

## پاسخ اخلاقی به خطای پرستاری

فاطمه هاشمی<sup>۱</sup>

### چکیده

در تحقیقات مرتبط با خطاهای خدمات سلامت (health care errors) کم‌تر به موضوع چگونگی مواجهه‌ی اخلاقی با خطای پرستاری پرداخته شده است. این مطالعه با استفاده از روش مرور منابع این مطلب را مورد جست‌وجو قرار داده است. یافته‌های پژوهش بر چند نکته تأکید دارد: جای‌الخطا بودن انسان، همگانی و غیرقابل اجتناب بودن خطا در خدمات سلامت، چند علتی بودن خطا، و لزوم جایگزینی رویکرد سیستماتیک نسبت به خطا به جای رویکرد فردی. به‌علاوه، پاسخ اخلاقی به خطا شامل آشکارسازی خطا برای بیمار، پوزش خواهی از او و اصلاح صدمه‌ی ناشی از خطا تا سر حد امکان است. مراحل و شیوه‌ی آشکارسازی براساس خط‌مشی و سیاست هر سازمان قابل تدوین و اجرا است. اما قبل از آن، لازم است اقدامات آموزشی و پژوهشی تکمیلی به منظور ترویج فرهنگ رویکرد سیستماتیک نسبت به خطای پرستاری و با هدف تدوین و اجرای فرایند پاسخ اخلاقی به خطا انجام گردد.

**واژگان کلیدی:** اخلاق، پاسخ اخلاقی، خطای پرستاری/خدمات سلامت، آشکارسازی خطا

<sup>۱</sup> مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و همکار با مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

نشانی: شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، گروه آموزش پرستاری کودکان، تلفن: ۰۹۱۷۷۱۴۲۱۱۳

email: Hashemifa@hotmail.com , Hashemif@sums.ac.ir

## مقدمه

انسان آفریده شده است که خطا کند. این جمله‌ای است که انستیتوی پزشکی آمریکا در گزارش سال ۲۰۰۰ خود ضمن بیان آن، توجه دولت و مردم آمریکا را به اشتباهات و خطاهای پزشکی جلب نمود و در نتیجه برداشت رایج جامعه از تیم مراقبت سلامت را مبنی بر این که اشتباهات حرفه‌ای در آن‌ها نادر است، تغییر داد و از بین برد. نتیجه‌ی تحقیق بعدی و منابع دیگر، گزارش مؤسسه‌ی پزشکی آمریکا را تأیید کرد که: سیستم‌های مراقبت سلامت از خطاهای انجام گرفته در آن‌ها گیج و سردرگم هستند (۳-۱).

به‌عنوان مثال، تخمین زده می‌شود که در آمریکا فراوانی مرگ در اثر خطاهای پزشکی بیش از مرگ در اثر سرطان، تصادف با موتورسیکلت یا آیدز باشد (۴). در تحقیق دیگری که بر روی ۱۲۰۷ نفر مردم عامی انجام گردید، مشخص شد که ۴۲ درصد از افراد خطاهای مراقبتی را خود یا خانواده‌شان تجربه کرده‌اند و ۲۴ درصد از آن‌ها از اثرات و عواقب جدی خطا رنج می‌برند (۴). مطالعه‌ی هاروارد درباره‌ی عملکرد پزشکی نیز نشان داد که بیش از ۷۰ درصد از خطاهای منجر به صدمه‌ی ثانویه به علت غفلت یا قصور کادر پزشکی و بیش از ۹۰ درصد آن‌ها قابل پیش‌گیری بوده است (۵). خطاهای پرستاری مسؤول هزاران مورد صدمه، پیامدهای سوء پزشکی و حتی مرگ در آمریکا هستند (۶) و در طی یک دهه تقریباً ۲۰۰۰ مرگ مرتبط با خطای پرستاری در ۱۰۰۰۰ بیمار در آمریکا رخ داده است (۷). در مطالعه‌ی بالاس و همکاران (۲۰۰۴) در دانشگاه پنسیلوانیا که در طول ۲۸ روز بر روی ۳۹۳ پرستار تمام‌وقت بیمارستان انجام گردید، مشخص شد که در طول مطالعه ۳۰ درصد از پرستاران تحت مطالعه حداقل یک مورد خطا را گزارش کردند (۸).

دیگر منابع بیان می‌دارند که خطا جزء لاینفک زندگی انسان است، زیرا بسیاری از خطاها از همان فرایندهای طبیعی روان‌شناختی (cognitive) و سازگاری‌های رفتاری

(behavioral adaptation) سرچشمه می‌گیرند که رفتارهای صحیح مهارتی را ایجاد می‌کنند (۹). بنابراین همان‌گونه که هر انسانی ممکن است مرتکب خطا شود، پرستاران و همه‌ی کارکنان تیم مراقبت سلامت، بدون در نظر گرفتن این که چه قدر ماهر، متعهد و با دقت هستند، نیز در انجام مهارت‌های حرفه‌ای‌شان اشتباه می‌کنند (۱۱، ۱۰).

از طرفی، مطالعات نشان‌دهنده‌ی آن است که بیماران نه تنها خواستار مطلع شدن درباره‌ی خطاها با هر میزان صدمه‌ی وارد شده هستند، بلکه اکثریت آن‌ها تمایل به آگاه شدن از وقایعی دارند که آسیب‌زا بوده ولی قبل از رخداد از آن پیشگیری شده است (۱۲، ۵، ۱۰). بررسی‌های دیگر نشان می‌دهند که بیماران از این که مراکز درمانی آن‌ها را از خطاهای رخ داده مطلع نکنند نگرانند (۱۳). ولیکن برخلاف فواید بی‌شمار و پایه‌های اخلاقی آشکارسازی خطا، مطالعات نشان‌دهنده‌ی آن است که پرستاران ممکن است به منظور محافظت خودشان از مجازات و قوانین مدیریتی نسبت به آشکارسازی خطا برای بیمار مردد بوده و تأمل کنند (۱۴). به‌طور کلی می‌توان ادعا نمود که بین خواسته‌ی بیماران در مورد آشکارسازی خطاها و آن چیزی که متخصصان بالینی ارائه می‌دهند فاصله وجود دارد (۱۶، ۱۵، ۱۲).

بنابراین، هرچند ایده‌ی مطلوب‌تر آن است که تا سر حد امکان از وقوع اشتباه و خطا در خدمات سلامت پیش‌گیری نمود، لیکن در صورت رخداد، نوع مواجهه و برخورد با خطا دارای اهمیت است. به‌راستی زمانی که خطایی در مراقبت از بیمار رخ می‌دهد وظیفه‌ی اخلاقی کدام است و به بیمار چه چیزی باید گفت؟ (۱۴). این مقاله سعی دارد تا حد امکان به این مسأله بپردازد.

## روش کار

به منظور یافتن مطالعات و منابع مرتبط با آشکارسازی خطاهای مراقبت سلامت علاوه بر منابع کتابخانه‌ای با استفاده از موتور جست‌وجوگر Yahoo و Google برخی از

می‌گردد و تشخیص داده می‌شود که درباره‌ی آن اتفاق نظر وجود داشته باشد، در حالی که خطای ممکن (possible error) هنگامی رخ می‌دهد که درباره‌ی آن اتفاق نظر همکاران وجود ندارد. به‌عنوان مثال اگر از ۲۰ پرستاری که در یک روز قضاوت می‌کنند ۵ نفر بگویند که کار پرستار x درست بوده و ۱۵ نفر بگویند که وی خطا کرده است، بنابراین معیار هوو (Howe) ممکن است که پرستار x خطایی را انجام داده باشد. در صورتی که زمانی او خطایی را واقعاً انجام داده که تمامی ۲۰ نفر درباره‌ی این‌که وی خطا کرده است، توافق داشته باشند (۱۸). سازمان ایمنی بیماران کانادا اتفاقات مضری را که به‌طور غیرعمد و غیرمنتظره در حین مراقبت‌های پزشکی به‌وجود می‌آیند ولی قابل پیش‌گیری هستند، را به‌عنوان خطا تعریف کرده است. همین سازمان خطاهایی که به دلیل خوش‌شانسی یا به‌علت این‌که آن خطاها قبل از آسیب‌رسانی به بیمار تصحیح شده و در نتیجه صدمه‌ای به بیمار نرسانده‌اند را، near misses خوانده است (۲۱-۱۹). بنا به تعریف انستیتوی پزشکی آمریکا خطا عبارت است از کوتاهی در اجرای کامل اقدامات برنامه‌ریزی شده یا استفاده از روشی اشتباه برای رسیدن به یک هدف (۲۲). در فرهنگ لغت معین واژه‌های خطا و اشتباه به‌طور مترادف استفاده شده و خطا به معنای گناه غیرعمد، سهو و اشتباه به‌کار رفته است (۲۳). در این مقاله نیز واژه‌های خطا و اشتباه به‌طور مترادف استفاده می‌گردند (۱) و منظورمان از «خطا» رخداد‌های قابل پیش‌گیری و انجام یا عدم انجام اقدامی است که پتانسیل ایجاد صدمه به بیمار دارد و در قضاوت همکاران خبره «اشتباه» قلمداد می‌شود و اقدامات غیرمسئولانه جزء مطالعه‌ی ما نیست (۲۴).

