

## خطاهای حرفه‌ای و ایمنی بیمار در بخش مراقبت ویژه قلب: تحلیل محتوا

پژوهشگران: منیرنوبهار

(۱) گروه پرستاری، استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۳/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۶/۱۰

### چکیده

**مقدمه:** بهره‌مندی از تکنولوژی پیشرفته، مهارت‌های بالینی و روش‌های مراقبتی متناسب با شرایط بحرانی بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه قلب با احتمال بروز خطاهای حرفه‌ای و اختلال ایمنی همراه می‌باشد. در حالی که داده‌های منتشر شده در این زمینه بسیار کم است. **هدف:** هدف این مطالعه تبیین خطاهای حرفه‌ای و ایمنی بیمار در بخش مراقبت ویژه قلب بود. **روش کار:** این مطالعه با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. ۱۵ پرستار بخش مراقبت ویژه قلب ۱۳۹۲ در این مطالعه مشارکت داشتند. انتخاب آنان به صورت هدفمند و روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه سازمان یافته بود. **نتایج:** با تجزیه و تحلیل یافته‌ها از مجموع مضمون‌های استخراج شده، مضمون اصلی "کار تیمی" انتزاع شد. زیرطبقات شامل "توانمندی"، "رضایت شغلی" و "مدیریت حمایتی" بود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه نشان داد که در بخش مراقبت ویژه قلب، ارائه کار تیمی در کاهش خطاهای حرفه‌ای و حفظ و ارتقاء ایمنی بیماران از اهمیت ویژه برخوردار است. هم‌چنین ضرورت مدیریت حمایتی به منظور برخورد مناسب با خطا، توانمندسازی و افزایش رضایت شغلی پرستاران از اصول بنیادی در پیشگیری از خطاهای حرفه‌ای و فراهم نمودن ایمنی بیماران محسوب می‌شود.

**کلیدواژه:** خطاهای حرفه‌ای، ایمنی بیمار، مراقبت ویژه قلب، تحلیل محتوا

### مقدمه

مراقبتی بهداشتی از دیگر پیامدهای خطا محسوب می‌شود (۵). بیمارانی که از خطاهای حرفه‌ای رنج می‌برند، ممکن است دچار مرگ و یا از کارافتادگی دائم شوند (۶). بنابراین در مراقبت‌های بهداشتی، خطا مسئله مهمی برای افراد حرفه‌ای مراقبت بهداشتی، مدیران و سیاست‌گذاران بهداشتی، عموم مردم و بیماران محسوب می‌گردد (۵). شناسایی و کاهش خطاهای حرفه‌ای از اولویت‌های اصلی برای مراقبین بهداشتی می‌باشد (۳). توسعه فرهنگ ایمنی، عنصر اصلی تلاش برای بهبود کیفیت ایمنی و مراقبت از بیمار است (۷). خطاهای انسانی در عملکرد بالینی رایج است و بهبود کیفیت و ایمنی مراقبت‌های پرستاری را محدود می‌کند (۸). اگرچه اطلاعات پایه در این زمینه ضروری است (۵). با این حال، اطلاعات موجود در مورد با خطاها فراهم نمودن ایمنی، بسیار محدود است (۹، ۱۰). مطالعات محدود در زمینه خطاهای مراقبتی، ضرورت مطالعه‌ی بیشتر را در این مورد ایجاب می‌نماید (۵).

مراقبین بهداشتی، سلامتی بیماران را بهبود می‌بخشند (۱، ۲). اغلب بیمارانی که با آن‌ها در تماس هستند، مراقبت‌هایی با کیفیت بالا دریافت می‌کنند، اما در برخی موارد، بیماران از مراقبت توأم با خطاهای حرفه‌ای برخوردار می‌شوند (۳). خطاهای حرفه‌ای در ۳ تا ۱۱ درصد از بیماران بستری در بیمارستان روی می‌دهد، در حالی که مطالعات مشاهده‌ای مستقیم، نشانگر برآورد بالاتر این خطاها به میزان ۱۷/۷ درصد می‌باشد (۴). هم‌چنین تکنیک‌های مراقبتی، تکنولوژی و سایر عوامل پیچیده انسانی سبب افزایش خطاهای حرفه‌ای می‌شوند (۱، ۲).

مضرات واقعی یا احتمالی برای بیمار، خطا تعریف شده است، اما برخی از منابع، فقط به مضرات واقعی به عنوان خطا می‌نگرند (۳). در حقیقت خطاهای حرفه‌ای می‌تواند به طولانی شدن زمان بستری در بیمارستان، ایجاد ناتوانی در زمان ترخیص و یا هر دو مورد منجر شود (۱). هم‌چنین افزایش دعاوی پزشکی، تشدید درد و رنج بیمار و خانواده او و کاهش اعتماد آنان به سیستم‌های

