

بررسی ارتباط هوش معنوی و دیدگاه پرستاران درباره گزارش‌دهی خطاهای دارویی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶

میلاذ دریکوند^۱، نسرين ايمانی‌فر^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۱۲/۱۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۳/۰۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: خطای دارویی یکی از شایع‌ترین خطاهای پزشکی است که می‌تواند منجر به خطر انداختن ایمنی بیماران شود. مطالعه حاضر به منظور تعیین ارتباط هوش معنوی و دیدگاه پرستاران درباره گزارش‌دهی خطاهای دارویی در بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶ انجام شده است. **مواد و روش‌ها:** مطالعه توصیفی تحلیلی حاضر بر روی ۲۹۸ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶ با حداقل مدرک کارشناسی و حداقل سابقه بالینی یک سال که به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شدند، انجام شده است. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه خوداظهاری هوش معنوی کینگ و پرسشنامه اصلاح‌شده خطای دارویی گلدستون بوده است. پس از جمع‌آوری اطلاعات داده‌ها توسط نرم‌افزار spss v. 21 با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: از ۲۹۴ شرکت‌کننده در این پژوهش ۶۴/۳ درصد زن (۱۸۹ نفر) و ۳۵/۷ درصد مرد (۱۰۵ نفر) بودند. ۶۹/۰۴ درصد شرکت‌کنندگان مرتکب خطای دارویی شده بودند که از این تعداد ۵۲/۲ درصد آن را گزارش کرده بودند. میانگین نمره هوش معنوی پرستاران 71.31 ± 16.78 بود. در بررسی ارتباط هوش معنوی با ترس از گزارش دهی مشاهده شد که میانگین نمره افراد با جواب بله و خیر با یکدیگر تفاوت معنی‌داری داشت ($p=0.001$).

بحث و نتیجه‌گیری: نمره هوش معنوی پرستارانی که خطای دارویی خود را گزارش کرده بودند بیشتر از پرستارانی بود که خطای دارویی خود را گزارش نکرده بودند. با ارتقای هوش معنوی می‌توان عوارض ناشی از عدم گزارش دهی خطاهای دارویی را کاهش داد.

کلیدواژه‌ها: خطای دارویی، هوش معنوی، پرستاران بالینی، دیدگاه پرستاران، گزارش‌دهی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره سوم، پی‌درپی ۱۰۴، خرداد ۱۳۹۷، ص ۱۹۸-۲۰۶

آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۶۶۳۳۱۲۰۱۵۹

Email: mdiran2013@yahoo.com

مقدمه

حرفه‌های بهداشتی درمانی مورد سؤال قرار می‌گیرد (۴). خطاهای دارویی یکی از دلایل عمده مرگ‌ومیر بیماران هستند، در همین راستا تخمین زده شده که سالانه ۹۸۰۰۰-۴۴۰۰۰ بیمار به علت خطای پزشکی فوت می‌کنند و این در حالی است که از این رقم ۷۰۰۰ مورد به اشتباهات دارویی تعلق می‌گیرد (۵). یک‌سوم عوارض دارویی به علت اشتباهات دارویی بوده است؛ چنان‌که ۱۰ تا ۱۸ درصد صدمات بیمارستانی گزارش شده ناشی از اشتباهات دارویی بوده است (۶). چراغی و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه خود با عنوان "انواع و دلایل خطاهای دارویی از دیدگاه پرستاران"، میزان بروز خطاهای دارویی توسط پرستاران را ۶۴،۵۵ درصد اعلام کردند (۷). در مطالعه‌ای دیگر، شمس و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود،

خطای دارویی یکی از چالش‌های مهم تهدیدکننده نظام سلامت محسوب می‌شود (۱). خطای دارویی از شایع‌ترین خطاهای پزشکی است و به‌صورت هر رویداد قابل‌پیشگیری مربوط به اقدامات بهداشتی و حرفه‌ای و همچنین مراحل هم‌چون تجویز، دستور پزشک، توزیع، آموزش و نظارت که ممکن است منجر به آسیب به بیمار شود تعریف می‌شود (۲). خطاهای دارویی می‌توانند در تجویز دارو، دوز به‌کاررفته دارو، نسخه‌نویسی (خطاهای نسخه مانند ناخوانا بودن)، توزیع یا مصرف دارو، راه اشتباه، بسته‌بندی اشتباه یا گمراه‌کننده مانند برچسب اشتباه و... رخ دهند (۳). زمانی که خطای دارویی رخ می‌دهد معمولاً عملکرد پرستار بیش از سایر کارکنان

^۱ کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران

^۲ مربی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی خرم‌آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران (نویسنده مسئول)

