

دیدگاه اساتید و دستیاران دانشگاه علوم پزشکی شیراز درباره‌ی افشای خطای همکاران

امید آسمانی^۱، زهرا جوادی^۲، صدیقه ابراهیمی^{۳*}

تاریخ دریافت: 99/8/4

تاریخ پذیرش: 99/11/19

تاریخ انتشار: 99/12/27

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

در رابطه با چگونگی تصمیم‌گیری درباره‌ی افشای خطای پزشکی دیگران، بررسی دیدگاه پزشکان خصوصاً در بخش‌های آموزشی، می‌تواند به بهبود شرایط برخورد با خطای پزشکی با هدف تحقق حقوق بیماران کمک نماید. این پژوهش توصیفی مقطعی به کمک پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته پس از تعیین روایی صوری و محتوایی و تأیید پایایی درونی و بیرونی، انجام شد. دیدگاه چهل استاد و ۱۱۲ دستیار از رشته‌های تخصصی مختلف درباره‌ی تمایل به افشای خطا، عوامل مؤثر در افشای خطا، نتایج افشا و عوامل مؤثر در کاهش خطاهای پزشکی گردآوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ انجام شد. اختلاف میانگین نمره‌ی اساتید (۱۵/۲±۱/۳) و دستیاران (۱۲/۵۶±۲/۰۵) در بعد «تمایل به ابراز خطای پزشکی دیگران» و اختلاف میانگین نمره‌ی اساتید (۷/۵۵±۰/۶۷۷) و دستیاران (۹/۰۹±۲/۰۱) در بعد «تمایل به عدم افشای خطای پزشکی» معنادار بود. شرکت‌کنندگان بهترین مرجع برای مدیریت و رسیدگی به خطاهای پزشکی را استاد مسئول بخش و بهترین شیوه‌ی اعلام خطای پزشکی را از طریق پزشک ارشد در حضور پزشک خطاکننده می‌دانستند. پزشکان عمومی سطح شهر، پرستاران و دستیاران سال اول، بیشترین فراوانی انجام خطا را داشتند. از نتایج به دست آمده می‌توان برای برنامه‌ریزی جهت ارتقاء حقوق بیماران و اصلاح دیدگاه و روش برخورد تیم درمان با خطای پزشکی همکاران به شکل حق‌مدار و حمایتی استفاده کرد. زمینه‌سازی‌های فرهنگی و قانونی و اجتماعی با هدف فراهم‌شدن امکان اظهار خطای پزشکی به شکل علمی و مهارتی از رسالت‌های مراکز آموزشی درمانی خواهد بود.

واژگان کلیدی: افشای خطای پزشکی، حقوق بیمار، خطای پزشکی، خطای پزشکی همکار

۱. استادیار، گروه اخلاق پزشکی و فلسفه‌ی سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز پژوهش‌های بین‌رشته‌ای معارف اسلامی و علوم سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۲. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۳. دانشیار، گروه اخلاق پزشکی و فلسفه‌ی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده‌ی پزشکی، تلفن: ۰۷۱۳۲۳۴۸۹۸۰،

Email: sedighebrahimi@gmail.com

مقدمه

است که بیمار توانایی انتخاب آگاهانه راجع به مراقبت‌های پزشکی خود را در آینده پیدا می‌کند (۷).
افشای خطای پزشکی خواسته‌ی تمام بیماران است و اخلاق‌شناسان و سازمان‌های تخصصی نیز آن را توصیه کرده‌اند (۸). نتایج برخی مطالعات نشان داده است ۹۸٪ از بیماران از پزشکشان می‌خواهند که حتی اشتباهات جزئی را هم بیان کنند (۹). افشای خطای پزشکی فواید بالقوه‌ای برای بیماران دارد که از آن جمله می‌توان به امکان درمان مناسب و به‌موقع برای جبران آسیب ایجادشده در اثر خطا، پیشگیری از بیهوده نگران‌شدن بیمار درباره‌ی دلیل وقوع آسیب ایجادشده، امکان اخذ رضایت آگاهانه از بیمار برای اصلاح آسیب رخ داده، امکان کسب غرامت مناسب توسط بیمار برای آسیب ایجادشده، حفاظت از حقوق بیمار و ایجاد تصوّر صحیح درباره‌ی محدودیت‌های پزشکی و ارتقاء اعتماد و احترام به پزشک اشاره کرد؛ همچنین، احساس آرامش پزشک از اقرار به خطا، احتمال دریافت بخشش از سوی بیمار، تقویت رابطه‌ی پزشک و بیمار، کاهش احتمال شکایت قانونی از پزشک، آموزش و بهبود در طبابت شخصی پزشک، پیشگیری از خطاهای آینده از همان نوع یا خطاهای مشابه و یادگرفتن از خطای سایر افراد نیز از جمله فواید افشای خطای پزشکی برای پزشکان گزارش شده است (۱۰).

مطالعات پیشین نشان داده‌اند نحوه‌ی برخورد پزشک می‌تواند بر پیامدهای افشای خطای پزشکی اثری چشمگیر داشته باشند. صادق‌بودن، توضیح به‌موقع و کامل حادثه و نحوه‌ی وقوع آن، پذیرفتن مسئولیت واقعه، عذرخواهی کردن و اطمینان‌دادن به بیمار برای جلوگیری از تکرار حادثه می‌تواند به میزانی شایان توجه در واکنش متقابل بیمار تعیین‌کننده باشد (۱۱و۸). از طرف دیگر، مطالعات نشان داده‌اند موانعی بر سر

