

نگرش و عملکرد اساتید و رزیدنت‌های جراحی عمومی به ابراز خطای پزشکی

سیده مژگان قلندرپور^۱، فریبا اصغری^{۲*}، احمدکاوایی^۳، ماهرخ دائمی^۴

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

اظهار خطای پزشکی از جمله وظایف حرفه‌ای پزشکان است که متأسفانه با چالش‌های متعددی روبه‌رو است. این مطالعه به هدف بررسی نگرش اساتید و دستیاران جراحی به ابراز خطای پزشکی و عوامل مؤثر بر آن انجام شده است. در این مطالعه‌ی مقطعی توصیفی-تحلیلی، پرسشنامه‌ی خودایفایی به صورت حضوری در اختیار تمام اساتید و دستیاران جراحی عمومی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفت. میزان پاسخ‌دهی ۸۴/۱ درصد (۵۳ نفر از ۶۳ نفر) بود. به ترتیب ۳۹/۶ درصد و ۴۹/۱ درصد پزشکان متمایل به ابراز خطای مینور و مازور بودند و از دیدگاه افراد ترس از شکایت قانونی از سوی بیمار (۷۱/۷ درصد) مهم‌ترین مانع ابراز خطا بود. تنها ۱۶/۷ درصد (۸ نفر) آخرین خطای پزشکی خود را به بیمارشان ابراز کرده بودند که ۲۵ درصد موارد اظهار خطا (۲ نفر)، شکایت قانونی بیمار را در پی داشت. تفاوتی آشکار میان میزان تمایل پزشکان به ابراز خطا و آنچه در واقع در طبابت ایشان روی می‌دهد، وجود دارد که عمده‌ترین عامل ایجاد آن از دیدگاه خود ایشان، ترس از شکایت قانونی بیمار است. از طرفی دیگر با توجه به نیازمندی اکثر پزشکان به دریافت آموزش‌های مقتضی پیرامون موضوع خطای پزشکی و مهارت‌های ارتباطی، به نظر می‌رسد که ایجاد تغییراتی در نظام مدیریت خطا به منظور حمایت حرفه‌ای از پزشکان در مواقع بروز خطا و ارائه‌ی آموزش‌های لازم پیرامون اصول اخلاقی و مهارت تعامل با بیمار بتواند در برطرف کردن این تعارض مفید و مؤثر واقع گردد.

واژگان کلیدی: خطای پزشکی، ابراز خطا، جراح

^۱ دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ دانشیار گروه جراحی، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴ استادیار گروه جراحی، بیمارستان سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان شانزده آذر، نبش خیابان پورسینا، پلاک ۲۳، طبقه چهارم، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی،

تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱ Email: fasghari@tums.ac.ir

مقدمه

حقیقت‌گویی یکی از اصول اولیه‌ی اخلاق پزشکی است و اساس طبابت بر رابطه‌ی صادقانه میان پزشک معالج و بیمار استوار است (۱). بیان حقیقت موجب افزایش پذیرش بیمار در روند درمان عارضه‌ی خطای پزشکی می‌شود (۱) و نتایج درمان را بهبود می‌بخشد (۲). بیمارانی که از حقیقت بیماری خویش آگاه هستند از مراقبت‌های پزشکی خود راضی‌تر بوده و احتمال تعویض پزشک در ایشان کم‌تر می‌باشد (۳). یکی از مصادیق صداقت در رابطه‌ی پزشک و بیمار، اظهار خطای پزشکی به بیمار است. در پزشکی بنا بر ماهیت عدم قطعیت یافته‌ها و نقش عوامل انسانی در تصمیم‌گیری، بروز خطا تا حدودی غیرقابل اجتناب است. دسته‌ای از خطاها قبل از ایجاد صدمه یا اختلال در روند درمانی تشخیص داده شده و کنترل می‌شوند که در این موارد اخلاقاً ضرورتی به اظهار خطا به بیمار وجود ندارد. اما بخش دیگری از خطاها پس از بروز صدمه تشخیص داده می‌شوند که خود به دو نوع خطاهای مینور که عوارض خفیف قابل کنترل دارند و خطاهای ماژور که عوارض جدی یا مرگ را به دنبال دارند تقسیم می‌شوند. بنا بر اصل اتونومی، بیمار حق دارد اطلاعات مربوط به صدمه‌ای که طی روند تشخیص یا درمان بر وی اتفاق افتاده را بداند و برای اقدامات بعدی تصمیم‌گیری نماید. به تعبیری دیگر خطای پیش آمده به خودی خود غیراخلاقی نیست اما عدم اظهار آن فریبکاری و غیراخلاقی است و باعث کاهش اعتماد جامعه به پزشکان می‌شود (۴، ۵). لذا پزشک موظف است در مواردی که خطایی در مراقبت از بیمار رخ داده است حقیقت را به بیمار خویش بازگو نماید.

