

Assessing barriers to medical errors reporting among clinical staff members of teaching hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran - 2016

Abbas Danesh Kohan¹, Soad Mahfoozpour², Mohamad Palesh¹, Farasat Fazli Ouchhesar^{3*}

1. Assistant Professor, Department of Public Health, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Associate Professor, Safety Promotion and Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. MSc, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background and Aims: One of the most important issues in the health sector is quality of care. Error reporting is essential to prevent errors and to learn from them. The aim of this study was to identify barriers to errors reporting in order to eliminate these barriers and to improve and encourage error reporting among clinical staff members.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 419 clinical staff members of teaching hospitals under the auspices of Shahid Beheshti University of Medical Sciences were selected using the multistage sampling method. The instrument for data collection was a researcher-developed questionnaire containing 29 items and its validity and reliability were confirmed. Data were analyzed using SPSS 20 software and statistical tests. Ethical issues such as confidentiality of studied community were all considered.

Results: The overall mean of barriers to errors reporting in our study was 3.13 of 5 which was at moderate level. Fear of error reporting consequences with mean score of 3.37 and staff attitudes with mean score of 2.70 were identified as the most important and less important barriers to error reporting. There was significant relationship between barriers to error reporting with staffs, educational level and their working shift ($p < 0.05$) so that barriers to error reporting was higher among physicians (3.39) and night shift (3.22) workers.

Conclusion: The main barrier to error reporting was identified as the fear of error reporting consequences. Managers should have a nonpunitive approach to errors in the hospital so staff would report their errors voluntarily. By increasing the available data through error reporting, learning from errors is increased, and changes in hospital processes occurs.

Keywords: Medical error, Error reporting, patient safety, Hospital

Corresponding Author: School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: farasat.fazli@yahoo.com

Received: 8 . July.2017

Accepted: 17. Sept.2017

بررسی موانع گزارش دهی خطاهای پزشکی از دیدگاه کارکنان بالینی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران ۱۳۹۵

عباس دانش کهن^۱، سعاد محفوظ پور^۲، محمد پالش^۱، فراسات فضل‌ی اوج حصار^{۳*}

۱- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲- دانشیار، مرکز تحقیقات ارتقا ایمنی و پیشگیری از مصدومیتها، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و اهداف: یکی از مهمترین موضوعات در بخش سلامت، کیفیت ارائه مراقبت‌ها می‌باشد. گزارش دهی خطاها برای پیشگیری و یادگیری از خطاها ضروری است. هدف این مطالعه، شناسایی موانع گزارش دهی خطاها در جهت رفع موانع و بهبود و تسهیل گزارش دهی در کارکنان بالینی بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۴۱۹ نفر از کارکنان بالینی بیمارستان‌های آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته ۲۹ موردی موانع گزارش دهی خطا بود که روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS۲۰ و آزمون‌های آماری تجزیه و تحلیل شد. در کلیه مراحل انجام پژوهش، موازین اخلاقی نظیر محرمانه ماندن نام کارکنان بالینی، مراعات گردید.

یافته‌ها: میانگین کل موانع گزارش دهی خطا ۳/۱۳ از ۵ بود که در سطح متوسطی قرار داشت. ترس از پیامدهای گزارش دهی با میانگین (۳/۳۷) و نگرش کارکنان با میانگین (۲/۷۰) بعنوان مهمترین و کم اهمیت‌ترین موانع گزارش دهی خطا شناسایی شدند. موانع گزارش دهی با سطح تحصیلات و شیفت کاری رابطه معناداری داشت ($P < 0/05$) به طوری که موانع گزارش دهی در بین پزشکان و افراد شیفت شب بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: مانع اصلی گزارش دهی خطا، ترس از پیامدهای گزارش دهی بود. مدیران باید رویکرد غیرتنبیهی به خطا در بیمارستان داشته باشند تا کارکنان داوطلبانه خطای خود را گزارش کنند. با افزایش داده‌های موجود از طریق گزارش دهی، یادگیری از خطاها افزایش یافته و تغییراتی در فرایندهای بیمارستانی ایجاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: خطای پزشکی، گزارش دهی خطا، ایمنی بیمار، بیمارستان

*نویسنده مسئول: ایران، تهران، اوین، میدان شهریار، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده بهداشت.

