بررسی موانع گزارش خطا از دیدگاه پرستاران شاغل در مراکز درمانی

روح‌ا... زابلی[۱]

عباس عباس‌زاده[۲]

مصطفی شهابی‌نژاد[۳]

چکیده

زمینه و هدف: خطاهای کاری از موارد غیر قابل اجتناب در تمامی مشاغل است. ارائه خدمات سلامت در مراکز درمانی نیز آمیخته با ایجاد خطر، در نتیجه وقوع خطاهای پزشکی برای دریافت‌کنندگان آن می‌باشد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف شناسایی موانع گزارش‌دهی خطاهای کاری توسط پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر کرمان در سال ۱۳۹۳ انجام گردیده است.

روش: این مطالعه از نوع توصیفی ـ مقطعی است. جامعه مورد مطالعه عبارت از پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستان‌های شهر کرمان می‌باشند. برای سنجش موانع گزارش خطای پرستاران از پرسشنامه پنج گزینه‌ای لیکرت استفاده شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS 17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: موانع عدم گزارش‌دهی خطاهای پزشکی توسط پرستاران به ترتیب مربوط به حیطه‌های مدیریتی (۱/۰۷±۳/۶۷)، پیامدهای گزارش‌دهی (۱/۰۸±۳/۵۶)، اخلاقی (۱/۰۳±۳/۵۱)، فرایندهای گزارش‌دهی (۱/۱۱±۳/۲۶) و محیطی (۱/۰۵±۳/۳) بود.

۱. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...، تهران، ایران.

۲. دکترای پرستاری و فلوشیپ اخلاق زیست پزشکی، استاد گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: mostafa.sh.n2212@gmail.com

نوع مقاله: پژوهشی **تاریخ دریافت مقاله:** ۱۳۹۴/۶/۲۷ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۴/۷/۲۹

همچنین بین میزان تحصیلات، نوع بخش، نوع اشتغال (رسمی، قراردادی، طرح) و نوع بیمارستان با عدم گزارش‌دهی خطا توسط پرستاران ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده ضرورت توجه و اقدام مدیران در جهت برطرف‌نمودن یا کاهش موانع گزارش‌دهی خطا بر اساس اولویت تلاش آنان برای بهبود فرهنگ ایمنی بیمار می‌باشد.

واژگان کلیدی

خطای پزشکی، موانع گزارش‌دهی، پرستاری

مقدمه

خطای حین انجام کار از موارد غیر قابل اجتناب در تمامی مشاغل است (۱). ارائه خدمات سلامت نیز از این امر مستثنی نمی‌باشد و در مراکز درمانی امکان بروز خطا و ایجاد خطر برای مددجویان وجود دارد (۲). وقوع خطاهای پزشکی در مراکز درمانی به دلیل ماهیت حساسی که از نظر تأمین سلامت و حفظ جان بیمار دارند، بسیار حائز اهمیت است (۳). خطاهای پزشکی پیامدهای بالینی و اقتصادی چشمگیری دارند و بر روی شاخص‌های مرگ و میر تأثیر می‌گذارند (۴ و ۵). تحقیقات نشان می‌دهد که ۱۷-۳ درصد بیماران بستری‌شده در بیمارستان‌ها دچار آسیب یا عارضه‌ای می‌گردند که به نحوی در اثر یک اتفاق ناخواسته یا خطای پزشکی ایجاد شده است (۶). خطاهای پزشکی در آمریکا، سالیانه موجب مرگ۲۱۰ تا۴۴۰ هزار نفر و آسیب بیش از یک میلیون نفر می‌شوند (۷ و ۸). در ایران آمار قابل استنادی از میزان بروز این خطاها وجود ندارد (۹). کارشناسان معتقدند که به دلیل برخی ضعف‌های ساختاری در نظام سلامت کشور و نبودن سیستم گزارش‌دهی خطا، میزان خطا بیش از آنچه گزارش می‌شود، می‌باشد. افزایش پرونده‌های ارجاعی از مراکز درمانی که خطاهای پزشکی یکی از عمده‌ترین دلایل آن می‌باشد، نشانی بر این ادعا است (۱۰).

خطاهای پزشکی به وقوع حوادث و رویدادهای ناگواری می‌گویند که ممکن است حین ارائه خدمات به بیمار آسیب برساند (۱۱). طبق تعریف کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت سلامت (JCAHO: Joint Commission on the Accreditation of Health care Organizations)، خطای پزشکی یک اتفاق ناخواسته است که به دلیل غفلت صورت می‌گیرد و یا عملی است که در پزشکی به نتیجه مطلوب منجر نمی‌شود (۱۲). به عبارت ساده‌تر خطا، یعنی شکست در

روند درمان که باعث آسیب بیمار می‌شود (۱۳). با وجود طیف وسیعی از خطاهای پزشکی در هنگام ارائه خدمات سلامت، خطاهای پرستاری به دلیل وجود بیشترین ارتباط مراقبتی بین پرستاران و بیمار، از پیچیده‌ترین بخش‌های مدیریتی در مورد وقوع خطا در سیستم‌های درمانی است (۱۴).

