

موانع گزارش خطا و راهکارهای کاهش آن از دید پرستاران بیمارستان‌های تامین اجتماعی استان کرمان

عباس عباس زاده^۳

مهدی محمدی راوری^۲

*عصمت نوحی^۱

چکیده

زمینه و هدف: وقوع خطا در کار بالینی غیر قابل اجتناب است اما می‌توان آن را از نظر میزان و شدت به حداقل رساند. تأثیر ثبت موارد خطا و گزارش به موقع بر پیشگیری از آن و افزایش ایمنی بیمار، از اهمیت زیادی برخوردار است. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین موانع گزارش خطا و راهکارهای کاهش آن در پرستاران بیمارستان‌های تامین اجتماعی استان کرمان انجام گردید.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه‌ی مقطعی توصیفی است. در این مطالعه از پرسشنامه‌ی ۲۰ سؤالی موانع گزارش خطا مردانی و شهریکی واحد، پس از کسب روابی و پایایی مناسب استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر پرستاران (۲۳۳ نفر) بودند که با استفاده از روش سرشماری انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی و شاخص‌های مرکزی) و استنباطی (آزمون t)، تحلیل واریانس یک‌راهه و ضریب همبستگی پیرسون) استفاده شد. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شد. همچنین برای دریافت راهکارهای کاهش موانع، از تحلیل محتوای متن سوالات باز استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره‌ی موانع گزارش خطا در سطح متوسط (13 ± 69) بدست آمد. نگرانی از زدن برجسب بی لیاقتی به پرستار، تأثیر خطا در نمره‌ی ارزشیابی سالانه، نگرانی از انتشار خبر و وجود مسائل و پیگردهای قانونی از بیشترین موارد موانع گزارش خطا بودند. از راهکارهای مشترک و اصلی رفع موانع، ایجاد فضای امن و دوستانه برای گزارش‌دهی، فرایند مدیریت و پیشگیری از خطا بود.

نتیجه گیری کلی: ترس از پیامدهای گزارش‌دهی، از مهمترین موانع در گزارش‌دهی اشتباهات بود. از آنجا که گزارش‌دهی خطا همچنان با موانع جدی مدیریتی روبروست. لذا مسئولین سیستم‌های بهداشتی-درمانی، بایستی ضمن مدیریت فرایندهای تأثیرگذار در بروز و گزارش اشتباهات پرستاری، بر شناسایی راهکارهای کاهش اشتباهات، از جمله ارتقاء جو سازمانی و امنیت شغلی کارکنان پرستاری، تمرکز داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: موانع، گزارش، خطای پرستاری، پرستاران، بیمارستان

تاریخ دریافت: ۹۴/۶/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۲۸

^۱ استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری مامایی رازی، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

*نویسنده مسئول) تلفن تماس: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۲۲۰ Email: e_nuhi@kmu.ac.ir

^۲ کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

^۳ استاد تمام، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

مقدمه

امروزه ساختار مراقبت‌های سلامت بسیار پیچیده شده است، مراقبت‌ها در محیطی پر فشار و با سرعت انجام می‌گیرد که در آن طیف وسیعی از فناوری وجود دارد و بکارگیری آن شامل تصمیمات شخصی و قضاوت‌های فردی و روزانه‌ی کارکنان سلامت است^(۱). در این شرایط کارها به خوبی پیش نمی‌رود. گاهی اوقات صدمات غیرعمدی حین اقدامات مراقبتی درمانی، به بیمار وارد می‌شود^(۲). خطا و تخلف مقوله‌های نسبتاً متفاوتی هستند. معمولاً خطا جزیی‌تر بوده و در اثر سهل‌انگاری رخ می‌دهد؛ در حالی که تخلف عمیق‌تر و به صورت عمدی توسط فرد متخلف انجام می‌شود^(۳). خطا زمانی رخ می‌دهد که ارایه‌کننده‌ی خدمات سلامت یک روش مراقبتی را ناصحیح انتخاب نماید یا این که آن را صحیح انتخاب نموده ولی غیر صحیح انجام دهد^(۴). سیستم سلامت مجموعه‌ای متشکل از کارکنان مراقبت سلامت، متخصصین، ساختارها، اجزا و روابط چندگانه است و تمایل به نقص در عملکرد دارد و بروز خطا در آن امری اجتناب‌ناپذیر است^(۵). در سازمان‌های ارائه‌کننده‌ی مراقبت سلامت، انتقال از فرهنگی که باور بر آن است هیچ خطا و آسیبی اتفاق نمی‌افتد به فرهنگی که مشوق گزارش‌دهی، حتی گزارش خطاهایی است که در آن به بیمار آسیبی نرسیده است، می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از خطاها و ارتقای کیفیت داشته باشد^(۶). تأمین و ارتقاء سلامت انسان‌ها، به عنوان آرمان اصلی حرفه‌ی پرستاری است. این سؤال شاید برای هر فردی در محیط کار پیش آید که هنگام مشاهده‌ی خطا چه واکنشی باید نشان داد. برخی ممکن است بگویند گزارش خطا وظیفه‌ی ما نیست و در نتیجه به سادگی از کنار خطا بگذرند و برخی خطای مشاهده شده را به افراد ذی ربط، همکاران یا مدیریت سازمان گزارش کنند. گزارش شدن یا نشدن خطا برای بسیاری از سازمان‌ها اهمیت زیادی ندارد، اما در حرفه‌ی پرستاری این مسأله حیاتی بوده و در مواردی با مرگ بیمار در ارتباط است. نکته‌ی مهم این

