

عوامل مرتبط با گزارش خطاهای پرستاری در ایران: یک مطالعه‌ی کیفی

فاطمه هاشمی^{۱*}، علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۲، فریبا اصغری^۳

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

گزارش خطاهای حرفه‌ای برای ارتقای امنیت بیمار نه تنها در بیمارستان که در مراکز سرپایی مراقبت نیز امری اساسی و یک فعالیت ضروری محسوب می‌گردد. متأسفانه، پرستاران نیز مانند بسیاری از پرسنل تیم پزشکی بیش‌تر اشتباهات و خطاهای کاری خود را گزارش نمی‌کنند. هدف مطالعه‌ی حاضر تبیین عوامل مرتبط با گزارش خطاهای پرستاری از طریق کشف تجربیات پرستاران بالینی و مدیران پرستاری در خصوص این موضوع بود.

این پژوهش مطالعه‌ای کیفی است که با مشارکت ۱۱۵ پرستار شاغل در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های تخصصی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شیراز انجام پذیرفته است. اطلاعات به کمک بحث گروهی نیمه‌سازمان یافته در ۱۷ جلسه جمع‌آوری و سپس بر اساس رویکرد تحلیل محتوای قراردادی مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. طبقات اصلی پدیدار شده در این مطالعه عبارت بودند از: الف) نگرش کلی پرستاران نسبت به خطاهای کاری، ب) موانع گزارش خطاهای پرستاری و ج) انگیزاننده‌های گزارش خطا. گزارش خطاها، اطلاعات فوق‌العاده‌گرانبهایی را برای پیشگیری از بروز خطاهای بعدی و ارتقاء ایمنی بیماران فراهم می‌نماید. در مجموع، با توجه به موانع و انگیزاننده‌های گزارش خطاهای پرستاری لازم است که قوانین و مقرراتی در این زمینه وضع شود و در آن قوانین نحوه‌ی گزارش‌دهی خطا و عناصر تشکیل‌دهنده‌ی آن از جمله خود خطا به‌طور واضح تعریف و تعیین گردند.

واژگان کلیدی: خطاهای پرستاری، ایمنی بیمار، موانع گزارش خطا، انگیزاننده‌های گزارش خطا

^۱ مربی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

^۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، تلفن: ۰۹۱۷۷۱۴۲۱۱۳،

مقدمه

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه در تکنولوژی و مهارت‌های مراقبت سلامت، بسیاری از بیماران در اثر خطاهای پزشکی دچار آسیب یا مرگ می‌شوند. به‌علاوه، میزان بالایی از این خطاها هزینه‌های گزافی را به‌دنبال دارد که در پژوهش‌های متعددی در کشورهای مختلف گزارش شده است (۲، ۱). بخش قابل ملاحظه‌ای از خطاهای پزشکی، خطاهایی است که توسط کادر پرستاری و در هنگام ارائه‌ی خدمات مراقبتی به‌وقوع می‌پیوندد، به‌طوری که این خطاها سالانه منجر به مرگ و آسیب‌رسانی به هزاران نفر و هم‌چنین افزایش هزینه‌های درمان می‌گردد (۳). در ایران یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پراکنده در این زمینه حاکی از وقوع ۱۶/۷ درصد خطاهای دارویی در بیمارستان‌های آموزشی شهر سنندج است. به‌علاوه، ۱۰ درصد خطای دارویی و ۴۱/۶۶ درصد خطای دارویی در شرف وقوع در بین دانشجویان پرستاری شهرستان اراک گزارش‌گردیده است (۵، ۴). هم‌چنین، میانگین وقوع خطاهای دارویی در طول سه ماه در بیمارستان‌های مورد مطالعه در شهرستان تهران ۱۹/۵ مورد برای هر پرستار گزارش شده است (۶). بنابراین، می‌توان گفت که در کار با بیمار، خطا تهدیدی جدی، اجتناب‌ناپذیر و همیشگی برای ایمنی بیمار محسوب می‌گردد (۸، ۷). ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، علی‌رغم دقت و تبحری که در انجام مهارت‌هایشان دارند از این‌گونه خطاها مصون نیستند (۹). به‌عنوان مثال، در پژوهشی که در دانشگاه پنسیلوانیا انجام گردید، گزارش شد که ۳۰ درصد از پرستاران تحت مطالعه در طول ۲۸ روز مطالعه حداقل یک مورد خطا داشته‌اند. در آمریکا نیز حدود ۲۰۰۰ مرگ مرتبط با خطاهای پرستاری در بین ۱۰۰۰۰ بیمار در طی یک دهه گزارش‌گردیده است (۱۰). خطاهای حین کار صرف‌نظر از این‌که به بیمار آسیب برسانند یا نرسانند نشان‌دهنده‌ی مشکلات زیادی در سازمان هستند. یکی از این مشکلات عدم وجود فرهنگ ایمنی و

وجود شرایط کاری نامطلوب برای پرستاران و پزشکان است. مشکلات سیستم‌ها می‌تواند از طریق گزارش ۳ نوع خطا پیشگیری شوند: خطاهایی که به بیمار آسیب رسانده، خطاهایی که رخ داده اما به بیمار آسیب نرسانده و خطاهایی که می‌توانستند آسیب برسانند اما درست قبل از آسیب رسیدن به بیمار جلو وقوع آن‌ها گرفته شده است؛ چرا که از طریق گزارش خطا می‌توان انواع خطاها را با افراد دست‌اندرکار مراقبت سلامت در میان گذاشت و شیوه‌ی پیشگیری از وقوع مجدد آن‌ها را آموزش داد (۱۲، ۱۱). لذا گزارش خطاهای حرفه‌ای برای ارتقای امنیت بیمار نه تنها در بیمارستان که در مراکز سرپایی مراقبت نیز امری اساسی و یک فعالیت ضروری محسوب می‌گردد (۱۴، ۱۳، ۱۱). متأسفانه، پرستاران نیز مانند بسیاری از پرسنل تیم پزشکی بیش‌تر خطاهای کاری خود را گزارش نمی‌کنند (۱۵). جولایی و همکاران کم‌تر بودن گزارش خطاهای دارویی از تعداد خطاهای رخ داده را نگران‌کننده، و لزوم مورد مطالعه قرار دادن موانع گزارش‌دهی را گوشزد نموده‌اند (۶). مطالعه‌ی حاضر با هدف کشف عوامل مرتبط با گزارش خطاهای پرستاری طراحی و اجرا گردیده است.

روش کار

این پژوهش به‌صورت یک مطالعه‌ی کیفی با هدف تبیین عناصر مرتبط با گزارش خطاهای پرستاری از طریق کشف تجربیات آنان در خصوص این موضوع بوده که در بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شیراز انجام گردیده است. روش‌های تحقیق کیفی این امکان را فراهم می‌کنند تا قرائت‌های مختلفی از یک واقعیت به ظهور برسد (۱۶). در این پژوهش اطلاعات با استفاده از روش focus group جمع‌آوری گردید که بهترین روش برای جمع‌آوری اطلاعات و کشف نگرش‌درباره‌ی موضوعات بالقوه آسیب‌پذیر و تبیین باورهای است که رفتاری را تحمیل می‌کنند (۱۹ - ۱۷، ۱۴). ۱۷ گروه متمرکز همگن متشکل از

واقعی‌شان را نسبت به خطای طرح شده در سناریو و موضوعات مطرح‌شده‌ی پیرامون آن به گفت‌وگو بگذارند. گفت‌وگوهای هر جلسه ضبط و یادداشت شد.