هرچند در متون بر اهمیت و ضرورت اظهار خطای پزشکی تاکید بسیار شده، و بیماران تمایل بالایی به دانستن خطای پزشکی دارند (۹ - ۶)، اما نسبت قابل توجهی از پزشکان از اظهار خطا به بیمار یا خانواده‌ی وی اجتناب می‌کنند (۱۰). بیماران و پزشکان عموماً خطای پزشکی را

مساوی سهل‌انگاری و کوتاهی می‌دانند و پزشکان اغلب به دلیل نگرانی از شکایت قانونی بیمار از اظهار آن خودداری می‌کنند (۵). از سوی دیگر، بیماران اغلب از عدم صداقت پزشک در بروز خطا ناراضی هستند (۱۱). مطالعات نشان می‌دهد که عدم صداقت پزشکان و اجتناب ایشان از عذرخواهی از عمده‌ترین علل شکایات بیماران بوده است (۱۲). متأسفانه، در بررسی متونی که انجام شد، در ایران مطالعات اندکی در زمینه‌ی خطای پزشکی صورت گرفته است که از این میان می‌توان به مطالعه‌ی گذشته‌نگر و توصیفی آقای علی جعفریان و همکاران اشاره کرد که به مطالعه‌ی بررسی شکایات وارده از پزشکان و دندان‌پزشکان به سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ در سال‌های ۷۰، ۷۵ و ۸۰ از جهت تعداد، پراکندگی و عوامل ایجاد آن پرداخته است. در این سه سال در مجموع ۸۳۲ شکایت از پزشکان و دندان‌پزشکان صورت گرفته که شایع‌ترین علل آن به ترتیب خطای درمانی (۳۸ درصد)، بی‌توجهی (۳۰/۲ درصد)، مسائل مالی (۲۵/۴ درصد) و عدم تبحر پزشک (۱۷/۷ درصد) بوده است. هم‌چنین، بیش‌تر پزشکان و دندان‌پزشکانی که از آنان شکایت شده بود، از نظر کارشناسان نظام پزشکی قصوری مرتکب نشده بودند و قسمت عمده‌ای از شکایات مربوط به نتیجه‌ی تعامل نامناسب بین بیمار و پزشک بوده است (۱۳). در مطالعه‌ی خانم مردانی حموله و همکاران نیز که به صورت توصیفی - تحلیلی و به کمک پرسشنامه‌ی خودایفا به صورت سرشماری بر روی ۹۲ کارشناس و کاردان پرستاری و بهیاران با حداقل یک‌سال سابقه‌ی کاری در سال ۱۳۸۷ انجام شد ۹۵/۶ درصد افراد اعلام داشتند که گزارش خطا ضرورت دارد. بیش‌ترین مانع گزارش خطا در حیطه‌ی کارکنان پرستاری وجود مسائل قانونی و در حیطه‌ی مدیریتی نامتناسب بودن واکنش مدیران پرستاری با شدت اشتباه بوده است (۱۴). لذا مطالعه‌ی نگرش پزشکان به اظهار خطا و تجربه‌های قبلی آن‌ها در اظهار خطا می‌تواند به ما در شناسایی این

