

## بررسی نظرات و آگاهی پرستاران در رابطه با اشتباهات دارویی و راههای پیشگیری از آن در بیمارستان های آموزشی خرم آباد 1384

فاطمه قاسمی<sup>1</sup>، فاطمه ولی زاده<sup>1</sup>، مرضیه مؤمن نسب<sup>2</sup>

1-مربی، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان  
2-مربی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

یافته / دوره دهم / شماره 2 / تابستان 87 / مسلسل 36

### چکیده

دریافت مقاله: 86/10/3، پذیرش مقاله: 87/1/21

مقدمه: اشتباهات دارویی شایع ترین علت قابل اجتناب آسیب با منشا ناشناخته برای بیماران هستند و از هر 3 حادثه دارویی یک مورد در اثر اشتباه پرستار هنگام دادن دارو به بیمار اتفاق می افتد. از آنجا که دستورات دارویی بخش مهمی از فرایند درمان بیمار می باشد، عدم توجه به اصول صحیح به کارگیری آن می تواند منجر به بروز مشکلات عدیده ای چون درمان نادرست و ناموفق یا ناقص و بالا خره بروز معضلات قانونی گردد. هدف از مطالعه حاضر تعیین نظرات و آگاهی پرسنل پرستاری در رابطه با اشتباهات دارویی و راههای پیشگیری از آن در بیمارستان های آموزشی خرم آباد در سال 1384 بود.

مواد و روش ها: این تحقیق یک مطالعه توصیفی-مقطعی است. نمونه پژوهش شامل 86 پرستار شاغل در بیمارستان های آموزشی خرم آباد در سال 1384 بود که به روش تصادفی انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه و روش جمع آوری اطلاعات مصاحبه ساختار یافته بود. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 13 و آزمونهای آمار توصیفی و مجذور کای مورد بررسی و تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد پرستاران کمبود نیرو (100%)، زیاد بودن شیفت، شب کاری و شیفت های طولانی و پشت سر هم (83/7%)، مشکلات فردی یا شخصی پرستار (79/9%)، حضور همراه و شلوغی بخش (79/9%) و شرایط نامناسب محیطی (73/3%) را مهمترین علل وقوع اشتباهات دارویی گزارش کردند. ترس از توبیخ و تنبیه (88/4%)، مهم نبودن اشتباه دارویی (57%) و عدم برخورد حمایتی مسولان پرستاری (50%) مهمترین علل عدم گزارش اشتباهات دارویی گزارش شدند. افزایش نیرو متناسب با تعداد بیماران (98/8%)، آموزش پرسنل (96/5%) و اطلاع رسانی در مورد داروهای جدید (69/8%) مهمترین روشهای پیشگیری از بروز اشتباهات دارویی گزارش شدند. در 62/8% میزان آگاهی پرستاران در مورد اشتباهات دارویی و روشهای پیشگیری از آن در حد متوسط بود.

بحث و نتیجه گیری: نتایج نشان داد از نظر پرستاران اقداماتی مثل کاهش فشار کار و افزایش نیرو متناسب با تعداد بیمار، بهبود شرایط محیطی بخش ها و حذف مخدوش کننده های تمرکز، انجام اقداماتی برای آموزش و بهبود آگاهی پرسنل، افزایش نقش فارماکولوژیستهای بالینی، ایجاد سیستم گزارش خطاهای رخ داده و تمرکز بر علت بروز خطانه فردیکه مرتکب اشتباه شده و افزایش سیستم های کنترل و نظارت می تواند در کاهش خطاهای دارویی موثر باشد و باید برای اقدامات و قوانین مربوط به پیشگیری و گزارش اشتباهات دارویی هم به فرد و هم به سیستم توجه داشت.