از مشکلات زندگی و سروکار داشتن با بیماران، تفکر آن‌ها و پیدا کردن راه‌حل‌های معقول و انسانی برای آن‌ها ندارد (۲۰). چهار جزء هوش معنوی عبارت‌اند از: تفکر انتقادی وجودی (توانایی تفکر انتقادی در زمینه‌هایی مانند حقیقت وجود جهان)، تولید معنای شخصی (توانایی ساخت معنای شخصی و یک هدف از تمام تجارب ذهنی و فیزیکی)، دانش متعالی (ظرفیت برای شناسایی ابعاد برتر از خود به‌عنوان یک متعالی و نفس فراشخصی از دیگران و جهان مادی) و توسعه سطوح آگاهی (توانایی برای ورود و خروج از حالت آگاهی معنوی بالاتر مانند آگاهی خالص، همبستگی و اتحاد با خود اختیار) (۲۱). مؤلفه‌های هشت‌گانه نشان‌دهنده هوش معنوی شامل درستی و صراحت، تمامیت، مقاومت و پایداری، تواضع، مهربانی، سخاوت، تحمل و تمایل به برطرف کردن نیازهای دیگران می‌باشند (۲۲). با توجه به آنچه در مورد عوامل مؤثر بر گزارش دادن و عوامل مانع گزارش دادن خطای دارویی و هوش معنوی بیان شد و اینکه مؤلفه‌های هوش معنوی از قبیل شجاعت و مسئولیت‌پذیری و تعهد حرفه‌ای در گزارش دادن خطای دارویی صورت گرفته توسط پرستاران مؤثر می‌باشند، می‌توان این‌گونه استنباط کرد که وجود هوش معنوی بالاتر در پرسنل پرستاری می‌تواند در گزارش دادن خطاهای دارویی صورت گرفته نقش مؤثری ایفا کند. لذا پژوهشگران بر آن شدیم در مطالعه حاضر به بررسی ارتباط میزان هوش معنوی با دیدگاه پرستاران درباره گزارش‌دهی خطاهای دارویی صورت گرفته در میان پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان واقع در سطح شهر خرم‌آباد بپردازیم.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر توصیفی تحلیلی و از نوع همبستگی می‌باشد که بر روی ۲۹۸ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان واقع در سطح شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶ انجام شد. معیارهای ورود برای افراد شرکت‌کننده عبارت بودند از: (۱) پرستاران برای شرکت در مطالعه تمایل و رضایت داشته باشند. (۲) حداقل تحصیلات کارشناسی پرستاری داشته باشند. (۳) حداقل یک سال سابقه کار بالینی داشته باشند. معیارهای خروج در مطالعه نیز عدم تمایل فرد به ادامه شرکت در مطالعه، ناقص پر شدن پرسشنامه و وجود بیماری روانی و شناختی بودند.

شرکت‌کنندگان در مطالعه به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه لازم جهت انجام پژوهش از طریق فرمول زیر طبق مطالعه شمس و همکاران (۱۳۹۱) با ۹۵ درصد اطمینان و ۸۰ درصد توان آزمون و همبستگی ۰/۱۷۹ محاسبه شد

خطاهای دارویی صورت گرفته در میان پرستاران را ۲۸.۹ درصد اعلام کردند (۸). این در حالی است که میرزایی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود، شیوع وقوع خطاهای دارویی در میان پرستاران را ۷۹.۲ درصد اعلام کردند (۹). عمده‌ترین علل ذکر شده برای خطاهای دارویی نداشتن تجربه کافی برای خواندن دستورات دارویی (۴۲ درصد) و بار کاری زیاد (۲۷ درصد) ذکر شده است که شناسایی آن‌ها می‌تواند هم باعث کاهش هزینه‌ها و هم باعث افزایش ایمنی بیماران شود (۱۰). در ایران علت بروز خطاهای دارویی دلایلی مانند ساعت کار نامناسب و غیرطبیعی مانند شیفت عصر و شب، شیفت در روز تعطیل، دو شیفت شب پشت سر هم، دو شیفت شب و صبح، ساعت کار طولانی، مسئولیت بیش‌ازاندازه پرستاران، تجربه کاری کم و کمبود نیرو در شیفت شب ذکر شده است (۱۱). گزارش کردن خطاهای دارویی باعث پیشگیری از آسیب احتمالی به بیمار شده و همچنین به‌عنوان یک منبع اطلاعاتی با ارزش برای جلوگیری از اشتباهات دارویی در آینده می‌باشد و در کل گزارش‌دهی اشتباهات دارویی باعث حفظ ایمنی بیمار می‌گردد (۱۲). یکی از اصلی‌ترین علل عدم گزارش خطاهای دارویی در پرستاران گرفتاری و ترس از مجازات از سوی همکاران، کارفرما، آژانس‌های مسئول، بیماران و یا وابستگان آن‌ها می‌باشد (۱۳). در مطالعه تورونر و همکاران (۲۰۰۹) عواملی از جمله سرزنش پرستار (۵۲.۹۵ درصد)، از دست دادن اعتماد (۵۰.۴۵ درصد) و ترس از اقدامات انضباطی (۴۲ درصد) به‌عنوان دلایل عدم گزارش خطاهای دارویی صورت گرفته توسط پرستاران ذکر شده‌اند (۱۴). پرستاران برای گزارش خطاهای دارویی باید تعهد حرفه‌ای بالایی داشته باشند. تعهد حرفه‌ای شامل صداقت و وظیفه‌شناسی پرستار است (۱۵). با توجه به اینکه صداقت و وظیفه‌شناسی از جمله مؤلفه‌های هوش معنوی هستند و همچنین توجه به اینکه افراد با هوش معنوی بالاتر دارای شجاعت، صراحت و قاطعیت بیشتری در مواجهه و حل مسائل پیش آمده هستند لذا برای گزارش خطاهای دارویی رخ داده توسط فرد ترسی به خود راه نمی‌دهند. با توجه به این توضیحات به نظر می‌رسد که هوش معنوی با تربیت افراد صادق‌تر، وظیفه‌شناس‌تر، شجاع‌تر و قاطع‌تر نقش مثبتی در گزارش خطاهای دارویی صورت گرفته توسط فرد ایفا می‌کند (۱۷-۱۵). مفهوم هوش معنوی برای اولین بار توسط استیونز در سال ۱۹۹۶ پیشنهاد شد و بعداً در سال ۱۹۹۹ توسط ایمونز گسترش یافت (۱۸). هوش معنوی سازه‌ای جدید است که به معنای مجموعه‌ای از قابلیت‌های فرد در ارتباط با منابع معنوی است که در بردارنده نوع مؤثری از سازگاری و رفتار حل مسئله است و بالاترین سطوح رشد را در حیطه‌های مختلف شناختی، اخلاقی، هیجانی و بین فردی شامل می‌شود (۱۹). این هوش باعث می‌شود که فرد یک بینش عمیق در برابر حوادث و مشکلات زندگی پیدا کند و او ترسی