آنتی‌کواگولان و در نهایت ترومبوز ورید اندام تحتانی بدون عارضه می‌شد؛ اما در سناریوی خطای ماژور عدم پیگیری جواب پتاسیم بیمار توسط پزشک منجر به تاقیکاردی بطنی بیمار و متعاقباً انجام عملیات احیای قلبی - ریوی پس از ایست قلبی - تنفسی وی می‌شود ولی سرانجام بیمار نجات می‌یابد. در این پرسشنامه هم‌چنین سؤالاتی درباره‌ی اثرات ابراز خطای پزشکی، موانع ابراز خطا، اطلاعات مهمی که در ابراز خطا به بیمار باید داده شود و نیز نیاز پزشکان به دریافت آموزش‌های مرتبط با ابراز خطای پزشکی گنجانده شده بود. سنجش نگرش افراد به ابراز خطا در مقیاس ۵ رتبه‌ای Likert سنجیده شد. روایی محتوای پرسشنامه توسط دو نفر از نویسندگان که از اساتید گروه جراحی هستند مورد تأیید قرار گرفت.

جمع‌آوری داده‌ها از طریق مراجعه‌ی حضوری و توزیع پرسشنامه‌ی بی‌نام و غیرقابل شناسایی شرکت‌کننده بین تمام شرکت‌کنندگان، انجام شد. پزشکان در تکمیل پرسشنامه مختار بودند و در صورتی که افراد علاقه‌مند به شرکت در مطالعه، نیاز به فرصت بیش‌تری داشتند، این فرصت در اختیارشان قرار گرفته و محقق در مراجعه‌ی بعدی پرسشنامه را باز پس می‌گرفت.

در آنالیز اثر هر یک از متغیرهای کیفی مورد مطالعه بر میزان تمایل به ابراز خطا از طریق آزمون آماری χ^2 و اثر متغیرهای کمی بر میزان تمایل با کمک آزمون ANOVA ارزیابی گردید.

نتایج

در این مطالعه ۵۳ پرسشنامه از ۶۳ پرسشنامه‌ای که توزیع گردید، تکمیل و بازگردانده شد (۸۴/۱ درصد). ویژگی‌های دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در مطالعه در جدول شماره ۱ آورده شده است.

چالش‌ها و حرکت به سمت تحقق رفتار حرفه‌ای صحیح در خطای پزشکی کمک کند. در این پژوهش سعی بر این بوده است که نگرش و عملکرد پزشکان جراح عمومی که به نحو بارزی با مسأله‌ی خطای پزشکی و شکایات بیماران روبه‌رو هستند، نسبت به ابراز خطای پزشکی خود و موانع موجود در این زمینه مورد بررسی و تحلیل قرار گیرد.

روش کار

در این مطالعه‌ی مقطعی توصیفی - تحلیلی که از آغاز مهرماه تا پایان آبان‌ماه سال ۱۳۸۷ انجام گردید، اطلاعات مورد نظر از تمام اساتید و دستیاران سال دوم تا چهارم جراحی عمومی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران اخذ گردید. دستیاران سال اول به دلیل آن‌که در زمان انجام مطالعه به تازگی دوره خود را شروع کرده بودند وارد مطالعه نشدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه‌ای پژوهشگر ساخته بوده که پس از بررسی متون و بر اساس مطالعات مشابه پیشین تهیه و تنظیم شده است. در این پرسشنامه نگرش پزشکان را در مورد دو نوع خطای مینور (خطایی که منجر به عوارض غیرجدی یا صرفاً افزایش طول مدت بستری شود) و ماژور (خطایی که منجر به آسیب عمده و تهدید جان بیمار گردد) مورد بررسی قرار گرفته است. جهت ایجاد پایایی برداشت شرکت‌کنندگان از خطای مینور و ماژور، یک سناریو در حیطه‌ی جراحی در مورد هر یک از این دو نوع خطا تدوین شد.

پرسشنامه هم‌چنین حاوی سؤالاتی پیرامون میزان تمایل افراد به ابراز خطا در این دو سناریو در دو حالت پرسش یا عدم پرسش بیمار از وقوع خطا و نیز سؤالاتی در رابطه با عملکرد شرکت‌کنندگان در آخرین خطایی که شخصاً مرتکب گردیده بودند، می‌شد. در سناریوی خطای مینور حواس‌پرتی پزشک طی ویزیت بیمار منجر به کوتاهی در تجویز

