

## بررسی نگرش مدیران پرستاری بیمارستان‌های استان کردستان نسبت به نظام داوطلبانه‌ی گزارش‌دهی خطاهای پزشکی

شیلان قادری<sup>۱</sup>، مهران صادقی<sup>۲</sup>، فایق یوسفی<sup>۳</sup>، محمد صالح واحدی<sup>۴</sup>، نادر کرمی<sup>۵</sup>، آرام کریمیان<sup>۶\*</sup>

تاریخ دریافت: 98/4/8

تاریخ پذیرش: 98/7/13

تاریخ انتشار: 98/10/4

### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

یکی از روش‌های اصلی افزایش ایمنی بیمار، استفاده از سیستم گزارش‌دهی و فراهم کردن امکانات برای آنالیز خطاها و پیشگیری از بروز آن‌هاست. این مطالعه با هدف تعیین نگرش مدیران پرستاری بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کردستان نسبت به نظام داوطلبانه‌ی گزارش‌دهی خطاهای پزشکی در سال ۱۳۹۴ انجام شد. روش تحقیق در این مطالعه توصیفی مقطعی است. نمونه‌ی پژوهش، همه‌ی مدیران پرستاری بیمارستان‌های استان کردستان بود که با روش تمام سرشماری وارد مطالعه شدند. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌ی روا و پایاشده‌ی نگرش نسبت به نظام داوطلبانه‌ی گزارش‌دهی خطای پزشکی، جمع‌آوری شد. داده‌ها با نرم‌افزار spss نسخه‌ی ۲۰ با استفاده از آزمون آماری کای دو، آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد ۸۷/۹ درصد (۸۰ نفر) از مدیران با گزارش خطا در محل فعالیت خود مواجه شده بودند. ۶۷/۱ درصد (۶۲ نفر) از مدیران نسبت به نظام داوطلبانه‌ی خطاهای پزشکی نگرش مثبت، ۱۶/۵ درصد (۱۵ نفر) نگرش منفی و ۱۵/۳۸ درصد (۱۴ نفر) ممتنع بودند. با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر اینکه ۶۷/۱ درصد از مدیران نسبت به گزارش داوطلبانه‌ی خطای پزشکی نگرش مثبت دارند، می‌توان با انجام دادن اقدامات لازم، بستر مناسب را برای راه‌اندازی نظام داوطلبانه‌ی خطاهای پزشکی در مراکز درمانی فراهم کرد.

**واژگان کلیدی:** خطای پزشکی، مدیران پرستاری، نظام داوطلبانه‌ی گزارش‌دهی

1. کارشناس ارشد پرستاری، گروه فوریت‌های پزشکی، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
  2. کارشناس رادیولوژی، گروه رادیولوژی، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
  3. دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
  4. کارشناس ارشد هوشبری، گروه هوشبری، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
  5. کاردانی اتاق عمل، گروه هوشبری، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
  6. کارشناس ارشد پرستاری، گروه فوریت‌های پزشکی، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
- \* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: سنندج، خیابان پاسدارن، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، تلفن: ۰۹۱۸۳۷۶۱۳۴۸.

Email: [ar.bio67@gmail.com](mailto:ar.bio67@gmail.com)

## مقدمه

با وجود تلاش‌های متمرکز در زمینه‌ی پیشگیری از خطاهای پزشکی، شیوع این خطاها در نظام بهداشت و درمان همچنان یک نگرانی بزرگ است (۱). خطاهای پزشکی، از چالش‌های مهم تهدیدکننده‌ی نظام سلامت در تمامی کشورها (۲) و دردسر روزانه‌ی مدیران، سرپرستان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی بوده (۳) و سومین علت شایع مرگ در آمریکاست؛ به‌گونه‌ای که قریب به صد هزار مرگ را در هر سال موجب می‌شود (۴). در سال‌های اخیر نیز علی‌رغم پیشرفت تکنولوژی در مراکز بهداشتی و درمانی، خطاهای پزشکی همچنان ایمنی بیماران را تهدید می‌کند (۵). در ایران نیز، هم‌زمان با گسترش خدمات بهداشتی‌درمانی، بروز خطاهای پزشکی رو به افزایش است. اگرچه آمار منظم و دقیقی در این رابطه وجود ندارد (۶)، کارشناسان حدس می‌زنند که چنین مواردی بسیار باشد و افزایش پرونده‌های ارجاعی شکایات مردم از پزشکان و پرستاران به سازمان نظام پزشکی دادگاه‌ها گواهی بر این مدعاست (۷). تعداد زیادی از خطاهای پزشکی بر روی بیماران، پرستاران و سازمان‌ها تأثیر منفی داشته و منجر به کاهش کیفیت مراقبت می‌شود؛ بنابراین اتخاذ تدابیری برای کاهش آن‌ها را می‌توان از اولویت‌های پژوهشی نظام سلامت دانست (۲ و ۷). شناسایی درست خطاها، گام مهمی در جهت پیشگیری از وقوع دوباره‌ی آن‌هاست (۸ و ۹).