کلید واژه ها: نظرات، آگاهی، پرستار، اشتباه دارویی، پیشگیری، خرم آباد

آدرس مکاتبه: خرم آباد، کمالوند، مجتمع آموزشی پردیس، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری و مامایی

پست الکترونیک: ghasemi2211156@yahoo.com

**مقدمه**

از نظر تئوری همه اشتباهات دارویی قابل پیشگیری

هستند و مطالعات نشان داده تقریباً یک سوم حوادث دارویی ناخواسته مرتبط با اشتباهات دارویی قابل پیشگیری هستند. به علت اینکه اکثراً پرستار مسئول دادن دارو به بیمار در بیمارستانهاست اشتباهات دارویی می تواند مستقیماً به وسیله مراقبت پرستاری متاثر شود. به طوریکه امروزه اشتباهات دارویی به عنوان معیاری برای تعیین کیفیت کار پرسنل ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در نظر گرفته می شوند. لذا تشخیص و تحلیل سیستماتیک علل ایجادکننده آنها می تواند منجر به برنامه ریزی بهتر جهت پیشگیری از آنها و بهبود کیفیت کار پزشکان و پرستاران شود (6، 12، 13).

تعیین نظرات و آگاهی پرستاران در مورد اشتباهات دارویی و روشهای پیشگیری از آنها می تواند منجر به پیشنهاد یا اتخاذ تصمیم های مناسب و ایمن دارو دادن جهت پیشگیری از اشتباهات دارویی و در نتیجه افزایش کیفیت مراقبت و امنیت برای بیماران نیز بشود (13).

هدف از مطالعه حاضر تعیین نظرات و میزان آگاهی پرستاران در مورد اشتباهات دارویی و روشهای پیشگیری از آنها در بیمارستان های آموزشی درمانی خرم آباد در سال 1384 بود، تا شاید بدین وسیله بتوان با توجه به سطح آگاهی و نظرات پرستاران راهکارهای مناسبی جهت کاهش بروز اشتباهات دارویی و عوارض ناشی از آن ارائه کرد.

**مواد و روشها**

این تحقیق یک مطالعه توصیفی - مقطعی بود. محیط پژوهش شامل کلیه بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان در شهر خرم آباد بود.

جامعه پژوهش شامل کلیه رده های مختلف پرستاری شاغل در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان در شهر خرم آباد بود. نمونه شامل 86 پرستار شاغل در بیمارستان های آموزشی خرم آباد

تغییرات سریع در سیستمهای بهداشتی درمانی، پرسنل حرفه ای درمان را با جنبه های اخلاقی و درمانی فراوانی مواجه کرده است. امروزه مسئله شکایت و دادخواهی و نارضایتی بیماران از پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان درمانی به علت تخلفات و خطاهای تشخیصی، درمانی و مراقبتی رو به افزایش نهاده است (1).

اشتباهات دارویی شایع ترین نوع خطاهای پزشکی هستند و از هر 3 حادثه دارویی ناخواسته یک مورد در اثر اشتباه پرستار هنگام دارو دادن به بیمار اتفاق می افتد (2، 3، 4).

اشتباه دارویی به عنوان کاربرد یا استفاده نامناسب دارو که قابل پیشگیری است تعریف شده است. خطاهای دارویی رایج پرستاران شامل از قلم انداختن، دارو دادن بدون دستور پزشک، مقدار غلط، روش غلط، زمان غلط، شکل غلط، اشتباه در تهیه یک دوز و تکنیک تجویز نادرست می باشند که می توانند به صورت بالفعل یا بالقوه باعث ایجاد آسیب برای بیمار شوند (5، 6، 7، 8).

مطالعات نشان داده اشتباهات دارویی حدوداً باعث افزایش مدت بستری به مدت 2 روز و افزایش هزینه به مقدار 2500-2000 دلار برای هر بیمار می شود. بیشتر هزینه ها مربوط به بستری شدن در بیمارستان به علت استفاده نامناسب داروها مثلاً عدم دریافت داروی مناسب، دادن داروی نامناسب و عوارض ناخواسته دارویی است. مطالعه دیگری نشان داد 30% بیماران صدمه دیده از اشتباهات دارویی یا می میرند و یا برای مدتی بیش از 6 ماه ناتوان می شوند (6، 9، 10، 11).