است که عمل افشاگری با قصد اصلاح و جلوگیری از انجام مجدد خطاست و نه زیر سؤال بردن فرد خاطی^(۳). خطا در سیستم سلامت ماهیتی چند عاملی دارد. در واقع عوامل انسانی، عوامل سیستمی، عوامل ابزاری (تجهیزاتی)، عوامل فرایندی در بروز خطا مؤثرند و با مدیریت این عوامل، می‌توان وقوع خطا در این سیستم را کاهش داد. وقتی حادثه‌ای رخ می‌دهد، مهم نیست که چه کسی مقصر است اما چرایی و چگونگی رخداد آن در سیستم مهم است و باید به دنبال نقاط ضعف سیستم که زمینه را برای رخداد خطا مهیا نموده باشیم^(۵). خطاها شامل مواردی مثل خطاهای دارویی (اشتباه در نوع یا دوز داروی تجویزی) و انجام فرایندهای پرستاری است در جای نامناسب، استفاده از روش نادرست، تأخیر در تشخیص، تشخیص ندادن، تشخیص نادرست، عفونت‌های بیمارستانی، سقوط بیمار، زخم بستر، درمان اشتباه^(۷). بر طبق گزارش موسسه پزشکی در کانادا، اکثر خطاهای پزشکی، ناشی از غفلت و کوتاهی افراد نیست، بلکه برخاسته از نظام‌ها و کارکرد نادرست آنها است^(۸). متأسفانه پرستاران نیز مانند بسیاری از پرسنل تیم پزشکی اغلب خطاهای کاری خود را گزارش نمی‌کنند^(۹). در ایران علت انجام خطا ممکن است به دلایلی مانند ساعات کار نامناسب و طولانی، مسئولیت بیش از اندازه پرستاران، تجربه‌ی کاری کم و کمبود نیرو در شیفت شب باشد^(۱۰). بنا بر نظر Beard، کارکنان به دو دلیل عمده تخلفات را گزارش نمی‌کنند: برخی معتقدند که تلاش آن‌ها پوچ و بی‌فایده است و برخی نیز از تلافی و انتقام می‌ترسند^(۱۱). در مطالعه‌ی عبدی و همکاران بعد "واکنش غیرتنبیهی" به خطاها در مجموع در سه بیمارستان با ۱۷/۸ درصد پاسخ مثبت کمترین امتیاز و گزینه‌ی "زمانی که حادثه‌ای گزارش می‌شود"، این حس وجود دارد که این اشتباه فرد است که گزارش می‌شود نه حادثه‌ی مورد نظر، بیشترین تعداد پاسخ‌های مثبت را دریافت نمودند^(۷) Reason بیان می‌کند خطای انسانی با دو رویکرد سیستمی و فردی می‌تواند دیده شود. در رویکرد فردی فرض بر این است

تامین اجتماعی در سال ۱۳۹۳ استان کرمان بودند. نمونه‌گیری بر اساس سرشماری و منطبق با جامعه‌ی پژوهش می‌باشد. در مجموع ۲۳۳ نفر پرستار در مطالعه شرکت کردند. پرستاران شاغل در بیمارستان‌های مذکور دارای مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد بودند و حداقل یک سال تجربه‌ی مواجهه با بیماران، پرستاران همکار و مسئولین را داشتند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، پرسشنامه‌ی موانع گزارش خطا بود که از پرسشنامه‌ی مردانی و شهرکی واحد^(۱۷) استفاده شد این پرسشنامه ۲۰ سؤال بر اساس معیار لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف و بصورت ۵ تا ۱، نمره‌گذاری شده است و سوالات پرسشنامه در دو حیطه‌ی موانع مدیریتی و موانع مربوط به کارکنان و سه سوال باز در خصوص راهکارهای کاهش موانع می‌باشد، روایی و پایایی این پرسشنامه قبلاً انجام شده است. در این پژوهش مجدداً روایی آن از طریق نظرخواهی از صاحب‌نظران و اساتید مربوطه و پایایی آن از طریق محاسبه‌ی ضریب آلفا کرونباخ روی گروه پایلوت ۲۰ نفر محاسبه گردید که عدد $r = 0/81$ بدست آمد و پایایی آن دوباره تأیید گردید. جمع‌آوری داده‌ها با مراجعه به بیمارستانهای مذکور صورت گرفت، طی آن پرستاران شاغل که از شرایط لازم جهت شرکت در مطالعه برخوردار بودند اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمودند. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. داده‌ها با استفاده از جداول توزیع فراوانی و شاخص‌های مرکزی توصیف گردید و جهت دستیابی به اهداف، از آزمون‌های پارامتریک تی، آنوا و آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. این مطالعه با کسب مجوز کد اخلاق K/۹۲/۲۰۶ انجام گرفت و به منظور رعایت موازین اخلاقی پرسشنامه بی‌نام در اختیار پرستاران قرار داده شد. پرستاران برای شرکت در مطالعه آزاد بودند. کلیه اطلاعات محرمانه بود و نتایج به صورت کلی و با شماره‌گذاری اعلام شد.