جهت تعیین طبقات اصلی و خرده طبقات عوامل مرتبط با گزارش خطاهای پرستاری از روش تحلیل محتوای قراردادی استفاده شد. به این صورت که اطلاعات هم‌زمان جمع‌آوری، تحلیل، طبقه‌بندی و مقوله‌بندی شدند تا اطلاعات به‌دست آمده معنی‌دار، جامع کل نظرات، معتبر و دقیق باشند و در نهایت به شناخت ویژگی‌ها، خلأها و آسیب‌های مرتبط با پدیده‌ی مورد بررسی بپردازد (۲۳، ۲۲). شروع عملیات تحلیل، بعد از اولین جلسه‌ی گروهی و کدگذاری و دسته‌بندی بعد از جلسه‌ی گروهی دوم آغاز شد. این کار به پژوهشگر کمک می‌کرد تا بتواند سایر سؤالات مورد نیاز را طراحی و مسیر مطالعه را بهتر هدایت نماید. به این ترتیب، مراحل زیر در تحلیل داده‌ها به‌دقت دنبال گردید: نوار بحث‌های گروهی یک به یک و کلمه به کلمه، نسخه‌نویسی شدند (۲۳، ۲۲). سپس، سطر به سطر مورد بررسی قرار گرفته و با صورت‌جلساتی که توسط مشاهده‌کننده نوشته شده بود نیز تطبیق داده شد، و جملات معنی‌داری که مرتبط با موضوع اصلی پژوهش بودند، علامت‌گذاری شد. مفهوم اصلی جملات معنی‌دار به‌صورت کد، استخراج شده و دسته‌بندی کدها آغاز گردید. به این ترتیب که کدهایی که دارای مفاهیم مشترکی بودند تحت یک طبقه قرار داده شده و نامگذاری گردید. با هر جلسه بحث گروهی جدید، ممکن بود طبقات قبلی بازنگری و حتی ادغام یا طبقه‌ی جدیدی ایجاد گردد. سپس با نظارت یک ناظر با تجربه در تحلیل داده‌های کیفی، کار طبقه‌بندی و نام‌گذاری طبقات مورد بازنگری قرار گرفت. به این ترتیب، تم‌های اصلی مطالعه استخراج و ارتباط بین طبقات مشخص گردید.

ملاحظات اخلاقی

شرح و بیان هدف پژوهشگر و اخذ رضایت آگاهانه

مترون‌ها، سوپروایزورها، سرپرستاران، و پرستاران صاحب‌نظر بیمارستان‌های دو دانشگاه تشکیل و هدایت شدند. تعداد افراد در هر گروه ۵ تا ۷ نفر و طول مدت جلسات ۶۰ تا ۹۰ دقیقه بود (۲۱ - ۱۷، ۱۴). با هماهنگی دفاتر پرستاری دو دانشگاه از تمامی مترون‌ها و سوپروایزورهای صاحب‌نظر برای شرکت در جلسات دعوت شد و در هر بیمارستان از سرپرستاران و پرستاران صاحب‌نظر در فیلدها و بخش‌های مختلف به تعداد و تا زمانی که دیگر یافته‌ی جدیدی حاصل نشود و در واقع به تکرار و اشباع داده‌ها (data saturation) ختم شود، دعوت گردید. یک سناریو از خطای پرستاری به‌منظور طرح در جلسات بحث متمرکز گروهی از طریق مرور منابع (۱۷) تهیه و به‌وسیله‌ی تیم پژوهش مورد بازبینی و تصحیح قرار گرفت و به‌منظور شفاف‌سازی و درک یکسان، پس از نظرخواهی از چند تن از پرستاران کار آزموده و صاحب‌نظر تغییراتی در آن داده شد (۱۴). رهبری و هدایت تمام جلسات بحث متمرکز گروهی توسط دو پژوهشگر از سه پژوهشگر مشارکت‌کننده در این طرح صورت گرفت.

قبل از شروع جلسات از مشارکت‌کنندگان رضایت آگاهانه برای ثبت و ضبط بحث‌ها گرفته شد. هر جلسه با همان سناریو از خطای پرستاری شروع گردید. سپس از شرکت‌کنندگان سؤال شد که «فرد خطاکننده در سناریو باید خطای رخ داده را به چه کسی گزارش کند؟» سپس در ادامه نظر افراد درباره‌ی گزارش نمودن یا عدم گزارش خطای رخ داده در سناریو و نیز خطاهای مشابه پرسیده شد. به‌عبارتی، چگونگی برخورد شخصی شرکت‌کنندگان و نحوه‌ی ارائه‌ی گزارش خطای فوق در شرایط مشابه و هم‌چنین دلیل ارائه یا عدم ارائه‌ی گزارش از خطای مذکور و خطاهای مشابه سؤال شد. سپس پژوهشگران با روش پرسش و پاسخ، بحث گروهی را در سطح وسیع (عوامل همراه با گزارش خطا، نوع خطا، جنبه‌های قانونی، اقتصادی و اخلاقی گزارش خطا و ...) شکافتند و زمینه‌ای را فراهم کردند تا حتی‌المقدور شرکت‌کنندگان در فضایی آزاد و خلاق، تجربیات و رفتارهای

جدول شماره ۱ - تم‌های اصلی و فرعی استحصال شده

نگرش پرستاران نسبت به خطاهای کاری فردی سیستمی ترکیب فردی و سیستمی موانع گزارش خطاهای کاری عوامل مرتبط با پرستار درک پرستار از وقوع و شدت خطا عوامل سازمانی فشار کار / بار زیاد مسؤولیت انگیزاننده‌های گزارش خطا عوامل مرتبط با پرستار عوامل مربوط به خطا عوامل سازمانی	عناصر مرتبط با گزارش خطاهای پرستاری
--	-------------------------------------

به صورت مکتوب به منظور مشارکت شرکت‌کنندگان در جلسات بحث و شرکت در بحث‌های گروهی، ضبط صدای آن‌ها، تهیه نوشتار از صحبت‌هایشان، انجام هماهنگی‌های مربوط برای حضور در محیط پژوهش و تعهدات لازم برای در اختیار گذاشتن یافته‌ها در صورت تمایل افراد، حفظ گمنامی و اختیار انصراف در هر مرحله از پژوهش از ملاحظات اخلاقی این پژوهش بوده است.