خطاهای پرستاری عمدتاً در اثر عوامل محیطی، کم‌تجربه‌بودن پرستار، روش‌های جدید تشخیصی و یا درمانی، عوامل مربوط به بیمار (قرارداشتن بیمار در دو انتهای طیف سنی)، مراقبت‌های چندگانه و شرایط مراقبت‌های اورژانس، ارتباط نامناسب با بیمار، ثبت نادرست اطلاعات، ناخوانابودن دستورات پزشک، ضعف در دانش داروشناسی پرستاران، خستگی جسمی و روحی، نوبت کاری شبانه و ناکارامدی سیستم‌های مراقبتی و حمایتی اتفاق می‌افتد (۱۵-۱۸).

یکی از راه‌های مدیریت خطاها در حیطه حرفه پرستاری گزارش‌دهی و ثبت آن‌ها است (۹ و ۱۹). گزارش خطا توسط پرستاران برای کاهش وقوع خطاهای مشابه و پیامدهای سوء آن‌ها بسیار مهم است (۲۰). شناسایی نوع خطاها توسط تصمیم‌گیرندگان مراکز درمانی، می‌تواند در کاهش آن مؤثر باشد و توجه و حساسیت بیشتری به این موضوع را برانگیزد (۲۱). گزارش خطای کاری از یکسو موجب بهبود کیفیت مراقبت از بیماران، و حفظ ایمنی آن‌ها و از سوی دیگر یک گنجینه اطلاعاتی ارزشمند در راستای پیشگیری از بروز خطاهای آتی محسوب می‌شود (۲۲ و ۲۳). فرهنگ بهبود ایمنی بیماران از طریق افشا و گزارش خطاها توسط پرستاران هنوز به درستی اجرا نمی‌شود، درحالی که لازمه افزایش ایمنی بیماران است (۲۴). مطالعات نشان می‌دهد که از علل مؤثر بر عدم گزارش خطاها توسط پرستاران می‌توان به عوامل مدیریتی، اخلاقی، محیطی، ترس از پیامدهای گزارش‌دهی و نقص فرایندهای گزارش‌دهی اشاره نمود (۲۵-۲۷). مردانی و

همکاران بیشترین دلایل عدم گزارش خطا توسط پرستاران را به نامتناسب‌بودن واکنش مدیران پرستاری با شدت اشتباه و وجود مسائل قانونی مرتبط دانسته‌اند (۲۸). نتایج مطالعه صلواتی نیز نشان می‌دهد که مهم‌ترین دلیل عدم گزارش‌دهی خطا، عوامل مدیریتی است و عدم دریافت بازخورد مثبت از طرف مسؤولین پرستاری به دنبال گزارش‌دهی خطا و تمرکز مسؤولین بر شخص خطاکار بدون در نظرگرفتن سایر عوامل احتمالی دخیل در بروز اشتباهات، مهم‌ترین عوامل از دیدگاه پرستاران بودند (۲).

از آنجایی که بروز خطا در حین ارائه مراقبت‌های پرستاری، ایمنی و سلامت بیماران را به مخاطره می‌اندازد، برای پیشگیری و کاهش آن باید تلاش نمود. این تلاش نه تنها باعث نجات جان بسیاری از بیماران می‌شود، بلکه بار هزینه هنگفت درمان عواقب این خطاها را نیز از دوش بیماران برخواهد داشت. اقدام جهت کاهش خطا از سوی مسؤولان مراکز ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، مستلزم داشتن اطلاعات در زمینه ماهیت خطاها است که از طریق گزارش‌دهی اعضای تیم درمان حاصل می‌گردد. از این رو، هدف از انجام این مطالعه، شناسایی عوامل مؤثر بر عدم گزارش‌دهی خطاهای کاری توسط پرستاران در جهت بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و تشویق گزارش‌دهی خطاهای پرستاری، حتی در مواردی که آسیبی به بیمار نرسیده است، می‌باشد.

روش

این پژوهش از نوع توصیفی ـ مقطعی است. جامعه مورد مطالعه پرستاران و بهیاران شاغل در بخش‌های درمانی بیمارستان‌های شهر کرمان بودند. این بیمارستان‌ها شامل ۱۰ بیمارستان شهید افضلی‌پور، شفا، شهید باهنر، شهید بهشتی، سیدالشهدا

(ع)، حضرت فاطمه (س)، مهرگان، پیامبر اعظم (ص)، الزهرا، ارجمند، ۵۷۹ آجا و راضیه فیروز بودند.