جدول ۱- ویژگی‌های افراد مورد مطالعه

ویژگی‌های دموگرافیک	استاد	رزیدنت	جمع کل
تعداد (%)	۲۶(۴۹/۱)	۲۷(۵۰/۹)	۵۳(۱۰۰)
میزان پاسخ‌دهی	٪۸۱/۲	٪۸۷/۰۲	٪۸۴/۱
میانگین سنی (انحراف معیار)	۴۴/۶۲(۸/۵۸)	۳۰/۹۳ (۳/۳۲)	۳۷/۴ (۹/۶۱)
جنسیت			
زن (%)	۲(۷/۷)	۵(۱۸/۵)	۷(۱۳/۲)
مرد (%)	۲۴(۹۲/۳)	۲۲(۸۱/۵)	۴۶(۸۶/۸)
میانگین سابقه طبابت بالینی (انحراف معیار)	۱۸/۹۶(۸/۰۶)	۳/۸۱(۲/۸۸)	۱۱/۲۴(۹/۶۸)

(به ترتیب $P=۰/۰۱۰$ و $P=۰/۰۳۹$). باید اشاره کرد که هیچ یک از ویژگی‌های دموگرافیک افراد (سن، جنسیت، سابقه‌ی طبابت بالینی و عنوان حرفه‌ای) با میزان تمایل به ابراز خطا چه در سناریوی خطای مینور و چه در سناریوی خطای ماژور ارتباط معنی‌داری نداشت.

۳۹/۶ درصد و ۴۹/۱ درصد پزشکان به ترتیب معتقد به ابراز خطای مینور و ماژور بودند و در صورتی که بیمار از وقوع خطا از پزشک سؤال می‌کرد، این تمایل به ترتیب به ۶۷/۹ درصد و ۶۴/۲ درصد افزایش می‌یافت (جدول شماره‌ی ۲). به عبارت دیگر، پرسش بیمار از وقوع خطا باعث افزایش میزان تمایل به ابراز خطا می‌شد که این افزایش معنادار بود.

جدول ۲- تمایل به ابراز خطا به تفکیک نوع خطا و پرسش یا عدم پرسش بیمار از وقوع خطا

تمایل به ابراز خطای مطرح شده در سناریو	نوع خطا	موافق	نامطمئن	مخالف	جمع کل
میزان تمایل به ابراز خطا	مینور	۲۱(۳۹/۶)	۲۳(۴۳/۴)	۹(۱۷)	۵۳(۱۰۰)
	ماژور	۲۶(۴۹/۱)	۱۵(۲۸/۳)	۱۲(۲۲/۶)	۵۳(۱۰۰)
میزان تمایل به ابراز خطا در صورت پرسش بیمار از وقوع خطا	مینور	۳۶(۶۷/۹)	۱۴(۲۶/۴)	۳(۵/۷)	۵۳(۱۰۰)
	ماژور	۳۴(۶۴/۲)	۱۶(۳۰/۲)	۳(۵/۷)	۵۳(۱۰۰)

بیمار، نگرانی از کاهش اعتماد بیمار به پزشک، ترس از عکس‌العمل هیجانی خانواده‌ی بیمار و بیم از دست دادن شهرت حرفه‌ای میان همکاران به ترتیب مهم‌ترین موانع انتخاب شده بودند (جدول شماره‌ی ۴).

نگرش شرکت‌کنندگان به ابراز خطا در جدول شماره‌ی ۳ آورده شده است. در این پرسشنامه از شرکت‌کنندگان خواسته شده بود تا مهم‌ترین چهار مانع ابراز خطا را از میان موانع لیست شده انتخاب کنند که ترس از شکایت قانونی از سوی