در بخش‌های مراقبت ویژه، خطاهای حرفه‌ای معمول است (۱۱). بروز خطا در این بخش‌ها، از جمله نگرانی‌های مهم جهانی می‌باشد (۱۲) و به دلیل استفاده از ابزارهای جدید تشخیصی و درمانی، اهمیت کار گروهی و مهارت‌های فنی و بالینی، شرایط پیچیده و متعدد بیماران، نیاز بیشتری به پیاده سازی فرهنگ مدیریت خطا در بخش‌های مراقبت ویژه وجود دارد (۱۳). در رابطه با اجرای روش‌های مراقبتی ایمن، برای افزایش ایمنی بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه، اطلاعات منتشر شده بسیار کمی وجود دارد (۱۴). عوامل مبتنی بر شواهد و لیست استاندارد وجود ندارد که به درک عوامل زمینه ای علت خطاها کمک نماید. بدون وجود این شواهد، سیستم‌ها قادر به پاسخگویی مطلوب به سئوالات موجود در رابطه با خطاها نمی‌باشند (۱۵). شواهد نشان می‌دهد بسیاری از خطاها قابل پیشگیری می‌باشند (۶). پرستاران دارای شرایط مناسبی برای تعیین خطاهای حرفه‌ای هستند (۵) و در پیشگیری از خطاهای حرفه‌ای نقش محوری دارند (۶). آن‌ها در جایگاه ویژه برای شناسایی، وقفه و تصحیح خطاها و به حداقل رساندن عوارض ناخواسته قابل پیشگیری می‌باشند (۱۱). از آنجا که درک کامل خطا ضروری است (۳)، از طرفی اغلب تحقیقات انجام شده در زمینه خطاهای حرفه‌ای و ایمنی بیمار به روش‌های کمی انجام شده است (۱۶)، در حالی که تبیین ایمنی بیمار و خطاهای حرفه‌ای نیازمند انجام مصاحبه‌های عمیق کیفی می‌باشد (۸). بنابراین مطالعه‌ی اخیر با هدف تبیین خطاهای حرفه‌ای و ایمنی بیمار در بخش مراقبت ویژه قلب انجام شد.

### روش کار

مطالعه حاضر به روش تحلیل محتوای قراردادی Conventional Content Analysis انجام شد. انتخاب نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند بود. شرکت کنندگان از بین پرستاران بخش مراقبت ویژه قلب یک بیمارستان دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سمنان بودند که براساس معیارهای حداقل یک سال سابقه کار مفید در بخش مراقبت ویژه قلب، ساکن بودن در شهر سمنان، دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و

تمایل به مشارکت در مطالعه و بیان تجارب، انتخاب شدند. نمونه‌گیری با حداکثر تنوع (Maximum Variance of Sampling) از نظر سوابق و تجارب کاری متنوع، تفاوت - در سن، تنوع فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی ادامه یافت. طی این تحقیق، ۱۵ پرستار که در سال ۱۳۹۲ - ۱۳۹۱ در بخش مراقبت ویژه قلب مشغول به کار بودند، انتخاب شدند، نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. روش اصلی گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختار یافته و مدت زمان مصاحبه‌ها ۴۰ تا ۹۰ دقیقه بود. ابتدا طی تماس تلفنی با پرستاران و بیان اهداف مطالعه، زمان انجام مصاحبه‌ها و محل مناسب از نظر مشارکت کنندگان تعیین شد. محل مصاحبه‌ها در دفتر مسئول بخش مراقبت ویژه قلب که اتاقی آرام بود، بدون حضور وی در زمان مصاحبه انتخاب شد. محور سئوالات مصاحبه، تجربه پرستاران در زمینه خطاهای حرفه‌ای و ایمنی بیمار بود. ابتدا یک سؤال کلی مبنی بر اینکه "در مورد خطاهای حرفه‌ای در بخش مراقبت ویژه قلب برایم بگویید؟"، "لطفا در مورد ایمنی بیمار در بخش مراقبت ویژه قلب بگویید"، پرسیده می‌شد و براساس پاسخ مشارکت کنندگان روند مصاحبه هدایت می‌گردید. سپس به منظور دستیابی به اطلاعات بیش‌تر و روشن شدن پاسخ‌های پرستاران، سئوالات اکتشافی و پیگیری کننده نیز پرسیده می‌شد که پاسخ‌های آنان هدایت گرو تعیین کننده این سئوالات بود. در طی مصاحبه‌ها از شرکت کنندگان خواسته می‌شد که برای توصیف موضوع مطرح شده، مثال‌هایی را بازگو کنند. همه مصاحبه‌ها به صورت دیتایلی ضبط و بلافاصله کلمه به کلمه نوشته می‌شد. به منظور غوطه‌وری در داده‌ها، پژوهشگر مصاحبه‌ها را چند نوبت گوش کرد و متن تایپ شده آن‌ها را بارها مرور نمود. فرآیند تجزیه تحلیل هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها بر مبنای الگوریتم گرانهایم و لوندمن (Granheim & Lundman) در تحلیل محتوای کیفی انجام شد (۱۷). برای تجزیه تحلیل محتوایی تمام مصاحبه‌ها از فرآیند استقرایی و کدگذاری استفاده شد. ابتدا داده‌ها با تایپ متن مصاحبه آماده شد، سپس به منظور استخراج کدها داده‌ها کلمه کلمه خوانده شد.

محقق در روند تحلیل داده‌ها دخالت داده نشوند (Bracketing).

برای افزایش روایی و پایایی که معادل استحکام علمی یافته‌ها (Truthworthiness) در تحقیق کیفی است، از چهار معیار اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقال-پذیری مطابق نظر لینکلن و گابا (Lincoln & Guba) استفاده گردید (۱۸). اعتبار داده‌ها با حداکثر تنوع شرکت کنندگان، سوابق و تجارب کاری متنوع، تفاوت در سن، تنوع فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی افزایش یافت. جهت رفع هر گونه ابهام در کدگذاری‌ها، از روش‌های مقبولیت داده‌ها (Credibility) استفاده شد، پژوهشگر قسمت‌هایی از مصاحبه و کدگذاری‌ها را در اختیار آنان قرارداد (Member Check) تا به مفاهیم یکسان در مورد گفته‌های شرکت کنندگان دست یابد و میزان تجانس بین درون‌مایه‌های استخراج شده با تجارب شرکت کنندگان مقایسه شد. بدین منظور از اشباع داده‌ها نیز برای بالابردن اعتبار استفاده شد، قابلیت تعیین تأیید (Confirm ability) نیز با جمع‌آوری منظم داده‌ها (Audit Trial)، ثبت و نگارش مراحل و روند تحقیق به طور دقیق و رعایت بی‌طرفی محقق، توافق سه نفر از پرستاران بخش مراقبت ویژه روی مصاحبه‌ها، کدها و دسته‌بندی کدهای مشابه و طبقات برای مقایسه بین آنچه که محقق برداشت نموده با آنچه که منظور شرکت کنندگان بوده، امکان‌پذیر شد. اطمینان یا ثبات یافته‌ها (Dependability) با نسخه-نویسی در اسرع وقت، استفاده از نظرات سه نفر از همکاران مسلط به تحقیق کیفی (External Check) و مطالعه مجدد کل داده‌ها و مصاحبه با شرکت کنندگان متفاوت و ارایه نقل قول‌های مستقیم و مثال‌ها تبیین غنی داده‌ها و قابلیت انتقال (Transferability) را امکان‌پذیر نمود.

