

ملاحظات اخلاقی انجام شد.

برای روایی ابزار گردآوری اطلاعات محقق ساخته، از روایی محتوی استفاده شد، به این ترتیب که از منابع، کتب و مقالات مختلف (۱، ۸ و ۱۳) و نظرات پرستاران با تجربه در بخش اطفال و اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری برای روایی پرسشنامه استفاده گردید. برای پایایی، ۱۵ پرستار شاغل انتخاب شدند و ۱۰ روز بعد مجدداً به این پرستاران پرسشنامه داده شد، که پایایی با فرمول کرونباخ ۷۵٪ به دست آمد. پرسشنامه ۴ قسمتی بود؛ قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک بود. قسمت دوم پرسشنامه شامل ده عبارت بود که از پرستار خواسته شد علل مختلف خطای دارویی ذکر شده را بر اساس اهمیت (اهمیتی ندارد، کم اهمیت، اهمیت زیاد، اهمیت خیلی زیاد) نمره دهند. در قسمت سوم از پرستار سوال شد که به نظر او چند درصد از خطاهای دارویی به سرپرستار گزارش می‌شود. قسمت چهارم؛ علل موانع گزارش خطاهای دارویی، هشت عبارت داشت که از پرستاران خواسته شد بر اساس اهمیت (اهمیتی ندارد، کم اهمیت، اهمیت زیاد و اهمیت خیلی زیاد) نمره دهند. جهت انجام تجزیه و تحلیل آماری داده‌های به دست آمده، با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سپس جداول در راستای اهداف پژوهشی تنظیم گردید.

نتایج

مشخصات پرستاران شرکت کننده: محدوده سنی ۴۰-۳۰ سال بود. از نظر جنسیت ۸۵/۹ درصد زن بودند. ۱/۱ درصد از شرکت کنندگان، فوق لیسانس و بقیه لیسانس بودند. ۵۱ درصد پرستاران استخدام رسمی و ۴۹ درصد طرح و لایحه و قرارداد کار معین و از سایر مراکز بودند. از نظر سابقه کار بیشترین درصد (۴۰٪) بین ۵-۱ سال، ۱۹ درصد ۱۰-۵ سال، ۱۶ درصد ۱۵-۱۰ سال، ۱۸/۲ درصد ۲۰-۱۵ سال و ۶/۸ درصد از ۲۰ سال به بالا سنوات داشتند.

در جدول شماره ۱ توزیع فراوانی علل خطاهای دارویی از دیدگاه پرستاران بخش‌های کودکان بیمارستان‌های دانشگاه نشان داده شده است که مهم‌ترین خطاهای دارویی از دیدگاه پرستاران، خطای پرستار در انتقال دستورات دارویی پزشک از پرونده به کاردکس (۷۳/۹ درصد) بود. دومین علت مهم خطا از نظر پرستاران بخش کودکان در مشهد، تجویز دوز اشتباه توسط پزشک (۶۴/۱ درصد) و تنظیم نادرست وسایل انفوزیون (۶۴/۱ درصد) اعلام شد.

در جدول شماره ۲ توزیع فراوانی علل موانع گزارش دهی خطای دارویی از دیدگاه پرستاران بخش‌های کودکان بیمارستان‌های دانشگاه، مهم‌ترین علل موانع گزارش دهی خطاهای دارویی را کمبود اطلاعات در مورد نحوه گزارش دهی (۵۹/۸ درصد) و فراموش نمودن گزارش خطای دارویی (۵۹/۸ درصد) ذکر کردند.

در مورد سوال چند درصد از خطاهای دارویی به نظر شما به سرپرستار گزارش می‌شود، ۶۳ درصد پرستاران پاسخ دادند که حدوداً بین ۴۵-۵۵ درصد خطاها گزارش می‌شود و مابقی بیان کردند که اصلاً خطاهای دارویی گزارش نمی‌شود مگر این که سرپرستار با کنترل دستور دارویی و گزارش، متوجه خطا شود.