نتایج

مشارکت‌کنندگان این پژوهش شامل ۱۱۵ پرستار با سوابق خدمتی بین ۳ تا ۲۷ سال و دامنه‌ی سنی بین ۲۳ تا ۵۴ سال بودند. ۸۰ پرستار و سرپرستار شرکت‌کننده، در بخش‌های داخلی و جراحی عمومی، جراحی و داخلی‌های تخصصی، مراقبت‌های ویژه، اطفال و نوزادان، روان‌پزشکی، اورژانس و تروما، زنان و زایمان، درمانگاه‌های تخصصی و همچنین ۳۵ مترون و سوپروایزور شرکت‌کننده در تمامی بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های تخصصی دو دانشگاه مشغول به کار بودند. بیش‌تر شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی لیسانس پرستاری (۱۱۱ نفر) و از وضعیت استخدام رسمی قطعی (۷۷ نفر) برخوردار بودند. ۱۹ نفر رسمی آزمایشی، ۱۶ نفر پیمانی و سه نفر پرسنل طرحی بودند. مدرک تحصیلی ۴ نفر از شرکت‌کنندگان کارشناسی ارشد بود.

پس از تحلیل داده‌ها، تم‌ها یا طبقات اصلی عناصر مرتبط با گزارش خطاهای پرستاری به صورت الف) نگرش کلی پرستاران نسبت به خطاهای کاری، ب) موانع گزارش خطاهای پرستاری، و ج) انگیزاننده‌های گزارش خطا به دست آمد. هر کدام از طبقات اصلی حاوی طبقات فرعی دیگری نیز بودند که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

الف) نگرش کلی پرستاران نسبت به خطاهای کاری

شرکت‌کنندگان در پژوهش نگرش‌های فردی، سیستمی و ترکیبی از فردی و سیستمی را به گونه‌ای درک کرده بودند که در بروز رفتار و عملکردشان نسبت به خطا تأثیرگذار بود. شرکت‌کنندگان دارای نگرش فردی تصورشان بر این بود که پرستاران باید از هر گونه لغزش یا خطا کاملاً مبری باشند. آن‌ها همچنین بر این باور بودند که هرگاه خطایی در کار پرستاری از کسی سرزند، همان فرد مقصر است و باید مورد تنبیه قرار گیرد. به عنوان مثال، یکی از پرستاران با سابقه می گوید: «به نظر من پرستار اصلاً نباید خطا داشته باشد. شغل ما شغلی نیست که در اون اشتباه کنیم. ما با جون آدم‌ها سر و کار داریم هیچ اشتباهی تو این شغل پذیرفتنی نیست». یا شرکت‌کننده دیگری می گوید: «پرستاری که خطا کرده باید فرم مخصوص حادثه پرکنه و مجازات بشه چون که مقصره».

مشارکت‌کنندگان دارای نگرش سیستمی بر این باور بودند که پرستار نیز مانند هر انسانی ممکن است در انجام کار پرستاری مرتکب خطا شود. آن‌ها همچنین خطا را یک رخداد چند عاملی می‌دانستند و اعتقاد داشتند که در بسیاری از موارد

خطا، به عنوان موانع اصلی گزارش خطا در بین شرکت کنندگان در پژوهش مطرح شد.

الف) عوامل مرتبط با پرستار: نوعی ادراکات شرکت کنندگان در پژوهش است که آن‌ها را از وظیفه‌ی مهم گزارش نمودن خطا به مافوق و پزشک مسؤول بیمار باز می‌داشت. از جمله‌ی این عوامل ترس از قوانین و تهدیدات شغلی، ترس از ضررهای اقتصادی، ترس از آبرو و حیثیت، ضعف در دانش و آگاهی نسبت به خطایی که رخ داده، ضعف در دانش و مهارت پرستار در خصوص چگونگی مدیریت خطا، کاهش مسؤولیت‌پذیری و تعهد کاری پرستار است. دست‌چینی از بیانات پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش عبارتند از: «گر ما خطاها را گزارش کنیم علیه خودمون استفاده می‌شه. هیچ حمایت قانونی نداریم. تحت تهدید هستیم. مشکلات ما در نظام پزشکی بررسی می‌شه. پزشکان به ضرر ما و به نفع خودشان رأی می‌دن. می‌ترسیم شغلمون از دست بدیم. اخطار چپ و راست از دفتر پرستاری برامون میاد.» یا «یک پرستار به خاطر اشتباهی که خودش هم به تنهایی مقصر نبود مجبور به پرداخت ۱۰ میلیون دیه شد. مگه ما چقدر حقوق می‌گیریم که مجبور به پرداخت دیه هم بشیم؟» یا «با ما بد برخورد می‌کنند، ما رو حقیر می‌شمرند. احساس بی‌کفایتی در ما به وجود میارند.» یا «ممکنه کسی به اشتباه خودش واقف نباشه، گزارش هم نمی‌کنه.» یا «اطلاعات پرستاران در این زمینه کم است، آموزش ضعیف عمل کرده.» یا «پرسنل با هم فرق دارند، به خود فرد، احساس مسؤولیتش، تعهدش نسبت به کار هم بستگی داره.»

ب) درک پرستار از وقوع و شدت خطا: فاکتورهای طبقه بندی شده در این گروه بر اساس تجربیات و ادراکات مشارکت‌کنندگان مربوط به خطا می‌شد که آن‌ها را از اقدام به گزارش نمودن خطا باز می‌داشت. این فاکتورها شامل درجه و شدت خطا و نداشتن پیامد منفی و نیز ابهام در تعریف خطا بود. این جملات به کرات از مشارکت‌کنندگان شنیده می‌شد: «وقتی اشتباهی می‌کنیم تا جایی که مشکل برا بیمار پیش

خطا دارای علت منحصر به فرد نیست و نقایص و کاستی‌های متعددی در سازمان در بروز خطا توسط یک فرد دخالت دارد. این گروه هنگام بروز خطا به مقصر دانستن یک نفر به تنهایی و مجرم شمردن او اعتقاد نداشتند. صحبت این پرستار جوان دیدگاه بسیاری از شرکت‌کنندگان را در این گروه نشان می‌دهد: «در حال حاضر، مردم فکر می‌کنند ما بیمارستانی‌ها نباید اشتباه کنیم. در حالی که هر انسانی ممکنه خطا کنه. خطا تو شغل‌های دیگه هم هست. وانگهی وقتی یک نفر اشتباه می‌کنه فقط به خودش بر نمی‌گرده، دلایل زیادی داره.»

