

## تجارب پرستاران از فرآیند گزارش‌دهی خطا: یافته‌های یک مطالعه کیفی

صالح سلیمی<sup>۱</sup>، ژاله رحیمی<sup>۲\*</sup>، سنور بایزیدی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت 1392/02/01 تاریخ پذیرش 1391/04/04

## چکیده

**پیش زمینه و هدف:** خطاهای پزشکی یکی از چالش‌های مهم تهدید کننده‌ی نظام سلامت در تمامی کشورها است. با توجه به نقش پرستار به عنوان کلیدی‌ترین عضو مراقبت در سیستم درمانی و اهمیت پیشگیری از بروز خطاهای کاری، بررسی تجربه پرستاران از خطاهای کاری و گزارش‌دهی آن‌ها حائز اهمیت بسزایی است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تجربه پرستاران از گزارش خطاهای کاری طراحی و اجرا گردیده است.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش یک مطالعه کیفی است. جهت بررسی تجربیات پرستاران از فرآیند گزارش‌دهی خطاهای کاری، ۵۰ جلسه مصاحبه انفرادی نیمه ساختار یافته "از پرستاران کارشناس و بالاتر شاغل در دو بیمارستان آموزشی درمانی ارومیه برگزار شد. اطلاعات با استفاده از آنالیز محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: با توجه به نتایج چهار طبقه اصلی استخراج شد که عبارت بودند از: الف) روند گزارش‌دهی خطاهای پرستاری، ب) برخورد با گزارش‌دهی خطاها، ج) عوامل مؤثر در ارتکاب خطا، و د) پیشنهادات برای کاهش خطا.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد که گزارش خطای کاری در بین پرستاران بسیار کمتر از میزان واقعی آن می‌باشد. از جمله دلایل آن به فقدان بازخورد مناسب در این خصوص و بی اعتمادی پرستاران به سیستم، واکنش نامناسب سازمان و مدیران نسبت به فرد خطاکار، عدم تناسب واکنش مدیران با شدت خطا، ترس از قوانین و از دست دادن شغل اشاره شد. مهم‌ترین عوامل مؤثر در بروز خطاهای کاری عبارت بودند از: کم‌تجربگی پرستاران، بار کاری، شیفت‌های کاری متعدد، ضعف آگاهی و دانش پرستاران.

**کلید واژه‌ها:** خطای کاری، پرستاران، مطالعه کیفی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره ششم، پی در پی 47، شهریور 1392، ص 442-434

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری مامایی و دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تلفن: ۰۹۱۴۸۸۲۲۱۷۰  
Email: jalle.rahimi@yahoo.com

## مقدمه

منتشر شد، سالانه ۸۰ هزار نفر بستری و هفت هزار نفر مرگ در اثر خطای پزشکی در ایالت متحده به وقوع می‌پیوندد که از این تعداد خطا ۶۹-۲۳٪ قابل پیشگیری بودند (۷). بدست آوردن تصویر کلی از خطاهای پزشکی در کشورهای در حال توسعه مشکل است (۸). بنابر گزارش وزارت بهداشت هر ساله میلیاردها تومان صرف نگهداری و مراقبت از بیماران به دلیل اشتباهات دارویی و عوارض ناشی از طولانی شدن مدت بستری در بیمارستان می‌شود که افزایش موارد پرونده‌های ارجاعی شکایت مردم از پزشکان و پرستاران می‌تواند نشانگر این ادعا باشد (۹) گزارش خطاهای کاری برای ارتقای امنیت بیمار ضروری بوده (۱۱،۱۰) و می‌تواند در کاهش اثرات سوء خطا، ترمیم به موقع صدمه، کوتاه شدن طول مدت اقامت بیمار در بیمارستان و همچنین پیشگیری از بروز خطاهای مشابه در آینده مؤثر باشد (۱۲،۱۱).

خطاهای پزشکی یکی از چالش‌های مهم تهدید کننده‌ی نظام سلامت در تمامی کشورها است. (۱) این اشتباهات زمانی رخ می‌دهد که ارائه‌کننده خدمات سلامت راه حل صحیح را انتخاب می‌کند، اما آن را به طور غیر صحیح انجام می‌دهد. (۲) در این میان، خطاهای پرستاری مسئول هزاران مورد صدمه، پیامدهای سوء پزشکی و حتی مرگ در آمریکا هستند. (۳) در طی یک دهه تقریباً ۲۰۰۰ مرگ مرتبط با خطای پرستاری در ۱۰۰۰۰ بیمار در آمریکا رخ داده است. (۴) مطالعات انجام شده نشانگر این واقعیت است که برخی از اشتباهات پزشکی می‌تواند عوارض جدی از قبیل افزایش طول مدت بستری بیمار در بیمارستان، افزایش هزینه‌های درمان و ایجاد ناتوانی عمده یا مرگ را به دنبال داشته باشد (۵،۶). طبق گزارشی که در سال ۲۰۰۰ میلادی از خطاهای پزشکی در آمریکا

