

## نگرش کادر پرستاری نسبت به ابراز خطاهای پزشکی و ارتباط آن با خطاهای واقعی و فرضی

شورانگیز بیرانوند<sup>۱\*</sup>، فاطمه ولی زاده<sup>۲</sup>، رضا حسین آبادی<sup>۱</sup>، مهدی صفری<sup>۳</sup>

### مقاله ی پژوهشی

#### چکیده

علیرغم تلاش کارکنان مراقبت بهداشتی بروز خطاهای پزشکی غیر قابل اجتناب هستند و افشای خطاهای پزشکی خواسته و حق بیماران است. هدف این مطالعه تعیین نگرش کادر پرستاری نسبت به ابراز خطاهای پزشکی و ارتباط آن با افشای خطاهای واقعی و فرضی بود. در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۱۸۰ نفر از کادر پرستاری شاغل در بیمارستان های آموزشی شهر خرم آباد به روش نمونه گیری سهمیه ای و غیر احتمالی در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه ای روا و پایا بود که شامل سؤالاتی در مورد نگرش پرستاران نسبت به افشای خطاهای پزشکی، سابقه ی انجام و گزارش خطاهای واقعی و سناریوهایی جهت بررسی تمایل به گزارش خطاهای فرضی بود. داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ی ۱۸ تجزیه و تحلیل شد. یافته ها نشان داد، میانگین کلی نگرش کادر پرستاری نسبت به افشای خطاهای پزشکی  $14/4 \pm 80/50$  بود. میانگین نگرش افراد با سابقه ی افشای خطاهای واقعی جزئی ( $P < 0/02$ ) و افراد متمایل به افشای خطاهای فرضی که منجر به آسیب جزئی ( $P < 0/001$ )، متوسط ( $P < 0/001$ ) و عمده ( $P < 0/003$ ) می شود به طور معنی داری نسبت به کسانی که تمایل به افشای این خطاها نداشتند، بیش تر بود. اما بین نگرش افراد با سابقه افشای خطاهای واقعی منجر به آسیب عمده ( $P = 0/64$ ) نسبت به کسانی که این خطاها را گزارش نکرده بودند تفاوت معنی داری وجود نداشت. نگرش پرستاران نسبت به افشای خطاهای پزشکی در حد متوسط بود که در عمل احتمال پنهان کردن خطاها را بیش تر می کند.

واژگان کلیدی: خطای پزشکی، افشا، خطاهای واقعی و فرضی، پرستار

<sup>۱</sup> مربی، گروه پرستاری، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اهواز و مربی دانشکده ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

<sup>۳</sup> مربی، گروه آمار حیاتی، دانشکده ی بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد

\* نشانی: خرم آباد، کمالوند، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری و مامایی، صندوق پستی: ۲۸۱۳۵۱۶۹۸.

تلفن: ۰۶۶۱ - ۶۲۰۰۱۴۰. Email: [shorangizbiranvand@yahoo.com](mailto:shorangizbiranvand@yahoo.com)

## مقدمه

کوتاهی در رعایت استانداردها و دستورالعمل‌های مراقبتی که مبنای آن‌ها وظایف و مسئولیت‌های مصوب بهداشت و درمان و منابع معتبر علمی است به عنوان قصور تلقی می‌شود که معمولاً به این موارد سهل‌انگاری یا غفلت در امر مراقبت مددجو گفته می‌شود (۱). خطا جزء لاینفک زندگی انسان است زیرا بسیاری از خطاها از همان فرآیند طبیعی، روان شناختی و سازگاری رفتاری سرچشمه می‌گیرند که رفتارهای صحیح مهارتی را ایجاد می‌کنند. نه تنها هر انسانی ممکن است مرتکب خطا و اشتباه شود بلکه همه‌ی کارکنان تیم مراقبت درمانی و سلامت بدون در نظر گرفتن این که چه قدر ماهر، متعهد و با دقت هستند نیز در انجام مهارت‌های حرفه‌ای اشتباه می‌کنند (۲). خطاها هشتمین علت شایع مرگ و میر در آمریکا هستند و سالانه ۴۴ تا ۹۸ هزار بیمار بر اثر اشتباهات و خطاهای پزشکی جان خود از دست می‌دهند (۳)، در حالی که سالانه ۴۳۴۵۸ مرگ در اثر حوادث موتوری، ۴۲۲۹۷ مرگ به علت سرطان پستان و ۱۶۵۱۶ مرگ ناشی از بیماری‌های ایدز اتفاق می‌افتد (۴). علیرغم پیشرفت‌های قابل توجه در تکنولوژی و مهارت‌های مراقبت سلامت، بسیاری از بیماران در اثر خطاهای پزشکی دچار آسیب یا مرگ می‌شوند و میزان بلایای این خطاها هزینه‌های گزافی را به دنبال دارد. بخش قابل ملاحظه‌ای از خطاهای پزشکی توسط پرستاران و در هنگام ارائه خدمات مراقبتی به وقوع می‌پیوندد به طوری که سالانه منجر به مرگ و آسیب رسانی به هزاران نفر و همچنین افزایش هزینه‌های درمان می‌شود (۵). خطاهای پزشکی یکی از مشکلات جدی در سلامت عمومی و تهدیدی برای ایمنی بیمار محسوب می‌شوند. مساله ایمنی بیمار نقشی برجسته در مراقبت سلامت ایفا می‌کند (۶). از آنجا که مراقبت با کیفیت بالا، پایه و اساس ایمنی بیمار است. جهت پیشرفت ایمنی بیمار سیستم مراقبت بهداشتی باید از خطاها

