

Summer 2023, Volume 1, Issue 2

## Concept Analysis of Nursing Negligence

Sharifi A<sup>1</sup>, Mohammad-Shahboulaghi F<sup>2</sup>, Khankeh HR<sup>2</sup>, Azami H<sup>3\*</sup>, Mohammadian B<sup>4</sup>,  
Rahimi S<sup>5</sup>

1- Instructor, Department of Paramedical School, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Ph.D. Candidate in Nursing, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2- Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

3- Instructor, Department of Nursing, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

4- Instructor, Department of Paramedical School, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran. Ph.D. Candidate in Nursing, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

5- Nurse, Javadalaimeh Hospital in Kharameh, Shiraz University of Medical Sciences, Fars, Iran. Ph.D. Candidate in Nursing, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

**Corresponding author:** Azami H, Instructor, Department of Nursing, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

**E-mail:** hiva64@gmail.com

Received: 1 June 2021

Accepted: 16 Aug 2021

### Abstract

**Introduction:** Negligence is the most common concept in dealing with medical errors. Regarding ambiguity and lack of information on the concept, this study was conducted to analyze the concept of negligence in nursing.

**Methods:** In this study, Walker & Avant approach was used to analyze the concept. After searching the databases, the relevant documents entered in the study. To collect data, Persian databases, including Magiran, Med Lib, SID, and international databases, including PubMed, ISI, Scopus, and Google Scholar, were searched. The keywords searched included negligence, nursing, malpractice, and concept in both Persian and English. Entry criteria included publishing in Persian or English between 2000 and 2017 and providing information on the concept of negligence. Finally, 44 documents that had the criteria to enter the study were analyzed based on all the analytical steps mentioned in Walker & Avant approach.

**Results:** The results showed that the defining attributes of the concept of negligence in nursing included: 1- Duty of care 2- Breach of the legal duty of care 3- Unintentional conduct 4- Damage 5- Causation. For clarification, simultaneously with these stages, cases such as model, borderline, and contrary cases were offered.

**Conclusions:** In this study, the concept analysis of negligence in nursing was performed, and the results would be to provide a comprehensive and reliable image regarding the use of negligence in nursing. It is recommended that nursing managers and planners and instructors at nursing schools, by providing practical training to inform nurses and nursing students with legal concepts for immunity from legal consequences.

**Keywords:** Concept analysis, Nursing, Negligence, Malpractice.

## تحلیل مفهوم قصور در پرستاری

اعظم شریفی<sup>۱</sup>، فرحناز محمدی شاهبلاغی<sup>۲</sup>، حمیدرضا خانکه<sup>۲</sup>، هیوا اعظمی<sup>۳</sup>، بتول محمدیان<sup>۴</sup>، شعله رحیمی<sup>۵</sup>

- ۱- مربی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
- ۲- استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
- ۳- مربی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
- ۴- مربی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران. دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
- ۵- پرستار، بیمارستان جواد الائمه شهرستان خرامه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، فارس، ایران. دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: هیوا اعظمی، مربی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.  
ایمیل: hiva64@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۵/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۳/۱۱

## چکیده

**مقدمه:** قصور رایجترین مفهوم در ارتباط با رسیدگی به خطاهای درمانی و مراقبتی می باشد. با توجه به مبهم بودن این مفهوم و کمبود اطلاعات در این زمینه، پژوهش حاضر جهت غنی سازی این مفهوم و با هدف تحلیل مفهوم قصور در پرستاری انجام شد.

**روش کار:** در این مطالعه به منظور تحلیل مفهوم از رویکرد واکر و اوانت استفاده شد. پس از مرور گسترده منابع، اسناد مرتبط با مفهوم وارد مطالعه شدند. برای جمع آوری اطلاعات، پایگاه های معتبر فارسی شامل Magiran, Med Lib, SID و پایگاه های اطلاعاتی بین المللی شامل PubMed, ISI, Scopus, Google Scholar مورد جستجو قرار گرفت. کلیدواژه های مورد جستجوی شامل قصور، پرستاری، تقصیر و مفهوم به دو زبان فارسی و انگلیسی بود. معیارهای ورود شامل انتشار به زبان فارسی یا انگلیسی در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ و ارائه اطلاعات در زمینه مفهوم قصور بود. در نهایت ۴۴ سند که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، بر اساس کلیه مراحل تحلیلی ذکر شده در رویکرد واکر و اوانت، مورد آنالیز قرار گرفتند.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که ویژگی های تعریف کننده مفهوم قصور در پرستاری عبارتند از: ۱- وظیفه برای انجام مراقبت ۲- تخطی از وظیفه قانونی ۳- رفتار غیر عمد ۴- آسیب ۵- ارتباط بین خطا و آسیب. در این راستا همچنین برای واضح سازی مفهوم موارد مختلف الگو، مرزی و مخالف ارائه شد.

**نتیجه گیری:** در این مطالعه تحلیل مفهوم قصور در پرستاری انجام شد و نتایج این بررسی می تواند تصویری عینی و قابل درک از بکارگیری قصور در پرستاری برای خوانندگان فراهم کند. توصیه می شود مدیران پرستاری و برنامه ریزان و مدرسین دانشکده های پرستاری از طریق ارائه آموزش های کاربردی، پرستاران و دانشجویان پرستاری را با مفاهیم حقوقی و قانونی برای مصونیت از تبعات قانونی، مطلع نمایند.

**کلیدواژه ها:** تحلیل مفهوم، پرستاری، قصور، تقصیر.

## مقدمه

پرستاری رشته ای مستقل و شاخه ای از علوم پزشکی است که با حیات انسان ها سروکار دارد (۱). رسالت آن ارائه خدمات بهداشتی، مراقبتی، درمانی، توانبخشی با کیفیت بالا و در بالاترین سطح استاندارد، جهت بهبود وضعیت بیماران برای بازگشت به زندگی عادی و عدم بستری

شدن مجدد آنها و در نهایت تامین، حفظ و ارتقا سلامت جامعه است (۲). پرستاران بزرگترین گروه در میان کارکنان بهداشتی بوده و وظیفه ارائه خدمات درمانی را به بیماران بر عهده دارند (۳). وسعت و پیچیدگی عملکردهای پرستاران روز به روز در حال افزایش بوده و همگام با رشد نقشها و وظایف پرستاران، مسئولیت قانونی آن ها افزایش می یابد.