معمولاً خطاهای دارویی در اثر عدم انجام وظیفه صحیح توسط پرسنل بالینی یعنی پزشکان، پرستاران و داروشناس یا خود بیماران اتفاق می افتند. از آنجا که دستورات دارویی بخش مهمی از فرایند درمان بیمار می باشد، عدم توجه به اصول صحیح به کارگیری آن می تواند منجر به بروز مشکلات متعددی چون درمان ناموفق یا ناقص و بروز معضلات قانونی گردد (1، 6).

در سال 1384 بود که به روش تصادفی خوشه ای انتخاب شدند.

ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ای سه بخشی بود. بخش اول آن شامل 8 سوال بود که خصوصیات فردی و حرفه ای شرکت کنندگان در پژوهش شامل سن، جنس، سابقه کار، بخش، وضعیت تاهل، تحصیلات، مسوولیت، شیفت کاری و منبع اطلاعات راجع به اشتباهات دارویی را بررسی می کرد. بخش دوم پرسشنامه شامل 19 سوال باز بود که نظرات شرکت کنندگان در پژوهش را در مورد علل بروز اشتباهات دارویی، علل عدم گزارش اشتباهات دارویی، نحوه برخورد با اشتباهات دارویی و روشهای پیشگیری از بروز اشتباهات دارویی را بررسی می کردند. بخش سوم پرسشنامه شامل 26 سوال بود که میزان آگاهی شرکت کنندگان در پژوهش را در مورد اشتباهات دارویی و روشهای پیشگیری از آن را بررسی می کرد. در مقابل پاسخ صحیح به هر سوال 1 امتیاز در نظر گرفته شد. کسب امتیاز کمتر مساوی 10 به عنوان آگاهی ضعیف، کسب امتیاز 11-19 به عنوان آگاهی متوسط و کسب امتیاز 20 و بیشتر به عنوان آگاهی خوب در نظر گرفته شد. روش جمع آوری اطلاعات مصاحبه ساختار یافته با پرستاران بود.

اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 13 و آزمونهای آمار توصیفی و مجذور کای مورد بررسی و تجزیه تحلیل قرار گرفت.

## یافته ها

نتایج نشان داد اکثر پرستاران (36%) در گروه سنی 26-30 سال بودند. 76/7% زن، 59/3% متاهل، 83/7% کارشناس پرستاری، 34/9% سابقه کار کمتر از 5 سال داشتند، 84/9% شیفت در گردش بودند، 41/9% در بخشهای مختلف جراحی کار می کردند. 61/6% در هیچ برنامه آموزشی راجع به اشتباهات دارویی شرکت نداشتند و بقیه هم (38/4%) منبع اطلاعات خود را مطالعه شخصی ذکر کردند.

مهمترین علل وقوع اشتباهات دارویی از نظر پرستاران کمبود نیرو (100%)، زیاد بودن شیفت (83/7%)، شب کاری و شیفت های طولانی و پشت سرهم (83/7%)، مشکلات فردی یا شخصی پرستار (79/9%)، حضور همراه و شلوغی بخش (79/9%) و شرایط نامناسب محیطی (73/3%)، ناخوانا بودن دستور پزشک یا پرستاری که دسترات را وارد کس کرده است (69/8%)، پرسنل کم تجربه و جدید (64%) و کمبود آگاهی پرسنل (55/8%) بود.

از این نظر که احتمال بروز اشتباه دارویی در کدام بخشها بیشتر است 80/2% بخشهای اورژانس، 58/1% بخشهای کودکان، 54/7% بخشهای ویژه، 53/6% بخشهای جراحی، 51/2% بخشهای داخلی و 37/2% بخشهای اعصاب و روان را گزارش کردند.