جدول ۳- نگرش پزشکان جراح نسبت به ابراز خطا

مخالف	نامطمئن	موافق	عبارات مندرج در پرسشنامه
۱۵(۲۸/۳)	۲۲(۴۱/۵)	۱۶(۳۰/۲)	الف) افزایش اعتماد بیمار به پزشک می‌شود.
۱۸(۳۴)	۲۱(۳۹/۶)	۱۴(۲۶/۴)	ب) کاهش ریسک شکایت قانونی از سوی بیمار می‌شود.
۱۰(۱۸/۹)	۱۵(۲۸/۳)	۲۸(۵۲/۸)	ج) کاهش احتمال رویداد مجدد خطا توسط پزشک می‌گردد.
۲۱(۳۹/۶)	۲۰(۳۷/۷)	۱۲(۲۲/۶)	د) کاهش ریسک تعویض پزشک از سوی بیمار می‌گردد.
۱۷(۳۲/۱)	۱۹(۳۵/۸)	۱۷(۳۲/۱)	ه) کاهش نگرانی بیمار از عواقب خطای رویداده می‌شود.
۷(۱۳/۲)	۸(۱۵/۱)	۳۸(۷۱/۷)	۲- ابراز خطا بستگی به این دارد که پزشک احساس کند ابراز خطا به نفع بیمار است یا به وی صدمه می‌رساند.
۸(۱۵/۱)	۲۲(۴۱/۵)	۲۳(۴۳/۴)	۳- مهم است که اگر من به‌عنوان پزشک خطایی کردم به بیمار بگویم چون من دوست دارم اگر من به‌جای بیمار بودم نیز این گونه با من رفتار می‌شد.
۷(۱۳/۲)	۸(۱۵/۱)	۳۸(۷۱/۷)	۴- به‌طور کل از نتایج منفی ابراز خطا نگران هستم.
۶(۱۱/۳)	۹(۱۷)	۳۸(۷۱/۷)	۵- حق بیمار است که بدانند چه خطایی رخ داده و علت آن چه بوده است.
۱(۱/۹)	۶(۱۱/۳)	۴۶(۸۶/۸)	۶- در مواقع بروز خطا پزشک نیازمند دریافت حمایت‌های حرفه‌ای و عاطفی کافی از مدیریت مرکز درمانی (بیمارستان) است.

جدول ۴- علل عدم ابراز خطا از دیدگاه اساتید و رزیدنت‌های جراحی عمومی

تعداد و درصد افرادی که گزینه موردنظر را انتخاب کرده‌اند	تعداد و درصد افرادی که گزینه موردنظر را انتخاب کرده‌اند	علل عدم ابراز خطای پزشکی
۱۵ (۲۸/۳٪)	۳۸ (۷۱/۷٪)	ترس از شکایت قانونی از سوی بیمار
۲۰ (۳۷/۷٪)	۳۳ (۶۲/۳٪)	ترس از کاهش اعتماد بیمار به پزشک
۲۳ (۴۳/۴٪)	۳۰ (۵۶/۶٪)	ترس از عکس‌العمل خانواده بیمار
۳۲ (۶۰/۴٪)	۲۱ (۳۹/۶٪)	ترس از دست دادن شهرت حرفه‌ای در میان همکاران
۳۷ (۶۹/۸٪)	۱۶ (۳۰/۲٪)	سطح پایین وضعیت فرهنگی - اقتصادی بیمار
۳۹ (۷۳/۶٪)	۱۴ (۲۶/۴٪)	سطح پایین تحصیلات بیمار
۴۳ (۸۱/۱٪)	۱۰ (۱۸/۹٪)	ترس از مجازات توسط مافوق
۴۵ (۸۴/۹٪)	۸ (۱۵/۱٪)	عدم پرسش بیمار از وقوع خطا
۴۸ (۹۰/۶٪)	۵ (۹/۴٪)	ترس از سرزنش همکاران
۵۰ (۹۴/۳٪)	۳ (۵/۷٪)	عدم دریافت آموزش در زمینه‌ی اصول اخلاقی مرتبط با ابراز خطا
۵۰ (۹۶/۲٪)	۲ (۳/۸٪)	عدم دریافت آموزش در زمینه‌ی مهارت‌های ارتباطی و بیان اخبار بد به بیمار

پیگیری و تلاش در جهت جبران عواقب خطای رخ داده
 (۵/۵۸ درصد یا ۳۱ نفر) بود، سایر نکات که به ترتیب در

از نظر شرکت‌کنندگان در این پژوهش مهم‌ترین نکته‌ی
 لازم به ذکر پس از ایجاد خطا، اطمینان‌بخشی به بیمار در مورد

اخلاقی و ضوابط حرفه‌ای مرتبط با خطای پزشکی در موافقان ابراز خطا (مینور و یا ماژور) به صورت معناداری بیش از نیازمندی در مخالفان ابراز خطا بود (P -value به ترتیب ۰/۰۰۲ و ۰/۰۲۱).