که کارهای بد از افراد بد سر می‌زند. به نظر می‌رسد اقدامات غیر ایمن از برخی فرایندهای ذهنی فرد از جمله فراموشی، بی‌توجهی، کمبود انگیزه، غفلت و اهمال ناشی می‌شود در حالی که در رویکرد سیستمی، انسانها خطا کار هستند و حتی در بهترین سازمانها امکان خطا وجود دارد و در زمان وقوع خطا پی بردن به علت آن اهمیت دارد و نباید کسی را سرزنش کرد^(۱۲). پرستاران در ۹۵٪ موارد به دلیل ترس از تنبیه، اقدام به گزارش‌دهی می‌کنند. در چنین مواردی خودگزارش‌دهی غیر شفاف است و اطلاعات ناچیزی فراهم می‌کند^(۱۳). در کشور ما ایران، اگر چه هنوز آمار مدونی از میزان و نوع خطاها در حیطه بیمارستان در دست نیست، کارشناسان حدس می‌زنند که این میزان بسیار بالا باشد و افزایش پرونده‌های ارجاعی شکایات مردم از پزشکان و پرستاران به سازمان نظام پزشکی و دادگاه‌ها گواهی بر این مدعاست^(۱۴). آسیب‌هایی که از اشتباهات گذشته در ذهن پرستار باقی مانده می‌تواند تمایل به اظهار خطا را محدود نماید^(۱۵). در کشورهای در حال توسعه به دلیل وجود نداشتن سیستم ثبت و گزارش‌دهی صحیح و کمبود پژوهش‌های دقیق در این زمینه، برآورد میزان بروز خطاها مشکل است، اما افزایش پرونده‌های ارجاعی شکایات مردم از پزشکان و پرستاران به سازمان نظام پزشکی می‌تواند گواهی بر این مهم باشد^(۱۶). با وجود اینکه خطاهای پرستاری تهدیدی جدی برای ایمنی بیمار در عرصه‌ی ارائه خدمات درمانی است و گاهی تبعات آن غیر قابل جبران می‌باشد ولی متأسفانه در زمینه‌ی موانع گزارش خطا مطالعات محدودی صورت گرفته و اطلاعات قابل اعتماد و کاملی در این خصوص وجود ندارد. لذا پژوهش حاضر موانع گزارش خطا و راهکارهای کاهش موانع گزارش خطا را از دید پرستاران مورد بررسی قرار داده است.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه‌ی مقطعی توصیفی است. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی پرستاران بیمارستان‌های

یافته‌ها

(ع) زرند مشغول به کار بودند. در این مطالعه گزینه‌ی اهمیت نداشتن خطای کاری برای پرستاران کمترین نظر موافق را به خود اختصاص داد. میانگین نمره‌ی موانع گزارش خطا ۶۹ با انحراف معیار ۱۳ و حداقل نمره ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ بدست آمد. همچنین گزینه‌های نگرانی از زدن برجسب بی لیاقتی به پرستار، گزینه نگرانی از ایجاد نگرش منفی در بیمار، گزینه سرزنش از سوی بیمار و خانواده او، نگرانی از تأثیر خطا در وضعیت بیمار و وجود مسائل و پیگردهای قانونی به ترتیب بیشترین نظر موافق را به خود اختصاص دادند (جدول شماره ۱).

در این مطالعه، ۲۳۳ نفر شامل ۲۰۰ نفر خانم (۸۵/۸ درصد) شرکت نمودند که حداقل سن ۲۲ و حداکثر سن ۴۸ سال با میانگین ۳۵ و انحراف معیار ۵ می‌باشد. حداقل سابقه‌ی کار ۱ سال و حداکثر ۲۵ سال (با میانگین ۱۱ و انحراف معیار ۵/۵) بود. ۲۱۶ نفر از شرکت کنندگان (۹۲/۷ درصد) متأهل و ۲۲۷ نفر (۹۷/۴ درصد) دارای مدرک کارشناسی پرستاری و ۲۰۹ نفر (۸۹/۷ درصد) دارای سمت پرستار بودند. ۴۸/۵ درصد از پرستاران در بیمارستان کاشانی کرمان، ۲۷/۹ درصد در بیمارستان غرضی سیرجان و ۲۳/۶ درصد در بیمارستان امام علی

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی ساده، میانگین و انحراف معیار پاسخ به هریک از گویه‌های پرسشنامه موانع گزارش خطا