نتایج مطالعه آگاه شوند و نشانی پست الکترونیک خود را مرقوم نموده بودند نتایج مربوط به میزان حمایت از بیمار و نیز دیدگاه آنان در ارتباط با گزارش خطای دارویی برای آنان ایمیل گردید.

یافته‌ها

از ۲۹۸ پرسشنامه پخش شده ۲۹۴ پرسشنامه تکمیل شده جمع‌آوری گردید. از ۲۹۴ شرکت‌کننده در این پژوهش ۶۴/۳ درصد زن (۱۸۹ نفر) و ۳۵/۷ درصد مرد (۱۰۵ نفر) بودند. بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان در محدوده سنی ۳۰-۲۵ سال و متأهل بودند. سابقه کاری بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان کمتر از ۵ سال بود. از نظر وضعیت استخدام؛ ۴۱/۵ درصد قراردادی، ۳۲/۳ درصد پیمانی و ۲۶/۲ درصد رسمی بودند. ۴۵/۲ درصد در بخش‌های جنرال، ۲۳/۱ درصد در بخش‌های ویژه و ۳۱/۷ درصد در بخش اورژانس مشغول به کار بودند (جدول ۱). از کل شرکت‌کنندگان در پژوهش ۶۹،۰۴ درصد (۲۰۳ نفر) مرتکب خطای دارویی شده بودند که از این تعداد ۵۲،۲ درصد (۱۰۶ نفر) آن را گزارش کرده و ۴۷،۸ درصد (۹۷ نفر) آن را گزارش نکرده بودند. ۹۴،۲ درصد شرکت‌کنندگان اذعان داشتند که مفهوم خطای دارویی را می‌دانند و ۸۹،۸ شرکت‌کنندگان می‌دانستند که یک خطای دارویی چه موقع باید گزارش داده شود. در بررسی دیدگاه پرستاران در مورد عوامل مانع گزارش‌دهی در بررسی تک‌به‌تک دو علت ترس از برخورد مدیران با ۸۲،۷ درصد و ترس از عکس‌العمل همکاران با ۷۷،۲ درصد ذکر شدند که در مجموع میانگین این دو علت؛ ترس از برخورد مدیران پرستاری با پرستار ۵۲،۳۸ درصد و ترس از عکس‌العمل همکاران ۳۷،۶ درصد عوامل مانع گزارش‌دهی ذکر شدند (جدول ۲). میانگین نمره هوش معنوی پرستاران با توجه به پرسشنامه ۹۶ نمره‌ای کینگ، ۷۸،۳۱±۱۶،۷۸ بود. آزمون کای اسکور نشان داد که بین نوع استخدام و داشتن خطای دارویی ارتباط معنی‌دار وجود داشت (p=0.01)؛ به‌گونه‌ای که پرستاران قراردادی ۴۵،۸۱ درصد، پرستاران پیمانی ۳۳ درصد و پرستاران رسمی ۱۶،۷۴ درصد مرتکب خطای دارویی شده بودند. در بررسی ارتباط هوش معنوی با دیدگاه پرستاران در مورد گزارش دادن خطای خودشان میانگین افرادی که جواب بله و خیر داده بودند با یکدیگر تفاوت معنی‌دار نداشت (P=0.61) گرچه در زنان مشاهده شد که این تفاوت معنی‌دار بود (P=0.03)؛ و در افرادی که جواب خیر داده بودند بیشتر بود یعنی با توجه به بالا بودن نمره هوش معنوی آن‌ها در صورت اگر مرتکب خطای دارویی شوند آن را گزارش خواهند کرد. اگرچه در کل افراد تحت بررسی در دو گروهی که گزارش‌دهی کرده بودند و گزارش نکرده بودند میانگین نمره هوش معنوی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار نداشت (P=0.23) اما با تفکیک جنسیتی مشاهده شده که هم در زنان (p<0.001) و هم