آگاه باشد تا چاره‌جویی‌های مؤثری را جهت پیشگیری از آن‌ها به کار ببندد و اعتماد بیماران را به سیستم مراقبت‌های بهداشتی افزایش دهد (۷). بیماران مایلند که خطاهای پزشکی بازگو شوند تا از نتایج غیر منتظره در مراقبت خود، آگاهی پیدا کنند؛ اما کارکنان مراقبت بهداشتی به علت مسائل قانونی، دادخواهی و اختلال در روابط با بیمار، خطاها را بازگو نمی‌کنند (۸). برای آن‌ها مشکل است که به بیمار و خانواده‌ی وی توضیح دهند که تلاش آن‌ها منجر به آسیب بیمار شده است (۹). کارشناسان معتقدند افشای خطا از نظر اخلاقی کاملاً درست و سبب رضایت‌مندی و افزایش اعتماد بیمار به سیستم مراقبت بهداشتی می‌شود (۸) و از نظر قانونی کارکنان بهداشتی باید بیماران را از حقایق و آنچه که برای آن‌ها اتفاق افتاده است آگاه نمایند که یک قسمت مهم از پاسخ به خطا است و جزء استانداردها و قوانین در هر بیمارستانی می‌باشد (۱۰). این آشکارسازی در کاهش اثرات سوء خطا، کاهش هزینه‌های مالی سازمان و بیمار، ترمیم به موقع صدمه، کوتاه شدن طول اقامت بیمار در بیمارستان، کاهش هزینه‌های مالی و پیشگیری از بروز خطاهای مشابه در آینده موثر است (۱۱). متأسفانه، بر خلاف فواید بی‌شمار و پایه‌های اخلاقی افشای خطا و علیرغم خواست بیماران، پژوهش‌ها نشان داده که بین خواست بیماران و آنچه عملاً در وقوع خطا و افشای آن انجام می‌شود اختلاف وجود دارد (۱۲)؛ زیرا بعد از اعلام گزارش خطا اولین اقدامی که انجام می‌شود تنبیه افراد خطا کار است که واضح‌ترین پیامد آن روند هراس از تنبیه در نتیجه عدم گزارش خطاست (۱۳). با این حال میزان افشای خطا ۲۴-۹۴ درصد گزارش شده است که این تفاوت مربوط به جمع‌آوری اطلاعات، طراحی مطالعه و تعریف افشا می‌باشد (۷). نتایج مطالعات حاکی از آن است که افشای خطا سبب ارتباط قوی بین بیمار و پزشک، رضایت و اعتماد بیمار می‌شود (۱۴). مطالعه‌ای توسط Kaldjian و همکاران در سال ۲۰۰۷ تحت

سمت، سابقه‌ی کار، وضعیت تأهل، استخدام، تحصیلات، مذهب و اعتقادات مذهبی و سؤالاتی در مورد سابقه‌ی شرکت در جلسه پزشکی قانونی واحدهای مورد پژوهش بود. بخش دوم شامل ۲۸ سؤال در مورد نگرش پرستاران نسبت به افشای خطاهای پزشکی بود که با استفاده از مروری بر متون تهیه شد؛ مضمون این سؤالات، شامل فاکتورهای تسهیل‌کننده و بازدارنده‌ی افشای خطا به بیماران بود که به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، بی تفاوت=۳، موافقم=۴، کاملاً موافقم=۵ نمره‌گذاری شد. در مورد سؤالات معکوس روند نمره‌گذاری معکوس شد. حداقل نمره‌ی کل پرسشنامه ۲۸ وحداکثر آن ۱۴۰ بود. نمره‌ی (۵۶-۲۸) نگرش ضعیف یا نامناسب، نمره‌ی (۸۴-۵۷) نگرش متوسط یا بی تفاوت و نمره‌ی (۱۴۰-۸۵) نگرش خوب یا مناسب در نظر گرفته شد. بخش سوم پرسشنامه شامل، دو سؤال بلی و خیر بود؛ یکی در مورد تجربه‌ی افشای خطای واقعی جزئی (خطایی که منجر به عوارض غیر جدی و افزایش طول مدت بستری می‌شود) و دیگری در مورد تجربه‌ی خطای واقعی عمدۀ (خطایی که منجر به آسیب عمدۀ و تهدید جان بیمار شود) بود که از واحدهای مورد پژوهش سؤال شده بود که آیا این خطاها را مرتکب شده‌اند و در صورت ارتکاب به بیمار یا خانواده‌اش اطلاع داده‌اند یا خیر و بخش چهارم، شامل سناریویی در مورد افشای خطای فرضی بود که بیماری با نارسایی قلبی بستری شده و پرستار داروی اشتباهی به وی داده در صورتی که سه حالت آسیب جزئی، متوسط و عمدۀ برای بیمار پیش آید واحدهای مورد پژوهش تا چه حد تمایل دارند که این خطا را به بیمار و خانواده افشا نمایند. جهت روایی از روش اعتبار محتوی استفاده شد و پرسشنامه به ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی خرم‌آباد داده شد و نظرات اصلاحی ایشان لحاظ شد و جهت پایایی از مطالعه مقدماتی و آزمون مجدد استفاده شد. به این صورت که پرسشنامه به ۱۵ نفر از واحدهای مورد پژوهش به

عنوان بررسی نگرش و عملکرد پزشکان و پرستاران نسبت به افشای خطاهای پزشکی به بیماران انجام شد. نتایج حاکی از آن بود که ۹۷ درصد و ۹۳ درصد از واحدهای مورد پژوهش مایل بودند به ترتیب خطاهای فرضی منجر به آسیب جزئی و خطاهای فرضی منجر به آسیب عمدۀ به بیماران را بازگو کنند؛ در صورتی که ۴۱ درصد از واحدهای مورد پژوهش، خطاهای واقعی منجر به آسیب جزئی و ۵ درصد آن‌ها خطاهای واقعی منجر به آسیب عمدۀ به بیماران را افشا کرده بودند و یک خلاً بین نگرش و عملکرد آن‌ها در ارتباط با افشای خطا وجود داشت (۹). افشای خطا یک مسؤولیت حرفه‌ای و قسمت مهمی از سیستم مراقبت بهداشتی است. لذا، این مطالعه با هدف تعیین نگرش کادر پرستاری نسبت به افشای خطاهای پزشکی و ارتباط آن با افشای خطاهای واقعی و فرضی انجام شد.