از شرکت کنندگان رضایت آگاهانه اخذ گردید فرم رضایت آگاهانه شامل حق شرکت اختیاری در مطالعه، ضبط مصاحبه بدون نام، رعایت رازداری توسط محقق، توانایی انصراف در هر مرحله از تحقیق، آگاهی از نتایج کلی مطالعه و دریافت فایل صوتی مربوط به مصاحبه از

کلمه‌ها، جمله‌ها و پاراگراف‌هایی از گفته‌های شرکت کنندگان که حاوی نکات مهم و مرتبط با موضوع پژوهش بودند، به عنوان واحد معنایی (Meaning Unit) لحاظ گردیدند و یادداشت نویسی در حاشیه متن همراه با کدگذاری انجام شد و تجارب پرستاران شرکت کننده، مشخص شد. برای کدگذاری اولیه از کلمات خود شرکت کنندگان و برداشت‌های پژوهشگر از گفته‌های آنان استفاده شد. کدها چندین بار بازخوانی شدند، تا بر اساس تشابه معنایی در زیر طبقات و طبقات اصلی جایگزین شوند. واحدهای معنایی از صحبت‌های مشارکت کنندگان در قالب کدهای اولیه استخراج شدند. واحدهای معنایی با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها مفهوم‌پردازی و به سطح انتزاعی رسیدند و نام‌گذاری شدند. کدها بر اساس تشابه تفاوت معنایی و مفهومی طبقه‌بندی و تغییر شکل داده و محدودتر شدند تا مقوله‌ها ساخته شد و الگوی مفهومی معنادار از ارتباط بین طبقات شناسایی و درون‌مایه‌ها ظاهر گردید. فرآیند برگشت و بررسی تمامی داده‌ها، به منظور اطمینان از روایی درون‌مایه‌های استخراج گردیده از داده‌ها، به صورت مجزا انجام گرفت و منابع حمایت کننده از درون‌مایه‌ها استخراج شد. از طریق ایجاد این مقوله داده‌ها به بخش‌های مجزا تقسیم شدند. برای به دست آوردن تشابه و تفاوت‌ها، داده‌ها به دقت بررسی شدند و سئوالاتی در باره پدیده‌ها که داده‌ها حاکی از آنها هستند، مطرح گردید، به این ترتیب اولین قدم در تجزیه تحلیل داده‌ها یعنی مفهوم‌پردازی از داده‌ها، انجام شد. سپس یک اسم مفهومی که انتزاعی‌تر از مجموعه آن مقوله‌ها بود، برای آن طبقه خاص در نظر گرفته می‌شد. با کدگذاری و ایجاد روابط بین هر مقوله و مقوله‌های فرعی (Subcategory) مرتبط با آن، داده‌ها به صورت جدید با یکدیگر مرتبط می‌شدند. وقتی در داده‌ها، پدیده خاصی وجود داشت، مفاهیم آن طبقه‌بندی (Categories) می‌گردید. در نهایت با بازنگری مجدد طبقات، کدها و داده‌های درون‌مایه اصلی مطالعه مشخص گردید. تا وقتی که درون‌مایه‌ها مشخص و داده‌ها اشباع می‌شد، مصاحبه ادامه می‌یافت. در تمامی مراحل سعی شد تا پیش فرض‌های

ارتباط پرسنل با یکدیگر و ارتباط پرستار با بیمار است. "روابط پرستارها با همدیگر خوب است، این باعث می‌شود که از شرایط و مراقبت بیمارهای همدیگر اطلاع داشته باشیم، جان مریض نباید به خطر بیفتد" (پرستار ۱۵).

### داشتن تجربه

داشتن تجربه یکی از عوامل مهم دیگر در ارائه کار تیمی بود. تجارب پرستاران حاصل عملکرد مستقیم و تجربه‌های به دست آمده از عملکرد دیگران بود. "وقتی که داروی اس‌کا را شروع می‌کنیم، سعی می‌کنیم که حواسمون به بقیه پرسنل کم تجربه هم باشه که برای بیمار مشکل درست نشه" (پرستار ۶).

### توانمندی

توانمندی پرستاران از بروز خطاهای حرفه‌ای پیشگیری می‌کند و ایمنی بیمار را تسهیل می‌نمود. این طبقه شامل زیرطبقات "برخورداری از دانش و مهارت" و "مسئولیت‌پذیری و وجدان کاری" بود.

### برخورداری از دانش و مهارت

برخورداری از دانش و مهارت یکی از زیرطبقات توانمندی در خطاهای حرفه‌ای و ایمنی بیمار بود. شرایط تهدید کننده حیات بیمار و عدم دسترسی سریع به پزشک، امکان بروز خطا را در صورت کمبود دانش و نداشتن مهارت کافی مهیا می‌کرد.

### مسئولیت‌پذیری و وجدان کاری

یکی از زیرطبقات توانمندی در خطاهای حرفه‌ای و ایمنی بیمار، مسئولیت‌پذیری و وجدان کاری پرستاران بود. یقیناً تحقق چنین امری علاوه بر دانش و مهارت کارکنان با نگرش مطلوب به حرفه در کارکنان میسر خواهد شد. "اگر مسئولیت‌پذیر باشیم، و مریض را درک کنیم، مراقبت‌ها مون موثرتره، کمتر دچار خطا می‌شویم" (پرستار ۳).

