

The Factors Affecting the Refusal to Report Medical Errors on Medical Errors among Nurses of Selected Military Hospitals in Tehran, Iran

Sahar Mollaei, Mohammadkarim Bahadori*, Ahmad Ameryoun

Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 3 March 2018 Accepted: 4 July 2018

Abstract

Background and Aim: Medical error is an important challenge for health systems. Developing reporting systems and addressing the obstacles to reporting errors is essential in order to improve the quality of health care services. This study aimed to survey the factors affecting the refusal to report medical errors from the nurses' point of view using the Analytical Hierarchy Process (AHP) in selected military hospitals of Tehran, Iran.

Methods: This is a descriptive, analytical and cross-sectional survey conducted in 2017. Data were collected using a systematic review and then a quantitative phase. The research population included nurses from 3 military hospitals, of which 269 were selected using Cochran's formula. The data gathering tool was a researcher-made questionnaire. Data analysis was performed using descriptive statistics and hierarchical analysis process using SPSS21.0 and Expert Choice 10.0 software.

Results: Based on the systematic review findings, the factors influencing the refusal of reporting on medical errors were classified into three groups of management, process and nursing factors. Results indicate the most important reasons for refusal to report medical errors are: managerial factors (with importance coefficients of 0.669), factors related to the nurse (0.224), and factors related to the process of reporting (0.888).

Conclusion: Due to the high weight of management factors in refusing to report medical errors, hospital managers, and especially nursing directors, should remove these obstacles by expanding the culture of encouraging reporting in the organization.

Keywords: Medical Error, Barriers, Nurses, Reporting, Militarily Hospital.

بررسی عوامل موثر بر عدم گزارش دهی خطاهای پزشکی در بین پرستاران بیمارستان های نظامی منتخب شهر تهران

سحر مالایی، محمدکریم بهادری*، احمد عامریون

مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: خطای پزشکی یکی از چالش های مهم و مورد توجه نظام سلامت است. توسعه سیستم های گزارش دهی و برطرف نمودن موانع گزارش دهی خطاها، جهت دستیابی به ارتقای کیفیت خدمات درمانی، ضروری است. هدف از این مطالعه شناسایی عوامل موثر بر عدم گزارش دهی خطاهای پزشکی توسط پرستاران بیمارستان های نظامی شهر تهران با روش فرآیند سلسله مراتبی بود.

روش ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی و تحلیلی است که به روش مقطعی در سال ۱۳۹۶ انجام شد. داده ها در دو فاز مرور سیستماتیک و فاز کمی گردآوری شد. جامعه پژوهش شامل پرستاران ۳ بیمارستان نظامی بود که نمونه ای به حجم ۲۶۹ نفر با استفاده از فرمول کوکران انتخاب گردید. ابزار گردآوری داده ها یک پرسشنامه محقق ساخته بود. تحلیل داده با استفاده از آمار توصیفی و فرآیند تحلیل سلسله مراتبی توسط نرم افزارهای SPSS21.0 و Expert Choice 10.0 انجام شد.

یافته ها: بر اساس نتایج مرور سیستماتیک، عوامل تاثیرگذاری بر عدم گزارش دهی خطاهای پزشکی در سه گروه عوامل مدیریتی، فرآیندی و پرستاری قرار گرفتند. یافته ها حاکی از آن است که مهم ترین موانع گزارش دهی خطاهای پزشکی از دیدگاه پرستاران، به ترتیب شامل: عوامل مربوط به مدیریت با ضریب اهمیت ۰/۶۶۹، عوامل مربوط به پرستار با ضریب اهمیت ۰/۲۴۳ و عوامل مربوط به فرآیند گزارش دهی خطا با ضریب اهمیت ۰/۰۸۸ می باشد.

نتیجه گیری: با توجه به اینکه عوامل مدیریتی از وزن بالایی در عدم گزارش دهی خطاهای پزشکی برخوردار بودند، مدیران بیمارستان ها و به ویژه مدیران پرستاری می بایست با گسترش فرهنگ تشویق به گزارش دهی در سازمان، این موانع را برطرف نمایند.

کلیدواژه ها: خطای پزشکی، موانع، پرستار، گزارش دهی، بیمارستان نظامی.

*نویسنده مسئول: محمدکریم بهادری، پست الکترونیک: bahadori_57@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۴/۱۳

مقدمه

اصلی ترین مانع، ترس پرستاران از گزارش خطاها و ترس از عواقب گزارش دهی بود. حتی با وجود تشویق مدیریت بیمارستان ها به گزارش دهی خطاها بدون تنبیه و مجازات؛ باز هم دیدگاه پرستاران به گزارش دهی مثبت نبوده و تعداد زیادی از آنها، خطاها را گزارش نمی دادند (۱۰). در مطالعه Balas و همکاران در دانشگاه پنسیلوانیا که در طول ۲۸ روز، روی ۳۹۳ پرستار در بیمارستان ها انجام شد، مشخص گردید که در طول مطالعه ۳۰ درصد از پرستاران حداقل یک مورد خطا را گزارش نموده اند (۱۱).