جهت محاسبه حجم نمونه از فرمول کوکران استقاده و با توجه به مطالعات مرتبط میزان گزارش خطاهای پزشکی توسط پرستاران ۲۰٪ محاسبه گردید. با در نظرگرفتن درجه اطمینان ۹۵٪، میزان Z ، ۱/۹۶ و دقت ۵٪، حجم نمونه ۲۴۶ نفر محاسبه و با احتساب ۱۰٪ ریزش، ۲۷۳ نفر براورد گردید. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. ابزار مورد استفاده در این تحقیق ابزاری محقق ساخته بود که با توجه به اهداف مطالعه با بررسی و بهره‌گیری از متون و مطالعات تدوین گردید (۲۸-۳۱). پرسشنامه دارای سه قسمت بود: قسمت اول اطلاعات دموگرافیک، قسمت دوم شامل ۵ حیطه عوامل مدیریتی (۹ مورد)، ترس از پیامدهای گزارش‌دهی (۱۲ مورد)، فرایندهای گزارش‌دهی (۷ مورد)، عوامل اخلاقی (۶ مورد) و عوامل محیطی (۳ مورد)، و ۷ سؤال بسته در انتها بود. هر کدامیک از گویه‌ها بر اساس معیار ۵ گزینه‌ای لیکرت امتیازبندی می‌شوند. برای نمره‌گذاری پاسخ‌ها، نمرات ۱ تا ۵ به ترتیب از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم اختصاص داده شد. روایی محتوا و صوری پرسشنامه توسط ۸ نفر از اساتید صاحب‌نظر این حوزه تأیید شد. برای سنجش پایایی از آلفای کرونباخ (α=۰/۹۲) استفاده گردید. معیارهای ورود پرستاران به مطالعه، داشتن سابقه کار، حداقل ۳ ماه در بیمارستان‌های مورد مطالعه در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری به صورت سهمیه‌ای و در هر بیمارستان به صورت تصادفی انجام شد. ابتدا تعداد پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستان‌های شهر کرمان با همکاری کمیسیون آموزش و پژوهش نظام پرستاری مشخص و حدود ۲۰۰۰ نفر تعیین گردید. سپس با توجه به حجم نمونه و نسبت تعداد پرستار و بهیار هر بیمارستان، تعداد نمونه مورد نیاز در هر بیمارستان تعیین گردید.

پرسشنامه‌ها پس از کسب اطمینان از رضایت آگاهانه پرستاران جهت شرکت در پژوهش، با رعایت ملاحظات اخلاقی، توسط محقق توزیع شد. از ۲۷۳ پرسشنامه توزیع‌شده، ۲۶۷ پرسشنامه جمع‌آوری شده و میزان پاسخگویی ۹۸٪ تعیین شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 17 و روش‌های آماری توصیفی و استنباطی و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی و مجذور کای تحلیل شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۶۷ نفر از پرستاران شرکت نمودند که میزان پاسخگویی آن‌ها ۹۸٪ به دست آمد. میانگین سنی پرستاران ۶/۲۱±۳۱/۸ سال بود. ۸۵٪ (۲۲۷ نفر) از شرکت‌کنندگان، زن و ۱۵٪ (۴۰ نفر) مرد بودند. ۷۰٪ متأهل، ۱۵/۷ درصد دارای مدرک دیپلم بهیاری و ۸۰/۱ درصد کارشناس، و از نظر وضعیت استخدام، ۳۳/۷ درصد قراردادی، ۷۸/۷ درصد شیفت در گردش، ۶۷٪ داری سابقه کار کم‌تر از ۱۰ سال بوده، ۳۶/۳ درصد در بخش‌های مراقبت‌های ویژه و ۶۴٪ در بیمارستان‌های آموزشی مشغول به کار بودند (جدول ۱).

بر اساس نتایج به دست‌آمده عوامل تأثیرگذار در عدم گزارش خطا توسط پرستاران به ترتیب مربوط به حیطه‌های مدیریتی، پیامدهای گزارش‌دهی، اخلاقی، فرایندهای گزارش‌دهی و محیطی بود (جدول ۲).

بنابر نظرات واحدهای مورد پژوهش، در حیطه عوامل مدیریتی: نامناسب‌بودن واکنش مدیران پرستاری با شدت خطا و در رتبه بعدی، حاکم‌بودن فرهنگ سرزنش و تنبیه به جای فرهنگ ایمنی از طرف مدیران، در حیطه پیامدهای گزارش‌دهی: ترس از مسائل قضایی و قانونی و در رتبه بعدی ترس از سرزنش توسط پزشک

معالج، در حیطه فرایندهای گزارش‌دهی: حجم و فشار کاری زیاد و نداشتن فرصت جهت گزارش خطا و در رتبه بعدی واضح‌نبودن تعریف خطای کاری و عدم توافق جمعی در مورد خطاهایی که باید گزارش شوند، در حیطه عوامل اخلاقی: عدم حمایت پزشک از شخص مرتکب خطا و در رتبه بعدی کسب تجربه اخلاقی منفی از برخورد قبلی پزشک معالج، مدیران یا همکاران متعاقب گزارش خطا، در حیطه عوامل محیطی: عدم حمایت کافی سیستم از کارکنان به دنبال گزارش خطا و در رتبه بعدی عدم تأکید بر اهمیت ثبت و گزارش خطاها در بیمارستان، بیشترین امتیازات را کسب نمودند (جدول ۳).

تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های اسپیرمن و مجذور کای نشان داد که بین میزان تحصیلات، نوع بخش، نوع اشتغال (رسمی، قراردادی، طرحی) و نوع بیمارستان با عدم گزارش‌دهی خطا توسط پرستاران ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵). همچنین نتایج پژوهش نشان داد که ۱۸٪ پرستاران، درباره این‌که چه چیزی به عنوان خطای پزشکی محسوب می‌شود، اطلاع ندارند و ۲۸/۸ درصد آن‌ها در مورد خطاهای پزشکی و این‌که خطای خود را چگونه گزارش نمایند، آموزش ندیده‌اند. ۶۲/۵ درصد از پرستاران تجربه خطای کاری داشته‌اند در حالی که از این میزان فقط ۳۳/۳ درصد تمامی خطاهای خود را گزارش نموده‌اند. ۵۶/۲ درصد از پرستاران فقط خطاهای مهمی که ایمنی بیمار را تهدید می‌کردند، گزارش نموده‌اند. این در حالی است که ۸۱/۳ درصد از آن‌ها معتقد بودند که تمامی خطاها هرچند کوچک و بی‌اهمیت و حتی موارد نزدیک به خطا (Near Miss) باید گزارش شوند و ۸۹/۵ درصد اذعان داشتند که گزارش خطاهای پزشکی باعث بهبود فرهنگ ایمنی بیماران خواهد شد (جدول ۴).

بحث

بر اساس نتایج این پژوهش، مهم‌ترین موانع درک‌شده از دیدگاه پرستاران در گزارش‌دهی خطاهای پزشکی، عوامل مدیریتی می‌باشد. نتایج پژوهش بهادری (۲۰۱۲ م.) نیز نشان داد که عوامل مدیریتی بزرگ‌ترین نقش را در خودداری پرستاران از گزارش خطاهای خود داشته است (۳۲) که با نتایج این تحقیق همخوانی دارد. از آنجا که هدف نهایی سیستم‌های سلامت، ارتقای سلامت جوامع بشری است و ایمنی بیماران از نگرانی‌های اصلی سیستم‌های خدمات سلامت است، گزارش خطاها توسط پرستاران ضروری به نظر می‌رسد (۲۵). به منظور دستیابی به این مهم، لازم است که موانع درک‌شده برطرف شوند.

در حیطه مدیریتی، مهم‌ترین عامل عدم گزارش خطا، نامتناسب‌بودن واکنش مدیران با شدت خطاها می‌باشد که لازم است مسؤولین و مدیران پرستاری با توجه به نگرش سیستمی، از تمرکز بر شناسایی مقصر و مؤاخذه وی خودداری ورزند. در نتایج مطالعه کبیرزاده و همکاران (۲۰۱۱ م.) نشان می‌دهد که نیاز به رویکرد متفاوت در سیاست‌های اجرایی مدیران بیمارستانی جهت استقرار نظام گزارش‌دهی می‌باشد و رویکرد تنبیهی صرف، برای جلوگیری از رخداد مجدد خطا بی‌تأثیر است (۳۳). از دیگر یافته‌های این پژوهش، ترس از مسائل قضایی و قانونی در حیطه پیامدهای گزارش‌دهی می‌باشد. بر اساس نتایج پژوهش Kachalia در سال ۲۰۱۴ موانع افشاسازی و گزارش خطاهای پزشکی یکی ترس از مسائل قانونی و دیگری از دست‌دادن اعتبار و وجهه شخصی است (۳۴). قلندرپور (۲۰۱۱ م.) به نتیجه مشابه دست یافت (۳۵). نتایج مطالعات حسین‌زاده نیز (۲۰۱۲ م.) نشان داد که عوامل مدیریتی و ترس از مسائل قضایی مهم‌ترین علت گزارش‌نکردن خطاها توسط پرستاران می‌باشد (۳۶). به نظر می‌رسد پرستاران زمانی اشتباهات خود را

گزارش می‌کنند که احساس امنیت خاطر نموده و مطمئن باشند که گزارش خطا پیامد ناگواری برای آن‌ها ندارد، اما ذکر این نکته الزامی است که مراقبت باکیفیت بالا، جزء حقوق و انتظارات هر بیمار است و هیچ چیز، ضعف مراقبت تخصصی بیمارستان را توجیه نخواهد کرد. بنابراین پرستاران به دلیل داشتن استقلال حرفه‌ای باید در برابر اعمالشان پاسخگو بوده و خطاهای کاری خود را گزارش نمایند (۲۸). در حیطه فرایندهای گزارش‌دهی، حجم و فشار کاری زیاد در شیفت و نداشتن فرصت جهت گزارش خطا از دیگر موانع گزارش‌دهی ذکر شده است. این امر می‌تواند به دلیل عدم رعایت استاندارد نسبت تعداد پرستار به بیمار باشد. در پژوهش انجام‌شده توسط اسماعیلی آبدار در سال ۲۰۱۴، نتایج نشان می‌دهد که عدم تناسب تعداد پرستار با تعداد بیماران، خستگی کارکنان به دلیل بارکاری زیاد، سختی کار و کار در شیفت شبانه از شایع‌ترین عوامل ایجاد خطا می‌باشند (۳۷). نتایج مطالعات Haw در سال۲۰۱۴ نشان داده است که دلایل عدم گزارش خطا یا نزدیک به خطا به دلیل ضعف دانش، ترس و فشار کاری می‌باشد (۳۸).