<sup>۱</sup> استادیار پرستاری، عضو هیئت علمی پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی و دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد پرستاری

ولی متأسفانه درصد کمی از خطاهای کاری گزارش می‌شوند (۱۳). مطالعات نشان داده‌اند که موانع فراوانی از جمله نگرانی‌ها و ترس‌هایی که ارائه‌کنندگان خدمات سلامت دارند، در عدم اجرا و یا کاهش فراوانی گزارش‌دهی و در نتیجه به خطر انداختن ایمنی بیمار نقش دارند (۱۴، ۱۵). اگرچه در بهترین شرایط خطاها و لغزش‌های انسانی غیر قابل اجتناب هستند ولی با این حال تخمین زده می‌شود که تقریباً نیمی از این حوادث قابل پیشگیری هستند (۱۶). لذا با توجه به نقش پرستار به عنوان کلیدی‌ترین عضو مراقبت‌کننده در سیستم درمانی و اهمیت پیشگیری از بروز خطاهای کاری به علت برخی مشکلات، به علاوه ناکافی بودن پژوهش‌های کیفی در این خصوص بررسی تجربه پرستاران از خطاهای کاری و گزارش‌دهی آن‌ها حائز اهمیت بسزایی است. با این نگرش، مطالعه حاضر با هدف تعیین تجربه پرستاران از گزارش خطاهای کاری طراحی و اجرا گردیده است.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوی است که با هدف تبیین تجربیات پرستاران از فرآیند گزارش‌دهی خطا انجام شده است. مطالعه حاضر از "مصاحبه‌های انفرادی نیمه ساختار یافته" جهت بررسی تجربیات پرستاران در خصوص فرآیند گزارش‌دهی خطاهای کاری استفاده شد. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف داشتن و عمیق بودن، مناسب پژوهش‌های کیفی است (۱۷). شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل پرستاران کارشناس و بالاتر شاغل در دو بیمارستان آموزشی درمانی ارومیه (بیمارستان آیت‌الله طالقانی و امام خمینی) بودند. به دلیل آنکه مطالعه کیفی به انتخاب هدفمند نمونه‌هایی وابسته است که جهت درک پدیده مورد بررسی انتخاب می‌شوند (۱۸)، در مطالعه حاضر نمونه‌گیری مبتنی بر هدف مورد استفاده قرار گرفت. در تحقیقات کیفی، تمرکز بیشتر بر روی اطلاعات بدست آمده از موقعیت یا واقعه و نه تعداد نمونه است. اشباع اطلاعات معمولاً راهنمایی است جهت تصمیم‌گیری در مورد این که انجام چه تعداد مصاحبه کفایت می‌کند (۱۹). در جریان پنج مصاحبه انتهایی پژوهشگران متوجه شدند اطلاعات جدیدی بدست نمی‌آید. در نتیجه در این نقطه به نظر می‌رسید جمع‌آوری اطلاعات به مرحله اشباع رسیده است. به طور کلی ۵۰ مصاحبه از پرستاران شاغل در دو بیمارستان دولتی به عمل آمد. مصاحبه‌ها در دوره‌ای سه هفته انجام شد. مکان مصاحبه محل کار افراد و مدت هر مصاحبه به طور متوسط ۲۰ دقیقه بود. قبل از شروع مصاحبه، هدف تحقیق و مراحل مختلف آن به صورت کامل برای شرکت‌کنندگان در پژوهش تشریح گردید و توضیح داده شد که شرکت در این تحقیق