جامعه‌ی پزشکی از دیرباز با چالش‌های خطای پزشکی مواجه بوده است. به‌طور کلی، خطاهای پزشکی اعمال یا تصمیماتی هستند که با استانداردهای مراقبت سلامت مطابقت نمی‌کنند؛ درحالی‌که برخورداری از این استانداردها از حقوق بیماران است (۱). خطاهای پزشکی از دلایل مهم شکایت‌های حقوقی نیز بوده و هستند. بخشی قابل توجهی از شکایات، مربوط به تعامل نامناسب پزشک و بیمار، خصوصاً در ارتباط با مطرح کردن به‌موقع و مناسب رویدادهای پزشکی ازجمله خطاهای پزشکی بوده است (۲). مطالعات نشان می‌دهد که ارتباطات باز و گفتن حقیقت می‌تواند خشم بیمار و خطر اقدام قانونی را کاهش دهد. پزشکان باید آگاه باشند بیمارانی که حقیقت به آن‌ها گفته نمی‌شود و بعد متوجه خطا یا سایر مشکلات رخ داده می‌شوند، ممکن است اعتماد خود را به پزشک از دست بدهند (۳)؛ البته مطالعات نشان داده است بیشتر بیماران بعد از وقوع یک خطای پزشکی، همچنان به پزشک خود اعتماد می‌کنند؛ به‌ویژه اگر که پزشک معالج آن‌ها تنها فرد مسئول در وقوع خطا نبوده و همچنین به‌طور فعال در کشف و افشای خطای پزشکی به بیمار نقش داشته باشد (۴).
به لحاظ اخلاقی همان‌طور که بیماران حق دریافت اطلاعات را قبل از انجام‌دادن یک اقدام درمانی یا تشخیصی دارند، حق دارند از نتایج انجام‌دادن آن اقدام هم مطلع شوند (۵و۶)؛ لذا این حق بیماران است که از هر اشتباهی که آن‌ها را نگران وضعیتشان می‌کند، آگاه شوند. از طرف دیگر، گاهی اوقات به دلیل اشتباه یک پزشک، بیماران متحمل آسیب و ضرر می‌شوند. در چنین مواقعی پزشک از نظر اخلاقی ملزم است تا بیمار را نسبت به تمام حقایقی که برای فهم کامل آن اتفاق رخ داده است، آگاه کند و تنها از طریق افشای کامل

راه افشای خطای پزشکی وجود دارد که ترس از شکایت قانونی و عواقب حقوقی قضایی، هراس از دست دادن اعتماد بیمار به خود و جامعه‌ی پزشکی، تفسیر اشتباه اطلاعات تخصصی توسط افراد غیرمتخصص، همچنین ترس از واکنش شدید احساسی بیمار یا همراهان وی، نگرانی در مورد از دست دادن اعتبار و شهرت شغلی، نداشتن مهارت لازم برای افشای خطا، نبود امکانات حمایتی لازم برای افشای خطا، ایجاد درک اشتباه به جای شفافیت به دلیل پیچیدگی وقوع خطا، دشواری در تشخیص خطا و همچنین قضاوت بر اساس اطلاعات ناقص، کاهش انگیزه‌ی پزشکان برای اقدام به درمان و معالجه‌های پرخطر و احتمال به‌خطر افتادن استقلال حرفه‌ای پزشکان با میدان دادن به نظارت افراد غیرمتخصص بر عملکرد پزشکان از مهم‌ترین آن‌ها بوده است (۱۲-۱۴).

باید توجه داشت که افشای خطای صورت‌گرفته به دلیل نیاز به جمع‌آوری و ارزیابی اطلاعات بیمار در گذشته و بررسی درمانی که در ویزیت‌های قبلی صورت گرفته، امری مشکل است؛ به‌علاوه باید در نظر داشت که افشای خطا می‌تواند آغازگر یک اقدام قانونی باشد. این مسأله زمانی دشوارتر خواهد بود که تصمیم‌گیری درباره‌ی افشای خطای دیگران باشد (۱۵). این نوع از افشا طبق دستورالعمل‌های اخلاق حرفه‌ای، از وظایف یک پزشک برای حفاظت از حقوق بیمار و محافظت از آن‌ها در برابر عملکرد نامناسب پزشکان است. برخی مطالعات دستورالعمل‌ها و اصولی را برای این مهم پیشنهاد کرده‌اند؛ به‌عنوان مثال توماس و همکاران (۲۰۱۳) در مقاله‌ی خود به مراحل افشای خطای یک پزشک خطای توسط یک همکار اشاره می‌کنند (۱۶) یا انجمن آمریکایی پزشکان در دستورالعمل کمیته‌ی اخلاق و حقوق انسانی (۲۰۰۳) با بیان ضرورت احترام به حق اخلاقی و قانونی بیماران، از پزشکان می‌خواهد تا با برقراری ارتباط

صریح و صادقانه، خطاهای پزشکی را پس از مطرح کردن موضوع با پزشک خطای برای بیمار توضیح دهند (۱۷). جونز و همکاران (۲۰۰۳) نیز هدف از افشای کامل خطا را آگاهی بیمار از ماهیت و اساس قضاوت بالینی پزشک خطای می‌دانند و بر آشکارشدن علت این اتفاق تأکید می‌کنند. ایشان پزشک را وکیل اخلاقی بیمار و مسئول جست‌وجوی حقیقت معرفی می‌کنند و ضمن بیان مسئولیت‌های وی در رسیدگی به این خطا، او را مسئول مطلع کردن و آموزش به همکار خطای دانسته‌اند (۱۸).

درباره‌ی دشواری افشای خطای یک همکار نیز برخی مطالعات نشان داده‌اند که غالب پزشکان با معرفی پزشکان نالایق به مراجع مسئول موافق بوده‌اند؛ اما زمانی که با موقعیت مشابهی روبه‌رو می‌شوند، تعداد زیادی از آنان گزارش نمی‌دهند (۱۹). در این مطالعه بیان شده است گرچه پزشکان طبق اصول اخلاقی انجمن پزشکی آمریکا (AMA)، ملزم به معرفی همکاران نالایق خود که توانایی طبابت بی‌خطر را ندارند، هستند، بیش از یک‌سوم شرکت‌کنندگان با معرفی همکاران نالایق خود مخالف بوده و این مسأله را ناراحت‌کننده دانسته‌اند.

با توجه به اهمیت خطای پزشکی و اثر انکارناپذیر آن بر سلامت و ایمنی بیمار، برای شناخت عوامل مؤثر در بروز خطا و یافتن راهکارهایی برای تسهیل اظهار آن، تلاشی مضاعف لازم است تا بتوان با برنامه‌ریزی دقیق، در جهت تحقق هرچه‌بہتر حقوق بیمار گام برداشت. در بین مطالعات صورت‌گرفته با موضوع خطای پزشکی و افشای آن، بحث مهم افشای خطای پزشکی همکار، همچنان به بررسی بیشتر و دقیق‌تر در بین پزشکان ایرانی، خصوصاً در مراکز آموزشی و درمانی نیاز دارد؛ از این‌رو، مطالعه‌ی حاضر قصد دارد تا به بررسی دیدگاه و تجربه‌ی اساتید بالینی و دستیاران دانشگاه

علوم پزشکی شیراز بپردازد.