تعدادی از مطالعات داخلی نیز به میزان گزارش دهی خطاهای پرستاری پرداخته اند. دانش کهن و همکاران در یک مطالعه مقطعی که در بیمارستان های آموزشی منتخب شهر تهران انجام شد، ۴۱۹ پرستار را مورد بررسی قرار دادند. میانگین کل موانع گزارش دهی ۳/۱۳ از ۵ بود که در سطح متوسطی قرار داشت و مهم ترین مانع گزارش دهی خطا، ترس از پیامدهای گزارش دهی بود (۱۲). همچنین در مطالعه میرصادقی، موانع مدیریتی از جمله عدم حمایت مدیران از گزارش دهی و ترس از مسائل مالی و قانونی به عنوان موانع اصلی عدم گزارش دهی عنوان شد (۱۳). نوحی و همکاران در یک مطالعه مقطعی با عنوان موانع کاهش خطا و راهکارهای کاهش آن از دیدگاه پرستاران بیمارستان های تامین اجتماعی استان کرمان، میانگین نمره موانع گزارش خطا را در سطح متوسط به دست آوردند. نگرانی از زدن برچسب بی لیاقتی، تاثیر خطا در نمره ارزیابی سالانه، نگرانی از انتشار خبر و وجود پیگردهای قانونی از بیشترین موارد موانع خطا بودند (۱۴). بیمارستان های نظامی به دلیل ماهیت و رسالت متفاوتی که دارند از ویژگی های خاصی برخوردارند؛ از مهمترین ویژگی های این بیمارستان ها این است که اجرای قوانین و مقررات در این مراکز با توجه به نظامی بودن اکثر کارکنان به مراتب سهل تر از سایر بیمارستان می باشد؛ گرچه بخش های درمانی در بیمارستان های نظامی با سایر بیمارستان ها تفاوت اساسی ندارد و لیکن این بیمارستان ها در مقایسه با سایر بیمارستان ها می بایست از آمادگی لازم برای مقابله حوادث ساخته دست بشر برخوردار باشند و تا حد امکان خطاها را به حداقل برسانند. مطالعات متعددی در خصوص عدم گزارش دهی خطاهای پزشکی انجام شده است اما این اولین مطالعه ای می باشد که به صورت ترکیبی با استفاده از دو فاز مرور نظام مند و فاز کمی با استفاده از فرآیند سلسله مراتبی انجام شده است. با عنایت به اهمیت گزارش دهی خطاهای پزشکی به منظور تحلیل و اقدام در جهت کاهش بروز آنها، در این مطالعه سعی شده است تا با شناسایی علل عدم گزارش دهی خطاها از دید پرستاران شاغل در بیمارستان های منتخب نظامی شهر تهران، در نهایت پیشنهاداتی در جهت بهبود گزارش دهی خطاهای پزشکی ارائه گردد تا در جهت رسیدن به اهداف عالی سازمان که همان ایمنی بیمار می باشد، گامی برداشته شود.

خطا و اشتباه در اعمال انسان غیرقابل اجتناب بوده و جزئی از واقعیت انسان است، بر این اساس، نقش عوامل انسانی در بروز اشتباهات کاملاً پذیرفته شده است (۱). اتفاقات ناخواسته و خطاهای پزشکی از جمله چالش های مهمی است که نظام های سلامت تمامی کشورها با آن دست به گریبان بوده و برای به حداقل رساندن آنها و کاهش آسیب های ناشی از آن تلاش می کنند (۲). خطای پزشکی زمانی اتفاق می افتد که ارائه کننده خدمات سلامت، یک روش مراقبتی را ناصحیح انتخاب نماید و یا این که آن را صحیح انتخاب نموده ولی غیرصحیح انجام دهد (۳).

خطاهای پزشکی با نرخ بالایی رو به افزایش است و این خطاها سالیانه علت ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ مرگ در بیمارستان های آمریکا می باشد که بیشتر از آمار مرگ در اثر تصادفات جاده ای و سرطان و یا ایذ در این کشور است (۴). بنابر اعلام سازمان جهانی بهداشت در منطقه مدیترانه شرقی، طیف بروز صدمات ناشی از خطاهای بیمارستانی بین ۲ تا ۱۸ درصد است و سالانه بالغ بر ۴/۴ میلیون حادثه ناگوار در مراکز بهداشتی و درمانی در این منطقه رخ می دهد (۵).

در کشور ایران آمار مدونی از میزان خطاهای پزشکی در دست نیست اما وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام کرده است که هر ساله میلیاردها تومان صرف هزینه نگهداری و مراقبت از بیماران در بیمارستان ها به دلیل اشتباهات پزشکی می شود و افزایش پرونده های ارجاعی شکایت مردم از پزشکان و پرستاران، نشان دهنده این ادعاست (۶).

یکی از گام های اساسی در جهت کشف، شناسایی و کنترل خطاهای پزشکی، گزارش دهی خطا و مطرح شدن آن در قالب رسمی و به صورت ساختاریافته و اداری می باشد (۷). پرستاران می توانند به عنوان منبع یا عامل خطای پزشکی، شریک یا مشاهده گر خطا، در گزارش خطاهای سیستم مراقبت های بهداشتی و درمانی نقش مهمی داشته باشند، در حالی که مطالعات متعدد نشان می دهند که گزارش دهی خطای پزشکی توسط پرستاران ناچیز است (۸). شورای بین المللی پرستاران نیز می گوید: ایمنی بیمار برای بهبود کیفیت مراقبت پرستاری ضروری است و تمام پرستاران مسئولیت اساسی جهت حفظ ایمنی بیمار در تمام جهات مراقبت را دارند که شامل آگاه ساختن بیمار و همکاران در مورد احتمال خطر و روش های کاهش خطرات، حمایت از ایمنی بیمار و گزارش دادن رخدادهای نا به جا به یک فرد مسوول است (۹).

Yung و همکاران در مورد گزارش خطا در بیمارستان های تایوان، ۳۰۶ پرستار را مورد بررسی قرار دادند. یافته های این مطالعه حاکی از این مطلب بود که ۸۸/۹ درصد از گزارش دهی خطاها توسط پرستاران، به صورت شفاهی و فقط ۱۹/۱ درصد از طریق سیستم اطلاعات کامپیوتری در بیمارستان گزارش می شد.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی و تحلیلی است که به روش مقطعی در سال ۱۳۹۶ انجام شد. جامعه‌ی پژوهش شامل ۹۰۰ نفر از پرستاران سه بیمارستان نظامی در شهر تهران می باشد که با استفاده از فرمول کوکران نمونه ای با حجم ۲۶۹ نفر انتخاب گردید. راهبرد نمونه گیری از نوع طبقه ای بود و در هر بیمارستان بر اساس تعداد پرستاران هر بخش، نمونه متناسب با هر بخش انتخاب گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن مدرک پرستاری و حداقل یک سال سابقه کار بود.