## اعظم شریفی و همکاران

اصول قانونی و اخلاقی حرفه ی پرستاری بوده و دیگری آگاهی از عواقب عدم رعایت موازین قانونی (۱۳). یکی از رایجترین مفاهیم در سیستم قضایی کشور ایران در ارتباط با حرفه پرستاری و خطاهای درمانی و مراقبتی، مفهوم قصور است (۱۲، ۱۳). در برخی از مطالعات مفاهیم خطای پرستاری (۱۴) و تقصیر پرستاری (۱۵) مورد تحلیل قرار گرفته است. در مطالعه نیکو نظری و همکاران (۱۳۹۳)، مفهوم قصور پرستاری در فرآیند مراقبت از بیماران از نگاه نظام قضایی کشور تبیین شده است و مراحل رسیدگی به آن در دادسرا و دادگاه تشریح شده است ولی تعریف واضح و دقیق از این مفهوم و ویژگی های برجسته ی آن ارائه نشده است (۱۳). بنابراین، این مفهوم با محدودیتهایی مانند نبود تعریف دقیق از آن در پرستاری، عدم شناخت کافی و مشخص نبودن چگونگی بکارگیری آن مورد غفلت واقع شده است (۱۶، ۱۷). با توجه به کمبودهای مربوط به برنامه آموزشی پرستاری، به نظر می رسد برای بهبود بدنه دانش پرستاری، شناسایی ویژگی های این مفهوم و نحوه بکارگیری آن نیاز به بررسی بیشتری دارد. تحلیل مفهوم بخش اساسی ساخت تئوری در پرستاری است و رویکرد واکر و اوانت برای تحلیل و نقد متون موجود، مزایای بیشتری نسبت به روش های دیگر دارد (۱۸). این رویکرد اثبات گرایانه منطقی این قابلیت را دارد که با ساده سازی مفهومی مثل قصور پرستاری، آن را واضح سازد و همچنین نتایج قابل کاربرد آن در بالین قابل استنتاج گردد (۱۹). بنابراین، این مطالعه با هدف بررسی مفهوم قصور در پرستاری با استفاده از رویکرد واکر و اوانت انجام شد.

## روش کار

این مطالعه به صورت تحلیل مفهوم و جهت بررسی مفهوم قصور در پرستاری انجام شد. تحلیل مفهوم در واقع فعالیتی است که اساس، ویژگی ها و ارتباطات مفهوم با سایر معانی را مورد بررسی قرار می دهد و واضح سازی مفاهیم از اهمیت بالایی در پژوهش برخوردار است (۲۰). در پرستاری بسیاری از واژه ها و مفاهیم مربوط به علوم رفتاری وجود دارند که به صورت عینی قابل تحلیل و اندازه گیری نیستند و برای شناخت آن باید ویژگی های آن پدیده را بررسی کرد (۱۹). در این پژوهش از رویکرد واکر و اوانت برای تحلیل مفهوم قصور استفاده شد. این رویکرد روش ساده ای از رویکرد یازده مرحله ای ویلسون است و این

در حقیقت، پرستاران بیشتر از ۴۰ درصد زمان کاری خود را بر بالین بیماران سپری می کنند و به همین دلیل است که آنان مسئولیت اساسی حفظ ایمنی بیمار در تمام جهات مراقبت را بر عهده دارند (۴، ۵). انجام فعالیتهای ایمن و بی خطر پرستاری مستلزم شناخت دستورالعمل های تایید شده ای است که هر پرستار موظف است به آن عمل کند (۶). به عبارت دیگر، پرستاری یک حرفه مستقل است و همین امر موجب شده تا محاکم قضایی نیز پرستار را مسئول و پاسخگوی اقدامات خود در قالب استاندارد شرح وظایف حرفه اش بدانند (۶، ۷).

علیرغم پیشرفتهای قابل توجه در تکنولوژی و مهارتهای مراقبتی، بسیاری از بیماران در اثر خطاهای درمانی و مراقبتی دچار آسیب یا مرگ و میر می شوند (۸). بخش قابل ملاحظه ای از این خطاها توسط کادر پرستاری رخ می دهد (۵). در مطالعه ای که توسط متین و همکارانش (۲۰۱۷) در مورد گزارش خطاهای پرستاری در ایران در فاصله زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ انجام گرفت، مشخص شد که شیوع خطاهای پرستاری در مناطق مختلف ایران متفاوت است و بین ۱۷ تا ۸۸ درصد می باشد و به طور میانگین میزان کلی خطاهای پرستاری ۵۳ درصد گزارش شده است. میزان خطاهای پرستاری در اردن ۴۱/۲ درصد، دانمارک ۴۳ درصد، پنسیلوانیا ۳۰ درصد و در امریکا ۴۲-۴۶ درصد گزارش شده است (۹). بروز خطاهای درمانی و مراقبتی، زمینه بروز نارضایتی و شکایت بیماران را فراهم می کند، از این رو آشنایی به مسایل حقوقی لازمه ی حرفه پرستاری است و متصدیان آن باید در حد کمال با وظایف شغلی خود آشنایی داشته باشند (۶، ۱۰). مطالعات انجام شده در این زمینه حاکی از آن است که اکثر پرستاران اطلاعی از قوانین و مقررات ندارند (۱۰، ۱۱). در مطالعه ادیب حاج باقری و همکاران (۱۳۹۰) مشخص شد که ۹۵ درصد از پرستاران و دانشجویان پرستاری خواستار آموزش در این زمینه هستند (۱۰).