*فراوانی:* علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه در تکنولوژی و مهارت‌های مراقبت سلامت، بسیاری از بیماران در اثر خطای پزشکی دچار مرگ می‌شوند. نتایج یک مطالعه که در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۴ در بیمارستان‌های آمریکا انجام گرفت نشان داد که سالانه ۸۳۰۰۰ مرگ بالقوه قابل پیش‌گیری در اثر

پایگاه‌های اطلاعاتی موجود در سایت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شیراز شامل Proquest, Pubmed, Magiran و Blackwell مورد جست‌وجو قرار گرفتند. واژگان کلیدی شامل اخلاق (ethics)، پاسخ اخلاقی (ethical response)، خطای پرستاری / خدمات سلامت (nursing/health care error) و آشکارسازی خطا (error disclosure) بود. شرایط ورود مقالات به مطالعه شامل پرستاری بودن یا کاربرد داشتن در پرستاری بود. از آنجایی که امکان دسترسی به متن کامل برخی از مقالات وجود نداشت، خلاصه‌ی آن‌ها مورد استفاده قرار گرفت. نتایج منتشره به زبان غیرانگلیسی و غیر فارسی، گزارشات موردی (case report)، نامه‌ها (letters) و نیز مطالعاتی که به‌طور ویژه خطاهای دارویی یا خطاهای مراقبتی خاص را مورد بررسی قرار داده بودند از مطالعه خارج گردیدند. در نتیجه، ۵۱ مقاله و کتاب به‌عنوان منبع برگزیده شد.

## یافته‌ها و بحث

### خطای پرستاری

تعریف: در یک مبنای وسیع اشتباهات زمانی رخ می‌دهند که انتخاب فرد، منجر به نتایج منفی یا نتایجی که کم‌تر مطلوب است شود. در لاتین واژه‌ی «خطا» به معنی «به بیراهه رفتن» است. واژه‌ی مترادف دیگری که معمولاً استفاده می‌شود، یعنی «اشتباه» نیز معنی ریشه‌ای مشابه دارد: «انتخاب مسیر غلط». اگر کسی به بیراهه رود یا راه را غلط انتخاب کند به معنی این خواهد بود که مسیر درستی برای رفتن، از پیش فرض شده است (۱).

خطای پزشکی زمانی رخ می‌دهد که ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت راه‌حل صحیح مراقبت را انتخاب می‌کند، اما آن را به‌طور غیرصحیح انجام می‌دهد (۱۷). دیگر منابع، «قضاوت سایر همکاران را درباره‌ی عملی که رخ داده است»، در تعریف اشتباه یا خطا دخیل دانسته و وجود موافقت همگانی را برای تشخیص خطا و غیرخطا لازم دانسته‌اند. بر این اساس، خطا (error) و غیرخطا (non error) زمانی تعریف

چیزی منجر به اشتباه شده یا چه چیزهایی یک اشتباه را تشکیل داده دشوار باشد. البته مواقعی هستند که در آن‌ها عملکرد یا نیت توسط همه قویاً به‌عنوان یک اشتباه یا خطا ارزیابی می‌شود. در حالی که در بیش‌تر مواقع تعیین درست و غلط بودن به مقدار زیادی به اجماع فرهنگی بستگی دارد (۳۰).

هم‌چنین اشتباهات به‌خاطر پیچیدگی آن‌ها به سختی شناخته می‌شوند. مفهوم‌سازی جامع اشتباهات فاکتورهای پیچیده‌ی بیش‌تری هم‌چون: انجام‌دهنده (عامل)، محیط، نظریه‌های عملکرد، نظریه‌های تشخیص و نظریه‌های تشریحی خطای انسانی را شامل می‌شود (۳۱).

دو عنصر مهم و کلی که خطا را به‌وجود می‌آورند در تشریح و تعیین آن‌ها کمک‌کننده هستند و در این مقاله مورد نظر ما نیز هستند:

- تعمدی بودن: به‌طور کلی خطاها به‌عنوان کارهایی غیرعمد بر شمرده می‌شوند. کارهای از روی بدخواهی یا بدنهادی و یا از روی سودجویی خطا نامیده نمی‌شوند (۵).
- نتیجه (outcome): برخی از متون خطاها را مشروط به ایجاد صدمه می‌دانند، اما این در صورتی است که فقط «نتیجه» در نظر گرفته شود. در حالی که خطا، خطاست؛ چه بازدهی آن به صدمه انجامد چه نینجامد. یعنی این که اگر شخصی پیش از انجام خطا، اقدام به تصحیح نماید، این‌کار هنوز یک انتخاب نادرست است؛ اما نه یک کار غلط (خطا). گرچه «نتایج»، مواردی مهم در محدود کردن و جبران خطاها هستند، اما آن‌ها به تنهایی نمی‌توانند عامل تعیین‌کننده خطا باشند. به عبارتی، از نظر قانون، آن چیزی که به‌عنوان خطا بر شمرده می‌شود به یک نتیجه‌ی منفی نیاز دارد که از خطا سرچشمه گرفته شده باشد. در حالی که دیدگاه اخلاقی گسترده‌تر بوده و برای مشمول کردن یک کار

خطاهای پزشکی رخ می‌دهد. خطاهای پزشکی علاوه بر بیمارستان‌ها در سایر مراکز مراقبتی مانند خانه‌های پرستار، کلینیک‌ها، مطب پزشکان، داروخانه‌ها، مراکز مراقبت‌های اورژانس و سیستم‌های مراقبت در منزل نیز رخ می‌دهند (۲۵). به‌عنوان مثال، ۸-۹ درصد از عوارض ناخواسته‌ی پزشکی ثبت شده در بررسی مشترک نیویورک و استرالیا در درمانگاه‌های سرپایی رخ داده است (۲۶). در مطالعه‌ی دیگری مشخص گردید که در فواصل سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۳ تعداد خطاهای پزشکی با حوادث ایمنی سلامت بیمار در بیمارستان‌های آمریکایی سالانه تقریباً برابر با ۱/۱۸ میلیون مورد بوده است که به‌طور تقریبی این میزان خطا سالانه ۳ بلیون دلار هزینه در برداشته است (۲۷). براساس گزارش آژانس کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت (۲۰۰۲) تخمین زده می‌شود که سالانه ۷۰۰۰ نفر در اثر خطاهای پزشکی دچار مرگ می‌شوند که این میزان حدود ۱۶ درصد بیش‌تر از مرگ در اثر صدمات مرتبط با کار (۶۰۰۰ نفر) است. یک برآورد بیرونی دیگر بیان‌کننده‌ی آن است که هر سال ۱۸۰/۰۰۰ نفر از صدمات پزشکی می‌میرند که هزینه‌ی آن برابر با هزینه‌ی سقوط ۳ جامبوجت در هر دو روز است (۲۸، ۲۹).

در مطالعه‌ی بیکر و همکاران (۲۰۰۴) حوادث ناخواسته‌ی پزشکی در بیمارستان‌های کانادا برابر با ۷/۳ درصد در هزار پذیرش بیمارستانی گزارش شد که از این میزان ۳۶/۹ درصد قابل پیش‌گیری بوده است (۱۹). و بالاخره این‌که خطاهای پرستاری سالانه مسؤول مرگ و صدمه‌رسانی به هزاران انسان و افزایش هزینه‌های درمان هستند (۷). هرچند در ایران به دلیل نبود سیستم معتبر ثبت خطاهای پزشکی / پرستاری آمار دقیقی از این‌گونه خطاها در دسترس نیست، و لیکن به‌نظر نمی‌رسد که رخ‌داد این‌گونه خطاها وضعیت مطلوب‌تری از نمونه آمارهای جهانی داشته باشد.