از این نظر که احتمال بروز اشتباه دارویی در مورد چه بیمارانی بیشتر است 74/4% بیماران اورژانسی، 74/4% بیماران بدحال، 60/4% بیماران قلبی، 59/1% بیماران مغزی، 55/8% بیمارانی که تعداد داروهای دریافتی آنها زیاد است، 46/5% کودکان، 43% نوزادان، 44/2% بیماران دیابتی، 41/9% بیماران بخشهای جراحی را بیشتر مستعد بروز اشتباه دارویی در مورد آنها گزارش کردند.

از این نظر که احتمال بروز اشتباه دارویی در مورد چه داروهایی بیشتر است 87/2% داروهای با شکل ظاهری و برجسب مشابه، 73/3% داروهای که نیاز به محاسبه دارند، 54/7% الکترولیتها، 20/9% داروهای تزریقی، 20/9% داروهای روتین هر بخش، 19/8% آنتی بیوتیکها و 18/6% داروهای نادر که کمتر استفاده می شوند را گزارش کردند.

100% موارد عدم رعایت 5 نکته (دارو، مقدار، شکل، روش و زمان صحیح) را در بروز اشتباه دارویی موثر گزارش کردند. جدول 1 فراوانی علل عدم گزارش اشتباهات دارویی از نظر پرستاران بیمارستانهای آموزشی درمانی خرم آباد را نشان می دهد. براساس این جدول ترس از توبیخ و تنبیه (88/4%)، مهم نبودن

علت این مساله می تواند بدحال بودن بیماران، شرایط فیزیکی نامساعد، شلوغی و ازدحام، استفاده بیشتر از داروهای با طیف درمانی باریک و داروهایی که نیاز به محاسبه دارند در این بخش هاباشد.

پرستاران شرکت کننده در این پژوهش بیماران اورژانسی، بدحال، نیازمند مراقبتهای ویژه (قلبی، مغزی)، بیمارانی که تعداد داروهای دریافتی آنها زیاد است، کودکان و نوزادان را بیشتر مستعد بروز اشتباه دارویی در مورد آنها گزارش کردند. مطالعات نشان داده که علاوه بر موارد فوق بیماران دارای چند تشخیص همزمان، زنان حامله و شیرده و سالمندان نیز بیشتر در معرض خطر بروز اشتباهات دارویی هستند (6).

پرستاران شرکت کننده در این پژوهش احتمال بروز اشتباه را برای داروهای با شکل ظاهری و برچسب مشابه و داروهایی که نیاز به محاسبه دارند را بیشتر گزارش کردند. در مطالعات دیگری نیز پرستاران احتمال بروز اشتباه دارویی در مورد داروهای با بسته بندی مشابه، داروهای با نام مشابه و داروهایی که نیاز به محاسبه دارند را بیشتر گزارش کردند (12، 14).

به نظرمی رسد این مساله ناشی از ضعف مهارتهای محاسباتی در بین پرستاران باشد لذا پیشنهاد می شود واحدی تحت عنوان محاسبات دارویی برای تقویت مهارتهای ریاضیاتی، تمرین و بیان انتظارات از دانشجویان در موسسات آموزشی و برای پرسنل به صورت کارگاهی یا برنامه های باز آموزی در مراکز درمانی ارایه شود و طبق نظر پرستاران پژوهش حاضر اطلاعات لازم در مورد محاسبات دارویی روتین هر بخش به صورت کتبی در بخشها وجود داشته باشد.

همچنین پیشنهاد می شود شرکتهای دارو سازی و مراکز نظارتی در انتخاب نام و بسته بندی داروها به خصوص داروهای خطرناکی مثل کلرید پتاسیم، سولفات منیزیم و... که بروز اشتباه دارویی در مورد آنها می تواند منجر به آسیبهای شدید و حتی مرگ بیماران شود دقت و نظارت بیشتری اعمال نمایند.

اشتباه دارویی (57%) و عدم برخورد حمایتی مسئولان پرستاری (50%) مهمترین علل عدم گزارش اشتباهات دارویی عنوان شدند.