| ردیف | عبارت | کاملاً موافقم | موافقم | نظری ندارم | مخالفم | کاملاً مخالفم | میانگین | انحراف معیار |
|------|---|---------------|--------|------------|--------|---------------|---------|--------------|
| | | درصد | درصد | درصد | درصد | درصد | | |
| ۱ | وجود مسائل و پیگردهای قانونی | ۱۶/۷ | ۵۰/۶ | ۱۷/۲ | ۱۲/۴ | ۳/۰ | ۳/۶۵ | ۰/۹۹ |
| ۲ | سرزنش از طرف پزشک معالج بیمار | ۱۳/۳ | ۵۰/۶ | ۱۴/۶ | ۱۸/۹ | ۲/۶ | ۳/۵۳ | ۱/۰۲ |
| ۳ | نگرانی از تأثیر خطا در کسر حقوق | ۱۲/۴ | ۴۲/۹ | ۲۰/۶ | ۲۰/۲ | ۳/۹ | ۳/۳۹ | ۱/۰۶ |
| ۴ | نگرانی از زدن برجسب بی لیاقتی به پرستار | ۲۱/۹ | ۴۸/۵ | ۱۳/۷ | ۱۳/۳ | ۲/۶ | ۳/۷۳ | ۱/۰۲ |
| ۵ | سرزنش از سوی بیمار و خانواده او | ۲۰/۶ | ۴۸/۵ | ۱۵/۹ | ۱۲/۰ | ۳/۰ | ۳/۷۱ | ۱/۰۱ |
| ۶ | سرزنش از سوی سایر همکاران | ۱۵/۹ | ۴۹/۴ | ۱۶/۳ | ۱۴/۶ | ۳/۹ | ۳/۵۸ | ۱/۰۴ |
| ۷ | نگرانی از انتشار خبر به سایر بیمارستانها | ۱۸/۹ | ۳۷/۸ | ۲۲/۳ | ۱۷/۶ | ۳/۴ | ۳/۵۱ | ۱/۰۹ |
| ۸ | واضح نبودن تعریف خطای کاری | ۱۴/۶ | ۳۶/۵ | ۲۴/۹ | ۲۱/۵ | ۲/۶ | ۳/۳۹ | ۱/۰۵ |
| ۹ | نگرانی از تأثیر خطا در نمره‌ی ارزشیابی سالانه | ۲۱/۰ | ۴۲/۹ | ۱۴/۲ | ۱۹/۳ | ۲/۶ | ۳/۶۰ | ۱/۰۹ |
| ۱۰ | نگرانی از همکاری نکردن سایر پرستاران در زمینه گزارش خطا | ۱۵/۹ | ۵۰/۲ | ۱۹/۳ | ۱۲/۹ | ۱/۷ | ۳/۶۵ | ۰/۹۵ |
| ۱۱ | نگرانی از ایجاد نگرش منفی در بیمار | ۱۶/۷ | ۵۳/۲ | ۱۷/۲ | ۱۱/۲ | ۱/۷ | ۳/۷۲ | ۰/۹۳ |
| ۱۲ | گذر زمان و فراموش شدن خطای کاری از سوی کارکنان | ۶/۹ | ۴۲/۱ | ۲۷/۹ | ۲۰/۶ | ۲/۶ | ۳/۳۰ | ۰/۹۵ |
| ۱۳ | نگرانی از تأثیر خطا در وضعیت بیمار | ۱۷/۲ | ۵۱/۵ | ۱۵/۵ | ۱۴/۲ | ۱/۷ | ۳/۶۸ | ۰/۹۷ |
| ۱۴ | اهمیت نداشتن خطای کاری برای پرستاران | ۳/۴ | ۲۴/۵ | ۱۴/۲ | ۴۲/۱ | ۱۵/۹ | ۲/۵۷ | ۱/۱۲ |
| ۱۵ | کمبود دانش و آگاهی در زمینه خطای کاری | ۶/۴ | ۳۵/۶ | ۲۱/۵ | ۳۰/۵ | ۶/۰ | ۳/۰۶ | ۱/۰۷ |
| ۱۶ | نبودن سیستم مناسب و ایمن برای گزارش خطاها | ۷/۷ | ۳۱/۳ | ۲۱/۹ | ۳۲/۲ | ۶/۹ | ۳/۰۰ | ۱/۱۰ |
| ۱۷ | نامتناسب بودن واکنش مدیران پرستاری با اهمیت خطا | ۱۴/۲ | ۳۸/۲ | ۱۸/۰ | ۲۴/۰ | ۵/۶ | ۳/۳۱ | ۱/۱۴ |
| ۱۸ | وجود بعضی باورهای اشتباه در مدیران پرستاری | ۱۵/۰ | ۴۲/۱ | ۲۱/۰ | ۱۷/۶ | ۴/۳ | ۳/۴۵ | ۱/۰۷ |
| ۱۹ | دریافت نکردن بازخورد مثبت از طرف مدیران پرستاری بدنبال گزارش خطا | ۱۴/۶ | ۴۰/۸ | ۲۰/۶ | ۱۹/۷ | ۴/۳ | ۳/۴۱ | ۱/۰۹ |
| ۲۰ | تمرکز مدیر پرستاری به شخص خطاکار بدون توجه به سایر عوامل مؤثر در بروز خطا | ۱۵/۵ | ۳۶/۱ | ۲۷/۰ | ۱۷/۶ | ۳/۹ | ۳/۴۱ | ۱/۰۶ |

معنی‌دار آماری $p < 0/05$ مشاهده شد، میانگین نمره‌ی پرستاران نسبت به بقیه‌ی گروه‌ها بیشتر بود (جدول شماره ۲).

بین میانگین نمره‌ی موانع گزارش خطا بر حسب ویژگی‌های فردی پرستاران در اغلب متغیرها تفاوت آماری مشاهده نشد فقط بر اساس متغیر سمت تفاوت

جدول شماره ۲: مقایسه موانع گزارش خطا برحسب ویژگی‌های دموگرافیک پرستاران مورد مطالعه

| متغیر | تعداد | میانگین | انحراف معیار | نتیجه آزمون |
|------------|-------------------|---------|--------------|-----------------------|
| جنس | مرد | ۶۹.۶۹ | ۱۰.۱۹ | $t=0/529$ |
| | زن | ۶۸.۵۴ | ۱۳.۳۰ | $P=0/6$ |
| وضعیت تاهل | متاهل | ۶۸.۶۲ | ۱۲.۹۲ | $t=0/502$ |
| | مجرد | ۷۰.۲۳ | ۱۳.۲۲ | $P=0/6$ |
| بخش | اطاق عمل | ۷۲.۲۷ | ۶.۷۲ | $f=1/749$ $P=0/13$ |
| | جراحی | ۷۰.۴۸ | ۱۳.۳۰ | |
| | ویژه | ۶۷.۲۵ | ۱۶.۲۸ | |
| | داخلی | ۷۰.۲۵ | ۱۲.۸۸ | |
| | اورژانس | ۶۸.۶۳ | ۱۱.۷۹ | |
| | اطفال | ۶۹ | ۱۱.۵۹ | |
| | دفتر پرستاری | ۶۲.۱۶ | ۱۱.۸۹ | |
| تحصیلات | کارشناس | ۶۸.۷۰ | ۱۲.۹۱ | $t=0/059$ |
| | ارشد | ۷۰.۱۶ | ۱۴.۲۷ | $P=0/7$ |
| سمت | پرستار | ۶۹.۵۰ | ۱۲.۸۱ | $f=2/263$ |
| | سرپرستار | ۶۳.۴۵ | ۱۲.۷ | $P=0/05$ |
| | سوپروایزر و مترون | ۵۹.۳۶ | ۱۱.۶ | |