که با در نظر گرفتن ۲۰ درصد ریزش حجم نمونه نهایی برابر ۲۹۸ محاسبه گردید (۸):

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{(\omega)^2} = \frac{(1/96 + 0/86)^2}{(0/179)^2} = 248$$

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل دو پرسشنامه هوش معنوی کینگ (۲۳) و پرسشنامه اصلاح‌شده خطای دارویی گلدستون (۲۴) بودند. پرسشنامه هوش معنوی کینگ شامل ۲۴ سؤال برای خود اظهاری هوش معنوی می‌باشد که در چهار زمینه اصلی تفکر وجودی انتقادی (۱، ۳، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱)، تولید معنای شخصی (۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳)، آگاهی متعالی (۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۰، ۲۲) و توسعه حالت آگاهی (۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۴) می‌باشد. سؤالات با مؤلفه‌های "کاملاً موافقم، موافقم، نه موافقم نه مخالفم، مخالفم و کاملاً مخالفم" پاسخ داده می‌شوند و بر طبق مقیاس لیکرت از ۴-۰ نمره‌گذاری می‌شوند، مجموع نمرات از ۰-۹۶ می‌باشد. روایی و پایایی ابزار توسط کینگ (۲۰۰۹) که روی ۶۱۹ شرکت‌کننده در کانادا صورت گرفته با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ تأیید شده است (۲۳). پرسشنامه دوم شامل پرسشنامه اصلاح‌شده خطای دارویی گلدستون ۱۹۹۵ که شامل شش سؤال درباره دیدگاه پرستاران نسبت به گزارش دادن خطای دارویی است و با مؤلفه‌های بله و خیر پاسخ داده می‌شوند و در دو حیطه دیدگاه نسبت به خطای دارویی و عوامل مانع گزارش‌دهی می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط مایو (۲۰۰۴) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و در ایران توسط اولادی قادیکلایی تأیید شد (۲۶ و ۲۵). پس‌از آنکه اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهند ماند و صرفاً برای پژوهش است و تأثیری بر روند کاری آن‌ها نخواهد داشت با اخذ رضایت‌نامه آگاهانه شرکت‌کنندگان به مطالعه وارد شدند.

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها توسط پژوهشگر وارد نرم‌افزار شده و با نرم‌افزار SPSS v. 21 و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (ضرایب همبستگی و مدل‌های رگرسیونی) در سطح معناداری ۰.۰۱ تجزیه تحلیل شدند.

ملاحظات اخلاقی:

پس از کسب مجوزها و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین مربوطه پژوهشگر به محیط موردنظر مراجعه نمود و پس از اخذ رضایت شفاهی از شرکت‌کنندگان و توضیح در مورد محرمانه بودن اطلاعات و همچنین بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها نمونه‌گیری انجام گردید؛ به شرکت‌کنندگان در مطالعه اطمینان داده شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری می‌باشد و در صورت عدم تمایل آن‌ها به همکاری، بر روند کاری آن‌ها تأثیری نخواهد داشت. همچنین در اتمام پژوهش در صورتی که شرکت‌کنندگان تمایل داشتند که از

در مردان ($p=0.04$) میانگین نمره هوش معنوی در افرادی که گزارش‌دهی می‌کنند و افرادی که گزارش‌دهی نمی‌کنند تفاوت معنی‌دار داشت. همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود نمره هوش معنوی زنانی که خطای دارویی خود را گزارش داده بودند به‌طور معنی‌داری از زنانی که گزارش نداده بودند بیشتر بود اما در مردان نتیجه عکس آن مشاهده شده است (جدول ۳).

جدول (۱): توزیع فراوانی پرستاران مورد مطالعه برحسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	مؤنث	۱۸۹
	مذکر	۱۰۵
سن	۲۵-۳۰ سال	۱۶۴
	۳۱-۳۵ سال	۸۸
	۳۶-۴۰ سال	۳۲
	بیشتر از ۴۰ سال	۱۰
وضعیت تأهل	متاهل	۱۹۶
	مجرد	۹۸
بخش	اورژانس	۹۲
	ویژه	۶۹
	جنرال	۱۳۳
وضعیت استخدام	قراردادی	۱۲۲
	پیمانی	۹۵
	رسمی	۷۷
سابقه کار	کمتر از ۵ سال	۱۸۲
	۵-۱۰ سال	۳۲
	۱۱-۲۰ سال	۴۲
	بیشتر از ۲۰ سال	۱۱