روش کار

این پژوهش توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۶ با هدف بررسی دیدگاه اساتید و دستیاران دانشگاه علوم پزشکی شیراز درباره‌ی افشای خطای پزشکی همکاران انجام گرفته است. جامعه‌ی آماری شامل تمام دستیاران رشته‌های تخصصی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و همچنین اساتید بالینی پزشکی بود. با نظر متخصص آمار، ابتدا چهل پرسش‌نامه برای تعیین حجم نمونه تکمیل شد و بر آن اساس ۱۵۲ نمونه جمع‌آوری شد که چهل نمونه مربوط به اساتید و ۱۱۲ نمونه مربوط به دستیاران بود.

در بخش اطلاعات جمعیت‌شناختی این پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته، مواردی چون: جنسیت، مرتبه‌ی علمی، رشته‌ی تخصصی و سابقه‌ی کاری برای اساتید و رشته‌ی تحصیلی و سال ورودی دستپاری به همراه سه سؤال درباره‌ی میزان علاقه به رشته‌ی تخصصی، میزان رضایت از عملکرد حرفه‌ای خود و رضایت از عملکرد کلی دانشگاه (یک: حداقل و ده: حداکثر امتیاز) به منظور بررسی ارتباط آماری بین این سؤالات و سایر سؤالات پرسش‌نامه مطرح شد.

در بخش دوم، موضوعاتی چون: افشای خطای پزشکی دیگر همکاران، عوامل مؤثر در خطا، عوامل مؤثر در مطرح‌نکردن خطا، تأثیرات مثبت احتمالی افشای خطا، عوامل مؤثر در کاهش خطا و شیوع انواع خطای پزشکی مطرح شد. طیف لیکرت پنج‌بخشی با نمره‌گذاری یک تا پنج برای پاسخ‌ها لحاظ گردید. به منظور تسهیل در تحلیل آماری، سؤالات در سه بُعد شامل «تمایل به ابراز خطای پزشکی دیگران»، «چه کسی خطای پزشکی را ابراز کند؟» و «تمایل به افشانکردن خطای پزشکی» تقسیم شدند.

سؤالات اولیه با استفاده از مطالعات و مقالات منتشر شده و همچنین با انجام‌دادن مصاحبه‌ی اکتشافی با ده نفر از دستیاران رشته‌های مختلف تهیه شد. در تأیید روایی صوری با رویکرد کمی، از نسبت روایی محتوا با استفاده از نظر نه نفر از اساتید گروه اخلاق پزشکی و اساتید بالینی برای تعیین ضرورت پرسش‌های اولیه استفاده شد.

با استفاده از آماره جدول لاوشه^۱ و ملاحظات مربوط به اصلاحات پیشنهادی، سه سؤال از مجموع سؤالات اولیه حذف شدند. روایی صوری و محتوا با رویکرد کیفی با استفاده از نظر اساتید بالینی و اخلاق پزشکی (مجموعاً شش نفر) انجام و اصلاحات لازم در رابطه با دشواری، ابهام و ارتباط سؤالات با هدف مطالعه اجرا شد. طی مطالعه‌ی مقدماتی برای تعیین پایایی بیرونی با استفاده از روش آزمون‌بازآزمون، بیست نفر از دستیاران رشته‌های مختلف به فاصله‌ی دو هفته، پرسش‌نامه را تکمیل کردند که مقدار همبستگی بین دو پرسش‌نامه ۰/۷۵، به دست آمد. همچنین با توجه به متفاوت بودن موضوع سؤالات، آلفای کرونباخ به صورت جداگانه برای سه بعد پرسش‌نامه بررسی شد. پایایی برای بعد «تمایل به ابراز خطای پزشکی دیگران» ۰/۷۸۱، برای بعد «چه کسی خطای پزشکی را ابراز کند؟» ۰/۶۸۳ و برای بعد «تمایل به افشانکردن خطای پزشکی» ۰/۶۵۵ بود. تحلیل داده‌ها با سطح معناداری ۰/۰۵ و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ صورت گرفت.

تکمیل پرسش‌نامه به منزله‌ی اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش تلقی شد. پرسش‌نامه‌ها بدون نام بوده و در ابتدای آن، بر تعهد محققان به حفظ محرمانگی تأکید شده است. این پژوهش در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

1. Lawshe

به افشای خطای دیگر اعضای کادر سلامت اعم از دستیاران، پرستاران و دانشجویان پزشکی برای بیمار/همراه بیمار و یک سؤال نیز به تمایل و دغدغه‌ی دیگر اساتید در این رابطه نسبت به خود شرکت‌کننده و سایر فراگیران پرداخته است.

بعد دوم با عنوان «چه کسی خطای پزشکی را ابراز کند؟» نیز شامل چهار سؤال بود. سه سؤال به بررسی دیدگاه شرکت‌کنندگان درباره‌ی ابراز خطای پزشکی توسط خود فرد خطاکننده شامل دستیار و پرستار و استاد و یک سؤال نیز به بررسی دیدگاه آن‌ها درباره‌ی مشارکت پزشک در ابراز خطای تیم پرستاری اختصاص داشت.

بعد سوم نیز با عنوان «تمایل به افشانکردن خطای پزشکی» شامل هشت سؤال بود. در این بعد، دیدگاه شرکت‌کنندگان نسبت به عوامل مؤثر بر افشاکردن یا نکردن خطای پزشکی مورد پرسش قرار گرفت. این عوامل شامل افشای متناسب با رشته‌ی تحصیلی و مرتبه‌ی علمی فرد خطاکننده، جزئی‌بودن یا نبودن خطا، خطاهای ناشی از فرایندهای آموزشی دانشجوی، وجود احتمال شکایت، پنهان‌ماندن خطا از بیمار و همراه او و پنهان‌ماندن خطای پزشک از دیگر اعضای کادر سلامت بود.

از نظر اساتید و دستیاران شرکت‌کننده در پژوهش، بهترین مرجع برای مدیریت و رسیدگی به خطاهای پزشکی در بیمارستان (انتخاب چند گزینه مجاز بوده است)، استاد مسئول بخش به ترتیب با فراوانی ۶۲/۵٪ و ۶۱/۶٪ بود؛ همچنین ۴۲/۵٪ از اساتید و ۲۶/۸٪ از دستیاران، خود پزشک خطاکار، ۳۵٪ از اساتید و ۱۰/۷٪ از دستیاران، رئیس بخش مربوطه را که خطا در آنجا صورت گرفته است، بهترین مرجع می‌دانستند.