رویکرد گروهی از شرکت‌کنندگان نسبت به خطا تلفیقی از دو نگرش فردی و سیستمی بود. این گروه بر این تفکر بودند که هرچند در سازمان مشکلات و نقایص متعددی وجود دارد که در بروز خطا توسط یک نفر نقش دارد، اما تأثیرگذاری ویژگی‌هایی مانند دانش، مهارت، مسؤولیت‌پذیری^۱، و پاسخگویی^۲ پرستار در پیشگیری از وقوع خطا یا بروز آن بسیار حائز اهمیت است. این گروه معتقد بودند که مشکلات و نقایص موجود در سازمان دلیل تبری پرستار از خطا و مشکلی که برای بیمار به وجود آورده، نمی‌باشد. یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید: «با وجود تمامی مشکلات، من معتقدم باز هم هر فردی خودش هم مسؤوله و باید پاسخگویی اشتباهاتش باشه». این مطالعه نشان داد که شرکت‌کنندگان مسن‌تر و با سوابق کاری بیشتر و مترون‌ها و سوپروایزورها بیش‌تر دارای نگاه فردی و افراد جوان‌تر و کم سابقه‌تر، پرستاران و سرپرستاران بیش‌تر دارای نگاه سیستمی یا ترکیبی از نگاه فردی و سیستمی نسبت به خطای پرستاری هستند.

ب) موانع گزارش خطا

پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش از عواملی به عنوان مهارکننده در گزارش خطا شاکی بودند. این عوامل در طبقه‌ی موانع گزارش خطا قرار گرفتند. از آن جمله، عوامل مرتبط با پرستار، مربوط به سازمان و نیز درک پرستار از وقوع و شدت

¹ Responsibility

² Accountability

نیومده و تونستیم کنترل کنیم نیازی به گزارش نیست». یا «ممکنه یه کاری از نظر من صحیح باشه، از نظر شما یا سرپرستار خطا! باید بدونیم اصلاً خطا چی هست؟! مثلاً اگه به خاطر شلوغی بخش داروی بیمار دیر داده می‌شه، خطا هست؟»

ج) عوامل سازمانی: اغلب شرکت‌کنندگان اذعان داشتند که فاکتورهایی در سازمان محل کارشان وجود دارد که موجب اجتناب آن‌ها از گزارش نمودن خطا می‌شود. برخوردهای ناخوشایند و واکنش نامناسب قبلی سازمان از جمله مدیران، پزشکان و همکاران، هم‌چنین عدم تناسب واکنش مدیر با شدت خطا موجب می‌گردد که پرستاران خطاهای خود را گزارش نکرده و لاپوشانی کنند. گلچینی از بیانات شرکت‌کنندگان در پژوهش عبارت است از: «وقتی پزشک داد می‌زنه، ارتباطش نامناسبه، خطاها را، حتی خطاهای خودش رو به پرستار نسبت می‌ده، جرأت گفتن خطا از ما گرفته می‌شه و نمی‌گیم» یا «وقتی اشتباهاتمونو می‌گیم، با برخورد تند و ناعادلانه روبه‌رو می‌شیم (اخطارها، تهدیدها...)، آیا باید خطا گفته بشه؟!»

یکی دیگر از مفاهیم عمده‌ای که از داده‌های مرتبط با عنصر سازمان به‌دست آمده و باعث عدم گزارش خطا می‌گردید ضعف در فرهنگ ایمنی بود که به شکل آستانه‌ی محدود تحمل خطا، عدم پاسخگویی تیمی، یگانه قلمداد کردن فرد به‌عنوان مقصر، استفاده از فرهنگ عیب‌جویی، سرزنش و شرم‌نامه نمودن افراد مطرح گردید. در این ارتباط عباراتی از جمله زود از کوره در رفتن مسئولان و پزشکان در مقابل خطا، شانه خالی کردن پزشک، مدیر و سایر اعضای تیم مراقبت از بار مسئولیت خطا، و یک تنه جواب دادن و کتک خوردن از ملاقاتی بیمار و دادگاه رفتن، یگانه مقصر دانستن پرستار، سرزنش، عیب‌جویی و تحقیر فرد مرتکب خطا به تنهایی، توسط مشارکت‌کنندگان بیان شد.

د) فشار کار/بار زیاد مسئولیت: عوامل طبقه‌بندی شده در این گروه براساس ادراکات شرکت‌کنندگان مربوط به حجم و

فشار کار زیاد و بار مسئولیت فراوان پرستاران بود که آن‌ها را از گزارش نمودن خطا باز می‌داشت. این عوامل شامل کمبود وقت پرسنل، وقت‌گیر بودن گزارش خطا و کار اضافی ایجاد شده در ارتباط با گزارش خطا می‌شد. دست‌چینی از بیانات شرکت‌کنندگان: «خیلی کار سر ما ریخته، پرسنل کم، بیمار زیاد و ... ما وقت برا گزارش خطا و مشکلات همراه با آن نداریم. مهم اینه من بتونم با این وقت کم برای بیمار اقدامی انجام بدم».

ج) انگیزاننده‌های گزارش خطا

الف) عوامل مرتبط با پرستار: این عوامل شامل داشتن دانش و مهارت مدیریت خطا توسط پرستار، مسئولیت‌پذیری، تعهد کاری، و پاسخ‌گویی حرفه‌ای می‌باشد. دست‌چینی از تجربیات و گفته‌های پرستاران در این ارتباط:

«پرسنل باسواد و کارآمد، اشتباهاتشونو گزارش می‌کنند». یا «سیستم آموزشی باید تأثیرگذار عمل کنه.» یا «به خود فرد هم مربوطه، این‌که پرستار چقدر مسئولیت‌پذیره مهمه».

ب) عوامل مربوط به خود خطا: در این حیثه لزوم واضح سازی تعریف خطا، شدت و پیامد منفی خطا، سوددهی گزارش برای بیمار و ارتکاب خطا توسط خود فرد انگیزاننده بودند. از جمله تجربیاتی که بیان گردید:

«خطاهای کلاس بالا گزارش بشه. وقتی اشتباه من موجب صدمه رسیدن به بیمار شده و آشکار هست باید گزارش کنم». یا «باید برام روشن بشه چه خطایی گزارش کنم؟» یا «اگه گزارش خطا در بهبودی بیمار تأثیر داره گزارش می‌کنم». یا «وقتی خودم اشتباه کردم، گزارش می‌کنم.»

ج) عوامل سازمانی: عناصر قرار گرفته در این طبقه بر اساس تجربیات مشارکت‌کنندگان به سازمان محل کارشان مربوط می‌شد تا گزارش نمودن خطا توسط آنان را تسهیل نماید. غالب بودن جو حمایتی در سازمان، شانه خالی نکردن مدیران و پزشکان از بار مسئولیت خطایی که رخ داده و مشارکت آن‌ها با فرد مرتکب خطا در پاسخگویی، و وجود سیستم گزارش‌دهی بی‌نام، مواردی بودند که توسط

برخی فرایندهای ذهنی فرد از جمله فراموشی، بی‌توجهی، کمبود انگیزه، بی‌دقتی، غفلت و اهمال ناشی می‌شوند. در حالی که در رویکرد سیستمی، انسان‌ها خطا کارند و حتی در بهترین سازمان‌ها امکان خطا وجود دارد و در زمان وقوع خطا پی بردن به چون و چراي آن اهمیت دارد و نباید کسی را سرزنش کرد (۲۴). به هر حال، هر کدام از رویکردهای فردی و سیستمی، فلسفه‌ها و دلایل متفاوتی را نسبت به خطاهای انسانی دارند که درک این تفاوت‌ها در مقابله با آن‌ها دارای کاربردی مهم است و شاید تلفیقی از دو رویکرد نام‌برده در مدیریت و کنترل خطاهای کاری در رشته‌ی پرستاری بتواند جوابگو باشد. به این معنی که باید پذیرفت همواره مجموعه‌ای از شرایط امکان بروز خطا را فراهم می‌کند، ولیکن به‌منظور کنترل خطاها به عکس عملکرد پیروان رویکرد فردی، علت‌یابی واقعه‌ی نامطلوب ضروری به‌نظر می‌رسد. از طرفی، این را نیز در نظر بگیریم که ما نمی‌توانیم شرایط انسانی را تغییر دهیم، اما می‌توانیم شرایط کار انسان را عوض کنیم.