#### روش کار

این مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی است که در آن نگرش پرستاران نسبت به ابراز خطای پزشکی به بیماران در اردیبهشت ماه تا شهریور ماه سال ۱۳۹۱ در بیمارستانهای آموزشی شهر خرم‌آباد (شهدای عشایر، مدنی و حاج کریم عسلی) بررسی شد. نمونه پژوهش شامل ۱۸۰ نفر از کادر پرستاری (پرستار، بهیار، تکنسین اتاق عمل و بیهوشی) بود که مایل به شرکت در مطالعه بودند و بیش‌تر از شش‌ماه سابقه‌ی کار داشتند. روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای و غیر احتمالی در دسترس بود؛ بدین صورت که از سه بیمارستان آموزشی شهر خرم‌آباد به نسبت کارکنان پرستاری واجد شرایط مطالعه، نمونه‌ی لازم در بیمارستان تعیین و پس از مراجعه تا تکمیل نمونه‌ی لازم از هر بیمارستان مطالعه ادامه یافت. محیط این پژوهش بخش‌های ویژه، اورژانس، داخلی، جراحی، کودکان، نوزادان و اتاق عمل بود. روش گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ی خود گزارشی چندبخشی بود. بخش اول شامل مشخصات فردی و شغلی شامل سن، جنس، نوع بخش،

درصد) واحدهای مورد پژوهش را زنان تشکیل دادند، ۵۴/۴ درصد متأهل بودند، اکثر واحدهای مورد پژوهش ۸۰/۷ درصد دارای مدرک کارشناسی پرستاری بوده، ۵۱/۷ درصد سابقه کار کم تر از ۵ سال داشتند، ۷۰/۶ درصد استخدام پیمانی، ۸۲/۲ درصد دارای شیفت کاری در گردش و ۵۵/۶ درصد در بخش های اورژانس و ویژه مشغول به کار بودند. ۷۱/۷ درصد آنها عفو و بخشش از اصول اعتقادی شان بوده و ۸۲/۲ درصد آنها از نظر وضعیت مذهبی در حد اعتدال بودند و ۲۳/۹ درصد از واحدهای مورد پژوهش (۲۰ درصد به عنوان شاهد و ۳/۹ درصد به عنوان متهم) در یک جلسه قانونی شرکت کرده بودند (جدول شماره ۱ و ۲).

فاصله ۱۵ روز داده شد که ضریب همبستگی ۷۵ درصد به دست آمد. جمع آوری داده ها از طریق مراجعه حضوری در بخش و توزیع پرسشنامه بی نام و غیر قابل شناسایی انجام شد. جهت ملاحظات اخلاقی، هدف از انجام پژوهش به واحدهای مورد پژوهش توضیح داده شد، و در خصوص اطلاعات شخصی آنها اصل رازداری رعایت شد و از ذکر نام افراد در مطالعه خودداری شد. اطلاعات جمع آوری شده با آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آزمون های آنالیز واریانس، Independent T-Test و Chi - square تجزیه و تحلیل شد.

### نتایج

بر اساس نتایج بدست آمده بیشترین درصد (۸۷/۲)

جدول شماره ۱- ارتباط بین نگرش پرستاران نسبت به ابراز خطاهای پزشکی با مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش

P- value	انحراف و میانگین	تعداد و درصد	وضعیت	متغیرها
۰/۶۷	۸۰/۶۶ ± ۱۴/۸۱	۱۵۷(۸۷/۲)	زن	جنس
	۷۹/۳ ± ۱۱/۷۴	۲۳(۱۲/۸)	مرد	
۰/۰۰۷	۸۳/۳۵ ± ۱۳/۷۷	۹۸(۵۴/۴)	متأهل	وضعیت تأهل
	۷۷/۳۹ ± ۱۴/۵۷	۸۰(۴۴/۴)	مجرد	
	۶۵ ± ۸/۴۸	۲(۱/۱)	سایر	
۰/۸۵	۷۹/۱ ± ۱۴/۶۶	۲۷(۱۵)	شدیداً مذهبی	وضعیت مذهبی
	۸۰/۷ ± ۱۴/۴۶	۱۴۸(۸۲/۲)	میان‌ه‌رو	
	۸۱/۶ ± ۱۴/۸۴	۵(۲/۸)	بی تفاوت	
۰/۲۹	۸۱/۳۵ ± ۱۴/۸۷	۱۲۹(۷۱/۷)	بلی	اعتقاد به عفو و بخشش
	۷۲/۶ ± ۱۶/۹۶	۵(۲/۸)	خیر	
	۷۸/۹۳ ± ۱۲/۷۴	۴۶(۲۵/۶)	تا حدی	

جدول شماره ۲ - ارتباط بین نگرش پرستاران نسبت به ابراز خطاهای پزشکی با مشخصات شغلی واحدهای مورد پژوهش

P- value	انحراف و میانگین	تعداد و درصد	وضعیت	متغیرها
۰/۱۹۳	۷۹/۳۵ ± ۱۴/۹	۹۳(۵۱/۷)	کم تر از ۵ سال	سابقه کار
۰/۰۳۲	۷۹/۱۰ ± ۱۲/۵۲	۳۷(۲۰/۶)	۵-۱۰ سال	
	۸۳/۶۴ ± ۱۴/۶۷	۵۰(۲۷/۸)	بیش تر از ۱۰ سال	

۰/۰۱۳	۷۸/۹۵±۱۴/۳۳	۱۴۵(۸۰/۶)	پرستاری	رشته‌ی تحصیلی
	۹۱/۷۵±۹/۰۷	۱۲(۶/۷)	بیهوشی	
	۸۴/۲۷±۱۴/۶۳	۱۸(۱۰)	تکنسین اتاق عمل	
	۸۴/۸۰±۱۵/۴۳	۵(۲/۸)	بهبیار	
۰/۸۲	۸۱/۵۵±۱۵/۶	۹	بلی	داشتن پست مدیریتی
	۸۰/۴۳±۱۴/۴۲	۱۷۱	خیر	
۰/۰۵۳	۸۶±۱۰/۹۹	۴(۲/۲)	دفتر پرستاری	بخش محل خدمت
	۷۱/۹۰±۱۲/۳۴	۱۱(۶/۱)	داخلی	
	۸۶±۱۳/۱۷	۲۲(۱۲/۲)	اتاق عمل	
	۸۱/۱۳±۱۴/۸۳	۱۰۰(۵۵/۶)	اورژانس و ویژه	
	۷۷/۸۸±۱۳/۸۴	۴۳(۲۳/۹)	جراحی	
۰/۰۵	۸۶/۴±۱۶/۲	۳۰(۱۶/۷)	عسلی	بیمارستان محل خدمت
	۷۹/۸۵±۱۴	۵۶(۳۱/۱)	مدنی	
	۷۹±۱۳/۸	۹۴(۵۲/۲)	عشایر	
۰/۰۵۷	۷۵/۵±۱۳/۳۵	۲۰(۱۱/۱)	صبح	نوبت کاری
	۸۱/۶±۱۸/۱۵	۸(۴/۴)	عصر	
	۹۶/۷۵±۱۹/۱۹	۴(۲/۲)	شب	
	۸۰/۶۶±۱۴/۰۳	۱۴۸(۸۲/۲)	گردشی	
۰/۷۵	۸۰/۵۱±۱۴/۶۲	۱۲۷(۷۰/۶)	رسمی و پیمانی	وضعیت استخدام
	۸۱/۴۳±۱۴/۱۰	۳۷(۲۰/۶)	طرحی	
	۷۸/۱۸±۱۴/۳۶	۱۶(۸/۹)	سایر	
۰/۶	۸۱/۳۲±۱۴/۲	۴۳(۲۳/۹)	بلی	حضور در دادگاه
	۸۰/۲۱±۱۴/۶	۱۳۷(۷۶/۱)	خیر	
۰/۶۷	۸۱/۱۱±۱۵/۵	۳۵(۲۰)	شاهد	در صورت حضور در دادگاه
	۸۲/۵۷±۶	۸(۳/۹)	متهم	