جدول (۲): دیدگاه پرستاران درباره گزارش‌دهی خطای دارویی

بخش	بله		خیر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
من تا به حال مرتکب خطای دارویی شده‌ام.	۲۰۳	۶۹.۰۴	۹۱	۳۰.۹۶
من خطای دارویی که برایم رخ داده بود را گزارش کردم.	۱۰۶	۵۲.۲	۹۷	۴۷.۸
من می‌دانم خطای دارویی شامل چه چیزهایی است.	۲۷۷	۹۴.۲	۱۳	۵.۸
من می‌دانم یک خطای دارویی چه موقع باید گزارش شود.	۲۶۴	۸۹.۸	۲۹	۱۰.۲
خطاهای دارویی به علت ترس از عکس‌العمل مدیران پرستاری گزارش داده نمی‌شود.	۲۴۳	۸۲.۷	۵۱	۱۷.۳
خطاهای دارویی به علت ترس از عکس‌العمل همکاران گزارش داده نمی‌شود.	۲۲۷	۷۷.۲	۶۷	۲۲.۸
خطاهای دارویی به دلیل ترس از برخورد انضباطی یا از دست دادن شغل گزارش داده نمی‌شوند.	۱۱۸	۴۰.۱	۱۷۴	۵۹.۹

جدول (۳): مقایسه میانگین نمره هوش معنوی در گزارش‌دهی مثبت و منفی به تفکیک جنسیت

P-value	هوش معنوی		گزارش‌دهی	جنس
	انحراف معیار ± میانگین			
۰،۰۴	۶۷،۰۶ ± ۱۲،۸۵	۸۳،۲۲ ± ۲۰،۹۳	بله	مرد
			خیر	
<0.001	۷۲،۶۱ ± ۱۵،۷۰	۶۷،۱۰ ± ۱۶،۴۰	بله	زن
			خیر	
۰،۲۳	۷۰،۵۹ ± ۱۲،۱۴	۷۳،۱۱ ± ۱۶،۴۵	بله	کل
			خیر	

بحث و نتیجه‌گیری

گزارش‌دهی خطاهای دارویی را ۵۲،۴۲ درصد گزارش کردند که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۶). یافته‌های مطالعه حاضر ۵۲،۳۸ درصد پرستاران علت ترس از برخورد مدیران پرستاری را علت اصلی عدم گزارش‌دهی خطای دارویی دانستند؛ این یافته با مطالعه موسی‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) که ترس از عوامل مدیریتی را اصلی‌ترین دلیل عدم گزارش‌دهی خطاهای دارویی ذکر کردند، همخوانی داشت (۱۰). همچنین این یافته با مطالعه سرحدی و همکاران (۱۳۹۴) که در آن اصلی‌ترین علت عدم گزارش‌دهی ترس از برخورد نامناسب مدیران ارشد ذکر شد، همخوانی داشت (۳۰). طبق یافته‌های مطالعه حاضر ۳۷،۶ درصد پرستاران ترس از برخورد همکاران را یکی دیگر از علل عدم گزارش‌دهی خطاهای دارویی ذکر کردند. این یافته با نتایج مطالعه علیچان‌زاده و همکاران (۱۳۹۴) که ترس از سرزنش توسط همکاران و برچسب خوردن دومین علت عدم گزارش‌دهی خطاهای دارویی ذکر شد همخوانی داشت (۶). همچنین این یافته با نتایج مطالعه صیدی و همکاران (۱۳۹۱) که ترس از برخورد همکاران را دومین علت اصلی عدم گزارش‌دهی خطاهای دارویی ذکر کرده بودند، همخوانی داشت (۵). به‌صورت کلی مهم‌ترین عامل عدم گزارش‌دهی خطاهای دارویی عامل ترس با زیرمجموعه‌های ترس از عکس‌العمل همکاران، ترس از واکنش مدیران، ترس از دست دادن شغل و بودند. سویدمیر و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود با عنوان "موانع گزارش‌دهی خطاهای دارویی برای پزشکان و پرستاران" گزارش کردند پرستاران دلایل مختلفی برای گزارش نکردن خطای دارویی خود داشتند اما مهم‌ترین آن‌ها ترس از دست دادن شغل، ابهام در مورد شرایط پس از گزارش‌دهی، ترس از شروع پرونده‌های قانونی و همچنین عدم برخورد مناسب مدیران بودند که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت (۳۱). در مطالعه‌ای دیگر امراللهی و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود با عنوان "دیدگاه پرستاران در مورد علل خطاهای دارویی و موانع گزارش‌دهی خطا" گزارش کردند مهم‌ترین علت عدم