گزارش خطاهای دارویی از خطاهای رخ داده را نگران کننده و مورد مطالعه قرار دادن موانع گزارش دهی را گوشزد نموده‌اند (۵). اغلب بیمارستان‌ها تنها گزارشات اختیاری را برای ثبت و شناسایی خطاها در بخش‌های مراقبتی خود در نظر می‌گیرند، این خطاها شامل دارو نیز می‌شود و طبیعتاً به خاطر ماهیت آزادی‌خواهانه و نوع عکس‌العمل مسئولین (برخورد تنبیهی) در این گزارشات، میزان این خطاها کمتر از حد واقعی خود خواهد بود. در صورتی که خطاها بیش از این است؛ بنابراین شناسایی درست خطاها، گام مهمی در جهت پیشگیری از وقوع دوباره آن‌ها است. اما شناسایی و گزارش آن‌ها در بیشتر مواقع جامع نیست. اشتباهات دارویی در حرفه‌های مختلف کادر درمان، مانند پزشک، داروساز و ... رخ می‌دهد، اما بروز اشتباهات دارویی در پرستاران بیشتر از سایر مشاغل بهداشتی و پزشکی است (۶). در ایران علت انجام خطا ممکن است به دلایلی مانند ساعات کار نامناسب و غیر طبیعی مانند شیفت عصر و شب، شیفت روز تعطیل، دو شیفت شب پشت سر هم، دو شیفت شب و صبح، ساعات کار طولانی و مسئولیت بیش از اندازه پرستاران، تجربه کاری کم و کمبود نیرو در شیفت شب باشد (۷). بر همین اساس پژوهشگران مطالعه‌ای با هدف کلی تعیین دیدگاه پرستاران در مورد علل خطاهای دارویی و موانع گزارش دهی آن در بخش‌های کودکان انجام دادند تا علل خطاهای دارویی و موانعی که باعث عدم گزارش می‌شود را مشخص نموده و در راستای حل موارد فوق و افزایش حس مسئولیت پذیری در پرستاران پیشنهادهای آرایه گردد.

مواد و روش‌ها

نوع مطالعه توصیفی- مقطعی بوده و در دوره زمانی ۱۳۸۷/۸/۲۳ لغایت ۱۳۸۸/۶/۲۳ انجام شد. روش نمونه‌گیری به روش آسان و در دسترس بود. حجم نمونه با حجم جامعه یکسان بوده و شامل ۱۵۶ پرستار شاغل در بخش‌های اطفال در چهار بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی مشهد (دولتی) بود، که دارای مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد بودند. جهت اجرای تحقیق، پژوهش‌گر با در دست داشتن معرفی‌نامه به مرکز مربوطه مراجعه نموده و پس از کسب اجازه از مدیریت بیمارستان‌ها، پرسشنامه بین تمام پرستاران شاغل در بیمارستان که در شیفت‌های مختلف فعالیت می‌کردند به صورت فردی توزیع گردید و آموزش‌های لازم داده شد. پس از ۷۲ ساعت پرسشنامه‌ها از پرستاران به صورت جمعی جمع‌آوری گردید.

معیارهای ورود نمونه‌ها شامل: شاغل بودن در بخش کودکان، دارای مدرک کارشناسی یا کارشناسی ارشد پرستاری و حداقل سابقه یک سال خدمت مداوم در بخش کودکان بود. علت انتخاب یک سال این بود که پرسنل دغدغه‌هایی مانند ناآشنا بودن با روش کار فرایندهای جاری در بخش کودکان، خردسال بودن بیمار، به‌کارگیری وسایل پزشکی مخصوص بخش کودک و غیره را نداشته و کاملاً بر شرایط کاری خود تسلط داشته باشند، تا این عوامل در پژوهش دخالت نداشته باشد.