در بعد اخلاقی، عدم حمایت پزشک از شخص مرتکب خطا، از موانعی است که در این مطالعه بیشترین میانگین نمره را کسب نمود. این مانع اخلاقی می‌تواند بیانگر ضعف ارتباطی بین اعضای تیم درمان به ویژه تعامل بین پزشکان و پرستاران باشد. مطالعات Nelson در سال ۲۰۱۴ با عنوان اصول اخلاقی افشاسازی و گزارش خطا، نشان می‌دهد که افشای خطا اغلب یک فرایند دشوار است و علت عدم گزارش خطاها موانع سیستمی مثل ترس از تحمیل طرح دعوی در دادگاه، آسیب به موقعیت حرفه‌ای و شهرت فرد ارائه‌دهنده خدمت می‌باشد (۳۹). مطالعات بیانگر این است که هرگونه رابطه منفی یا معیوب بین پزشک و پرستار، بیمار را در معرض خطر و آسیب قرار می‌دهد، در حالی که، درک پرستار

از حمایت پزشک، نه تنها باعث ارتقای ایمنی بیمار می‌گردد، بلکه افزایش رضایت شغلی پرستار و گزارش‌دهی بیشتر خطا را به دنبال خواهد داشت (۲۵).

یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش در حیطه محیطی، عدم حمایت کافی سیستم از کارکنان به دنبال گزارش خطا می‌باشد. اگر رویکرد و تفکر سیستمی در بیمارستان‌ها رواج یابد، مسؤولان و مدیران مجاب خواهند شد که اکثر خطاهای پزشکی در نتیجه نارسایی‌های سیستم بروز می‌کنند، نه ضعف‌های فردی پرسنل و با توجه به اهمیت ایمنی بیمار، برقراری ارتباط مثبت و کارا بین مسؤولان و مدیران پرستاری با کارکنان پرستاری ضرورت پیدا دارد. عدم برخورداری پرستار از حمایت سیستم در نتیجه گزارش خطا، می‌تواند منجر به عدم گزارش‌دهی خطا در آینده و ایجاد اختلال در فرایند درمانی بیمار شود.

در این مطالعه ۲۸/۸ درصد پرستاران اعلام داشته‌اند که هیچ‌گونه آموزشی در مورد این‌که خطای خود را چگونه گزارش نمایند به آن‌ها داده نشده است و ۱۸٪ آن‌ها از این‌که چه چیزی به عنوان خطای پزشکی محسوب می‌شود، اظهار بی‌اطلاعی نمودند. از این رو، لازم است متولیان آموزش در بیمارستان‌ها، در تدوین هرچه بهتر برنامه‌های آموزشی به ویژه برای کارکنان جدیدالورود اهتمام بیشتری ورزند. در پژوهش انجام‌شده توسط حاجی بابایی در سال ۲۰۱۴ علت عدم گزارش خطا توسط پرستاران، عدم آگاهی و توافق جمعی از خطای کاری ذکر شده است، به طوری که ۱۶٪ پرستاران نمی‌دانند چه وقتی خطا رخ داده است و ۱۴٪ آن‌ها نمی‌دانند، چه وقت باید یک خطا را گزارش کنند (۴۰). نتایج تحقیق Cramer در سال ۲۰۱۴ نشان می‌دهد که پرستاران به طور متوسط ۱/۹ درصد خطاهای خود را گزارش می‌کنند و تنها ۲۰/۵ درصد از کل خطاها توسط پرستاران گزارش می‌شود. یک‌سوم پرستاران نمی‌دانستند که چه خطاهایی را باید گزارش نمایند (۴۱).

مطالعات دیگر نشان داده است، پرستارانی که از دانشکده پرستاری فارغ‌التحصیل شده بودند و کسانی که که آموزش بیشتری دیده بودند، خطای بیشتری را گزارش می‌کردند (٣١). نتایج مطالعه کلدجیان نشان می‌دهد، ٨۴/٣ درصد شرکت‌کنندگان در پژوهش موافق این موضوع بودند که گزارش خطاهای پزشکی کیفیت مراقبت را برای بیماران آینده بهبود می‌بخشد (٢٣). در پایان ضروری است ذکر شود که پرستاران با تکیه بر نقاط قوت خود، از ابراز نقاط ضعف خود نهراسند و گزارش هر نوع خطا به تیم درمان یا مافوق، می‌تواند گره‌گشای مشکلات مربوط به ایمنی بیماران در سطح گسترده باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که عوامل مدیریتی مهم‌ترین دلیل برای عدم گزارش خطا توسط پرستاران می‌باشد و با توجه به این‌که ۶۲/۵ درصد از جامعه مورد پژوهش تجربه خطای پزشکی داشته‌اند، ولی فقط ۳۳/۳ درصد از آن‌ها تمامی خطاهای خود را گزارش نموده‌اند، به نظر می‌رسد فرهنگ گزارش خطا در بین پرستاران ترویج نیافته و نیاز به آن است که مدیران بر حسب اولویت، در جهت برطرف‌نمودن و کاهش موانع گزارش خطا، اقدام جدی مبذول نمایند و در جهت بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و استقرار فرهنگی که مشوق گزارش‌دهی خطاهای پزشکی، حتی در موارد عدم آسیب به بیمار باشد، تلاش نمایند تا در صورت بروز خطا، کارکنان پرستاری، بدون توجه به تبعات قانونی آن، صادقانه خطای خود و دلیل وقوع آن را به سایر اعضای گروه اعلام کنند. همچنین ضروری است که مدیران در قبال گزارش‌های دریافتی واکنش منطقی نشان دهند. گزارش خطاهای پرستاران می‌تواند منبع باارزشی برای تعیین محتوای بازآموزی پرستاران باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از همکاری صمیمانه مسؤولین و کارکنان محترم پرستاری بیمارستان‌های محیط پژوهش و نظام پرستاری کرمان (کمیسیون آموزش و پژوهش) اعلام می‌دارند.