ماهیت خطا: در پرستاری ما دستورالعمل‌ها، استانداردها و مدیریت لحظه‌ها و شرایط خاصی را به‌کار می‌گیریم. اما حتی با استفاده از این اصول ممکن است تصمیم راجع به این‌که چه

(pressure line) آماده شود و هیچ کدام از اعضای خانواده‌اش حضور ندارند. پرستار X می‌داند که به فرم رضایت بیمار نیاز است و براساس این دانش و نیز با وجود اشراف به این واقعیت که امضا و رضایت بایستی آگاهانه باشد، اقدام نموده و امضای بیمار فوق را به‌عنوان رضایت آگاهانه می‌پذیرد و بیمار را برای انجام دستورالعمل نام برده می‌فرستد. در این موقعیت پرستار در اصل هر دو دانش راجع به اخذ رضایت بیمار را دارد. او یکی را انتخاب و دیگری را نادیده می‌گیرد که با این انتخاب خطایی مرتکب می‌شود.

خطاهای دانش محور پیچیده‌تر هستند و نیاز به مهارت‌های فکری نقادانه و اساسی‌تری دارند. اشتباهات ناشی از نبود دانش بوده یا این‌که از ارزیابی غلط یا ناکافی مسأله ایجاد می‌شوند. به‌عنوان مثال، یک پرستار خانواده در ارجاع یا سفارش آزمایش‌های تشخیصی برای بیماری که اسهال ناشی از کولیت دارد کوتاهی می‌کند، زیرا او متقاعد شده است که بیمار گاستروانتریت ویروسی دارد (۱،۳۲).

انواع: براساس خطاهای گزارش شده و مطالعات انجام شده برخی از شایع‌ترین انواع خطاهای پرستاری و نه همه‌ی آنها عبارتند از:

- دادن داروی غلط به بیمار
- دادن مقادیر غیر صحیح دارو به بیمار
- دادن دارو به بیمار غلط<sup>۱</sup> (false or wrong patient)
- استفاده‌ی اشتباه از وسایل پزشکی
- نارسایی در ثبت و گزارش نویسی وضعیت بیمار
- نارسایی در گزارش تغییر حالات بیمار به پزشک یا پرستار مسؤول
- انجام وظایف خارج از محدوده‌ی آموزش‌های اخذ شده
- تأخیر در انجام مراقبت‌های حیاتی
- عدم پی‌گیری صحیح دستورات درمانی پزشکان
- برداشت اشتباه از نوشته‌های پزشکان

<sup>۱</sup> (متضاد عبارت بیمار صحیح است)

به‌عنوان خطا نیازی به نتیجه‌ی منفی و ضرر و زیان ندارد (۱).

گاهی عناصر دیگری به‌جز دو عنصر فوق‌الذکر در تشریح و تعیین خطا مورد استفاده قرار می‌گیرد که در این مقاله مورد نظر ما نیست.

طبقه‌بندی: از میان راه‌های مختلفی که برای طبقه‌بندی خطا وجود دارد این مقاله به تشریح طبقه‌بندی خطا از طریق استدلال شناختی می‌پردازد. این نوع طبقه‌بندی از خطا به نام reason اشتباه یافته است.

اشتباهات براساس استدلال شناختی دارای سه طبقه‌بندی هستند:

- ۱- خطاهای مبتنی بر مهارت
- ۲- خطاهای مبتنی بر قانون
- ۳- خطاهای مبتنی بر دانش

خطاهای مبتنی بر مهارت شامل رفتارهای خودکار می‌شود، زمانی که یک مراقبت معمول متوقف شده یا از حالت معمول خارج گردیده و به یک خطای بزرگ منجر می‌شود. به‌عنوان مثال، پرستاری مسؤول داروی بیماران است، اما در حین دادن دارو برای مشارکت در انجام مراقبت خاصی از یک بیمار فراخوانده می‌شود. پرستار پس از انجام آن مراقبت خاص بر می‌گردد و فراموش می‌کند که قبل از متوقف شدن در دادن دارو مشغول چه کاری بوده است! او یکی از داروهای بیمار را به دلیل متوقف شدن در دادن دارو از قلم انداخته است.

خطاهای مبتنی بر قانون شامل تصمیماتی می‌شوند که براساس قانون به غلط برای برگزیدن یک انتخاب گرفته شده‌اند. پرستار X می‌داند که افراد با بیماری فراموشی (dementia) جهت رضایت آگاهانه دارای توانایی محدود هستند. او هم‌چنین می‌داند که قبل از به‌کارگیری دستورالعمل‌های تهاجمی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه است. بیماری با تشخیص فوق‌الذکر قرار است برای دستورالعمل جاگذاری خط مرکزی فشار وریدی (central venous

• انجام غیر صحیح دستورالعمل‌های پرستاری (۶،۷)  
 دلایل ایجاد خطا: هر چند خطا زاده‌ی شرایط انسانی است و بروز خطا توسط اعضای تیم سلامت امری مورد انتظار و طبیعی است، در محیط‌های پیچیده‌ی مراقبت نارسایی‌های مرتبط با سازمان که بر اهداف امنیت و سلامت بیمار تأثیرگذار هستند، در ایجاد خطا سهیم می‌باشند. به عبارتی، خطاهایی که رخ می‌دهند، چه به بیمار آسیب برسانند یا نرسانند، می‌توانند نشان‌دهنده‌ی مشکلات متعددی مانند ساختار فرهنگی غیرهم‌سو با امنیت بیمار و وجود شرایط کاری نامناسب برای پرستاران در سیستم باشند (۵). دلایل نام‌برده‌ی زیر اگرچه لیست کاملی از علت‌های تمامی خطاهای مراقبت سلامت نیستند، می‌توانند نواحی اصلی را پوشش دهند و اگر پرستاران و پزشکان در همین نواحی مراقبت بیش‌تری انجام دهند می‌توان از بسیاری خطاهای پزشکی پیش‌گیری نمود. این دلایل عبارتند از:

- ارتباط نامناسب و ناقص حرفه‌ای بین اعضای تیم مراقبتی بیمار
- سیستم غیر صحیح ثبت اطلاعات بیمار
- خطا در نوشتن (مثلاً دارو)
- کمبود کنترل‌های ایمنی کار یا نقاط واریسی سیستم مراقبت سلامت.

یک نتیجه‌گیری مهم از لیست فوق آن است که خطاهای پزشکی اغلب به‌عنوان پیامد عوامل متعددی به‌وجود می‌آیند (۱۷).

سایر دلایل ایجاد خطای پرستاری عبارتند از:

- کمبود پرستار در مجموع، و نیز کمبود پرستاران استخدام شده در بیمارستان‌ها و استفاده از پرستاران ساعتی (over time)
- فشار کار زیاد و حقوق کم
- استفاده از پرستاران ناکارآمدی که مجوز کار ندارند (۲، ۷)
- شیفت‌های طولانی کاری بیش‌تر از ۱۲ ساعت (۳۳)

- آموزش ناکافی پرستار و نیز خستگی او
- ویژگی‌های فردی خطاکننده مانند کم‌دقتی، غفلت و ... (۲، ۷)

تعریف آشکارسازی خطا: آشکارسازی خطا که به معنی آشکارسازی، اظهار یا در میان گذاشتن خطای رخ داده با بیمار و افراد مهم خانواده است، نه تنها گونه‌ای دیگر از گزارش نمودن خطاست، بلکه یک نوع پاسخ‌گویی (accountability) در برابر بیمار نسبت به اشتباه رخ داده است. آشکارسازی عبارت است از پذیرش اشتباهی که به وقوع پیوسته و نیز صحبت درباره‌ی آن خطا یا پیامد ناخواسته با بیمار. آشکارسازی هم‌چنین نیاز دریافت‌کننده‌ی مراقبت سلامت (بیمار و خانواده‌اش) را نسبت به دریافت اطلاعات مرتفع می‌نماید.

حس پاسخ‌گویی، صداقت، اعتماد و میل ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به کاهش خطرات و عوارض رخ داده، از انگیزاننده‌های آشکارسازی محسوب می‌شوند. اما احساس حقارت، احساس گناه، احساس طرد شدن از سوی حرفه، و نیاز به گمنامی نسبت به خطا، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را نسبت به آشکارسازی مردد و بی‌میل می‌نماید (۵).