مقدمه

فرهنگ تنبیه و سرزنش در نتیجه انجام خطاها، نبود تعریف واضح از خطاها، نگرش هریک از کارکنان در مورد گزارش دهی خطا و موضوعات حریم خصوصی بیماران می‌باشد [۱۴-۱۲]. فرهنگ سازمان باید بجای سرزنش افرادی که خطایی مرتکب می‌شوند، حامی گزارش دهی خطاها باشد. زمانی که گزارش دهی، تشویق و خطاها بررسی می‌شود، این کار نتایج مثبتی برای بیماران و ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت دارد [۱۵]. در مطالعه میرصادقی در ایران، موانع مدیریتی از جمله عدم حمایت مدیران از گزارش دهی و ترس از مسائل مالی و قانونی به عنوان موانع اصلی عدم گزارش دهی عنوان شد [۱۶]. براساس نتایج پژوهش طباطبایی و همکاران، ترس از برخورد قانونی و ترس از پیامدهای گزارش دهی بعنوان مهم‌ترین موانع گزارش دهی بیان شد [۱۷]. در مطالعه یانگ در تایوان نیز ترس از پیامدهای گزارش دهی بعنوان مهم‌ترین موانع گزارش دهی بود [۱۸]. با عنایت به اهمیت گزارش دهی خطاهای پزشکی به منظور تحلیل و اقدام در جهت کاهش بروز آنها، هدف این مطالعه شناخت موانع گزارش دهی خطاهای پزشکی و پیشنهاد راهکارهای مدیریتی و فردی مناسب در جهت افزایش گزارش دهی این خطاها می‌باشد. امید است، نتایج این تحقیق بتواند به مدیران در جهت شناسایی و رفع این موانع در جهت افزایش یادگیری از خطاها و کاهش وقوع مجدد آنها کمک کند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۵ در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران انجام شده است. جامعه آماری این مطالعه، کارکنان بالینی بیمارستان‌های منتخب این دانشگاه بود. این مقاله بخشی از مطالعه بررسی ارتباط بین فرهنگ ایمنی بیمار و موانع گزارش دهی خطا است که برای تعیین حجم نمونه از فرمول حجم نمونه بر اساس ضریب همبستگی استفاده شد [۱۹].

$$N = \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{c} \right)^2 + 3 \quad (1)$$

$$c = 0.5 * \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right) \quad (2)$$

به ازای $\alpha=0/05$ و $\beta=0/1$ و $r=0/15$ ، حجم نمونه محاسبه شده، ۴۶۲ نفر بدست آمد. برای اطمینان و با توجه به اینکه ممکن است، میزان پاسخ (response rate)، ۱۰۰ درصد نباشد، تعداد ۵۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفت. انتخاب نمونه‌ها بدین صورت بود که ابتدا ۱۲ بیمارستان آموزشی بر حسب ظرفیت به دو گروه (زیر ۳۰۰ تخت) و (بالای ۳۰۰ تخت) تقسیم شدند و از هر گروه، ۳ بیمارستان به صورت تصادفی انتخاب شد و نمونه‌ها به نسبت

تحقق پوشش همگانی سلامت و دسترسی همه افراد به مراقبت‌ها، داروها و واکسن‌های اساسی باکیفیت، ایمن و اثربخش در هدف سوم از مجموعه اهداف توسعه پایدار ملل متحد مورد تأکید قرار گرفته است [۱]. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، ایمنی بیمار، یکی از ابعاد مهم کیفیت مراقبت‌ها است [۲]. در سالهای اخیر کشورهای مختلف جهان بهبود ایمنی بیمار را به عنوان یک موضوع مهم به رسمیت شناخته‌اند [۳]. خطاهای پزشکی با نرخ بالایی رو به افزایش است و این خطاها سالیانه علت ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ مرگ در بیمارستان‌های آمریکا می‌باشد که بیشتر از آمار مرگ در اثر تصادفات جاده‌ای و سرطان و یا ایدز در این کشور است [۴]. بنابر اعلام سازمان جهانی بهداشت در منطقه مدیترانه شرقی طیف بروز صدمات ناشی از خطاهای بیمارستانی بین ۲ تا ۱۸ درصد است [۵]. بار اقتصادی مراقبت‌های نایمن نیز هشدار دهنده است [۶]. مطالعات مربوط به ایمنی نشان می‌دهد، هزینه بستری اضافی در بیمارستان، هزینه‌های دادخواهی، ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی، ناتوانی، از دست دادن درآمد و هزینه‌های پزشکی در برخی کشورها بین ۶ تا ۲۹ میلیارد دلار در سال می‌باشد [۷]. خطای پزشکی عبارت است از نقص در انجام یک اقدام برنامه ریزی شده آنگونه که مدنظر بوده است (خطا در اجرا) یا استفاده از یک برنامه نادرست برای تحقق هدف (خطای برنامه ریزی) [۸]. پزشکان و پرستاران می‌توانند وضعیت ایمنی بیمار را از طریق تعامل با بیماران و خانواده‌هایشان، کنترل رویه‌ها، یادگیری از خطاها و برقراری ارتباط مؤثر با تیم مراقبت‌های سلامت بهبود بخشند. چنین فعالیت‌هایی می‌تواند موجب به حداقل رساندن صدمات وارده به بیماران و صرفه جویی در هزینه‌ها شوند. درک عواملی که به خطاها منجر می‌شوند، برای تفکر در مورد تغییراتی که از وقوع آنها پیشگیری خواهد کرد، ضروری است [۹].

