پرستاری، پدیده ای آسیب رسان و در برخی موارد غیرقابل جبران است، لذا، شناسایی انواع خطاهای پرستاری جهت کاهش آن ها و ارتقاء امنیت بیماران امری حیاتی است. شناسایی انواع خطاهای پرستاری بر اساس تجربه زیسته پرستاران است.

روش کار: این پژوهش بصورت کیفی و به روش پدیدارشناسی توصیفی انجام شده است. نمونه گیری به صورت هدفمند متناسب با معیار آغازشده و تا اشباع اطلاعات با هشت نفر ادامه یافت. نمونه ها از بین پرستاران بیمارستان هایی انتخاب شد که بیشترین میزان خطاهای پرستاری در آن‌ها گزارش شده بود. جمع آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبهٔ فردی، عمیق و نیمه ساختار یافته انجام گرفته است. صحت و استحکام داده‌ها از معیارهای لینکلن و گوبا تائید شد و به منظور تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش، از روش کلایزی استفاده شده است.

یافته ها: انواع خطاهای پرستاری در ۵ خوشه و ۱۴ دسته قرار گرفت. خوشه های اصلی استخراج شده شامل خطاهای عملیاتی، خطاهای احتیاطی، خطاهای تشخیصی، خطاهای ارتباطی، خطاهای ثبت وگزارش نویسی می باشد.

نتیجه گیری: مقاله حاضر نشان می‌دهد تجربیات پرستان منبع مهمی برای شناسایی انواع خطا و طبقه بندی آن ها است؛ بسیاری از خطاهایی که ممکن است به عنوان خطا در نظر گرفته نشوند، به عنوان یک خطای تأثیرگذار در خطاهای پرستاری شناسایی شدند که درک آن توسط مدیران و سرپرستان می‌تواند باعث کاهش بروز خطاهای پرستاری شود.

کلیدواژه‌ها: خطا، انواع خطاهای پرستاری، تجارب زیسته، پرستاران.

مقدمه

خطا جزء لاینفک حوزه درمان است (۱-۴). عملیات پرخطر پزشکی و خطاهای پزشکی یکی از علل اصلی آسیب و آسیب های قابل اجتناب در سیستم های مراقبت های بهداشتی در سراسر جهان است.در حالیکه متوسط هزینه های تخمین زده شده از خطاهای پزشکی ۴۲ بیلیون دلار در سال است (۵). براساس مطالعات صورت گرفته در ۳۸٪ موارد بروز اشتباهات پزشکی مربوط به پرستاران می باشد (۶). ایجاد استرس و تعارضات اخلاقی در پرستاران، و مواردی مانند آسیب شدید به بیمار و حتی مرگ می تواند از نتایج جبران ناپذیر خطاهای پرستاری باشد (۷). تیلر (۸) خطاهای پرستاری را به معنی کوتاهی در انجام استانداردهای مراقبتی بیان می کند و مبنای این استانداردها را، وظایف و مسئولیت های حرفه ای می داند. بنر و همکاران (۹) برخی از خطاهای عملکردی پرستاری را قصور در بررسی دقیق بیمار و گرفتن شرح حال، قصور در تهیه شرح حال و گزارش تغییرات، تعیین هویت بیماران و شناسایی بیمار، اجرای اشتباه درمان، قصور در ارزشیابی مراقبت و ثبت به موقع، قصور در گزارش به موقع به پزشک، قصور در مشاهده کردن و ثبت صحیح مشاهدات، بکارگیری تجهیزات ناقص و معیوب که گاهاً سبب آسیب و یا سوختگی بیمار می گرد، عدم حفظ اطلاعات محرمانه بیماران و خطا در ثبت گزارشات پرستاری بیان کرده اند. چری و همکاران (۱۰) شایعترین خطاهای پرستاری شناخته شده را خطاهای دارویی می دانند.

Downloaded from ijnv.ir at 2:22 +0430 on Monday July 19th 2021

Downloaded from ijnv.ir at 2:22 +0430 on Monday July 19th 2021

اکثـر مطالعـات بـرروی انـواع خطاهـای دارویـی پرسـتاران مطالعـه نمـوده انـد (۱۱-۱۷) و ساینتسـینگ وهمـکاران خطاهـای پرسـتاران تـازه کار را بـا مطالعـه ۲۰ مقالـه از کتابخانـه آنلایـن اُویـد و موتورهای جسـتجو پروکوئسـت (۱۸) و کرمانـی و همکاران خطاهـای انسـانی مربـوط بـه وظایـف پرسـتار را بـا اسـتفاده از تکنیـک رویکـرد پیـش بینـی و کاهـش خطـای انسـانی سیسـتماتیک شناسـایی نمـوده انـد (۱۹).

یکـی از روش هـای شناسـایی خطاهـا روش پدیدارشناسـی اسـت. لال (۲۰۱۸) در تحقیـق خـود بـه شناسـایی علـل خطاهـای دارویـی پرسـتاران از طریـق روش پدیدارشناسـی پرداختـه اسـت (۲۰). علیرغـم وجـود برخـی گزارشـات در ایـن حـوزه، مطالعـات گذشـته بـه بررسـی انـواع خطـا از زوایـای محـدود پرداختـه انـد و تاکنـون تحقیـق جامعـی در خصـوص شناسـایی و طبقـه بنـدی انـواع خطـا در حـوزه پرسـتاری بـه روش پدیدارشناسـی صـورت نگرفتـه اسـت.در ایـن مقالـه سـعی شـده اسـت بـه شناسـایی و طبقـه بنـدی انـواع خطاهـای پرسـتاری پرداختـه شـود و بـه کمـک آن بتـوان زمینـه ای جهـت مدیریـت و پیشـگیری از خطاهـا و نهایتـا ارتقـای ایمنـی بیمـاران فراهـم گـردد.

