

علل خطاهای پرستاری و عوامل مؤثر بر عدم گزارش دهی آن از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مراغه

احمد واحدنصیری^۱، سالار عینی^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۱۲/۱۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۱۱/۲۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: خطای پرستاری به معنای قصور و اشتباه در انجام استانداردهای مراقبتی است که در نتیجه خطای سازمانی و یا خطای نیروی انسانی رخ می‌دهد. این مطالعه باهدف تعیین علل خطاهای پرستاری و عوامل مؤثر بر عدم گزارش دهی آن از دیدگاه پرستاران انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه مقطعی-توصیفی حاضر به‌صورت در دسترس بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مراغه در سال ۱۳۹۹ انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماري SPSS(Ver.25) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: ۸۶/۷ درصد از شرکت‌کنندگان زن و ۱۳/۳ درصد مرد بودند. مهم‌ترین دلیل بروز و مهم‌ترین دلیل عدم گزارش دهی خطاهای پرستاری از نظر پرستاران در این مطالعه به ترتیب «شلوغی شیفت کاری و کمبود وقت و فرصت» با میانگین $4/5 \pm 0/7$ و «ترس از اطلاع یافتن مسئولان بخش و سرزنش از طرف آن‌ها» با میانگین $4 \pm 0/7$ بود.

بحث و نتیجه‌گیری: طبق نتایج پژوهش حاضر، مهم‌ترین دلیل بروز خطا از نظر پرستاران، بارکاری زیاد و انجام کار خارج از توان بود که می‌توان با افزایش و مدیریت بهتر نیروی انسانی تا حدود زیادی این بارکاری زیاد را کاهش داد. همچنین مهم‌ترین دلیل عدم گزارش دهی پرستاران ترس از اطلاع یافتن مسئولان بخش و سرزنش از طرف آن‌ها می‌باشد که پیشنهاد می‌شود جهت بهبود این مشکل مدیران بیمارستان شرایطی را فراهم کنند که افراد بتوانند در صورت بروز خطا، به آن‌ها اعتماد کرده و خطای خود را گزارش کنند.

کلیدواژه‌ها: خطاهای پرستاری، گزارش دهی، علل

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره نهم، پی‌درپی ۱۴۶، آذر ۱۴۰۰، ص ۷۲۴-۷۱۶

آدرس مکاتبه: تهران، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تلفن: ۰۹۳۷۶۶۵۹۶۵۸

Email: ahmad.vahednasiri@gmail.com

مقدمه

خطای پرستاری به معنای قصور و اشتباه در انجام استانداردهای مراقبتی است (۱-۳). خطاهای پرستاری در نتیجه خطای سازمانی و یا خطای نیروی انسانی رخ می‌دهند؛ بدین معنا که پرستار به‌عنوان فرد ارائه‌دهنده خدمات سلامت در انتخاب و اتخاذ یک روش درمانی دچار خطا می‌شود و یا اینکه روش اتخاذ شده صحیح و طبق استانداردها می‌باشد ولی به‌صورت اشتباه اجرا می‌شود (۴، ۵). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) تخمین زده می‌شود که به‌طور میانگین از هر ۱۰ نفر که تحت نظر مراقبت‌های درمانی قرار می‌گیرند، ۱ نفر به علت خطاهای درمانی قابل پیشگیری، آسیب می‌بینند (۳). طبق

گزارشات سالانه، تعداد جان‌باختگان ناشی از خطاهای درمانی بیشتر از آمار تلفات مربوط به برخی از بیماری‌ها مانند ایدز است (۲، ۳، ۶) بر اساس مطالعه انجام شده در نیویورک در سال ۲۰۱۶، به دنبال بروز خطا در ارائه خدمات پرستاری حدود ۱۰ درصد از بیماران دچار آسیب جسمی می‌شدند (۷). ۲۲ درصد تا ۴۴ درصد از موارد خطاهای پرستاری منجر به فوت بیمار، ۳۵ درصد منجر به عارضه جانبی در بیمار، ۲۷ درصد منجر به صدمات جسمانی و ۲۰ درصد منجر به خسارات مادی می‌شوند (۷، ۸). آمار دقیقی از میزان خطاهای پرستاری در ایران در دست نیست؛ با توجه به افزایش تعداد پرونده‌های ارجاعی شکایت مردم از پرستاران

