بررسی نظرات وآگاهی پرستاران دررابطه بااشتباهات دارویی وراههای پیشگیری از آن دربیمارستان های آموزشی خرم آباد1384

فاطمه قاسمی[1]، فاطمه ولی زاده[1]، مرضیه مؤمن نسب[2]
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

Ø مقدمه: اشتباهات دارویی شایع ترین علت قابل اجتناب آسیب با منشا ناشناخته برای بیماران هستند و از هر3 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.

Ø مواد و روش‌ها: 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 نسخه13 و آزمونهای آمار توصیفی و مجذور کای مورد بررسی و تجزیه تحلیل قرار گرفت.

Ø یافته‌ها: 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.

Ø بحث و نتیجه‌گیری: 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 بهسیستم توجه داشت.

Ø کلید واژه‌ها: 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

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 داروئی ناخواسته یک مورد در اثر اشتباه پرستار هنگام دارو دادن به بیمار اتفاق می افتد (2، 3، 4).

اشتباه داروئی به عنوان کاربرد یا استفاده نامناسب دارو که قابل پیشگیری است تعریف شده است. خطاهای داروئی 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 داروئی حدوداً باعث افزایش مدت بستری به مدت 2 روز و افزایش هزینه به مقدار2500-2000 دلار برای هر بیمارمی 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 داروئی است. مطالعه دیگری نشان داد 30% بیماران صدمه دیده از اشتباهات داروئی یا می میرند و یا برای مدتی بیش از 6 ماه ناتوان می شوند (6، 9، 10، 11).

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

از نظر تئوری همه اشتباهات داروئی قابل پیشگیری هستند و مطالعات نشان داده تقریباً یک سوم حوادث داروئی ناخواسته مرتبط با اشتباهات داروئی قابل پیشگیری هستند. به علت اینکه اکثراً پرستار مسئول دادن دارو به بیمار در بیمارستانهاست اشتباهات داروئی می تواند مستقیماً به وسیله مراقبت پرستاری متاثر شود. به طوریکه امروزه اشتباهات داروئی به عنوان معیاری برای تعیین کیفیت کار پرسنل ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی درنظر 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 داروئی 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 داروئی و روشهای پیشگیری از آنها در بیمارستان های آموزشی درمانی خرم آباد در سال1384بود، 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 وروشها

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 وخدمات بهداشتی درمانی لرستان در شهر خرم آباد بود. نمونه شامل 86 پرستار شاغل در بیمارستان های آموزشی خرم آباد

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 داروئی، علل عدم گزارش اشتباهات داروئی، نحوه برخورد با اشتباهات داروئی وروشهای پیشگیری از بروز اشتباهات داروئی را بررسی می کردند. بخش سوم پرسشنامه شامل 26 سوال بود که میزان آگاهی شرکت کنندگان در پژوهش را در مورد اشتباهات داروئی و روشهای پیشگیری از آن را بررسی می کرد. در مقابل پاسخ صحیح به هر سوال 1 امتیاز در نظر گر فته شد. کسب امتیاز کمتر مساوی10به عنوان آگاهی ضعیف، کسب امتیاز 19-11به عنوان آگاهی متوسط و کسب امتیاز20 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 13و آزمونهای آمارتوصیفی و مجذور کای مورد بررسی و تجزیه تحلیل قرارگرفت.

یافته ها

نتایج نشان داد اکثر پرستاران (36%) درگروه سنی30-26 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 ذکرکردند.

مهمترین علل وقوع اشتباهات دارویی ازنظر پرستاران کمبود نیرو (100%)، زیاد بودن شیفت (83/7%)، شب کاری و شیفت های طولانی وپشت سرهم (83/7%)، مشکلات فردی یاشخصی پرستار (79/9%)، حضورهمراه وشلوغی بخش (79/9%)و شرایط نامناسب محیطی (73/3%)، ناخوانا بودن دستور پزشک یا پرستاری که دسترات را کاردکس کرده است (69/8%)، پرسنل کم تجربه وجدید (64%) وکمبود آگاهی پرسنل (55/8%) بود.

از این نظرکه احتمال بروزاشتباه دارویی درکدام بخشها بیشتراست 80/2% بخشهای اورژانس، 58/1% بخشهای کودکان، 54/7% بخشهای ویژه ، 53/6% بخشهای جراحی، 51/2% بخشهای داخلی و37/2% بخشهای اعصاب وروان راگزارش کردند.

از این نظرکه احتمال بروز اشتباه دارویی در مورد چه بیمارانی بیشتراست74/4% بیماران اورژانسی، 74/4% بیماران بدحال، 60/4% بیماران قلبی، 59/1% بیماران مغزی، 55/8% بیمارانی که تعدادداروهای دریافتی آنها زیاد است، 46/5% کودکان، 43% نوزادان، 44/2% بیماران دیابتی، 41/9% بیماران بخشهای جراحی را بیشترمستعد بروزاشتباه دارویی در مورد آنها گزارش کردند.