پرستاران به عنوان عضو اصلی تیم درمانی (۳)، از دیدگاه قانونی و اخلاقی باید پاسخگوی مراقبتهای ارائه شده باشند. این موضوع با فعال شدن سازمان نظام پرستاری با اعتقاد بر جایگاه تخصصی علمی و استقلال حرفه پرستاری، ضرورت فراگیری موضوعات حقوقی را برای پرستاران، بیش از پیش روشن می نماید (۱۲). به طور کلی، پرستاران به دو دلیل نیاز به آگاهی از مفاهیم قانونی و حقوقی خود دارند؛ اول اطمینان از اینکه تصمیم ها و اقدامات آنان بر طبق

در مقابل مراجع قضایی می شود (۱۲). این مفهوم ارتباط بسیار نزدیکی با ایمنی بیمار، حرفه پرستاری، پرستاران و سازمانهای مراقبت سلامت دارد. قصور در پرستاری ممکن است باعث نتایج فاجعه آمیز برای بیماران، پرستاران و سیستم های مراقبت سلامت شود (۱۶، ۱۷)، اما همچنان درک آن برای پرستاران بالین و مدرسان پرستاری مبهم است. لذا به نظر می رسد که واضح سازی و تحلیل این مفهوم می تواند به شناخت و بکارگیری آن در آموزش پرستاری و بالین بیماران کمک نماید.

#### تعیین هدف تحلیل

در این مطالعه با استفاده از رویکرد واکر و اوانت، معانی قصور، مشخصه ها و خصوصیات مفهوم مورد بررسی قرار گرفته است، همچنین موارد بکارگیری و استفاده از مفهوم قصور برای عملیاتی کردن آن در حرفه پرستاری توصیف شده است که باعث افزایش درک این مفهوم می شود و به استفاده بهتر از مفهوم در پرستاری کمک می کند.

#### یافته ها

تعریف مفهوم و شناسایی موارد استفاده از آن قصور مصدر عربی و ریشه قَصَرَ است. قصور به لحاظ لغوی به معنای کوتاهی و در اصطلاح حقوقی به مفهوم آن است که فردی، کار یا وظیفه محول شده به خود را انجام ندهد. وظیفه ای که به موجب قانون به فردی محول می شود (۲۱، ۲۲). در اصل قصور یک مفهوم اخلاقی است که از حوزه اخلاق به حوزه حقوق سرایت کرده است (۲۱). در واقع رفتار قابل سرزنش همان قصور است که در حقوق آن را نوعی تخلف از ضوابط یا نقض تعهد و الزامات می دانند (۲۳). در تعاریف فرهنگ لغت انگلیسی کولین (۲۰۰۰) نیز قصور عبارتست از یک اشتباه حقوقی که به موجب آن، فرد متهم به نقض وظیفه مراقبت بر اساس قانون است که در نتیجه آن آسیب به دیگری وارد شده است (۲۴). ال هیجا و همکارانش (۲۰۱۸) قصور بالینی، تقصیر و عدم صلاحیت حرفه ای را مترادف با یکدیگر و به معنی عملکرد اشتباه غیرعمد می دانند که منجر به صدمه به بیمار می شود (۱۵). اما در برخی از اسناد، قصور در مقابل تقصیر بکار رفته است (۲۳-۲۱). قصور در فقه نیز در مقابل تقصیر بکار رفته است (۲۵). قانونگذار در قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲ قصور را ترک فعل یا قانون الزامی بدون اینکه مسامحه ای در کار باشد تلقی می کند. فردی مرتکب قصور می شود

قابلیت را دارد که علاوه بر واضح سازی مفهوم، نتایج آن در بالین قابل کاربرد و استنتاج باشد. و شامل هشت مرحله زیر می باشد؛ ۱- انتخاب مفهوم (select a concept) ۲- تعیین هدف تحلیل (determining the aims of analysis) ۳- شناسایی موارد استفاده از مفهوم (identify all uses of the concept) ۴- تعیین ویژگیهای تعریف کننده مفهوم (determine the defining attributes) ۵- شناسایی یک مورد الگو (construct a model case) ۶- شناسایی موارد مرزی، مخالف و ابداعی (construct borderline, contrary and invented case) ۷- شناسایی پیشایندها و پیامدها (identify antecedents and consequences) ۸- تعریف نمود تجربی (define empirical referent) (۱۹). در ادامه در بخش یافته ها تمام این مراحل توضیح داده شده اند. در شروع تحلیل مفهوم به منظور شناسایی متون مرتبط با قصور پرستاری، اسناد مختلف از جمله مقالات، کتاب و پایان نامه بررسی شدند. برای یافتن اسناد مرتبط، پایگاههای اطلاعاتی معتبر فارسی شامل Magiran Med Lib. SID و پایگاههای اطلاعاتی بین المللی مانند PubMed, Proquest, ISI, Google Scholar, Scopus مورد جستجو قرار گرفت. برای جستجو از کلید واژه های «پرستاری»، «قصور»، «تقصیر» و «مفهوم» با استفاده از عملگرهای بولین (و، یا) استفاده شد. به منظور دستیابی به اطلاعات جدید، جستجوی متون محدود به سال ۲۰۰۰ تا ژوئن ۲۰۱۸ و انتشار به زبان فارسی یا انگلیسی بود. در جستجوی اولیه ۱۶۹۲ سند بدست آمد. بعد از ارزیابی بر اساس معیارهای ورود، در نهایت ۴۴ سند برای آنالیز انتخاب شد. معیارهای ورود شامل وجود کلیدواژه ها در عناوین یا خلاصه اسناد، انتشار تمام متن اسناد به زبان فارسی یا انگلیسی، دسترسی رایگان به متن کامل اسناد و ارائه اطلاعات در زمینه مفهوم قصور بود. کلیه مراحل تحلیلی ذکر شده در زیر در برگیرنده تمرکز پیشرونده بر مفهوم قصور است به گونه ای که بتوان ویژگی های اصلی و جدی آن را شناسایی کرد.

#### انتخاب مفهوم

آشنایی پرستاران با مفاهیم قضایی و مسایل قانونی و حرفه ای، موجب اجرای بهتر و دقیق تر قوانین و مصونیت پرستاران از افتادن در دام های قانونی می گردد. پرستاران در کشور ایران، اطلاعات ناکافی در خصوص مفاهیم قضایی و قوانین و مقررات شغلی خود دارند و همین امر موجب افزایش میزان بروز خطاهای حرفه ای و ناتوانی آنها در پاسخگویی

## اعظم شریفی و همکاران

بیمار(به صورت کامل یا نسبی) و به هر صورت (کشیک در بخش، خصوصی و در منزل، رایگان و یا در مقابل دریافت وجه) این وظیفه برقرار می گردد.