جدول ١: اطلاعات دموگرافیک پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستان‌های مورد مطالعه

متغیر		فراوانی	درصد	متغیر		فراوانی	درصد
جنس	مرد	۴۰	۱۵	**وضعیت استخدام**	رسمی	۸۰	۳۰
	زن	۲۲۷	۸۵		پیمانی	۷۴	۲۷/۷
تأهل	متأهل	۱۸۷	۷۰		قراردادی	۹۰	۳۳/۷
	مجرد	۸۰	۳۰		در حال گذراندن طرح	۲۳	۸/۶
تحصیلات	دیپلم بهیاری	۴۲	۱۵/۷	**رده شغلی**	سرپرستار	۲۶	۹/۷
	کارشناس پرستاری	۲۱۴	۸۰/۱		استاف	۱۱	۴/۱
	کارشناس ارشد	۱۱	۴/۱		پرستار	۱۸۸	۷۰/۴
نوبت کاری	ثابت	۵۳	۱۹/۹		بهیار	۴۲	۱۵/۷
	در گردش	۲۱۰	۷۸/۷				

جدول ٢: میانگین و انحراف معیار هر کدام از حیطه‌ها به تفکیک

حیطه	میانگین و انحراف معیار
مدیریتی	۳/۶۷±۱/۰۷
پیامدهای گزارش‌دهی	۳/۵۶±۱/۰۸
فرایندهای گزارش‌دهی	۳/۲۶±۱/۱۱
اخلاقی	۳/۵۱±۱/۰۳
محیطی	۳/۳±۱/۰۵

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار عوامل تأثیرگذار در عدم گزارش خطا در هریک از حیطه‌ها

حیطه	دلایل عدم گزارش	میانگین و انحراف معیار
مدیریتی	نامتناسب‌بودن واکنش مدیران پرستاری با شدت خطا	۳/۸۶±۱/۰۵
	حاکم‌بودن فرهنگ سرزنش و تنبیه به جای فرهنگ ایمنی از طرف مدیران	۳/۷۶±۱/۱۱
	عدم دریافت بازخورد مثبت از طرف مدیران پرستاری به دنبال گزارش خطا	۳/۷۱±۱
پیامدهای گزارش‌دهی	ترس از مسائل قضایی و قانونی	۳/۸۳±۱/۰۵
	ترس از سرزنش توسط پزشک معالج	۳/۷۶±۱/۰۴
	ترس از پخش خبر در کل بیمارستان	۳/۷۳±۱/۰۸
فرایندهای گزارش‌دهی	حجم و فشار کاری زیاد و نداشتن فرصت جهت گزارش خطا	۳/۵۹±۱/۱۵
	واضح‌نبودن تعریف خطای کاری و عدم توافق جمعی در مورد خطاهایی که باید گزارش شوند	۳/۳۷±۱/۰۶
	اهمیت‌نداشتن گزارش‌دهی بعضی از خطاهای کاری	۳/۳۱±۱/۱۳
اخلاقی	عدم حمایت پزشک از شخص مرتکب خطا	۳/۸۲±۱/۰۵
	کسب تجربه اخلاقی منفی از برخورد قبلی پزشک معالج، مدیران یا همکاران متعاقب گزارش خطا	۳/۷۶±۰/۹۸
	صدمه‌دیدن آبرو و حیثیت حرفه‌ای و اجتماعی شخص خطاکار	۳/۵۸±۱/۰۴
محیطی	عدم حمایت کافی سیستم از کارکنان به دنبال گزارش خطا	۳/۹۷±۰/۹۶
	عدم تأکید بر اهمیت ثبت و گزارش خطاهای پزشکی در بیمارستان	۳±۱/۰۵
	آموزشی‌بودن بیمارستان	۲/۹۳±۱/۱۴

جدول ۴: رفتار پرستاران در مورد گزارش‌دهی خطاهای پزشکی

عنوان سؤال	بلی (درصد)	خیر (درصد)
من از این‌که چه چیزی خطای پزشکی محسوب می‌شود، اطلاع دارم.	۸۲	۱۸
به من در مورد این‌که خطاهای خود را چگونه گزارش نمایم، آموزش داده شده است.	۷۱/۲	۲۸/۸
من در طول مدت فعالیتم در این مرکز، خطای پزشکی داشته‌ام.	۶۲/۵	۳۷/۵
من تمامی خطاهای کاری خود را گزارش نموده‌ام.	۳۳/۳	۶۱/۴
من فقط خطاهای مهمی که ایمنی بیمار را تهدید می‌کردند، گزارش نموده‌ام.	۵۶/۲	۳۹/۷
معتقدم تمامی خطاهای پزشکی حتی موارد نزدیک به خطا (Near Miss) باید گزارش شوند.	۸۱/۳	۱۸/۴
گزارش خطاهای پزشکی باعث بهبود فرهنگ ایمنی بیماران خواهد شد.	۸۹/۵	۱۰/۵

فهرست منابع

1. Liu X, Yin H, Shi J, Wheeler KK, Groner JI, Xiang H. *Medical errors in hospitalized pediatric trauma patients with chronic health conditions*. SAGE Open Medicine. 2014: 2.