روش کار

در ایـن مطالعـه بـه منظور شناسـایی و طبقه بندی انـواع خطاهای پرسـتاری، ، مطالعـه کیفـی بـه کار بـرده شـد. همچنیـن پدیـدۀ مـورد مطالعـه در ایـن پژوهـش، تجـارب انسـانی اسـت بنابرایـن، از روش تحقیـق کیفـی، پدیـده شناسـی(Phenomenology) کـه هـدف آن درک سـاختار اصلـی پدیـده هـای تجربـه شـده انسـانی ازطریـق تجزیـه و تحلیـل توضیحـات شـفاهی شـرکت کننـدگان مـی باشـد، اسـتفاده شـد (۲۱). ایـن تحقیـق در سـال ۱۳۹۷ انجـام گردیـده اسـت. جامعـه پژوهـش ایـن مطالعـه را نخبـگان پرسـتاری بیمارسـتان‌های تأمیـن اجتماعـی شـهر اصفهـان تشـکیل مـی دهنـد. نخبـگان براسـاس شـاخص هـای زیـر انتخـاب مـی شـوند: سرشـناس بـودن از نظـر اکثـر همـکاران، دارای سـابقه کار در بیمارسـتان هـای مهـم، دارای موقعیـت سرپرسـتی در بیمارسـتان هـا بـه ویـژه بیمارسـتان هایـی کـه خطاهـای پرسـتاری بـر اسـاس گزارشـات در آن هـا خیلـی زیـاد یـا خیلـی کـم هسـتند. بـرای انتخـاب نمونـه هـای مـورد مطالعـه، از نمونـه گیـری هدفمنـد مبتنـی بـر معیـار اسـتفاده گردید.اسـامی پرسـتارانی کـه شـامل مشـخصات فـوق هسـتند از دفتـر پرسـتاری گرفتـه شـد و از آن هـا جهـت انجـام مراحـل پژوهـش بصـورت کتبـی دعـوت بعمـل آمد. مشـخصات جمعیـت شـناختی شـرکت‌کنندگان در (جـدول ۱) آمـده اسـت.

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مصاحبه

شماره شرکت‌کننده	جنسیت	سن	مقطع تحصیلی	سمت کاری	سابقه کار
۱	مرد	۴۴ سال	فوق لیسانس	سرپرستار	۲۲ سال
۲	مرد	۴۳ سال	لیسانس	سرپرستار	۲۵ سال
۳	مرد	۴۳ سال	فوق لیسانس	پرستار	۲۲ سال
۴	زن	۴۲ سال	فوق لیسانس	پرستار	۲۱ سال
۵	زن	۴۵ سال	لیسانس	پرستار	۲۴ سال
۶	مرد	۴۸ سال	لیسانس	سرپرستار	۲۷ سال
۷	مرد	۴۳ سال	فوق لیسانس	پرستار	۲۳ سال
۸	زن	۴۶ سال	فوق لیسانس	پرستار	۲۵ سال

جهـت گـردآوری داده هـا از مصاحبـۀ فـردی، عمیـق نیمـه سـاختاریافته اسـتفاده گردیـد. قبـل از انجـام مصاحبـه هـا در مـورد اهمیـت و هـدف از انجـام پژوهـش بـه شـرکت کننـدگان توضیـح داده شـده و پـس از جلـب اطمینـان واعتمـاد آنـان در محرمانـه بـودن مصاحبـه و آزاد بـودن بـرای خـروج از مطالعـه در هـر زمـان و رعایـت نـکات اخلاقـی، مصاحبـه در محیطـی آرام و خصوصـی و بـا سـوالات بـاز انجـام و ضبـط گردید.سـپس مطالـب ضبـط شـده، بـه دقـت شـنیده شـده و بـه نـگارش در آمد.بـا هرکـدام از افـراد شـرکت کننـده تنهـا یـک بـار مصاحبـه انجـام گرفـت و مـدت زمـان انجـام مصاحبـه ۴۵-۷۵ دقیقـه بـود. تجزیه‌وتحلیـل داده‌هـا: جهـت تجزیـه و تحلیـل داده هـا، ، از روش کلایـزی اسـتفاده گردیـد. در روش پدیـدار شناسـی تجزیـه و تحلیـل توصیفـی اسـت نـه اسـتنباطی.به ایـن ترتیـب بر اسـاس مراحـل روش کلایـزی، مفاهیـم اسـتنباط شـده از مصاحبـه بـا

Downloaded from ijnv.ir at 2:22 +0430 on Monday July 19th 2021

شرکت کنندگان در ۹۹ کد قرار گرفت. در مرحله بعد سعی شد تا کدهای استخراج شده در دسته بندی های خاص موضوعی قرار داده شود. به این منظور، ابتدا زیر مجموعه هایی ایجاد شد که از ادغام آنها دسته های فرعی شکل گرفت و از ترکیب چند دسته فر عی نهایتا مفاهیم اصلی پژوهش بوجود آمد. انجام مصاحبه ها تا زمانی ادامه یافت که اشباع اطلاعات به وجود آمد یعنی بعد از انجام ۸ مصاحبه، در مصاحبه های بعدی (۲ مصاحبه) هیچ داده ی جدید ی به دست نیامد. در این تحقیق برای تأمین روایی و پایایی مطالعه از روش ارزیابی لینکولن و گوبا استفاده گردید که معادل روایی و پایایی در تحقیقات کمی است. بدین منظور و بر پایه این روش چهار معیار موثق بودن و اعتبار (باورپذیری)، انتقال پذیری، اطمینان پذیری (پایایی) و تأیید پذیری جهت ارزیابی در نظر گرفته شده است.