هم‌چنین، میانگین و انحراف معیار نگرش کلی کادر پرستاری نسبت به افشای خطاهای پزشکی  $۸۰/۵۰±۱۴/۴$  بود که در حد متوسط ارزیابی شد. در بررسی سؤالات  $۷۴/۵$  درصد واحدهای مورد پژوهش افشای خطا را وظیفه اخلاقی و نشانه تعهد دانستند و  $۶۰$  درصد آن‌ها معتقد بودند که افشای خطا سبب کاهش عذاب وجدان می‌شود. ولی به دلیل واکنش منفی بیمار و خانواده

( $۷۴/۵$  درصد)، دادخواهی و سوءسابقه ( $۶۷/۸$  درصد)، بدگمانی و عدم اعتماد بیمار به پرسنل ( $۶۷/۱$  درصد)، نامناسب بودن واکنش مدیر سازمان به شخص خطاکار ( $۶۲/۳$  درصد)، تنبیه حرفه‌ای از طرف سازمان ( $۶۱/۱$ )، تأثیر افشای خطا در ارزشیابی سالیانه ( $۵۱/۶$  درصد)، کسرحقوق ( $۴۳/۴$  درصد) و عدم وجود پشتیبان و حامی ( $۷۶/۱$  درصد)، خطاهای شغلی را افشا نکردند (جدول شماره ۳).

هم‌چنین، میانگین و انحراف معیار نگرش کلی کادر پرستاری نسبت به افشای خطاهای پزشکی  $۸۰/۵۰±۱۴/۴$  بود که در حد متوسط ارزیابی شد.

در بررسی سؤالات  $۷۴/۵$  درصد واحدهای مورد پژوهش افشای خطا را وظیفه اخلاقی و نشانه تعهد دانستند و  $۶۰$  درصد آن‌ها معتقد بودند که افشای خطا سبب کاهش عذاب وجدان می‌شود. ولی به دلیل واکنش منفی بیمار و خانواده

جدول شماره ۳ - میانگین و انحراف معیار نگرش پرستاران نسبت به ابراز خطاهای پزشکی

میانگین و انحراف معیار هر سؤال	کاملاً موافق (تعداد و درصد)	موافق (تعداد و درصد)	بی تفاوت (تعداد و درصد)	مخالف (تعداد و درصد)	کاملاً مخالف (تعداد و درصد)	سؤالات افشای خطا
۲/۸۲±۱/۳۱	۲۵(۱۳/۹)	۴۳(۲۳/۹)	۷(۳/۹)	۸۴(۴۶/۷)	۲۱(۱۱/۷)	۱. خطاهای جزئی باید برای بیمار یا خانواده افشا شود.
۳/۰۷±۱/۲۶	۲۰(۱۱/۱)	۷۱(۳۹/۴)	۷(۳/۹)	۶۵(۳۶/۱)	۱۷(۹/۴)	۲. خطاهای عمده و مهم باید برای بیمار یا خانواده افشا شوند.
۳/۱۷±۱/۳۲	۲۴(۱۳/۳)	۴۸(۲۶/۷)	۴(۲/۲)	۸۱(۴۵)	۲۴(۱۳/۳)	۳. افشای هر نوع خطا ضرورتی نداشت.
۲/۹۸±۱/۳۵	۳۲(۱۷/۹)	۵۱(۲۸/۵)	۳(۱/۷)	۷۶(۴۲/۵)	۱۸(۱۰/۱)	۴. افشای خطا باعث دردسر و ایجاد مشکل می‌شود.
۳/۱۶±۱/۳۱	۲۵(۱۳/۹)	۴۵(۲۵)	۷(۳/۹)	۸۲(۴۵/۶)	۲۱(۱۱/۷)	۵. افشای خطا فقط وقتی ضروریست که خطا آشکار باشد.
۳/۷۲±۱/۱۹	۴۸(۲۶/۷)	۸۶(۴۷/۸)	۲(۱/۱)	۳۶(۲۰)	۸(۴/۴)	۶. افشای خطا وظیفه‌ی اخلاقی و نشانه تعهد فرد است.
۳/۲۸±۱/۲۸	۲۸(۱۵/۶)	۸۰(۴۴/۴)	۳(۱/۷)	۵۳(۲۹/۴)	۱۶(۸/۹)	۷. احساس گناه و عذاب وجدان را کاهش می‌دهد.
۲/۳۷±۱/۲۳	۴۸(۲۶/۷)	۷۷(۴۲/۸)	۲(۱/۱)	۴۶(۲۵/۶)	۷(۳/۹)	۸. افشای خطا اگر سبب سوء سابقه شغلی و پیگیری قضایی نشود بهتر است.
۲/۳۹±۱/۲۱	۴۵(۲۵)	۷۷(۴۲/۸)	۶(۳/۳)	۴۶(۲۵/۶)	۶(۳/۳)	۹. در صورت افشای خطا نگران دادخواهی و سوء سابقه می‌باشم.
۳/۳۴±۱/۳۳	۳۷(۲۰/۶)	۶۹(۳۸/۳)	۸(۴/۴)	۴۹(۲۷/۲)	۱۷(۹/۴)	۱۰. افشای خطا، احتمال شکایت قانونی کم‌تر است.
۲/۸۹±۱/۲۵	۱۵(۸/۳)	۶۷(۳۷/۲)	۱(۰/۶)	۷۸(۴۸/۳)	۱۹(۱۰/۶)	۱۱. سبب درک بیمار از آنچه که برایش اتفاق افتاده می‌شود.
۳/۰۳±۱/۳۷	۳۰(۱۶/۷)	۵۸(۳۲/۲)	۲(۱/۱)	۶۷(۳۷/۲)	۲۳(۱۲/۸)	۱۲. فرایند درمان وی را آسان می‌کند.
۲/۵۳±۱/۳۴	۱۷(۹/۴)	۴۳(۲۳/۹)	۴(۲/۲)	۷۱(۳۹/۴)	۴۵(۲۵)	۱۳. اعتماد بیمار را به پرسنل تقویت می‌کند.
۲/۳۷±۱/۲۱	۴۳(۲۳/۹)	۸۸(۴۸/۹)	۳(۱/۷)	۳۵(۱۹/۴)	۱۱(۶/۱)	۱۴. افشای خطای پزشکی به ماهیت اطلاعات (مفید یا مضر بودن) بستگی دارد.
۲/۳۱±۱/۱۸	۴۳(۲۳/۹)	۹۱(۵۰/۶)	۲(۱/۱)	۳۵(۱۹/۴)	۹(۵)	۱۵. سبب واکنش منفی بیمار و خانواده می‌شود.
۲/۶۷±۱/۳۵	۴۴(۲۴/۶)	۵۷(۳۱/۸)	۶(۳/۳)	۶۰(۳۳/۵)	۱۳(۷/۳)	۱۶. باعث اضطراب و ناراحتی بیماران می‌شود.
۲/۴۴±۱/۲۸	۴۷(۲۶/۳)	۷۳(۴۰/۸)	۳(۱/۷)	۴۶(۲۵/۷)	۱۰(۵/۶)	۱۷. باعث بدگمانی بیماران به پرسنل می‌شود.
۳/۳۵±۱/۲۲	۳۰(۱۶/۸)	۷۶(۴۲/۵)	۹(۵)	۵۶(۳۱/۳)	۹(۵)	۱۸. حق بیمار است که حقیقت را بدانند.
۳/۴۲±۱/۲۴	۳۷(۲۰/۶)	۷۲(۴۰)	۹(۵)	۵۴(۳۰/۲)	۸(۴/۴)	۱۹. اگر حقیقت گفته نشود نمی‌توان از بیمار رضایت آگاهانه گرفت.
۳/۳۸±۱/۲۰	۲۸(۱۵/۶)	۸۰(۴۴/۴)	۱۶(۸/۹)	۴۴(۲۴/۶)	۱۲(۶/۷)	۲۰. عدم افشا، بیمار را از اقدامات پیگیرانه محروم می‌کند.