بسیاری از خطاها توسط ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت گزارش نمی‌شود. شواهد موجود نشان می‌دهد که با افزایش میزان داده‌های در دسترس از طریق گزارش دهی خطاها، یادگیری از خطاها، افزایش یافته و باعث تغییراتی در فرایندهای بیمارستانی و بهبود نتایج سلامت می‌شود [۱۰]. گزارش دهی، اطلاعاتی برای شناسایی حوزه‌های نیازمند بهبود فراهم می‌کند؛ اما اگر گزارش دهی بطور رسمی در سازمان وجود نداشته باشد، فرصتی برای بهبود ایمنی بیمار فراهم نخواهد شد. بنابراین آگاهی از اینکه چه عواملی مانع گزارش دهی خطاست از پیش نیازهای مهم بهبود ایمنی بیمار است [۱۱]. مهم‌ترین موانعی که بر سر راه گزارش دهی خطاها وجود دارد، شامل نگرانی ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت در مورد اقدامات انضباطی و برخورد قانونی، عدم حمایت مدیران، وجود

یافته‌ها

از مجموع کارکنان بالینی مورد مطالعه، ۳۸۲ نفر (۹۱٪) پرستار و ۳۷ نفر (۹٪) پزشک بودند. بدلیل عدم همکاری، تعداد پزشکان بطور قابل ملاحظه‌ای کمتر از پرستاران بود. میانگین و انحراف معیار سنی کارکنان بالینی به ترتیب ۳۲/۳۷ و ۶/۹۱ سال بود. ۳۶۸ نفر (۸۷/۸٪) از کارکنان زن و ۵۱ نفر (۱۲/۲٪) مرد بودند. همچنین، ۳۳۵ نفر (۷۹/۸٪) از کارکنان تحصیلات لیسانس داشتند که از بیشترین فراوانی برخوردار بود. از بین کارکنان، ۱۱۹ نفر (۴۷/۵٪) در شیفت صبح و ۲۰۸ نفر (۴۹/۶٪)، استخدام رسمی بودند. میانگین سابقه کار کارکنان ۸/۵۷ سال و میانگین ساعت کار کارکنان ۴۷ ساعت در هفته بود (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی در سال ۱۳۹۵

تعداد (%)	ویژگی‌های جمعیت شناختی
۲۷۰ (۶۴/۳)	بزرگ
۱۴۹ (۳۵/۵)	کوچک
بیمارستان	
۳۸۲ (۹۱/۲)	پرستار
۳۷ (۸/۸)	پزشک
شغل	
۷۲ (۱۷/۱)	>۲۵
۱۲۷ (۳۰/۲)	۲۶-۳۰
۹۹ (۲۳/۶)	۳۱-۳۵
۱۲۱ (۲۸/۸)	>۳۶
سن	
۳۶۸ (۸۷/۸)	زن
۵۱ (۱۲/۲)	مرد
جنسیت	
۳۳۳ (۷۹/۳)	کارشناسی
۴۹ (۱۱/۷)	کارشناسی ارشد
۳۷ (۸/۸)	دکترای حرفه‌ای
تحصیلات	
۱۹۹ (۴۷/۵)	صبح
۱۵۵ (۳۷)	عصر
۶۵ (۱۵/۵)	شب
شیفت کار	
۲۰۸ (۴۹/۶)	رسمی
۳۹ (۹/۳)	پیمانی
۹۹ (۲۳/۶)	قراردادی
۷۳ (۱۷/۴)	طرحی
استخدام	
۱۸۶ (۴۴/۳)	>۵
۹۵ (۲۲/۵)	۶-۱۰
۱۳۹ (۳۳/۱)	>۱۰
سابقه کار	
۳۹۰ (۹۲/۹)	کمتر از ۵۰ ساعت
۲۹ (۶/۹)	بیشتر از ۵۰ ساعت
ساعت کار در هفته	

تعداد پرستار و پزشک در بیمارستان‌های بزرگ و کوچک توزیع شد. نمونه‌گیری در داخل بیمارستانها به صورت در دسترس و مستمر بود و در شیفت‌های مختلف پرستاران و پزشکانی که تمایل به همکاری داشتند، وارد مطالعه شدند و این کار تا زمان تکمیل حجم نمونه مورد نیاز از هر بیمارستان ادامه پیدا کرد. معیار ورود به مطالعه، کارکنان بالای یکسال سابقه کار در بیمارستان بود. از بین ۵۰۰ پرسشنامه توزیع شده، ۴۳۰ پرسشنامه عودت داده شد و ۱۱ پرسشنامه به دلیل تکمیل ناقص از مطالعه خارج شدند؛ در نهایت داده‌های ۴۱۹ پرسشنامه با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تحلیل قرار گرفت. این مطالعه با استفاده از پرسشنامه موانع گزارش دهی خطا و با مراجعه پژوهشگر به بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. ابزار جمع آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته موانع گزارش دهی خطا بود که با بررسی منابع منتشر شده از مؤسسه کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت (Agency for Health Care Research and Quality: AHRQ) در مورد گزارش دهی خطا و مطالعات داخلی و خارجی طراحی شد [۱۲، ۲۳-۲۰]. روایی صوری و محتوایی به روش کیفی با نظرخواهی از ۱۵ نفر از اساتید مورد تأیید قرار گرفت. برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی از ضریب نسبی روایی محتوا (Content Validity Ratio : CVR) و شاخص روایی محتوا (Content Validity Index : CVI) استفاده شد. در مرحله تعیین نسبت روایی محتوا همه سؤالات پرسشنامه‌ها به غیر از ۶ مورد، نسبت روایی محتوا بالای ۰/۴۹ داشتند و این ۶ عبارت از ابزار طراحی شده اولیه حذف شدند. در مرحله تعیین شاخص روایی محتوا از دیدگاه متخصصینی که ابزار را مورد بررسی قرار دادند، برخی گویه‌های ابزار دارای شاخص روایی محتوا بین ۰/۷۹ تا ۰/۷۰ بود که اصلاحاتی در آنها انجام شد و در نهایت موانع گزارش دهی خطا بوسیله ۲۹ سؤال مورد بررسی قرار گرفت. همچنین در انتهای پرسشنامه ۵ سؤال چند گزینه‌ای و یک سؤال باز مطرح شد تا کارکنان سایر موانع گزارش دهی خطا را بیان کنند. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آزمون- بازآزمون و محاسبه آلفای کرونباخ تأیید شد. ضریب همبستگی پیرسون این دو مرحله و نیز آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۹ بود. برای امتیاز بندی پاسخ‌های پرسشنامه از مقیاس لیکرت استفاده شد و برای گزینه‌های کاملاً مخالف، مخالف، نظر ندارم، موافق و کاملاً موافق به ترتیب نمرات ۱ تا ۵ منظور شد. نمره حداقل و حداکثر پرسشنامه ۲۹ و ۱۴۵ بود. آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که داده‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌کنند و برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آنالیز واریانس و تی تست و رگرسیون چند متغیره در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