به منظور باورپذیری، پژوهشگر با صرف زمان کافی، تایید فرایند پژوهش توسط۱۰ نخبه پرستاری، استفاده از دو کدگزار برای کدگزاری چند نمونه مصاحبه جهت کسب اطمینان از یکسانی دیدگاه کد گذاران میزان موثق بودن داده های پژوهش را به حد قابل قبولی افزایش داده است.برای حصول اطمینان از انتقال پذیری یافته های پژوهشی ۸ نخبه پرستاری که در پژوهش مشارکت نداشتند در مورد یافته های پژوهش مورد مشورت قرار گرفتند و از طریق فرم هایی تحقیق حاضر روایی سنجی گردید. در همه مراحل کار و به منظور ایجاد اطمینان پذیری، جزئیات پژوهش و یادداشت برداری ها و کدگذاری ثبت و ضبط شد همچنین اگر یافته های پژوهشی بخواهد تایید شدنی باشد، باید تمامی جزئیات در تمامی مراحل به دقت بر روی کاغذ ثبت و بصورت الکترونیکی ضبط شود که این کار در مورد پژوهش حاضر انجام شد.

یافته‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها با روش کلایزی، ابتدا تمامی مکالمه های ضبط شده به متون نوشتاری تبدیل شدند . سپس کلیه ی یادداشت های میدانی و نوارهای پیاده شده مورد بازبینی مجدد قرار گرفتند. محققان در این مرحله سعی کردند که با مرور مکرر داده ها دید کلی نسبت به اطلاعات جمع آوری شده کسب کنند . در مرحله ی بعدی، با استفاده از راهبرد جمله به جمله، عبار ت های مهم و مرتبط با موضوع پژوهش مشخص شدند. سپس محققان سعی کردند که با ادغام موارد مشابه و حذف موارد تکراری، عبارت های استخراج شده را در قالب عبارت های معنادار فرموله کنند و آن ها را در خوشه های مختلف با توجه به مفاهیم دسته بندی کنند. نتایج بدست آمده در پیوست نمایش داده شده است.نتایج این تحقیق نشان داد انواع خطا را می توان در مفهوم های عملیاتی، احتیاطی، تشخیصی، ارتباطی، خطاهای ثبت وگزارش نویسی دسته بندی نمود. هریک از این آیتم ها شامل زیرمجموعه هایی می باشد. در زیر قسمت هایی از صحبت های مصاحبه شوندگان که منجر به استخراج این خوشه ها شد، آمده است:

۱.خطاهای عملیاتی

منظور از خطاهای عملیاتی، خطاهایی هستند که موقع اجرای امور رخ می دهند.این مفهوم شامل سه زیرمجموعه دارویی، مراقبتی و تجهیزات می باشد.

۱-۱-خطاهای عملیاتی- دارویی

خطاهای عملیاتی- دارویی ممکن است در طریقه مصرف، زمان مصرف، نوع دارو و آماده سازی رخ دهد.

در همین راستا مصاحبه شونده شماره ۵ مطرح می کند که:

((یکی از همکارامون حواسش نبوده اومده بود قرص زیرزبونی رو بصورت بلعیدنی داده بود یا یکی دیگه از همکارا دارو رو باید قبل از غذا میداده ولی بعد از غذا داده و یا یکی دیگه از همکارامون اومده بود داروی دو تا مریض رو اشتباه داده بود بهشون و یا یکی دیگه از همکارامون باید دارو رو رقیق می کرد قبل از تزریق ولی به این مورد حواسش نبوده و مریض متاسفانه توی کما رفته بود...))

۲-۱- خطاهای عملیاتی- مراقبتی

خطاهای عملیاتی- مراقبتی به ایمنی، درمانی، بهداشتی تقسیم می شوند. در همین راستا مصاحبه شونده شماره ۱ مطرح می کند که:

((شنیدم یکی از همکارا موقع عمل باند رو توی بدن بیمار جا گذاشته بود!!! و مریض دچار خونریزی شدید شده بود.یکی دیگه از همکارامون باید آمپول رو بصورت عضلانی تزریق می کرد اشتباهی بصورت وریدی تزریق کرده بود!!!یکی دیگه از همکارامون موقع پانسمان وسایل رو استریل نکرده بود و مریض دچار عفونت شده بودو ...))

۳-۱-خطاهای عملیاتی- تجهیزات

منظور از خطاهای عملیاتی- تجهیزات، بکارگیری تجهیزات است. در همین راستا مصاحبه شونده شماره ۴ مطرح می کند که:

Downloaded from ijnv.ir at 2:22 +0430 on Monday July 19th 2021

((همکارمـون اشـتباهی بـه جـای اینکـه لولـه تراشـه را داخـل نـای قـرار بـده خـدای مـن داخـل معـده گذاشـته بـود!!!!))

۲.خطاهای احتیاطی

منظـور از خطاهـای احتیاطـی، امـوری اسـت کـه بـه احتیـاط بیشـتری نیـاز دارنـد و در اثـر بـی احتیاطـی ایـن خطاهـا رخ مـی دهـد.

ایـن مفهـوم شـامل پنـج زیرمجموعـه دارویـی، مراقبتـی، علائـم، دسـتگاه هـا تجهیـزات و اتصـالات، ، آموزشـی مـی باشـد.