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، اتاق عمل، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی کارشناسی، تکنولوژی اتاق عمل، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران

به سازمان نظام پرستاری و دادگاه‌ها، کارشناسان تخمین می‌زنند که میزان این خطاها بسیار بالا باشد (۷-۱۰).

عواملی مانند: شیفت‌های متوالی و طولانی و خستگی و عدم تمرکز ناشی از آن، کار شبانه، غیرقابل‌پیش‌بینی بودن وضعیت بیماران و بخش، بارکاری زیاد در نتیجه کمبود کادر پرستاری، عدم آشنایی با متدهای درمانی بیمارستانی، استراحت ناکافی و خستگی روحی ناشی از آن، فرسودگی و نقص در تجهیزات مراقبت از بیمار و عدم نظارت بر عملکرد آنان، بی‌توجهی به ذکر یکسری موارد مهم در گزارش‌نویسی، ضعف ارتباط بین پرسنلی، آموزش‌های ناکارآمد و ناخوانا بودن دستورات پزشک در پرونده احتمال رخداد خطاهای پرستاری را بشدت افزایش می‌دهند (۱، ۶، ۱۰، ۱۱). خطاهای پرستاری در قدم اول منجر به آسیب بیمار می‌شوند و بیمار که خود دارای مشکلاتی است را متحمل هزینه‌های اضافی ناشی از افزایش مدت‌زمان اقامت در مرکز درمانی به‌منظور تصحیح نتایج سوء خطا، آسیب‌های روحی و روانی ناشی از افزایش استرس و نگرانی ناشی از عوارض خطا می‌کند و در موارد شدیدتر حتی منجر به مرگ بیمار می‌شود؛ (۴، ۱۱-۱۴) این خطاها همچنین ممکن است منجر به آسیب‌هایی از قبیل: کاهش اعتمادبه‌نفس، احتمال شکایت بیمار از فرد خاطی به مراجع مربوطه، زیر سؤال رفتن حرفه و عدم اعتماد به کادر درمان و بدبینی نسبت به آنان، درگیری با همراهان بیمار و ایجاد استرس و تنش‌های شغلی و تعارضات اخلاقی در خود فرد ارائه‌دهنده مراقبت‌های پرستاری شوند (۸، ۱۵، ۱۶). به همین دلیل خطاهای پرستاری به نگرانی عمومی در میان سیاست‌گذاران، ارائه‌دهندگان و متخصصین امر سلامت و درمان تبدیل شده‌اند (۲، ۸). این مطالعه باهدف بررسی علل خطاهای پرستاری و عوامل مؤثر بر عدم گزارش‌دهی آن از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های امیرالمؤمنین و شهید بهشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مراغه در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی-توصیفی است که در آن علل خطاهای پرستاری و عوامل مؤثر بر عدم گزارش‌دهی آن از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های امیرالمؤمنین و شهید بهشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مراغه در سال ۱۳۹۹ به‌صورت کمی و کیفی بررسی شده‌اند. روش نمونه‌گیری در این مطالعه از نوع تصادفی ساده در دسترس بود. معیار ورود به این مطالعه دارا بودن حداقل ۶ ماه سابقه کار بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود. بخش‌های پرسشنامه تدوین‌شده عبارت بود از: ۱- اطلاعات دموگرافیکی و سازمانی