گزارش دهی بالاتری نسبت به کارکنان شیفت صبح و عصر داشتند. همچنین، آزمون پیرسون نشان داد که موانع مدیریتی مانند تاکید بیش از حد مدیریت بر خطاهای پزشکی بجای سایر عوامل مربوط به کیفیت، تاکید و تمرکز بیش از حد بر فرد خطاکار، یکسان و عادلانه نبودن واکنش مدیران در برابر افراد و وجود فرهنگ سرزنش و تنبیه بیشترین همبستگی را با موانع گزارش دهی کل دارد.

جدول ۳- نتایج رگرسیون ارتباط متغیرهای دموگرافیک با موانع گزارش دهی کل

P-value	انحراف معیار	ضریب بتا	نتایج رگرسیون متغیرهای دموگرافیک	
			بزرگ	کوچک
۰/۲۸	۰/۰۵	۰/۰۵	بیمارستان	۰ (رفرنس)
۰/۰۰۹	۰/۱۰	-۰/۲۶	تحصیلات	کارشناسی
۰/۸۹	۰/۱۲	-۰/۰۱		کارشناسی ارشد
		۰ (رفرنس)	پزشک (متخصص)	۰ (رفرنس)
۰/۵۹	۰/۶۳	-۰/۰۳	استخدام	رسمی و پیمانی
		۰ (رفرنس)		قراردادی و طرحی
۰/۰۵	۰/۰۷	-۰/۱۳	شیفت کاری	صبح
۰/۶۳	۰/۰۷	-۰/۰۳		عصر
		۰ (رفرنس)		شب
۰/۵۴	۰/۰۰۵	-۰/۰۰۳	سابقه کار	
۰/۶۶	۰/۰۰۶	۰/۰۰۳	ساعت کار (در هفته)	

در پاسخ به سؤالات باز، اکثر کارکنان بالینی (۹۱/۴٪) بیان کردند که دستورالعمل گزارش دهی در بیمارستان آنان وجود دارد و ۶۹٪ افراد بیان کردند که این دستورالعمل در اختیار آنان قرار دارد؛ ولی نیمی از کارکنان (۵۰٪) بیان کردند که دستورالعمل گزارش دهی قابل درک نبوده و ابهاماتی وجود دارد.

در مورد میزان خطای صورت گرفته، ۵۰٪ از کارکنان بیان کردند که در طول ۱۲ ماه گذشته، حداقل یکبار خطای پزشکی را مرتکب شده‌اند که از بین آنان ۳۵٪ کارکنان خطاهای خود را گزارش کرده‌اند. در نهایت، قابل درک نبودن دستورالعمل گزارش دهی و عدم تشویق گزارش دهی و تنبیه توسط مدیران از علل عدم گزارش دهی خطاهای پزشکی از دیدگاه کارکنان بالینی بود. از نظر کارکنان، اختصاص زمانی برای گزارش دهی و تغییر دیدگاه مدیران نسبت به گزارش دهی در بخش و استقرار سیستم گزارش دهی بدون ثبت نام، به عنوان راهکارهایی برای افزایش گزارش دهی بیان شد.

میانگین کل موانع گزارش دهی خطا ۳/۱۳ با انحراف معیار ۰/۵۵ بوده است که نشان دهنده اهمیت نسبی موانع گزارش دهی خطا در بیمارستان‌ها بود.