بحث و نتیجه گیری

خطاهای بالینی تهدید جدی برای امنیت بیمار بوده و به عنوان یک نگرانی اصلی در سیستم ارائه مراقبت‌های بهداشتی مطرح می‌باشند^(۱۶). در مطالعه حاضر میانگین نمره‌ی موانع گزارش خطا در سطح متوسط بود. گزینه‌های نگرانی از زدن برچسب بی‌لیاقتی به پرستار، نگرانی از ایجاد نگرش منفی در بیمار، سرزنش از سوی بیمار و خانواده‌ی او، نگرانی از تأثیر خطا در وضعیت بیمار، وجود مسائل و پیگردهای قانونی دارای بیشترین پاسخ مثبت بودند. به عبارتی نگرانی از پیامدهای منفی ناشی از گزارش خطا از موانع اصلی مطرح شده در مطالعه حاضر بوده است. در پژوهش‌های متعدد ترس از واکنش منفی مدیران و همکاران، برچسب نداشتن کفایت کاری، ایجاد نگرش منفی در بیمار، فضایی شدن و ترس

میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کل موانع گزارش خطا در سطح متوسط بود و بر اساس حیطه‌های آن حیطه‌ی کارکنان و حیطه‌ی مدیریت میانگین نمره‌ی موانع گزارش در حیطه‌ی کارکنان بیشتر بود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: میانگین نمره موانع گزارش خطا و حیطه‌های آن (حیطه‌ی کارکنان و حیطه‌ی مدیریت)

| حیطه‌های موانع گزارش خطا | میانگین | انحراف معیار | حداقل | حد اکثر |
|--------------------------|---------|--------------|-------|---------|
| حیطه مدیریت | ۱۱/۲ | ۳/۶۹ | ۴ | ۲۰ |
| موانع گزارش خطا | ۴۰/۷۲ | ۱۰/۴۶ | ۱۶ | ۸۰ |
| حیطه کارکنان | ۵۱/۱۰ | ۱۳ | ۲۰ | ۱۰۰ |

از مورد سرزنش قرار گرفتن، شایعترین علل بیان شده‌اند که با مطالعه‌ی حاضر همسو می‌باشد^(۱۸). مطالعه‌ی حاضر در حیطه‌ی موانع مربوط به کارکنان پرستاری گزینه‌ی وجود مسائل و پیگردهای قانونی یکی از گزینه‌هایی است که بیشترین پاسخ مثبت را دارا بوده است که با مطالعه‌ی مردانی و همکاران همسو می‌باشد. در مطالعه‌ی مردانی، بیشترین میانگین نمره در حیطه‌ی مربوط به کارکنان با وجود مسایل قانونی در این زمینه و در حیطه مدیریت با نامتناسب بودن واکنش مدیران پرستاری با شدت اشتباه مرتبط دانسته شد^(۱۷). در مطالعه‌ی حاضر نیز حیطه‌ی موانع مدیریتی پاسخ‌های مثبت متوسط به بالا را کسب نمود و نگرانی از تأثیر خطا در نمره‌ی ارزشیابی سالانه، به عنوان یکی از عواملی که نقش بسزایی در گزارش نشدن خطا دارد گزارش شد. به نظر می‌رسد نگاه سیستمی به خطا بطور شایسته، از سوی مدیران عملی نشده است و همچنان نوک اتهام بسوی فرد خطاکار است و اگر چه به سایر عوامل بروز خطا نیز ممکن است توجهی بشود اما این توجه به سایر علل، از فشار و تنگناهایی که در گذشته متوجه فرد خطاکار بوده، نکاسته است. در مطالعه‌ی عبدی و همکاران نیز گزینه‌ی واکنش غیرتنبه‌ی به خطاها در مجموع در سه بیمارستان با ۱۷/۸ درصد پاسخ مثبت کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده که نشان از استمرار وجود این معضل در ارتقا نیافتن جو ایمنی می‌باشد^(۷). نتیجه مطالعه‌ی Chen نشان داد، بعد پاسخ غیرتنبه‌ی به خطاها، دارای پایین‌ترین میانگین درصدی پاسخ‌های مثبت بود که مطالعه‌ی حاضر نیز همسو با آن بود^(۱۹). در این مطالعه نگرانی از همکاری نکردن سایر پرستاران در زمینه‌ی گزارش خطا، پاسخ‌های مثبت زیادی را به خود اختصاص داد. تمرکز مدیر پرستاری به شخص خطا کار بدون توجه به سایر عوامل مؤثر در بروز خطا از جمله نگرانی‌های بیان شده توسط پرستاران بود که در این مطالعه قابل توجه بود. در مطالعه‌ی عبدی و همکاران گزینه‌ی (زمانی که حادثه‌ای گزارش می‌شود، این حس وجود دارد که این اشتباه فرد