مصوب شده و از کمیته‌ی اخلاق در پژوهش، کد اخلاق به شماره‌ی IR.sums.med.rec.1396.s287 را اخذ کرده است.

یافته‌ها

از ۱۱۲ دستیار شرکت‌کننده در پژوهش (با نرخ پاسخ حدود ۷۴٪)، ۴۹ نفر (۳۲/۲ درصد) در رشته‌های جراحی و ۶۳ نفر (۴۱/۴ درصد) در رشته‌های غیرجراحی بودند. همچنین، ۱۹ نفر (۱۲/۵ درصد) از اساتید رشته‌های جراحی و ۲۱ نفر (۱۳/۸ درصد) اساتید رشته‌های غیرجراحی بودند. در مجموع، ۶۸ نفر از شرکت‌کنندگان (۴۴/۷ درصد) را مردان تشکیل می‌دادند. اساتید با سابقه‌ی کاری ۳ تا ۳۲ سال و میانگین $۱۶/۷۵ \pm ۷/۸۸$ در پژوهش شرکت کردند.

میانگین و انحراف معیار میزان علاقه به رشته‌ی تحصیلی در اساتید و دستیاران به ترتیب $۹/۱ \pm ۰/۳۰۴$ و $۸/۸۷ \pm ۰/۴۳۵$ از ۱۰ نمره بود. این میانگین در ارتباط با میزان رضایت از عملکرد حرفه‌ای خود به ترتیب $۸/۸ \pm ۰/۴۰۵$ و $۸/۴۶ \pm ۰/۶۲۸$ از ۱۰ و میزان رضایت کلی از عملکرد دانشگاه $۶/۹۳ \pm ۰/۶۱۶$ و $۵/۷۱ \pm ۱/۰۷$ از ۱۰ بود. گرچه میانگین نمره‌ی مردان در هر سه سؤال اندکی بیش از زنان بود، تنها درباره‌ی سؤال رضایت از عملکرد حرفه‌ای خود با میانگین $۸/۶۹ \pm ۰/۵۲۶$ در مقابل $۸/۴۳ \pm ۰/۶۲۶$ معنادار گردید ($p < ۰/۰۰۷$).

در جدول شماره‌ی یک، میانگین نمره‌ی ابعاد سه‌گانه‌ی پرسش‌نامه در بین گروه‌های جنسیتی، رشته‌های جراحی و غیرجراحی، اساتید و دستیاران مقایسه شده است. امتیازبندی تمام سؤالات بر اساس لیکرت پنج‌بخشی از کاملاً موافقم (پنج امتیاز) تا کاملاً مخالفم (یک امتیاز) تنظیم شد. بُعد اول با عنوان «تمایل به ابراز خطای پزشکی دیگران» شامل پنج سؤال بود؛ چهار سؤال به بررسی تمایل و دغدغه‌ی شرکت‌کنندگان

جدول شماره ۱- مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی ابعاد سه‌گانه‌ی پرسش‌نامه‌ی پژوهش در بین گروه‌های جنسیتی، رشته‌های جراحی و غیرجراحی، اساتید و دستیاران

متغیر	دسته‌ها	تعداد	بعد ۱*	بعد ۲*	بعد ۳*
جنسیت	مذکر	۶۸	۱۳/۳۲±۲/۰۳	۱۴/۹۳±۱/۳۸	۸/۹۵±۲/۱
	مؤنث	۸۴	۱۳/۲±۲/۳۶	۱۵/۰۰±۱/۵۶	۸/۴۷±۱/۶۷
شاخص آماری P-value			۰/۳۳۵	۰/۳۰۴	۰/۱۴۷
			۰/۷۳۸	۰/۷۶۲	۰/۱۷۴
رشته‌ی تحصیلی استاد	جراحی	۱۹	۱۴/۸۹±۱/۲۹	۱۵/۰۰±۱/۶۷	۷/۴۷±۰/۵۱
	غیرجراحی	۲۱	۱۵/۴۸±۱/۲۹	۱۴/۹۵±۱/۳۶	۷/۶۱±۰/۸
شاخص آماری P-value			۱/۴۲۶	۰/۰۹۹	۰/۱۵۵
			۰/۱۶۲	۰/۹۲۱	۰/۵۰۵
رشته‌ی تحصیلی دستیار	جراحی	۴۹	۱۲/۵۵±۲/۱۲	۱۵/۱۶±۱/۳۳	۹/۳۸±۲/۰۰۸
	غیرجراحی	۶۳	۱۲/۵۷±۲/۰۱	۱۴/۸۴±۱/۵۹	۸/۹±۲/۰۰۵
شاخص آماری P-value			۰/۰۵۲	۱/۱۴	۱/۳۶
			۰/۹۵۹	۰/۲۵۶	۰/۲۰۹
مرتبه‌ی علمی	دستیار	۱۱۲	۱۲/۵۶±۲/۰۵	۱۴/۹۶±۱/۴۸	۹/۰۹±۲/۰۱
	استاد	۴۰	۱۵/۲±۱/۳	۱۴/۹۷±۱/۴۹	۷/۵۵±۰/۶۷۷
شاخص آماری P-value			۷/۵۸۹	۰/۰۳۹	۰/۵۸۱
			p<۰/۰۰۱	۰/۹۶۹	p<۰/۰۰۱

بعد ۱. تمایل به ابراز خطای پزشکی دیگران؛

بعد ۲. چه کسی خطای پزشکی را ابراز کند؟؛

بعد ۳. تمایل به افشاندن خطای پزشکی

شیوه‌ی اعلام خطای پزشکی به بیمار را، در صورت تصمیم به اعلام کردن، از طریق پزشک ارشد و در حضور پزشک خطاکننده دانسته‌اند؛ افزون‌براین ۲۰٪ از اساتید و ۲۵٪ از دستیاران اعلام کردن توسط خود پزشک خطاکننده و ۵/۲٪ از اساتید و ۴/۵٪ از دستیاران، اعلام کردن توسط پزشک ارشد

این در حالی است که تنها ۲/۵٪ از اساتید و ۸٪ از دستیاران، مسئول کمیته‌ی خطای پزشکی در بیمارستان را انتخاب کرده و هیچ‌کدام از شرکت‌کنندگان در این رابطه نقشی برای بیمار یا همراه وی قائل نبوده‌اند. همچنین، ۷۷/۵٪ از اساتید و ۶۹/۶٪ از دستیاران، بهترین

بدون حضور پزشک خطاکننده را بهترین شیوه می‌دانستند. هیچ‌کدام از شرکت‌کنندگان نیز با عبارت «فقط در پرونده‌ی پزشکی بیمار نوشته شود» موافق نبودند. تمام اساتید و دستیاران معتقد بودند بیشترین میزان خطاهای پزشکی در بازه‌ی زمانی دوازده نیمه‌شب تا هشت صبح رخ می‌دهد و هیچ‌کدام، ساعات دیگر شبانه‌روز را انتخاب نکردند.