پرستاران. شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت استخدام، نوبت‌کاری، سابقه کار، نوع بخش، تعداد بیماران تحت مراقبت، میزان اضافه‌کاری در ماه و سمت؛ ۲- سؤالات مربوط به علل خطاهای پرستاری (۳۵ سؤال). سؤالات این قسمت از پرسشنامه در ۴ دسته: علل مربوط به بعد مدیریت بخشی (شامل ۱۱ سؤال)، علل مربوط به بعد مهارت و آموزش کارکنان پرستاری (شامل ۹ سؤال)، علل مربوط به بعد شرایط محیطی (شامل ۹ سؤال) و علل مربوط به بعد هماهنگی تیمی (شامل ۶ سؤال) قرار می‌گیرند؛ ۳- سؤالات مربوط به عوامل مؤثر بر عدم گزارش‌دهی خطاهای پرستاری (۲۸ سؤال). سؤالات این قسمت از پرسشنامه نیز در ۴ دسته: عوامل مربوط به حیطه مدیریتی (شامل ۶ سؤال)، عوامل مربوط به نگرانی‌های ناشی از پیامدهای گزارش‌دهی (شامل ۱۳ سؤال)، عوامل مربوط به فرآیند گزارش‌دهی (شامل ۵ سؤال) و عوامل مربوط به کارکنان پرستاری (شامل ۴ سؤال) قرار می‌گیرند. لازم به ذکر است که به دلیل عدم تأثیرگذاری طبقه‌بندی‌های فوق در پاسخگویی پرستاران، این طبقه‌بندی‌ها در پرسشنامه مشخص نشده بودند. سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) امتیازدهی شده بودند. به‌منظور بررسی روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی استفاده شد و بدین منظور پرسشنامه‌ها در اختیار اعضاء هیئت‌علمی گروه پرستاری دانشکده قرار گرفت. و نیز جهت بررسی پایایی پرسشنامه‌های از آزمون آلفای کرونباخ استفاده گردید. بدین منظور پرسشنامه بین ۱۵ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها توزیع گردید؛ مقدار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد که بیانگر پایایی مناسب پرسشنامه بود.

داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری در نرم‌افزار آماری SPSS (Ver.25) تجزیه و تحلیل شد. در آمار توصیفی از مباحثی چون فراوانی، میانگین، انحراف معیار و در آمار تحلیلی برحسب فرضیات موجود و نرمال نبودن توزیع داده‌ها، از آزمون‌های آماری کروسکال والیس و من ویتنی استفاده گردید.

به‌منظور رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، تمامی مراحل اجرای مطالعه پس از تأیید کمیته پژوهشی دانشکده علوم پزشکی مراغه (کد: IR.MARAGHEHPHC.REC.1398.015) و کسب مجوزهای لازم و ارائه آن به مسئولین بیمارستان‌ها انجام شد. علاوه بر این قبل از ارائه پرسشنامه به پرستاران، در مورد اهداف پژوهش به آنان توضیح داده شد. شرکت افراد در این پژوهش کاملاً داوطلبانه و آزادانه بود. به پرستاران این اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها صرفاً در اختیار تیم پژوهش قرار می‌گیرد. همچنین به‌جای نام و نام خانوادگی از کد برای هر پرسشنامه جهت جلوگیری از افشای اطلاعات پرستاران استفاده شد.

یافته‌ها

نظارت بیماران با میزان سابقه کاری افراد ($p=0/03$)، وجود پروتکل‌هایی دارویی مختلف در بخش‌ها ($p=0/004$) و شلوغی و سروصدای زیاد در بخش‌ها با بخش کاری افراد ($p=0/016$) و بین تقسیم وظایف نامناسب و خارج از توان کاری از سوی مسئولان بخش‌ها با سن افراد ($p=0/024$) ارتباط معنی‌داری یافت شد.