مطالعه حاضر با حجم نمونه ۲۹۸ پرستار جهت تعیین رابطه هوش معنوی پرستاران و میزان گزارش‌دهی خطاهای دارویی صورت گرفته در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان واقع در سطح شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶ انجام شد. هدف فرعی این مطالعه نیز تعیین رابطه هوش معنوی و دیدگاه پرستاران در مورد گزارش‌دهی خطاهای دارویی بود که با توجه به یافته‌های ذکر شده دو ارتباط ذکر شده رابطه معناداری را نشان دادند. از کل شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر ۶۹ درصد مرتکب خطای دارویی شده بودند. حاجی بایبی و همکاران (۲۰۱۴) مطالعه‌ای توصیفی با عنوان "گزارش‌دهی خطای دارویی در تهران" انجام دادند؛ یافته‌های این مطالعه نشان داد که هر پرستار در یک دوره سه‌ماهه به‌طور متوسط ۱۹،۵ مورد خطای دارویی مرتکب شده بود که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۷). در مطالعه‌ای دیگر یوسفی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود با عنوان "بررسی میزان و عوامل مؤثر بر خطاهای دارویی پرستاران در شیفت‌های مختلف کاری در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران در سال ۱۳۹۱" گزارش کردند که میانگین خطای دارویی برای هر پرستار در ماه ۳۱،۶ مورد بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۸). طبق یافته‌های مطالعه حاضر ۵۲،۲ درصد پرستارانی که مرتکب خطای دارویی شده بودند خطای دارویی خود را گزارش کرده بودند. فرگ و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود با عنوان "خط‌مشی گزارش‌دهی داوطلبانه خطاهای دارویی پرستاران" میزان گزارش‌دهی پرستاران از مقیاس ۳ تا ۲،۲ ورد ذکر کردند که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۹). در همین راستا اولادی‌قادی‌کلایی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه خود با عنوان "دیدگاه پرستاران نسبت به علل بروز خطاهای دارویی در بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی اطفال شهر تهران" میزان

ایمنی بیماران و کاهش عوارض ناشی از عدم گزارش‌دهی خطاهای دارویی خواهد کرد چراکه هوش معنوی اکتسابی است و قابلیت افزایش دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به مطالب ذکر شده هوش معنوی تأثیر مثبتی بر کاهش عوارض ناشی از عدم گزارش‌دهی و افزایش ایمنی بیماران دارد. بین هوش معنوی و دیدگاه پرستاران در پرستاران زن ارتباط معناداری وجود داشت. از آنجایی‌که هوش معنوی اکتسابی است با برگزاری کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی می‌توان هوش معنوی را ارتقا داد و از این طریق موجب کاهش عوارض ناشی از عدم گزارش‌دهی و افزایش ایمنی بیماران شد.

پیشنهادات: ۱- انجام مطالعات مشابه و همچنین مطالعات مداخله‌ای در سطوح گسترده‌تر ۲- تلاش در جهت ایجاد محیط امن جهت گزارش‌دهی بیشتر خطاهای دارویی (به دلیل ترس پرستاران از پیامدهای گزارش‌دهی) ۳- ایجاد شرایط و زیرساخت‌های لازم جهت کاهش استرس‌سورهای پرستاران جهت پیشگیری از وقوع خطاهای دارویی (از آنجایی‌که استرس نسبت به ثبات شغلی و امکانات شغلی یکی از استرس‌سورهای پرستاران است) ۴- تلاش در راستای ارتقای هوش معنوی پرستاران از طریق کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزشی ۵- تشویق پرستاران به گزارش‌دهی خطاهای صورت گرفته ۶- افزایش آگاهی پرستاران از طریق افزایش دانسته‌های دارویی از قبیل تعریف خطاهای دارویی، انواع خطاهای دارویی و عوامل دخیل در خطاهای دارویی.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۱۱ با کد A-10-1565-1 کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی لرستان بوده است. از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی لرستان و کمیته تحقیقات مرکزی دانشگاه علوم پزشکی و تمامی پرستاران و افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند سپاسگزاریم.

References:

- Heydari H, Kamran A, Pirzade A. Assessment of Nurses' Perceived Barriers and Behaviors to Reporting Medication Errors in Hospitals of Lorestan University of Medical Sciences, Iran. *Health Syst Res* 2012;8(5): 806-13. (Persian)
- Vaismoradi M, Jordan S, Turunen H, Bondas T. Nursing students' perspectives of the cause of