در جدول شماره‌ی دو فراوانی و درصد فراوانی عوامل مؤثر در مطرح‌نکردن خطای پزشکی برای بیمار یا همراه بیمار از دیدگاه مجموع اساتید و دستیاران شرکت‌کننده در پژوهش نمایش داده شده است. عدد پنج شاخصه‌ی بیشترین تأثیر و عدد یک شاخصه‌ی کمترین تأثیر در نظر گرفته شد.

جدول شماره‌ی ۲- فراوانی و درصد فراوانی عوامل مؤثر در مطرح‌نکردن خطای پزشکی برای بیمار یا همراه بیمار از دیدگاه شرکت‌کنندگان در پژوهش (N=۱۵۲)

عوامل مؤثر	۱ کمترین تأثیر	۲	۳	۴	۵ بیشترین تأثیر
سخت بودن عذرخواهی از بیمار	۸ (۵/۳)	۳۴ (۲۲/۴)	۷۵ (۴۹/۳)	۳۳ (۲۱/۷)	۲ (۱/۳)
ترس پزشک از آبرو و اعتبار	-	-	۱۷ (۱۱/۲)	۵۱ (۳۳/۶)	۸۴ (۵۵/۳)
وارد شدن آسیب مالی به پزشک	-	۸ (۵/۳)	۶۸ (۴۴/۷)	۴۸ (۳۱/۶)	۲۸ (۱۸/۴)
شکایت از پزشک و مشکلات قضایی آن	-	-	-	۶ (۳/۹)	۱۴۶ (۹۶/۱)
سری که درد نمی‌کند دستمال نمی‌بندند	۳۷ (۲۴/۳)	۸۴ (۵۵/۳)	۲۸ (۱۸/۴)	۳ (۲)	-
ترس از برخورد غیرمعقول بیمار	-	-	۶ (۳/۹)	۲۱ (۱۳/۸)	۱۲۵ (۸۲/۲)
نبود حمایت سازمانی از فردی که مرتکب خطا شده است	-	-	۱۰ (۶/۶)	۳۷ (۲۴/۳)	۱۰۵ (۶۹/۱)
نقص در بیمه‌ی مسئولیت برای پوشش هزینه‌های ناشی از خطا	-	۱ (۰/۷)	۵۵ (۳۶/۲)	۷۱ (۴۶/۷)	۲۵ (۱۶/۴)
تمایل پزشکان به پنهان‌ماندن خطای خود و همکاران	۱۰ (۶/۶)	۱۰۵ (۶۹/۱)	۳۳ (۲۱/۷)	۳ (۲)	۱ (۰/۷)
نبود سیاست و رویه‌ی سازمانی مشخص در بیمارستان برای گزارش‌دهی	-	-	۱۰۱ (۶۶/۴)	۴۸ (۳۱/۶)	۳ (۲)
آموزش‌ندیدن در رابطه با روند صحیح اعلام خطا	-	-	۳۹ (۲۵/۷)	۹۶ (۶۳/۲)	۱۷ (۱۱/۲)

مجموع شرکت‌کنندگان، مهم‌ترین نتایج مثبت (مجموع درصد فراوانی امتیاز چهار و پنج) در افشای خطای پزشکی

خطاهای پزشکی مؤثر می‌دانستند. به علاوه، ۹۵/۴٪ از شرکت‌کنندگان، نظارت پزشک ارشد مانند اتندینگ و با همین درصد، سطح علمی و مهارتی پزشک، ۸۸/۸٪ میزان انگیزه و علاقه‌ی پزشک به پزشکی (رضایت شغلی) و ۷۷/۶٪ مشورت‌کردن پزشک با سایر همکاران را (در صورت لزوم)، مؤثر معرفی کردند.

جدول شماره‌ی سه، فراوانی و درصد فراوانی مربوط به گروه‌های مختلف درمانی را که بر اساس تجربه‌ی شخصی پاسخ‌دهندگان بیشترین میزان خطای پزشکی را داشته‌اند، نشان می‌دهد.

خود و همکاران را «افزایش توجه و دقت پزشک خطاکننده در تکرارکردن خطا» (۹۹/۳٪)، «جلوگیری از تکرار خطا توسط پزشک و سایر همکاران» (۹۸٪) و «گرفتارنشدن پزشک در عذاب وجدان» (۹۴/۷٪) می‌دانستند. همچنین، ۲۴/۳٪ از آنان نیز، «جبران هزینه‌های وارده به بیمار (مالی و غیره)» و ۴۴/۱٪ «استحکام بیشتر رابطه‌ی پزشک‌بیمار» را از مهم‌ترین نتایج مثبت معرفی نمودند (انتخاب چند گزینه مجاز بوده است).

همه‌ی شرکت‌کنندگان «استانداردبودن ساعات کار پزشک در شبانه‌روز» و «کاهش حجم کاری پزشک» را در کاهش

جدول شماره‌ی ۳: فراوانی و درصد فراوانی بیشترین میزان خطا بین گروه‌های مختلف درمانی بر اساس تجربه‌ی شخصی شرکت‌کنندگان در پژوهش (N=۱۵۲)

گروه‌های درمانی	۱	۲	۳	۴	۵
دانشجویان پزشکی (پایین‌تر)	-	۵ (۳/۳)	۹۳ (۶۱/۲)	۵۴ (۳۵/۵)	-
دستیاران سال اول	-	۸ (۵/۳)	۴۵ (۲۹/۶)	۷۳ (۴۸)	۲۶ (۱۷/۱)
دستیاران سال دوم و بالاتر	۶ (۳/۹)	۸۳ (۵۴/۶)	۵۰ (۳۲/۹)	۱۲ (۷/۹)	۱ (۰/۷)
اساتید بالینی	۱۲۵ (۸۲/۲)	۲۵ (۱۶/۴)	۱ (۰/۷)	-	۱ (۰/۷)
پزشکان متخصص سطح شهر	۳ (۲)	۱۱۳ (۷۴/۳)	۳۲ (۲۱/۱)	۳ (۲)	۱ (۰/۷)
پزشکان عمومی سطح شهر	-	۱ (۰/۷)	۲۳ (۱۵/۱)	۱۰۲ (۶۷/۱)	۲۶ (۱۷/۱)
پرستاران	-	۱ (۰/۷)	۴۵ (۲۹/۶)	۸۷ (۵۷/۲)	۱۹ (۱۲/۵)