### رضایت شغلی

رضایت شغلی یکی از درون‌مایه‌های خطاهای حرفه‌ای و ایمنی بیمار بود. رضایت شغلی باعث افزایش بهره‌وری پرستاران، پیشگیری از بروز خطاهای حرفه‌ای و بهبود رضایتمندی بیماران می‌شود.

محقق بود. همچنین به آن‌ها اطلاع داده می‌شد که در صورت لزوم ممکن است برای تکمیل صحبت‌ها مجدداً به آن‌ها مراجعه شود.

### نتایج:

در این مطالعه ۱۵ پرستار (۱۴ زن و ۱ مرد)، که سن آن‌ها ۲۶-۴۵ سال (میانگین ۳۵/۲) بود، ۳ تا ۲۴ سال (میانگین ۸/۷۳) سابقه کار و حداقل ۱ تا ۱۱ سال (میانگین ۴/۰۶) سابقه کار در بخش مراقبت ویژه قلب داشتند، شرکت نمودند. با تجزیه و تحلیل یافته‌ها، درون-مایه اصلی "کار تیمی" انتزاع شد. طبقات شامل "توانمندی"، "رضایت شغلی" و "مدیریت حمایتی" بود (شکل ۱).

### کار تیمی

کار تیمی یکی از عوامل مهم در خطاهای حرفه‌ای و ایمنی بیمار بود. اغلب پرستاران برای پیشگیری از بروز خطاهای حرفه‌ای از راهبرد کار تیمی استفاده می‌کردند. به خصوص در زمان احیا قلبی ریوی، وقتی که برخی از بیماران شرایط بالینی نامناسبی داشتند، یا پرستاران کم‌تجربه بودند و همچنین با افزایش تعداد بیماران نیازمند مراقبت کامل و دائمی به تعداد بیماران یک پرستار که نیازمند مراقبت کامل و دائمی بودند، از راهبرد کار تیمی استفاده می‌کردند.

همکاری مطلوب، ارتباط مناسب، داشتن تجربه از عوامل موثر در ارائه کار تیمی بود.

### همکاری مطلوب

یکی از عوامل مهم در کار تیمی، همکاری مطلوب بین پرستاران می‌باشد. اغلب پرستاران بخش مراقبت ویژه از همکاری سایر پرستاران بخصوص در شرایط تهدید کننده حیات بیماران اظهار رضایتمندی می‌کردند. "وقتی شیفت می‌دهیم، مریض‌های ما مشخص شده است، اما وقتی کار گروهی انجام می‌شود، ما نمی‌گذاریم مریض دچار عارضه بشه" (پرستار ۲).

### ارتباط مناسب

یکی از عوامل اساسی در کار تیمی، ارتباط مناسب در بخش مراقبت ویژه قلب می‌باشد. این ارتباط شامل

## تعدیل فشار کاری

شرکت کنندگان در مطالعه مطرح می‌کردند که فشار کاری ناشی از کمبود پرستار، افزایش تعداد شیفت‌های کاری، کاهش ساعات خواب و استرس‌های روحی روانی پرستاران به خستگی و فرسودگی شغلی منجر می‌شود و احتمال بروز خطاهای حرفه‌ای، عوارض و مرگ و میر را در بخش افزایش می‌دهد.

"برنامه کاری فشرده می‌دهند و همین باعث خستگی می‌شه، قوانین گاهی می‌تواند خیلی سخت باشه، همین شب‌کاری پرستارها، این روی کار من خیلی تاثیر دارد، وقتی به اندازه کافی نتوانم استراحت کنم، ساعت ۴ تا ۵ صبح دیگه تمرکز ندارم، ممکنه یک قرص را اشتباه ببینم" (پرستار ۷).

ترس از قانون یکی از مواردی بود که در ایجاد فشار کاری تاثیرگذار بود و در صحبت‌های شرکت کنندگان مطرح شد.

"کارهایی را انجام می‌دهم که از نظر قانونی مشکلی برام پیش نیاد، برای همراهان مریض سی‌سی‌یو خیلی مهمه که مریضش هوشیار آمده، حالا نیم ساعت بعد بگم که مریض فوت کرد، این طور مواقع دنبال این هستند که چه خطایی پیش آمده، شکایت می‌کنند" (پرستار ۹).

## محیط حاکم بر پرستار

محیط حاکم بر پرستار یکی از درون‌مایه‌های رضایت شغلی در خطاهای حرفه‌ای و ایمنی بیمار بود. از یک طرف، کمبود نیرو، شیفت‌های فشرده، کار زیاد و خسته کننده، از طرف دیگر مسئول بخش نیز برخی از وظایف خود را به پرسنل پرستاری واگذار نموده بود، که این مسئله نیز باعث افزایش فشار کاری می‌شد.

"دارو را باید مسئول بخش وارد کنه، اما کنترل دستورات دارویی زمان می‌بره، سرپرستار می‌گه باید پرستار وارد کنه و او کنترل مجدد می‌کنه، وقتی سرپرستار می‌خواد خطای پرسنل را بگیره، می‌آد دقیقا روی همین تمرکز می‌کنه، دستورات دارویی را کنترل مجدد می‌کنه و با اطمینان می‌توانه بگه که طی یک ماه حداقل پنج تا خطا داریم" (پرستار ۱۴).

## حقوق کافی

یکی از زیر طبقات رضایت شغلی، حقوق کافی بود. اکثر پرستاران اظهار می‌کردند که میزان حقوق دریافتی آن‌ها کم است. از طرف دیگر با وجود این که پرستاری از مشاغل سخت محسوب می‌شود، اما پرستاران از ضریب شاخص‌های سختی کار، تماس با عامل بیماری و سایر موارد برخوردار نیستند.