70/9% معتقد بودند گزارش اشتباه دارویی باید دوطلبانه باشد و 29/1% معتقد بودند در کنار گزارش داوطلبانه باید سیستم های کنترل و نظارت نیز در کشف و گزارش اشتباهات دارویی فعال باشند. 51/2% معتقد بودند گزارش دوطلبانه اشتباه دارویی باید به صورت آشکار، 37/2% به صورت مخفی و 11/6% به هر دو شکل باشد.

41/8% معتقد بودند اشتباه دارویی باید به پزشک معالج، 34/9% به مسئول شیفت، 20/9% به مترون و 2/3% به سوپروایز رویزشک اورژانس گزارش شود. جدول 2 فراوانی روشهای پیشگیری از بروز اشتباهات دارویی از نظر پرستاران بیمارستانهای آموزشی درمانی خرم آباد را نشان می دهد. براساس این جدول افزایش نیرو متناسب با تعداد بیماران (98/8%)، آموزش پرسنل (96/5%) و اطلاع رسانی در مورد داروهای جدید (69/8%) مهمترین روشهای پیشگیری از بروز اشتباهات دارویی گزارش شدند.

جدول 3 میزان آگاهی پرستاران بیمارستانهای آموزشی درمانی خرم آباد در مورد اشتباهات دارویی و روشهای پیشگیری از آن را نشان می دهد. بر اساس این جدول 62/8% پرستاران میزان آگاهی در حد متوسط داشتند. آزمون آماری مجذورکای بین میزان آگاهی پرستاران از اشتباهات دارویی و روشهای پیشگیری از آن با سابقه کار ( $p < 0/046$ ) و منبع اطلاعات ( $p < 0/008$ ) ارتباط معنی دار نشان داد. اما با سایر خصوصیات فردی و حرفه ای (سن، جنس، تاهل، تحصیلات، شیفت، مسوولیت و بخش) ارتباط معنی داری به دست نیامد.

### بحث و نتیجه گیری

پرستاران شرکت کننده در این پژوهش احتمال بروز اشتباه دارویی در بخشهای اورژانس، کودکان و بخشهای ویژه را بیشتر گزارش کردند.

کننده و مخدوش فکر و وقوع اشتباهات دارویی ارتباط معنی داری به دست آمد (18، 19، 20، 21).

منحرف کننده های فکر محیطی مثل استاندارد نبودن محیط بخش از نظر نور، نداشتن اتاق مستقل برای آماده کردن دارو و شلوغی باعث کاهش تمرکز در زمانهای مهم و بروز اشتباهات دارویی می شود. لذا بهبود شرایط محیط کار می تواند میزان بروز اشتباهات دارویی را قبل از اینکه موجب آسیب بیمار شوند، کاهش دهد.

استفاده از یک ابزار ساده و کم هزینه مثل چک لیست تجویز دارو باعث کاهش اثرات محیط در بروز اشتباهات دارویی می شود (22).

همچنین بر اساس نظرات پرستاران شرکت کننده پژوهش حاضر افزایش نیرو متناسب با تعداد بیماران و به کارگیری نیروی پرستاری بر حسب علاقه در بخشهای مختلف می تواند سبب کاهش بروز اشتباهات دارویی شود.

در مطالعه حاضر گرچه به بی تجربگی به عنوان یکی از علل بروز اشتباه دارویی اشاره شده است اما نسبت به سایر مطالعات انجام شده این علت در درجات پایین تر گزارش شده است که ممکن است علت آن شدیدتر بودن مشکل کمبود نیرو و بدتر بودن وضعیت بخش های ما از نظر عوامل مخدوش کننده فیزیکی نسبت به محیط پژوهش های فوق باشد. زیرا در این پژوهش نیز بین میزان آگاهی پرستاران از اشتباهات دارویی و روشهای پیشگیری از آن با سابقه کار ارتباط معنی دار به دست آمد که نشان دهنده نقش مثبت تجربه و سابقه کار بیشتر در پیشگیری از اشتباهات دارویی است.