آرایه معرفی‌نامه کتبی، تأکید به اختیاری بودن شرکت در پژوهش، عدم ثبت نام و نام خانوادگی و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و در صورت تمایل در اختیار گذاشتن نتایج پژوهش جهت در نظر گرفتن

جدول ۱: توزیع فراوانی علل خطاهای دارویی از دیدگاه پرستاران بخش‌های کودکان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۸۸

درصد	تعداد	علل خطاهای دارویی از دیدگاه پرستاران به ترتیب اهمیت
۷۳/۹	۱۱۵	خطای پرستار در انتقال دستورات دارویی از پرونده به کاردکس
۶۴/۱	۹۹	تجویز دوز اشتباه توسط پزشک
۶۴/۱	۹۹	تنظیم نادرست وسایل انفوزیون
۶۳	۹۸	محاسبه دوز اشتباه دارو به وسیله پرستار
۵۳/۹	۸۴	کیفیت پایین و آسیب‌دیدگی برچسب یا بسته بندی دارو
۵۲/۲	۸۳	خستگی پرستار
۵۰	۷۸	اشتباه نمودن دو دارو با نام مشابه
۴۴/۶	۶۹	ازدحام بیماران و همراهان آن‌ها و عدم فرصت کافی برای تنظیم دقیق دارو (نسبت بیمار به پرستار)
۳۸	۵۹	آشفته‌گی پرستار
۳۵/۹	۵۶	ناخوانا بودن خط پزشک

پرستاران را کمبود نیرو (۱۰۰ درصد)، زیاد بودن شیفت (۸۳/۷ درصد)، مشکلات فردی یا شخصی پرستار (۷۹/۹ درصد)، حضور همراه و شلوغی بخش (۷۹/۹ درصد)، شرایط نامناسب محیطی (۷۳/۳ درصد)، ناخوانا بودن دستور پزشک یا پرستاری که دستورات را کاردکس نموده (۶۹/۸ درصد)، پرسنل کم تجربه و جدید (۶۴ درصد)، و کمبود آگاهی پرسنل (۵۵/۸ درصد) بود (۷).

دومین علت مهم خطا از نظر پرستاران بخش کودکان در مشهد، تجویز دوز اشتباه و تنظیم نادرست وسایل انفوزیون اعلام شده است (۶۴/۱ درصد)، در حالی که در مطالعه‌ای که در کالیفرنیا شمالی انجام گرفت کم‌ترین علت (۲۴ درصد) به نصب یا تنظیم نادرست وسایل انفوزیون به وسیله پرستاران اشاره شده است و در آن مطالعه تجویز دوز اشتباه توسط پزشک به عنوان دلیلی برای خطای دارو ذکر نگردیده است (۸). در مطالعه Karen و همکاران در سال ۲۰۰۴ حواس‌پرتی، وقفه در هنگام کار و نسبت پرستار به بیمار دو عامل اصلی افزایش خطر خطاهای دارویی اعلام گردید (۱). در حالی که در مطالعه مذکور این دو عامل در جایگاه هشتم و نهم از ده عامل ذکر شدند، که می‌توان علت این اختلاف را احتمالاً در نوع روش پژوهش و به دست آوردن اطلاعات و اختلاف‌های سیستم مدیریتی و نیز شرایط گزارش خطاها و نوع برخورد و عکس‌العمل نسبت به خطای پرستاران در دو کشور مختلف دانست. در مطالعه Tissote و همکاران در سال ۲۰۰۳، حجم کاری پرستار به عنوان مهم‌ترین علت خطای دارویی ذکر شده است (۱۰).

علت‌های دیگر خطاهای دارویی از دیدگاه پرستاران در این مطالعه به ترتیب محاسبه دوز اشتباه دارو به وسیله پرستار، کیفیت پایین و آسیب‌دیدگی برچسب یا بسته‌بندی درب، خستگی پرستار، اشتباه نمودن دو دارو با نام مشابه، نسبت بیمار به پرستار، آشفته‌گی پرستار و در نهایت ناخوانا بودن خط پزشک می‌باشد. در مطالعه‌ای در تهران شایع‌ترین نوع اشتباهات دارویی گزارش شده شامل مقدار دارو، داروی اشتباه و سرعت انفوزیون بود (۱۵).