داوطلبانه و بدون نام بوده و بر حفظ محرمانه اطلاعات ارائه شده توسط شرکت‌کنندگان تأکید گردید. در ضمن جهت انجام پژوهش از مسئولین بیمارستان، مدیران پرستاری و سرپرستاران اجازه کتبی اخذ گردید. در هر مصاحبه از شرکت‌کنندگان سؤالاتی در مورد تجربه آن‌ها از خطاهای کاری، گزارش‌دهی خطا، واکنش مسئولین، موانع گزارش‌دهی خطاها و راهکارهایی برای ارتقا گزارش‌دهی خطاها پرسیده می‌شد. محیط پژوهش، متناسب با پژوهش کیفی، محیط واقعی و طبیعی بوده و کلیه مصاحبه‌ها توسط پژوهشگران با به کارگیری مهارت‌های مصاحبه انجام شد. با اخذ موافقت شرکت‌کنندگان کلیه مصاحبه‌ها ضبط، سپس کلمه به کلمه دست‌نویس، خط به خط خوانده، زیر خط دار، کد گذاری و طبقه بندی و سپس مضامین همزمان با ادامه مصاحبه‌ها استخراج شدند (۱). برای افزایش دقت کار پژوهشگر مصاحبه‌ها را در چند نوبت گوش کرد و متن تایپ شده آن‌ها را مجدداً مرور نمود. داده‌ها در این مطالعه با استفاده از آنالیز محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. هدف آنالیز محتوا "ارائه بصیرتی است که به درک پدیده مورد بررسی می‌انجامد". (۲) روش مورد استفاده در آنالیز محتوا شیوه استقرایی بود. در این شیوه برعکس روش قیاسی و آنالیز کمی محتوا که به کدگذاری و نام‌گذاری از پیش طبقات و شمارش وقایع متمایل است، ابتدا دو نفر از پژوهشگران به صورت مجزا و بر اساس الگوی پیشنهادی هاتچینسن به شکل باز داده‌ها را کدگذاری کرده و سپس با متراکم سازی تم‌ها کدهای سطح دوم و سوم شکل داده می‌شد. پس از هر مرحله کدگذاری روی عنوان بندی تم‌ها موافقت می‌شد. در نهایت کدگذاری محوری انجام گرفته و نتایج توصیف می‌شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم به شیوه Corbin و Strauss استفاده شد. در این روش جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها همزمان صورت می‌گیرد. برای اطمینان از قوت داده‌ها از "بازگشت به شرکت‌کنندگان" استفاده گردید. این روش معمول تأیید اعتبار داده‌ها در مطالعات کیفی می‌باشد. بعد از تحلیل یافته‌ها و استخراج داده‌ها از ده تن از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا نظر خود را درباره مطابقت یافته‌ها با آنچه که در مصاحبه بیان کرده‌اند، اعلام دارند. بازخورد مثبت گزارش شد. جهت تأیید انتقال پذیری یافته‌ها با هفت نفر از پرستارانی که در مطالعه شرکت نداشتند در میان گذارده شد و آن‌ها مناسب بودن یافته‌ها را مورد تأیید قرار دادند.

## یافته‌ها

پس از تحلیل داده‌ها طبقات اصلی مرتبط با خطاهای پرستاری به صورت الف) گزارش‌دهی خطاهای پرستاری، ب)

گزارش‌دهی، موانع گزارش‌دهی و عوامل تسهیل‌کننده گزارش‌دهی را در خود جای می‌دهد. طبقات و واحدهای معنایی استخراج شده از مصاحبه‌ها که اشاره به گزارش‌دهی خطاهای کاری از دیدگاه پرستاران داشتند در جدول شماره ۱ آورده شده است.

برخورد با گزارش‌دهی خطاها، ج) عوامل مؤثر در ارتکاب خطا، د) پیشنهادات برای کاهش خطا بدست آمد.

الف) گزارش‌دهی خطاهای پرستاری: یکی از درون‌مایه‌های استخراج شده از تجارب شرکت‌کنندگان در این پژوهش، گزارش‌دهی خطاهای پرستاری است که خود سه خرده طبقه روند

**جدول شماره (۱): روند گزارش‌دهی خطاهای کاری**

واحد‌های معنایی	طبقات	تم‌ها
گزارش به مسئول بخش گزارش به پزشک گزارش به دفتر پرستاری یا سوپروایزر	روند گزارش‌دهی	گزارش‌دهی خطاهای پرستاری
اطلاع یافتن خود مسئول از واقعه گزارش بیمار به مسئول بخش عدم اطلاع مسئول		
ترس از تنبیه مالی ترس از تغییر نگرش مسئولین ترس از توبیخ کتبی ترس از توبیخ در حضور بیمار و همراهان ترس از تغییر نگرش همکاران بی‌اعتمادی پرستار به سیستم	موانع گزارش‌دهی	
نقش حمایت مدیران از پرسنل بی‌نام بودن روند گزارش‌دهی خطا	عوامل تسهیل‌کننده	
اعتماد سازی برخورد یکسان با خطاها جایگزینی تشویق به جای تنبیه		اصلاح سیستم

هیچ کس نمی‌گویند و تا جایی که می‌توانند خودشان مشکل را حل کنند و به مسئول بخش اطلاع نمی‌دهند. یکی از پرستاران در این مورد گفت: "در صورت بروز خطا سعی می‌کنم خودم مشکل را به گونه‌ای حل کنم که مشکل برای مریض پیش نیاید و کسی هم نفهمد." برخی از پرستاران بیان می‌کردند که برحسب نوع خطا خودشان تصمیم می‌گیرند که به مسئول اطلاع دهند یا نه اگر خطا برای بیمار مشکل ساز شود به مسئول بخش اطلاع می‌دهند اما در صورتی که خطای کوچکی باشد ترجیح می‌دهند اطلاع ندهند.