بر اساس میانگین امتیاز هر یک از گویه‌های پرسشنامه، مهم‌ترین عوامل مؤثر بر عدم گزارش دهی خطاهای پرستاری عبارت بودند از: حاکم بودن فرهنگ سرزنش و تنبیه به جای فرهنگ ایمنی از طرف مدیران ($3/9 \pm 1$)، ترس از اطلاع یافتن مسئولان بخش و سرزنش از طرف آن‌ها ($4/0 \pm 0/7$)، ترس از آشکارسازی پیامدهای خطا و بروز عوارض جانبی در بیمار ($3/8 \pm 1$)، ترس از اطلاع یافتن پزشک معالج و سرزنش شدن از طرف وی ($3/6 \pm 1/1$)، ترس از ایجاد مسائل قضایی به دنبال خطای پرستاری ($3/6 \pm 1/2$) و ترس از انتشار خبر در بیمارستان و اطلاع سایر پرسنل ($3/1 \pm 1/2$)، فراوانی مطلق اهمیت عامل و میانگین امتیاز هر یک از عوامل مؤثر بر عدم گزارش دهی خطاهای پرستاری در جدول شماره ۲ بیان شده است.

نتایج آزمون من-ویتنی نشان داد که بین جنسیت و وضعیت تأهل افراد با دیدگاه آن‌ها نسبت به هیچ‌یک از ۶ عامل مهم مؤثر بر عدم گزارش دهی خطاهای پرستاری ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. بر اساس نتایج آزمون کروسکال والیس از بین ۶ عامل مهم مؤثر بر عدم گزارش دهی خطاهای پرستاری، بین ترس از آشکارسازی پیامدهای خطا و بروز عوارض جانبی در بیمار با میزان سابقه کاری افراد ($p=0/032$)، ترس از ایجاد مسائل قضایی به دنبال خطای پرستاری با وضعیت استخدام افراد ($p=0/004$) ارتباط معنی‌داری یافت شد. همچنین بر اساس نتایج آزمون کروسکال والیس بین حاکم بودن فرهنگ سرزنش و تنبیه به جای فرهنگ ایمنی از طرف مدیران ($p=0/028$)، ترس از اطلاع یافتن مسئولان بخش و سرزنش از طرف آن‌ها ($p=0/01$)، ترس از آشکارسازی پیامدهای خطا و بروز عوارض جانبی در بیمار ($p=0/017$) و ترس از ایجاد مسائل قضایی به دنبال خطای پرستاری ($p=0/033$) با سن افراد ارتباط معنی‌داری یافت شد.

به‌طورکلی در این پژوهش ۸۳ نفر از افراد شاغل در بیمارستان‌های آموزشی-درمانی شهر مراغه شرکت داشتند. ۸۶/۷ درصد از شرکت‌کنندگان زن و ۱۳/۳ درصد مرد بودند. ۷۵/۹ درصد از شرکت‌کنندگان متأهل و ۲۴/۱ درصد مجرد بودند. ۱۲/۱ درصد افراد کاردانی، ۸۳/۱ درصد کارشناسی و ۴/۸ درصد کارشناسی ارشد داشتند. به لحاظ وضعیت استخدام ۵۳ درصد افراد رسمی، ۲۲/۹ درصد طرحی، ۱۵/۷ درصد قراردادی و ۸/۴ درصد پیمانی بودند. از نظر بخش کاری ۲۶/۵ درصد از شرکت‌کنندگان در اتاق عمل، ۲۵/۳ درصد در بخش مراقبت‌های ویژه، ۱۳/۳ درصد در اورژانس، ۱۰/۸ درصد در بخش جراحی زنان، ۹/۷ درصد در بخش داخلی مردان، ۷/۲ درصد در بخش داخلی زنان و ۷/۲ درصد در بخش جراحی مردان مشغول به کار بودند. میانگین سنی افراد $8/08 \pm 35/47$ سال بود. ۳۱/۳ درصد افراد در گروه سنی زیر ۳۱ سال، ۲۸/۹ درصد در گروه سنی ۳۱-۳۷ سال، ۲۰/۵ درصد در گروه سنی ۳۸-۴۴ سال، ۱۶/۹ درصد در گروه سنی ۴۵-۵۱ سال و ۲/۴ درصد در گروه سنی ۵۲ سال و بالاتر قرار داشتند. میانگین سابقه کاری افراد $10/55 \pm 8/02$ سال، میانگین ساعات اضافه‌کاری افراد در ماه $40/88 \pm 49/54$ ساعت و میانگین تعداد بیماران تحت مراقبت $8/92 \pm 19/43$ بیمار بود.