ابزار گردآوری داده ها

فاز اول

در این پژوهش برای یافتن کلیه‌ی عوامل موثر بر عدم گزارش دهی خطاهای پزشکی از سوی پرستاران یک مرور سیستماتیک انجام شد. مرور سیستماتیک بر اساس پروتکل chochran انجام شد و کلیه‌ی مقالات انگلیسی زبان و فارسی زبان بر اساس عنوان و چکیده در بازه‌ی زمانی سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ با استفاده از جستجوگرهای معتبر در پایگاه های داده‌ی: Scienc Direct, Scopus Pubmed, Magiran, Irandoc, SID, Google scholar, Medline Embase Chochrane گردید. مطالعات کیفی، مروری و مداخله ای مورد توجه قرار گرفتند. ارزیابی کیفیت مقالات به صورت شفاهی توسط سه پژوهشگر مطالعه انجام و در نهایت، تعداد ۱۶ مقاله واجد شرایط ورود به مطالعه مرور سیستماتیک شدند که در رابطه کامل با موضوع مورد بررسی بودند. یکی از این مطالعات، مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی و پانزده مطالعه‌ی دیگر از نوع مطالعات توصیفی-مقطعی بودند. در گام آخر در بخش نتایج، همه داده های مقالات استخراج و غربال شدند و معیارها و گویه هایی که بیشترین اهمیت و فراوانی را داشتند انتخاب و در سه حیطه‌ی اصلی عوامل مربوط به مدیریت (۶ گویه)، عوامل مربوط به پرستار (۸ گویه) و عوامل مربوط به گزارش دهی خطا (۳ گویه)، دسته بندی شدند.

فاز دوم

در فاز دوم، یک رشننامه‌ی محقق ساخته با استفاد از فرآیند سلسله مراتبی طراحی گردید. این پرسشنامه شامل دو بخش بود، بخش اول اطلاعات دموگرافیک پرستاران شامل: سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، نوع استخدام (رسمی، پیمانی، قراردادی، نیروی طرحی و نیروی شرکتی)، میزان سابقه‌ی کار، میزان سابقه‌ی مدیریت و بخش محل خدمت بود و بخش دوم پرسشنامه شامل ۴۹ سوال مربوط به ۱۷ گویه در سه حیطه‌ی اصلی بود که به صورت مقایسه‌ی زوجی دو عامل و میزان ارجحیت هر عامل بر عوامل دیگر با یکی از اعداد ۹ (کاملاً مهم تر)، ۷ (خیلی مهم تر)، ۵ (مهم تر)، ۳ (کمی مهم تر)، و ۱ (اهمیت یکسان) مشخص شده بود (جدول ۲). در مورد سنجش روایی و پایایی پرسشنامه باید این نکته را ذکر نمود که فرآیند سلسله مراتبی یک

روش استاندارد است و طبق اصول نیازی به اندازه گیری روایی و پایایی ندارد زیرا پژوهشگر در آن سوالی را طراحی نمی کند، بلکه از مقایسات زوجی استفاده می کند.

روش گردآوری داده ها

توزیع پرسشنامه ها بر اساس نسبت پرستاران شاغل در بیمارستان ها بود. با توجه به این که پرسشنامه‌ی AHP برای پرستاران نا آشنا بود، پژوهشگر هدف از انجام تحقیق و لزوم پاسخگویی کامل به سوالات را برای پرستاران به دقت توضیح داد و آنان به تمام پرسشنامه ها پاسخ کامل دادند. پرسشنامه ها در سه شیفت کاری و به طور دسته جمعی توزیع شد و جمع آوری داده ها نیز یک ماه به طول انجامید.

ملاحظات اخلاقی: برای توزیع پرسشنامه در بیمارستان ها، معرفی نامه دریافت شد و به دلیل نظامی بودن جامعه تحت مطالعه و همچنین رعایت ملاحظات اخلاقی، از پاسخگویان نام و نام خانوادگی و درجه نظامی درخواست نشد. جامعه‌ی مورد مطالعه نیز با رضایت کامل در این مطالعه شرکت کردند و پرستاران در صورت عدم تمایل می توانستند از مطالعه خارج گردند.

روش تحلیل داده ها: تحلیل داده با استفاده از آمار توصیفی، فرآیند سلسله مراتبی و نرم افزارهای SPSS21.0 و Expert Choice 10.0 انجام شد. تحلیل سلسله مراتبی یکی از روش های تصمیم گیری است. در این روش مساله‌ی تصمیم گیری، ابتدا ساختار داده شده و سپس گزینه های مختلف موجود بر اساس معیارهای مطرح در تصمیم گیری با هم مقایسه شده و اولویت انتخاب هر یک از آنها مشخص می شود. مساله‌ی تصمیم گیری از طریق تشکیل سلسله مراتب حل میشود؛ بنابراین گام اول تشکیل درخت سلسله مراتب تصمیم گیری است (نمودار ۱-) که از سه سطح تشکیل می شود. سطح اول هر درخت بیان کننده هدف تصمیم گیرنده است. سطح آخر هر درخت نیز بیان کننده‌ی گزینه هایی است که با همدیگر رقابت می کنند و مقایسه می شوند و هدف تصمیم نیز در نهایت تعیین اهمیت نسبی این گزینه ها به صورت وزن های عددی می باشد. سطح میانی این درخت که مهمترین سطح آن می باشد؛ نشان دهنده‌ی معیارهایی است که بر اساس آنها گزینه های رقیب مقایسه می شوند. در این فرایند ستون ها نسبت به ردیف ها مقایسه و وزن داده می شود. مقایسه زوجی هر دو رقیب برای هر معیار و برتری نسبی یکی را بر دیگری بیان می کنند. علت سلسله مراتبی خواندن این روش آن است که ابتدا باید از اهداف و استراتژی های سازمان در راس هرم شروع کرد و با گسترش آنها معیارها را شناسایی کرد تا به پایین هرم برسیم (۱۵). بعد از توزیع پرسشنامه، از پرستاران خواسته