۲- تخطی از وظیفه قانونی: کوتاهی و سهل انگاری در انجام وظیفه می باشد.

۳- رفتار غیر عمد: رفتاری که غیر عمدی است و اراده قبلی در رخداد آن دخالت ندارد.

۴- آسیب جسمی یا روانی: در صورت بروز صدمه جسمی یا روانی به بیمار و توانایی مشخص نمودن حدود دقیق این آسیب، عمل انجام شده در ایجاد آن را می توان قصور تلقی نمود.

۵- ارتباط بین خطا و آسیب: ارتباط علیتی بین نقض استانداردهای مراقبتی و آسیب وارده به بیمار وجود داشته باشد.

بنابراین جهت احراز و اثبات قصور پرستاری تحقق این پنج شرط اصلی ضروری است.

### شناسایی یک مورد الگو

مورد الگو یک مثال خالص از مفهوم مورد مطالعه بوده و باید دارای تمام ویژگی های مشخص کننده باشد، زیرا بدین وسیله خواننده در می یابد که چگونه مفهوم را تعریف و تفسیر کند (۱۹). در این مطالعه یک مورد الگو عنوان شده است.

### مورد الگو

آقایی ۶۰ ساله که مورد شناخته شده سرطان معده می باشد، در بخش داخلی بیمارستان با شکایت اصلی درد بستری گردید. پزشک بیمار را ویزیت نمود و انفوزیون مورفین به میزان ۱ میلی گرم در ساعت را توصیه نمود. پرستار مسئول این بیمار، پس از چک نمودن پرونده و دستور پزشک، پمپ انفوزیون را برای تزریق مورفین به بیمار وصل نمود. بعد از گذشت ۳ ساعت، بیمار دچار ارس تنفسی شد و به بخش مراقبت های ویژه منتقل گردید. پس از پیگیری و بررسی های به عمل آمده مشخص شد که میزان مورفین انفوزیون شده به وسیله پمپ روی عدد ۱۰ میلی گرم تنظیم شده بود و در واقع بیمار ۱۰ برابر بیشتر مورفین دریافت کرده بود. این رفتار پرستار غیر عمدی بود اما به علت بی دقتی باعث آسیب به بیمار شد. در این وضعیت پرستار استانداردهای دارو دادن در بیمار را رعایت نکرده است و موجب آسیب به بیمار شده است.

### موارد مرزی

که به علت آشنا نبودن به قوانین، عملی را که می بایست انجام می داده انجام ندهد و برعکس عملی را که نباید انجام می داده انجام داده است. در قصور هیچ عمدی در کار نیست و از روی نادانی و جهل به قانون و به صورت سهوی خطا رخ می دهد. اجزای قصور عبارتند از بی احتیاطی، بی مبالایی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی. در مقابل، تقصیر به معنی اجتناب و خودداری از انجام دادن کاری است که شخص با وجود اطلاع و آگاهی و توانایی انجام آن، از انجام دادن آن کار خودداری کند. در تقصیر عمدی نهفته است. بدین معنی که رفتار مرتکب آن چنان فاحش بوده است که گویی فرد تا حدودی خواستار انجام آن بوده است. به همین دلیل مجازات کسی که مرتکب قصور شده است صرفاً جنبه مدنی دارد اما مجازات کسی که مرتکب تقصیر شده است جنبه کیفری دارد. در واقع، تقصیر خطایی شدیدتر از قصور است (۲۵-۲۱). برای تشخیص قصور و تقصیر در محاکم قضایی جهت صدور رای، اخذ نظریه کارشناسی از سازمان پزشکی قانونی یا سازمان نظام پرستاری الزامی است (۲۲، ۲۳). یودروایز (۲۰۱۴) نیز معتقد است که اساس قصور، رفتارهای بی دقت و غیر عمدی است (۲۷). کمسیون مشترک اعتبار بخشی سازمان های بهداشتی قصور را این گونه تعریف نموده است: نقص در انجام مراقبت که در شرایط مشابه توسط یک فرد محتاط و دقیق اعمال می شود (۲۸). به طور کلی، قصور پرستاری به معنای کوتاهی از انجام استانداردهای مراقبتی و پرستاری است. مبنای این استانداردها، وظایف و مسئولیتهای مصوب وزارت بهداشت و درمان است (۱۳).

### تعیین ویژگی های تعریف کننده مفهوم قصور

تعیین ویژگیهای یک مفهوم مربوط به مشخصات تعیین کننده آن است و هر مفهوم انتزاعی معمولاً بیشتر از یک ویژگی تعیین کننده دارد، اما در تحلیل مفهوم باید ویژگیهای مناسب مفهوم در نظر گرفته شوند (۱۹).

گرفیفت (۲۰۱۶) در مطالعه خود سه ویژگی مهم برای قصور مطرح کرده است که شامل: ۱- وظیفه ی انجام مراقبت ۲- نقص در انجام وظایف مراقبتی ۳- آسیب به بیمار به دلیل نقص در مراقبت (۲۹). در قانون مجازات اسلامی نیز قصور به خطایی اطلاق می شود که از روی عمد نباشد (۲۲، ۲۳). پس نتیجه می گیریم که ویژگیهای تعریف کننده قصور شامل موارد زیر است:

۱- وظیفه برای انجام مراقبت: به محض قبول پرستاری از

مورد مرزی بعضی از ویژگی های مفهوم مورد نظر را دارد، اما تمام این خصوصیات را دارا نمی باشد و در واقع مثالی شبیه به موارد الگو است ولی به علت عدم وجود بعضی از ویژگی های مفهوم از آن قابل افتراق است (۱۹).

آقای ۵۰ ساله با تشخیص دیسک کمر در بخش جراحی بیمارستان بستری شده است و اظهار می کند که ۵ ماه قبل به دلیل سرماخوردگی به اورژانس همین بیمارستان مراجعه نموده و پس از تزریق عضلانی آنتی بیوتیک در ناحیه سرین توسط پرستار اورژانس، درد شدیدی را تجربه نموده است و علت بروز این دیسک کمر به خاطر بی دقتی ناشی از همان تزریق است. در این حالت به دلیل عدم وجود برخی از ویژگی های قصور مانند ارتباط بین خطا و آسیب، نمی توان قصور را اثبات نمود و فقط در حد یک شکایت باقی می ماند.