است که گزارش می‌شود نه حادثه‌ی مورد نظر (سؤال معکوس)) بیشترین تعداد پاسخ‌های مثبت را دریافت نمود و نشان از نبود نگاه سیستمی به بروز خطا می‌باشد^(۷). در این مطالعه، واضح نبودن تعریف خطای کاری نیز پاسخ‌های مثبت زیادی را به خود اختصاص داد و بعنوان مانع گزارش خطا، اهمیت زیادی دارد و در مطالعه‌ی Abou Hashish و همکاران نیز در مورد موانع خطا، بیشترین عامل، نداشتن توافق در مورد خطا و تبیین آن بیان شده است^(۲۰). مطالعه‌ی حاضر همسو با مطالعه‌ی Tol و همکاران، نشان داد عوامل ترس از پیامدهای گزارش‌دهی به عنوان مانع مهم در گزارش‌دهی اشتباهات می‌باشند^(۲۱). در گذشته پس از هر حادثه، قضاوت معمول این بود که خطاهای انسانی علت آن هستند. به عبارت دیگر، خطاهای انسانی هر نقطه شروعی را در تحقیق متوقف می‌نمود و هر فرایند یادگیری بیشتری را پایان می‌بخشید. بطور سنتی تحلیل خطا بر روی تعیین علل خطا و سرزنش افراد برای ایجاد خطا متمرکز بود و افراد به عنوان اعضای غیر قابل اعتماد در سیستم در نظر گرفته می‌شدند^(۲۲). در این مطالعه، گزینه‌ی "نامتناسب بودن واکنش مدیر پرستاری با اهمیت خطا" بیش از نیمی از پاسخ‌های مثبت را به خود اختصاص داد. به طوریکه پرستاران موانع را در حد بیشتری نسبت به سر پرستاران، سوپر ویزرها و مترونها گزارش نموده بودند. در مطالعه‌ی حاضر و مطالعه حیدری و همکاران^(۱۳) پرستاران گزارش دادند که ترس از واکنش مدیر پرستاری مانع اصلی گزارش‌دهی می‌باشد.

در این مطالعه ترس از پیامدهای گزارش‌دهی درصد زیادی از پاسخ‌های مثبت را به خود اختصاص داد. مطالعه‌ی صیدی و زردشت هم نشان داد که علل موانع گزارش‌دهی خطاها، ترس از تنبیه انضباطی، ترس از واکنش همکاران، ترس از واکنش سرپرستار در برابر دیگران، نبود نیاز به گزارش بعد از انجام خطا و کمبود اطلاعات در مورد نحوه‌ی گزارش و فراموش کردن

روحی از دلایل عمده‌ی اشتباهات یاد شده است. تحقیق Tang و همکاران نشان داد که اکثریت پرستاران معتقد بودند عواملی چون بی‌دقتی پرستار و افزایش حجم کار، عوامل تأثیر گذار در بروز اشتباهات دارویی هستند^(۲۶). تعامل نامناسب در هنگام بروز خطا باعث استرس، ترس، احساس ناامیدی، از دست دادن تمرکز، کاهش همکاری، کاهش انتقال اطلاعات، اختلال در مدیریت خطا و مختل شدن روابط می‌شود^(۲۷). بنابراین مدیران پرستاری وظیفه‌ی بررسی خط مشی‌ها، استانداردها و دستورالعمل‌ها و نظارت و پیروی از آنها را دارند تا با انجام مسئولیت خود، احتمال خطا را کاهش دهند. وجود مسایل و پیگردهای قانونی به عنوان یکی از موانع نشان می‌دهد که حمایت مناسبی از پرستار در صورت گزارش خطا اعمال نمی‌شود و تنها اوست که مورد پیگرد قانونی قرار می‌گیرد و سایر عوامل بروز خطا کم اهمیت به شمار می‌آیند که لازم است در این خصوص اقدامات مؤثری انجام شود. بر اساس نظرات پرستاران مورد مطالعه، واضح نبودن تعریف خطای کاری قابل توجه می‌باشد و به عنوان مانعی در مقابل گزارش خطا قابل توجه است و شاید در بعضی از موارد، انجام دادن یا ندادن انجام کاری، به صورت رایج و معمولی به نظر برسد و خطا محسوب نشود در حالی که واقعاً خطا باشد و لازم است برنامه‌های آموزشی برای ارایه دهندگان مراقبت و همچنین مسئولین مربوطه در خصوص انواع و نحوه‌ی خطاها طراحی و تدارک دیده شود. از طرفی بیشترین تجربه‌ی خطا مربوط به خطاهای دارویی و آزمایشگاهی بود. مهمترین علت این نوع خطاها به گفته‌ی پرستاران، ناشی از دستورات ناخوانا و استفاده از اختصارات پزشکی، ورود داروهای جدید، تغییرات اسامی داروها و کمبود اطلاعات دارویی، ضعف در مرور شواهد دارویی همچنین کمبود آموزش‌های مداوم در این خصوص ذکر شده است که با نتایج مطالعه بیجانی و Tang همخوانی داشت^(۲۶،۲۸).

از آنجا که خطاها یا اصلاً گزارش نمی‌شوند و یا بسیار محدود گزارش می‌گردند، برای رفع موانع گزارش‌دهی در