۲/۵۶±۱/۲۶	۴۰(۲۲/۲)	۷۰(۳۸/۹)	۸(۴/۴)	۵۳(۲۹/۴)	۹(۵)	۲۱. سبب تنبیه حرفه‌ای شخص خطا کار از طرف سازمان می‌شود.
۲/۷۶±۱/۳۱	۳۲(۱۷/۸)	۷۱(۳۹/۴)	۱(۰/۶)	۶۱(۳۳/۹)	۱۵(۸/۳)	۲۲. سرزنش توسط همکاران
۲/۹۱±۱/۲۸	۲۶(۱۴/۴)	۶۴(۳۵/۶)	۳(۱/۷)	۷۴(۴۱/۱)	۱۳(۷/۲)	۲۳. از دست دادن اعتبار نزد همکاران
۲/۷۹±۱/۳۱	۳۰(۱۶/۶)	۷۱(۳۹/۴)	۱(۰/۶)	۶۳(۳۵)	۱۵(۸/۳)	۲۴. تبلیغ منفی از طرف دیگران
۳/۱۵±۱/۲۹	۱۹(۱۰/۶)	۵۹(۳۲/۸)	-	۸۰(۴۴/۴)	۲۲(۱۲/۲)	۲۵. تأثیر خطا در کسر حقوق
۲/۹۳±۱/۳۳	۲۵(۱۳/۹)	۶۸(۳۷/۸)	۲(۱/۱)	۶۴(۳۵/۶)	۲۱(۱۱/۷)	۲۶. تأثیر خطا در نمره‌ی ارزشیابی سالیانه
۲/۶۳±۱/۳۱	۳۹(۲۱/۷)	۷۳(۴۰/۶)	۱(۰/۶)	۵۲(۲۸/۹)	۱۵(۸/۳)	۲۷. نامتناسب بودن واکنش مدیر سازمان به شخص خطاکار
۲/۱۰±۱/۱۶	۶۵(۳۶/۱)	۷۲(۴۰)	۱۰(۵/۶)	۲۶(۱۴/۴)	۷(۳/۹)	۲۸. عدم وجود پشتیبان و حامی
۸۰/۵۰±۱۴/۴						میانگین و انحراف معیار کل سؤالات نگرش

که تمایل به افشای خطاهای فرضی منجر به هر سه نوع آسیب جزئی، متوسط و عمده داشتند نسبت به کسانی که تمایلی به افشای این خطاها نداشتند به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بود ( $P < 0/05$ ).

آنالیز واریانس بین میانگین و انحراف معیار نمره نگرش کادر پرستاری نسبت به افشای خطاها برحسب انجام و گزارش خطاهای واقعی جزئی تفاوت معنی‌داری نشان داد. آزمون post hoc تفاوت معنی‌داری بین میانگین نگرش پرستاری که مرتکب خطای جزئی شده و به بیمار یا خانواده گزارش داده بودند با کسانی که این خطاها را اطلاع نداده بودند نشان داد ( $P = 0/021$ ).

نتایج مطالعه در ارتباط با تعیین نگرش کادر پرستاری نسبت به افشای خطاها برحسب انجام و گزارش خطای واقعی عمده تفاوت معنی‌داری بین واحدهای مورد پژوهش نشان نداد ( $P = 0/77$ ) (جدول شماره‌ی ۴).