گزارش‌دهی خطای دارویی را واکنش‌های ناعادلانه مدیران پرستاری و همچنین فراموش نکردن خطای صورت گرفته و ترس از درج در پرونده را ذکر کردند که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت (۳۲). میانگین نمره هوش معنوی پرستاران بر اساس پرسشنامه ۹۶ نمره‌ای کینگ 16.78 ± 71.31 بود که در محدوده زیاد قرار داشت (با توجه به سه سطح کم ۳۱-۰، متوسط ۶۳-۳۲، زیاد ۹۶-۶۴). که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد این یافته با مطالعه ستوده و همکاران (۱۳۹۵) و میری و همکاران (۱۳۹۴) همخوانی داشت (۳۴) و (۳۳). طبق یافته‌های مطالعه حاضر افرادی که هوش معنوی بالاتری داشتند نسبت به گزارش‌دهی خطاهای دارویی دید مثبت‌تری داشتند. اگرچه تا به حال مطالعه‌ای مشابه مطالعه حاضر صورت نگرفته است ولی برای تأیید این یافته از سایر مطالعات در این حوزه استفاده شد. کریمی‌مونقی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه با عنوان بررسی ارتباط هوش معنوی و صلاحیت بالینی پرستاران اذعان داشتند همبستگی معناداری بین هوش معنوی و صلاحیت بالینی داشت که با یافته مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۷). میری و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه خود با عنوان بررسی ارتباط هوش معنوی و کیفیت خدمات پرستاری نشان دادند افرادی که هوش معنوی بالاتری داشتند مراقبت بیشتری ارائه دادند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۳۴). هرچند مطالعات ذکر شده رابطه مستقیمی با مطالعه حاضر نداشتند ولی از آنجایی‌که تاکنون این ارتباط سنجی نه در ایران و نه در جهان انجام نشده این مطالعات ذکر شدند. محدودیت‌های مطالعه حاضر شامل ۱. جامعه آماری پژوهش پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم‌آباد بود لذا تعمیم نتایج به سایر جوامع آماری باید با احتیاط صورت گیرد. ۲. عدم دقت کافی در پر کردن پرسشنامه‌ها به علت مشغله کاری، برای رفع این محدودیت در ساعاتی که بارکاری پرستار کمتر بود مراجعه نمودیم. از آنجایی‌که نمونه مطالعه حاضر نه در ایران و نه در دنیا انجام نشده است، بنابراین این ارتباط سنجی برای اولین بار است که در دنیا صورت گرفت که نتیجه آن کمک بسیار شایانی در افزایش

medication errors. *Nurs Educ Today* 2014;34(3): 434-40.

- Aronson JK. Medication errors: what they are, how they happen, and how to avoid them. *Int J Med* 2009; 102(8): 513-21.
- Alanko K, Nyholm L. Oops! Another medication error: a literature review of contributing factors and methods to prevent medication errors [Online]. 2007; Available

- from: URL: <http://www.doria.fi/handle/10024/29617/>
5. Seidi M, Zardosht R. Survey of Nurses' Viewpoints on Causes of Medicinal Errors and Barriers to Reporting in Pediatric Units in Hospitals of Mashhad University of Medical Sciences. *J Fasa Univ Med Sci* 2012; 2 (3): 142-7. (Persian)
 6. Alijanzadeh M, Mohebifar R, Azadmanesh Y, Faraji M. The Frequency of Medication Errors and Factors Influencing the Lack of Reporting Medication Errors in Nursing at Teaching Hospital of Qazvin University of Medical Sciences, 2012. *Health J Ardabil Univ Med Sci* 2015; 6 (2): 169-79. (Persian)
 7. Cheragi MA, Manoocheri H, Mohammadnejad E, Ehsani SR. Types and causes of medication errors from nurse's viewpoint. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013; 18(3): 228-31.
 8. Wolf ZR, Hicks R, and Serembus JF. Characteristics of medication errors made by students during the administration phase: a descriptive study. *J Prof Nurs* 2006; 22(1): 39-51.
 9. Mirzaei M, Khatony A, Safari Faramani R, Sepahvand E. Prevalence, Types of Medication errors and Barriers o Reporting Errors by Nurses in an Educational Hospital in Kermanshah. *Hayat* 2013; 19(3): 28-37. (Persian)
 10. Musazadeh AR, Marzban S, Ahmadi S, Shamsaldini A. Investigating the Factors Affecting the Incidence and Failure Reporting of Errors from Nurses' Viewpoints. *Pejouhandeh* 2016;20(2): 107-13. (Persian)
 11. khammarnia M, ravangard R, ghanbari jahromi M, moradi A. Survey of Medical Errors in Shiraz Public Hospitals 2013. *J hosp* 2014; 13 (3): 17-24. (Persian)
 12. Chiang, HY, and Pepper GA, Barriers to nurses' reporting of medication administration errors in Taiwan. *J Nurs Sch* 2006;38(4): 392-9.
 13. Ghasemi F, Valizadeh F, Momen nasab M. study of knowledge of nurses about medication errors. *Yafteh* 2008; 10(2): 55-63. (Persian)
 14. Toruner EK, Uysal G. Causes, reporting, and prevention of medication errors from a pediatric nurse perspective. *Aust J Adv Nurs* 2012; 29(4): 28-35.
 15. Hashemi F, Nasrabadi AN, and Asghari F, Factors associated with reporting nursing errors in Iran: a qualitative study. *BMC Nurs* 2012; 11(1): 20-8.
 16. Gould D, Fontenla M. Commitment to nursing: results of a qualitative interview study. *J Nurs Manag* 2006; 14(3): 213-21.
 17. Teng, CI, Shyu Y-IL, and Chang H-Y, Moderating effects of professional commitment on hospital nurses in Taiwan. *J Prof Nurs* 2007; 23(1): 47-54.
 18. Semyari H, Heravi karimooi M, Nasiri M, Arabi F. Spiritual intelligence in the dental students of Tehran Universities 2013-2014. *J Nurs Educ* 2015;3(4): 48-57. (Persian)
 19. Pant N, Srivastava S. Spiritual intelligence, gender and educational background as related to the quality of life of college students. *Indian J Posit Psychol* 2015;6(3): 226-32.
 20. Ansari M. Investigating the Relationship between Spiritual Intelligence and Happiness and Quality of Life for Girl Students. *Int J Humanit Cult Stud* 2016;1(1): 1678-85.
 21. Amirian M-E, Fazilat-Pour M. Simple and multivariate relationships between spiritual intelligence with general health and happiness. *J Relig Health* 2016; 55(4): 1275-88.
 22. Karimi-Moonaghi H, Gazerani A, Vaghee S, Gholami H, Salehmoghaddam AR, Gharibnavaz R. Relation between spiritual intelligence and