موانع گزارش‌دهی: ساب‌تم‌های طبقه بندی شده در این گروه بر اساس تجربیات و ادراکات مشارکت‌کنندگان مربوط به خطا می‌شد که آن‌ها را از اقدام به گزارش خطا باز می‌داشت. این ساب‌تم‌ها شامل بی‌اعتمادی پرستار به سیستم، ترس از تنبیه مالی، ترس از توبیخ کتبی و درج در پرونده، ترس از تغییر نگرش مسئولین و همکاران در مورد فرد، ترس از توبیخ در حضور بیمار و

روند گزارش‌دهی: اغلب پرستاران بیان کردند که در صورت بروز خطا ترجیح می‌دهند به مسئول بخش اطلاع دهند، آن‌ها معتقد بودند که در صورت اطلاع به مسئول می‌توانند از عواقب مشکل پیشگیری کنند. به عنوان مثال یکی از پرستاران گفت: "در مواقع خطا حتماً باید گفت. شاید بتوان زودتر کاری کرد که وضع بدتر نشود. از عواقبی که برای خودمان هم پیش می‌آید جلوگیری کرد." در مقابل تعدادی از پرستاران هم ترجیح می‌دادند که با پزشک یا رزیدنت مشکل را مطرح کنند و از آن‌ها کمک بگیرند چون معتقد بودند که در نهایت پزشک باید برای بیمار اقدامی انجام دهد و آن‌ها ترجیح می‌دادند که پزشک را مطلع کنند. پرستاری در این مورد گفت: "ترجیح می‌دهم به پزشک یا رزیدنت اطلاع دهم چون میدانم که آن‌ها به کسی نمی‌گویند و مشکل را راحت تر حل می‌کنند. اگر به مسئول بخش بگویم فقط برای خودم مشکل ساز خواهد شد." برخی‌ها نیز بیان کردند که موضوع را به

سازمان محل کارشان می‌تواند منجر به تسهیل گزارش‌دهی خطاها شود، از جمله اعتماد سازی، بدین معنی که سیستم به گونه‌ای با خطاها برخورد نماید که در صورت تکرار خطا توسط فرد، پرستار راغب باشد گزارش دهد. یکی دیگر از مفاهیم عمده‌ای که از داده‌های مرتبط با عنصر سازمان بدست آمد و می‌تواند باعث تسهیل گزارش‌دهی خطاها شود، لزوم برخورد یکسان با خطاهای کاری است. اغلب پرستاران معتقد بودند که نوع برخورد سیستم با خطاهای شغلی متفاوت است و برخورد با خطاهای پرستاری و خطاهای پزشکی کاملاً متفاوت است. تعداد زیادی از شرکت کنندگان در مطالعه معتقد بودند که برخورد با خطاهای پرستاری بسیار شدید بوده ولی با خطاهای پزشکی برخورد جدی صورت نمی‌گیرد که این مسئله منجر به عدم اعتماد پرستاران به سیستم می‌شود. پرستاری در این رابطه گفت: "در بیمارستان‌های آموزشی تنها پرستار نیست که خطا می‌کند انترن‌ها و پزشکان هم هستند که خطاهای آن‌ها هیچ وقت گفته نمی‌شود وقتی پزشکی خطا می‌کند تمام پزشکان جمع می‌شوند و مشکل را به گونه‌ای بین خودشان حل می‌کنند اما برای پرستاران این‌طور نیست وقتی پرستاری خطا کند همه جمع می‌شوند که او را تنبیه کنند".

بی‌اعتمادی بیمار و همراهان دسته بندی شدند این جملات به کرات از شرکت کنندگان شنیده می‌شد که: "برخورد مسئولین اصلاً درست نیست و همین باعث می‌شود که در صورت خطا پرستار نخواهد که اطلاع دهد چون واقعاً می‌ترسد. وقتی در مقابل خطاهای خیلی کوچک از کارانه کم می‌کنند و گزارش کتبی می‌شویم دیگر جرئت نمی‌کنیم که اطلاع دهیم." و "وقتی خطایی مرتکب شوم دید مسئول بخش نسبت به من و کارم تغییر خواهد کرد." و "به خاطر تنبیه مالی و تغییر دیدگاه مسئولین در مورد خودم گزارش نمی‌کنم."

عوامل تسهیل کننده گزارش‌دهی: پرستاران شرکت کننده در پژوهش حاضر حمایت مدیران از پرسنل و بی‌نام بودن گزارش خطاها را در تسهیل گزارش‌دهی خطاها مؤثر دانستند. یکی از شرکت کنندگان در این مورد گفت: "در صورتی که مسئول بخش با پرستار خود رابطه دوستانه داشته باشد و پرستار او را به عنوان حامی خود بداند در صورت بروز خطا حتماً مسئول را مطلع می‌کند." پرستار دیگری گفت: "اگر روابط دوستانه باشد باعث می‌شود که خطاها را بیشتر گزارش بدهیم." اغلب شرکت کنندگان اذعان داشتند که عوامل مرتبط با

جدول شماره (۲): روند برخورد با گزارش‌دهی خطاها

واحد‌های معنایی	طبقات	تم‌ها
تذکر شفاهی از طرف مسئول بخش آموزش پرستار توسط مسئول بخش کسر کارانه توسط مسئول بخش	عدم گزارش رسمی خطا	روند برخورد با گزارش‌دهی خطاها
کسر از کارانه توبیخ با درج در پرونده تذکر شفاهی عدم برخورد	گزارش رسمی خطا	
کم‌تجربگی بار کاری شیفت‌های کاری متعدد	عوامل مؤثر در ارتکاب خطا	روند برخورد با گزارش‌دهی خطاها
کاهش بار کاری لزوم برخورد با خطا نوشتن خطاهای تکرار پذیر جهت توجه بیشتر کادر آموزش پرستاران	پیشنهاد برای کاهش خطا	