در خصوص رابطه‌ی نگرش کادر پرستاری نسبت به افشای خطاهای پزشکی با مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش بین متغیرهایی نظیر نوع بیمارستان، وضعیت تأهل، رشته و وضعیت تحصیلی و نوبت کاری واحدهای مورد پژوهش و نگرش کادر پرستاری نسبت به افشای خطاهای پزشکی ارتباط معنی‌داری وجود داشته است و در آزمون post hoc میانگین نگرش متأهل‌ها ( $P = 0/015$ )، شب‌کارها ( $P = 0/036$ )، تکنسین‌های بیهوشی ( $P = 0/015$ ) و پرسنل شاغل در بیمارستان زنان و زایمان ( $P = 0/04$ ) بالاتر بود. ولی در ارتباط با جنس، بخش و سابقه‌ی محل خدمت، وضعیت استخدام، بیان اعتقاد مذهبی، اعتقاد به عفو و بخشش و حضور در دادگاه به‌عنوان شاهد یا متهم ارتباط معنی‌دار نبود (جدول شماره‌ی ۱ و ۲).

نتایج پژوهش در ارتباط با تعیین نگرش کادر پرستاری نسبت به افشای خطاها برحسب تمایل به افشای خطاهای فرضی نشان داد، که میانگین و انحراف معیار نگرش افرادی

جدول شماره ۴ - نگرش پرستاران نسبت به افشای خطاهای پزشکی برحسب سابقه انجام و گزارش خطاهای واقعی و فرضی

P- value	میانگین و انحراف معیار	تعداد و درصد	وضعیت	نوع خطا
۰/۰۲	۹/۶±۹۰/۵	۸(۴/۴)	مرتکب خطا شده و اطلاع داده	خطای واقعی جزئی
	۱۹/۰۳±۷۳/۳۰	۱۳(۷/۲)	مرتکب خطا شده و اطلاع نداده	
	۱۳/۹۷±۸۰/۵۷	۱۵۹(۸۸/۳)	مرتکب خطا نشده	
۰/۷۷	۲۰/۸۱±۷۷/۶۶	۳(۱/۷)	مرتکب خطا شده و اطلاع داده	خطای واقعی عمده
	۱۴/۶۷±۸۵	۴(۲/۲)	مرتکب خطا شده و اطلاع نداده	
	۱۴/۴۰±۸۰/۴۳	۱۷۳(۹۶/۱)	مرتکب خطا نشده	
۰/۰۰۰	۱۰/۳±۸۸/۱۵	۲۷(۱۵)	افشا	خطای فرضی منجر به آسیب جزئی به بیمار
	۱۴/۶±۷۹/۱۵	۱۵۳(۸۵)	عدم افشا	
۰/۰۰۰	۱۲/۰۷±۹۰/۶۵	۴۵(۲۵)	افشا	خطای فرضی منجر به آسیب متوسط به بیمار
	۱۳/۵۶±۷۷/۱۲	۱۳۵(۷۵)	عدم افشا	
۰/۰۰۳	۱۴/۰۲±۸۶/۳۵	۴۰(۲۲/۲)	افشا	خطای فرضی منجر به آسیب عمده به بیمار
	۱۴/۱۶±۷۸/۸۲	۱۴۰(۷۷/۸)	عدم افشا	

## بحث

اضطراب و نگرانی، کاهش اعتبار و اعتماد حرفه‌ای و اجتماعی و ترس دوباره از دست دادن شغل، آنان را از آشکارسازی باز می‌دارد (۵). مطالعات سه علت را جهت این فاصله در افشای خطا ذکر می‌کنند: اول این‌که پذیرفتن خطایی که سبب آسیب به بیمار شده برای پرسنل مراقبت بهداشتی از نظر روحی مشکل است؛ دوم این‌که پرسنل مراقبت بهداشتی در مورد افشای خطاها آموزش ندیده‌اند و مهارت در افشای خطاها را ندارند و علت سوم بزرگترین مانع برای عدم افشا، ترس از دادخواهی است (۱۵). یکی از روش‌های افزایش ایمنی بیماران در امر مراقبت از آن‌ها افشای حوادث ناگوار به بیماران و خانواده آن‌هاست و این آشکارسازی نه تنها برای بیماران و خانواده آنان بلکه برای کارکنان مراقبت بهداشتی مفید است، زیرا در صورت افشای خطاها فشار روحی ناشی از ارتکاب آن را ندارند (۱۶).

مطالعه‌ی کیفی Vozikis در سال ۲۰۰۹ با هدف ترسیم یک مدل پنداشتی از فاکتورهای تسهیل‌کننده و باز دارنده‌ی

نتایج نشان داد نگرش کادر پرستاری نسبت به افشای خطاهای پزشکی به بیماران در حد متوسط بود که ممکن است در عمل، احتمال پنهان کردن خطاها را بیش‌تر کند. در این مطالعه اکثر واحدهای مورد پژوهش افشای خطا را حق بیمار، ضروری و وظیفه‌ی اخلاقی دانستند که سبب کاهش عذاب وجدان می‌شود. ولی به دلایل نگرانی از دادخواهی، سوءسابقه، پیگیری‌های قضایی، واکنش منفی بیمار و خانواده، بدگمانی و عدم اعتماد بیمار به پرسنل و فاکتورهای سازمانی مانند واکنش نامناسب مدیر، تنبیه حرفه‌ای از طرف سازمان، و تأثیر خطا در نمره‌ی ارزشیابی سالیانه، اشتباهات شغلی را گزارش نکرده‌اند. نتایج پژوهش کیفی هاشمی و همکاران در سال ۱۳۹۰ نیز که با هدف تعیین نگرانی‌های پرستاران از آشکارسازی خطاهای پرستاری انجام شد، حاکی از آن بود که اکثریت پرستاران اظهار خطا به بیمار را از حقوق وی می‌دانند و لیکن نگرانی‌های زیادی از جمله مسئولیت قانونی،



آشکارسازی، از اظهار آن به بیمار یا گزارش خطا ترسیده و ممانعت می‌ورزند (۲۰).