"همین حقوق روی کار من خیلی اثر می‌گذاره، قسطم عقب افتاده، اجاره این ماه را ندارم، ماه آینده توبیخ برای کسی می‌ره که ضامن من است، فکر همه جا می‌ره و احتمال خطای کاریم خیلی زیاد می‌شه" (پرستار ۱).

## مدیریت حمایتی

مدیریت حمایتی یکی از درون‌مایه خطاهای حرفه‌ای و ایمنی بیمار بود. مدیران با رفتارهای حمایتی خود می‌توانند سبب توانمندی پرستاران شده و رضایت شغلی آنان را بهبود بخشیده، کیفیت مراقبت‌های پرستاری و ایمنی بیماران را تضمین نمایند. "موقع بروز خطا، مسئولین ما راحت از زیر بار مسئولیت شانه خالی می‌کنند" (پرستار ۲).

## تامین وسایل

برای ارائه مراقبت‌های پرستاری ایمن، تامین امکانات، تجهیزات و وسایل مورد نیاز پرستاران از وظایف مهم مدیریت می‌باشد. مدیران با تامین امکانات مناسب می‌توانند بروز خطاهای حرفه‌ای را کاهش داده و زمینه ایمنی بیماران را فراهم نمایند.

## برخورد با خطا

برخورد با خطای پرستار یکی از زیر طبقات مدیریت حمایتی بود. خطاهای حرفه‌ای زندگی بیماران را به مخاطره می‌اندازد، پرستاران را نیز دچار افسردگی، اضطراب و ناامیدی می‌کند و رضایت شغلی آنان را کاهش می‌دهد.

در این میان مدیریت با اتخاذ رفتارهای حمایتی می‌تواند تهدید برای بیماران و پرستاران را از نظر بروز خطر به میزان زیادی کنترل نموده و به منظور پیشگیری از بروز خطاهای آتی زمینه یادگیری از خطا را فراهم آورد.

**پذیرش خطا**

شرکت کنندگان در مطالعه معتقد بودند که خاکی باید پذیرای خطای خود باشد، این پذیرش باعث پیشگیری از بروز خطاهای آتی خواهد بود. "این خیلی مهم است که پرستار وقتی خطا می‌کند، بپذیرد که اشتباه مجدد پیش نیاید" (پرستار ۵).

**اطلاع رسانی**

بر اساس تجارب شرکت کنندگان اطلاع رسانی از خطا، زمینه پیشگیری از بروز خطا خواهد بود. "خطا باید اطلاع رسانی بشه، اطلاعات بالا برده بشه" (پرستار ۲).

**مواخذه**

مواخذه یکی از رفتارهای مدیران بود که در مقابل خطاهای اتفاق افتاده، باعث تشدید تنش‌های روحی پرستاران می‌شد. "اگر یه خطا سر بزنده، هر چهار تا پنج ماه یه چیز کوچک پیش بیاید، بلافاصله مورد مواخذه قرار می‌گیریم" (پرستار ۳).

**پنهان کاری**

مشارکت کنندگان معتقد بودند که در مواجهه با مدیریت غیرحمایتی، یکی از راهبردها پنهان کردن خطاست، مخصوصا پرستاران باتجربه، به علت پیشگیری از تحقیر شدن، ترجیح می‌دهند که از بیان خطا خودداری نمایند. "من یک اشتباهی کرده بودم، ... اگر مسئول بخش تو دفتر پرستاری مطرح نمی‌کرد، دفتر پرستاری خبر نمی‌شد، بیمار هم داروش را گرفته بود، شکر خدا که بهبود هم حاصل شده بود" (پرستار ۲).

**بحث و نتیجه گیری**

نتایج این مطالعه دیدگاه پرستاران بخش مراقبت ویژه پیرامون خطاهای حرفه‌ای و ایمنی بیمار را مشخص نمود. کار تیمی در خطاهای حرفه‌ای و ایمنی بیمار، اهمیت بسیار زیادی دارد. کار تیمی به عنوان مدل در دسترس، روش دقیقی برای بهبود و حفظ ایمنی بیمار (۱۹) و ارتقاء اثرات بالینی در بخش مراقبت ویژه می‌باشد (۲۰). حمایت و تاکید بر کار تیمی، باعث بهبود شرایط ایمنی برای بیمار می‌شود (۲۱).

یکی از زیرطبقات کار تیمی، همکاری است. اعضای گروه مراقبت ویژه برای دستیابی به اهداف بالینی، تعیین

مرزهای حرفه‌ای و نتایج سیستم‌های پیچیده و جدید با یکدیگر در تعامل می‌باشند (۲۲). مشارکت پرستاران باعث ایجاد احساس تعلق و مسئولیت بیشتر نسبت به محیط کار می‌شود (۲۳). حس کار گروهی باید قویا توسط مدیریت بخش‌های مراقبت ویژه و مربیان پرستاری بالینی در بخش‌های ویژه پرورش یابد (۲۴).

یکی از زیرطبقات کار تیمی، ارتباط است. لازم است پرستاران با بیمار و خانواده وی، پزشکان، سایر پرستاران، اعضای تیم درمانی و مراکز درمانی ارتباط مناسب برقرار کنند (۲۵). برقراری ارتباط مؤثر به تقویت حس همبستگی، ارتقای سطح دانش و آگاهی و افزایش میزان رضایت و اعتماد متقابل منجر می‌گردد (۲۶).

یکی از زیرطبقات کار تیمی، تجربه است. تجربه پرستاران به افزایش یادگیری و ارتقاء استانداردهای مراقبت از بیماران منجر می‌شود (۲۴). در صورتی که یک نفر به تعداد کارکنان پرستاری باتجربه در هر روز به بخش‌های مراقبت ویژه اضافه شود، ۶۰٪ نارسایی تنفسی، ۲۸٪ توقف قلبی و ۹٪ مرگ و میر در این بخش‌ها کاهش می‌یابد (۲۷).