بحث

اساتید بالینی درباره‌ی افشای خطای پزشکی همکاران و عوامل مؤثر بر آن پرداخته است. این پژوهش که در محیطی

در این پژوهش به بررسی دیدگاه دستیاران پزشکی و

گرچه نوع رشته‌ی تحصیلی پزشکان (جراحی و غیرجراحی) می‌تواند عاملی مؤثر در شکل‌گیری روابط حرفه‌ای، اخلاقی، مسئولیت‌پذیری و دیدگاه آن‌ها در افشای خطای پزشکی همکاران باشد، معنادار نشدن اختلاف میانگین نمره‌ی این دو گروه نشان‌دهنده‌ی دیدگاه تقریباً مشابه ایشان نسبت به موضوع مورد مطالعه است.

همان‌طور که اشاره شد میانگین نمره‌ی اساتید در بعد «تمایل به ابراز خطای پزشکی دیگران» بیشتر از دستیاران و در بعد «تمایل به افشاکردن خطای پزشکی» کمتر از دستیاران بود. با توجه به نزدیک‌تر بودن دیدگاه اساتید در هر دو حوزه به حقوق بیماران، به نظر می‌رسد برگزاری جلسات منظم آموزشی در طول دوره‌ی تخصصی دستیاران با رویکرد تعاملی و با هدف مدیریت خطای پزشکی همکاران و چگونگی افشای آن بتواند به ارتقاء دیدگاه دستیاران در این رابطه کمک نماید.

به‌علاوه، به نظر می‌رسد برخی دیگر از پیشنهاداتی که در این رابطه در منابع مورد اشاره قرار گرفته است نیز می‌تواند به پر کردن فاصله‌ی دیدگاه دستیاران با اساتید کمک نماید و حتی با فراهم‌کردن زمینه‌ی گفت‌وگوهای سازنده و علمی در محیط آموزشی، موجب ارتقاء دیدگاه و عملکرد اساتید در برخورد با خطای همکاران نیز گردد؛ در ادامه، به برخی از این پیشنهادات اشاره می‌شود: ایجاد محیط آموزشی مناسب برای اینکه دستیاران اشتباهاتشان را [به‌صورت مدیریت‌شده] اظهار کنند و از آن یاد بگیرند (۱۰)، تقویت حس مسئولیت‌پذیری در قبال عملکرد حرفه‌ای نامناسب دیگر همکاران، توضیح‌دادن فرایند پیگیری گزارش خطای همکار با هدف ازبین‌بردن این احساس که با گزارش‌دادن اتفاقی نخواهد افتاد و چگونگی مدیریت‌کردن ترس خود درباره‌ی تلافی‌کردن فرد خاطی (۱۹) از این موارد است. به‌علاوه، همان‌طور که در این مطالعه (نک: جدول شماره‌ی دو) و دیگر پژوهش‌ها (۱۲) نیز نشان داده شده، موانع افشای خطای پزشکی از جمله ترس از شکایت

آموزشی‌درمانی اجرا شده و داده‌های آن می‌تواند به تحقق هرچه‌بیشتر حقوق بیماران در ارتباط با خطاهای پزشکی کمک کند. افشای خطای پزشکی یک همکار، چالش‌هایی متفاوت از افشای خطای پزشکی خود حرفه‌مندان را به همراه دارد و به نظر می‌رسد عوامل متعدد فردی، سازمانی، فرهنگی، آموزشی و... بر این افشا و چگونگی آن مؤثر هستند؛ از این‌رو، یافته‌های این پژوهش می‌تواند در شناخت و برنامه‌ریزی برای مدیریت چالش‌های مربوط به آن کمک‌کننده باشد.

علاقه به رشته‌ی تحصیلی می‌تواند در مسئولیت‌پذیری و کارایی حرفه‌ای افراد در قبال رشته و عملکرد خود و دیگر همکاران نقشی مؤثر داشته باشد. بر این اساس، افشای خطای پزشکی همکاران با تدابیر مناسب می‌تواند دال بر دغدغه و درک افراد از شرایط حساس رشته‌ی تحصیلی و توجه به اخلاق حرفه‌ای باشد. با توجه به بالا بودن نمره‌ی خودارزیابی علاقه به رشته‌ی تحصیلی در اساتید و دستیاران (حدوداً نُه از ده برای هر دو گروه) و نبود اختلاف معنادار بین آقایان و خانم‌ها (آزمون من ویتنی^۲) می‌توان نتیجه گرفت که به احتمال زیاد علاقه‌نداشتن به رشته‌ی تحصیلی بر پاسخ شرکت‌کنندگان نسبت به افشای خطای همکاران تأثیر منفی مشخصی نخواهد داشت. به‌علاوه، معنادار نشدن اختلاف میانگین نمره‌ی مردان و زنان (آزمون من ویتنی) در ابعاد سه‌گانه‌ی این پژوهش نیز می‌تواند مؤید همین موضوع باشد.

همچنین، با توجه به عدم معناداری میانگین نمره‌ی مردان و زنان در ابعاد سه‌گانه‌ی پرسش‌نامه، می‌توان نتیجه گرفت که احتمالاً بالاتر بودن میانگین نمره‌ی رضایت از عملکرد حرفه‌ای در مردان و همچنین بالاتر بودن میانگین نمره‌ی رضایت آن‌ها از عملکرد دانشگاه (حدود شش از ده نمره) بر دیدگاه ایشان نسبت به افشای خطای پزشکی تأثیر معناداری نداشته است.