۲-۱-خطاهای احتیاطی – دارویی

خطاهـای دارویـی بـه شـرایط خـاص و شـرایط عمومـی تقسـیم بنـدی شـده اسـت. در همیـن راسـتا مصاحبـه شـونده شـماره ۶ مطـرح مـی کنـد کـه:

((یکـی از مریضـا بـه پنـی سـیلین حساسـیت داشـت ولـی همکارمـون متاسـفانه توجـه نکـرده بـود و آمپـول رو تزریـق کـرده بـود و مریـض تشـنج کـرد یـا یکـی دیگـه از همکارامـون بایـد آنتـی بیوتیـک هـا رو سـر سـاعت بـه مریـض میـداد ولـی فرامـوش کـرده بـود دارو رو بـه مریـض بـده!!))

۲-۲- خطاهای احتیاطی – مراقبتی

خطاهـای مراقبتـی بـه بهداشـتی، نظارتـی، اطلاعـات مریـض تقسـیم بنـدی شـده اسـت. در همیـن راسـتا مصاحبـه شـونده شـماره ۴ مطـرح مـی کنـد کـه:

((همکارمـون شـدید سـرما خـورده بـود ولـی بـی احتیاطـی کـرده بـود و بـدون ماسـک وارد اتـاق CCU شـده بـود و ویروسـش اونجـا پخـش شـده بـود و مریضـا دچـار مشـکل شـده بودنـد.))

همچنین مصاحبه شونده شماره ۲ مطرح می کند که:

((یکـی از همـکارا موقـع تزریـق خـون بایـد بـا یـه نفـر دیگـه نـوع خـون رو چـک مـی کردنـد ولـی بـی احتیاطـی کـرده بـود و ایـن کار رو نکـرده بـود!!! خـدای مـن اشـتباه خـون رو تزریـق کـرده بـود و مریـض رفتـه بـود تـو کمـا .بیـار هـم خودم حواسـم نبـود و کارت دارویـی دو مریـض رو جابجـا تـو پرونـده هاشـون گذاشـته بـودم!! و همـکارم تـو شـیفت بعـد اومـده بـود دارو بـده خداروشـکر اون متوجـه شـده بـود.))

۳-۲- خطاهای احتیاطی – علائم

خطاهـای علائـم بـه حیاتـی و جانبـی تقسـیم بنـدی شـده اسـت. در همیـن راسـتا مصاحبـه شـونده شـماره ۶ مطـرح مـی کنـد کـه:

((شـنیدم یکـی از همـکارا بـه یکـی از مریضـا خـون تزریـق کرده بـود بایـد هـر ۱۵ دقیقـه علائـم حیاتـی مریـض رو چـک مـی کـرده ولـی متاسـفانه ایـن کار رو نکـرده بـود و ... یـا یکـی از مریضـا از یـه دارویـی مسـموم شـده بـود و فشـارش افتـاده بـوده ولـی همـکارم حواسـش نبـوده...

۴-۲- خطاهای احتیاطی – دستگاه ها، تجهیزات و اتصالات

خطاهـای دسـتگاه هـا تجهیـزات و اتصـالات بـه چکاپ،بکارگیری و تنظیـم تقسـیم بنـدی شـده اسـت.در همیـن راسـتا مصاحبـه شـونده شـماره ۸ مطـرح مـی کنـد کـه:

((شـب هـا حتمـا بایـد بـت سـاید هـا رو چـک کنیـم همـکارم چـک نکـرده بـود و مریـض از تخـت افتـاده بـود و ... مـورد دیگـه ایـن کـه یکـی از همـکارا تـوی اتـاق عمـل موقـع اسـتفاده از الکتـرود هـا بـی دقتـی کـرده بـود و باعـث سـوختگی مریـض شـده بـود.))

همچنین مصاحبه شونده شماره ۷ مطرح می کند که:

((دارو بایـد آروم بـه مریـض تزریـق مـی شـده ولـی همـکارم متاسـفانه حواسـش نبـوده و دسـتگاه انفوزیـون رو اشـتباه تنظیـم کـرده بـود!!...))

۵-۲- خطاهای احتیاطی – آموزشی

ایـن نـوع از خطـا شـامل آمـوزش طریقـه مصـرف دارو می باشـد. در همیـن راسـتا مصاحبـه شـونده شـماره ۲ مطـرح مـی کنـد که:

((مریـض داشـته مرخـص مـی شـده همـکارم بـی دقتـی کـرده بـوده و نحـوه مصـرف قـرص وارفاریـن رو اشـتباه بهـش گفتـه بـود!!!....))

۳.خطاهای تشخیصی

منظـور از خطاهـای تشـخیصی، تشـخیص اشـتباه در دسـتور، دارو و هویـت افـراد اسـت.این مفهـوم شـامل سـه زیرمجموعـه دسـتور، دارو، هویتـی مـی باشـد .

۳-۱- خطاهای تشخیصی – دستور

خطاهـای دسـتور شـامل دانشی،نگارشـی و ادراکـی مـی باشـد. در همیـن راسـتا مصاحبـه شـونده شـماره ۷ مطـرح مـی کنـد کـه:

((یکـی از همـکارا دسـت خـط دکتـر رو کـه بـد خـط نوشـته بـود رو درسـت تشـخیص نـداده بـود و دوز دارو رو یـه چیـز دیگـه خونـده بـود و دوز خیلـی بـالا داده بـود بـه مریـض!!!.))