یکی از طبقات در پیشگیری از بروز خطاهای حرفه‌ای و تسهیل ایمنی بیمار، توانمندی پرستاران است. کوکانن (Kuokkanen) و همکاران اهمیت توانمندی پرستاران در مراقبت ویژه را مطرح کردند (۲۸). توانمندی پرستار به بهبودی سریع‌تر بیماران و بهبودی سریع بیماران به حس توانمندی پرستاران منجر می‌گردد (۲۴).

یکی از زیرطبقات توانمندی، دانش و مهارت پرستار است. ارتقاء دانش و مهارت پرستاران، ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت‌ها را افزایش می‌دهد (۲۹). در استرالیا نیز سطوح ناکافی دانش و مهارت پرستاری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب، باعث یک چهارم حوادث پیش‌بینی نشده منجر به مرگ می‌شود (۲۷).

یکی از زیرطبقات توانمندی، مسئولیت‌پذیری و وجدان کاری است. مسئولیت زیر مجموعه اصول اخلاقی است (۳۰). نقصان مسئولیت‌پذیری، باعث بی‌اعتمادی، نگرانی، تشویش و آسیب به بیماران می‌شود (۳۱).

محیط‌های کاری مطلوب و خاص نقش دارند(۴۲). ناکافی بودن حمایت‌های مدیریتی، ضعف پایش، فقدان نظم و مقررات، عدم پاسخگویی، فقدان برنامه‌های مستمر بهبود کیفیت، عدم کفایت محیط مراقبت بهداشتی از منابع اصلی بروز خطا می‌باشند(۵).

یکی از زیرطبقات مدیریت حمایتی، تامین وسایل مورد نیاز است. کشمکش پرستاران بیش‌تر مربوط به استفاده از وسایل در محیط بخش مراقبت ویژه می‌باشد(۴۳).

یکی از زیرطبقات مدیریت حمایتی، نحوه برخورد با خطا است. تغییر درک از خطا، به پذیرش اشتباهات به عنوان رویدادی رایج، ضروری است. سیستم‌های گزارش حادثه بحرانی Critical incident report systems (CIRS) می‌توانند به افزایش دانش در مورد خطا و پیشگیری از آن کمک نمایند(۴).

#### تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی مصوب به شماره ۴۵۵ مورخ ۱۳۹۱/۷/۲۲ و جلسه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان با شماره ۹۱/۲۱۶۸۲۹ در تاریخ ۱۳۹۱/۶/۲۱ می‌باشد. بدینوسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی سمنان و همکاران ارجمندشان که اجرا و هزینه‌های انجام پژوهش را تقبل کردند و مشارکت کنندگان محترمی که تجارب ارزشمند خود را بیان نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

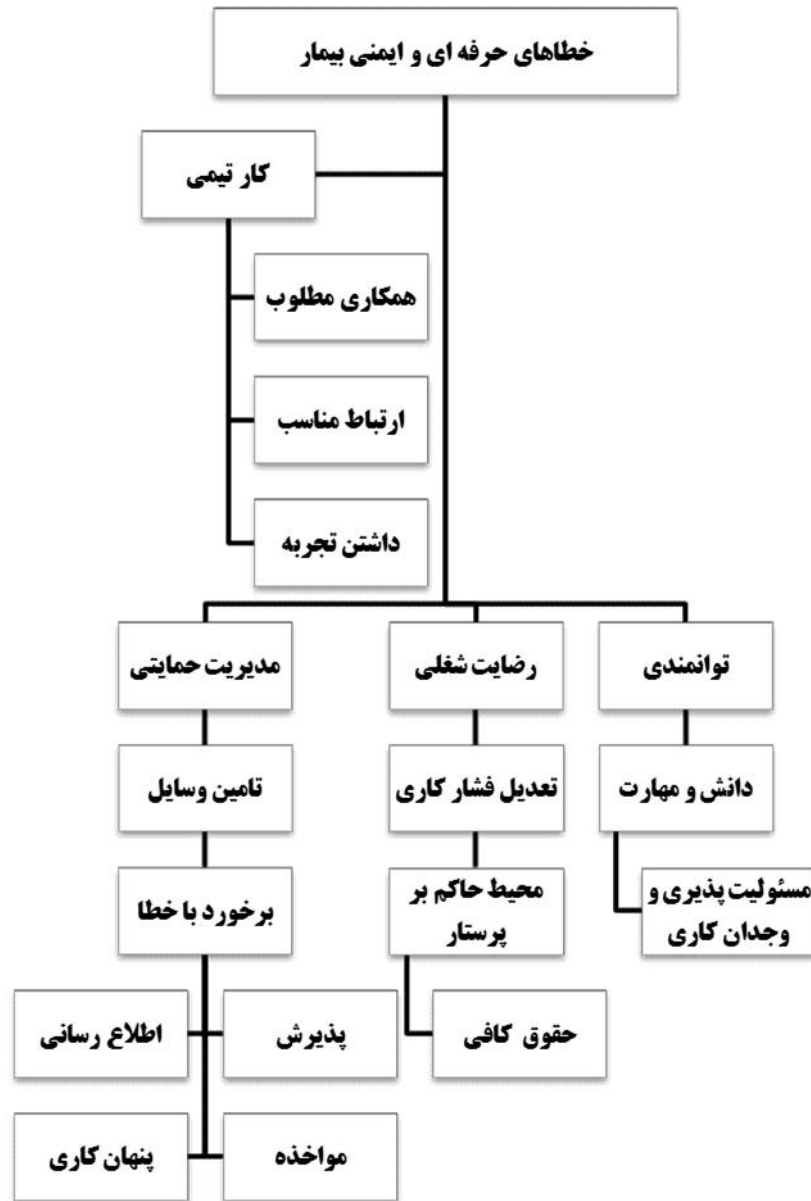
یکی از طبقات در پیشگیری از بروز خطاهای حرفه‌ای و تسهیل ایمنی بیمار، رضایت شغلی پرستاران است. رضایت شغلی، حالت عاطفی مثبت یا خوشایندی است که حاصل ارزیابی فرد از شغل یا تجارب شغلی خود می‌باشد(۳۲). افزایش رضایت شغلی پرستاران به کاهش خطاهای حرفه‌ای منجر می‌شود(۳۳).