نتایج

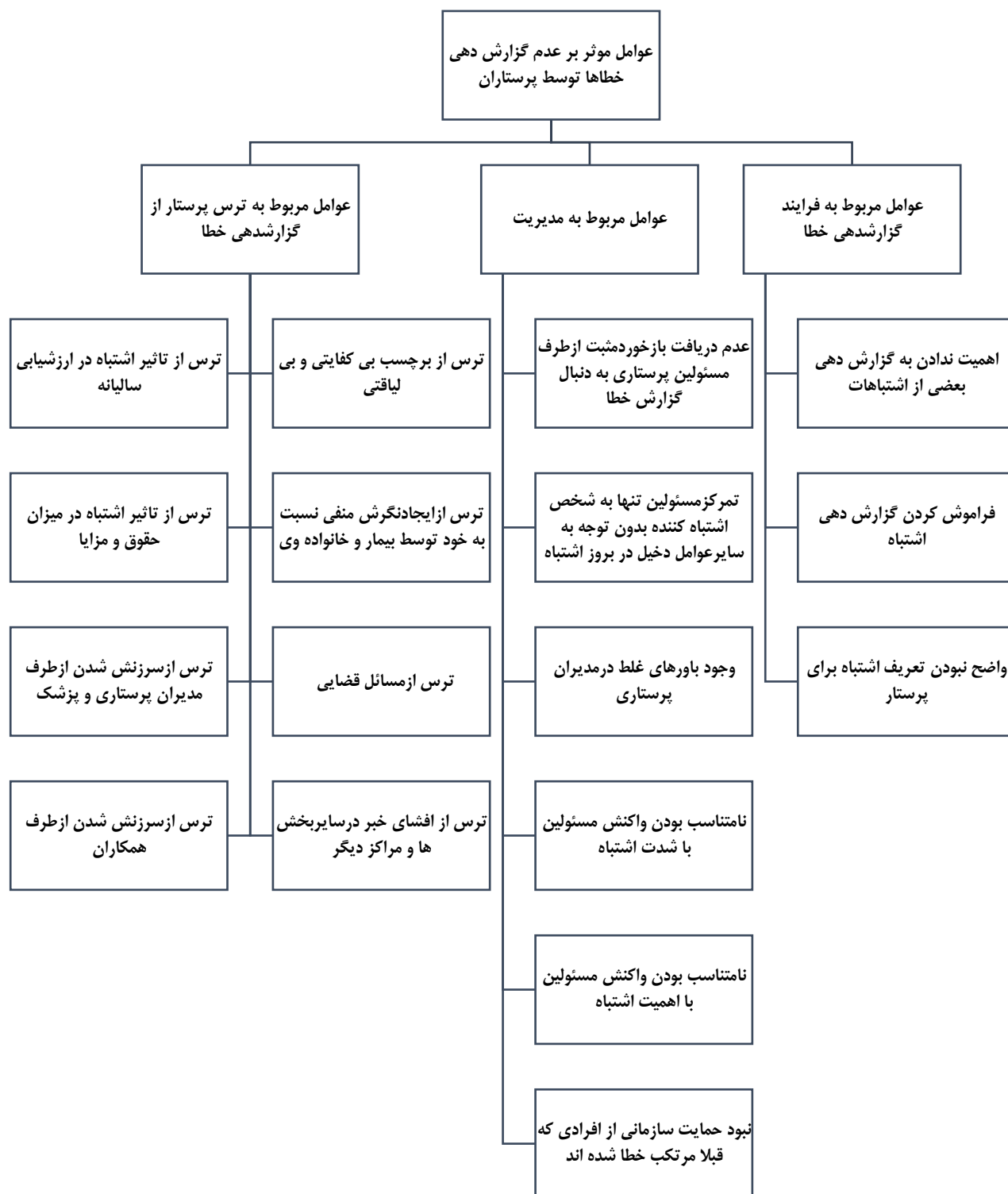
در این مطالعه، میانگین سنی ۲۶۹ پرستار $2/23 \pm 31/6$ سال بود و ۶۸/۸ درصد زن، ۸۲/۵ درصد متاهل، ۹۱/۴ درصد دارای مدرک کارشناسی حرفه پرستاری، ۴۹/۴ درصد، نیروی رسمی بودند و ۴۳/۸ درصد پرستاران سابقه کار زیر ۵ سال داشتند و میانگین سابقه کاری ۶/۹ سال بود. همچنین میانگین سابقه مدیریتی در بین ۲۶ مدیر پاسخگو به سوالات پرسشنامه عدد ۰/۱۷۱ بود. ۹۶/۳ درصد از پاسخگویان را پرستاران شامل شدند و این به خاطر فزونی تعداد پرستار نسبت به سرپرستار می‌باشد. ۵۸/۷۶ درصد از پاسخگویان نیز از بخش‌های عمومی بیمارستان بودند (جدول-۱). بر اساس نتایج مطالعه مرور نظام مند عوامل تاثیر گذار بر عدم گزارش دهی خطاها پرستاری شامل ۳ عامل مدیریتی، فرآیندی و پرستاری بود. همچنین عامل مدیریتی شامل ۶ متغیر، عامل فرآیندی شامل ۳ متغیر و عامل پرستاری شامل ۶ متغیر بودند که در نمودار-۱ نشان داده شده اند.