در مطالعه Karen و همکاران در سال ۲۰۰۴ که ۲۸۴ پرستار (۲۲۷ پرستار بخش بزرگ‌سالان و ۵۷ پرستار بخش اطفال) در نظرسنجی شرکت داشتند، پرستاران مسئله کمبود پرسنل (۴۳ درصد) را به

جدول ۲: توزیع فراوانی علل موانع گزارش دهی خطای دارویی از دیدگاه پرستاران بخش‌های کودکان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۸۸

درصد	تعداد	علل موانع گزارش دهی خطاهای دارویی به ترتیب اهمیت از دیدگاه پرستاران
۵۹/۸	۹۳	کمبود اطلاعات در مورد نحوه گزارش
۵۹/۸	۹۳	فراموش کردن گزارش دهی
۵۶/۵	۸۸	نگرش و شخصیت پرستار
۵۲/۲	۸۳	شلوغی و ازدحام بیماران بخش (نسبت بیمار به پرستار)
۴۵/۷	۷۱	ترس از تنبیه انضباطی
۴۵/۷	۷۱	ترس از واکنش همکاران
۳۹/۱	۶۰	عدم نیاز به گزارش بعد از انجام خطای دارویی
۳۵/۹	۵۶	ترس از واکنش سرپرستار در برابر دیگران

بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین دیدگاه پرستاران در مورد علل خطاهای دارویی و موانع گزارش دهی آن در بخش‌های کودکان بیمارستان‌های مشهد بود. نتایج (طبق جدول شماره ۱) نشان داد که مهم‌ترین خطاهای دارویی از دیدگاه پرستاران، خطای پرستار در انتقال دستورات دارویی پزشک از پرونده به کاردکس است (۷۳/۹ درصد).

در مطالعه‌ای که بر روی پرستاران مرکز طبی کالیفرنیا انجام شد، پرستاران بیشترین علت خطای دارویی را در چک کردن نام بیمار و مطابقت آن با کد دارویی تجویز شده بیان کردند. همچنین مطالعه Ulanimo و همکاران در سال ۲۰۰۷ نیز بیشترین علت خطاهای دارویی را چک کردن نام بیمار با کارت دارویی (۴۵/۸ درصد) گزارش نمودند. در این پژوهش خطاهای دستورات دارویی دست نوشته پزشک را تحقیق کردند تا دستورات دارویی الکترونیکی پزشکان را جایگزین نمایند (۸).

در ارتباط با این سوال که چرا این اتفاق در بخش‌ها رخ می‌دهد، قاسمی در سال ۱۳۸۴ مهم‌ترین علل وقوع اشتباهات دارویی از نظر

گزارش دهی خطاهای دارویی را کمبود اطلاعات در مورد نحوه گزارش دهی (۵۹/۸ درصد) و فراموش نمودن گزارش خطای دارویی (۵۹/۸ درصد) ذکر کردند. مشغله کاری زیاد، کمبود نیرو و حجم زیاد فعالیت‌ها در بخش، یا اعتماد به ذهنیات خودشان که آخر شیفت این موضوع را گزارش دهند و در نهایت سهل‌انگاری نسبت به این موضوع ممکن است از دلایل فراموش کردن باشد. موانع گزارش دهی در مطالعات دیگر از جمله در دو مطالعه در ایران ترس از پیامدهای گزارش‌دهی (۶ و ۱۴) عنوان شده است. در مطالعه Duncan & Mayo نتایج نشان داد به دلیل ترس از تلافی سرپرستار، این خطا را بیشتر به پزشک اطلاع می‌دهند تا سرپرستار (۱۲). مطالعه Osborne و همکارانش که حجم نمونه ۵۷ پرستار بود، نشان داد که پرستاران به دلیل ترس از تنبیه انضباطی خطاها را گزارش نمی‌کنند (۱۱). در مطالعه Karen و همکاران بیشترین علل موانع گزارش خطاهای دارویی را ترس از سرزنش همکاران، نداشتن قابلیت لازم برای گزارش و ترس از عواقب گزارش خطاهای دارویی ذکر نمودند (۱).