یکی از روش‌های کارآمد برای پیشگیری از خطاهای پزشکی این است که همه‌ی خطاها در هر شرایطی گزارش شوند. یک سیستم گزارش‌دهی کارآمد، سنگ بنای تقویت ایمنی بیمار و معیار پیشرفت در دستیابی به فرهنگ ایمنی است (۱۰). هرچند عواملی مانند ترس از تنبیه و برچسب نیروی بی‌کفایت، مانع از گزارش‌دادن خطا توسط پرسنل درمانی می‌شود (۱۱)، عمل افشاگری با قصد اصلاح و

جلوگیری از انجام مجدد خطاست و نه زیر سؤال‌بردن فرد خاطی (۷). 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). آشکارسازی خطاهای پزشکی، در کاهش اثرات سوء خطا، ترمیم به‌موقع صدمه، کوتاه‌شدن طول اقامت بیمار در بیمارستان، کاهش هزینه‌های مالی سازمان و بیمار و همچنین در پیشگیری از بروز خطاهای مشابه در آینده مؤثر است. متأسفانه علی‌رغم فواید بی‌شمار و پایه‌های اخلاقی آشکارسازی خطا، کمتر گزارش آن صورت می‌گیرد.

بر پایه‌ی یافته‌های مطالعات متعدد همواره موانع فراوانی از جمله نگرانی از واکنش بیمار و واکنش مدیران، نگرانی از موقعیت شغلی، تجارب منفی از برخوردهای قبلی با گزارش و اظهار خطا، نگرانی از پیامدهای منفی و عوامل مدیریتی وجود داشته است (۴ و ۱۳ و ۱۴)؛ هرچند ایده‌ی مطلوب‌تر آن است که تا حد امکان از وقوع اشتباه و خطا پیشگیری کرد، لیکن در صورت رخداد، نوع مواجهه و برخورد با خطا دارای اهمیت است (۴). بعد از اعلام گزارش خطا، اولین اقدامی که انجام می‌شود تنبیه افراد خطاکار است که واضح‌ترین پیامد این روند هراس از تنبیه و در نتیجه گزارش‌نکردن خطاهاست (۱۵). در مطالعه‌ی ویکفلد<sup>۱</sup> به نقل از آذر طل و همکاران، شرکت‌کنندگان بر این باور بودند که سوپروایزرها از اشتباهات دارویی در مواقع لزوم برای مؤاخذه‌ی پرستاران استفاده می‌کنند که این امر خود توجیهی برای گزارش‌ندادن اشتباهات تلقی می‌شود (۱۶)؛ اما در صورتی که سیستمی طراحی شود که بتوان از حالت کتمان گزارش به فرهنگ گزارش‌دهی داوطلبانه تغییر جهت داد، شاید شاهد ارتقا پیشگیری از بروز خطا باشیم (۱۵).

1. wakefield

در حال حاضر در سیستم بهداشت و درمان کشور ایران، سیستم گزارش‌دهی خطاها به صورت یک نظام وجود ندارد. از طرفی اهمیت و مزایای آن در کشورهای صاحب تجربه پوشیده نیست. در این میان مدیران ارشد بیمارستان‌ها به عنوان اولین سیستم نظارتی می‌توانند در ایجاد روند گزارش‌دهی نقش داشته باشند. به نظر می‌رسد اگر مدیران به این موضوع نگرش مناسبی داشته باشند، نقش مهمی را در گزارش خطا ایفا خواهند کرد؛ بنابراین با توجه به اهمیت موضوع و نقش کاملاً آشکار مدیران بیمارستانی در گزارش خطاهای پزشکی، این مطالعه با هدف تعیین نگرش مدیران ارشد بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کردستان نسبت به نظام داوطلبانه‌ی گزارش‌دهی خطاهای پزشکی انجام شد.

### روش کار

این مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بود که پس از کسب مجوز از کمیته‌ی اخلاق معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان با شماره ثبت IR.MUK.REC.1393/41 انجام شد. همه‌ی مدیران پرستاری بیمارستان‌های استان کردستان، نمونه‌های پژوهش بودند که به روش تمام سرشماری وارد مطالعه شدند. اشتغال در مدیریت پرستاری و تمایل به شرکت در مطالعه معیار ورود و بی‌تمایلی به شرکت در مطالعه و تکمیل نکردن پرسش‌نامه معیار خروج در نظر گرفته شد. برای توزیع پرسش‌نامه‌ها، همکار پژوهشگر با حضور در محل کار مدیران پرستاری پرسش‌نامه را در اختیار آن‌ها قرار داد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی نگرش نسبت به نظام داوطلبانه‌ی گزارش‌دهی خطای پزشکی بود که در مطالعه‌ی کبیرزاده و همکاران، روایی محتوای آن از طریق اظهارنظر سی نفر از مدیران ارشد بیمارستان‌های استان گلستان و پایایی آن نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ (۰.۷۹۶) تأیید شده بود (۱۵). در این مطالعه نیز پرسش‌نامه