55/8% پرستاران شرکت کننده در این پژوهش کمبود آگاهی پرسنل را جزء علل بروز اشتباهات دارویی گزارش کردند. در حالیکه تنها 5% پرستاران شرکت کننده در پژوهش استراتون و همکاران (2004) کمبود آگاهی پرسنل را جزء علل

استفاده از سیستم بارکد برای تعیین هویت بیمار و اطمینان از صحت دارو نیز می تواند در این زمینه کمک کننده باشد (15).

41/8% پرستاران شرکت کننده در این پژوهش معتقد بودند اشتباه دارویی باید به پزشک معالج و 34/9% به مسئول شیفت گزارش شود که در واقع این دو مورد شاید به علت نگرانی برای بیمار و لزوم انجام اقدامات اصلاحی فوری برای بیمار از نظر این پرستاران را مطرح کند. در مطالعه روی 116 پرستار شاغل در بخشهای مختلف بیمارستانهای سائوپولو<sup>1</sup> برزیل در مورد رفتار پرستاران در صورت وقوع اشتباه دارویی 69/8% اطلاع به پزشک، 55/1% مراقبت و تحت نظر گرفتن دقیق بیمار و ثبت دقیق در گزارش پرستاری را عنوان کردند (16). این تفاوت در گزارش به پزشک ممکن است ناشی از اعتماد کمتر (و یا ترس بیشتر) پرستاران ما نسبت به پزشکان باشد.

پرستاران شرکت کننده در این پژوهش کمبود نیرو، زیاد بودن شیفت، شب کاری و شیفت های طولانی و پشت سر هم، مشکلات فردی یا شخصی پرستار، حضور همراه و شلوغی بخش و شرایط محیطی نامناسب، نیروی کم تجربه و جدید، ناخوانایی دستور پزشکان یا پرستاران کاردکس کننده دستورات و کمبود آگاهی پرسنل را مهمترین علل وقوع اشتباهات دارویی گزارش کردند.

در مطالعه استراتون و همکاران<sup>2</sup> (2004) کم بودن نسبت پرستار به بیمار به عنوان عامل اصلی وقوع خطاهای دارویی معرفی شد (12). در مطالعه سکی و یا ماسکی<sup>3</sup> (2006) در ژاپن نیز که در مورد بررسی تاثیر شرایط و خصوصیات پرسنل و محیط کاربر بروز اشتباهات دارویی بود، نتایج نشان داد از نظر بروز اشتباه دارویی در بین سه شیفت روز تفاوت معنی داری وجود نداشت اما شیفت زیاد، سابقه کار کمتر و احساس خستگی با بروز اشتباه دارویی ارتباط معنی دار نشان داد (17). در سایر مطالعات نیز بین بی تجربگی و عوامل محیطی منحرف

1. Sao Paulo

2. Stratton et al

3. Seki & Yamazaki

بروز اشتباهات دارویی گزارش کردند (12) که ممکن است علت آن پایین تر بودن سطح اطلاعات دارویی و دارو دادن در پرستاران ما باشد. به طوریکه نتایج نشان داد 62/8% پرستاران شرکت کننده در این پژوهش در مورد اشتباهات دارویی و روشهای پیشگیری از آن آگاهی در حد متوسط داشتند و اکثر پرستاران در هیچ برنامه آموزشی در مورد اشتباهات دارویی شرکت نداشتند و بقیه هم منبع اطلاعات خود را مطالعه شخصی ذکر کرده بودند و بین میزان آگاهی پرستاران از اشتباهات دارویی و روشهای پیشگیری از آن با منبع اطلاعات (مطالعه در مورد اشتباهات دارویی و روشهای پیشگیری) ارتباط معنی دار به دست آمد و این مطرح کننده نیاز پرسنل به برنامه های آموزش مداوم در این زمینه است. به طوریکه پرستاران پژوهش حاضر نیز آموزش پرسنل، اطلاع رسانی در مورد داروهای جدید، وجود کتب فارماکولوژی مناسب در بخش، برگزاری کنفرانسهای دارویی دوره ای و وجود فارماکولوژیست به صورت تمام وقت در بیمارستان را که موجب افزایش و دستیابی سریع پرستاران به اطلاعات دارویی می شوند را جزء روشهای پیشگیری از اشتباهات دارویی گزارش کردند.