علت تضاد نتایج انجام کار حاضر با پژوهش‌های مذکور می‌تواند تعداد حجم نمونه یا احتمالاً به علت سیستم نظارتی و مدیریتی قوی این بیمارستان‌ها و ترس از تنبیه انضباطی توسط سیستم مربوطه در پرستاران باشد. همچنین برخی مطالعات در خارج کشور نشان می‌دهد که فرم‌های مخصوص گزارش‌دهی دارند یا از طریق سیستم الکترونیکی گزارش ارسال می‌شود در صورتی که در پژوهش حاضر پرستاران کمبود اطلاعات در زمینه نحوه گزارش را ارائه نمودند. بر اساس نتایج پژوهش، نگرش و شخصیت پرستار سومین علت مهم موانع گزارش‌دهی خطاهای دارویی محاسبه می‌شود (۵۶/۵ درصد). یافته‌های مطالعه کیفی Baker نشان داد که پرستاران از معیارهایی جهت طبقه‌بندی دوباره خطاهای دارویی استفاده می‌کنند. بعد از طبقه‌بندی یک خطا، پرستار ممکن است تشخیص دهد که خطایی نبوده، بنابراین نیازی به گزارش‌دهی آن نیست (بدون این که احساس گناهی داشته باشد). برای مثال اگر پرستار در مورد دارویی غفلت کرده است و بعد آن را تجویز کند چون این کار از نظر او صحیح است جزء خطاهای دارویی محسوب نمی‌شود.

بر اساس این نتایج علت‌های دیگر موانع گزارش‌دهی خطاهای دارویی به ترتیب نسبت بیمار به پرستار (ازدحام بیماران)، ترس از تنبیه انضباطی، ترس از واکنش همکاران، عدم نیاز به گزارش بعد از انجام خطای دارویی و ترس از واکنش سرپرستار در برابر دیگران است. در واقع کم‌ترین درصد در مورد علل موانع گزارش‌دهی، ترس از واکنش سرپرستار در برابر دیگران به دست آمده (۳۵/۹ درصد در مقابل ۵۹/۸ درصد بیشترین)، که احتمالاً به علت عدم اهمیت نظام بیمارستانی و بالطبع سرپرستار و یا واکنش نامناسب در مقابل عدم گزارش خطای دارویی می‌باشد. در مطالعه قاسمی در سال ۱۳۸۷ علت عدم گزارش خطای دارویی توسط پرستاران را ترس از سرپرستار (۶۰ درصد) و ترس از همکاران (۶۴ درصد) نشان دادند. با این وجود اکثر آن‌ها (۶۴ درصد) گواهی دادند که خطاهای دارویی را گزارش می‌دهند، حتی مواردی که زیاد جدی و خطرناک نیستند. تنها عده کمی (۱۶ درصد) به دلیل ترس از برخورد انضباطی و از دست دادن کارشان از گزارش دادن خطاهای دارویی کوتاهی می‌کنند (۷). به نظر می‌رسد علاوه بر

عنوان علت خطاهای دارویی ذکر کردند و در مطالعه حاضر، ۴۴/۶ درصد ذکر شده است، که این آمار تقریباً به هم نزدیک است (۱). در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۷ توسط Ulanimo انجام شده است، ناخوانا بودن خط پزشک (۲۸ درصد) یکی از خطاهای دارویی عنوان شده در حالی که در مطالعه ما ۳۵/۹ درصد ذکر شده است که می‌تواند به علت سیستماتیک نبودن نسخه‌نویسی در بیمارستان‌های ما و عدم ثبت الکترونیکی، بیشتر از سایر مطالعات، به دست آمده باشد (۸). Tissot و همکاران در سال ۲۰۰۳ نسخه‌های ناخوانا و ناقص را یکی از فاکتورهای مربوط به خطاهای دارویی به دست آوردند (۱۰). Deam و همکاران خطاهای دستوری را در مدت ۴ هفته بررسی کردند. مطالعه دوره‌ای از میان ۳۶۲۰۰ دستور دارویی ۵۴۳ خطای دستوری پیدا شد که نشان دهنده فراوانی خطاهای دستوری پزشک در این مطالعه می‌باشد (۸).