بیش‌ترین دلیل پرستاران برای عدم افشای خطاها ترس از شکایات قانونی است و خطاها به علت احساس گناه، شرم، ترس و برجسب یک پرستار بی‌کفایت، از دیدگاه بیماران و پرسنل پوشانده می‌شوند (۲۱). نتایج این مطالعه نشان داد که نگرش واحدهای مورد پژوهش به افشای خطاهای جزئی واقعی که به بیمار و خانواده اطلاع داده بودند نسبت به کسانی که این خطاها را اطلاع نداده بودند بالاتر بود. پژوهش قلندرپور و همکاران نیز بیانگر آن بود که واحدهای مورد پژوهش بیش‌تر خطاهای جزئی واقعی را افشا کرده‌اند تا خطاهای عمده و به علت ترس از قانون (۷۱/۷ درصد)، واکنش هیجانی بیمار (۶۲/۳ درصد) و از دست دادن اعتماد بیمار (۵۶/۶ درصد) مایل به افشای خطاها نبودند و بیش‌تر تمایل به افشای خطاهای جزئی و عمده داشتند و فقط ۱۶/۷ خطاهای پزشکی را به بیماران افشا نمودند (۲۲).

ویژگی و نگرش فردی واحدهای مورد پژوهش مشخصاً در تصمیم آن‌ها به آشکارسازی و عدم آشکارسازی خطاهای حرفه‌ای دخالت دارد (۷). در مورد رابطه‌ی افشای خطاهای پزشکی با مشخصات فردی و شغلی واحدهای مورد پژوهش نتایج حاکی از آن بود که کاردان‌های بیهوشی نگرش بهتری داشتند که ممکن است به علت دریافت آموزش‌های بیش‌تر یا به علت حساسیت بالای شغلی آن‌ها باشد. پرسنل شب‌کار و شاغل در بیمارستان زنان و زایمان نگرش بالاتری در مورد افشای خطا داشتند که احتمالاً به علت حساسیت بیش‌تر شیفت کاری آن‌ها و وقوع بیش‌تر خطا در شیفت شب و بیمارستان‌های زنان و زایمان است. در صورتی که در مطالعه‌ی قلندرپور و همکاران بین نگرش افراد نسبت به افشای خطای پزشکی و مشخصات فردی و شغلی آن‌ها رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت (۲۲). یکی از محدودیت‌های این مطالعه استفاده از روش خودگزارشی جهت جمع‌آوری داده‌هاست؛ هر چند که با

افشای خطاهای پزشکی انجام شد، در این مطالعه ۲۵ گروه متمرکز از پزشکان متخصص، دستیاران، پرستاران، بیماران و مدیران ارشد بیمارستان‌ها جهت مصاحبه در ۵ مرکز دانشگاهی انتخاب شدند. همه‌ی گروه‌ها اعتقاد داشتند که خطاها باید افشا شوند و از دیدگاه آن‌ها عوامل تأثیرگذار بر افشای خطا شامل فرهنگ سازمانی، بیماران، ارائه‌دهندگان مراقبت و ماهیت خطا بود (۱۷).

نتایج پژوهش در این مطالعه نشان داد که نگرش پرسنل پرستاری به افشای خطاهای فرضی در سناریو نسبت به کسانی که مایل به افشای خطا نبودند؛ بالاتر بود. نتایج مطالعه‌ی Sarvadikar و همکاران که با عنوان نگرش به گزارش خطاهای دارویی در بین کارکنان بهداشتی مختلف انجام شد، نشان داد که پزشکان تمایل به گزارش خطاهای دارویی جزئی در سناریوها ندارند ولی پرستاران و داروسازان با گزارش خطاهای جزئی در سناریوها موافقت؛ بنابراین، کارکنان بهداشتی نگرش متفاوتی نسبت به گزارش خطاها دارند (۱۸). در مطالعه‌ی Kaldjian و همکاران سال ۲۰۰۸ که با هدف گزارش خطاهای پزشکی جهت پیشرفت ایمنی بیمار انجام شد ۸۴/۳ درصد شرکت‌کنندگان مایل به افشای خطاها به بیماران بودند. گزارش خطاهای جزئی در سناریوها ۷۳ درصد و خطاهای عمده فرضی ۹۲ درصد بود و ۷/۳ درصد از شرکت‌کنندگان خطای جزئی واقعی و ۳/۸ درصد آن‌ها خطاهای عمده واقعی که سبب مرگ و ناتوانی بیماران می‌شود را گزارش نمودند (۱۹). شاید میزان کم تمایل به ابراز خطا در این مطالعه، عدم حمایت‌های لازم از جامعه‌ی پرستاران، کم توجهی به موضوعات اخلاق حرفه‌ای در حین آموزش دوره‌های مختلف درسی پرستاران و تفاوت فرهنگی - اجتماعی بیماران ایرانی با سایر کشورها از جمله مواردی باشد که می‌تواند این اختلاف را توضیح دهد.

ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به دنبال ارتکاب خطا به دلیل نگرانی درباره‌ی سلامت و ایمنی بیمار و اثرات منفی

## منابع

- 1- Zand S, Ebrahimi Fakhari H. An investigation on the failures of emergency cares of the head injuries referred to Vali-Asr hospital of Arak in 2005. *Sci J Forensic Med* 2008; 14(2): 85-91. [In Persian]
- 2- Mohammadnejad I, Hojati H, Sharifnia M, Ehsani S. Evaluation of medication error in nursing students in four educational hospitals in Tehran. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 3(supp): 60-9. [In Persian]
- 3- Kuhpayehzadeh J, Soltani Arabshahi SK, Bigdeli S, Maryami F. Determine attitudes of TUMS residents towards medical errors self-disclosure and prevalent factors affecting it (1391). *Razi J Medl Sci* 2013; 20(108): 48-60. [In Persian]
- 4- Edwin AK. Non-disclosure of medical errors an egregious violation of ethical principles. *Ghana Med J* 2009; 43(1): 34-9.
- 5- Hashemi F, Nikbakht Nasrabadi A, Asghari F. The obstacles of reporting nursing errors in Iran: a qualitative study. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2011; 4(2): 53-64. [In Persian]
- 6- Grober ED, Bohnen JM. Defining medical error. *Can J Surg* 2005; 48(1): 39-44.
- 7- Fein S, Hilborn L, Kagawa-Singer M, et al. A conceptual model for disclosure of medical errors. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
- 8- Mazor KM, Reed GW, Yood RA, Fischer MA, Baril J, Gurwitz JH. Disclosure of medical errors what factor influence how patient respond? *J Genl Internl Med* 2006; 21(7): 704-10.
- 9- Kaldjian LC, Jones EW, Wu B J, Forman-Hoffman WL, Levi BH, Rosenthal GE. Disclosing medical errors to patients: attitudes and practices of physicians and trianees. *J Genl Internl Med* 2007; 22(7): 988-96.
- 10- Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003; 289(8): 1001-7.
- 11- Hashemi F, Nikbakht Nasrabadi A, Asghari F. Nurse's perceived worries from error disclosure: A qualitative study. *Iran J Nurs Res* 2011; 6(20): 30-43. [In Persian].