پرستاران شرکت کننده در این پژوهش ناخوانایی دستور پزشکان یا پرستاران کاردکس کننده دستورات را جزء علل بروز اشتباهات دارویی گزارش کردند.

نسخه نویسی الکترونیک می تواند به عنوان یک ابزار قوی و موثر برای کاهش خطاهای مربوط به دارو، رژیم و مراقبت پرستاری استفاده شود (22).

پرستاران شرکت کننده در این پژوهش ترس از توبیخ و تنبیه، مهم نبودن اشتباه دارویی و عدم برخورد حمایتی مسولان پرستاری، ترس از برخورد نامناسب، به خطرافتادن موقعیت شغلی، نا آگاهی در مورد بروز اشتباه و سلب شدن یا از دست دادن اعتماد دیگران را مهمترین علل عدم گزارش اشتباهات دارویی عنوان کردند.

ترس از عواقب بعدی، از دست دادن شغل، تاکید زیاد بر بروز خطا به عنوان معیاری برای تعیین کیفیت مراقبت، عدم واکنش مثبت و متناسب با شدت خطا از سوی مدیران و ترس از جنجالهای مطبوعات و رسانه های جمعی در بسیاری مطالعات مشابه علل اصلی عدم گزارش اشتباهات دارویی عنوان شده اند (12).

این دلایل نشان دهنده تمرکز مدیران بر فرد به جای تمرکز بر خطا و علل بروز آن می باشد. در حالیکه اشتباهات دارویی معمولاً در یکی از مراحل فرایند دارو دادن اتفاق می افتد و باید به عنوان خطای سیستمی مورد توجه قرار گیرد و هرگز نباید به عنوان خطاهای انسانی دارای جنبه های قانونی و تنبیه حرفه ای بررسی شوند و بررسی و تحلیل شرایط وقوع آنها فقط باید به منظور عبرت آموزی و پیشگیری و اجتناب از وقوع مجدد آنها انجام شود (12، 13).

یکی از مسوولیتهای اصلی مدیران پرستاری اجرای سیستمهای کنترل و نظارت برای کشف و پیشگیری اشتباهات دارویی است زیرا اشتباهات دارویی امروزه به یکی از مشکلات مهم و تاثیر گذار بر امنیت بیماران در بیمارستان ها تبدیل شده است. بررسی قضاوت پرستار می تواند در این زمینه کمک کننده باشد مثلاً پرستاران شرکت کننده در مطالعه استتینا و همکاران (2005)<sup>1</sup> معتقد بودند که دیر دادن دارو همیشه یک اشتباه دارویی نیست (23). یا در پژوهش حاضر یکی از علل گزارش اشتباهات دارویی مهم نبودن اشتباه عنوان شده است، و این موضوع نیاز به طرح و اجرای برنامه های آموزشی برای اصلاح نگرش نسبت به اشتباهات دارویی را مطرح می کند.

اقداماتی مثل کاهش فشار کار و افزایش نیرو متناسب با تعداد بیمار، بهبود شرایط محیطی بخش ها و حذف منحرف کننده ها و مخدوش کننده های تمرکز مثل شلوغی، سر و صدا و نور کم، انجام اقداماتی برای آموزش و بهبود آگاهی پرسنل در مورد داروها و روش صحیح دارو دادن، افزایش نقش فارماکولوژیستهای بالینی، ایجاد سیستم گزارش وقوع خطاهای

1. Stetina et al

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود واجب می دانند از معاونت آموزشی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان که هزینه طرح را تقبل کردند و از همکاری پرستاران شرکت کننده تشکر و قدردانی نمایند.