خانم الف کارشناس پرستاری است که به عنوان پرستار مراقبت در منزل، مسئول مراقبت از یک خانم ۸۵ ساله است که تحت عمل جراحی کلیه سیستکتومی قرار گرفته و اخیرا از بیمارستان ترخیص شده است. بیمار نیاز به کشیدن بخیه های محل جراحی دارد. خانم الف بر بالین وی در منزل حاضر شده و متوجه می شود که ست پانسمان استریل را همراه با خودش نیاورده است. به دلیل دور بودن مسافت برگشت، از دختر بیمار درخواست می کند که یک حوله تمیز به او بدهد تا منطقه را بپوشاند و با استفاده از چیچی جیبی خودش اقدام به خارج نمودن بخیه ها می نماید. دو هفته بعد پرستار متوجه می شود که این بیمار در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان با تشخیص سپتی سمی به علت عفونت محل جراحی بستری شده است و دختر بیمار از خانم الف به علت عدم رعایت استانداردها در انجام مراقبت از زخم جراحی و ایجاد آسیب به مادرش، به دادگاه شکایت نموده است. در این مورد، یک رفتار عمدی نهفته است. به عبارت دیگر، پرستار با وجود اطلاع، آگاهی و توانایی انجام پانسمان صحیح، از انجام دادن آن خودداری نموده و رفتار وی چنان فاحش بوده است که گویی تا حدودی خواستار انجام آن بوده است. بنابراین به دلیل رفتار عمدی، قصور محسوب نمی شود.

#### مورد مخالف

مورد مخالف هیچ کدام از ویژگی های مفهوم مورد نظر را ندارد و این تفاوت کاملا واضح است و توسط افراد به راحتی قابل تشخیص است (۱۹).

آقای ۶۵ ساله با تشخیص خونریزی ساب آراکنوئید در بخش مراقبت های ویژه بستری شده است. بیمار به دلیل روند بیماری، دچار هذیان و بی قراری شده و مستعد سقوط از تخت می باشد. پرستار وضعیت بیمار را بررسی کرده و به پزشک اطلاع می دهد. پزشک بر بالین بیمار حاضر شده و طی مشورت با پرستار تصمیم به استفاده از مهار فیزیکی دستها و پاها به مدت ۴ ساعت برای بیمار می گیرد. پزشک دستور مهار فیزیکی، نوع مهار و مدت زمان استفاده از آن را در پرونده بیمار ثبت می نماید. پرستار و پزشک با همسر و فرزند بیمار در مورد وضعیت وی صحبت نموده و برای استفاده از مهار فیزیکی رضایت آگاهانه را اخذ می نمایند. سپس پرستار با استفاده از مهار کننده ی اندامی مناسب و با رعایت اصول استاندارد مهار فیزیکی، بیمار را مهار نموده و هر یک ساعت وضعیت بیمار را از نظر کنترل بی قراری، محل دستبندها و پابندها از نظر تغییر رنگ، خراشیدگی پوستی، گردش خون محیطی و نبض اندام های انتهایی را بررسی نموده و مرتب بیمار را مانیتور کرده و در گزارش پرستاری وضعیت بیمار را ثبت می نماید. در طی این مدت هیچ عارضه ای برای بیمار رخ نداده و به دلیل کنترل خونریزی ساب آراکنوئید از طریق دارو درمانی، وضعیت شناختی و رفتاری بیمار رو به بهبودی می رود.

#### پیشایندها

پیشایندها وقایع و اتفاقاتی هستند که باید قبل از بروز مفهوم آشکار شوند (۱۹).

پژوهشگران پرستاری موارد مختلفی را برای رخ دادن قصور در پرستاری عنوان کرده اند. در مطالعات قبلی، دو رویکرد شامل عوامل فردی (در ارتباط با تیم مراقبین بهداشتی و بیماران) و عوامل سازمانی، به عنوان پیشایندهای اصلی خطاهای پزشکی و پرستاری مطرح شده است. در رویکرد فردی عواملی از قبیل بی تجربگی پرستار، عدم مهارت در ارائه مراقبت های همه جانبه و اورژانسی، وجود ارتباطات ضعیف، گزارشات اشتباه و دست خط ناخوانا و عوامل فردی مرتبط با بیمار (مانند رفتار و سطح هوشیاری بیمار و حضور همراهان وی) در بروز قصور پرستاری تاثیرگذار می باشد. در رویکرد سازمانی، عوامل مدیریتی از قبیل عدم هماهنگی بین تیم های درمانی، شلوغی محل کار، شباهت ظاهری و اسمی داروها و استفاده از تجهیزات معیوب، باعث رخ دادن خطا توسط پرستاران می شود (۳۰، ۳۱).

از دیدگاه ما نیز نقص در عوامل سازمانی و مدیریتی مهمترین

## اعظم شریفی و همکاران

بر اساس نظر واکر و اوانت نمودهای تجربی ویژگیهای قابل تشخیص مفهوم است که ظهورشان نشانه وجود خود مفهوم است و هدف از تعریف آنها، تسهیل اندازه گیری و شناسایی مفهوم می باشد (۱۹). بر اساس مطالعات متون مختلف، قصور یک مفهوم رفتاری بوده و پنج ویژگی اصلی دارد که در صورت تحقق همه این ویژگی ها قصور قابل اثبات در محاکم قضایی است (۲۲، ۲۳، ۲۹). این پنج ویژگی شامل موارد زیر می باشد:

۱- پرستار به طور صریح یا ضمنی مسئولیت مراقبت از بیمار را به عهده گرفته باشد. این مسئولیت می تواند کامل یا نسبی باشد. بدیهی است اثبات این بخش نیاز به بررسی دقیق گزارشات پرستاری پرونده ها، گزارش دفتر خدمات پرستاری و برنامه شیفت موظف خواهد داشت.