- clinical competency of nurses in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2015;20(6): 665-9.
23. King DB, DeCiccoTL. A Viable Model and Self-Report Measure of Spiritual Intelligence. *Int J Therm Sci* 2009;28(1): 68-85.
24. Gladstone J. Drug administration errors: a study into the factors underlying the occurrence and reporting of drug errors in a district general hospital. *J Adv Nurs* 1995; 22(4): 628-37.
25. May AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. *J Nurs Care Qual* 2004; 19(3): 209-17.
26. Oladi Ghadikalae R, Ravaghi H, Hesam S. Study Of Nurses' Perceptions On Medication Errors In Pediatric Hospitals In Tehran, Iran. *Payavard* 2015; 9 (3): 315-28. (Persian)
27. Hajibabae F, Joolae S, Peyravi H, Alijany-Renany H, Bahrani N, and Haghani H. Medication error reporting in Tehran: a survey. *J Nurs Manag* 2014; 22(3), 304-10.
28. yoosefi MS, Abedsaeedi Xh, Maleki M. Frequency and causes of medication errors of nurses in different shift works in educational hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Adv Nurs Midwifery* 2015;24(86): 27-34. (Persian)
29. Farag A, Blegen M, Gedney-Lose A, Lose D, Perkhounkova Y. Voluntary medication error reporting by ED nurses: examining the association with work environment and social capital. *J Emerg Nurs* 2017; 43(3), 246-54.
30. Sarhadi M, Abdollahzadeh A, Navidian A, Bardsiry H, Sarhadi T. The investment of effective factors on medical errors and non-reporting from nurse's perspective. *J sabzevar Univ Med Sci* 2015;22(1): 132-42. (Persian)
31. Soydemir D, Seren Intepeler S, Mert H. Barriers to medical error reporting for physicians and nurses. *West J Nurs Res* 2017; 39(10), 1348-63.
32. Amrollahi M, Khanjani N, Raadabadi M, Hosseinabadi M, Mostafae M, Samaei S. Nurses' perspectives on the reasons behind medication errors and the barriers to error reporting. *Nurs Midwifery Stud* 2017; 6(3), 132-6.
33. Sotoodeh H, Shakerinia I, Kheyraati M, Dargahi S, Ghasemi Jobaneh R. Surveying the relationship between spiritual and moral intelligence and the psychological well-being of nurses. *Int J Med Educ* 2016; 9 (1): 63-73. (Persian)
34. Miri K, Keshavarz S, Arsap M. study of relationship of spiritual intelligence with nursing care quality between nurses. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015;13(6): 518-24.

THE RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUAL INTELLIGENCE AND NURSES' VIEWPOINTS ON REPORTING MEDICATION ERRORS IN KHORAM ABAD'S EDUCATIONAL HOSPITALS 2017

Milad Derikvand¹, Nasrin Imanifar²

Received: 03 Mar, 2018; Accepted: 25 May, 2018

Abstract

Background & Aims: A medication error is any preventable event that may lead to patient harm. The Aim of this study was to determine the relationship between spiritual intelligence and nurses' viewpoints about Medication Error Reporting in Khorramabad's Educational Hospitals in 2017.

Materials & Methods: This descriptive-analytic study was performed on 298 nurses working in Khorramabad's educational hospitals in 2017 with a minimum bachelor of nursing and one year of clinical experience selected by Random Stratified Sampling. Data gathering tools consisted of King's Spiritual Intelligence Questionnaire and Gladstone modify Medication error questionnaire. After collecting data, data was analyzed by SPSS v. 21 using Descriptive and inferential statistics.

Results: participants in this study includes 64. 3% were female (189) and 35. 7% were male (105). Of the 294 participants in the study, 69 percent had a medication error. The mean score of spiritual intelligence of nurses was 71.71 ± 16.78 . In the study of the relationship between spiritual intelligence and fear of reporting, there was a significant difference between the mean scores of the people with the yes and no response ($p = 0.001$).

Conclusion: More than half of the nurses had a Medication error. The average of spiritual intelligence of nurses who reporting a medication error was more than those who did not report their medication errors. Improving spiritual intelligence can Increase Medication Error Reporting.

Keywords: Medication Errors, Spiritual Intelligence, Nurse Clinicians, Nurse's Comment, Reporting

Address: Khorramabad, Faculty of Nursing and Midwifery

Tel: (+98) 6633120159

Email: mdiran2013@yahoo.com

¹ Nursing, Student Research Committee, University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

² Instructor of Internal Surgery Nursing, Khorramabad Faculty of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran (Corresponding Author)