بعد از بررسی مجدد در اختیار ده نفر از مدیران پرستاری بیمارستان‌های استان کردستان قرار گرفت. پایایی ابزار مجدد با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که برابر با ۰/۸ بود. پرسش‌نامه شامل دو قسمت بود: قسمت اول شامل پنج سؤال زمینه‌ای در رابطه با تجربه‌ی قبلی مدیران درباره‌ی خطای پزشکی بود که پاسخ‌ها به صورت بلی و خیر و نمی‌دانم بود. قسمت دوم نیز شامل هجده سؤال در رابطه با نگرش مدیران بود که به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای کاملاً موافق: پنج، موافق: چهار، ممتنع: سه، مخالف: دو و کاملاً مخالف: یک بود. همچنین جهت سؤالات ۱۱، ۱۲ و ۳۲ منفی بود که نمره‌دهی آن‌ها معکوس در نظر گرفته شد. نحوه‌ی امتیاز به نگرش، به این صورت بود که نمره‌ی ۱ تا ۱۸ نگرش ممتنع، نمره‌ی ۱۹ تا ۵۴ نگرش منفی و نمره‌ی ۵۵ تا ۹۰ نگرش مثبت در نظر گرفته شد.

داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (جداول توصیف فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (کای دو، آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه) استفاده شد.

### یافته‌ها

از ۱۲۰ پرسش‌نامه‌ی توزیع شده، ۹۱ پرسش‌نامه‌ی تکمیل شده جمع‌آوری شد. شانزده نفر علی‌رغم مراجعه‌ی حضوری، در محل کار خود حاضر نبودند، هشت نفر پرسش‌نامه را تکمیل نکردند و پنج نفر نیز به تمامی سؤالات یک پاسخ داده بودند که این ۲۹ پرسش‌نامه آنالیز نشدند. ۵۷/۱ درصد از نمونه‌های پژوهش را زنان و ۴۲/۹ درصد را مردان تشکیل دادند. اکثر نمونه‌ها (۷۹/۱ درصد) مدرک تحصیلی لیسانس داشتند. اغلب افراد (۶۰/۴ درصد) شرکت‌کننده در پژوهش، سرپرستاران بخش‌ها بودند. ۱۵/۴ درصد (چهارده نفر) سوپروایزر، ۱۷/۶ درصد مدیر

جدول شماره ۱- مشخصات دموگرافیک و فراوانی مطلق و نسبی افراد شرکت کننده در آزمون

مشخصات دموگرافیک	تعداد	درصد
جنس	زن	۵۲ (۵۷.۱٪)
	مرد	۳۹ (۴۲.۹٪)
سمت	مدیر داخلی بیمارستان	۱۶ (۱۷.۶٪)
	مترون	۶ (۶.۶٪)
	سوپروایزر	۱۴ (۱۵.۴٪)
	سرپرستار	۵۵ (۶۰.۴٪)
رشته‌ی تحصیلی	پرستاری	۶۹ (۷۵.۸٪)
	مدیریت پرستاری	۸ (۸.۸٪)
مدرک تحصیلی	سایر	۱۴ (۱۵.۴٪)
	لیسانس	۷۲ (۷۹.۱٪)
	فوق لیسانس	۱۹ (۲۱٪)

داخلی بیمارستان و ۶/۶ درصد مترون بودند (نک: جدول شماره ۱).

همچنین بر اساس نتایج مطالعه، ۸۷/۹ درصد (هشتاد نفر) از مدیران پرستاری با گزارش خطا در محل فعالیت خود مواجه شده‌اند. ۶۴/۸ درصد از مدیران اعلام کردند که خود تجربه‌ی خطای پزشکی را داشته‌اند و ۵۳/۸ درصد از این افراد خطای خود را گزارش کرده بودند. همچنین ۸۴/۶ درصد از مدیران اعتقاد داشتند که صرف تنبیه افراد نمی‌تواند برای پیشگیری از خطا کافی باشد (نک: جدول شماره ۲).

۳۸/۱ درصد از مدیران پرستاری موافق و ۴/۴ درصد آنان مخالف بودند که خطای صورت گرفته با بیمار یا خانواده‌ی آنان در میان گذاشته شود و ۱۳/۲ درصد نیز بی تفاوت بودند.