کنترل خطاهای دارویی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چرا که علاوه بر هزینه‌بر بودن، امروزه تأثیر منفی آن بر حفظ امنیت بیماران که مهم‌ترین اولویت نظام سلامت کشور است به خوبی شناخته شده است (۱۶ و ۱۷).

در ارتباط با سوال پژوهش حاضر که از پرستاران سوال شد که به نظر آن‌ها چند درصد از خطاهای دارویی به سرپرستار گزارش می‌شود، پرستاران بیان نمودند که حدوداً ۴۵ درصد خطاهای دارویی به سرپرستار گزارش می‌شود. پرستاران احتمالاً مواردی را گزارش می‌نمایند که خطر جدی برای بیمار دارد و یا دلایلی که در ادامه بحث، ذکر نمودند و بقیه خطاها گزارش نمی‌شوند. نتایج مطالعه Karen نشان داد که پرستاران بخش کودکان، خطاهای دارویی را در ۶۷ درصد موارد گزارش می‌دهند و در بخش بزرگسالان، پرستاران ۵۶ درصد موارد را گزارش می‌دهند (۱).

مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۲ با جمعیت ۱۳۰۰ نفر پرستار از چندین بیمارستان انجام گرفت که اعلام کردند خطاهای دارویی ۵۷ درصد توسط پرستاران گزارش می‌گردد، که علت این تفاوت در روش کار بود. در این پژوهش ۳ روش مشاهده مستقیم، بازدید بخش‌ها و گزارش خطاهای دارویی با هم مقایسه می‌شد که ۴۷۶ خطا در طول مشاهده مستقیم، ۲۴ خطا در بازرسی بخش‌ها و تنها ۱ مورد خطای گزارش شده وجود داشت، ولی در پژوهش حاضر برای تعیین دیدگاه پرستاران از پرسشنامه به جای مشاهده مستقیم یا بازرسی استفاده گردید (۱).

در مطالعه Ulanimo میزان خطاهایی که گزارش می‌شود را ۲۸/۹ درصد و مابقی علت عدم گزارش را نبودن دستورالعمل خاص در مورد نحوه گزارش و این که نمی‌دانند چه موردی را باید گزارش دهند بیان نمودند (۸). در مطالعه‌ای دیگر پرستاران چهار علت را برای عدم گزارش خطا لیست کردند. خطاهایی که تشخیص داده نمی‌شود، خطاهایی که تشخیص داده می‌شوند ولی موجب ضرر به بیمار نمی‌شود و دو علت دیگر ترس از توبیخ شدن و عوامل موجود در نظام بیمارستان که افراد از گزارش دادن دل‌سرد می‌شوند (۵). در ایران هم به نحوه گزارش خطاهای دارویی اهمیت داده نشده است و فرایند تعریف شده‌ای وجود ندارد و همچنین سیستم تشویق و تنبیه در زمان گزارش پرستار وجود ندارد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، پرستاران مهم‌ترین علل موانع

لازم است. کمبود اطلاعات در مورد نحوه گزارش‌دهی و فراموش نمودن گزارش خطای دارویی باعث عدم آگاهی تیم پزشکی نسبت به جبران خطای صورت گرفته و انجام درمان و مراقبت‌های مربوط می‌شود. وجود دستورالعمل شفاف در مورد نحوه گزارش‌دهی و این که چه موردی را باید گزارش دهند ضروری است. در صورت امکان وجود یک داروساز در دسترس به طور ۲۴ ساعته در داروخانه بیمارستان‌ها بسیاری از مشکلات را برطرف می‌سازد.