مسئول بخش به مسئولین رده بالا بوده و آشکار شدن خطا منجر به واکنش مسئولین از تذکر شفاهی تا کسر کارانه و توبیخ یا درج در پرونده شده است. در برخی از موارد نیز مسئولین بخش ترجیح می‌دادند که مشکل را خود در داخل بخش حل کنند که به گفته

(ب) روند برخورد با گزارش‌دهی خطاها: بسیاری از پرستاران اذعان داشتند که در اکثر موارد روند برخورد با خطاها بستگی به شرایط وقوع خطا دارد. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد تجارب اغلب پرستاران در مواجهه با خطاهای کاری توأم با گزارش

بوده و ریشه کن کردن این خطاها غیر ممکن است (۲۳). از طرفی برای شناسایی بهتر خطاهای کاری در پرستاری باید موانع عدم گزارش‌دهی در این حوزه را مورد بررسی قرار داد و در رفع آن‌ها اقدام نمود.

یافته‌های این پژوهش تأییدی بر این مسئله است که بر طبق نظر اکثریت پرستاران گزارش دادن خطاهای کاری برای ارتقا امنیت بیمار ضروری است اما همواره موانعی در این زمینه وجود دارد. واضح است که پایین بودن میزان خطاهای کاری مطلوب نظر مسئولان است، اما باید توجه داشت که به حداقل رسیدن فاصله بین خطاها و گزارش آن‌ها نیز باید مورد بررسی قرار گیرد. نتایج اکثر مطالعات نشان می‌دهند که گزارش خطای کاری در بین پرستاران بسیار کمتر از میزان واقعی آن می‌باشد (۲۴). دلایل زیادی برای عدم گزارش یا گزارش کمتر از میزان واقعی وجود دارد. Chiang و Pepper در مطالعه‌ی خود ترس، مشکل بودن فرآیند گزارش‌دهی و موانع مدیریتی را از عوامل بازدارنده گزارش‌دهی بر شمرند (۲۵). در مطالعه حاضر نیز اکثریت افراد مورد بررسی بزرگ‌ترین مانع گزارش‌دهی خطاها را فقدان بازخورد مناسب در این خصوص و بی‌اعتمادی پرستاران به سیستم می‌دانستند و معتقد بودند که مقصر قلمداد نمودن و سرزنش فردی بارزترین واکنش نسبت به فرد مرتکب خطاست. عدم بردباری نسبت به خطا (۲۶)، واکنش نامناسب سازمان و مدیران نسبت به فرد مرتکب خطا (۳۰-۲۷) و همچنین عدم تناسب واکنش مدیران با شدت خطا (۳۱،۷) و وجود فرهنگ سرزنش و شرم‌انداختن کردن انسان‌ها (۳۲) از موانع کاهش گزارش‌دهی خطاهاست. ترس از قوانین و تمهیدات شغلی، ترس از عواقب (تنبیه مالی، توبیخ کتبی و درج در پرونده) و ترس از تغییر نگرش مسئولین و همکاران نسبت به پرستار و کار وی منجر به معمول شدن سکوت و خاموشی می‌شود. (۳۳) مطالعات نشان دادند که ۶۳ تا ۸۴ درصد پرستاران به دلیل واکنش منفی مدیر و همکاران خطاهای دارویی خود را گزارش نمی‌کنند (۳۴). مطالعه‌ای در دانمارک نشان داد که ۳۴ درصد پزشکان و ۲۱ درصد پرستاران تمایلی به گزارش خطاهای کاری خود ندارند و مه‌ترین موانع عدم گزارش‌دهی را فقدان حمایت لازم و ترس از تنش‌های موجود در این ارتباط برشمرند. با توجه به یافته‌های این پژوهش و مطالعات انجام شده در این زمینه، نخستین گام در رفع موانع گزارش دادن خطای کاری، ایجاد فضایی است که در آن هر یک از کارکنان پرستاری در صورت انجام خطای کاری صادقانه خطای خود و دلیل وقوع آن را به سایر اعضای تیم درمان بیان کنند. چنانچه کارکنان سیستم درمانی از سوی مدیران خود به خوبی درک شوند، خطاهای کاری آنان به طور واقعی گزارش خواهد شد. بر اساس

پرستاران این مسئله منجر به ایجاد جو اعتماد در بخش شده و می‌تواند روند گزارش‌دهی را تسهیل نماید. در صورت گزارش نشدن خطای پرستار، خود مسئول بخش با تمهیداتی از قبیل توبیخ شفاهی، آموزش پرستار و یا کسر کارانه واکنش نشان می‌دهد.