جدول شماره ۲- فراوانی نسبی و مطلق تجربه‌ی قبلی مدیران از خطای پزشکی

سؤال	بله (درصد/تعداد)	خیر (درصد/تعداد)	نمی دانم (درصد/تعداد)
۱ آیا تاکنون با گزارش خطا در بیمارستان یا مرکزی که فعالیت کرده‌اید مواجه شده‌اید؟	۸۰ (۸۷/۹)	۷ (۷/۷)	۴ (۴/۴)
۲ آیا در مرکز شما تمام خطاها در حال حاضر گزارش می‌شوند؟	۴۰ (۴۴)	۳۶ (۳۹/۶)	۱۵ (۱۶/۵)
۳ آیا خود شما تاکنون تجربه‌ی خطای پزشکی را داشته‌اید؟	۵۹ (۶۴/۸)	۲۵ (۲۷/۵)	۷ (۷/۷)
۴ آیا خطای خود را گزارش کرده‌اید؟	۴۹ (۵۳/۸)	۳۰ (۳۳)	۱۲ (۱۳/۲)
۵ آیا صرف تنبیه افراد می‌تواند برای پیشگیری از خطا کافی باشد؟	۷ (۷/۷)	۷۷ (۸۴/۶)	۱ (۱/۱)

نشان داد بین نگرش مدیران بیمارستانی نسبت به نظام داوطلبانه‌ی خطا با متغیرهای مطالعه شده نظیر جنسیت، رشته‌ی تحصیلی، مدرک تحصیلی و سمت شغلی ارتباط معنی داری وجود ندارد (نک: جدول شماره ۳).

۱۵ درصد (۶۲ نفر) از مدیران نسبت به نظام داوطلبانه‌ی خطاهای پزشکی نگرش مثبت، ۱۶/۵ درصد (۱۵ نفر) نگرش منفی و ۱۵.۴ درصد (۱۴ نفر) ممتنع بودند (نک: جدول شماره ۳).

همچنین آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون تی مستقل

جدول شماره ۳- فراوانی پاسخ به سؤالات نگرش در رابطه با نظام داوطلبانه‌ی گزارش‌دهی خطاهای پزشکی

ردیف	سؤال	کاملاً موافق تعداد (درصد)	موافق تعداد (درصد)	مخالف تعداد (درصد)	کاملاً مخالف تعداد (درصد)	ممتنع تعداد (درصد)
۱	سیاست‌های فعلی درباره‌ی نظام داوطلبانه‌ی گزارش خطا مطلوب است.	3 (3/3)	22 (24/2)	27 (29/7)	32 (35/2)	7 (7/7)
۲	در این زمینه به رویکرد متفاوتی نیاز است.	30 (33/0)	50 (54/9)	3 (3/3)	1 (1/1)	7 (7/7)
۳	فرد خاطی باید مجدد آموزش ببیند.	22 (35/2)	48 (52/7)	7 (7/7)	0 (0)	4 (4/4)
۴	تمام کارکنان مرتبط، در زمینه‌ی گزارش‌دادن خطا مجدد باید آموزش ببینند.	28 (30/8)	54 (59/3)	5 (5/5)	0 (0)	4 (4/4)
۵	آنالیز خطاها در سطح بیمارستان باید انجام شود.	36 (39/6)	49 (53/8)	1 (1/1)	1 (1/1)	4 (4/4)
۶	آنالیز خطاها در سطح دانشگاه باید انجام شود.	29 (31/9)	54 (59/3)	3 (3/3)	1 (1/1)	4 (4/4)
۷	وجود وب‌سایت برای به‌اشتراک‌گذشتن خطاها لازم است.	31 (34/1)	54 (59/3)	-----	-----	3 (3/3)
۸	فرم گزارش خطا باید به‌عنوان بخشی از پرونده‌ی بیمار باشد.	12 (13/2)	49 (53/8)	14 (15/4)	4 (4/4)	12 (13/2)
۹	ایمنی بیمار با گزارش خطا بهبود می‌یابد.	35 (38/5)	48 (52/7)	3 (3/3)	2 (2/2)	3 (3/3)
۱۰	گزارش‌کردن تمامی خطاهای صورت‌گرفته لازم است.	22 (24/2)	37 (40/7)	14 (15/4)	6 (6/6)	12 (13/2)
۱۱	خطای صورت‌گرفته باید در پرونده‌ی کارمندی فرد ثبت شود.	22 (24/2)	7 (7/7)	17 (18/7)	33 (36/3)	12 (13/2)
۱۲	تنبيه برای افراد خاطی کافست.	1 (1/1)	9 (9/9)	57 (62/6)	18 (19/8)	6 (6/6)
۱۳	سیاست‌های تنبیهی در این زمینه لازم است.	12 (13/2)	20 (22/0)	57 (62/6)	1 (1/1)	1 (1/1)
۱۴	فرهنگ مدیریتی باز لازم است.	19 (20/9)	40 (44/0)	15 (16/5)	3 (3/3)	14 (15/4)
۱۵	خطاهای گزارش‌داده‌شده باید	14 (15/4)	36 (39/6)	17 (18/7)	7 (7/7)	17 (18/7)