2. Mann-Whitney U test

نظر کمی و کیفی ارتقا یافته و از طرف دیگر، آموزش‌های مربوط به این حوزه، خصوصاً در دوره‌های باز آموزی برای پرستاران، جامع و تخصصی‌تر شود. به علاوه، همان‌طور که نتایج این مطالعه همسو با نتایج دیگر پژوهش‌ها (۲۳) نشان داد، استانداردسازی ساعت فعالیت و حجم کاری تیم درمان می‌تواند در کاهش کلی فراوانی خطاهای پزشکی مؤثر باشد؛ چراکه این مهم می‌تواند در کاهش خستگی و افزایش تمرکز تیم درمان، کاهش فرسودگی شغلی در میان‌مدت و طولانی‌مدت مؤثر واقع شود.

بر اساس نتایج، پزشکان در این مطالعه، استاد مسئول بخش و در درجه‌ی بعد، خود پزشک خطاکار را بهترین مرجع برای مدیریت خطای پزشکی می‌دانستند. در این رابطه هویا و هابگود^۳ نیز پیشنهاد می‌کنند اساتید به جای مشاهده و سکوت در برابر خطای دستیاران، خود به‌طور فعال آن‌ها را در تشخیص و تشریح خطا و همچنین اظهار خطا به بیمار یاری دهند (۱۰)؛ لذا نقش مهم و کلیدی اساتید در مدیریت خطای پزشکی کاملاً آشکار بوده و ضروری است با برگزاری کارگاه‌های آموزشی و مهارت‌افزایی، توان علمی و اجرایی اساتید درباره‌ی مدیریت خطاهای پزشکی در حوزه‌ی آموزش و درمان تقویت شود. به علاوه، نتیجه‌ی مطالعات نشان می‌دهد در مواقعی که یک تیم درمانی مسئولیت درمان بیمار را به عهده دارند، باید ارشدترین عضو گروه، خطا را برای بیمار یا خانواده‌اش توضیح دهد (۲۴)؛ از این رو، شرکت‌کنندگان نیز بهترین شیوه‌ی ابراز خطا را توضیح‌دادن خطا برای بیمار و خانواده‌ی او توسط پزشک ارشد و با حضور پزشک خطاکننده می‌دانستند؛ لذا، انتقال آموزه‌های دانشی و مهارتی اساتید به دستیاران، درباره‌ی نحوه‌ی ارتباط صحیح با بیمار نیز باید در فرایند افشای خطای پزشکی با دقت مورد نظر باشد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز همراه بود که از جمله

قانونی و عواقب حقوقی معنوی، ترس از واکنش شدید احساسی بیمار یا همراهان وی، هراس از دست‌دادن اعتبار و شهرت شغلی و نبود امکانات حمایتی لازم برای افشای خطا، می‌تواند در تمایل به افشانکردن خطای پزشکی همکاران نیز مؤثر باشد.

همان‌طور که شرکت‌کنندگان به عوامل مؤثر در مطرح‌کردن خطای پزشکی (نک: جدول شماره‌ی دو) اشاره کردند، زمینه‌سازی‌های قانونی و فرهنگی با هدف فراهم‌شدن امکان اظهار خطای پزشکی و تغییر زمینه‌ی ابراز از حالت مچ‌گیری به فرهنگ ارتقاء کیفیت و یادگیری (۲۰) و ایجاد رویکرد سازمانی با هدف حمایت و ایجاد فضایی دور از قضاوت و سرزنش می‌تواند به افشای کارآمد خطا کمک کند (۲۱)؛ به علاوه، همان‌گونه که شرکت‌کنندگان به مهم‌ترین نتایج مثبت افشای خطای پزشکی همکاران، یعنی افزایش توجه و دقت پزشک خطاکننده و سایر همکاران در تکرار نکردن خطا و گرفتار نشدن در عذاب وجدان اشاره کردند، افشای خطای پزشکی می‌تواند ایمنی بیمار را افزایش دهد و در کاهش وقوع مجدد خطا و افزایش سلامت روانی و آرامش فکری در افرادی که مرتکب خطا شده‌اند، نقشی مؤثر داشته باشد؛ بنابراین پزشکان، با صادق‌بودن درباره‌ی اشتباهات، می‌توانند به جای اینکه تمام توجه خود را به پاک‌کردن رد پای خود در خطای رخ داده اختصاص دهند، توجه خود را به‌طور مؤثر به خطا و مقابله با پیامدهای آن بر بیمار معطوف نمایند (۱۱).

بنا بر مطالب پیش‌گفته، از نظر شرکت‌کنندگان در مطالعه، سه گروه پزشکان عمومی سطح شهر و دستیاران سال اول و پرستاران، بیشترین فراوانی خطا را به خود اختصاص می‌دادند که با نتایج مطالعه‌ی رز و والاس (۲۰۰۰) نیز همخوانی دارد (۲۲)؛ بنابراین، برای رفع این نقیصه علاوه‌بر پیشنهادات پیشین، پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی‌های آموزش تخصصی پزشکی، نظارت‌های حرفه‌ای، به‌ویژه بر دستیاران سال اول از

نتیجه‌گیری

از نتایج به‌دست‌آمده می‌توان برای برنامه‌ریزی جهت ارتقاء حقوق بیماران در محیط‌های آموزشی‌درمانی، آموزش و اصلاح دیدگاه و روش برخورد تیم درمان با خطای پزشکی همکاران و مدیریت ارتباطات درون‌حرفه‌ای به شکل حق‌مدار و حمایتی استفاده کرد؛ لذا، زمینه‌سازی‌های فرهنگی و قانونی با هدف فراهم‌شدن امکان بروز و اظهار خطای پزشکی به شکل علمی و مهارتی از رسالت‌های مراکز آموزشی‌درمانی خواهد بود. این امر خصوصاً درباره‌ی افشای خطای همکار به سبب دشواری در تشخیص واقعیت و درک شرایط وی بیشتر اهمیت می‌یابد.

مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به دسترسی دشوار به تمامی دستیاران و اساتید پزشکی و همکاری نامناسب برخی از ایشان در تکمیل پرسش‌نامه، احتمال بی‌اعتمادی به محقق یا شیوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها و در نتیجه رعایت‌نکردن دقت و صداقت در پاسخ‌گویی و زمان‌بر بودن تکمیل پرسش‌نامه از نظر شرکت‌کنندگان دانست؛ با این‌حال، با توجه به کم‌بودن پژوهش‌های مشابه در ایران و انجام‌دادن پژوهش در محیطی آموزشی‌درمانی، به‌عنوان محل مراجعه‌ی طیفی وسیع از بیماران و استفاده از نظر اساتید دانشگاه و دستیاران رشته‌های مختلف، از قوت‌های این پژوهش تلقی می‌گردد.