جدول ۲- توزیع نمرات موانع گزارش دهی خطا برحسب حیطه‌ها

ابعاد	آماره‌های توصیفی	میانگین	انحراف معیار	تعداد سؤالات
ترس از پیامدهای گزارش دهی		۳/۳۷	۰/۷۸	۱۰
فرآیند گزارش دهی		۳/۲۰	۰/۶۸	۶
عوامل مدیریتی		۳/۰۴	۰/۶۴	۹
نگرش کارکنان		۲/۷۰	۰/۷۲	۴
موانع گزارش دهی کل		۳/۱۳	۰/۵۰	۲۹

میانگین نمرات موانع گزارش دهی در بین حیطه‌ها (۴ حیطه) نشان می‌دهد که بیشترین موانع گزارش دهی خطا مربوط به ترس از پیامدهای گزارش دهی خطا ($3/37 \pm 0/78$) و کمترین موانع گزارش دهی خطا نیز مربوط به نگرش کارکنان ($2/70 \pm 0/72$) بوده است (جدول ۲). میانگین نمرات مربوط به ۲۹ متغیر مورد بررسی نشان داد که بیشترین موانع گزارش دهی مربوط به "نگرانی از بروز عوارض جانبی در بیمار" ($3/62 \pm 1/10$) و "نگرانی از ایجاد نگرش منفی در بیمار و خانواده وی" ($3/58 \pm 1/09$) بوده است. کمترین موانع گزارش دهی خطا نیز مربوط به "پذیرفتن اینکه اشتباه جزئی از کار پرستاران و پزشکان می‌باشد" ($2/26 \pm 1/11$) و "عدم اطمینان در تأثیر گزارش دهی در کاهش خطا یا بهبود وضعیت بیماران" ($2/52 \pm 1/04$) بوده است.

یافته‌های حاصل از نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد که متغیرهای موانع گزارش دهی خطا از توزیع نرمال پیروی می‌کند. نتایج آزمون تی تست و آنالیز واریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین موانع گزارش دهی خطا با شغل ($P=0/002$)، سطح تحصیلات ($P<0/001$)، سابقه کار ($P=0/05$) و ساعت کار کارکنان در هفته ($P=0/01$) وجود داشت. همچنین رابطه بین نوع بیمارستان ($P=0/07$) و استخدام ($P=0/08$) با موانع گزارش دهی خطا نزدیک به معناداری بوده است.

بر اساس یافته‌های جدول ۳، نتایج رگرسیون نشان داد که رابطه بین تحصیلات کارکنان و شیفت کاری کارکنان با موانع گزارش دهی خطا از نظر آماری معنی دار بود. بطوری که موانع گزارش دهی در بین پزشکان بیشتر از پرستاران دارای مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد بود. همچنین، کارکنانی که در شیفت شب بودند، موانع

بحث

بر طبق نتایج مطالعه حاضر، میانگین کل نمره موانع گزارش دهی خطا در بین کارکنان بالینی ۳/۱۳ از ۵ بود که بطور کلی در سطح متوسطی قرار داشت. میانگین نمره موانع گزارش دهی خطا در مطالعه ابوشیکا نیز ۲/۹۹ از ۵ بود که سطح متوسطی از موانع گزارش دهی را نشان داد [۲۴]. نتایج مطالعه الدویس و همکاران در ریاض در بین ۴۶۷ نفر از پرستاران و پزشکان نشان داد که میانگین نمره موانع گزارش دهی خطا در سطح متوسطی بوده است [۲۵]. مطالعاتی در کشورمان نیز بیان کردند که میانگین نمره موانع گزارش دهی خطا در سطح متوسط قرار دارد که به نتایج مطالعه حاضر بسیار نزدیک است [۲۶، ۲۷].

شناسایی موانع و تسهیل کننده‌های گزارش دهی خطا در طراحی و اجرای سیستم یادگیری از خطا در جهت افزایش ایمنی بیمار حائز اهمیت می‌باشد [۲۸]. افزایش گزارش دهی خطاها و به اشتراک گذاشتن اطلاعات مربوط به خطاها، ایمنی بیمار را افزایش داده و از رخداد دوباره خطاها جلوگیری می‌کند. بنابراین کارکنان بیمارستانها باید گزارش دهی را بعنوان بخشی از فعالیت‌های روزمره خود و یکی از موضوعات مهم ایمنی بیمار قرار دهند [۲۹].

در پژوهش حاضر، مهمترین موانع گزارش دهی خطا، ترس از پیامدهای گزارش دهی بود. این نتایج بدین معنی است که کارکنان بالینی از بروز عوارض جانبی در بیمار، ایجاد نگرش منفی در بیمار و خانواده وی و از مورد سرزنش قرار گرفتن از سوی سرپرستاران و همکاران نگرانند [۱۲]. نتایج پژوهش چیانگ و همکاران نشان داد که ترس از پیامدهای گزارش دهی و عدم درک خدمات پرستاری مهمترین موانع گزارش دهی بوده است [۳۰]. ترونو همکاران در ترکیه ترس از بروز عوارض جانبی در بیمار و از دست رفتن اعتماد و اقدامات انضباطی را موانع گزارش دهی بیان کردند [۳۱]. کوهستانی نیز در مطالعه خود ترس از پیامدهای گزارش دهی را به عنوان مهمترین موانع گزارش دهی بیان کردند [۲۷]. همچنین، بر اساس یافته‌های مطالعه رضایی و همکاران بیشترین دلایل عدم گزارش دهی خطا ترس از پیامدهای گزارش دهی از جمله: ترس از مسائل قضایی، ترس از واکنش مدیران و همکاران، ترس از بی کفایت تلقی شدن و برخورد ملامت آمیز بوده است [۳۲].