#### اثرات مخرب خطا بر ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت و

##### موانع آشکارسازی خطا

انجام خطا در جهانی که فرد دهنده‌ی مراقبت سلامت به‌عنوان انسانی کامل و خالی از عیب تلقی شده می‌تواند تجربه‌ای ویرانگر برای پرستاری باشد که خطا کرده است. مفهوم کامل بودن ارائه‌کنندگان خدمات سلامت برگرفته از الگوی تکاملی است که به‌وسیله‌ی Leape تعریف شده و در مجموع هم شامل انضباط کاری و هم در بردارنده‌ی ارزش‌های اجتماعی است و بیان می‌دارد که یک متخصص آموزش‌دیده و با انگیزه برای انجام کار نمی‌بایست اشتباه و خطا کند و در هنگام وقوع خطای مراقبت سلامت (health care error) فرد ارائه‌دهنده‌ی مراقبت را سرزنش کرده و مقصر می‌داند و نگرش‌های همکاران و دیگران در برابر آن

خداشه دار شدن روابط ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت با بیمار، ناآشنایی ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت با نحوه‌ی آشکارسازی خطا و ویژگی‌های فردی او مانند عدم صداقت در پذیرش اشتباهات و عدم تمایل برای آشکارسازی را از موانع آشکارسازی بیان کردند (۵، ۴).

پرستاران احساس آسیب‌پذیری، تهدید و مجازات از سوی قوانین انضباطی کار و واکنش‌های قانونی دارند. بنابراین، خطاها یا آشکار و گزارش نمی‌شوند یا این‌که کم آشکار و گزارش می‌شوند (۱۴، ۵).

#### فواید آشکارسازی خطا در مقابل عدم آشکارسازی

برخی از این نگرانند که مطلع کردن بیماران از خطاهایشان منجر به شکایت از آن‌ها شود (۳۸). به‌عنوان مثال، یکی از موانع اصلی در راه آشکار کردن اشتباهات پزشکی در آمریکا و کانادا نگرانی از افزایش شکایت از آن‌هاست (۳۹). ولیکن با اتخاذ به بررسی‌های صورت گرفته در دانشگاه هاروارد تنها ۳ تا ۵ درصد از بیمارانی که از بی‌دقتی و تقصیر دچار صدمه شده‌اند به دادگاه شکایت کرده‌اند (۱۲). دیگران اظهار نموده‌اند که بیماران برای کسب اطلاعات بیش‌تر در مورد درمان خود و به‌دلیل این‌که خطاها از آن‌ها مخفی شده است اقدام به شکایت کرده‌اند (۴۰). در یک بررسی در آلمان نشان داده شده است: در حالی که شدت صدمه عامل اصلی فکر شکایت در سر بیماران است اما مطلع شدن آن‌ها از خطای انجام شده و صحبت کردن در این مورد با بیماران و عذرخواهی و جبران می‌تواند دلخوری‌شان را کم کند (۳۸).

در مطالعه‌ی هیکسون و دیگران هم مشخص گردید که ۲۴ درصد از دادخواهی‌های حقوقی مرتبط با خطاهای حرفه‌ای به این دلیل بوده است که بیمار یا خانواده‌اش این ذهنیت را داشته‌اند که دهنده‌ی مراقبت سلامت درباره‌ی موارد مهم راستگو و صادق نبوده است (۴۱). بنابراین، آشکارسازی خطا برای بیمار نه تنها نشان‌دهنده‌ی صداقت و راستگویی ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت است که می‌تواند از ناراحتی بیمار بکاهد، بلکه نیاز وی جهت کسب اطلاع از نحوه‌ی

فرد رنگ منفی به خود می‌گیرد. براساس این الگو پرستاران کم‌تجربه یا دانشجویان پزشکی و پرستاری ممکن است با انجام خطا معدوم گردند. با استناد به این الگو حتی برداشت‌های خود افراد در آغاز خدمت حرفه‌ای‌شان درباره‌ی توانایی‌ها و شایستگی‌هایشان خردکننده و شکننده است. پشیمانی، گناه، ندامت و خجالت و شرم احساس‌هایی است که فرد درگیر خطا را می‌رنجانند (۵، ۱).

پشیمانی باوری است بر این‌که انتخاب انجام شده نمی‌بایست انجام می‌شد. گناه احساسی است که در پی پشیمانی آمده، زیرا شخص انتخاب و کاری را نادرست انجام داده است. ندامت باوری است که شخص از انتخابی که کرده پشیمان بوده اما باور ندارد که الزاماً نادرست بوده است (۱).

از طرفی، مطالعات نشان می‌دهند که ارائه‌کنندگان خدمات سلامت هم به دلیل نگرانی درباره‌ی سلامت و امنیت بیمار و هم به خاطر ترس از مقررات و قانون، احساس نگرانی، گناه و افسردگی را گزارش کردند و بسیاری از پرستاران مسئولیت خطا را می‌پذیرند و خود را به خاطر پیامدهای جدی خطا سرزنش می‌کنند (۵).

پرستاران ممکن است به دلیل اثرات منفی آشکارسازی بر آن‌ها به‌عنوان متخصص بترسند؛ متخصصانی که خطر آشکارسازی خطا را می‌پذیرند از سوی همکاران، مدیریت و عموم با دید منفی نگرسته می‌شوند (۳۴، ۳۵). سرزنش کردن پرستار خطا کننده و زدن برچسب بی‌کفایتی به او از سوی همکاران (۳۱)، واکنش‌های روانی و ادراکات ارائه‌کنندگان خدمات سلامت درباره‌ی خطاها مانند عصبانیت از همکار، شرمندگی و خجالت، نقصان اعتماد در رازگویی و احساس گناه درباره‌ی رنج و درد بیماران (۳۶) و ترس از واکنش‌های منفی بیمار و پی‌گیری قانونی و دادخواهی توسط او مانع آشکارسازی و گزارش خطا می‌شود (۳۷، ۳۸). دیگر منابع نیز مسئولیت رو به تزاید حرفه‌ای، ترس از اعتبار حرفه‌ای و اجتماعی، ترس از واکنش‌های اقتصادی و قانونی، ترس از سلب اعتماد بیمار از ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت، ترس از

مراقبت خود را مرتفع می‌نماید و با مطلع شدن از وضعیت فعلی اش امکان اخذ رضایت آگاهانه برای ترمیم صدمه و نیز دریافت خسارت به شکل مسالمت‌آمیز فراهم می‌گردد (۵، ۲۲). از طرفی هرچند ارتباط سببی بین افشای خطا و ایجاد حالات منفی مثل شکاکی و عدم اعتماد معلوم نشده است، آشکارسازی خطا می‌تواند رضایت، اعتماد و واکنش احساسی مثبت بیمار را نسبت به اشتباه رخ داده در پی داشته باشد (۵). دیگر اثر آشکارسازی خطا بر روی بیمار آن است که این امکان را برای وی فراهم می‌نماید تا در تیم تلاشگران ارتقای کیفیت ایفای نقش نموده و به این وسیله نتایج درمانی بهتری حاصل شود زیرا بیماران می‌توانند نقطه‌نظرهای باارزشی برای پیش‌گیری از خطاهای مشابه دیگر ارائه دهند (۱۳). به‌علاوه، صداقت در گفتن واقعیت به بیمار و پیش‌گیری از صدمه‌رسانی به او منجر به احیاء روابط مبتنی بر اعتماد بین بیمار و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت می‌گردد (۴۲) و هم‌چنین ارتباطات حرفه‌ای بین پزشک و پرستار را تقویت نموده و موجب می‌گردد تا پزشکان حمایت از پرستار را مد نظر قرار داده و یک سیستم ارتباطی تدوین گردد که در آن مبادله‌ی اطلاعات جای خود را به مخفی‌سازی و لاپوشانی اطلاعات بدهد (۴۳). بنابراین ارائه‌کنندگان خدمات سلامت می‌توانند از پذیرش مسئولیت خطاها، گزارش و طرح نمودن آن‌ها با همکاران و آشکارسازی خطاها برای بیماران و معذرت‌خواهی از آن‌ها سود ببرند (۴۴).