درونمایه یا تم اصلی بعدی در این مطالعه، موانع گزارش خطاهای پرستاری است. برنامه‌های بهبود سازمان می‌تواند با موانعی روبه‌رو شود. گزارش نمودن خطاهای کاری یک فعالیت ضروری برای ارتقای امنیت بیمار است، اما همواره عواملی باعث کاهش آن می‌شوند (۲۵، ۱۴، ۱۱). بر اساس ادراکات شرکت‌کنندگان در پژوهش، موانع گزارش خطاهای کاری در حرفه‌ی پرستاری در ۴ طبقه‌ی فرعی عوامل مرتبط با پرستار، مربوط به خطا، مرتبط با سازمان و مربوط به فشار کار یا بار زیاد مسئولیت قرار گرفته‌اند. هر چند پژوهش حاضر درباره‌ی عوامل مرتبط با گزارش خطاهای پرستاری^۱ می‌باشد، اما ۳ طبقه‌ی فرعی شناسایی شده در آن که از سوی شرکت‌کنندگان به‌عنوان مانع گزارش خطا مطرح شده است مشابه با ۳ عامل کشف شده درباره‌ی اظهار خطا^۲ در مطالعه‌ی Fein و همکاران است، یعنی عوامل مرتبط با پرستار، مربوط

شرکت‌کنندگان مطرح گردید. عباراتی از بیانات پرستاران: «تو بیمارستان ما آگه مشکلی پیش بیاد پزشکان ما رو تنها نمی‌گذارن، با هم حلش می‌کنیم». یا «ما در وقت خطا نیاز شدید داریم در کمون کنند تا جرأت گزارش خطا پیدا کنیم». یا «عدم مجازات و سرزنش فرد مرتکب خطا». یا «وقتی خطایی پیش میاد فقط دنبال مقصر نگردیم، علت رو پیدا کنیم». یا «باید پزشک و سرپرستار هم پاسخگو باشند نه این‌که مقابل پرسنل وایسن». یا «آگه در گزارش خطاها به اسم فرد توجه نشه. بدون نوشتن اسممون خطا رو بنویسیم خوب می‌شه».

شرکت‌کنندگان در این پژوهش علی‌رغم ترس‌ها و تهدیدات متفاوتی که مانع گزارش نمودن خطا می‌شد، این اعتقاد را داشتند که مبادله‌ی اطلاعات مرتبط با خطا و گزارش نمودن آن جزء وظایف پرسنل پرستاری است تا بدین طریق اقدامات اصلاحی لازم برای بیمار انجام شود و بتوان از ایجاد صدمه یا وقوع آسیب بیش‌تر در بیمار پیشگیری نمود. آن‌ها به‌علاوه معتقد بودند که گزارش خطاهایی که در کار رخ داده می‌تواند در آموزش به سایر پرسنل پرستاری و در نتیجه پیشگیری از وقوع مجدد خطا مؤثر واقع گردد.

بحث

در بررسی حاضر که درباره‌ی گزارش خطاهای پرستاری انجام گردید، سه تم اصلی با چندین طبقه‌ی فرعی انتزاع گردید. یکی از تم‌های استخراج‌شده نگرش کلی شرکت‌کنندگان نسبت به خطا بود. پرستاران مسن‌تر و مدیران پرستاری نسبت به خطاهای کاری در حرفه‌ی پرستاری دارای نگرش و رویکرد فردی می‌باشند، اما شرکت‌کنندگان جوان‌تر با رویکرد سیستمی به خطاهای کاری نگاه می‌کنند و در این میان گروهی نیز خطاها را با تلفیقی از دو رویکرد می‌بینند. Reason نیز می‌گوید که خطای انسانی با دو رویکرد فردی و سیستمی می‌تواند دیده شود که هر کدام فلسفه و دلایل متفاوتی دارند. در رویکرد فردی فرض بر آن است که کارهای بد از افراد بد سر می‌زند. به‌نظر می‌رسد اقدامات غیرایمن از

¹ Report of nursing error

² Disclosure of error

به خطا، و مرتبط با سازمان (۱۷) که این می‌تواند به دلیل یکسان بودن ماهیت و دلایل گزارش خطاهای کاری به مدیران مافوق با ماهیت و دلایل اظهار خطا به بیمار باشد؛ به این معنی که اظهار خطا به بیمار و افراد مهم خانواده‌ی او در واقع گونه‌ای دیگر از گزارش نمودن خطاست (۱۱). ترس‌های مختلف شامل ترس از قوانین و تهدیدات شغلی، ترس از ضررهای اقتصادی، ترس از آبرو و حیثیت، ترس از عواقب سوء گزارش (۲۸-۲۶، ۱۱) و همچنین برخی از ویژگی‌های فردی پرستار از جمله کاهش مسؤلیت‌پذیری و پاسخ‌گویی حرفه‌ای و نیز ضعف در شناخت خطا یا کمبود دانش و مهارت درباره‌ی نحوه‌ی گزارش خطا، برجسته‌ترین موانع گزارش خطا در طبقه‌ی فرعی فاکتورهای مرتبط با پرستار می‌باشند. وجدان، تعهد و احساس مسؤلیت فردی، به‌علاوه جرم ندانستن خطاهای کاری در پرستاری توسط مدیران و حمایت آن‌ها از گزارش‌کنندگان خطاهای کاری و در نتیجه عدم تقویت ترس‌های مختلف در کسانی که مرتکب خطا در کار شده‌اند، هم‌چنین تلاش در جهت تقویت، آموزش و تشویق پرستاران به‌منظور شناخت خطاهای کاری و گزارش آن‌ها در محیط خالی از مجازات و تنبیه، گزارش خطاهای کاری را افزایش می‌دهد (۱۷، ۱۱).