۲- نقص در مراقبت بر اساس شرح وظایف پرستاری و استانداردهای مراقبت اعلام شده از طرف وزارت بهداشت وجود داشته باشد. به عبارت دیگر، فرد در انجام وظایف محوله بر اساس این استانداردها کوتاهی کرده باشد. مشخص نمودن حدود وظایف افراد و تعریف استانداردهای آن در علم پرستاری، تعیین و تفکیک عوارض اقدامات پرستاری از خطا و قصور بایستی با دقت کافی در احراز و اثبات تخطی صورت گیرد.

۳- رفتاری که منجر به قصور شده است غیر عمدی بوده و اراده قبلی در رخداد آن دخالت نداشته باشد. برای تشخیص این امر اخذ نظریه کارشناسی از سازمان پزشکی قانونی یا سازمان نظام پرستاری الزامی است.

۴- به بیمار آسیب جسمی یا روانی وارد شده باشد. بدیهی است مواردی همچون سردرد گذرا، سرگیجه، ضعف جسمانی و ... واژه هایی هستند که تا پاتولوژی دقیق ایجاد کننده آن مشخص نشود در حد یک شکایت تلقی گردیده و نمی توان در اثبات قصور از آن استفاده نمود.

۵- بین قصور انجام شده و نوع آسیب به بیمار، ارتباط علمی و علیتی وجود داشته باشد. اثبات ارتباط بین خطای انجام شده با آسیب مورد ادعای بیمار در برخی موارد به راحتی صورت نمی گیرد و بررسی کارشناسانه و علمی آن ضروری است.

## بحث

در این پژوهش بر اساس مدل واکر و اوانت که شکل اصلاح و ساده شده تحلیل مفهوم به شیوه ویلسون است

پیشایندها بروز قصور در پرستاری می باشند. شناسایی و تغییر این عوامل، از طریق آموزش و ارائه راه حل برای به حداقل رساندن میزان قصور در پرستاری بسیار کمک کننده است.

## پیامدها

پیامدها وقایعی هستند که به دنبال بروز مفهوم آشکار می شوند (۱۹). بر اساس بررسی متون، پیامدهای قصور در پرستاری در سه سطح (بیمار، پرستار و سازمان) طبقه بندی می شود (۱۵، ۳۲-۳۵).

### ۱- در سطح بیمار:

- آسیب موقت، دائمی یا مرگ ناشی از قصور پرستاری  
- افزایش هزینه های مستقیم (مانند هزینه های پرداخت شده برای بهبودی آسیب وارد شده یا افزایش میزان بستری در بیمارستان) و غیر مستقیم (مانند عدم توانایی انجام کار و بازگشت به شغل ناشی از آسیب وارد شده)

- اثرات منفی روانی و مالی بر اعضای خانواده بیمار

### ۲- در سطح پرستار:

- هزینه های مستقیم ناشی از قصور که باید به عنوان دیه و غرامت به بیمار و خانواده اش پرداخت گردد و هزینه های غیر مستقیم مانند تعلیق از کار، دادن دستمزد به وکلا، افزایش هزینه های بیمه

- ایجاد پرونده در محاکم قضایی و داشتن سوء پیشینه در آینده

- آسیب روحی و روانی ناشی از احساس گناه، بی کفایتی، افسردگی، از دست دادن اعتماد به نفس

- تاثیر منفی قصور بر عملکرد شغلی و آینده فرد

- اثرات منفی روانی و مالی بر اعضای خانواده پرستار

### ۳- در سطح سازمان:

- هزینه هایی که سازمان و بیمه باید به بیمار و خانواده به عنوان دیه و غرامت ناشی از قصور پرستار، پرداخت نماید.

- از بین رفتن شهرت و اعتبار سازمان و نتایج منفی حاصل از آن مانند کم شدن تعداد بیماران یا کارمندان

- ایجاد نگرش منفی در افراد نسبت به حرفه و سازمان

در میان تمام پیامدهای ناخوشایند قصور پرستاری، یادگیری از اشتباهات و کاهش میزان تکرار آن ها بر اساس ارائه برنامه های عملیاتی برای اصلاح روند فعلی مراقبت از بیمار و افزایش ایمنی بیماران، می تواند به عنوان پیامد مثبت در نظر گرفته شود (۳۳، ۱۵).

## تعریف نمود تجربی

و به درک ساده و جامع مفهوم می پردازد (۱۹)، به تعریف و روشن سازی مفهوم قصور در پرستاری پرداخته شد. براساس یافته های این پژوهش مشخص شد که مفهوم قصور پنج ویژگی ضروری دارد. در مطالعه گریفیت (۲۰۱۶) سه ویژگی اصلی برای مفهوم قصور مشخص شد (۲۹). ال هیجا و همکارانش (۲۰۱۸) نیز در تحلیل مفهوم تقصیر دریافتند که قصور بالینی، تقصیر و عدم صلاحیت حرفه ای مترادف با یکدیگرند و ویژگی هایی در این مطالعه برای مفهوم تقصیر تبیین شده است (۱۵)، که شباهت زیادی به مطالعه حاضر دارد. در بررسی های متون حقوقی کشور ما مشخص شده که از نظر قضایی تعریف قصور و تقصیر متفاوت است و وجه تمایز این دو مفهوم در ویژگی رفتار عمدی یا سهوی نهفته است. به عبارت دیگر، در مفهوم تقصیر اراده قبلی وجود دارد (۲۱-۲۳).

در این پژوهش، عوامل سازمانی و مدیریتی به عنوان مهمترین پیشایندها در بروز قصور در پرستاری مطرح شدند. در مطالعات مختلف مشخص شده است که ابهام در شرح وظایف (۳۶)، عدم آگاهی پرستاران از قوانین و مقررات حرفه ای و شرح وظایف خود (۳۷،۳۸)، شیفت های کاری طولانی مدت، عدم هماهنگی بین تیم های درمانی و استفاده از تجهیزات معیوب باعث کاهش کیفیت مراقبت می شود (۳۹). بنابراین، تنظیم شرح وظایف، تدوین استانداردهای مراقبتی، روشن کردن خطوط ارتباطی و آموزش و برنامه ریزی مناسب نیروی انسانی می تواند در هدایت و جهت دهی به عملکرد پرستاران، در مسیر دستیابی به استانداردهای حرفه ای و قانونی، موثر باشد.