شد معیارهای مورد مطالعه را نسبت به معیارهای دیگر مقایسه کرده و میزان اهمیت آن را نسبت به عوامل دیگر مشخص سازند. یعنی هر نمونه با توجه به اهمیت معیار، عدد مربوط به آن را مشخص می‌کند، مثلا اگر مولفه ترس از مسایل قضایی کاملا مهم تر از مولفه‌ی ترس از ارزشیابی سالانه بود، عدد ۹ را انتخاب می‌کند. بعد از جمع آوری پرسشنامه‌ها، این مقایسات زوجی وارد نرم افزار Expert Choice شد و تحلیل انجام گرفت و وزن شاخص‌ها و نرخ ناسازگاری آن‌ها مشخص گردید. متغیرها و گویه‌هایی که بیشترین ضریب اهمیت را داشتند، در اولویت‌های نخست قرار گرفتند. (جدول-۳ و جدول-۴). نرخ ناسازگاری مکانیزمی است که به وسیله‌ی آن اعتبار پاسخ پرسش‌شوندگان به مقایسات زوجی مورد سنجش قرار می‌گیرد و همواره باید از عدد ۰/۱ کمتر باشد تا صحت دقت تحلیل انجام شده را اثبات کند.

جدول-۱. مشخصات دموگرافیک پرستاران بیمارستان‌های نظامی

متغیر	فراوانی	درصد
سن	کمتر از ۲۵ سال	۷
	۲۵ تا ۳۰ سال	۳۲
	۳۰ تا ۴۰ سال	۵۱/۴
	بیشتر از ۴۰ سال	۹/۶
جنسیت	مرد	۳۱/۲
	زن	۶۸/۸
وضعیت تاهل	مجرد	۱۷/۵
	متاهل	۸۲/۵
میزان تحصیلات	کارشناسی	۹۱/۴
	کارشناسی ارشد	۷/۸
	دکتر	۰/۷
وضعیت استخدام	رسمی	۴۹/۴
	قراردادی	۲۲/۴
	شرکتی	۸/۲
سابقه کار	کمتر از ۵ سال	۴۳/۸
	۵ تا ۱۰ سال	۲۶
	۱۰ تا ۲۰ سال	۲۶/۷
	بیشتر از ۲۰ سال	۳/۵
سابقه مدیریت	کمتر از ۵ سال	۳۸/۴
	۵ تا ۱۰ سال	۴۶/۱
	۱۰ تا ۲۰ سال	۱۱/۶
	بیشتر از ۲۰ سال	۳/۹
پست سازمانی	سوپروایزر	۰
	سرپرستار	۳/۷
	پرستار	۹۶/۳
بخش	عمومی	۵۸/۷۶
	ویژه	۴۱/۲۴

نمودار-۱. نمودار درختی عوامل موثر بر عدم گزارش دهی خطاها توسط پرستاران



جدول-۲. مقیاس درجه ای و میزان ارجحیت هر عامل بر عامل دیگر در فرایند سلسله مراتبی

کد	عبارات کلامی
۱	اهمیت یکسان
۳	کمی مهم تر
۵	مهم تر
۷	خیلی مهم تر
۹	کامل مهم تر

بیشترین ضریب اهمیت را در تحلیل سلسله مراتبی به خود اختصاص دادند. گویه های ترس از مسائل قضایی (۰/۴۵۵) و ترس از سرزنش شدن از طرف مسئولین پرستاری، پزشک و مدیریت (۰/۱۳۴) بیشترین ضریب اهمیت را در حیطه ی عوامل مربوط به پرستار را داشتند و در حیطه عامل مربوط به فرایند گزارش دهی خطا، متغیر فراموش کردن گزارش دهی خطا با ضریب اهمیت (۰/۶۳۷) اولویت نخست را دارا بود. نرخ ناسازگاری کل درخت سلسله مراتبی نیز (۰/۰۶۶۹) بود که از عدد ۰/۱ کمتر بوده و نشان دهنده دقت و صحت مقایسات زوجی در این تحلیل بود.

در تحلیل سلسله مراتبی، ابتدا وضعیت متغیرهای کلی مشخص شد (جدول-۳) و عامل مدیریتی با ضریب اهمیت (۰/۶۶۹)، اولویت اول را به خود اختصاص داد. عامل مربوط به پرستار با ضریب اهمیت (۰/۲۴۳) در رتبه ی دوم و عامل مربوط به فرایند گزارش دهی با ضریب اهمیت (۰/۰۸۸) در رتبه آخر قرار گرفت. سپس هر کدام از متغیرها و عامل های مربوطه، وزن دهی شدند (جدول-۴) و در حیطه عوامل مربوط به مدیریت، گویه های عدم دریافت بازخورد مثبت از طرف مسئولین پرستاری به دنبال گزارش (۰/۲۷۳) و تمرکز مسئولین تنها به شخص اشتباه کننده بدون توجه به سایر عوامل دخیل در بروز اشتباه (۰/۲۵۲)،

جدول-۳. وضعیت رتبه بندی عامل ها در فرآیند سلسله مراتبی

ردیف	رتبه	معیارها	ضریب اهمیت	نرخ ناسازگاری کل درخت سلسله مراتبی
۱	اول	عوامل مربوط به مدیریت	۰/۶۶۹	۰/۰۶۶۹
۲	دوم	عوامل مربوط به پرستار	۰/۲۴۳	
۳	سوم	عوامل مربوط به فرایند گزارشدهی	۰/۰۸۸	