#### ج) عوامل مؤثر در ارتکاب خطا:

باید پذیرفت خطای کاری در مراقبت‌های بهداشتی مانند تمام کارهای دیگر اجتناب ناپذیر است و صد در صد نمی‌توان از آن پیشگیری کرد ولی این احتمال وجود دارد که بتوان سیستمی طراحی کرد که احتمال وقوع خطا را کاهش داده و اثرات منفی آن را در زمان رخداد به حداقل برساند (۳). شرکت کنندگان در مطالعه از جمله عوامل مرتبط با ارتکاب خطا را بار کاری زیاد در شیفت‌های کاری می‌دانستند. آن‌ها معتقد بودند که در صورت کاهش فشار کاری و تعداد شیفت‌ها و رعایت نسبت پرستار به بیمار احتمال وقوع خطا کاهش پیدا خواهد کرد. پرستاری در این باره گفت: "به خاطر فشار کاری زیاد نمی‌توانیم زیاد برای بیمار وقت بگذاریم که در این صورت باعث بروز خطا می‌شود." و پرستار دیگری گفت: "خیلی کار سر ما ریخته، پرسنل کم، کار زیاد. مسلماً وقتی من با عجله کارهایم را انجام دهم اشتباه هم می‌کنم. تا وقتی که ما پرستار کم داریم و بیمار زیاد و برخورد مسئولین این‌گونه است، خطا هم وجود خواهد داشت."

یکی دیگر از مفاهیم عمده‌ای که از داده‌های مرتبط با عنصر وقوع خطا بدست آمد کم‌تجربگی پرستاران بود. اغلب خطاهای گزارش شده از طرف پرستاران در اوایل دوران کاری‌شان بوده که به دلیل کم‌تجربگی آن‌ها بوده است. عامل دیگر اطلاعات ناکافی پرستاران در حیطه کاری خودشان است که منجر به تکرار پذیری اشتباهات شده است. از جمله پیشنهاداتی که برای کاهش بروز خطا مطرح شده است کاهش بار کاری پرسنل پرستاری و لزوم برخورد با خطاهاست. برخی از پرستاران معتقد بودند که از طرفی عدم برخورد با خطا نیز می‌تواند منجر به کم‌توجهی پرستار و وقوع بیشتر خطا شود. پرستاری در این مورد گفت: "به نظر من این هم درست نیست که اصلاً با فرد خطا کننده برخورد نشود چون باعث کم‌اهمیت جلوه دادن کار خطا می‌شود، ما در کارمان با جان انسان‌ها سروکار داریم، بالاخره فرد خطاکار باید بداند که کاری که کرده اشتباه بوده و جان یک انسان را به خطر انداخته است" همچنین آموزش پرستاران به ویژه پرستاران تازه کار عامل دیگری است که می‌تواند در کاهش بروز خطا مؤثر باشد.

#### بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه توصیف دیدگاه پرستاران در مواجهه با خطاهای کاری بود. خطاهای انسانی در هر حرفه‌ای اجتناب ناپذیر

این تحقیق اکثر خطاهای کاری پرسنل از نوع خطاهای دارویی بوده است. در برخی مطالعات نیز اشاره شده که وجود ضعف آگاهی در تمام زمینه‌های اطلاعات دارویی کادر پرستاری به چشم می‌خورد و این در حالی است که کیفیت فرآیند دارو دادن تحت تأثیر برنامه‌های آموزش مداوم قرار دارد. سطح دانش پرستاران نقش مهمی در وقوع خطاهای دارویی دارد. از این رو پیشنهاد می‌شود مدیران پرستاری و سوپروایزرهای آموزشی با برنامه‌های آموزش ضمن خدمت و تهیه کتابچه‌های آموزشی و پوسترها برنامه ریزی لازم را جهت ارتقای دانش پرستاران در این زمینه به عمل آورند. البته آموزش باید در زمان و مکان مناسب صورت بگیرد تا مؤثر واقع شود. فراهم کردن شرایط مناسب برای شرکت پرستاران در چنین دوره‌هایی ضرورت دارد، در غیر این صورت فقط حضور فیزیکی پرستاران و رفع تکلیف را به دنبال خواهد داشت. برنامه‌ریزی صحیح و وجود سیستم جامع پایش و نظارت بر این روندها می‌تواند موجب کاهش خطا و پیشگیری از تأثیر عوارض خطرناک ناشی از آن باشد. نارسایی‌های سازمان‌ها مانند پرسنل ناکافی، حجم کار زیاد و پیچیدگی در تصمیم‌گیری بالینی می‌توانند منجر به خطاهای دارویی از جمله دادن داروی اشتباه یا دادن دارو به بیمار دیگر گردند (۴۰). سیستم ثبت خطا بدون نام نیز که در مطالعه حاضر نیز توسط برخی از شرکت کنندگان پیشنهاد شد، می‌تواند سبب کاهش بار مسئولیت همکاران و تقویت گزارش‌دهی شود.