ردیف	سؤال	کاملاً موافق تعداد (درصد)	موافق تعداد (درصد)	مخالف تعداد (درصد)	کاملاً مخالف تعداد (درصد)	ممتنع تعداد (درصد)
محرمانه باقی بماند.						
۱۶	سیستم عذرخواهی و جبران خسارت بیمار لازم است.	18 (19/8)	51(56)	8 (8/8)	3 (3/3)	11(12/1)
۱۷	بیمار را باید در جریان خطای رخ داده گذاشت.	10 (11)	25 (27/5)	34 (37/4)	10 (11)	12 (13/2)
۱۸	مشارکت بیماران در درمان ضروری است.	9 (9/9)	50(54/9)	19 (20/9)	2 (2/2)	11(12/1)

جدول شماره ۴- رابطه‌ی نگرش مدیران پرستاری با متغیرهای بررسی شده

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	مقدار احتمال
جنس	زن	۲.۷۶	۰.۳۸	۰.۹۳
	مرد	۲.۷۶	۰.۴۹	
رشته‌ی تحصیلی	مدیریت پرستاری	۲.۷۳	۰.۴۱	۰.۲۸
	پرستاری	۲.۷۶	۰.۴۰	
	سایر	۲.۷۶	۰.۴۲	
مدرک تحصیلی	لیسانس	۲.۷۵	۰.۳۸	۰.۱۷
	فوق لیسانس	۲.۶۴	۰.۴۳	
سمت شغلی	مدیر داخلی بیمارستان	۲.۸۶	۰.۴۱	۰.۶۰
	مترون	۶	۰.۳۷	
	سوپروایزر	۲.۸۴	۰.۴۷	
	سرپرستار	۲.۷۱	۰.۴۲	

### بحث و نتیجه‌گیری

می‌تواند یک نکته‌ی مثبت در بیمارستان‌های استان کردستان تلقی شود؛ بدین معنا که بسیاری از خطاها گزارش می‌شوند. در مطالعه‌ی کبیرزاده و همکاران فقط ۳۸.۸ درصد از مدیران خطای خود را گزارش داده بودند (۱۵). در این مطالعه، ترس از تنبیه، ترس از شکایت قانونی و زدن برچسب نیروی بی‌کفایت به پرسنل مهم‌ترین علت ارائه‌نشدن خطا عنوان شده است. زابلی و همکاران (۱۷) نیز عوامل مدیریتی، اخلاقی، محیطی و پیامدهای گزارش‌دهی را به‌عنوان مهم‌ترین موانع

این مطالعه با هدف تعیین نگرش مدیران پرستاری نسبت به نظام داوطلبانه‌ی گزارش‌دهی خطاهای پزشکی انجام شد. بر اساس نتایج جدول شماره‌ی دو، ۶۴/۸ درصد از مدیران، خود سابقه‌ی خطای پزشکی را داشته‌اند و اکثر مدیران (۸۷/۹ درصد) در مرکز تحت مدیریت خود با گزارش خطا مواجه شده‌اند. این آمارها که از یک طرف نشان‌دهنده‌ی زیاد بودن میزان ارتکاب به خطا در مراکز درمانی است، از طرف دیگر

قلندریور و همکاران نیز عواملی همچون ترس از شکایت قانونی، کاهش اعتماد بیمار، ترس از دست دادن شهرت حرفه ای را مهم‌ترین عامل گزارش نکردن خطای پزشکی به بیمار و خانواده‌ی وی عنوان کرده‌اند و معتقدند که کارکنان درمانی هنگام بروز و اعلام خطا نیازمند دریافت حمایت‌های عاطفی و روانی از سوی مدیریت مرکز درمانی است (۱۹).

بر اساس نتایج جدول شماره‌ی سه، اکثر مدیران ارشد بیمارستان‌ها معتقدند که تجزیه و تحلیل خطاهای گزارش شده باید هم در سطح بیمارستان و هم در سطح دانشگاه انجام شود. با توجه به اینکه بروز برخی خطاها فقط مختص بخش یا بیمارستان خاصی است، ضروری است که هر بیمارستان به منظور تعیین نوع خطاها، تعیین بیشترین خطاهای رخ داده و ریشه‌یابی علت بروز خطاها، تجزیه و تحلیل خطاهای گزارش شده را انجام دهد. در واقع علل بروز خطا در یک مرکز درمانی ممکن است مختص به همان مرکز باشد که نیازمند تشکیل کارگروه تخصصی و برگزاری جلسات آموزشی پرسنل در آن مرکز جهت کاهش رخداد خطاهای پزشکی است. همچنین این تجزیه و تحلیل‌ها باید در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی برای اتخاذ تصمیمات کلان و ارائه‌ی راه‌حل‌ها و تدابیر کلی انجام شود. همچنین بیشتر مدیران موافق ایجاد وب‌سایتی برای اشتراک‌گذاری خطاهای پزشکی بودند که نتایج این بخش از مطالعه با مطالعه‌ی کبیرزاده و همکاران همسو بود (۱۵). مسلماً یکی از راه‌های کاهش خطاهای پزشکی استفاده از تجارب سایر کارکنان درمانی است که ایجاد چنین وب‌سایتی می‌تواند به این هدف کمک کند.