جدول-۴. وضعیت رتبه بندی متغیرها در فرآیند سلسله مراتبی

ردیف	عامل	متغیر	وزن نسبی	نرخ ناسازگاری
۱	عوامل مربوط به مدیریت	۱. عدم دریافت بازخورد مثبت از طرف مسئولین پرستاری به دنبال گزارش خطا	۰/۲۷۳	۰/۰۳
		۲. تمرکز مسئولین تنها به شخص اشتباه کننده بدون توجه به سایر عوامل دخیل در بروز اشتباه	۰/۲۵۲	
		۳. نبود حمایت سازمانی از افرادی که قبلا مرتکب خطا شده اند.	۰/۱۹۵	
		۴. نامتناسب بودن واکنش مسئولین با شدت اشتباه	۰/۱۳۸	
		۵. نامتناسب بودن واکنش مسئولین با اهمیت اشتباه	۰/۰۷۸	
		۶. وجود باورهای غلط درمیدان پرستاری	۰/۰۶۳	
۲	عوامل مربوط به پرستار	۱. ترس از مسائل قضایی	۰/۴۵۵	۰/۰۷
		۲. ترس از سرزنش شدن از طرف مسئولین پرستاری، پزشک و مدیریت.	۰/۱۳۴	
		۳. ترس از برچسب بی کفایتی و بی لیاقتی	۰/۱۲۲	
		۴. ترس از افشای خبر در سایر بخش ها و مراکز دیگر	۰/۰۷۷	
		۵. ترس از تاثیر اشتباه در میزان حقوق و مزایا	۰/۰۷۴	
		۶. ترس از سرزنش شدن از طرف همکاران	۰/۰۶۷	
		۷. ترس از تاثیر اشتباه در ارزشیابی سالیانه	۰/۰۳۷	
		۸. ترس از ایجاد نگرش منفی نسبت به خود توسط بیمار و خانواده او	۰/۰۳۴	
۳	عوامل مربوط به فرایند گزارشدهی	۱. فراموش کردن گزارش دهی اشتباه	۰/۶۳۷	۰/۰۴
		۲. واضح نبودن تعریف اشتباه برای پرستار	۰/۲۵۸	
		۳. اهمیت ندادن به گزارش دهی بعضی از اشتباهات	۰/۱۰۵	

بحث

مراتبی سنجید. یافته های حاصل از اطلاعات دموگرافیک پرستاران حاوی این مطلب بود که بیشترین نیروی شاغل در بیمارستان های منتخب را نیروی جوان تشکیل می دادند و مسلما به دلیل سن کم و سابقه ی کاری اندک، امکان انجام خطا و عدم گزارش آن، توسط این نیروها بالاست و نیازمند اقدامات پیشگیرانه از خطا می باشند. به علاوه، نوع استخدام نیز می تواند عاملی برای پنهان نمودن خطا و گزارش ندادن آن باشد. ۸/۱۸ درصد از نیروهای شاغل در بیمارستان های نظامی را نیروهای شرکتی تشکیل می دهند که این افراد امنیت شغلی ندارند و نسبت به نیروهای دیگر هراس بسیار

خطاهای پرستاری تهدیدی جدی برای ایمنی بیمار بوده و به عنوان یک نگرانی اصلی در عرصه خدمات درمانی است (۱۶). آشکارسازی خطاها به عنوان پایه و اساس حفظ و ارتقای ایمنی بیمار شناخته شده است (۱۷). همچنین به عنوان یک منبع اطلاعاتی با ارزش برای جلوگیری از اشتباهات مشابه در آینده می- باشد (۱۴).

این پژوهش، عوامل موثر بر عدم گزارش دهی خطاها توسط پرستاران را با روش مرور سیستماتیک و روش تحلیل سلسله

در رتبه آخر قرار دارد و نشان دهنده این موضوع است که پرستاران از مدیریت، بسیار بیشتر از خود بیمار و خانواده وی هراس دارند. آشکارسازی یا اظهار خطا به بیمار، نه تنها نوعی دیگر از گزارش خطا، بلکه یک نوع پاسخگویی و پذیرش اشتباهی است که به وقوع پیوسته و تنها به معنی در میان گذاشتن آن خطا و پیامد مضر آن با بیمار و خانواده اش توسط پزشک مسئول بیمار یا سرپرست نیست بلکه به معنای اظهار تاسف و پوزش صادقانه و انجام مداخلات به منظور تصحیح صدمه وارد شده به بیمار است (۲۳).

در این پژوهش، عوامل مربوط به فرایند گزارش دهی خطا در اولویت سوم قرار داشت و نشان دهنده این موضوع است که سیستم گزارش دهی خطا و سهل بودن دسترسی به آن فراهم می باشد و با مطالعه علیجان زاده (۲۵) با عنوان، فراوانی انواع خطاهای دارویی و عوامل موثر بر عدم گزارش دهی خطاهای دارویی از دیدگاه پرستاران بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین که در آن عوامل مربوط به فرایند گزارش دهی در اولویت نخست می باشد؛ همخوانی ندارد. هم اکنون در بیمارستان ها با گسترش سیستم های گزارش خطا، این امکان وجود دارد که کارکنان بسیار سهل الوصول و به طور محرمانه خطای خود را گزارش دهند و خوشبختانه پرستاران مشکلی از این بابت ندارند. گویه فراموش کردن گزارش خطاها که از زیرمجموعه های عوامل مربوط به فرایند گزارش دهی می باشد؛ ضریب اهمیت بیشتری نسبت به بقیه داشت که می توان این استنباط را داشت که پرستاران به دلیل حجم کاری و ازدحام بیمار در بخش گزارش دهی خطاها را فراموش می کنند. اهمیت ندادن به گزارش دهی بعضی از اشتباهات نیز در تحلیل سلسله مراتبی در رتبه آخر قرار دارد و جای مسرت است که پرستاران به این سطح از مسؤلیت پذیری رسیده اند که میزان اهمیت گزارش خطا را درک کرده اند. در این میان قطعاً تلاش های مدیریت برای ایجاد فرهنگ سازمانی مناسب را نیز نمی توان نادیده گرفت. محققان می اندیشند، چنانچه کارکنان سیستم های درمانی از سوی مدیران خود به خوبی حمایت شوند، خطاهای کاری آنان به طور واقعی گزارش خواهد شد (۲۶).