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه پزشکان موافق ابراز خطا بیش از مخالفان بودند و این تمایل در مورد خطای ماژور بیش‌تر از خطای مینور بود، درعین حال در مقایسه با بسیاری از مطالعات قبلی صورت گرفته میزان تمایل پزشکان در این مطالعه به ابراز خطا کم‌تر است. به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ی Garbutt و همکاران که بر روی پزشکان متخصص اطفال - با به‌کارگیری مقیاس Likert- در بیمارستان‌های کودکان St Louis، Missouri و Seattle در واشینگتن در سال ۲۰۰۳-۲۰۰۴ انجام گرفت، میزان تمایل به ابراز خطای مینور ۹۰ درصد و ماژور ۹۹ درصد (۱۵) و در مطالعه‌ی Kaldjian و همکاران نیز که به روش مشابه بر روی اساتید، دستیاران و دانشجویان پزشکی در دانشکده‌ی پزشکی Carver Iowa در ایالت متحده صورت گرفت، این ارقام به ترتیب ۹۷ درصد و ۹۳ درصد بود (۱۶). در مطالعه‌ی Gallagher و همکارانش نیز که بر روی ۲۶۳۷ پزشک در امریکا و کانادا با استفاده از پرسشنامه صورت گرفت، ۹۸ درصد پزشکان ابراز کردند که خطای جدی باید به بیماران گفته شود و این درصد در خطای مینور ۷۸ درصد گزارش شده بود (۱۷). شاید میزان کم‌تر تمایل پزشکان ما به ابراز خطا به دلیل تفاوت چالش‌های پزشکان در سیستم‌های ارائه‌ی خدمات، دانش پزشکان در این حوزه یا به علل گوناگونی نسبت داده شود. تفاوت‌های فرهنگی- اجتماعی بیماران ایرانی با سایر کشورها، عدم وجود ساختار مشخصی برای انجام حمایت‌های لازم از جامعه‌ی پزشکی در موارد ضروری و کم‌توجهی به موضوعات اخلاق حرفه‌ای پزشکی در حین آموزش دوره‌های مختلف درسی پزشکان از جمله مواردی است که می‌تواند این اختلاف را توضیح دهد.

درجات بعدی اهمیت قرار داشت، از جمله انجام اقدامات لازم به منظور پیشگیری از وقوع مجدد آن (۴۷/۲ درصد یا ۲۵ نفر)، قبول مسؤلیت خطا و عواقب آن از سوی پزشک (۳۹/۶ درصد یا ۲۱ نفر) و اظهار تأسف و عذرخواهی از بیمار به‌علت خطای رخ داده (۳۵/۸ درصد یا ۱۹ نفر)، حصول اطمینان از درک اطلاعات داده شده به بیمار در مورد خطا (۳۴ درصد)، بیان علت خطای رخ داده (۳۲/۱ درصد) و بیان این عبارت که عکس‌العمل هیجانی بیمار قابل درک است (۳۲/۱ درصد) همگی مورد توافق کم‌تر از نیمی از شرکت‌کنندگان بود.

هم‌چنین، در این مطالعه عملکرد افراد در هنگام آخرین خطایی که مشخصاً مرتکب شده بودند، بررسی گردید. در ۵۶/۶ درصد موارد (۳۰ نفر، شامل ۱۳ استاد و ۱۷ دستیار) آخرین خطا در طی ۱۲ ماه اخیر به‌وقوع پیوسته بود و به‌طور کل در سه چهارم موارد آخرین خطایی که پزشکان مرتکب شده بودند- به تشخیص خود آن‌ها- از نوع مینور و یک چهارم از نوع ماژور محسوب می‌شد. تنها ۸ پزشک (۱۶/۷ درصد) آخرین خطای خود را به بیمار بازگو کرده بودند که در یک چهارم موارد ابراز آخرین خطا توسط پزشک، اقدام قانونی بیمار را به دنبال داشت، ولی با این وجود ۸۷/۵ درصد (۷ نفر) افرادی که آخرین خطای خود را ابراز کرده بودند، پس از ابراز خطا کاملاً راضی و ۱۲/۵ درصد ایشان (۱ نفر) رضایت نسبی داشتند.