منابع

- 1- Banja J. Medical errors 101: a primer. *Case Manager*. 2005; 16(3): 5 7-9.
- 2- Jafarian A, Parsapour AR, Haj-Tarkhani AH, Asghari F, Emami Razavi SH, Yalda AR. A Survey of the Complaints Entering the Medical Council Organization of Tehran in Three Time Periods. *Journal of Medical Ethics & Medical History* .2009; 2(2): 9-17.
- 3- Ebrahimi S, Hemmati Z. Supportive Measures for Medical Error Disclosure from the Viewpoints of Residents in Shiraz University of Medical Sciences. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2019; 12(1):361-370.
- 4- Fisseni G, Pentzek M, Abholz H. Responding to serious medical error in general practice—consequences for the GPs involved: Analysis of 75 cases from Germany. *Family Practice*. 2008; 25: 9–13.
- 5- Ghalandarpour S M, 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.
- 6- Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ, Lo B, Micco GP. To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. *J Gen Intern Med*. 1997; 12: 770-775.
- 7- American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of medical ethics. Current Opinions with Annotations. E- 8.121 Ethical Responsibility to Study and Prevent Error and Harm, Adopted June 2003. Chicago: American Medical Association; 2003.
- 8- Gallagher TH, Waterman AD, EbersAG, Fraser VJ, LevinsonW. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA*. 2003; 289(8):1001–7.
- 9- Witman AB, Park DM, Hardin SB. How do patients want physicians to handle mistakes?. *Arch Intern Med*. 1996; 156(22): 2565-9.
- 10- Hevia A, Hobgood C. Medical error during residency: to tellor not to tell. *Ann Emerg Med*. 2003; 42(4): 565–70.
- 11- Australian Council for safety and Quality in Health Care Why disclosure is important for health care. Draft Open Disclosure Standard: A national standard for open communication following an adverse event in heath care for public and private hospitals. 2008. <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/OD-Standard-2008.pdf> (accessed on: 2021).
- 12- Wu AW, Boyle DJ, Wallace G, Mazor KM. Disclosure of adverse events in the United States and Canada: An update, and a proposed framework for improvement. *J Public Health Res*. 2013; 2(3): e32.
- 13- Javaheri F. Exploring the issue of transparency of medical errors Analysis of the medical institution Iran. *Journal of Social Studies*. 2014; (8)1: 22-48.
- 14- Evans Sue M, Jesia G, Berry, Brain J, Adrian J. Anonymity or Transparency in reporting of medical error: A Community-Based survey in South Australia". *Medicine and the Community*. 2004; 180: 577-80.
- 15- Moscop JC, Gerdeman JM, Hobgood CD. Emergency physicians and disclosure of medical errors. *Ann Emerg Med*. 2006; 4-8: 523-31.
- 16- Thomas H. Gallagher MD, Michelle M, Mello J, Wendy Levinson M.D, et al. Talking with Patients about Other Clinicians Errors. *N Engl J Med*. 2013; 369: 1752-7.
- 17- Snyder, Lois. American College of Physicians Ethics Manual. *Annals of Internal Medicine*. 2012; 156: 73-104.
- 18- James W, Jones MD, Laurence B, McCullough P, Bruce W, Richmann MA, et al. What to tell patients harmed by other physicians. *J Vasc Surg*. 2003; 38: 866-7.
- 19- Desroches CM, Rao SR, Fromson JA. Physician's perceptions, preparedness for reporting and experiences related to impaired and incompetent colleagues.

- JAMA. 2010; 304: 187-93.
- 20- Dabbagh A, Akbari MI, Fathi M. Study of Patterns of Medical Errors in the Health System. *Annals of Military and Health Sciences Research*. 2006; 4(3): 957-66.
- 21- Asghari F, Yavari N. Medical Error Disclosure. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2005; 5: 25-35.
- 22- Ross LM, Wallace J, Paton JY. Medication errors in a pediatric teaching hospital in the UK: five years operational experience. *Arch Dis Child*. 2000; 83: 492-7.
- 23- Mohsenzadeh A, Rezapour S, Birjandi M. Frequency of medical errors in hospitalized children in khorramabad Madani hospital during six months in 2008. *Yafte*. 2010; 11(4): 31-38.
- 24- Hobgood C, Hevia A. Medical error disclosure: A professional standard. *Semin Med Pract*. 2004; 7: 12-23.

Original Article

Viewpoint of Attending and Medical Residents of Shiraz University of Medical Sciences About Disclosure of a Colleague Medical Error

Omid Asemani¹, Zahra Javadi², Seddigheh Ebrahimi^{*3}

¹ Assistant Professor, Department of Medical Ethics & Philosophy of Health, Medical School; Center for Interdisciplinary Research in Islamic Education and Health Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

² General Physician, Shiraz Medical School, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

³ Associate Professor, Department of Medical Ethics & Philosophy of Health, Shiraz Medical School, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

* Corresponding Author: sedighebrahimi@gmail.com

Abstract

Regarding how to make decisions on the revelation of medical errors done by colleagues, investigation of physicians' points of view particularly those in educational settings could help the improvement of circumstances to which we encounter medical errors and thus respecting patient's rights. This cross-sectional descriptive study was conducted through a researcher-made questionnaire after performing face and content validity and determination of internal and external reliability. The viewpoint of 40 attending physicians and 112 medical residents from different specialties about their inclination to disclose errors, the results of disclosure, the factors influencing on nondisclosure, and the factors decreasing medical errors were asked. Data were analyzed using SPSS v.21. Mean scores of 15.2 ± 1.3 for attending and 12.56 ± 2.05 for residents regarding the dimension of "inclination to disclose others' medical error"; and mean scores of 7.55 ± 0.677 for attending and 9.09 ± 2.01 for residents in terms of "inclination to NOT disclose" were differed significantly ($p < 0.001$). Participants declared the head of medical department/ward as the best authority for managing and dealing with medical errors as the best approach for disclosure of the errors through attendance of the senior physician accompanied by the physician who has made the error. Urban general physicians, nurses, and first-year residents were reported with the most frequency of the errors. The data can be used for the promotion of the patient's rights and the perspective of the medical team when encountering errors done by a colleague, rightfully, and protectively. Building cultural, legal, and social contexts will be the mission of the educational-medical settings aimed at making possible a scientific and skillful error disclosure.

Keywords: Disclosure of medical error, Patients' rights, Medical error, Colleague's medical error