نتیجه گیری

امروزه حتی با وجود برنامه های تشویقی برای بخش هایی که بیشترین گزارش خطا را داشته اند ولی پرستاران همچنان از عواقب گزارش دهی نگرانند و بسیاری از آنان معتقدند مدیریت بیمارستان از ایشان حمایت نمی کند و آنها به مدیریت اعتماد ندارند. همچنین با توجه به جوان بودن نیروها در جامعه پژوهش و وجود شیفت های کاری سخت و همچنین شرکتی بودن پرستاران جوان که امنیت شغلی ندارند لزوم طراحی برنامه های آموزشی بدو استخدام بسیار حیاتی می باشد. مسلماً اگر کارکنان امنیت شغلی نداشته باشند هراس بیشتری از گزارش خطا خواهند داشت و بیشتر سعی در پنهان کردن خطا دارند و پیشگیری از این مشکل فقط از عهده

بیشتری از گزارش خطا دارند. به نظر می رسد این نوع از استخدام برای بخش های درمانی دارای چالش هایی می باشد که مدیران ارشد باید در این مورد اقدامات و بازنگری هایی را انجام دهند. نتایج حاصل از تحلیل سلسله مراتبی در این پژوهش نشان داد که حیطه عامل مربوط به مدیریت به عنوان دلیل اصلی گزارش ندادن خطاهای انجام شده توسط پرستاران در جامعه تحقیق بود که این نتیجه با پژوهش صلواتی (۱۸) و Evans (۱۹) و گل افروز (۲۰) و Yung (۱۰) که در این مطالعات عامل مربوط به مدیریت مهم تر ارزیابی شده اند، همخوانی دارد.

در این مطالعه، در حیطه عوامل مربوط به مدیریت، گویه های عدم دریافت بازخورد مثبت از طرف مسؤلین پرستاری به دنبال گزارش خطا، تمرکز مسؤلین تنها به شخص اشتباه کننده بدون توجه به سایر عوامل دخیل و نبود حمایت سازمانی از افرادی که قبلاً مرتکب خطا شده اند، از نظر پاسخگویان به عنوان سه اولویت نخست انتخاب شدند که با مطالعه حصاری (۸) و حسین زاده همخوانی دارد (۲۱) و نشان دهنده لزوم وجود ارتباط موثر مسؤلین پرستاری در تمام رده ها با پرستاران است، تا افراد بدون نگرانی از عوارض گزارش دهی اشتباه خود، مسؤلیت پذیری را تجربه و اخلاق حرفه ای را عملی نمایند (۱۸).

در حیطه عوامل مربوط به پرستاران نیز، مسائل قضایی از نظر پاسخگویان مهم تلقی شده است. به نظر می رسد دادخواهی بیماران از نارضایتی و شکایت از کادر درمانی به دلیل تخلفات و خطاهای تشخیصی، درمانی و مراقبتی از مسائل مهم و مورد بحث جامعه ما می باشد که در مراکز پزشکی و حقوقی مورد بحث قرار می گیرد (۲۲). مطالعات نشان می دهند که ترس از سرزنش و برچسب بی کفایتی نیز می تواند در نتیجه و همسو با حمایت نشدن از سوی همکاران پرستار و پزشک رخ دهد و به عدم آشکارسازی و گزارش دهی خطا بیانجامد (۱۴). در مطالعه کوهستانی (۲۳) تحت عنوان علل گزارش نکردن اشتباهات دارویی از دیدگاه دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اراک، حیطه ترس از پیامدهای گزارش دهی بیشترین امتیاز (۴/۱۳) را داشت. همچنین بر اساس یافته های مطالعه رضایی (۲۴) عبارت ترس از نمره ارزشیابی سالانه، بالاترین علت گزارش نکردن اشتباهات بود که با نتایج ما در این مطالعه همخوانی ندارد چون در مطالعه حاضر، ترس از ارزشیابی سالانه در بیمارستان های نظامی، اولویت هفتم را به خود اختصاص داد. در مطالعه حاضر پرستاران در طول دوره جمع آوری اطلاعات، اذعان می کردند که ارزشیابی سالانه از نظر آنها اهمیتی ندارد؛ می توان علت این اختلاف را احتمالاً در نوع روش پژوهش و به دست آوردن اطلاعات، اختلاف های سیستم مدیریتی، شرایط گزارش خطاها، نوع برخورد، عکس العمل نسبت به خطای پرستاران و زمان پژوهش در بیمارستان های مورد مطالعه حاضر و جامعه هدف در مطالعه رضایی دانست. عبارت ترس از نگرش منفی بیمار و خانواده وی که در حیطه عوامل مربوط به پرستار قرار داشت،

ابراز خطای صورت گرفته و در میان گذاشتن آن با مسئول پرستاری نهراسند و دقت و اخلاق کاری را رعایت فرمایند. ضرورت دارد در مطالعات آینده از طریق مطالعات نیمه تجربی و با مداخلات مناسب راهکارهای پیشنهادی اجرایی شده و نتایج آن گزارش شود.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران مراتب تشکر و سپاس خود را

از مسئولین محترم بیمارستان های نظامی جهت مجوز انجام این تحقیق و از کارکنان محترم پرستاری شرکت کننده در مطالعه اعلام می دارند.