در رابطه با میزان نیازمندی افراد مطالعه به دریافت آموزش‌های مرتبط با موضوع خطای پزشکی تنها ۱۱/۸ درصد افراد (۶ نفر) خود را بی‌نیاز از دریافت آموزش در زمینه‌ی مهارت‌های ارتباطی و بیان اخبار بد به بیمار و ۹/۸ درصد (۵ نفر) خود را بی‌نیاز از دریافت آموزش در زمینه‌ی اصول اخلاقی و ضوابط حرفه‌ای مرتبط با خطای پزشکی برشمردند. البته باید توجه کرد که اگرچه میزان نیازمندی به دریافت آموزش پیرامون این دو مسأله در دو گروه اساتید و دستیاران جراحی عمومی اختلاف معناداری نداشت، ولی مشاهده شد که میزان نیازمندی به دریافت آموزش در زمینه‌ی اصول

پزشکان را قادر خواهد ساخت که در مواقع وقوع خطا، با تمایل بیش‌تر و به شیوه‌ی صحیح‌تری خطای خود را ابراز نمایند که خود منجر به برقراری ارتباط مناسب با بیمار شده و در نتیجه از ریسک شکایت قانونی از سوی بیمار می‌کاهد.

لازم به ذکر است که این مطالعه نواقصی داشت که از آن جمله می‌توان به حجم کم نمونه و انتخاب تنها یک تخصص از رشته‌های پزشکی در بیمارستان‌های دانشگاهی اشاره کرد. این موضوع تعمیم نتایج حاصله به تمام پزشکان را دچار مشکل می‌کند. پیشنهاد می‌شود که به منظور رفع این نقیصه مطالعات گسترده‌تری در گروه‌های مختلف تخصص‌های پزشکی و در سیستم‌های مختلف درمانی صورت گیرد.

بنابر آنچه ذکر گردید، برای هم‌سو کردن عملکرد پزشکان با نگرش ایشان در خصوص اظهار خطای پزشکی، تلاش برای ایجاد تغییرات در محیط شغلی پزشکان و تأمین ایمنی حرفه‌ای و حتی ایمنی جسمانی ایشان، تدوین برنامه‌های آموزشی در زمینه‌ی اصول اخلاقی مرتبط و مهارت‌های ارتباطی مختص به خطای پزشکی و نیز ایجاد رویکرد سیستمیک به خطای پزشکی گام مؤثری در تشویق هرچه بیش‌تر پزشکان به ابراز خطا و در نتیجه بهبود رابطه پزشک و بیمار، ارتقای سیستم سلامت و کاهش احتمال بروز مجدد خطا خواهد بود.

تشکر و قدردانی

از همکاری جناب آقای دکتر عباس ربانی در هماهنگی جهت گردآوری اطلاعات این مطالعه کمال تشکر را داریم.

اگرچه جراحان موافق با ابراز خطا در مقایسه با مخالفان بیش‌تر بوده و بسیاری از پزشکان مطلع شدن بیمار از وقوع خطا و علت رویداد آن را حق بیمار می‌دانستند ولی تنها یک ششم آن‌ها آخرین خطای خود را به بیمار ابراز کرده بودند. عوامل متعددی در ایجاد این تفاوت آشکار بین نگرش و عملکرد پزشکان سهیم است که از دیدگاه خود ایشان مهم‌ترین آن‌ها ترس از شکایت قانونی، نگرانی از کاهش اعتماد بیمار به پزشک، ترس از عکس‌العمل هیجانی خانواده‌ی بیمار و ترس از دست دادن شهرت حرفه‌ای در میان همکاران بود. اگرچه مهم‌ترین مانع ابراز خطا ترس از شکایت قانونی از سوی بیمار بود، تنها یک چهارم پزشکانی که آخرین خطای خود را ابراز کرده بودند، متعاقباً بیمار اقدام قانونی علیه آن‌ها صورت داده بود و در عین حال هیچ یک از پزشکان از ابراز خطای خود اظهار نارضایتی نکردند.