عوامل مرتبط با خطا از دیگر طبقات فرعی شناسایی شده در تم اصلی موانع گزارش خطا در این پژوهش است. هر چند شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر درباره‌ی تاثیرگذاری این عوامل توافق همگانی نداشتند، اکثریت آن‌ها همانند بسیاری از مطالعات دیگر شدت خطا و پیامد آن را در تصمیم فرد به گزارش خطا مؤثر دانسته‌اند. بر اساس ادراکات شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر شدید و جدی نبودن خطا به گونه‌ای که منجر به صدمه بیمار نشود (۳۳-۲۹، ۲۶) و ابهام در تعریف خطا (۳۴) آن‌ها را از گزارش خطا باز می‌داشت. آن‌ها گزارش خطاهای فاقد پیامد صدمه را منوط به عدم برخوردهای تند، تهدیدآمیز و ستیزه‌جویانه‌ی مدیران می‌دانند. عدم تمایل اعضای تیم مراقبت سلامت نسبت به

گزارش خطاهای فاقد پیامد سوء می‌تواند به‌دلیل ترس‌ها و تهدیدات متعددی باشد که فرد مرتکب خطا احساس می‌کند (۳۶، ۳۵، ۲۷) یا مربوط به عدم حمایت همکاران و مدیران از اظهارکننده‌ی خطا باشد (۷). این در حالی است که به‌ویژه گزارش خطاهای در شرف وقوع در آموزش محیط به‌منظور پیشگیری از وقوع مجدد آن‌ها در آینده و در نتیجه کاهش میزان کلی خطا و افزایش ایمنی بیمار بسیار حائز اهمیت است (۱۱، ۶).

عوامل مربوط به سازمان محل کار پرستار از دیگر طبقات فرعی در طبقه‌ی اصلی موانع گزارش‌دهی خطا در پژوهش حاضر است. عدم بردباری نسبت به خطا و تحمل آن (۱۷) و واکنش نامناسب سازمان، مدیران و همکاران نسبت به خطا و فرد مرتکب خطا (۳۷، ۳۶، ۲۸، ۲۱) هم‌چنین عدم تناسب واکنش مدیر با شدت خطا (۳۶، ۳۴) و وجود فرهنگ سرزنش/ شرم‌نامه کردن انسان‌ها (۳۵) از عوامل تهدیدکننده و از موانع گزارش خطاست. در حال حاضر، متأسفانه، به‌ویژه در مورد پرستاران، مقصر قلمداد نمودن و سرزنش فردی، بارزترین واکنش نسبت به خطا و فرد مرتکب خطا به‌حساب می‌آید (۱۱). بر اساس ادراکات شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی حاضر، در صورت وقوع خطا غالباً حتی در مواردی که پرستار مقصر نیست وی را مقصر می‌شمارند. این‌گونه اجحاف‌ها می‌تواند موجب آسیب روحی در فرد و ایجاد ترس در جامعه‌ی پرستاری گردد. هم‌چنین، آسیب‌هایی که از اشتباهات گذشته در ذهن ارائه‌کننده‌ی خدمات مراقبت سلامت باقی مانده، می‌تواند تمایل به اظهار خطا را محدود کند (۱۱).

شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی حاضر نیز گزارش خطا را مرتبط با واکنش و برخوردهایی می‌دانند که به‌هنگام گزارش خطای قبلی از سوی مدیران و همکاران دریافت نموده‌اند، به این معنی که اگر واکنش و برخورد با آن‌ها مناسب با خطای انجام شده نبوده، یا این‌که مورد حمایت قرار نگرفته‌اند، و در آن‌ها ترس‌های مختلف ایجاد شده، از اقدام مجدد به گزارش خطا ممانعت ورزیده و لاپوشانی می‌نمایند. آن‌دسته از مدیران

که بر اساس ادراکات آنان در طبقات فرعی عوامل مربوط به پرستار و مرتبط با خطا قرار گرفتند. در مطالعات دیگران سود دهی گزارش خطا در زمینه‌های متفاوت از جمله تصحیح پیامد حاصل از آن، ارتقای مراقبت ایمن، و آموزش همکاران به‌عنوان انگیزاننده مطرح گردیدند (۲۶، ۱۴، ۱۱، ۷). در حالی که شرکت‌کنندگان در این پژوهش تنها سوددهی گزارش خطا برای بیمار و تأثیر در روند بهبودی بیمار را انگیزاننده‌ی گزارش خطا می‌دانستند.

تفاوت نگرش این دو گروه شرکت‌کننده در دو مطالعه شاید به دلیل مطرح نبودن یا کم مطرح بودن موضوع کلی گزارش خطا در محیط‌های بالینی ما باشد. به این معنی که اگر موضوع گزارش خطا و عوامل مرتبط با آن توسط مراکز آموزش مداوم پرستاری به‌صورت شفاف در بین پرستاران مطرح گردد و منافع گزارش‌دهی خطا به آن‌ها آموزش داده شود، بدیهی است پرستاران با دامنه‌ی اطلاعاتی وسیع‌تر و دید بازتری متوجه این موضوع بوده و سایر منافع گزارش‌دهی خطا مثل آموزش برای خود و دیگران، حمایت برای گزارشگر، بازخورد منظم و ارتقای کیفیت خدمات سلامت را مد نظر قرار خواهند داد (۱۴). به‌طور کلی، بر اساس نگرش و ادراکات شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، فرهنگ ایمنی سازمان از عوامل تأثیرگذار بر تصمیم پرستاران درباره‌ی گزارش خطاهای کاری است. نبود فرهنگ ایمنی یا نقص در آن، مانع گزارش‌دهی خطا گشته و در حضور فرهنگ ایمنی انگیزش پرستاران برای گزارش خطاها تقویت خواهد شد. مؤلفه‌های کاهش‌دهنده‌ی فرهنگ ایمنی در این پژوهش عبارتند از: عدم تحمل و بردباری سازمان، مدیران و همکاران نسبت به خطا، عدم حمایت حرفه‌ای، تحقیر و سرزنش فردی که مرتکب خطا شده و عیب‌جویی از او و یگانه مقصر قلمداد نمودن او، عدم حمایت گزارش‌کننده‌ی خطا توسط مدیران و برعکس عیب‌جویی و تنبیه گزارش‌کننده توسط آن‌ها، عدم همکاری پزشکان و عدم پاسخگویی تیمی.

Wolf و همکاران نیز معتقدند، آن‌دسته از متخصصان

مراقبت سلامت که گزارش‌کنندگان خطا را حمایت نمی‌کنند، به موازات آن‌که با خطاهای مراقبت سلامت همانند جرم برخورد می‌کنند (۱۱)، ترس‌های مختلف را در ارائه‌کنندگان خدمات سلامت افزایش می‌دهند (۳۸، ۱۱). بنابراین، لازم است این آسیب‌ها و ترس‌های باقی‌مانده در ذهن ارائه‌کنندگان خدمات سلامت با تلاش‌های تشویق‌کننده‌ی گزارش خطا در محیطی ایمن و غیرمجازات‌کننده، جایگزین گردد (۱۱، ۷).