ادراکات شرکت کنندگان؛ عامل دیگری که در گزارش‌دهی خطاها مؤثر است نوع خطاست در صورتی که خطا جدی نبوده و احتمال آسیب به بیمار مطرح نباشد، پرستاران ترجیح می‌دهند گزارش نکنند و خود را در معرض سرزنش مدیران و برچسب خوردن قرار ندهند. بنابراین شدید بودن و پیامد منفی خطا را می‌توان از جمله انگیزاننده‌های گزارش‌دهی برشمرد. عدم تقویت ترس‌های مختلف در کسانی که مرتکب خطا شده‌اند، تلاش در جهت تقویت آموزش و تشویق پرستاران به منظور شناخت خطاهای کاری و گزارش آن‌ها در محیط خالی از مجازات و تنبیه، گزارش خطاهای کاری را افزایش می‌دهد (۳۵، ۳۶). بر طبق نتایج مطالعه حاضر برخی از عواملی که در بروز خطاهای کاری مؤثرند عبارتند از: کم‌تجربگی پرستاران، بار کاری و شیفت‌های کاری متعدد و ضعف آگاهی و دانش پرستاران. در مطالعات گذشته نیز بیان شده است که بی‌تجربگی و کمبود نیروی انسانی موجب افزایش فعالیت‌های بالینی غیر ایمن و بروز خطاهای بالینی می‌شود (۳۷، ۳۸). تعداد کم پرستاران نسبت به بیمار در بسیاری از متون از دلایل اساسی پرت شدت حواس پرستار و وقوع خطا ذکر شده است (۳۹) به اعتقاد Brown قرار گرفتن در معرض تنش‌های شغلی گوناگون مانند تعداد زیاد بیماران و چالش‌های بالینی متعدد، سبب بروز خطاهای کاری در پرستاران می‌شود. پژوهشگران کانادایی نیز معتقدند که ساعات کاری پرستاران، یکی از عوامل مؤثر در بروز خطاهای کاری آنان به شمار می‌رود. همچنین بر طبق یافته‌های

## References:

1. Sanghera IS, Franklin BD, Dhillon S. The attitudes and beliefs of health care professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK intensive care unit. *Anaesthesia* 2007; 62(1): 53-61.
2. Wilson B, Bekker HL, Fylan F. Reporting of Clinical Adverse Events Scale: a measure of doctor and nurse attitudes to adverse event reporting. *Qual Saf Health care* 2008; 17(5): 364-7.
3. 1. Anonymous. Medical-Errors Gap Widens between Best and Worst Hospitals: HealthGrades Study; Three-Year Study Covers 39 Million Hospitalizations, Uses AHRQ Indicators [Internet]. [cited 2013 Aug 6]. Available from: <http://www.healthgrades.com/media/DMS/pdf/NationalReleaseFINAL>.
4. Hashemi F. Ethical response to nursing error. *J Med Ethics and History of Medicine* 2008; 1(4): 31-45. (Persian)
5. Sullivan JE, Buchino JJ. Medication errors in pediatrics--the octopus evading defeat. *J Surg Oncol* 2004 Dec 1;88(3):182-8.
6. Aspden P, Julie A, Wolcott J, Bootman L, Linda R. Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series [Internet]. 2007 [cited 2013 Aug 6]. Available from: [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=11623](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=11623).
7. Eslami S, Abu-Hanna A, de Keizer NF. Evaluation of outpatient computerized physician medication order entry systems: a systematic

- review. *J Am med Inform Assoc* 2007; 14(4): 400-6. (Persian)
8. Grissinger M. Reducing Error with Injectable Medications Unlabeled Syringes Are Surprisingly Common. *PT* 2010; 35(8): 428-51.
  9. Najafi H. medication prescription error is one of the most common errors in medical professional. *Proceeding of the 1st International Congress Forensic Medicine*. Tehran; 2009. p. 25-7. (Persian)
  10. Crigger NJ. Always having to say you are sorry: an ethical response to making mistakes in professional practice. *J Nurs Ethics* 2004; 11(6): 568-76.
  11. Hevia A, Hobgood C. Medical error during residency: to tell or not to tell. *Ann Emerg Med* 2003; 42(4): 565-70.
  12. Sarwer DB, Crerand CE. Body Image and cosmetic medical treatment. *Body Image* 2004; 1(1): 99-111.
  13. Baghcheghi N, Koohestani HR. The Comments of nursing educators about reasons and reduction strategies of medication errors in nursing students in Arak University of Medical Sciences. *Arak Med Univ J (Rahavard Danesh)* 2010; 12(4): 1-8. (Persian)
  14. Stetina P, Groves M, Pafford L. Managing medication errors-a qualitative study. *Medsury Nurs* 2005; 14(3): 174-8.
  15. Adib-Hajbaghery M, Aminoroayaei Yamini E. Nurses perception of professional support. *Feyz, J Kashan Univ Med Sci* 2010; 14(2): 140-53. (Persian)
  16. Corina I. Errors from the consumer's perspective: tragedy motivated one woman to take action. *Am J Nurs* 2005; 105(3): 12-3.
  17. Burns N, Grove S. *The practice of nursing Research: conduct, critique and utilization*. 5<sup>th</sup> Ed. Tehran: Rafi publication; 2005.P.379-83.
  18. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research: Principles and methods*. 6<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1998:P. 723-4.
  19. Nikbakht A, Sanei A. *The methodology of Qualitative research in medical sciences*. 2<sup>th</sup> Ed. Tehran: Baraye farda publication; 2009; P.144-8. (Persian)
  20. Richards L, Morse JM. *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. Los Angeles: Sage; 2013.
  21. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
  22. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. *To err is human building a safer health system* [Internet]. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000 [cited 2013 Aug 7]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=25918>
  23. Anoosheh M, Ahmadi F, Faghihzadeh S, Vaismoradi M. Survey of Predisposing Causes of Working Errors in Nursing Cares from Perspective of Nurses and Their Managers Perspectives. *Iran J Nurs* 2007; 20(51): 25-36. (Persian)
  24. Chiang HY, Pepper GA. Barriers to nurses reporting of medication administration errors in Taiwan. *J Nurs Scholarsh* 2006; 38(4): 392-9.
  25. Wolf ZR, Hughes RG. Error Reporting and Disclosure. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [cited 2013 Aug 7]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2652/>
  26. 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.