۳-۲- خطاهای تشخیصی – دارو

خطاهـای دارو بـه کاربـردی و نظارتـی تقسـیم بنـدی مـی شـود. در همیـن راسـتا مصاحبـه شـونده شـماره ۵ مطـرح مـی کنـد کـه:

((یکـی از داروهـا تاریخـش گذشـته بـوده و متاسـفانه همـکارم حواسـش نبـوده و...))

۳-۳- خطاهای تشخیصی – هویتی

خطاهـای هویتـی شـامل خطاهـای تخصصـی (درمانـی) و حقیقی مـی باشـد. در همیـن راسـتا مصاحبـه شـونده شـماره ۳ مطـرح مـی کنـد کـه:

Downloaded from ijnv.ir at 2:22 +0430 on Monday July 19th 2021

((یبار یکی از همکارا دو تا از مریضا رو با هم اشتباه گرفته بود و داشته اشتباهی اونو میبرده پرتودرمانی!! یا یبار یکی از همکارا نوزاد رو که بدنیا اومده بود اشتباهی به دایی بچه تحویل داده بود و ....))

۴. خطاهای ارتباطی

منظور از خطاهای ارتباطی، ارتباطات انسانی است که بصورت خطاب کردن افراد و روانی که با روحیه افراد در ارتباط است، می باشد. در همین راستا مصاحبه شونده شماره ۸ مطرح می کند که:

((یکی از همکارامون عادت داشت مریضا رو به اسم صدا میزد یبار این کارو کرده بود و حواسش نبوده که این اون مریض مورد نظر نیست و آمپول رو اشتباهی بهش تزریق کرده بود.))

۵.خطاهای ثبت و گزارش نویسی

این مفهوم شامل دو زیرمجموعه ثبت و گزارش نویسی می باشد .

۵-۱- خطاهای ثبت

خطاهای ثبت شامل خطاهای سیستمی و دستی است.در همین راستا مصاحبه شونده شماره ۳ مطرح می کند که:

((همکارمون اسم دارو رو اشتباهی از پرونده به کاردکس وارد کرده بود و طبق اون دارو رو به مریض داده بود و مریض دچار افت فشار شده بود.))

۵-۲- خطاهای گزارش نویسی

خطاهای گزارش نویسی شامل خطاهای ادراکی و اصولی است. در همین راستا مصاحبه شونده شماره ۱ مطرح می کند که:

((یبار یکی از همکارا به یه بیمار دارو داده بود ولی توی گزارش بیمار ننوشته بود و من که اومدم دوباره دارو رو به بیمار می خواستم بدم ...))

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر،شناسایی و طبقه بندی انواع خطاهای پرستاری بر اساس تجربه زیسته پرستاران بود. یافته های حاصل از مطالعه در ۵ دسته اصلی به دست آمد که به تفصیل در ذیل در مورد آنان بحث می گردد. همانطور که از یافته ها بر می آید یکی از انواع خطاهایی که توسط پرستاران رخ می دهد خطاهای عملیاتی است که در زمان اجرای امور دارویی، مراقبتی و کار با تجهیزات رخ می دهند. خطاهای عملیاتی- دارویی مربوط به خطاهای طریقه و زمان مصرف،نوع دارو و نحوه آماده سازی آن می باشد.نتایج مطالعات محمدفام و همکاران (۲۲)،کیم و همکاران (۱۲)، شواپاچ و ورنلی (۱۳)، آیتو و یامازومی (۱۴)، اُشی (۱۵)، فرضی و همکاران (۱۶) و ابراهیم پور و همکاران (۱۷)، یعقوبی و همکاران (۲۳)، ساکی و همکاران (۲۴)، جولائی و همکاران (۲۵)، باغچقی و کوهستانی (۲۶) نیز خطاهای دوز اشتباه، روش مصرف اشتباه، زمان اشتباه ،داروی اشتباه را بعنوان خطاهای دارویی حین کار قلمداد نموده اند.

در این مطالعه خطاهای عملیاتی- مراقبتی به خطاهای ایمنی، درمانی، بهداشتی تقسیم بندی شده است.نتایج مطالعه جولائی و همکاران، تزریق به طریقه ناصحیح را یکی از انواع خطاهایی که در حین امور درمانی رخ می دهد عنوان نموده است.خطاهای عملیاتی- تجهیزات به خطاهای که در هنگام بکارگیری تجهیزات رخ می دهد گفته می شود.به گونه ای که محمدفام و همکاران (۲۲) نیز در تحقیق خود که به منظور شناسایی و ارزیابی خطاهای انسانی پرستاران بخش مراقبت های ویژه قلب با استفاده از تکنیک روش تجزیه و تحلیل خطا و قابلیت اطمینان شناختی بر روی کل پرستاران بخش مراقبت های ویژه قلب یکی از بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شده بود، بیشترین احتمال وقوع خطا را در وظایف تنظیم و به کارگیری شوک الکتریکی در موارد ضروری عنوان نموده اند. همچنین صیدی و زردشت (۲۷)، تنظیم نادرست وسایل انفوزیون و کنعانی و همکاران (۲۸) خطا در پروسیجر جایگذاری لوله معده ای نوزادان نارس را بعنوان یکی از مهم ترین خطاها دانسته اند که موید خطاهای عملیاتی تجهیزات می باشد. در این راستا کرمانی و همکاران (۱۹) خطاها را در قالب خطاهای عملکردی دسته بندی نموده اند. محققین ثابت کرده اند که اگر نظارت به خوبی و موثر انجام شود می تواند از بروز خطاهای عملیاتی جلوگیری نماید (۲۹). جهت کنترل یا جلوگیری از بروز این نوع خطاها باید اقدامات کنترلی از قبیل تهیه و تدوین دستورالعمل و چک لیست،نظارت موثرتوسط مدیر یا سرپرست، آموزش دانشی و مهارتی پرستاران و سایر اقدامات کنترلی اعمال شود.