علاوه بر این، بر اساس نتایج مطالعه، ۸۴/۶ درصد از مدیران معتقدند که صرف تنبیه نمی‌تواند مانع از ارتکاب خطا شده و اکثر آن‌ها (۶۸/۱ درصد) با نظام گزارش داوطلبانه‌ی خطا موافق هستند؛ از طرفی هم برخی از آن‌ها معتقدند نباید بی‌تفاوت از کنار فرد خاطی گذشت و باید با فرد خاطی،

ارائه‌ی گزارش خطا عنوان کرده‌اند. هدف از اجرای نظام داوطلبانه‌ی خطا، تکمیل فرم گزارش‌دهی خطا و تحلیل آن از سوی مدیران است که موجب می‌شود شایع‌ترین نوع خطاها و علت بروز آن‌ها در مراکز درمانی ریشه‌یابی شود. در این مطالعه نیز بیشتر مدیران شرکت‌کننده مخالف ثبت خطا در پرونده‌ی پرسنلی کارمندان بودند؛ بنابراین می‌توان به پرسنل این اطمینان را داد که گزارش خطا موجب تنبیه و توبیخ آنان نمی‌شود؛ همچنین می‌توان از پرسنل خواست بدون قید مشخصات خود، خطای خود را به صورت محرمانه گزارش دهند. از سویی دیگر مدیران و مسئولان بیمارستانی نیز باید با برگزاری جلسات توجیهی و کلاس‌های بازآموزی به کارکنان اعلام کنند که هدف از اجرای نظام داوطلبانه‌ی خطا نه تنها پیداکردن مقصر و اعمال تنبیه بلکه امکان یادگیری، تشخیص و حل یک مشکل عمده را فراهم می‌آورد.

همچنین بیشتر مدیران شرکت‌کننده در مطالعه‌ی حاضر معتقدند که خطاهای گزارش شده باید محرمانه بماند. هرچند که بیشتر این مدیران با وجود سیستم عذرخواهی و جبران خسارت بیمار موافق هستند، به دلایلی از جمله کاهش اعتماد بیمار به سیستم درمانی، ترس از شکایت قانونی و واکنش هیجانی بیمار، ترجیح می‌دهند که خطاهای گزارش داده شده محرمانه بماند. همچنین مک کلین<sup>۱</sup> و همکاران در مطالعه‌ی که با هدف بررسی نگرش کارکنان هوشبری نسبت به گزارش خطاهای پزشکی به بیمار انجام داده‌اند، دریافته‌اند اکثر افراد شرکت‌کننده در مطالعه (۸۱ درصد) گزارش خطا به بیمار را کاری اخلاقی دانسته اما این کار را بسیار سخت و پیچیده توصیف کرده‌اند و اعلام داشته‌اند که این کار ممکن است اعتماد بیمار به سیستم درمانی را کاهش دهد (۱۸). افزون‌براین یکی از دلایل این موضوع را می‌توان نبود سیستم‌های حمایتی کارآمد از کارکنان درمانی در مقابل بیمار عنوان کرد که نیازمند بازنگری از سوی مسئولان مربوطه است.

#### 1. McLennan

است (۲۰).

بنابر نتایج پیش گفته، نویسندگان مطالعه‌ی حاضر معتقدند برنامه‌های سال‌های اخیر توانسته است منجر به افزایش نگرش مثبت مدیران نسبت به گزارش داوطلبانه‌ی خطاهای پزشکی شود؛ اما به‌تنهایی نمی‌تواند تضمین‌کننده‌ی گزارش تمام خطاها در صورت وقوع شود. باید اکنون که با نگرش مثبت مدیران زمینه‌ی ایجاد نظام داوطلبانه‌ی خطاهای پزشکی وجود دارد، چنین نظامی به‌صورت کشوری پایه‌ریزی شده و به‌صورت یک رویه‌ی واحد در کل کشور ایجاد شود. از سویی دیگر حذف اقدامات تنبیهی، ایجاد دستورالعمل‌هایی برای گزارش خطا و برگزاری برنامه‌های آموزشی، احتمال آشکارسازی خطاها و در نتیجه سطح ایمنی بیماران را بهبود می‌بخشد.