27. 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.
28. Wakefield BJ, Uden-Holmen T, Wakefield DS. Development and validation of the medication administration error reporting survey. *Agency for Healthcare research and Quality*. 2005; 4: 475-89.
29. Wakefield BJ, Blegen MA, Uden-Holman T, Vaughn T, Chrischilles E, Wakefield DS. Organizational culture, continuous quality improvement, and medication administration error reporting. *Am J Med Qual* 2001;16(4):128-34.
30. 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.
31. Stratton KM, Blegen MA, Pepper G, Vaughn T. Reporting of medication errors by pediatric nurses. *J Pediatr Nurs* 2004; 19(6): 385-92.
32. Hashemi F, Nikbakht A, Asgari F. Factors influencing nursing error reporting in Iran: A qualitative study. *J Med Ethics and History of Medicine* 2011; 4(2): 53-66.
33. Osborne J, Blais k, Hayes JS. Nurse's perceptions: when is it a medication error? *J Nurs Adm* 1999; 29(4): 33-8.
34. 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.
35. Fein S, Hilborne L, Kagawa-Singer M, Spiritus E, Keenan C, Seymann G, et al. A conceptual model for disclosure of medical errors. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, eds. *Advances in Patient Safety*. Agency for Health care Research and Quality 2005, 2(1): 75-81.
36. Reason J. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot: Ashgate publication; 1997.
37. Reason J. *Human error: models and management*. *BMJ* 2000; 320: 768.
38. Mrayyan MT, Shishani K, Al-Faouri I. Rate, causes and reporting of medication errors in Jordan: nurses perspectives. *J Nurs Manag* 2007; 15(6): 659-70.
39. 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.
40. Burroughs TE, Waterman AD, Gallagher TH. Patient's concerns about medical errors during hospitalization. *J Qual Patient Safety* 2007; 33(1): 5-14.

## NURSES' EXPERIENCES REGARDING ERROR REPORTING PROCESS: FINDINGS OF A QUALITATIVE STUDY

Salimi S<sup>1</sup>, Rahimi J<sup>2\*</sup>, Bayazidi S<sup>3</sup>

Received: 21 Apr, 2013; Accepted: 25 Jun, 2013

### Abstract

**Background & Aims:** Medical errors are one of the major challenges threatening the health system all around the world. Regarding the key role of nurse's in the health care system and the importance of the error preventing, it is essential that nurses' experience of error reporting to be reviewed. The present study was designed and carried out to assess nurses' experience of reporting errors.

**Materials & Methods:** This study is a qualitative research. To investigate nurses' experiences regarding the process of error reporting, semi-structured interviews conducted with 50 nurses who working at two educational governmental hospitals in Urmia. Content analysis was used for data analysis.

**Results:** Four main categories extracted in relation to the results in general. These were: a) Error reporting processes, b) dealing with the reported errors, c) factors that facilitate committing the errors, d) Suggestions for reducing the errors.

**Conclusion:** The findings showed that report of medication errors among nurses is much lower than its actual amount. As reasons for this, nurses pointed to the lack of appropriate feedback and distrust to the system, inappropriate dealing of the managers and the organization with nurse who made the error, the mismatch between intensity of the error and the reaction of the managers, fear from legal punishment and missing the job. The most important factors that affect the incidence of errors were reported: lack of adequate inexperience, workload, multiple work shifts, poor awareness and knowledge of nurses.

**Key words:** job errors, nurses, qualitative study

**Address:** Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

**Tel:** (+98) 9148822170

**Email:** jalle.rahimi@yahoo.com

<sup>1</sup> Assistant Professor of Nursing, Faculty of Nursing, Islamic Azad University of Urmia

<sup>2</sup> Master of Science Nursing Student Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Science (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Master of Science in Nursing