در این پژوهش، پیامدهای قصور در پرستاری در سه سطح بیمار، پرستار و سازمان مورد بررسی قرار گرفت. علیرغم پیامدهای منفی قصور پرستاری، یادگیری از اشتباهات و کاهش میزان تکرار آن ها، پیامد مثبت آن است که می تواند به اصلاح روند مراقبت کمک نماید. پرستاران موظفند که وظایف خود را به درستی و با رعایت استانداردهای موجود انجام داده تا از ایمنی مراقبت و عدم آسیب به بیمار اطمینان حاصل کنند (۴۰،۴۱). برای تحقق این امر نیاز است که قوانین مورد نیاز این حرفه را با توجه به مقتضیات آن در حمایت از بیمار و پرستار وضع نمود و لذا آشنایی با استانداردهای شغلی و قوانین و مقررات جاری از جمله وظایف و مسئولیتهای سنگین مدیران پرستاری بوده (۴،۴۲) و از طرفی پرستاران با هوشیاری در قبال اقدامات

انجام شده منطبق با استانداردها و قوانین می توانند خود را از فراخوانده شدن به محاکم قضایی محافظت نمایند. اگرچه مفهوم قصور برای بعضی از پرستاران ناخوشایند است؛ اما آگاهی از این مفهوم باعث می شود که پرستاران در سیستم قضایی کشور قادر به دفاع از خود باشند. با توجه به اینکه در قانون فرض بر این است که هر کس مجاز به انجام عملی باشد، بر قانون اجرای آن نیز آگاه است (۲۵)، لذا در حرفه پرستاری عدم آگاهی پیش از آنکه بهانه ای برای فرار از حکم قانون باشد، خود نوعی جرم محسوب می شود. در واقع هر پرستار مسئول و پاسخگوی عملکرد خود و هدایت و جهت دهی به عملکرد خود، در مسیر دستیابی به استانداردهای حرفه ای و قانونی است (۳۹). با توجه به اینکه سیاست فعلی در گسترش دامنه نفوذ پرستاری در اصلاح سیستم مراقبت های بهداشتی متمرکز شده است، تضمین کیفیت مراقبت های بهداشتی از مهمترین مسئولیت های آینده پرستاری است (۴۳). بنابراین، پرستاری به عنوان حرفه ای تخصصی، باید از دیدگاه قانونی و اخلاقی پاسخگوی کیفیت ارائه مراقبتهای خود باشد. در این پژوهش ما تلاش کردیم که براساس اسناد در دسترس، هرگونه تعبیری از مفهوم قصور را مورد بررسی قرار داده و یک تعریف جامع و واحد از آن ارائه دهیم. تبیین مفهوم قصور در پرستاری، ویژگی های اصلی این مفهوم را شفاف نموده و بیان این ویژگی ها، پرستاران را در هدایت عمل، درک اهمیت مراقبت بر اساس استانداردها و رفتارهای یک پرستار حرفه ای یاری می کند.

### نتیجه گیری

در این پژوهش با استفاده از رویکرد واکر و اوانت و مروری بر مطالعات موجود به تحلیل مفهوم قصور در پرستاری پرداخته شد و ویژگیهای اصلی این مفهوم مانند ۱- وظیفه برای انجام مراقبت ۲- تخطی از وظیفه قانونی ۳- رفتار غیرعمدی ۴- آسیب ۵- ارتباط بین خطا و آسیب، مشخص شد و موارد الگو، مرزی و مخالف در رابطه با بکارگیری مفهوم قصور ذکر گردیدند. با توجه به شیوع بالای قصور پرستاری در ایران و جهان، اینکه در این مطالعه مفهوم قصور پرستاری به عنوان یک مفهوم مستقل مورد بررسی قرار گرفته است، ارزشمند می باشد. از آنجا که پرستاری فعالیتی مبتنی بر عملکرد علمی، مهارتی، عاطفی، اخلاقی و قانونی می باشد، بنابراین نیاز است که پرستاران با مفاهیم



## References

1. Anderson WG, Puntillo K, Cimino J, et al. Palliative care professional development for critical care nurses: a multicenter program. *Am J Crit Care*. 2017;26(5):361-371. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017336> PMID:28864431
2. Oelke ND, White D, Besner J, Doran D, McGillisHallL, Giovannetti P. Nursing workforce utilization: an examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nurs Leadersh*. 2008;21(1):58-71. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2008.19691> PMID:18448891
3. Morales-Gonzalez MF, Galiano Galvez MA. Predesigned labels to prevent medication errors in hospitalized patients: a quasi-experimental design study. *Medwave*. 2017;17(8):e7038. <https://doi.org/10.5867/medwave.2017.08.7038> PMID:28885996
4. Mikhail J, Grantham H, King L. Do user-applied safety labels on medication syringes reduce the incidence of medication errors during rapid medical response intervention for deteriorating patients on wards? A systematic search and review. *Journal of Patient Safety*. 2019;15(3): 173-80. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000418> PMID:28872476
5. Bagaei R, Nadari Y, Khalkhali H. Evaluation of predisposition of factors of nursing errors in critical care units of Urmia medical science university hospitals. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 2012; 10(3): 312-20. (Persian)
6. Jones JH, Treiber LA. Nurses' rights of medication administration: Including authority with accountability and responsibility. *Nurs Forum*. 2018;1-5.
7. Hung CC, Lee BO, Liang HF, Chu TP. Factors influencing nurses' attitudes and intentions toward medication administration error reporting. *Japan Journal of Nursing Science*. 2016; 13: 345-54. <https://doi.org/10.1111/jjns.12113> PMID:26782627
8. Makary M, Daniel M. Medical error- the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016; 353:1-5. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139> PMID:27143499
9. Matin BK, Hajizadeh M, Nouri B, Rezaeian S, Mohammadi M, Rezaei S. Period prevalence and reporting rate of medication errors among nurses in Iran: A systematic review and meta-analysis. *J NursManag*. 2018;00:1-11. <https://doi.org/10.1111/jonm.12579> <https://doi.org/10.1111/jonm.12579> PMID:29356165
10. Adib-Hajbaghery M, AziziFini E. The knowledge of nurses and nursing students in Kashan University of Medical Sciences about professional laws and regulations. *Sci J Forensic Med*. 2011;17(1):7-14. (Persian)
11. Rashidi K, Kalhor M, Berjandi M. The knowledge of nurses on standards of job description at the intensive care units of Broujerd hospitals, 2016. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2017; 12(4): 32-40. (Persian) <https://doi.org/10.21859/ijnr-12045>
12. Kazemiyani M, Farshid Rad S. Medical law and the duties of nursing. *Scientific Journal of Forensic Medicine* 2006, 12 (2): 108-12. (Persian)
13. Nikomanzari A, Afsharnia F, Joulaee S, Hajibabae F. Nursing care negligence in Iranian judiciary. *Quarterly journal of nursing management*. 2015; 4(2):9-18. (Persian)
14. Mohsenpour M, Hosseini mA, Abbaszadeh A, MohammadiShahboulaghi F, Khankeh HR. Nursing error: an integrated review of the literature. *Indian J Med Ethics*. 2017;2(2): 75-81. <https://doi.org/10.20529/IJME.2017.020> PMID:27959287
15. Al-Hajjaa EA, Ayaad O, Al-Refaay M, Al-Refaay T. Malpractice an Updated Concept Analysis and Nursing Implication in Developing Countries. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 2018; 7 (1):81-5.
16. Okpe DC, Dare AA, Oluwatoyin O, Daniel K, Emmanuel A, Emmanuel O, Grace D. Knowledge, attitude and perception of nurses on the legal implications of negligence in nursing practice: A case study of nurses in JOS university teaching hospital. *International Journal of Healthcare Sciences*. 2017; 5 (1): 83-94.
17. Tingle J. An introduction to clinical negligence: nurses and the law. *British journal of nursing*. 2002; 11(15): 1033-5. <https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.15.10531> PMID:12181511