بطور کلی، واکنش‌های نامناسب بدنال انجام خطاها و اشتباهات گذشته ممکن است، مانع گزارش دهی شود که تشویق ارائه دهندگان مراقبت سلامت به گزارش دهی در یک محیط غیر تنبیهی همراه با بهبود مداوم سیستم گزارش دهی، می‌تواند جایگزین آن شود [۱۲]. کمیته استرالیایی ایمنی و کیفیت مراقبت سلامت

نیز اهمیت اجرای مدیریت خطا و بررسی گزارش دهی و تحلیل خطاها را بعنوان اقدامات اصلاحی در جهت افزایش ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت‌ها بیان کرد [۳۳]. بنظر می‌رسد که کارکنان بالینی باید آموزش‌های لازم در ارتباط با مدیریت خطاها در بیمارستان داشته باشند تا در برابر خطاهای صورت گرفته، مسئولیت‌پذیر باشند که این امر می‌تواند از طریق تغییر دیدگاه سرپرستاران نسبت به گزارش دهی خطاها و بیان مزایای آن به کارکنان در جهت بهبود ایمنی بیماران و بهبود کیفیت خدمات باشد. در این پژوهش کمترین موانع گزارش دهی خطاها مربوط به نگرش کارکنان بود، این بدین معنی است که کارکنان در اینکه کدام خطاها باید گزارش شود، تردید ندارند و نگران درج نام گزارش دهنده در فرم گزارش دهی خطا نیستند. همچنین از نظر کارکنان، گزارش دهی نیاز به صرف زمان زیادی ندارد و سبب تحمیل کار زیادی به فرد نمی‌شود [۱۲]. در مطالعه طباطبایی و همکاران، صرف زمان زیاد برای گزارش دهی و اینکه گزارش دهی سبب تحمیل کار زیادی به فرد می‌شود، از کم اهمیت‌ترین موانع بود که با مطالعه حاضر همخوانی دارد [۱۷].

از آنجا که پزشکان و پرستاران گزارش دهی را تحمیل کار زیاد به افراد نمی‌دانند و بیشترین موانع موجود را ترس از پیامدهای گزارش دهی عنوان کردند، بنظر می‌رسد با ارائه مشوق‌هایی به افراد، ایجاد محیطی عاری از سرزنش و تنبیه در بیمارستانها، اختصاص زمانی برای گزارش دهی خطاها در شیفت کاری کارکنان و استقرار سیستم گزارش دهی بی‌نام، می‌توان موانع پیش روی گزارش دهی خطا را به میزان قابل توجهی کاهش داد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، از دیدگاه افراد دارای تحصیلات بالاتر و شاغل در شیفت شب موانع گزارش دهی بیشتر بود. به طوری که موانع گزارش دهی در بین پزشکان بالاتر از پرستاران بود. در مطالعه پورالاجل ارتباط معناداری بین سطح تحصیلات و موانع گزارش دهی خطا وجود داشت؛ بدین معنی که گزارش دهی خطاها در پرستاران دارای مدرک کارشناسی بیشتر از پرستاران ارشد و پزشکان بود [۳۴]. بالا بودن موانع گزارش دهی در بین پزشکان، بدلیل نگرانی از به خطر افتادن وجهه اجتماعی آنان می‌باشد و اینکه پزشکان علاوه بر واحد فعلی، در بیمارستان‌ها یا واحدهای دیگری نیز مشغول به کار می‌باشند و گزارش دهی خطاها از نظر آنان صدمه‌ای به شهرت و اعتبارشان خواهد بود. تغییر دیدگاه پزشکان در مورد گزارش دهی خطاها می‌تواند، کمک شایانی در افزایش ایمنی بیماران داشته باشد. همچنین، از دلایل بالا بودن موانع گزارش دهی خطا در بین کارکنان شیفت شب، می‌توان خستگی و نبود انگیزه کافی برای گزارش دهی عنوان کرد.

در پاسخ به سؤالات باز اکثر کارکنان بالینی، بیان کردند که

بالینی بیمارستانها و بررسی بیمارستانهای عمومی دولتی بدون در نظر گرفتن بیمارستانهای خصوصی و بیمارستانهای تامین اجتماعی بود که بررسی دیدگاه مدیران و انجام مطالعات مقایسه‌ای می‌تواند به درک بهتر وضعیت فرهنگ ایمنی و موانع گزارش دهی خطاها کمک کند. از نقاط قوت مطالعه ما طراحی پرسشنامه موانع گزارش دهی خطاها بود که در طراحی آن طیف وسیعی از متون و منابع معتبر سازمان‌های بین‌المللی و مقالات انگلیسی مورد استفاده قرار گرفت که روایی صوری، محتوی و سازه و نیز پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه "بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در کارکنان بالینی و ارتباط آن با موانع گزارش دهی خطاهای پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران ۱۳۹۵" با کد اخلاق IR.SBMU.PHNS.REC.1395.53 است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی در بیمارستان‌های آموزشی انجام شده است، نویسندگان از مدیران محترم بیمارستان‌هایی که در اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند، سپاسگزاری می‌کنند.