از دیگر طبقه خطاهای حاصل از مطالعه ،خطاهای احتیاطی است که در اثر بی احتیاطی در امور دارویی، مراقبتی، علائم، دستگاه ها تجهیزات و اتصالات و آموزشی رخ می دهند. خطاهای احتیاطی- دارویی شامل خطاهای شرایط خاص و

Downloaded from ijnv.ir at 2:22 +0430 on Monday July 19th 2021

شرایط عمومی می شود که علیجان زاده و همکاران (۳۰)، باغچقی و کوهستانی (۲۶)، وفائی نجار و همکاران (۳۱)، ساکی و همکاران (۲۴) نیز در مطالعات خود عدم توجه به حساسیت های دارویی بیمار و عدم اخذ سوابق دارویی را مهم ترین خطاهای دارویی می دانند.

خطاهای احتیاطی- مراقبتی شامل خطاهای بهداشتی،نظارتی و اطلاعات مریض می شود.نتایج مطالعات وفائی نجار و همکاران (۳۱) ،ساکی و همکاران (۲۴) و محمدفام و همکاران (۲۲) نیز در عدم رعایت نکات استریل و عدم اخذ تاریخچه پزشکی با مطالعه مذکور هم راستاست.

خطاهای احتیاطی- علائم شامل خطاهای علائم حیاتی و جانبی و عدم توجه به آن ها است که نتایج مطالعات وفائی نجار و همکاران (۳۱) ،ساکی و همکاران (۲۴) و محمدفام و همکاران (۲۲) نیز مؤید این موضوع هستند.

خطاهای احتیاطی-دستگاه ها تجهیزات و اتصالات شامل خطاهای چکاپ،بکارگیری و تنظیم می شود که محمدفام و همکاران (۲۲) در مطالعه خود عدم مراقبت از لوله تراشه و کرمانی و همکاران (۱۹) نیزخطاهای بازبینی را از این طبقه از خطاها بیان نموده اند.

خطاهای احتیاطی-آموزشی شامل خطاهای طریقه مصرف می شود که نتایج مطالعه محمد فام و همکاران (۲۲) نیز نشان داد که پرستاران در آموزش های پیش، حین و پس از بستری دچار خطا می شوند.

در خصوص کنترل این نوع خطاها می توان نظارت های روتین و غیرروتین توسط سرپرست و یا مسئول شیفت،آموزش های مهارتی پرستاران،کاهش حجم کاری، دقت در تنظیم شیفت ها و استفاده از پرستاران مجرب بخصوص در بخش های ویژه را اعمال نمود.

طبقه دیگری از خطاها،خطاهای تشخیصی است که با تشخیص اشتباه در دستور، دارو و هویت افراد رخ می دهد.

خطاهای تشخیصی- دستور شامل خطاهای دانشی،نگارشی و ادراکی می شود که نتایج مطالعات محمد فام و همکاران (۱۰)، وفائی نجار و همکاران(۳۱)، یعقوبی و همکاران (۲۳)، ساکی و همکاران (۲۴)، ابراهیم پور و همکاران(۱۷) و باقری نسامی و همکاران (۳۲) در خصوص اشتباه در واردکردن دستورات پزشک،اشتباه در خواندن دستورات دارویی به دلیل ناخوانا بودن با نتایج مطالعه مذکور هم راستاست.

خطاهای تشخیصی- دارو شامل خطاهای کاربردی و نظارتی می شود که وفائی نجار و همکاران (۳۱) نیز در مطالعه خود چک نکردن تاریخ انقضای دارو را به عنوان یکی از خطاهای پرستاران عنوان نموده است.

خطاهای تشخیصی- هویتی شامل خطاهای تخصصی و حقیقی می شود که نتایج مطالعات محمدفام و همکاران (۲۲)، کیم و همکاران (۱۱)، شواپاچ و ورنلی (۱۲)، آیتو و یامازومی (۱۳) اُشی(۱۴)، فرضی و همکاران (۱۵) و ابراهیم پور و همکاران (۱۶)، علیجان زاده و همکاران (۳۰)، باغچقی و کوهستانی(۲۶)، یعقوبی و همکاران (۲۳) نیز بیمار اشتباه و مطالعه ساکی و همکاران (۲۴) ارسال نمونه خون اشتباه به آزمایشگاه را از خطاهای پرستاران نام برده اند.

جهت جلوگیری و رفع خطاهای تشخیصی، مدیران مراکز درمانی و بیمارستان ها می توانند با برگزاری منظم دوره های آموزشی- عملی دارویی (شباهت دارویی و ...) و ایجاد تکنیک های مناسب نسخه برداری شامل ایجاد فرهنگ تحویل یک نسخه با خط مناسب، به کارگیری حروف بزرگ به جای حروف شکسته، اجتناب از به کارگیری اختصارات تاییدنشده و نیز بکار گیری سیستم کامپیوتری در ثبت دستورات پزشک (۳۱) و همچنین دوره های افزایش تمرکز و کنترل ذهن اقدامات موثری انجام دهند.

از دیگر طبقه خطاهای حاصل از مطالعه، خطاهای ارتباطی است که در روابط انسانی بصورت خطابی و روانی صورت می گیرد. نتایج مطالعات کرمانی و همکاران (۱۹) در طبقه بندی خطاها با عنوان خطاهای ارتباطی موید این طبقه است.