یکی از زیرطبقات رضایت شغلی، تعدیل فشار کاری است. پرستاران به دلیل کار سخت و شیفت‌های مختلف، دچار خستگی جسمی و روانی می‌گردند(۳۱). کمبود پرستار، فشار کار زیاد، استفاده از پرستاران ناکارآمد، خستگی و حقوق کم پرستاران از جمله دلایل بروز خطا می‌باشند (۳۴). یک‌دهم درصد افزایش نسبت بیمار به پرستار منجر به ۲۸٪ افزایش در میزان بروز خطا می‌شود(۳۵).

یکی دیگر از زیر طبقات رضایت شغلی، محیط حاکم بر پرستار است. مهم‌ترین عامل در ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت در سازمان‌های مراقبت بهداشتی، محیط کار می‌باشد(۳۶). تشویق و تنبیه، هدایت‌گر و تقویت کننده مسئولیت‌پذیری است(۳۱). در این مطالعه ترس از قانون در محیط حاکم بر پرستاران نیز مطرح بود، در مطالعه برنر (Berner) و همکاران تقریباً همه پرستاران محدودیت‌های قانونی را می‌دانستند(۳۷). برای سطوح پیشرفته عملکرد، مجوز قانونی امنی وجود ندارد(۳۸).

از دیگر زیرطبقات رضایت شغلی، حقوق متناسب است. با توجه به فشارهای اقتصادی بسیار، برای پرستاران همیشه امکان‌پذیر نیست که طبق انتظارات موسسه، مراقبت نمایند(۳۹). عدم رضایت شغلی بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری و رضایتمندی بیماران تاثیرگذار است(۵). درک دیدگاه پرستاران در این مورد به کاهش فشارکاری آنان و ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری منجر می‌شود(۴۰).

مدیریت حمایتی، در خطاهای حرفه‌ای و ایمنی بیمار نقش دارد. مدیریت حمایتی، ابعاد ایمنی بیمار را بهبود می‌بخشد و به بهبود شرایط کاری کارکنان و مراقبت بیماران منجر می‌گردد(۴۱). مدیریت و رهبری در ایجاد