2. Salavati S, Hatamvand F, Hamed T, Salehinasab M. The viewpoint of Nurses in the emergency departments of Ahvaz hospitals for reasons of not reporting medication errors. *Journal of Iran Nurses*. 2012; 79(25): 63-74.

3. Sarami M, Fallah MR. Investigating the relationship between fatigue and severity of medical errors in a teaching hospital nurses. *Journal of Iran Occupational Health*. 2013; 10(4):1-8.

4. Garrouste-Orgeas M, Timsit JF, Vesin A, et al. Selected Medical Errors in the Intensive Care Unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2010; 181(2): 134-42.

5. Hwang JI, Park HA. Nurses' perception of ethical climate, medical error experience and intent-to-leave. *Journal of Nursing Ethics*. 2014; 21(1): 28-42.

6. Sari AA, Doshmangir L. A review of methods for measuring adverse events in the health system and cheeking their strengths and weaknesses. *Journal of Hospital*. 2009; 8(2): 1-7.

7. Jafari M. The role of reporting errors in medical errors management in hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Journal of Daneshvar Medicine*. 2012; 20(103): 86-93.

8. James JT. A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. *Journal of Patient Safety*. 2013; 9(3): 122-8.

9. Haydari H, Kamran A, Pirzade A. Survey of perceived barriers of nursing behavior in teaching hospitals of Lorestan university of

medical science on medical errors. *Journal of Health System Research*. 2012; 8(5): 806-13.

10. Abedi HA, Farzi S, Ghodosi A, Yazdannik AR. Nurses experiences of Medication Errors. *Journal of Qualitative Research in Health Science*. 2013; 2(4): 310-9.

11. Källberg AS, Göransson KE, Östergren J, Florin J, Ehrenberg A. Medical errors and complaints in emergency department care in Sweden as reported by care providers, healthcare staff, and patients - a national review. *European Journal of Emergency Medicine.* 2013; 20(1): 33-8 .

12. Nasirpoor A, Naynavaei M, Mirzaei A, Basharati R, Bagdeli F. Medical Errors Management. *Journal of Today Medical*. 2013; 944(1): 10-2.

13. Vazin A, Zamani Z, Hatam N. Frequency of medication errors in an emergency department of a large teaching hospital in southern Iran. *Drug, Healthcare and Patient Safety.* 2014; 6: 179-84.

14. Baqaei R, Naderi Y, Khalkhali HR. survey predisposing causes of nursing errors in intensive care units. *Journal of Faculty of Urmia Nursing and Midwifery*. 2012; 10(3): 312-20.

15. Cohoon B. Causes of Near Misses: Perceptions of Perioperative Nurses. *AORN Journal*. 2011; 93(5): 551-65.

16. Mahmood A, Chaudhury H, Valente M. Nurses' perceptions of how physical environment affects medication errors in acute care settings. *Journal of Applied Nursing Research.* 2011; 24(4): 229-37.

17. Maiden J, Georges JM, Connelly CD. Moral Distress, Compassion Fatigue, and Perceptions About Medication Errors in Certified Critical Care Nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing.* 2011; 30(6): 339-45.

18. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA.* 2009; 302(12): 1294-300.

19. Hoffmann B, Beyer M, Rohe J, Gensichen J, Gerlach FM. Every error counts: a web-based incident reporting and learning system for general practice. *Journal of Qual Saf Health Care.* 2008; 17(4): 307-12.

20. Alsafi E, Bahroon SA, Tamim H, Al-Jahdali HH, Alzahrani S, Al Sayyari A. Physicians' Attitudes Toward Reporting Medical Errors-An Observational Study at a General Hospital in Saudi Arabia. *Journal of Patient Safety*. 2011; 7(3): 144-7.

21. Manjoghi N, Nori A, Arizi H, Narjes F. Reporting of Hospital Errors by Nurses. Iranian *Journal of Ethic and History Medical.* 2012; 5(4): 58-70.

22. Hashemi F, NasrAbadi AN, Asghari F. Factors associated with nursing errors reporting in Iran. *Iranian Journal of Medical Ethics and History*. 2011; 5(2): 53-64.

23. Kaldjian LC, Jones EW, Wu BJ, Forman-Hoffman VL, Levi BH, Rosenthal GE. Reporting medical errors to improve patient safety: A survey of physicians in teaching hospitals. *Archives of Internal Medicine.* 2008; 168(1): 40-6.

24. Liang BA, Lovett KM. *Error Disclosure*. Patient Safety: Springer; 2014: 329-40.

25. Golafroz M, Sadeghi H, Ghaedi F, Tabraei Y, Kayghobadi F, Kayghobadi F. Managerial and Moral obstacles in reporting Nursing errors: Nurses`view point. *Iranian Journal of Medical Ethics and History*. 2014; 7(1): 65-76.

26. Hamooleh MM, Vahed AS. The obstacles in reporting nursing error: a nurses' perspective. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2009; 2(4): 55-62.