یکی از نیازهای آموزشی پرستاران مربوط به نگرش آن هاست که در این راستا باید تعامل مثبت با بیمار و روحیه بخشی به وی، حس مسئولیت پذیری، دلسوزی، نوع دوستی و همدلی نسبت به بیماران در آن هاپرورش و تقویت گردد.

طبقه دیگری از خطاها، خطاهای ثبت و گزارش نویسی است که خطاهای ثبت شامل خطاهای سیستمی ودستی می باشد که وفائی نجار و همکاران (۳۱)، صیدی و زردشت (۲۷)، محمد فام و همکاران (۲۲)، باقری نسامی و همکاران (۳۲) نیز خطا در ثبت داده در سیستم جامع بیمارستانی، اشتباه در وارد کردن اطلاعات از پرونده به کاردکس و اشتباه در ثبت مستندات را در نتایج مطالعات خود بعنوان خطاهای پرستاری بیان نموده اند.

خطاهای گزارش نویسی شامل خطاهای اصولی و ادراکی است که در گزارش نویسی ناقص و اشتباه مطرح می شود نتایج مطالعات صیدی و زردشت (۲۷) و ساکی و همکاران نیز

Downloaded from ijnv.ir at 2:22 +0430 on Monday July 19th 2021

موید این نوع از خطاهاست.

در مطالعه ای که توسط سینها و همکاران در چیدن برنامه کشیک بخش اورژانس انجام شد نشان داده شده است که ۷۵ درصد آموزش های کتبی انجام شده استاندارد نبوده و ۵۰ درصد سیاست ها و برنامه ها نیز مکتوب نبوده است (۳۳). بنابراین میتوان با آموزش های استاندارد موارد مکتوب ،ثبتی و کامپیوتری و استفاده از سیستم های گزارش دهی کامپیوتری از بروز این نوع خطاها جلوگیری نمود.

نتیجه گیری

بروز خطای انسانی امری اجتناب ناپذیر است و حوزه سلامت و پرستاران نیز از این امر مستثنی نمی باشند. اکثریت کادر درمانی مرتکب این خطاها می شوند که بخش قابل ملاحظه ای از این خطاها توسط کادر پرستاری رخ می دهند که با وجود پیشرفت های قابل توجه در تکنولوژی و مهارت های مراقبتی، همچنان بسیاری از بیماران در اثر اینگونه از خطاها دچار آسیب یا مرگ می شوند. لذا سیاستگذاران و دست اندکاران حوزه سلامت می بایست توجه و اولویت ویژه ای به این موضوع اختصاص داده و با راهکارهای لازم همچون آموزش و ارائه اطلاعات بیشتر به پرستاران، رعایت استاندارد تعداد پرستار به بیمار، فراهم کردن شرایط کاری و محیطی مناسب و بطور کلی پیاده سازی سیاست گذاری های هدفمند در جهت کاهش خطاها اقدامات موثری انجام دهند. مطالعه حاضر می تواند به مدیران پرستاری، مدیران بیمارستان ها، مدیران وزارت بهداشت، مدیران سازمان های بیمه کمک کند که با شناسایی انواع خطا و طبقه بندی آن ها، احتمال رخداد آن ها را از قبل پیش بینی و نسبت به کاهش و رفع آن ها اقدام نمایند. از محدودیت های این پژوهش می توان به این مورد اشاره نمود که این مطالعه در ایران و بر اساس تجارب زیسته ی پرستاران این کشور انجام شده است و تجارب زیسته ی پرستاران کشورهای دیگر در آن در نظر گرفته نشده است. همچنین پیشنهاد می شود محققان در تحقیقات آتی خود سعی در دسته بندی انواع خطاهای پرستاری بر اساس یکی از مدل های شناخته شده انواع خطا بپردازند.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه با عنوان "توسعه مدل شِل و راسموسن بر اساس تجارب زیسته ی پرستاران در خطاهای انسانی " در مقطع دکترای تخصصی مدیریت فناوری اطلاعات، در سال ۱۳۹۷ و با کد اخلاق 1397.222 IR.IAU.KHUISF.REC. است. بدینوسیله نویسندگان این مقاله از مدیریت سازمان تامین اجتماعی مدیریت درمان استان اصفهان، مدیریت بیمارستان های تامین اجتماعی شهر اصفهان و کلیه پرستارانی که در راستای انجام این تحقیق همکاری های لازم را بعمل آورده اند، قدردانی و تشکر می نمایند.

References

1. Shah MH, Peikari HR. Electronic Prescribing Usability: Reduction of Mental Workload and Prescribing Errors Among Community Physicians. Telemedicine and e-Health. 2016; 22(1):36-44.
2. Peikari HR, Shah MH, Zakaria MS, Yasin NM, Elhissi A. The impacts of second generation e-prescribing usability on community pharmacists outcomes. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2015; 11 (3): 339-51.
3. Peikari HR, Zakaria MS, Yasin NM, Shah MH, Elhissi A. Role of computerized physician order entry usability in the reduction of prescribing errors. Healthcare Informatics Research. 2013;19(2):93-101.
4. Green M. Nursing error and human nature2004. 37-44 p.
5. Organization WH. Patient Safety Making health care safer. 2017.
6. Soozani A, Bagheri H, Poorheydari M. Investigating the Factors Affecting the Incidence of Drug Mistakes from the Viewpoints of Nurses in Different Departments of Imam Hossein Hospital in Shahroud. KNOWLEDGE AND HEALTH. 2007; 3 (2): 8-13.
7. Bagaei R, Nadari Y, Khalkhali H. Evaluation of predisposing factors of nursing errors in critical care units of urmia medical science university hospitals. Journal of Urmia Nursing Midwifery Faculty. 2012; 10 (3): 3475-87.
8. Tiller GYB. The regularity for medical mistakes. Tehran: Iranian in formation Documentation center. 2006; 105.
9. Benner P, Malloch K, Sheets V, Bitz K. TERCAP: Creating a national database on nursing errors. Harvard Health Policy Review. 2006; 7 (1):48-63.
10. Cherry B, Ashcraft A, Owen DJGN. Perceptions of job satisfaction and the regulatory environment among nurse aides and charge nurses in long-term care. 2007;28(3):183-92.
11. Pham JC, Story JL, Hicks RW, Shore AD, Morlock LL, Cheung DS, et al. National study on