گزارش دهی بیان شده بود^(۲۳). اغلب بیمارستان‌ها تنها گزارشات اختیاری را برای ثبت و شناسایی خطاها در بخش‌های مراقبتی خود در نظر می‌گیرند و طبیعتاً به خاطر ماهیت آزادی‌خواهانه و نوع عکس‌العمل مسئولین (برخورد تنبیهی) در این گزارشات، میزان این خطاها کمتر از حد واقعی خود خواهد بود. در صورتی که خطاها بیش از این است؛ بنابراین شناسایی درست خطاها، گام مهمی در جهت پیشگیری از وقوع دوباره‌ی آنها است. اما شناسایی و گزارش آنها در بیشتر مواقع جامع نیست^(۹). در مطالعه‌ی حاضر پاسخ غیر تنبیهی به خطا نمره‌ی کمی را به خود اختصاص داد و در مطالعه‌ی Helling و همکاران نیز "پاسخ غیر تنبیهی به خطا" پایین‌ترین نمرات را به خود اختصاص داد^(۲۴). بر اساس پژوهش Johnstone & Kanitsak اولین گام در کاهش خطاهای کاری، ایجاد محیطی است که در آن هر یک از اعضای کادر پرستاری در صورت وقوع یک خطای کاری، صادقانه خطای خود را و علت بروز این رخداد را به سایر همکاران و اعضای تیم درمان بیان نمایند تا نه تنها صدمه وارد شده به بیمار جبران شود بلکه مسئولین مربوطه بتوانند انواع خطاها، شرایط حاکم بر وقوع رخدادها را گردآوری نموده و در جهت رفع علل به وجودآورنده‌ی چنین خطاهایی اقدام نمایند^(۲۵). ۸۵ درصد از موانعی که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند پاسخهای موافق بالای ۵۰ درصد را به خود اختصاص دادند و ۱۵ درصد دیگر بین ۴۰ تا ۵۰ درصد از پاسخهای مثبت را به خود اختصاص دادند که نشان از جدی بودن این موانع بر سر راه گزارش خطا می‌باشد. محققان بر این باورند که اگر کارکنان سیستم درمانی از سوی مدیران خود به نحو شایسته‌ای درک شوند، خطاهای کاری آنها به طور واقعی گزارش خواهد شد. در حقیقت، وجود یک سیستم سازمان داده شده برای نظارت و توجه به کارکنان پرستاری، باعث می‌شود خطاهای کاری خطرناک هرگز رخ ندهد^(۱۶). محدود بودن تعداد کارکنان، تراکم و بار کاری زیاد و خستگی جسمی یا

از کارکنان پرستاری صادقانه خطای خود و دلیل وقوع آن را به سایر اعضای تیم درمان بیان کنند. بنابراین در جهت رفع موانع گزارش خطا توصیه می‌شود تعامل مناسبی بین کارکنان پرستاری و مدیران فراهم شود، همچنین آموزش در خصوص اهمیت، تبیین و گزارش خطاهای پرستاری به صورت مداوم همراه با جلسات بحث متقابل بین پرستاران و مدیران لازم است. مدیران باید در قبال گزارش خطا واکنش مثبتی از خود نشان دهند. همچنین پیشنهاد می‌گردد موانع گزارش خطا در سایر مراکز سلامت و بیمارستانهای آموزشی بررسی شود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در حمایت از این طرح که با شماره ۹۳/۱۴۴ به ثبت رسیده است و تمام پرستاران شرکت کننده در این پژوهش و سایر عزیزانی که در تکمیل این پژوهش همکاری نمودند، اعلام می‌داریم.

این زمینه، توسعه کار تیمی در پرستاران و پزشکان در خصوص نقد و بررسی دستورالعمل‌های دارویی، تشویق پرستاران از طرف مدیران پرستاری به احتیاطات دارویی، ارزیابی اثرات و عوارض دارویی، مرور راهنماهای استاندارد داروهای جدید، مشکل زا و اختصاصی، طرح مشکلات و سناریوهای استفاده از داروها و یا انجام آزمایشات خاص، همچنین برنامه آموزش داروشناسی اختصاصی در دروس پرستاری علاوه بر داروشناسی عمومی و برگزاری کلاس‌های بازآموزی در ارتباط با فنون و اصول تجویز و مراقبت دارویی از جمله راهکارهای ارائه شده از سوی پرستاران مورد مطالعه در پاسخ به سوالات باز بوده است.

مواردی که به عنوان موانع گزارش خطا مورد بررسی قرار گرفت می‌تواند تأثیر بسزایی در جلوگیری از گزارش خطا داشته باشد، لذا لازم است مسئولین امر در رفع این موانع تلاش نمایند و در این خصوص نظرات کارکنان پرستاری را مد نظر قرار دهند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و مطالعات انجام شده در این زمینه، مهمترین گام در رفع موانع گزارش خطا، ایجاد فضایی است که در آن هر یک

فهرست منابع

- 1- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *Quality and Safety in Health Care*. 2004;13(2):145-51.
- 2- Kudo Y, Satoh T, Kido S, Watanabe M, Miki T, Miyajima E, et al. A pilot study testing the dimensions of safety climate among Japanese nurses. *Ind Health*. 2008;46(2):158-65.
- 3- Manjooghi N., Noori A, Arizi H, Fasihzade N. [The error reported by the nurses of the hospital]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History*. 2012;5(4): 51- 65. Persian
- 4- Hashemi F, Shool A. [Medication error and its ethical considerations: a case report]. *ijme*. 2009; 2 (2) :67-73. Persian
- 5- Nasiripour A, Raeissi P, Tabibi S, Keikavoosi Arani L. [Hidden threats inducing medical errors in Tehran public hospitals]. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2011;15(2):152-62. Persian
- 6- Wilson K A. Dose Safety culture Predict Clinical Outcome? [Ph.D. Thesis]. Florida: University of Central Florida; 2007.
- 7- Abdi J, Maleki M, Khosravi A. [Staff perceptions of patient safety culture in hospitals of University Tehran]. *Payesh Journal*. 2011;10(4):411-9. Persian
- 8- Rosser W, Dovey S, Bordman R, White D, Crighton E, Drummond N. Medical errors in primary care: results of an international study of family practice. *Can Fam Physician*. 2005;51(3):386-7.