از این نظرکه احتمال بروز اشتباه دارویی در مورد چه داروهایی بیشتر است 87/2% داروهای با شکل ظاهری و برچسب مشابه، 3 /73% داروهایی که نیازبه محاسبه دارند، 54/7% الکترولیتها، 20/9% داروهای تزریقی، 20/9%داروهای روتین هربخش، 19/8%آنتی بیوتیکها و18/6%داروهای نادرکه کمتراستفاده می شوندراگزارش 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 ازنظر پرستاران بیمارستانهای آموزشی درمانی خرم آبادرانشان می دهد. براساس این جدول ترس از توبیخ و تنبیه (88/4%)، مهم نبودن

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 وگزارش 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 و2/3%به سوپروایز روپزشک 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 وروشهای پیشگیری از آن را نشان می دهد. بر اساس این جدول 62/8% پرستاران میزان آگاهی درحد متوسط داشتند. آزمون آماری مجذورکای بین میزان آگاهی پرستاران ازاشتباهات دارویی وروشهای پیشگیری ازآن باسابقه 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 ونتیجه گیری

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

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 بیشترگزارش 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 منیزیوم 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.

استفاده ازسیستم 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 116پرستار شاغل در بخشهای مختلف بیمارستانهای سائوپولو[1] برزیل در مورد رفتار پرستاران در صورت وقوع اشتباه داروئی 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[2] (2004) کم بودن نسبت پرستار به بیمار به عنوان عامل اصلی وقوع خطاهای دارویی معرفی شد (12). در مطالعه سکی و یا ماسکی[3] (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 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 حاضرافزایش 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

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 ازآن آگاهی درحد متوسط داشتند و اکثر پرستاران در هیچ برنامه آموزشی در مورد اشتباهات دارویی شرکت نداشتند و بقیه هم منبع اطلاعات خود را مطالعه شخصی ذکرکرده 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 بیمار ستان 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 میران وترس 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 داروئی معمولا در یکی از مراحل فرایند دارو دادن اتفاق می افتد و باید به عنوان خطای سیستمی مورد توجه قرارگیردوهرگزنباید 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 مسولیتهای 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)[1]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 رامطرح 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 نورکم، 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

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 وگزارش اشتباهات دارویی هم به فرد و هم به سیستم توجه داشت.

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.

References

1. Gorman RL. Perevention of medication errors in the pediatric inpatient setting. PEDIATRICS, 2003; 112(2): 431-435
2. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington DC: national Academies Press; 2000
3. Bates DW. Incidence ofadverse drugeventsandpotentialadverse drug events: implicationsforperevention. ADEP erevention Study Groap. JAMA 1995; 274(1): 29-34
4. Pepper GA. Erroes in drug administration by nurses. Am J Health Syst Pharm, 1995; 552(4): 390-395
5. 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
6. Hughes RG, Oritz E. Medication Errors: why they happen,and how they can be prevented. AJN. 2005; Supplement: 14-24
7. 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)
8. Lehmann CU, Conner KG, Cox JM. Pereventing provider errors: online total pareteral nutrition calculater, Pediatrics 2004; 113(4): 748-753
9. Johson JA, Bootman JL. Drug –releated morbidity and mortality: a cost of illness model. Arch Intrn Med 1995; 155(18): 1949-1956
10. Bates DW. Relationship between medication errors andadverse drug events. J Gen Intern Med, 1995; 10(4): 199-205
11. Thomas EJ, Costs of medical injuries in Utah and Colorado. Inquriy, 1999; 36(3): 255-64
12. Stratton KS, Blegen MA, Pepper G, Vaughn T. Reportingof medication errors by pediatric nurses.Journal of Pediatric Nursing, 2004; 19(6): 385-392
13. Campino Villegas A, Lopez Herrera MC, Garcia Franco M, etal. Prescription and transcription errors in a neonatal unit: An Pediatr (Barc). 2006; 64(4): 330-335
14. Polifroni EC, Allchin L, McNulty JJ. Limited math skills: a prescription for change.J Nurses Staff Dev. 2005; 21(2): 79-81
15. Englebright JD, Franklin M. Managing a new medication administration process.: J Nurs Adm. 2005; 35(9): 410-413
16. 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
17. Seki Y, Yamazaki Y. Effects of working conditions on intravenous medication errors in a Japanese hospital.Journal of Nursing Management, 2006; 14: 128–139
18. SimpsonJH, 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
19. Copping C. Preventing and reporting drug administration errors: Nurs Times. 2005; 101(33): 32-34
20. Wolf ZR, Hicks R, Serembus JF. Characteristics of medication errors made by nursing students during the administration phase: A descriptive study.

Journal ofProfessional 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, Schranner 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