استفاده از روش مصاحبه و مطالعات کیفی می‌توان اطلاعات دقیق‌تری به‌دست آورد.

## نتیجه‌گیری

نگرش کادر پرستاری نسبت به افشای خطاهای پزشکی در حد متوسط بود که ممکن است در مرحله‌ی عمل منجر به عدم گزارش خطا شود. نگرش کسانی که تمایل به افشای خطاهای فرضی و خطاهای واقعی جزئی به بیماران داشتند نسبت به کسانی که تمایلی برای ابراز خطا نداشتند بالاتر بود. حذف اقدامات تنبیهی، ایجاد دستورالعمل‌هایی برای گزارش خطا، و برگزاری برنامه‌های آموزشی شناخت و گزارش خطا برای پرستاران می‌تواند احتمال آشکارسازی خطاها و در نتیجه سطح ایمنی بیماران را بهبود بخشد. نتایج به‌دست آمده در این پژوهش می‌تواند در حیطه‌های مختلف پرستاری از جمله مدیریت به منظور جایگزین نمودن فرهنگ تنبیه و سرزنش با فرهنگ ایمنی، برگزاری برنامه‌های آموزشی و شناسایی موانع افشای خطاهای پزشکی و پژوهش پرستاری به‌عنوان مبنایی جهت تحقیقات بعدی مورد بهره‌برداری قرار گیرد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی لرستان می‌باشد که بدین وسیله از حمایت و همکاری معاونت محترم تحفیفات و فناوری دانشگاه و کلیه پرستاران شرکت کننده در طرح صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

- 17- Vozikis A. Information management of medical errors in greece. *Intern J inform manag* 2009; 29(1): 15-26.
- 18- Sarvadikar A , Prescott G , Williams D. Attitudes to reporting medication error among differing healthcare professionals. *Eur J Clin Pharmacol* 2010; 66(8): 843-53.
- 19- Kaldjian LC, Jones EW, Wu BJ , Forman-Hoffman WL, Levi BH , Rosenthal GE. Reporting medical errors to improve patient safety A survey of physicians in teaching hospitals. attitudes and practices physicians and trainees. *Arch Intern Med* 2008; 168(1): 40- 6.
- 20- Wolf ZR, Hughes RG. Error reporting and disclosure. In: Hughes RG, eds. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville; 2008, p.335.
- 21- Hand K, Barber N. Nurses' attitudes and beliefs about medication errors in a UK hospital. *Int J Pharm Pract* 2000; 8(2): 128-34.
- 22- Ghalandarpoorattar M, Kaviani A, Asghari F. Medical error disclosure: The gap between attitude and practice. *Postgrad Med J* 2012; 88(1037): 130- 3.
- 12- Gallagher TH, Hardy Lucas M. Should be we disclosure harmful medical errors to patients? If so how? *J Clin Outcome Manage* 2005; 12(5): 253-9.
- 13- Kabirzadeh A, Bozorgi F, Motamed N, Mohseni saravi B, Gholipour baradari A, Dehbandi M . Survey on attitude of chief managers of hospitals towards voluntary incident reporting system. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2011; 21(84): 131-7. [In Persian]
- 14- Wu AW, Huang IC, Stokes S, Pronovost PJ. Disclosing medical errors to patients: It's not what you say, it's what they hear. *Gen Intern Med* 2009; 24(9): 1012-7.
- 15- Levinson W. Disclosing medical errors to patients: a challenge for health care professionals and institutions. *Patient Educ Couns* 2009; 76(3): 296- 9.
- 16- Lu DW, Guenther E, Wesley AK, Gallagher TH. Disclosure of harmful medical errors in out-of-hospital care. *Ann Emerg Med* 2013; 61(2): 215-21.

## Disclosing medical errors and its relationship to disclosure of actual and hypothetical errors: nursing staff's attitude

Shourangiz Biranvand<sup>\*1</sup>, Fatemeh Valizadeh<sup>2</sup>, Reza Hosseinabadi<sup>1</sup>, Mehdi Safari<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mentor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran;

<sup>2</sup>Nursing PhD Candidate, Ahwaz University of Medical Sciences & Faculty of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran;

<sup>3</sup>Mentor, Department of Biostatistics, Faculty of Health and Nutrition, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

### Abstract

Despite the efforts of health care practitioners, medical errors are inevitable. Disclosure of errors is patients' demand and right. The aim of this study was to determine the nursing staff's attitudes about disclosure of medical errors to patients and its relationship with disclosure of actual and hypothetical errors. In this descriptive cross-sectional study, 180 of the nursing staff employed in the educational hospitals of the city of Khorramabad were selected by non-probability quota and available sampling. Data collection tools were a valid and reliable questionnaire including some questions about the nursing staff's attitude toward disclosing medical errors to patients, recording and reporting actual errors, and scenarios to investigate the tendency of nurses for reporting hypothetical errors. The data was analyzed SPSS software. The findings indicate that the mean score of the nursing staff's attitude about disclosing medical errors to patients was 80.50 14.4. The mean score of the nursing staff's attitudes toward recording minor actual errors ( $P < 0.02$ ) and their tendency to disclose hypothetical errors causing minor injuries ( $P < 0.001$ ), moderate injuries ( $P < 0.001$ ) and major injuries ( $P < 0.003$ ) were meaningfully more than those who did not tend to disclose errors. There was no significant difference between attitudes of nurses with a history of disclosing actual errors that lead to major harms to patients ( $P = 0.64$ ) and those who did not report such medical errors to patients. Attitude of the nursing staff toward disclosing medical errors to patients was at a moderate level, which practically increases the probability of concealing errors.

**Keywords:** medical errors, disclosure, nurses' attitude, actual and hypothetical errors

\*Email: [shorangizbiranvand@yahoo.com](mailto:shorangizbiranvand@yahoo.com)