18. Yi M, Lee SW, Kim KJ, Kim MG, Kim JH, Lee KH, et al. A review study on the strategies for concept analysis. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2006;36(3):493-502. <https://doi.org/10.4040/jkan.2006.36.3.493> PMID:16825833
19. Walker L, Avant K. Strategies for theory construction in nursing *Concept Anal*. 2005;3:37-54.
20. Nuopponen A. Method of concept analysis—a comparative study. *J Lang Spec Purpose Prof Commun Knowledge Manage Cogn*. 2010;3(1):4-12.
21. Rahpeyk H., *The Rights of Civil Liability and Compensations*, Fifth Edition, Tehran: Khorsandi Publication; 2009. (Persian).
22. Validi MS. A description of the requirements of the Islamic Penal Code in comparison with the previous law. Tehran: Jungle Publications; 2013. (Persian)
23. Mansour J. *Islamic Penal Code*. Tehran: Didar Publications; 2018. (Persian)
24. Dictionary CE. *Collins English Dictionary*. 21st Century Edition. Collins, An Imprint of Harper Collins Publishers, Glasgow; 2000.
25. Abbasi M. *Proceedings of Medical Law*. Tehran: Hoghooghi Publication; 2004. (Persian)
26. Abbasi M, *Medical Criminal Law*. Tehran: Hoghooghi Publication; 2010. (Persian)
27. Yoder-Wise P. *Leading and Managing in Nursing*-E-Book. Elsevier eBook on VitalSource; 2014.
28. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2003. <http://www.jcaho.org/accredited+organizations/laboratory+services/sentinel+events/glossary.htm>.
29. Griffith R. Repurcussions of negligence in community nursing practice. *British journal of community nursing*. 2016; 21(3): 153-8. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.3.155> PMID:26940619
30. Benner P, sheets v, Uris P, malloch K, schwed K, Jamison D. Individual, practice, and system causes of errors in nursing: a taxonomy. *J NursAdm*. 2002;32(10):509-23. <https://doi.org/10.1097/00005110-200210000-00006> PMID:12394596
31. Ellis JR, Hartley CL. *Managing and Coordinating Nursing Care*. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
32. Weld KK, Bibb SC. Concept Analysis: Malpractice and Modern-Day Nursing Practice. *Nursing Forum*. 2009; 44 (1): 1-10. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2009.00121.x> PMID:19187048
33. Lewis EJ, Baernholdt m, hamric AB. nurses' experience of medical errors an integrative literature review. *J Nurs Care Qual*. 2013; 28 (2): 153-61. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31827e05d1> PMID:23222195
34. Benner P, malloch K, sheets v, Bitz K, Emrich L, Thomas mB, Bomen K, scott K, Patterson L, schwed K, farrell m. TERCAP: creating a national database on nursing errors. *Harvard Health Policy Review*. 2006; 7 (1): 48–63.
35. Salemi S. *Pateint rights and nursing responsibility*. Tehran: salemi Publication; 2005.
36. Adib Hajbagheri M, Salsali M, Ahmadi F. The concept of professional power in nursing. *Feyz* 18-9:(29)8;2004. (Persian)
37. Nikpeyma N, Ashk Torab T. Nurses' views about factors affecting the professional roles. *Health Promot Manage*. 73:(3) 1; 2012. (Persian)
38. Rashidi K, Kalhor M, Berjandi M. The Knowledge of Nurses on Standards of Job Description at the Intensive Care Units of Broujerd Hospitals, 2016. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2017; 12(4): 32-40. <https://doi.org/10.21859/ijnr-12045>
39. Wyatt DA. Nurses' responsibility for the future of nursing. *Aorn Journal*. 2012; 95(5): 565-6. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.03.007> PMID:22541764
40. Teng CI, Chang SS, Hsu K. Emotional stability of nurses: impact on patient safety. *J AdvNurs*. 2009;65(10):2088-96. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05072.x> PMID:19674173
41. Tran DT, Johnson M. Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital. *IntNurs Rev*. 2010;57(4):454-62. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00846.x> PMID:21050197
42. Shohani M, Tavan H. Factors affecting medication errors from the perspective of nursing staff. *J ClinDiagn Res*. 2018; 12(3). <https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/28447.11336>
43. Durmuss C, Kececi A, Akkas o, Keskin s, Demiral n, Saygan s. Medical errors: an important indicator of quality of care and patient safety. *holistnursPract*. 2013; 27(4):225-32. <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e318294e6d3> PMID:23774722