Downloaded from ijnv.ir at 2:22 +0430 on Monday July 19th 2021

the frequency, types, causes, and consequences of voluntarily reported emergency department medication errors. The Journal of emergency medicine. 2011;40(5):485-92.
12. Kim KS, KWON SH, KIM JA, Cho S. Nurses' perceptions of medication errors and their contributing factors in South Korea. Journal of Nursing Management. 2011;19(3):346-53.
13. Schwappach D, Wernli M. Medication errors in chemotherapy: incidence, types and involvement of patients in prevention. A review of the literature. European journal of cancer care. 2010;19(3):285-92.
14. Ito H, Yamazumi S. Common types of medication errors on long-term psychiatric care units. International Journal for Quality in Health Care. 2003;15(3):207-12.
15. O'Shea E. Factors contributing to medication errors: a literature review. Journal of clinical nursing. 1999;8(5):496-504.
16. Farzi S, Farzi S, Alimohammadi N, Moladoost A, Pain. Medication errors by the intensive care units› nurses and the Preventive Strategies. Journal Of Anesthesiology and Pain. 2016;6(2):33-45.
17. Ebrahimipour H, Hosseini E, Haghighi H, Tabatabaee SS, Badiee S, Vafaee Najar A, et al. Evaluation of medication errors by nurses in hospitals affiliated with Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. Journal of Patient Safety Quality Improvement. 2016;4(3):400-4.
18. Saintsing D, Gibson LM, Pennington AW. The novice nurse and clinical decision-making: how to avoid errors. Journal of Nursing Management. 2011;19(3):354-9.
19. Kermani a, Mazloumi a, NaslSeraji j, GhasemZadeh f. Identification and evaluation of human errors using SHERPA technique among nurses at emergency ward of an educational hospital in Semnan city, Iran. OCCUPATIONAL MEDICINE Quarterly Journal. 2013;4(4):29-43.
20. Lall S. The Lived Experience of Making a Medication Administration Error in Nursing Practice. International Journal of Nursing. 2018;4(2):11-21.
21. Burns N, Grove S. The practice of nursing research conduct,critique and utilization. Philadelphia:WB saunders co. 2001.
22. Mohamadfam I, Movafagh M, Soltanian A, Salavati M, Bashirian S. Identification and evaluation of human errors among the nurses of coronary care unit using CREAM techniques. Journal of Ergonomics. 2014;2(1):27-35.
23. Yaghoubi M, Salehi-nia H, Charkht-gorgij E, Salari-tabas A. Investigating the causes of medication errors in nurses , and strategies to prevent it. Journal Res Comm Students Sabzvar Univ Med Sci. 2014;18(3,4):21-9.
24. Saki K, Khezri_Azar J, Mohebbi I. Nursing errors and its relationship with fatigue among nurses of the emergency ward. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2016;13(10):835-42.
25. Jolaee S, Shali M, Haghani H. The relationship between incidence of medication errors and nurse›s professional commitment. Medical Ethics Journal. 2014;8(28):101-19.
26. Baghcheghi N, Kuhestani H. Investigating the errors of nursing students at the stage of preparation and injection of intravenous drugs. Strides in development of medical education. 2008;5(1):43-9.
27. Seidi M, Zardosht R. Survey of nurses› viewpoints on causes of medicinal errors and barriers to reporting in pediatric units in hospitals of mashhad university of medical sciences. Journal of Fasa university of medical sciences. 2012;2(3):142-7.
28. Kanani F, Asghari Jafar Abadi M, Valizadeh L. Types of nursing errors in gastric tube insertion procedure in preterm infants in neonatal intensive care unit,Sanandaj,2013. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2016;13(11):953-63.
29. Ghasemi M. Survey of Ergonomic Human Error In Control Room of Petrochemical Industry by SHERPA. Journal Health School of Tehran University Of Medical Science. 2009:2-150.
30. Alijanzadeh M, Mohebifar R, Azadmanesh Y, Faraji M. The Frequency of Medication Errors and Factors Influencing the Lack of Reporting Medication Errors in Nursing at Teaching Hospital of Qazvin University of Medical Sciences, 2012. journal of health. 2015;6(2):169-79.
31. Vafaee-Najar A, Ghane H, Hooshmand E, Ebrahimipour H, Dadpour B, Shafiee M. A study on the analysis of errors and their effects for evaluating the processes of prescribing and consuming drugs in ICU for the burns. Journal North Khorasan Univ Med Sci. 2016;8(3):507-21.
32. Bagheri Nesami M, Esmaeili R, Tajari M. Frequency of non injectable medication administration errors in nurses of cardiac critical care units in mazandaran province in 2014. Journal Rafsanjan Univ Med Sci. 2016;15(2):151-64.
33. Dhingra KR, Elms A, Hobgood C. Reducing error in the emergency department: a call for standardization of the sign-out process. Journal Annals of emergency medicine. 2010;56(6):637-42.