دارویی و تمرکز بر علت بروز خطا نه فردیکه مرتکب اشتباه شده، توجه به گزارش خطای دارویی به عنوان فرصتی برای یادگیری و جلوگیری از وقوع مجدد اشتباه، استفاده از نیروهای با تجربه در بخشهای با خطر بالای بروز اشتباه، استفاده از تکنولوژی فناوری اطلاعات مثل نسخه نویسی کامپیوتری و سیستم بارکد، افزایش سیستم های کنترل و نظارت می تواند در کاهش خطاهای دارویی و افزایش امنیت بیماران موثر باشد و باید برای اقدامات و قوانین مربوط به پیشگیری و گزارش اشتباهات دارویی هم به فرد و هم به سیستم توجه داشت.

## References

- Gorman RL. Prevention of medication errors in the pediatric inpatient setting. *PEDIATRICS*, 2003; 112(2): 431-435
- Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington DC: national Academies Press; 2000
- Bates DW. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. ADEP Prevention Study Group. *JAMA* 1995; 274(1): 29-34
- Pepper GA. Errors in drug administration by nurses. *Am J Health Syst Pharm*, 1995; 52(4): 390-395
- Hansen RA, Greene SB, Williams CE, Blalock SJ, Crook KD, Akers R, et al. Types of medication errors in north carolina nursing homes: A target for quality improvement. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2006; 4(1): 52-61
- Hughes RG, Oritz E. Medication Errors: why they happen, and how they can be prevented. *AJN*. 2005; Supplement: 14-24
- Azizinezhad P. Interfering factors on medication errors. Abstract Articles, the 1st seminar on medical error prevention, Lorestan university of medical sciences, 2005; 72-73(Persian)
- Lehmann CU, Conner KG, Cox JM. Preventing provider errors: online total parenteral nutrition calculator. *Pediatrics* 2004; 113(4): 748-753
- Johson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality: a cost of illness model. *Arch Intern Med* 1995; 155(18): 1949-1956
- Bates DW. Relationship between medication errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med*, 1995; 10(4): 199-205
- Thomas EJ. Costs of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*, 1999; 36(3): 255-64
- Stratton KS, Blegen MA, Pepper G, Vaughn T. Reporting of medication errors by pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 2004; 19(6): 385-392
- Campino Villegas A, Lopez Herrera MC, Garcia Franco M, et al. Prescription and transcription errors in a neonatal unit: An *Pediatr (Barc)*. 2006; 64(4): 330-335
- Polifroni EC, Allchin L, McNulty JJ. Limited math skills: a prescription for change. *J Nurses Staff Dev*. 2005; 21(2): 79-81
- Englebright JD, Franklin M. Managing a new medication administration process. *J Nurs Adm*. 2005; 35(9): 410-413
- Dos Santos AE, Padilha KG. Medication adverse events in emergency department: nurse's professional conduct and personal feelings. *10 Rev Bras Enferm* 2005; 58(4): 429-433
- Seki Y, Yamazaki Y. Effects of working conditions on intravenous medication errors in a Japanese hospital. *Journal of Nursing Management*, 2006; 14: 128-139
- Simpson JH, Lynch R, Grant J, Alroomi L. Reducing medication errors in the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal*, 2004; 89: 480-482
- Copping C. Preventing and reporting drug administration errors. *Nurs Times*. 2005; 101(33): 32-34
- Wolf ZR, Hicks R, Serembus JF. Characteristics of medication errors made by nursing students during the administration phase: A descriptive study.

- Journal of Professional Nursing, 2006; (1): 39-51
21. Hicks RW, Becker SC. An overview of intravenous-related medication administration errors as reported to Medmarx, a national medication error-reporting program. J Infus Nurs. 2006; 29(1): 20-27
22. Pape TM, Guerra DM, Muzquiz M, Bryant JB, Ingram M, Schraner B, et al. Innovative approaches to reducing nurses' distractions during medication administration. J Contin Educ Nurs. 2005; 36(3): 108-16 & 141-2
23. Stetina P, Groves M, Pafford L. Managing medication errors: a qualitative study. Medsurg Nurs. 2005; 14(3): 174-178