از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می‌توان به تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط مدیران در محل کار خود اشاره کرد که این عامل می‌تواند روی تمرکز و دقت پاسخ‌ها مؤثر باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی تأثیر عوامل روان‌شناختی بر متغیرهای مطالعه‌شده، در کانون توجه و بررسی قرار بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود نگرش سایر کارکنان شاغل در کادر درمانی نظیر پرستاران و پزشکان و پیراپزشکان نسبت به نظام داوطلبانه‌ی گزارش خطا انجام شود.

#### تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان با شماره ثبت IR.MUK.REC.1393/41 انجام شده است. از تمامی رؤسا، مدیران، دفاتر پرستاری و سرپرستاران همه‌ی بیمارستان‌های استان کردستان که در تکمیل پرسش‌نامه مشارکت داشتند، بسیار سپاسگزاریم.

برخورد تنبیهی متناسب با خطای صورت‌گرفته انجام داد. اغلب مدیران اتفاق نظر دارند که ارائه‌ی آموزش به فرد خاطی و شرکت او در کلاس‌های آموزشی باید انجام گیرد تا آن خطا دوباره و در جای دیگری و توسط فرد یا سایر افراد تکرار نشود؛ بنابراین می‌توان با عینی‌کردن چنین نظامی در این مراکز امیدوار بود که تمامی خطاها گزارش شوند و افراد با توجه به عواقب انجام خطا، دقت کنند خطا در وهله‌ی اول صورت نگیرد و در صورت ارتکاب خطا نیز با گزارش به‌موقع آن به مافوق خود، تلاش کنند خسارات ناشی از خطا به حداقل برسد.

در نهایت نتایج مطالعه نشان می‌دهد که اکثر مدیران پرستاری نسبت به گزارش داوطلبانه‌ی خطای پزشکی نگرش مثبت دارند. این نگرش مثبت از سویی باعث می‌شود نظام داوطلبانه‌ی گزارش خطا به‌نحو صحیح‌تر و با وسعت بیشتری اجرا شود و از سویی دیگر باعث می‌شود پرسنل درمانی با اشتیاق و احساس حمایت عاطفی و روانی بیشتری خطاهای رخ‌داده را گزارش دهند؛ از این‌رو نهاده‌ی فرهنگ گزارش‌دهی از سوی مدیران بیمارستانی و بررسی خطاها به‌صورت سیستماتیک و غیرفردی اولین قدم در تحقق این امر است. در مطالعه‌ی کبیرزاده و همکاران نیز اکثر مدیران نگرش مثبتی نسبت به نظام داوطلبانه‌ی گزارش خطاهای پزشکی داشته و معتقد بوده‌اند اکنون بستر مناسبی برای ایجاد چنین نظامی فراهم است؛ لذا کبیرزاده و همکاران پیشنهاد می‌کنند کمیته‌ای برای راه‌اندازی سازوکاری سیستماتیک در بیمارستان‌های مختلف کشور برای گزارش‌دهی خطاهای پزشکی تشکیل شود تا فرهنگ‌سازی و تلاش برای درونی‌سازی گزارش‌دهی خطاها به‌عنوان یک ارزش در کادر درمان لحاظ گردد (۱۵). اما در مطالعه‌ی بیرانوند و همکاران، علی‌رغم نگرش مثبت پرستاران نسبت به گزارش خطا، عملکردشان همسو با نگرششان نبوده و اغلب خطاها را گزارش نمی‌دادند و معتقد بودند باورهای هنجاری مسئولان سازمان در تصمیم‌گیری برای گزارش‌دادن یا ندادن خطا مؤثر