بدیهی است در نظر گرفتن مصونیت‌های شغلی و قانونی برای افرادی که صادقانه اعتراف به خطا می‌کنند نوعی ابتکار عمل در جلوگیری از مخفی ماندن خطا به دلیل ترس از توبیخ و تنبیه خواهد بود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در قالب طرح تحقیقاتی مصوب با شماره کد ۸۶۷۴۱ مورخ ۱۳۸۷/۸/۲۳ با پشتیبانی مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه مشهد به انجام رسیده است. نگارندگان بدین وسیله مراتب تقدیر و تشکر خویش را از معاونت محترم پژوهشی و درمان دانشگاه علوم پزشکی مشهد و روسا، مدیران و سرپرستاران محترم بخش‌ها و سرکار خانم طلعت خدیوزاده و آقای یاسر تیرایی مشاور آمار و کلیه سروران و عزیزانی که بدون هیچ‌گونه چشم داشتی ما را در اجرا و تکمیل این پژوهش یاری نمودند، اعلام می‌دارند.

References

1. Karen M, Mary A, Ginette P, Thomas V. Reporting of medication errors by pediatric nurses. *JPN*. 2004;19(6):385-392.
2. Koushal R, Botes DW, Londrigan C, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *JAMA*. 2001; 285:2119-2120.
3. Penjvini S. Investigation of the rate and type of medication errors of nurses in sanandaj hospitals. *IJNR*. 2006;1(1):59-64
4. Mohamadnejad A, Hjati H, Sharifinia H, Ahsani S. Survey rates medications errors Nursing students Tehran Hospital. *Medical Ethics and History of medicine*. 2009;3:60-69. [Article in Persian]
5. Joolae S, hajbabai F, Pirovi H, Haghani H. Survey incidence error medication nursing. *IEHM*. 2009;3(1):65-76. [Article in Persian]
6. Kouhestani H, Baghcheghi N. Refusal in reporting medication errors from the viewpoints of nursing students in Arak university of medical sciences. *IJME*. 2008;8(2):285-92. [Article in Persian]
7. Ghasemi F, Valizadeh F, Momennasab M. Survey aknowledge nurses related to medication errors. *Yafteh Journal*. 2008;10(2):55-63. [Article in Persian]
8. Ulanimo VM, Olearly-Kelley C, Connolly PM. Nurses perceptions of causes of medication errors and barrier to reporting. *J Nurs Care Qual*. 2007;22(1):28-33.
9. Wakefield BJ, Uden-Hidmon T, Blegen MA. Organizational culture, continues quality improvement, and medication administration errors reporting. *AJMQ*. 2001;16:128-134.
10. Tissot E, Cornette C, Limat S, Mourand JL, Becker M,

نظرات مطالعه فوق بیشترین علت عدم آگاهی از شیوه گزارش‌دهی و اهمیت قائل نشدن برای پرستارانی است که صادقانه برای نجات جان بیمار گزارش می‌دهند. این یافته‌ها مشابه مطالعه Duncan & Mayo است، ۷۶/۹ درصد از پرستاران به علت عکس‌العمل سرپرستار و ۶۱/۴ درصد عکس‌العمل کارکنان، خطاهای دارویی را گزارش نمی‌دهند و ۸۰ درصد پرستاران ترس از دست دادن کارشان ندارند و احساس امنیت شغلی دارند ولی نگرش آنان بعد از ارتکاب به یک خطای دارویی مانعی قوی برای گزارش خطا است (۱۲).

گزارش خطاهای حرفه‌ای برای ارتقای امنیت بیمار نه تنها در بیمارستان که در مراکز سرپایی مراقبت امری اساسی و یک فعالیت ضروری محسوب می‌گردد (۱۸).