شکل شماره (۱): خطاهای حرفه ای و ایمنی بیمار



## References

- 1) Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(2):145-51; discussion 51-2.
- 2) Walshe K. Adverse events in health care: issues in measurement. *Qual Health Care*. 2000;9(1):47-52.
- 3) Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Fam Pract*. 2003;20(3):231-6.
- 4) Schrappe M. [Patient safety and risk management]. *Med Klin (Munich)*. 2005;100(8):478-85.
- 5) Hayajneh YA, AbuAlRub RF, Almahzoomy IK. Adverse events in Jordanian hospitals: types and causes. *Int J Nurs Pract*. 2010;16(4):374-80.
- 6) Considine J, Botti M. Who, when and where? Identification of patients at risk of an in-hospital adverse event: implications for nursing practice. *Int J Nurs Pract*. 2004;10(1):21-31.
- 7) Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013;158(5 Pt 2):369-74.
- 8) Meurier CE. Understanding the nature of errors in nursing: using a model to analyse critical incident reports of errors which had resulted in an adverse or potentially adverse event. *J Adv Nurs*. 2000;32(1):202-7.
- 9) Shojania KG. The frustrating case of incident-reporting systems. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(6):400-2.
- 10) Vincent C. Incident reporting and patient safety. *BMJ*. 2007;334(7584):51.
- 11) Henneman E, Gawlinski A, Blank F, Henneman P, Jordan D, McKenzie J. Strategies Used by Critical Care Nurses to Identify, Interrupt, and Correct Medical Errors. *Am J Crit Care*. 2010;19(6):500-9.
- 12) Inoue K, Koizumi A. Application of human reliability analysis to nursing errors in hospitals. *Risk Anal*. 2004;24(6):1459-73.
- 13) Mafri A. [Risk management in coronary care units]. *G Ital Cardiol (Rome)*. 2007;8(5 Suppl 1):46S-52S.
- 14) Krinsky WS, Mroz IB, McIlwaine JK, Surgenor SD, Christian D, Corwin HL, et al. A model for increasing patient safety in the intensive care unit: increasing the implementation rates of proven safety measures. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(1):74-80.
- 15) Lawton R, McEachan RR, Giles SJ, Sirriyeh R, Watt IS, Wright J. Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(5):369-80.
- 16) McGrail KA, Morse DS, Glessner T, Gardner K. "What is found there": qualitative analysis of physician-nurse collaboration stories. *J Gen Intern Med*. 2009;24(2):198-204.
- 17) Granheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2003;24(2):105-12.
- 18) Polit DF, Beck CT. *Essential of Nursing Research*. 6, editor. Lippincott Williams Wilkins Co2006.
- 19) Pronovost PJ, Berenholtz SM, Goeschel C, Thom I, Watson SR, Holzmueller CG, et al. Improving patient safety in intensive care units in Michigan. *J Crit Care*. 2008;23(2):207-21.
- 20) Vigorito MC, McNicoll L, Adams L, Sexton B. Improving safety culture results in Rhode Island ICUs: lessons learned from the development of action-oriented plans. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2011;37(11):509-14.
- 21) Schwendimann R, Zimmermann N, Küng K, Ausserhofer D, Sexton B. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(1):32-41.
- 22) Lingard L, Espin S, Evans C, Hawryluck L. The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Crit Care*. 2004;8(6):R403-8.
- 23) Danial Z. Effect of total quality management in determining the educational needs of critical wards nurses. *Journal of critical care nursing*. 2009;2(3):117-20.
- 24) Darvas JA, Hawkins LG. What makes a good intensive care unit: a nursing perspective. *Aust Crit Care*. 2002;15(2):77-82.
- 25) sabzevari S, Soltani Arabshahi K, Shekarabi R, Koohpayehzadeh J. Nursing Student's communication with patients in hospitals affiliated to kerman university of medical sciences. *Iran J Med Edu*. 2006;6(1):38-42.
- 26) Azimi Lolaty H, Ashktorab T, Bagheri Nesami M, Bagherzadeh Ladari R. Experience of professional communication among nurses working in educational hospitals: A phenomenological study . *Journal of Mazandaran university of medical sciences*. 2011;21(85):108-25.
- 27) Driscoll A, Currey J, George M, Davidson PM. Changes in health service delivery for cardiac patients: Implications for workforce planning and patient outcomes. *Aust Crit Care*. 2012;26(2):55-7.
- 28) Kuokkanen L, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Do nurses feel empowered? Nurses' assessments of their own qualities and performance with regard to nurse empowerment. *J Prof Nurs*. 2002;18(6):328-35.
- 29) Lekan DA, Corazzini KN, Gilliss CL, Bailey DE. Clinical leadership development in accelerated baccalaureate nursing students: an education innovation. *J Prof Nurs*. 2011;27(4):202-14.
- 30) Clancy A, Svensson T. 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nurs Philos*. 2007;8(3):158-66.
- 31) Mahmodi shen G, Alhani F, Ahmadi F, Kazemneghad A. Ethics in life style of nursing profession: A qualitative research in deductive content analysis. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 2009;2(4):63-78.
- 32) Cortese CG. Job satisfaction of Italian nurses: an exploratory study. *J Nurs Manag*. 2007;15(3):303-12.
- 33) Askari F, Abbasnezhad A. The study of professional stressor factors in nursing and midwifery community. *Ofoghe danesh, Gonabad university of medical sciences and health services*. 2006;12(4):12-9.
- 34) Freeman c, Guttmanova k. An error by any other name. *Am J Nurs*. 2004;104(6):32-43.
- 35) Weissman JS, Rothschild JM, Bendavid E, Sprivulis P, Cook EF, Evans RS, et al. Hospital workload and adverse events. *Med Care*. 2007;45(5):448-55.
- 36) Ausserhofer D, Schubert M, Desmedt M, Blegen MA, De Geest S, Schwendimann R. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):240-52.
- 37) Berner KH, Ives G, Astin F. Critical care nurses' perceptions about their involvement in significant decisions regarding patient care. *Aust Crit Care*. 2004;17(3):123-31.

- 38) Jamieson L, Williams LM, Dwyer T. The need for a new advanced nursing practice role for Australian adult critical care settings. *Aust Crit Care*. 2002;15(4):139-45.
- 39) Tomietto M, Zanardo D, Chiandetti R, Giacomuzzi P, Spangaro S, Sbrugnera S, et al. [The intensity of nurses' night shift in medical wards: an observational study on patients' calls]. *Assist Inferm Ric*. 2010;29(1):11-7.
- 40) Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Suhonen R, Leino-Kilpi H, Patiraki E, et al. A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients' and nurses' perspectives in six different EU countries. *J Adv Nurs*. 2012;68(5):1026-37.
- 41) Chaboyer W, Chamberlain D, Hewson-Conroy K, Grealay B, Elderkin T, Brittin M, et al. CNE article: safety culture in Australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement. *Am J Crit Care*. 2013;22(2):93-102.
- 42) Pretorius R, Klopper HC. Positive practice environment in critical care units in South Africa. *International Nursing Review*. 2011;59:66-72.
- 43) Gohery P, Meaney T. Nurses' role transition from the clinical ward environment to the critical care environment. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013;29(6):321-8.

**Professional errors and patient safety in intensive cardiac care unit:  
Content analysis  
By: Nobahar M<sup>1</sup>**

1) Assistant professor, Nursing Care Research Center, Faculty of Nursing and paramedical, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

Received: 2014/06/18

Accepted: 2014/09/01

**Abstract**

**Introduction:** Use of progressive technology, clinical skills and caring methods appropriate to critical situations of patient in intensive Cardiac Care Unit is probably related to professional errors and disorder in patient safety. There is a little data about this subject.

**Objective:** The aim of this study was to explore professional errors and patient safety in Cardiac Care Unit.

**Methods:** This study was conducted using qualitative approach and conventional content analysis method. Fifteen Cardiac Care Unit nurses participated in this study during 2012-2013. Samples were selected purposefully and data collection method was through semi-structured interview.

**Results:** Data analysis of extracted contexts, the main theme abstracted was "teamwork". Subthemes included "empowerment", "job satisfaction" and "supporting management".

**Conclusions:** Study results indicated that providing teamwork is very important in reducing errors, maintaining and improving patient safety in Cardiac Care Unit. Also necessity of supporting management regarding suitable confrontation with error, empowerment and increasing nursing job satisfaction are basic principles of professional error prevention and provision of patient safety.

**Keywords:** Professional Errors, Patient Safety, Intensive Cardiac Care, Content analysis

\*Corresponding Author: Monir Nobahar, Semnan, Nursing Care Research Center, Faculty of Nursing and Paramedical  
Email: nobahr43@semums.ac.ir