تضاد منافع: بدینوسیله نویسندگان تصریح می نمایند که

هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Ghasemi M, Koshaklugh AH, Mahmudi S. Identification and assessment of medical errors in triage area of an educational hospital using SHERPA technique in Iran. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2015;21(3): 382-90.
2. Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in health care. *Journal of general internal medicine* 2003;18(1):61-7.
3. Abdi A, Izadi A, Vafaei K, Lorestani E. Assessment of Patient education barriers in viewpoint of nurses and general physicians. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences* 2014;8(12):2252-6.
4. Chakravarty A, Sahu A, Biswas M, Chatterjee K, Rath S. A study of assessment of patient safety climate in tertiary care hospitals. *Medical Journal Armed Forces INDIA* 2015;71(2):152-7.
5. World Health Organization. Patient safety toolkit. Regional Office for the Eastern Mediterranean: Available from: <http://applications.emro.who.int/dsaf>; 2016.
6. Joolae S, Hajjibabae F, Peyrovi H, Haghani H, Bahrani N. The relationship between incidence and report of medication errors and working conditions. *International nursing review* 2011;58(1):37-44.
7. Walsh K, Antony J. Improving patient safety and quality: What are the challenges and gaps in introducing an integrated electronic adverse incident and recording system within health care industry? *International journal of health care quality assurance* 2007;20(2):107-15.
8. Hesari B, Ghodsi H, Hoseinabedi M, Chenarani H, Ghodsi A. A survey of nurses' perceptions of the causes of medication errors and barriers to reporting in hospitals affiliated to Neyshabur University of Medical Sciences. *Journal of Kerman University of Medical Sciences* 2015;22(1):105-11.
9. Kronman AC, Paasche-Orlow M, Orlander JD. Factors associated with disclosure of medical errors by housestaff. *BMJ Qual Saf* 2011: BMJQS-2011.

مدیریت مراکز درمانی بر می آید. با وجود این که هم از لحاظ فرهنگی و هم از لحاظ قانونی از سال ها پیش اقداماتی شروع شده ولی باز پیشنهاد می گردد مدیران بیمارستان ها و به ویژه مدیران پرستاری با تداوم ایجاد فرهنگ تشویق به گزارش دهی در سازمان این موانع را با افزایش آگاهی درباره علل و عواقب بروز خطا، شناسایی ماهیت خطا، ارتقای دانش با برگزاری برنامه های مدون آموزشی در این زمینه و نیز ارائه راه حلی علمی و کاربردی در پیشگیری از بروز آن، بر کارکنان پرستاری هموار نمایند. نخستین گام برای افزایش گزارش خطاها از سوی پرستاران، فراهم آوردن فضایی است که کارکنان پرستاری بیش از پیش و صادقانه خطای کاری و علل ایجاد آن را به مدیران پرستاری گزارش دهند. لازم به ذکر است که پرستاران نیز باید با تکیه بر توانایی های خود، از

10. Yung HP, Yu S, Chu C, I-c. H, Tang F. Nurses' attitudes and perceived barriers to the reporting of medication administration errors. *Journal of Nursing Management*. 2016;24(5):580-8.
11. Balas MC, Scott LD, Rogers AE. The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. *Applied Nursing Research*. 2004; 17(4):224-30.
12. Kohan AD, Mahfoozpour S, Palesh M, Ouchesar FF. Assessing barriers to medical errors reporting among clinical staff members of teaching hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran-2016. *Journal of Health in the Field*. 2018;5(3):8-18.
13. Mirsadeghi A, Pazokian M. Barriers to reporting medication errors in IRAN. *International Journal of Medical Reviews* 2015;2(4):317-21.
14. Nouhi E, Mohamadi M, Abbaszadeh A. Barriers to Error Reporting and Preventive Strategies from Viewpoints of Nursing Staff in Social Security Hospitals in Kerman. *Iran Journal of Nursing*. 2015; 28(97):56-65.
15. Bahadori M, Teimourzadeh E, Farzane A, Nejati M. Prioritizing research needs: insights from a healthcare organization in Iran. *Archives of Pharmacy Practice*. 2011;2(3):135-40.
16. Levinson W. Disclosing medical errors to patients: a challenge for health care professionals and institutions. *Patient Education and Counseling*. 2009;76(3):296-9.
17. Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *BMJ Quality & Safety*. 2002;11(1):15-8.
18. Salavati S, Hatamvand F. Nurses' perspectives on causes of medication errors and non-reporting at ed. *Iran Journal of Nursing*. 2012;25(79):72-83.
19. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'shaughnessy J, et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *BMJ Quality & Safety*. 2006;15(1): 39-43.

20. Golafruz M, Sadeghi H, Ghaedi F, Tabarraei Y, Keighobadi F. Managerial and moral obstacles in reporting nursing errors: nurses' view point. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2015;1(65):65-76.
21. Hosseinzadeh M, Ezate Aghajari P, Mahdavi N. Reasons of nurses' medication errors and persepectives of nurses on barriers of error reporting. *Journal of hayat*. 2012;18(2):66-75.
22. Hajibabae F, Joolae 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.
23. Kouhestani H, Baghcheghi N. Refusal in reporting medication errors from the viewpoints of nursing students in Arak University of medical sciences. *Iran J Med Edu*. 2009;8(2):285-91.
24. Musarezaie A, Momeni T, 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. *Quarterly Health Systems Resaerch*. 2013;9(1):76-85.
25. 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. *Journal of Health*. 2015;6(2):169-79.
26. Travaglia JF, Westbrook M, Braithwaite J. Implementation of a patient safety incident management system as viewed by doctors, nurses and allied health professionals. *Health Journal*. 2009;13(13):277-96.