نتیجه‌گیری

خطای پرستار در انتقال دستورات دارویی پزشک از پرونده به کاردکس، تجویز دوز اشتباه توسط پزشک و تنظیم نادرست وسایل انفوزیون مهم‌ترین خطاهای دارویی از دیدگاه پرستاران در این مطالعه بیان شد. به نظر می‌رسد در صورتی که پزشکان دستورات دارویی را وارد رایانه نمایند این خطا کاهش خواهد یافت. در دسترس قرار دادن منابع به روز نظیر کتاب‌های معتبر داروشناسی در بخش‌ها برای پرسنل و در نظر گرفتن مباحث دارویی در نیاز سنجی آموزشی سالانه

- Etievant JP, et al. Observational study of potential risk factors of medication administration errors. *Pharm world Sci*. 2003;25(6):264-268.
11. Osborne J, Blais K, Hayes S. Nurses' perceptions: when is it a medication error? *J Nurs Adm*. 1999;29(4):33-38.
12. Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: What we need to know for patient safety. *J Nurs Care Qual*. 2004;19(3):209-217.
13. Steven M, Handler MD, Subashan P, Studenski SA, Nace DA, Fridsma DB, et al. Identify modifiable barriers to medication error reporting in the nursing home setting. *J AM Med Dir Assoc*. 2010;8(9):569-574.
14. Tol A, Pourreza A, Sharifirad G, Mohebbi B, Gazi Z. The causes of not reporting medication Errors from the viewpoints of nursing in Baharlo hospital. *Hospital*. 2011;9(1,2):19-24. [Article in Persian]
15. Hashemi F, Nikbakht AR, Asghari F. related reporting error medication of iran. *IEHM*. 2010;4(2):53-64. [Article in Persian]
16. Brown MM. Managing medication errors by design. *crit care nurs Q*. 2001;24(3):77-97.
17. Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Lubomski LH, Morlock LL. Defining and measuring patient safety. *Crit Care Clin*. 2005;21(1):1-19.
18. Wolf ZR, Hughes RG. Error reporting and disclosure. in: Hughes R, eds. patient safety and Quality: An Evidence-Based Hand book for nurses. Rockville: AHRQ Publication; 2008.P.1-47.



Original Article

Survey of Nurses' Viewpoints on Causes of Medicinal Errors and Barriers to Reporting in Pediatric Units in Hospitals of Mashhad University of Medical Sciences

Seidi M¹, Zardosht ^{*2}

1- EDC, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

2- Faculty of Paramedicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Received Date: 2012/05/02

Accepted Date: 2012/06/27

Abstract

Background & Objective: Patient safety is the principal concern of current health care delivery systems, and several recent studies initiated by the Institute of Medicine have reported a high incidence of medicinal errors. Of the approximately 44000-98000 patient deaths reported each year because of medical errors, 7000 are attributed to medicinal errors. The purpose of this study was to determine nurses' perceptions of causes of medicinal errors and barriers to reporting them in the pediatric wards of Mashhad University of Medical Sciences.

Materials & Methods: This cross-sectional descriptive study recruited 156 nurses working in general pediatric units via the convenience sample method. A questionnaire containing four sections was used: the first section on demographic information; the second on the reasons for medicinal errors; the third on the estimation of the percentage of medicinal errors occurring in the units; and the final section on the reasons for failing to report the medicinal errors.

Results: The most important medicinal errors from the nurses' viewpoint were failure to check medicinal orders (73.9%) and errors in the medication administration (64%). The nurses estimated that only 45% of all the medicinal errors were reported, and they cited a lack of knowledge about unit policies and routines (59.8%) and negligence to report (59.8%) as the most important reasons for the failure to report the errors.

Conclusion: We need to improve the accuracy of medicinal error reporting by nurses and to provide a hospital environment conducive to preventing errors from occurring.

Keywords: Medication Error, Pediatrics, Nurse, Barriers to Reporting

*Corresponding author: Zardosht Roghaye, Faculty of Paramedical, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Tel: +98 91550023989

Email: rozardosht@yahoo.com