آشکارسازی خطاهایی که رخ داده و مواردی که ممکن بوده خطایی رخ دهد ولی از وقوع آن پیش‌گیری شده است (near misses)، بر روی خود خطا و سازمان نیز اثر گذاشته و فرصتی را برای کاهش اثرات خطا، طولانی‌شدن آسیب حاصله از خطا، مراقبت و درمان به‌موقع برای ترمیم صدمه و هم‌چنین پیش‌گیری از بروز خطاهای مشابه در آینده فراهم کرده و به دیگران هم در مورد احتمال بروز خطا هشدار می‌دهد. علاوه بر این‌که هزینه‌های مالی سازمان را کاهش داده و در شناسایی مشکلات سازمان کمک می‌نماید (۲۲، ۱۴، ۵). به‌عکس

نارسایی در آشکارسازی و گزارش خطای پرستاری موجب پیش‌گیری از تلاش سازمان برای جلوگیری از خطاها در آینده و نیز کاهش تعهد متخصصان بالینی و سازمان‌ها نسبت به اطلاع‌رسانی و آشکارسازی خطا به بیمار می‌گردد (۵). هنگامی که ارائه‌کنندگان خدمات سلامت حقیقت را به بیمار می‌گویند، از این طریق اعتماد میان بیمار و آن‌ها بیش‌تر شده و این احساس در بیماران القاء می‌شود که مراقبت مطلوب از آن‌ها امری ممکن و مراقبت‌کننده‌ها و سازمان قابل اعتماد خواهند بود. اما اگر ارائه‌کنندگان خدمات خطایی را لاپوشانی کنند، آن‌ها ضرورتاً مخفی‌نمانده و اغلب لو می‌روند و هنگامی که بیماران، خانواده‌ها و جامعه به سیستم‌های مراقبت سلامت اعتماد نکنند، جو ارتباطات مبتنی بر سوءظن و شکاکی در سازمان به‌وجود می‌آید. آشکارسازی خطا هم‌چنین می‌تواند موجب افزایش امنیت بیمار گردد و نیز در ترویج فرهنگ ایمنی و سلامت در سازمان مؤثر واقع شود و در مجموع سازمان‌ها می‌توانند از گزارش و آشکارسازی خطاهای حرفه‌ای سود ببرند (۵).

#### خواست بیماران و دیدگاه پرستاران در مورد

#### آشکارسازی خطاهای پرستاری

در حقیقت، بیماران می‌خواهند در مورد خطاهای پزشکی، دلیل پیش‌آمدن چنین خطاهایی و چگونگی پیش‌گیری از تکرار آن‌ها مطلع شوند و از آن‌ها به خاطر صورت گرفتن چنین خطاهایی عذرخواهی شود. بیماران به‌ویژه در مورد تعدادی از خطاها از جمله خطاهای پرستاران حساس بوده و دقت نظر دارند. اما اطلاعات موجود نشان می‌دهد که تنها ۳۰ درصد از این خطاها به بیماران گزارش می‌شود (۱۲، ۵). مطالعه‌ی اسپین و همکاران (۲۰۰۶) که درباره‌ی خطاهای مراقبت سلامت صورت گرفته است نشان داد که بیماران آشکارسازی کامل خطاها را خواستارند، در حالی که پزشکان و پرستاران مایل بودند تنها آن‌چه رخ داده است یعنی نتیجه‌ی منفی ایجاد شده را بیان نمایند (۴۵) و معمولاً از بیان وقوع خطا و علت آن اجتناب می‌ورزند (۲۴). در همین رابطه سیگر



دریافت اطلاعات)، و افراد دهنده‌ی مراقبت (مثل ترس از آبرو و اعتبار حرفه‌ای و ...) بوده است (۱۴). به‌علاوه شدت خطا و صدمه‌ی ایجاد شده در اثر خطا از دیگر اولویت‌های آشکارسازی خطا به‌شمار آمده است (۴، ۴۷) در مطالعه‌ی گالاگر و همکاران (۲۰۰۳) که با روش گروه متمرکز بر روی ۵۲ بیمار در سنت‌لوییس انجام شد نیز تمامی بیماران مورد مطالعه نه تنها مایل به آگاهی در مورد خطاهای پزشکی، دلایل وقوع، چگونگی پیش‌گیری از وقوع مجدد و سایر جزئیات مرتبط با آن‌ها بودند، بلکه خواستار جبران خسارت وارده از طریق دریافت غرامت و پس‌گرفتن هزینه‌ی درمان هم بودند (۴۸). اما در رابطه با احتمال افشای خطا برای بیمار توسط متخصصان بالینی در مطالعه‌ی هاب‌گود و همکاران (۲۰۰۶) مشخص گردید که در پرستاران (۵۹ درصد) کم‌تر از پزشکان (۷۱ درصد) است (۴۷). نتایج یک مطالعه‌ی دیگر نشان داد که تنها ۳۰ درصد از خطاها به بیماران گزارش می‌شوند (۱۲) و در مطالعه‌ی ویلد و برادلی (۲۰۰۵) مشخص شد که ۴۴ درصد از پرستاران در مقابل ۴۲ درصد از رزیدنت‌های پزشکی از گفت‌وگو در مورد خطا با بیماران احساس ناراحتی می‌کردند (۴۹).

به‌طور کلی، تصمیم در مورد آشکارسازی یا عدم آشکارسازی تصمیم پیچیده‌ای است و بسته به آن است که خطاها چگونه تعریف شده‌اند. آیا آن‌ها برای بیمار و اطرافیان مشخص گردیده‌اند؟ از طرفی، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در وقت آشکارسازی خطا شدیداً از جانب مسؤولیت‌های شدید حرفه‌ای، ترس‌های مختلف و آموزش دریافتی در مورد چگونگی آشکارسازی خطا برای بیمار تأثیر می‌گیرند، در حالی که بیماران تحت تأثیر میل و رغبت‌شان برای کسب اطلاعات، سطح سفسطه مراقبت سلامت، و کیفیت ارتباطشان با ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت هستند (۴، ۵).

در مجموع، به‌نظر می‌رسد که متخصصان بالینی ایده‌ی کلی آشکارسازی خطاها را می‌پذیرند اما در این‌که تمامی اطلاعاتی که بیماران می‌خواهند را در اختیار آنان قرار دهند یا

(۲۰۰۴) درباره‌ی اصل «صداقت» به‌عنوان یک فضیلت با توجه به دیدگاه ارسطو بیان می‌دارد: زمان‌هایی هستند که آشکار نکردن مناسب‌تر از آشکارسازی کامل است و ممکن است با توجه به اصل سودرسانی به بیمار، انتخاب برتر فرد ارائه دهنده‌ی خدمات سلامت ندادن اطلاعات و آشکار نکردن خطا باشد. مانند زمانی که خطا منجر به افزایش اضطراب در بیمار می‌شود. بسیاری از متخصصان بیان می‌کنند: زمانی که خطا به صدمه و آسیب منجر نشده است به آشکارکردن خطا نیاز نیست و آن‌ها تأکید می‌نمایند که به‌جز چنین موقعیت‌هایی ما اخلاقاً ناچاریم که خطا را برای بیمار آشکار سازیم (۱). در مقابل، گروهی نیز افزایش اضطراب در بیمار به علت دادن اطلاعات پیچیده به او را تنها توجیهی برای عدم اظهار خطا می‌دانند که فاقد اعتبار است (۲۴). در مطالعه‌ی که مازور و همکارانش (۲۰۰۴) بر روی ۹۹۰ عضو «طرح سلامت انگلستان» انجام دادند مشخص شد که قریب به اتفاق آن‌ها (۹۹ درصد) می‌خواستند که از همه‌ی خطاهایی که انجام شده و آسیب‌هایی که به آن‌ها رسیده مطلع گردند و نیز خواهان دریافت اطلاعاتی درباره‌ی چگونگی جلوگیری از وقوع مجدد چنین خطاهایی بودند. اکثر آن‌ها حتی می‌خواستند در مورد خطاهایی که نزدیک بوده بر روی آن‌ها صورت گیرد اما لحظاتی قبل از وقوع از بروز آن‌ها پیش‌گیری شده (near misses) نیز بدانند (۴۶). هر چند یک ایده‌ی متفاوت درباره‌ی خطاها و در میان گذاشتن آن‌ها با بیماران آن است که ارائه‌ی اطلاعات غیرضروری به بیمار ممکن است صدمه‌ی مازادی به او وارد آورد (۴۳) لیکن در پژوهش دیگری که به روش گروه متمرکز (Focus Group) اجرا شده بود، هم بیماران و هم متخصصان بالینی با افشای خطاهای منجر به صدمه و نیز خطاهایی که تصحیح آن‌ها منجر به ارتقای سیستم می‌گردد موافق بودند. آگاهی بیمار و سایرین نسبت به خطا در اولویت‌های آشکارسازی آن برای بیماران مؤثر بوده است. دیگر عوامل مؤثر در آشکارسازی شامل فرهنگ سازمانی (مثل زیربنای حمایتی)، بیماران (مانند میل و رغبت آن‌ها جهت

اصل اخلاقی صداقت است، بلکه هم در برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات هدفمند برای تصحیح صدمات ناشی از خطا و هم در پیش‌گیری از تکرار خطای مشابه (یعنی سودرسانی و ضرررسانی) امری اساسی (۵) و یک فعالیت ضروری برای ارتقای سلامت و امنیت بیمار نه تنها در بیمارستان بلکه در مراکز سرپایی مراقبت نیز است (۹، ۱۰).