بار مسؤلیت و فشار کار زیاد از دیگر زیر طبقه‌ها در تم اصلی موانع گزارش خطاهای پرستاری در پژوهش حاضر است که در مطالعه‌ی Elder و همکاران نیز شایع‌ترین مانع گزارش خطا (۱۴) و در مطالعات دیگر محققان هم به‌عنوان یکی از موانع آشکارسازی و گزارش خطا شناسایی گردید (۳۹، ۱۷). شرکت‌کنندگان در این پژوهش، مشارکت مدیران و پزشکان در پاسخ‌گویی (پاسخ‌گویی تیمی) و شرکت‌کنندگان در پژوهش دیگران شیف‌ت بار مسؤلیت به گزارشگر اختصاصی سازمان (۱۴) را جهت کاهش و رفع این مانع پیشنهاد نمودند.

درونمایه یا تم اصلی بعدی در این مطالعه انگیزاننده‌های گزارش خطاهای پرستاری است. انگیزش نیروی پویایی است که تحرک یا عمل انسان را سبب می‌شود. انگیزاننده چیزی است که در رفتار فرد تأثیر نموده و موجب تشویق فرد به انجام کاری می‌شود و در آنچه او انجام خواهد داد، تفاوت به‌وجود می‌آورد. انگیزاننده‌ها موتور محرکه‌ی اقدامات پرستاری هستند. انگیزاننده‌های گزارش خطا موجب تشویق پرسنل پرستاری به گزارش خطا می‌شوند. دانش و مهارت مواجهه با خطا توسط پرستار (۱۷) و برخی از ویژگی‌های فردی پرستار مانند مسؤلیت‌پذیری، و بروز خطا توسط خود فرد و نه همکار، وضوح تعریف خطاهایی که باید گزارش شوند (۱۴) به‌علاوه شدید بودن و پیامد منفی خطا (۱۷) از جمله انگیزاننده‌هایی بودند که توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر همانند مشارکت‌کنندگان در سایر مطالعات (۱۷، ۱۴) به‌عنوان انگیزاننده‌های گزارش خطا مطرح گردیدند

گزارش‌دهی را از دوش یک فرد به تنهایی کم می‌کند و این چیزی است که در پژوهش حاضر همانند مطالعه‌ی دیگران به‌عنوان انگیزاننده‌ی گزارش‌دهی شناسایی شد (۱۴). سیستم ثبت خطای بدون نام هم که در مطالعه حاضر توسط برخی از شرکت‌کنندگان پیشنهاد شد، موجب کاهش بار مسؤلیت همکاران و تقویت گزارش‌دهی می‌گردد (۱۴، ۱۱).

نتیجه‌گیری

خطاهایی که در کار رخ می‌دهند، نشان دهنده‌ی مشکلات زیادی در کل سیستم هستند و در مجموع بیانگر عدم وجود فرهنگ ایمنی و وجود شرایط کاری نامطلوب برای پرستاران است. مشکلات سیستم‌ها می‌تواند از طریق گزارش انواع خطاها پیشگیری شود. اصولاً توجه سازمان به مقوله‌ی گزارش انواع خطاها اطلاعات فوق‌العاده گرانبهایی را برای پیشگیری از بروز خطاهای بعدی فراهم می‌نماید.

در مجموع، با توجه به موانع و انگیزاننده‌های گزارش خطاهای پرستاری شاید لازم باشد که قوانین و مقرراتی در این زمینه وضع شود و در آن قوانین نحوه‌ی گزارش‌دهی خطا و عناصر تشکیل‌دهنده‌ی آن از جمله خود خطا به‌طور واضح تعریف و تبیین گردند. به‌علاوه، آموزش پرستاران و مدیران پرستاری درباره‌ی اهداف سیستم‌های گزارش خطا و شیوه‌ی استفاده از اطلاعات خطاهای رخ داده در ارتقای خدمات ایمن پرستاری و در نتیجه ایمنی بیمار پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از یافته‌های پژوهش مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی (۷۲۶۸-۵۰-۰۴-۸۷) و دانشگاه علوم پزشکی شیراز (۴۴۷۶-۸۷) است که با حمایت مالی این دو دانشگاه انجام شده است. بدین‌وسیله ضمن تشکر و قدردانی، مراتب تشکر خالصانه‌ی تیم تحقیق به حضور کلیه‌ی مشارکت‌کنندگان پرستار در رده‌های مختلف در دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شیراز اعلام می‌گردد.

بالینی که در فرهنگ سرزنش و مجازات کار می‌کنند، به‌دلیل ترس از مجازات شدن، خطاها را گزارش نمی‌کنند. یک سنت دیرینه در مراقبت سلامت عبارت است از «تکرار عبارت نام شما، شما مقصر هستید، شما شرمنده‌اید». ترس از انتقام و مجازات منجر به معمول شدن سکوت و خاموشی می‌شود در حالی که سکوت کشنده است و افراد حرفه‌های مراقبت سلامت نیاز به گفت‌وگو و محاوره درباره‌ی مسائل و مشکلات مهم محیط کارشان مانند خطاها و رفتارهای خطرناک همکاران دارند (۱۱). زمانی که افراد و سازمان‌ها قادر به حرکت از فرهنگ تقصیر و سرزنش فردی به‌سوی یک فرهنگ ایمنی باشند، یعنی جایی که تقصیر، سرزنش و شرمندگی کردن فردی، حذف، گزارش و اظهار خطا تشویق می‌شود، و نیز جایی که آسیب‌ها و ترس‌های باقی‌مانده در ذهن ارائه‌کنندگان خدمات سلامت با تلاش‌های تشویق‌کننده گزارش خطا در محیطی ایمن و غیر مجازات‌کننده، جایگزین می‌گردد (۳۴، ۱۱، ۷)، سازمان‌ها قادر خواهند بود سیستم‌های گزارش خطا را رسمی کرده و گزارش نمودن تمامی انواع خطاها را افزایش دهند (۷، ۱۱).

به‌علاوه، گزارش خطا می‌تواند با حمایت مدیران از گزارش‌کنندگان خطا و آموزش به پرسنل درباره‌ی اهداف گزارش خطا، افزایش یابد (۴۰). به‌منظور دستیابی به هدف مهم افزایش گزارش خطا، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و سایرین باید بدانند که اولاً گزارش بدون مجازات خطاها موجب ارتقای ایمنی کار می‌شود و ثانیاً عیوب و کاستی سازمان‌هاست که موجب ایجاد خطا می‌شود (۴۱). به‌علاوه، ارتقای ارتباطات صحیح و همکاری بین اعضای تیم سلامت^۱ لازمه‌ی یک محیط ایمن است و در سایه‌ی فرهنگ ایمن، ارتباطات باز، گزارش خطاها و پاسخگویی تیمی در بین تمامی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت تسهیل شده و به‌عنوان یک قاعده مورد توجه قرار خواهد گرفت.