دستورالعمل گزارش دهی در بیمارستان آنان وجود داشته و در اختیار آنان قرار دارد؛ ولی نیمی از کارکنان اعلام کردند که دستورالعمل بخوبی توسط آنها درک نشده و ابهاماتی وجود دارد. اوشیکیا و همکاران [۳۵]. در مطالعه خود، نبود خط مشی‌های گزارش دهی در بیمارستان را از علل عدم گزارش دهی عنوان کردند. در مطالعه حاضر، کارکنانی که دستورالعمل گزارش دهی خطا در اختیار دارند و این دستورالعمل برای آنان قابل درک و جای مبهمی نداشت، موانع گزارش دهی کمتری داشتند. لازم است مسئولین آموزش کارکنان بیمارستان، در امر اجرا و آموزش هرچه بیشتر کارکنان در مورد دستورالعمل‌های ابلاغی توجه کافی داشته باشند. توصیه می‌شود، پس از آموزش‌های لازم برای اطمینان از درک دستورالعمل‌های ابلاغی، آزمون‌هایی در سطوح مختلف برای کسب اطمینان از درک دستورالعمل‌ها از کارکنان بعمل آید. در مورد میزان خطای صورت گرفته ۵۰٪ از کارکنان بیان کردند که حداقل یکبار خطای پزشکی را مرتکب شده‌اند که از بین آنان ۳۵٪ خطاهای خود را گزارش کرده‌اند. مطالعه یانگ و همکاران نشان داد که ۶۵٪ پرستاران، تجربه‌ای در گزارش دهی خطا نداشتند. در واقع علت گزارش نکردن خطاها را صدمه ندیدن بیمار گزارش کردند [۱۸]. کاگان و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که ۶٪ پرستاران، هیچگاه خطای خود را گزارش نکرده‌اند؛ ولی ۵۰٪ کارکنان، گزارشی از خطای انجام شده داشتند [۳۶] که این آمار می‌تواند، بیانگر این باشد که اکثر کارکنان در طول خدمت خود در بیمارستان خطایی را مرتکب می‌شوند که بیشتر این خطاها تکراری است. گزارش دهی خطا و ترغیب کارکنان برای گزارش دهی، از وقوع مجدد بسیاری از خطاها جلوگیری کرده و مانع از خطاهای فاجعه بار در بیمارستان خواهد شد و ایمنی را در بیمارستان ارتقاء خواهد داد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، ترس از پیامدهای گزارش دهی، مهمترین موانع گزارش دهی خطا بود که لازم است با بیان مزایای گزارش دهی و تاثیر آنها در جلوگیری از وقوع مجدد خطاها در آینده، کارکنان را به گزارش دهی صادقانه تشویق کرد. مدیران باید با تغییر نگرش فردی به سمت نگرش سیستمی این اعتماد را در کارکنان ایجاد کنند که گزارش دهی خطا جنبه تنبیهی نداشته و هدف از آن ریشه‌یابی و تحلیل عوامل مؤثر بر بروز خطا برای جلوگیری از بروز مجدد آن می‌باشد. از پیشنهادات پژوهش حاضر برگزاری دوره‌های آموزشی تحلیل خطا، طراحی فرم‌ها و سیستم استاندارد گزارش دهی خطا، در نظر گرفتن زمان مشخصی برای گزارش دهی خطاها در بخش و طراحی نظام تشویق و تنبیه مناسب در بیمارستان می‌باشد. از جمله محدودیت پژوهش حاضر، محدود شدن مطالعه به کارکنان

References

- 1- World Health Organization. Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages 2015. Geneva: World Health Organization; 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre>. Accessed Mar 25, 2017.
- 2- World Health Organization. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems 2006. Geneva: World Health Organization; 2006. Available from: www.who.int/iris/handle. Accessed Jul 15, 2016.
- 3- World Health Organization. 10 facts on patient safety 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index4.html. Accessed Oct 19, 2016.
- 4- Chakravarty A, Sahu A, Biswas M, Chatterjee K, Rath S. A study of assessment of patient safety climate in tertiary care hospitals. *Medical Journal Armed Forces India* 2015; 71(2):152-57.
- 5- World Health Organization. Patient safety toolkit. Geneva: World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2015. Available from: <http://applications.emro.who.int/dsaf>. Accessed Oct 7, 2016.
- 6- World Health Organization. Patient Safety Research: A guide for developing training programmers. Geneva: World Health Organization; 2012. Available from: http://www.who.int/patientsafety/education/developing_research_training_programmes/en/. Accessed Jul 7, 2016.
- 7- World Health Organization. Reporting and learning systems for medication errors: The role of pharmacovigilance centres. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficiency/emp_mes/en/. Accessed Jul 15, 2016.
- 8- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is human: Building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press 2000.
- 9- Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship* 2010; 42(2):156-65.
- 10- Pham JC, Story JL, Hicks RW, Shore AD, Morlock LL, Cheung DS, et al. National study on the frequency, types, causes, and consequences of voluntarily reported emergency department medication errors. *The Journal of Emergency Medicine* 2011; 40(5):485-92.
- 11- Louis MY, Hussain LR, Dhanraj DN, Khan BS, Jung SR, Quiles WR, et al. Improving patient safety event reporting among residents and teaching faculty. *The Ochsner Journal* 2016; 16(1):73-80.
- 12- Wolf ZR, Hughes RG. Error reporting and disclosure. In: Hughes RG, editor. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. Chapter 35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2652/> 2008.
- 13- Schutz AJ. Analysis of patient safety culture and patient safety performance in medical group practice organizations [dissertation]. College for Public Health and Social Justice: Saint Louis University; 2007.
- 14- Hashemi F. Ethical response to nursing error. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2008;

1(4):31-46 (In Persian).