## منابع

- 1- Gaffney TA, Hatcher BJ, Milligan R. Nurses' role in medical error recovery: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 25(7-8): 906-17.
- 2- Rodziewicz TL, Hipskind JE. Medical error prevention. In: *StatPearls* [Internet]. New York: StatPearls Publishing; 2019.
- 3- Tabibi J, Nasiripour A, Maleki MR, Raeisi P, Mahmoudi M, Azimi L. Survey of employees' safety attitude in a teaching hospital Tehran 2010. *Iran Occupational Health Journal*. 2010; 7(4): 25-31.
- 4- Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016; 353: i2139.
- 5- Ugur E, Kara S, Yildirim S, Akbal E. Medical errors and patient safety in the operating room. *AGE*. 2016; 33(6):19-50.
- 6- Dolphan B, Mosadegh AA, Nasir MS, Batebi R, Heydarnajafi F, Ahmadi M. Review the situation and thenceessity of education of medical errors from the perspective of general practitioners working in the province in 2006. *Journal –Lorestan University of Medical Sciences*. 2008; 10(1): 19-22.
- 7- Manjoughi N, Nouri A, Arizei H, Fasihzadeh N. Medical error reporting by nurses. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2012; 5(4): 58-70. [in Persian]
- 8- Panjvinei S. Reviews the amount and type of medication errors of nursing staff in health centers in Sanandaj. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2006; 1(1): 59-64.
- 9- Senders JW. Medical devices, medical errors, and medical accidents. In *Human error in medicine*. New York: CRC Press; 2018.
- 10- Poorolajal J, Rezaie S, Aghighi N. Barriers to medical error reporting. *International Journal of Preventive Medicine*. 2015; 6(1): 33-9.
- 11- Soydemir D, Seren Intepeler S, Mert H. Barriers to medical error reporting for physicians and nurses. *Western Journal of Nursing Research*. 2017; 39(10): 1348-63.
- 12- Hashemi F, Nikbakht NA, Asghari F. Factors associated with nursing errors reported in Iran. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2011; 4(2): 53-64. [in Persian]
- 13- Antunez AG, Shuman AG, Jagsi R, Dossett LA. Ethical duty of health care systems to address interfacility medical error discovery. *Journal of the American College of Surgeons*. 2018; 227(5): 543-7.
- 14- Sanagou A, Majnoui M, Mahasti J, Ghana S, Kalantari S. Studying the nursing students experiences of clinical errors and dealing with them. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2012; 7(25): 45-53.
- 15- Kabirzadeh A, Bozorgi F, Moatamed N, MohseniSaravi B, Gholipour Baradari A, Dehbandi M. Survey on attitude of chief managers of hospitals Towards voluntary incident reporting system. *Mazandaran University of Medical Sciences*. 2011; 21(84): 131-7.
- 16- Azar T, Pour reza A, Sharifi GF, Mohebi B, Ghazi Z. The causes of not reporting medication rrors from the viewpoints of nursing in Baharlo Hospital in 2010. *Journal of Hospital*. 2010; 9(1&2): 19-24.
- 17- Zaboli R, Abbaszade A, Shahabinejad M. Assessing the barriers of error reporting from perspective of nurses in Kerman hospitals. *Med Ethics J*. 2016; 10(34): 31-53.
- 18- McLennan SR, Engel-Glatte S, Meyer AH, Schwappach DL, Scheidegger DH, Elger BS. Disclosing and reporting medical errors: Cross-sectional survey of Swiss anesthesiologists. *European Journal of Anesthesiology*. 2015; 32(7): 471-6.
- 19- Ghalandarpour S, Asghari F, Kaviyani A, Daeemi M. Disclosing medical error: The attitude and practice of surgeons and surgery residents. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2011; 4(3): 61-8. [in Persian]
- 20- Biranvand S, Valizadeh F, Hosseinabadi R, Safari M. Disclosing medical errors and its relationship to disclosure of actual and hypothetical errors: nursing staff's attitude. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2014; 7(1): 53-64. [in Persian]

## Survey Attitude of Nursing Managers of Kurdistan Hospitals towards The Voluntary Reporting System of Medical Errors

Shilan Ghaderi<sup>1</sup>, Mehran Sadeghi<sup>2</sup>, Fayegh Yousefi<sup>3</sup>, Saleh Vahedi<sup>4</sup>, Nader Karami<sup>5</sup>, Aram Karimian<sup>\*6</sup>

<sup>1</sup> Master of Nursing, Department of Emergency Medical Sciences, Faculty of Paramedical, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

<sup>2</sup> Bachelor of Radiology, Department of Radiology, Faculty of Paramedical, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

<sup>3</sup> Phd of Ssychology, Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

<sup>4</sup> Master of Anesthesiology, Department of Anesthesiology, Faculty of Paramedical, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

<sup>5</sup> Associate of Oparating, Department of Anesthesiology, Faculty of Paramedical, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

<sup>6</sup> Master of Nursing, Department of Emergency Medical Sciences, Faculty of Paramedical, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

### Abstract

One of the main methods of improving patient safety is use of reporting systems and providing facilities for analyzing and preventing mistakes. The aim of this study was to determine the attitude of nursing managers of hospitals affiliated to Kurdistan University of Medical Sciences towards the voluntary reporting system of medical errors in 2015. In this descriptive-analytic study, all managers of selected hospitals in Kurdistan province were enrolled in this study. The data was collected through a valid questionnaire for attitude towards the voluntary reporting system of medical errors. Data were analyzed by SPSS software version 20, independent t-test, chi - square and ANOVA. According to the results of the study, 87.9% (80 participants) of the managers encountered reporting of errors in their workplace. 68.1% (62 participants) of the managers had a positive attitude toward the voluntary system of medical errors and 16.15 % (15 participants) had a negative attitude and 15.38% (14 participants) were indifferent. According to the results of the research, more than 68.1 % of managers have a positive attitude towards the voluntary reporting of medical errors and with the necessary measures a suitable platform for launching the voluntary reporting system of medical errors in the treatment centers can be provided.

**Keywords:** Medical error, Nursing managers, Voluntary reporting system

---

\* Corresponding Author: [ar.bio67@gmail.com](mailto:ar.bio67@gmail.com)