- 9- Kouhestani H, Baghcheghi N. [Refusal in reporting medication errors from the viewpoints of nursing students in Arak University of Medical Sciences]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2009;8(2):285-92. Persian
- 10- Golafrooz M, Sadeghi H, Ghaedi F, Tabarraei Y, Keighobadi F, Keighobadi F. [Managerial and moral obstacles in reporting nursing errors: nurses' view point]. *ijme*. 2014; 7 (1) :65-76. Persian
- 11- Beard DF. Retaliation: unlawful, unethical, or just to be expected? *Strategic Finance*. 2007;89(2):32.
- 12- Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768-70.
- 13- Heydari H, Kamran A, Pirzadeh A. [Assessment of Nurses'perceived Barriers and Behaviors to Reporting Medication Errors in Hospitals of Lorestan University of Medical Sciences, Iran]. *Journal of Health Systems Research* 2012;8 (5): 806- 13. Persian
- 14- Najafi H, editor. [Medication prescription error is one of the most common error in medical professional]. Proceedings of the International Congress of Forensic Medicine; 2009.
- 15- Hughes R. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses: Citeseer; Rockville: *AHRQ Publication*; 2008: 1-47.
- 16- Anosheh M, Ahmadi F, Faghihzadeh S, Vaismoradi M. [Causes and management of nursing practice errors: a questionnaire survey of hospital nurses in Iran]. *Int Nurs Rev*. 2008;55(3):288-95. Persian
- 17- Mardani Hamooleh M, Shahraki Vahed A. [Explore barriers to reporting errors from the perspective of their Nursing Staff]. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2008; 2(4): 55-62. Persian.
- 18- Elder NC, Graham D, Brandt E, Hickner J. Barriers and motivators for making error reports from family medicine offices: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Network (AAFP NRN). *J Am Board Fam Med*. 2007;20(2):115-23.
- 19- Chen I-C, Li H-H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Serv Res*. 2010;10(1):1: 152.
- 20- Hashish EAA, El-Bialy GG. Nurses' Perceptions of Safety Climate and Barriers to Report Medication Errors. *Life Science Journal*. 2013;10(1):2160-8.
- 21- Tol A, Mohebbi B, Gazi Z. [The causes of not reporting medication errors from the viewpoints of nursing in Baharlo hospital in 2010]. *Journal of hospital*. 2010;9(1):19-24. Persian
- 22- Hamaideh SH. Safety culture instrument: A psychometric evaluation: University of Cincinnati; 2004. Available at: [http:// gradworks.umi.com](http://gradworks.umi.com).September, 25, 2009.
- 23- Seidi M, Zardosht R. [Survey of nurses' viewpoints on causes of medicinal errors and barriers to reporting in pediatric units in hospitals of mashhad university of medical sciences]. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2012;2(3):142-7. Persian
- 24- Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. *Int J Health Care Qual Assur*. 2007;20(7):620-32.
- 25- Johnstone M-J, Kanitsaki O. The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: a discussion paper. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(3):367-76.
- 26- Tang FI, Sheu SJ, Yu S, Wei IL, Chen CH. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *J Clin Nurs*. 2007;16(3):447-57.
- 27- Masroor R D, Haydari K N, Joolae S. [Evaluation of patient safety incidents and its relation to professional interaction Nurses and Medicins view point nurses]. *Journal of Nursing Management*. 2012; 1 (2): 45-37.[Persian]
- 28- Bizhani M, Kouhpayeh SA, Abadi R, Tavacool Z. [Effective factors on the Incidence of medication errors from the nursing staff perspective in various department of Fasa Hospital]. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2013;3(1):88-93. Persian

Barriers to Error Reporting and Preventive Strategies from Viewpoints of Nursing Staff in Social Security Hospitals in Kerman

*Nouhi E. PhD⁴

Mohamadi M. MS⁵

Abbaszadeh A. PhD⁶

Abstract

Background & Aims: Errors are unavoidable in clinical practice, but it can be minimized in terms of frequency and intensity. Reporting the errors is so important and effectively avoids future errors that may cause patients harm. This study was conducted to identify barriers of error reporting by nurses and preventive strategies in social security hospitals in Kerman, Iran.

Material & Methods: In this cross-sectional study, the instrument was questionnaire of barriers to self-reporting errors that was made by Mardani and shahraki vahed (2009). The study population consisted of all nurses of Social Security Hospitals in Kerman (233) who were selected using census method. To analyze the information, descriptive statistics, test t, ANOVA and Pearson correlation coefficient were applied by use of SPSS v.16 software. Answers to open-ended questions on preventive strategies were categorised into themes using content analysis approach.

Results: Average score of barriers to error reporting was moderate (69 ± 13). Fear of stigma, the effect of errors on the employee annual evaluation, news release and legal consequences were the most common barriers of error reporting by nurses. The main strategies to remove the barriers of error reporting were creating a safe and friendly environment for reporting, management process and error prevention.

Conclusion: Fear from the consequences of reporting errors was the major obstacles in reporting errors. Since error management still faces serious obstacles, so health authorities and managers should focus on the processes influencing nursing errors and identify ways to reduce errors including enhancing the organizational climate and job security of nursing staff.

Keywords: Barriers, Report, Nursing Errors, Nurses, Hospital

Received: 16 Sep 2015

Accepted: 19 Dec 2015

⁴ Assistant Professor, Department of Medical Surgical Nursing, Razi School of Nursing and Midwifery, Nursing Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. (*Corresponding Author) Tel: 034-31325220 Email: e_Nuhi@kmu.ac.ir.

⁵ MS Student of Nursing, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

⁶ Professor, Department of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.