15- Shanty JA. The influence of perceived safety culture and nurses' work environment on medication error occurrence and reporting [dissertation]. School of Nursing: West Virginia University; 2011.

16- Mirsadeghi A, Pazokian M. Barriers to reporting medication errors in Iran. *International Journal of Medical Reviews* 2015; 2(4):317-21.

17- Tabatabaee SS, Kalhor R, Nejatadegan Z, Kohpeima Jahromi V, Sharifi T. Barriers to medication error reporting from nurses' perspective: A private hospital survey. *International Journal of Hospital Research* 2014; 3(2):97-102.

18- Yung HP, Yu S, Chu C, Hou I-c, Tang FI. Nurses' attitudes and perceived barriers to the reporting of medication administration errors. *Journal of Nursing Management* 2016; 24(5):580-88.

19- Noohi E, Mohamadi M, Abbaszadeh A. An investigation of the relationship between patient safety climate and barriers to nursing error reporting in Social Security Hospitals of Kerman province, Iran. *Medical-Surgical Nursing Journal* 2015; 3(4):232-26 (In Persian).

20- Hashish EAA, El-Bialy GG. Nurses' perceptions of safety climate and barriers to report medication errors. *Life Science Journal* 2013; 10(1):2160-68.

21- Hashemi F, Nasrabadi AN, Asghari F. Factors associated with reporting nursing errors in Iran: A qualitative study. *BMC Nursing* 2012; 11(1). doi:10.1186/1472-6955-11-20.

22- Heard GC, Sanderson PM, Thomas RD. Barriers to adverse event and error reporting in anesthesia. *Anesthesia & Analgesia* 2012; 114(3):604-14.

23- Uribe CL, Schweikhart SB, Pathak DS, Marsh GB, Fraley RR. Perceived barriers to medical-error reporting: an exploratory investigation. *Journal of Healthcare Management* 2002; 47(4):263-79.

24- Aboshaiqah AE. Barriers in reporting medication administration errors as perceived by nurses in Saudi Arabia. *Middle-East Journal of Scientific Research* 2013; 17(2):130-36.

25- Alduais AMS, Mogali S, Al Shabrain B, Al Enazi A, Al-awad F. Barriers and strategies of reporting medical errors in public hospitals in Riyadh city: A survey-study. *Journal of Nursing and Health Science* 2014; 3:72-85.

26- Bahadori M, Ravangard R, Aghili A, Sadeghifar J, Gharsi Manshadi M, Smaeilnejad J. The factors affecting the refusal of reporting on medication errors from the nurses' viewpoints: A case study in a hospital in Iran. *ISRN nursing* 2013. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/876563>.

27- Koohestani HR, Baghcheghi N. Barriers to the reporting of medication administration errors among nursing students. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2009; 27(1):66-74.

28- Health Quality Ontario. Patient safety learning systems: A systematic review and qualitative synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series* 2017; 17(3):1-23. Available from: <http://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Journal-Ontario-Health-Technology-Assessment-Series>.

- 29- Valentine MA, Nembhard IM, Edmondson AC. Measuring teamwork in health care settings: a review of survey instruments. *Medical Care* 2015; 53(4):16-30.
- 30- Chiang H-Y, Lin S-Y, Hsu S-C, Ma S-C. Factors determining hospital nurses' failures in reporting medication errors in Taiwan. *Nursing Outlook* 2010; 58(1):17-25.
- 31- Toruner EK, Uysal G. Causes, reporting, and prevention of medication errors from a pediatric nurse perspective. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2012; 29(4):28-35.
- 32- Musarezaie A, Momeni G, Zargham B. Survey of the medication errors and refusal to report medication errors from the viewpoints of nurses in hospitals affiliated to Isfahan university of medical sciences. *Quarterly Health System Research* 2013; 9(1):76-85.
- 33- Australian Health Ministers. National safety and quality health service standards. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, National Safety and Quality Health Service Standards; 2011 Sep.
- 34- Poorolajal J, Rezaie S, Aghighi N. Barriers to medical error reporting. *International Journal of Preventive Medicine* 2015; 6. [http://dx.doi: 10.4103/2008-7802.166680](http://dx.doi.org/10.4103/2008-7802.166680).
- 35- Oshikoya KA, Oreagba IA, Ogunleye OO, Senbanjo IO, MacEbong G, Olayemi SO. Medication administration errors among paediatric nurses in Lagos public hospitals: An opinion survey. *International Journal of Risk & Safety in Medicine* 2013; 25(2):67-78.
- 36- Kagan I, Barnoy S. Organizational safety culture and medical error reporting by Israeli nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 2013; 45(3):273-80.