27. Musarezaie A MGGT, Zargham Boroujeni A, Haj-Salhehi E. Survey of the medication errors and refusal to report medication errors from the viewpoints of nurses in hospitals affiliated to Isfahan university of medical sciences, Iran. *J Health Syst Res*. 2013; 9(1): 76-85.

28. Mardani M, Shahraki A. Survey of the barriers of not errors reporting by nursing staffs. *Journal of Hospsital.* 2009; 8(5):45-8.

29. Rezaei AM, Ghasemi TMG, Borojeni AZ, Salehi EH. Investigating Medication Errors and the cause of not reporting it from Nurse`s viewpoint in the Hospitals of Isfahan University of Medical Science. *Journal of Health System Research*. 2013; 9(1): 76-85.

30. Tal A, PoorReza A, Sharifi G, Mohebi B, Ghazi Z. Investigating the causes and factors affecting the lack of reporting of medication errors in Baharloo hospital nursing staff from their view in 2010. *Journal of Hospital*. 2010; 9(1-2): 19-24.

31. Wagner LM, Harkness K, Hebert PC, Gallagher TH. Nurses' perceptions of error reporting and disclosure in nursing homes. *J Nurs Care Qual.* 2012; 27(1): 63-9.

32. Bahadori M, Ravangard R, Aghili A, Sadeghifar J, Gharsi Manshadi M, Smaeilnejad J. The Factors affecting the refusal of reporting on medication errors from the nurses' viewpoints: A Case Study in a Hospital in Iran. *ISRN Nursing*. 2013: 5.

33. Kabirzade A, Bozorgi F, Motamed N, Mohsenisaravi B, Baradari AG, Dehbandi M. Investigating the attitude of senior managers toward voluntary reporting of medical errors in hospitals. *Jouurnal of Mazanderan University of Medical Science.* 2011; 21(84): 131-7.

34. Kachalia A, Bates DW. Disclosing medical errors: The view from the USA. *The Surgeon.* 2014; 12(2): 64-7.

35. Ghalandarpoor SM, Fariba A, Kavyani A, Daemi M. Reporting and practices of residents in general surgery and faculty and expressed medical error. *Journal of Medical Ethics and History*. 2011; 4(3): 61-8.

36. Hoseinzade M, Aghajari PE, Mahdavi N. Causes of medication errors of nurses and factors affecting on lack of reporting them:from the nurse`s viewpoints. *Journal of Hayat*. 2012; 18(2): 66-75.

37. Abdar ZE, Tajaddini H, Bazrafshan A, et al. Registered Nurses Perception of Medication Errors: A Cross Sectional Study in Southeast of Iran. *International Journal of Nursing Education* 2014; 6(1): 19-23.

38. Haw C, Stubbs J, Dickens GL. Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: an interview study of nurses at a psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2014; 21(9): 797-805.

39. Nelson B. Ethics of error disclosure: When to say, I'm sorry. *Cancer Cytopathology*. 2014; 122(3): 159-60.

40. Hajibabaee F, Joolaee S, Peyravi H, Alijany-Renany H, Bahrani N, Haghani H. Medication error reporting in Tehran: a survey. *Journal of Nursing Management.* 2014; 22(3): 304-10.

41. Cramer H, Foraita R, Habermann M. Error Reporting from a Nurse's Point of View: Results of a Survey in Nursing Homes and Hospitals. *Gesundheitswesen* (Germany). 2014; 76(8-9): 486-93.

Assessing the barriers of error reporting from perspective of nurses in Kerman hospitals

Rouhollah Zaboli[1]
Abbas Abbaszade[2]
Mostafa Shahabinejad[3]

Abstract

Background and aim: Occupational errors are inevitable in all jobs. Preparing health service in healthcare centers integrates with risk resulted from occurrence of medical errors for receivers. Occurrence of medical errors in healthcare centers is very important due to sensitive nature it has for health and safety of patients. The purpose of this study is to identify barriers of the lack of error reporting by nurses.

Methods: This is a descriptive, cross-sectional study. The studied population was nurses and nurse assistants who were working in Hospitals of Kerman. Barriers of error reporting by nurses were measured by using Likert five-point scale. Data were analyzed using by SPSS 17.

Findings: Results related to lack of reporting medical errors are associated to managerial area (3.67±1.07), fear of reporting outcomes (3.56±1.08), moral factors (3.51±1.03), reporting processes (3.26±1.11) and environmental factors (3.3±1.05) respectively. Also, there was no significant relation between education, type of ward, type of employment (official, contractual) and type of hospital and lack of errors reporting via nurses (P>0/05).

1. Assistant Professor of Health Services Management, School of Public Health, Baqiyattallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Professor of Nursing Education Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing & Midwifery, ShahidBeheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. MSc Student of Health Services Management, School of Public Health, Baqiyattallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: mostafa.sh.n2212@gmail.com

Conclusion: It is essential to managers do a serious action in terms of priorities toward removing barriers and reducing error reporting, and attempt to improve patient safety culture.

Keywords

Medical Errors, Barriers to Report, Nurses, Error Reporting

Please cite this article as:

Zaboli R, Abbaszade A, Shahabinejad M. Assessing the barriers of error reporting from perspective of nurses in Kerman hospitals. *Med Ethics J* 2016; 10(34): 31-53.