به‌علاوه، پرستاران علاوه بر بیمار در برابر حرفه‌ی پرستاری نیز مسؤولیت دارند و حفظ اعتبار حرفه‌ای (که یکی از وظایف پرستاران است و در ماده‌ی ۱-۷ راهنمای اخلاقی شورای پرستاری و مامایی انگلستان مورد تأکید قرار گرفته است) مستلزم اعتماد بین بیمار و پرستار است که این نیز نیازمند رعایت صداقت و راستگویی توسط پرستار و در میان گذاشتن واقعیت با بیمار است (۴۲، ۱۰، ۵).

احترام به استقلال فردی و سلامت بیمار از دیگر اصول اخلاقی در حرفه‌ی پرستاری است که در ماده‌ی ۲-۳ راهنمای اخلاقی شورای پرستاری و مامایی بیان گردیده است. در پاسخ به این اصل مدت‌های زیادی است که مطلع کردن بیماران از خطاهای مراقبت سلامت توسط سازمان‌های تخصصی و متخصصان اخلاق زیستی مورد توجه و پی‌گیری قرار گرفته است. زیرا این کار به بیماران امکان بیش‌تری می‌دهد که آگاهانه برای درمان و مراقبت از صدمه‌ی ناشی از خطا تصمیم گرفته و رضایت دهند (۲۲، ۱۲، ۱۰). از طرفی بیماران آگاه ابزارهای لازم را نه برای موافقت بلکه برای مراقبت با درمان مورد نظر در اختیار ارائه‌کنندگان خدمات سلامت گذاشته و در نتیجه از مراقبت و درمان نتیجه‌ی مطلوب‌تر حاصل می‌گردد (۱۰).

پاسخ‌گو بودن (accountability) در برابر بیماران، اقدامات و حرفه‌ی پرستاری از ویژگی‌های لازمی است که برای پرستاران هم در ماده‌ی ۳-۱ راهنمای اخلاقی شورای پرستاری و مامایی انگلستان و هم در راهنمای اخلاقی شورای بین‌المللی پرستاران (ICN code of ethics for nurses) برشمرده شده است (۱۰). آشکارسازی خطا برای بیمار در

خیر، شک دارند. از طرفی، علی‌رغم آن‌که منابع موجود در مورد دیدگاه بیماران درباره‌ی آشکارسازی خطاها غنی و مشخص است، در بسیاری از این مطالعات محدودیت‌هایی از نظر روش‌شناختی وجود دارد که ممکن است تعمیم‌پذیری آنان را تحت تأثیر قرار دهد. مانند اندازه‌ی کوچک نمونه‌ها، نمونه‌هایی که فقط از یک منطقه انتخاب شده‌اند یا نمونه‌های غیر واقعی (وجود بیماران فرضی در مطالعات یا بیمارانی که بر روی آن‌ها خطا صورت نگرفته ولی ضمن مواجهه‌ی آن‌ها با یک سناریوی فرضی خطا، نظرشان در مورد آشکارسازی مورد پرسش قرار گرفته است). به‌علاوه در مطالعات مذکور رابطه‌ی بین فرهنگ ملت‌ها و نحوه‌ی آشکارسازی خطا برای بیمار و خانواده‌اش مورد بررسی قرار نگرفته است (۱۲).

اما به‌طور کلی متون موجود حاکی از آن است که علی‌رغم خواست بیماران نسبت به دانستن درباره‌ی خطاهای پزشکی، در حال حاضر آشکارسازی این خطاها برای آن‌ها امری غیرمعمول است. پرکردن فاصله بین خواست بیماران و عملکرد فعلی جامعه‌ی پزشکی درباره‌ی آشکارسازی خطاها موجب می‌گردد تا متخصصان بالینی پس از رخداد خطاهای پزشکی بتوانند به‌طور مؤثرتری با بیمارانشان ارتباط برقرار نموده و آن‌ها را در جریان خطا قرار دهند (۵، ۱۲).

#### مواجهه‌ی اخلاقی با خطای پرستاری

هدف اصلی و غایی حرفه‌ی پرستاری تأمین بهبودی و سلامت بشریت است و تحقق این امر نه تنها از طریق دستورالعمل‌های علمی، بلکه با به‌کارگیری روش‌های صحیح اخلاق حرفه‌ای امکان‌پذیر و قابل دسترسی است (۵۰). اصول صداقت، سودرسانی و ضرررسانی به بیمار سه اصل اخلاقی مهم در مراقبت پرستاری است که به ترتیب در ماده‌های ۱-۳ و ۸ و زیرماده‌های آن در راهنمای اخلاقی شورای پرستاری و مامایی انگلستان (NMC code of professional conduct, 2002) مورد تأکید قرار گرفته‌اند (۱۰). آشکارسازی خطاهای پرستاری و در میان گذاشتن آن‌ها با بیمار و خانواده‌اش نه تنها مورد توجه قرار دادن و اجرای

پزشک یا پرستار)، در چه مواردی و تا چه اندازه باید خطا را با بیمار در میان بگذارد؟ (۵). بنابراین طراحی و تدوین فرایند آشکارسازی خطا و وجود راهنمای عمل تا حدود زیادی می‌تواند سردرگمی‌های فعلی را پاسخ داده و اتفاق نظر و رویه‌ی پرستاران، پزشکان و سایر اعضای تیم درمان را موجب گردد.

### چگونه خطا را با بیمارمان در میان گذاریم؟

هم متخصصان بالینی و هم سازمانی که در آن خطا رخ داده است، باید مسئولیت خطا را بر عهده گیرند. متخصصان بالینی به این علت که در وقوع خطا نقش داشته‌اند و سازمان برای آن‌که سامانه‌ای برای کاهش خطا پدید نیآورده است (۱۴). پس از عهده‌دار شدن و پذیرش مسئولیت ارتکاب خطا، جنبه‌ی اخلاقی مکانیسم گزارش خطا یعنی آشکارسازی و در میان گذاشتن آن با بیمار باید اجرا گردد (۵). مراحل زیر برای اجرای فرایند آشکارسازی پیشنهاد می‌گردد:

- درباره‌ی خطای به‌وقوع پیوسته با بیمار صحبت شود و شرح کاملی از چگونگی رخ داد آن بیان گردد.
- در میان گذاشتن افسوس و ندامت با بیمار، یعنی یک پوزش صادقانه و اندوهناک، می‌تواند هم شما و هم بیمار را در یافتن راهی برای بخشش خطای شما کمک کند (۱۴).
- مداخلات لازم برای تصحیح صدمه‌ی وارد شده به بیمار انجام شود (۱).

گام‌ها و مراحل فوق در چهارچوب سیاست‌ها و خط‌مشی سازمانی که در آن مشغول به خدمت هستید، قابل اجراست (۱۴) و سیاست‌های سازمان می‌تواند گام‌ها و نحوه‌ی آشکارسازی خطا را ترسیم و چگونگی اجرای آن را تعیین نماید ولیکن همواره موارد زیر می‌باید مد نظر قرار گیرد:

- به متخصص بالینی فرصتی داده شود تا درباره‌ی چگونگی رخداد خطا بدون داشتن پیامدهای جزایی یا تحقیرکننده‌ی شخصیت بحث کند؛ این گفت‌وگو

واقع نوعی پاسخ‌گویی نسبت به اقدام اشتباهی است که از سوی پرستار صورت گرفته است (۵).