پاسخگویی تیمی نیز بار مسؤلیت و فشار روانی

^۱ Communication and collaboration

منابع

- ۱۰- هاشمی ف. پاسخ اخلاقی به خطای پرستاری. مجله‌ی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۷؛ دوره ۱ (شماره ۴): ۳۱-۴۵.
- 11- Wolf ZR, Hughes RG. Error reporting and disclosure. In: Hughes R, eds. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville: AHRQ Publication; 2008, p. 1-47.
- 12- Hevia A, Hobgood C. Medical error during residency: to tell or not to tell. *Ann Emerg Med* 2003; 42(4): 565-70.
- 13- Balas MC, Scott LD, Rogers AE. Frequency and type of errors and near errors reported by critical care nurses. *Can J Nurs Res* 2006; 38(2): 24-41.
- 14- Elder NC, Graham D, Brandt E, Hickner J. Barriers and motivators for making error reports from family medicine offices: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Networks (AAFP NRN). *J Am Board Fam Med* 2007; 20 (2): 115-23.
- ۱۵- باغچقی ن، کوهستانی ح، باغچقی ن. گزارش کردن خطاهای پرستاری. خلاصه مقالات دومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ایران؛ سال ۱۳۸۷؛ تهران، ایران؛ مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی؛ ۱۳۸۷.
- ۱۶- ادیب حاج باقری م، پرویزی س، صلصالی م. روش‌های تحقیق کیفی. تهران: بشری؛ ۱۳۸۶.
- 17- Fein S, Hilborne L, Kagawa-Singer M, et al. A conceptual model for disclosure of medical errors. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, eds. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005, Vol 2.
- 18- Tang FI, Sheu SJ, Yu S, Wei IL, Chen CH. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *J Clin Nurs* 2007; 16(3): 447-57.
- ۱۹- ام. ان. او. راهنمای هدایت گروه‌های متمرکز. ترجمه هاشمی ف، منصوری پ. دانشکده‌ی پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) شیراز. ۱۳۸۶.
- 20- Anselmi ML, Peduzzi M, Dos Santos CB.
- 1- Anonymous. Health Grades Quality Study. Third Annual Patient Safety in American Hospitals Study. <http://www.healthgrades.com/media/dms/pdf/patientsafetyInAmericanHospitalsStudy2006.pdf> (accessed on 2010)
- 2- Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, et al. Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: multinational prospective study. *BMJ* 2009; 338: b814 .
- 3- Howe JP. Nursing Error Lawyer, Nursing Error Lawyer. <http://www.jamesphowe.com/Medical%20Malpractice%20-%20Nursing%20Error.htm> (accessed on 2010)
- ۴- پنجوینی س. بررسی میزان و نوع اشتباهات دارویی پرسنل پرستاری شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهر سمنجان. مجله‌ی پژوهش در پرستاری ایران ۱۳۸۵؛ دوره ۱ (شماره ۱): ۶۴-۵۹.
- ۵- کوهستانی ح، باغچقی ن. بررسی اشتباهات دارویی دانشجویان پرستاری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی. مجله‌ی علمی _ پژوهشی پزشکی قانونی ۱۳۸۶؛ شماره ۴۸: ۵۵-۲۴۹.
- ۶- جولایی س، حاجی بابایی ف، پیروی ح، حقانی ح. بررسی وقوع و گزارش خطاهای دارویی پرستاران و ارتباط آن با شرایط کاری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران. مجله‌ی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره ۳ (شماره ۱): ۷۶-۶۵.
- 7- Chard R. How perioperative nurses define, attribute causes of, and react to intraoperative nursing errors. *AORN J* 2010; 91(1): 132-45.
- ۸- اصغری ف، یآوری ن. اظهار خطای پزشکی. مجله دیابت و لیپید ایران ۱۳۸۴؛ ویژه‌نامه‌ی اخلاق و تاریخ پزشکی: ۳۵-۲۵.
- 9- Crigger NJ. Always having to say you're sorry: an ethical response to making mistakes in professional practice. *J Nurs Ethics* 2004; 11(6): 568-76.

- and nurses to document medical errors in pediatric patients. *Pediatrics* 2004; 114(3): 729-35.
- 33- Karsh BT, Escoto KH, Beasley JW, Holden RJ. Toward a theoretical approach to medical error reporting system research and design. *Appl Ergon* 2006; 37(3): 283 - 95.
- 34- Wakefield DS, Wakefield BJ, Uden-Holman T, Blegen MA. Perceived barriers in reporting medications administration errors. *Best Pract Benchmarking Health* 1996; 1(4): 191-7.
- 35- Stratton KM, Blegen MA, Pepper G, Vaughn T. Reporting of medication errors by pediatric nurses. *J Pediatr Nurs* 2004; 19(6): 385-92.
- 36- Wakefield BJ, Uden-Holman T, Wakefield DS. Development and validation of the medication administration error reporting survey. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, eds. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005, Vol 4, p. 475-89.
- 37- Wakefield BJ, Blegen MA, Uden-Holman T, Vauhn T, Chrischilles E, Wakefield DS. Organizational culture, continuous quality improvement, and medication administration error reporting. *Am J Med Qual* 2001; 16(4): 128-34.
- 38- Hsaio GY, Chen IJ, YU S, Wei IL, Fang YY, Tang FI. Nurses' knowledge of high-alert medications: instrument development and validation. *J Adv Nurs* 2010; 66 (1): 177-90.
- 39- Jones L, Arana G. Is downsizing affecting incident reports? *Jt Comm J Qual Improv* 1996; 22(8): 592-4.
- 40- Chiang HY, Lin SY, Hsu SC, Ma SC. Factors determining hospital nurses' failures in reporting medication errors in Taiwan. *Nurs Outlook* 2010; 58(1): 17-25.
- 41- Kohn LT, Corrigan J, Donalson MS. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press 1999.
- Errors in the administration of intravenous medication in Brazilian hospitals. *J Clin Nurs* 2007; 16(10): 1839-47.
- 21- Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. *J Nurs Care Qual* 2004; 19(3): 209-17.
- 22- Eto S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1):107-15.
- 23- Speziale HS, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 24- Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768-70.
- 25- Sutcliffe KM. Defining and classifying medical error: lessons for learning. *Qual Saf Health Care* 2004; 13(1): 8-9.
- 26- Uribe CL, Schweikhart SB, Pathak DS, Dow M, March GB. Perceived barriers to medical-error reporting: an exploratory investigation. *J Healthc Manag* 2002; 47(4): 263-79.
- 27- Chiang HY, Pepper GA. Barriers to nurses' reporting of medication administration errors in Taiwan. *J Nurs Scholarsh* 2006; 38(4): 392-9.
- 28- Wakefield DS, Wakefield BJ, Borders T, Uden-Holman T, Blegen M, Vaughn T. Understanding and comparing differences in reported medication administration error rates. *Am J Med Qual* 1999; 14(2): 73-80.
- 29- Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Qual Saf Health Care* 2002; 11(1): 15-8.
- 30- Coyle YM, Mercer SQ, Murphy-Cullen CL, Schneider GW, Hynan LS. Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. *Qual Saf Health Care* 2005; 14(5): 383-8.
- 31- Jeffe DB, Dunagan WC, Garbutt J, et al. Using focus groups to understand physicians' and nurses' perspectives on error reporting in hospitals. *JT Comm J Qual Saf* 2004; 30(9): 471-9.
- 32- Taylor JA, Brownstein D, Christakis DA, et al. Use of incident reports by physicians