جالب است اشاره کنیم که درصد بالایی از پزشکان در مورد اثرات مثبت ابراز خطا در کاهش ریسک شکایت قانونی بیمار، افزایش اعتماد بیمار به پزشک و کاهش نگرانی بیمار از عواقب خطای رخ داده نامطمئن یا مخالف بودند و اعتقاد داشتند که ابراز یا عدم ابراز خطا به قضاوت پزشک در منفعت‌رسانی یا اضرار به بیمار بستگی دارد. هم‌چنین، بسیاری از ایشان از نتایج منفی ابراز خطا اظهار نگرانی کرده و معتقد بودند که یک پزشک در هنگام بروز خطا نیازمند دریافت حمایت‌های عاطفی و روانی کافی از سوی مدیریت مرکز درمانی است. بنابراین شاید تلاش در جهت ایجاد یک محیط ایمن حرفه‌ای، گامی مؤثر در ترویج ابراز خطا در میان پزشکان باشد. اگرچه عدم دریافت آموزش‌های لازم در زمینه‌ی خطا و ابراز آن جزء مهم‌ترین موانع ابراز خطا نبودند اما با توجه به آنچه پیش‌تر اشاره کردیم و با در نظر گرفتن نیازمندی اکثر افراد به دریافت آموزش در زمینه‌ی اصول اخلاقی و ضوابط حرفه‌ای مرتبط با خطا و آموزش درباره‌ی مهارت‌های ارتباطی و بیان اخبار بد، این‌گونه به نظر می‌رسد که تدوین یک برنامه‌ی آموزشی جامع و کامل حول این محور

منابع

questionnaire survey. *BMJ* 1999; 318 (7184): 640-1.

10- Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *JAMA* 1991; 265 (16): 2089-94.

11- Wu AW. Handling hospital errors: is disclosure the best defense? *Ann Intern Med* 1999; 131 (12): 970-2.

12- Hevia A, Hobgood C. Medical error during residency: to tell or not to tell. *Ann Emerg Med* 2003; 42 (4): 565-70.

۱۳- جعفریان ع، پارساپور ع ل، حاج ترخانی ام، اصغری ف، امامی رضوی سح، بلداع. بررسی پرونده‌ی شکایات وارده به سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ در سال های ۱۳۷۰، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۰. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره ۲ (شماره ۲): ۶۷-۷۴.

۱۴- مردانی حمله م، شهرکی واحدع. بررسی موانع گزارش دادن خطاهای کارکنان پرستاری از دیدگاه آن‌ها. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره ۲ (شماره ۴): ۶۲-۵۵.

15- Garbutt J, Brownstein DR, Klein EJ, et al. Reporting and disclosing medical errors. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161 (2): 179-85.

16- Kaldjian LC, Jones EW, Wu BJ, Forman-Hoffman VL, Levi BH, Rosenthal GE. Disclosing medical errors to patients: attitudes and practices of physicians and trainees. *J Gen Intern Med* 2007; 22 (7): 988-96.

17- Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, et al. US and Canadian physicians' attitude and experiences regarding disclosing errors to patients. *Arch Intern Med* 2006; 166 (15): 1605-11.

1- Cassel CK. The patient -physician covenant: an affirmation of asklepios. *Ann Intern Med* 1996; 124 (6): 604-6.

2- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152 (9):1423-33.

3- Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE Jr. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med* 1996; 124 (5): 497-504.

4- Hebert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error. *CMAJ* 2001; 164 (4): 509-13.

5- Pernal-Wallag MS. Patient Safety Toolkit: Disclosure Chapter. THE UNIVERSITY OF MICHIGAN. <http://www.med.umich.edu/patientsafetytoolkit/overview.htm#dc> (access in June 2005)

6- Hammami MM, Attalah S, Al Qadire M. Which medical error to disclose to patients and by whom? Public preference and perceptions of norm and current practice. *BMC Med Ethics* 2010; 11:17.

7- Matlow AG, Moody L, Laxer R, Stevens P, Goia C, Friedman JN. Disclosure of medical error to parents and paediatric patients: assessment of parents' attitudes and influencing factors. *Arch Dis Child* 2010; 95 (4): 286-90.

8- Hobgood C, Peck CR, Gilbert B, Chappell K, Zou B. Medical errors-what and when: what do patients want to know? *Acad Emerg Med* 2002; 9 (11): 1156-61.

9- Hingorani M, Wong T, Vafidis G. Patients' and doctors' attitudes to amount of information given after unintended injury during treatment: cross sectional,