فروتنی (humility) از دیگر فضیلت‌ها و اصول مراقبت است (۱۰). فروتن بودن راهی است برای شناخت توانمندی‌ها و ضعف‌های انسان. فروتنی شرایطی را فراهم می‌نماید تا هم خودمان و هم دیگران را درک کرده و بپذیریم که هر دو جایز الخطا هستیم (۳۵، ۱). فروتنی لازمه‌ی پذیرش اشتباه و عذرخواهی از فردی است که بر روی او خطا صورت گرفته است. به‌علاوه دیدن جایز الخطا بودن خودمان موجب می‌گردد تا نسبت به جایز الخطا بودن دیگران و تمایل به بخشش آن‌ها به هنگام وقوع خطا دارای نگرشی مسئولانه‌تر شویم (۱).

بنابراین براساس اصول اخلاقی مراقبت و اجماع متون می‌توان اظهار نمود که پاسخ اخلاقی به انجام خطا دارای سه‌بخش است:

- ۱) صادق و فروتن بودن به آن اندازه که میل به آشکارسازی خطا در ما ایجاد شود.
- ۲) پوزش‌خواهی برای خطای انجام شده بر روی فرد
- ۳) اصلاح عارضه، زمانی که امکان اصلاح وجود داشته باشد (۱).

البته بایستی توجه داشت که در محیط‌های پیچیده‌ی مراقبت، نارسایی‌های مرتبط با سازمان در ایجاد خطا سهیم هستند و خطاهایی که رخ می‌دهند، چه این‌که به بیمار آسیب برسانند یا نرسانند می‌توانند نشان‌دهنده‌ی مشکلات فراوانی در سیستم باشند، مانند ساختار فرهنگی غیرهم‌سو با امنیت بیمار و وجود شرایط کاری نامناسب برای پرستاران (۵)؛ و لذا رویکرد فردی (غیر سیستماتیک) به خطای انسانی و وجود فرهنگ سرزنش نیز نشان‌دهنده‌ی ضعف سیستم است که نه به نفع بیمار و نه مفید فایده برای افراد متخصص است (۵۱).

دیگر نکته‌ای که نباید از نظر دور داشت، آن است که شاید عدم تمایل پرستاران نسبت به آشکارسازی خطای پرستاری برای بیمار به دلیل نبود قوانین کلی و بین‌المللی و لذا نامعلومی این مطلب باشد که چه کسی (رئیس بخش،

مدیریت خطا و واکنش های مناسب و صحیح پرستار در زمان رخ داد خطا پرداخته شده است. با توجه به بررسی انجام گرفته در این مطالعه می توان اظهار نمود که اولاً افرادی که در هنگام رخداد خطا اشتباهات خود را می پذیرند نسبت به کسانی که خطاهای خود را انکار می کنند و بر روی آن سرپوش می گذارند از ارزش و احترام بیش تری برخوردارند و ثانیاً این که اصول اخلاقی متعددی از جمله سودرسانی، ضرررسانی، احترام به استقلال فردی و سلامت بیمار، قابلیت اعتماد، عدالت و صداقت راهنمای فعالیت های بالینی و الزام کننده ی آشکارسازی خطا برای بیمار هستند.

اما به منظور ترویج هرچه بیشتر فرهنگ آشکارسازی خوب است به این نکته ی ظریف که امروزه به عنوان یک باور مطرح است توجه گردد که اشتباهات در بسیاری از موارد چند علتی بوده و بر سیستم های ناقص و معیوب استوار هستند تا بر فرد. و به نظر نمی رسد که سرزنش کردن پرستار خطاکار، سیستم های طراحی شده ی بهتری را ایجاد کند. بلکه سرزنش، دلایل واقعی و مخفی خطا را سرپوش گذاشته و از اقدامات چاره ساز و مفید پیش گیری می نماید.

دیگر نکته ی مهمی که باید به آن توجه گردد، این است که آشکارسازی خطا تنها گفتن حقیقت به بیمار نیست، بلکه فرایندی است که از در میان گذاشتن واقعیت با بیمار شروع و به تصحیح حتی المقدور صدمه ی ایجاد شده منتهی می گردد.

بنابراین لازم است خطای پرستاری ضمن رعایت اصول صحیح ارتباطات حرفه ای با بیمار در میان گذاشته شود و علاوه بر عذرخواهی از او اقدامات مورد نیاز جهت ترمیم صدمه ی ناشی از خطا صورت پذیرد. بدین منظور لازم است در نگاه سنتی به خطای انسانی یک تحول صورت پذیرد و خطا به عنوان یک رخداد چند عاملی مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. این تغییر در تفکر نسبت به خطای انسانی هم برای سازمان و هم برای افراد حرفه ای مستلزم واکنش ها و پاسخ های مشخصی است، به طوری که در کوتاه مدت نیازمند برنامه های آموزشی است و در درازمدت به معنای کار کردن

هم چنین بایستی شامل تجزیه و تحلیل نارسایی ها و کوتاهی های مؤسسه در پیش گیری از خطای رخ داده و این که چه کاری باید انجام شود تا از تکرار آن پیش گیری گردد، باشد.

- فرصتی برای مشاوره با بیمار و خانواده اش و فرد ارائه کننده ی خدمات سلامت فراهم گردد.
- از بیمار و خانواده اش برای شرکت در فعالیت های سازمان در جلوگیری از تکرار خطا دعوت شود. این کار بایستی شامل انجام خدمت در یک گروه کاری به منظور طراحی فرایندهای کاری بهتر باشد.
- به بیمار اطمینان داده شود که او و خانواده اش هزینه های درمانی را که ممکن است متعاقب خطا پدید آید، متحمل نخواهند گردید.
- خسارت مالی پیش آمده در اثر صدمه ی متعاقب خطا به بیمار پرداخت شود و زمانی که یک سازمان واقعاً در ایجاد خطا نقش داشته است، شاید مدیران نه تنها از بیماران بلکه از متخصص بالینی که مرتکب خطا شده است نیز بایستی عذرخواهی کنند و به او یک روز تعطیلی داده شود و شرایط مشاوره ی بدون پرداخت هزینه را برای وی فراهم نمایند تا بتواند با فشارهای روانی ناشی از خطا کنار بیاید.
- پوزش خواهی حقیقی، ناشی از ندامت صادقانه و تلاش برای پیش گیری از خطای دوباره است (۱۴).

### نتیجه گیری

امروزه خطاها بیش تر از آن چه در گذشته می پنداشتند در انجام خدمات سلامت رخ می دهد. هرچند لازم است تلاش های حمایت کننده و فراوانی به منظور کاهش رخداد خطاهای خدمات سلامت صورت پذیرد تا مراقبت های ایمن تر و با کیفیت بالاتر به بیماران ارائه گردد، باید پذیرفت که خطا پیامد همگانی و اجتناب ناپذیر شرایط انسانی است. در تحقیقات و متون پرستاری بیش تر به موضوع پیش گیری و کاهش خطا توجه شده است و کم تر به موضوع مهم چگونگی

در محیطی با ویژگی‌های زیر:

عاری از فرهنگ سرزنش و تنبیه باشد؛ جایز الخطا بودن انسان مدنظر قرار گیرد؛ بر ارتقای ارتباطات حرفه‌ای و کار تیمی اصرار شود. خلق چنین محیطی نیازمند برنامه‌ریزی و اقدامات مورد نیاز است که قبل از آن، با توجه به کمبود اطلاعات قابل اعتماد در کشور، لازم است تحقیقات پایه‌ای و کاربردی پیرامون خطای پرستاری، آشکارسازی خطا برای بیمار و بررسی عوامل مرتبط با آن انجام گردد.

### تشکر و قدردانی

نویسنده برخورد لازم می‌داند از مرکز اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه تهران به خاطر در اختیار قرار دادن تسهیلات لازم جهت جستجوی منابع و تایپ این مقاله صمیمانه قدر دانی نماید.

### منابع

- 1- Cigger JN. Always having to say you're sorry: an ethical response to making mistakes in professional practice. *Nurs Ethics* 2004; 11(6): 568-76.
- 2- Freeman C, Guttmanova K. An error by any other name. *Am J Nurs* 2004; 104(6): 32 - 43.
- 3- VolPP KGM, Grande D. Residents' suggestions for reducing errors in teaching hospitals. *N Engl J Med* 2003; 384: 851 - 55.
- 4- Fein S, Hilborne L, Singer MK, et al. A conceptual model for disclosure of medical errors. In: Henriksen K, Battles JB, Marks Es, et al. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. Available at: [http://www.nebi.nlm.nih.gov/books/by\\_fegi2rid=aps.section.3684](http://www.nebi.nlm.nih.gov/books/by_fegi2rid=aps.section.3684) (accessed on 2008).
- 5- Wolf ZR, Hughes RG. Error reporting and disclosure. In: *Patient Safety and Quality: An Evidence Based Handbook for Nurses*. Rockville. MD: AHRQ publication; 2008, pp. 1-47. available at: [www.ahrq.gov/qual/nursesdbk/docs/wolfz\\_ERED.pdf](http://www.ahrq.gov/qual/nursesdbk/docs/wolfz_ERED.pdf) (accessed on 2008)
- 6- Anonymous. New York Medical Malpractice Attorneys - Nursing Error. Available at: <http://64.233.167.104/search?cache=gg2axdrw93AJ:www.lipsig.com/nursingerror/index.html+t....> (accessed on: 2008/05/28).
- 7- Anonymous. Nursing Error Lawyer. Available at: <http://www.jamesphowe.com/medical%20malpractice%20-%20Nursing%20Error.html> (accessed on 2008/05/28)
- 8- Balas MG, Scott L D, Rogers AE. The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. *Appl Nurs Res* 2004; 17(4): 224-30.
- 9- Marc G. Nursing error and human nature. *J Nurs Law* 2004; 9(4): 37-44.
- 10- Tschudin V. *Ethics in Nursing: The Caring Relationship*. Elsevier Science Limited; 2003.
- 11- Lantos JD, Montello M. Mistakes in context. In: Rubin SB, Zoloth L, eds. *Medical Mistakes*. Hagerstown, MD: University publishing group; 2000, pp. 73-84.
- 12- Thomas H, Gallagher MD, Hardly Lucas M. Should we disclose harmful medical errors to patients? If so how? *J Clin Outcome Manag* 2005; 12 (5): 253-59.
- 13- Wendy Levinson MD, Thomas H, Gallagher MD. Disclosing medical errors to patients: a status reprot in 2007. *CMAJ* 2007; 177 (3): 265-267.

- 2000; 320: 774-7.
- 27- Anonymous. Health Grades, Medical Errors GAP Widens Between Best and Worst Hospitals: Health grades study. Available at: <http://www.healthgrades.com/media/DMS/pdf/DHAPS/NationalReleaseFINAL4May022005.pdf> (accessed on: 2008/05/28)
- 28- Anonymous. About Medical Errors. Available at: [http://www.npsfoorg/html/standvp/about\\_medical\\_errors.html](http://www.npsfoorg/html/standvp/about_medical_errors.html) (accessed on: 2008/05/28)
- 29- Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272(23):1851-7.
- 30- Downing L, Potter L. Heartland regional medical center makes a fitting response to medical mistakes. Bioethics Forum 2001; 17 (2): 12-18.
- 31- Smith ML, Foster HP. Morally managing medical mistakes. Camb Q Healthc Ethics 2000; 9: 38-53.
- 32- Reason J. Human Error. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
- 33- Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Aff 2004; 23(4): 202-12.
- 34- Thurman AE. Institutional responses to medical mistakes: ethical and legal perspectives. Kennedy Inst Ethics J 2001; 11(2): 147-56.
- 35- Blumenthal D. Making medical errors into medical treasures JAMA 1994; 272: 1867-8.
- 36- Christensen JF, Levinson W, Dunn. PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. J Gen Intern Med 1992; 7(4):424-31.
- 37- Hobgood C, Tamayo - Saver JH, Elms A, et al. Parental preferences for error disclosure, reporting, and legal action after medical error in the care of their children. Pediatrics 2005; 116(6): 1276-86.
- 38- Schwappach DL, Koeck CM. What makes an error unacceptable? a factorial survey on the disclosure of medical errors. Int J Qual Health Care 2004; 16(4): 317-26.
- 39- Mello MM, Studdert DM, Brennan TA. The new medical malpractice crisis. N Engl J Med 2003; 348 (23): 2281-84.
- 40- Kachalia A, Shojania KG, Hofer TP, et al. Does full disclosure of medical errors affect malpractice liability? The injury is still out. Jt Comm J Qual Saf 2003; 29(10): 503-11.
- 41- Hickson GB, Clayton EW, Githens PB, Sloan FA. Factors that prompted Families to file medical malpractice claims following prenatal injuries. JAMA 1992; 267 (10): 1359-63.
- 14- Mason DJ. To forgive, divine: it's time to drop the veil of secrecy about disclosing errors. Am J Nurs 2005; 105(12):11.
- 15- Corina I. Errors from the consumer's perspective: tragedy motivated one woman to take action. Am J Nurs 2005; 105(3 Suppl): 12-13.
- 16- Blendon RJ, Desroches CM, Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. N Engl J Med 2002; 347(24): 1933-40.
- 17- Anonymous. Preventable Medical Error. Wikipedia: The Free Encyclopedia. Available at: [http://en.wikipedia.org/wiki/preventable\\_medical\\_error](http://en.wikipedia.org/wiki/preventable_medical_error) (accessed on: 2008.08.26)
- 18- Howe EG. How should ethics consultants respond when care providers have made or may have made a mistake? Beware of ethical fly paper. In: Rubin SB, Zoloth L eds. Margin of Error: The Ethics of Mistakes in the Practice of Medicine. Hagerstown MD: University publishing group; 2000, pp. 165-81.
- 19- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ 2004; 170 (11): 1678-86.
- 20- Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard medical practice study 11. N Engl J Med 1991; 324 (6): 377-84.
- 21- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Editors. To Error is Human: Building A Safer Health System. Washington: National Academies Press; 2000. Available at: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371> (accessed on: 2008/09/20)
- 22- Hevia A, Hobgood C. Medical error during residency: to tell or not to tell. Ann Emerg Med 2003; 42: 565-70.
- ۲۳- معین م. فرهنگ فارسی. تهران: امیرکبیر، ۱۳۵۶.
- ۲۴- اصغری ف، یآوری ن. اظهار خطای پزشکی. مجله‌ی دیابت و لیپید ایران: ویژه‌نامه‌ی اخلاق و تاریخ پزشکی سال ۱۳۸۴، صص ۳۵-۲۵.
- 25- Anonymous. Health Grades Third Annual Patient Safety Patient Safety in American Hospitals Study April 2006; Available at: <http://www.healthgrades.com/media/dms/pdf/patientsafetyInAmericanHospitalsStudy2006.pdf> (accessed on: 2008/05/28)
- 26- Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, et al. Epidemiology of medical error. BMJ

- 48- Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, et al. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003; 289: 1001-7.
- 49- Wild D, Bradley EH. The gap between nurses and residents in a community hospital's error - reporting system. *JT Comm J Qual Patient Saf* 2005; 31(1): 13-20.
- ۵۰- کاظمیان م، فرشید راد س. آشنایی با قوانین جزایی و شرح وظایف حرفه‌ی پرستاری. مجله‌ی علمی پزشکی قانونی سال ۱۳۸۵؛ دوره‌ی ۱۲، شماره‌ی ۲، صص ۱۱۲-۱۰۸.
- 51- Melanine O. The current approach to human error and blame in the NHS. *Br J Nurs* 2003; 12(15): 919-24.
- 42- Hobgood C, Hevia A, Hinchey P. Profiles in patient safety: when an error occurs. *Acad Emerg Med* 2004; 11(7): 166-70.
- 43- Tuckett AG. The Care encounter: pondering caring, honest communication and control. *Int J Nurs Pract* 2005; 11(2): 77-84.
- 44- Glodberg RM, Kuhn G, Andrew LB, et al. Coping with medical mistakes and errors in judgment. *Ann Emerg Med* 2002; 39 (3): 287-92.
- 45- Epsin S, Levinson W, Regehr G, et al. Error or "act of God?" A study of patients' and operating room team members' perceptions of error definition, reporting and disclosure. *Surgery* 2006; 139(1): 6-14.
- 46- Mazor KM, Simon SR, Yood RA, et al. Health plan members' views about disclosure of medical errors. *Ann Intern Med* 2004; 140 (6): 409-18.
- 47- Hobgood C, Weiner B, Tamayo - Sarver JH. Medical error identification, disclosure, and reporting: do Emergency medicine provider groups differ? *Acad Emerg Med* 2006; 13 (4): 443-51.