بر اساس میانگین امتیاز هر یک از گویه‌های پرسشنامه، مهم‌ترین علل بروز خطاهای پرستاری عبارت بودند از: وجود پروتکل‌هایی دارویی مختلف در بخش‌ها ($3/9 \pm 1$)، شلوغی شیفت کاری و کمبود وقت و فرصت ($4/5 \pm 0/7$)، بدخطی پرسنل و ناخوانا بودن دستورات ($3/8 \pm 1$)، شلوغی و سروصدای زیاد در بخش ($3/6 \pm 1/1$)، عدم وجود زمان کافی جهت بررسی و نظارت بیماران ($3/6 \pm 1/2$) و تقسیم وظایف نامناسب و خارج از توان کاری از سوی مسئولان بخش‌ها ($3/7 \pm 1/2$)، فراوانی مطلق اهمیت عامل و میانگین امتیاز هر یک از علل بروز خطاهای پرستاری در جدول شماره ۱ بیان شده است.

بر اساس نتایج آزمون کروسکال والیس از بین ۶ علت مهم بروز خطاهای پرستاری، بین عدم وجود زمان کافی جهت بررسی و

جدول (۱): فراوانی مطلق اهمیت عامل و میانگین امتیاز هر یک از علل بروز خطاهای پرستاری از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان

کاملًا مخالفم	مخالفم	تقریباً نه	بی‌تفاوت	کاملًا موافقم	کاملًا موافقم نیست
۳	۶	۱۳	۳۵	۲۶	$3/9 \pm 1$
۱	۱	۴	۲۵	۵۲	$4/5 \pm 0/7$

وجود پروتکل‌های دارویی مختلف در بخش‌ها
شلوغی شیفت کاری و کمبود وقت و فرصت (بارکاری زیاد پرستاران)

۳/۸ ± ۱	۲۲	۳۳	۱۹	۷	۲	بدخطی پرسنل و ناخوانا بودن دستورات
۳ ± ۱/۱	۱۰	۲۲	۲۲	۲۳	۶	عدم وجود خط و مشی و دستورالعمل‌ها
۳/۴ ± ۱/۱	۱۵	۳۰	۱۸	۱۶	۴	سازمان‌دهی نامناسب پرسنل پرستاری در بخش
۲/۸ ± ۱/۲	۶	۲۵	۱۰	۳۲	۱۰	عدم وجود سیستم ثبت و گزارش خطای مناسب
۳/۱ ± ۱/۳	۱۶	۲۰	۱۳	۲۶	۸	شیوه نظارت و سرپرستی نامناسب در بخش
۳/۳ ± ۱/۲	۱۵	۲۸	۱۳	۲۱	۶	عدم تعیین دقیق شرح وظایف پرسنل پرستاری
۲/۹ ± ۱/۲	۱۲	۲۰	۱۲	۲۹	۱۰	استفاده پاره‌وقت از پرسنل آموزش ندیده
۳/۵ ± ۱/۱	۱۶	۳۴	۱۲	۱۸	۳	عدم استفاده از وسایل استاندارد و تجهیزات پزشکی پیشرفته
۳/۱ ± ۱/۱	۱۰	۲۶	۱۹	۲۱	۷	عدم پایش مستمر توسط مسئولین واحدها
۳ ± ۱/۲	۱۲	۲۴	۹	۳۰	۸	عدم آشنایی کافی پرستاران با نحوه استفاده از تجهیزات بخش
۳/۴ ± ۱/۲	۱۴	۳۶	۹	۱۷	۷	نداشتن مهارت کافی بعضی از پرستاران در اجرای برخی از پروسیجرها
۳/۱ ± ۱/۲	۱۱	۲۵	۱۹	۱۹	۹	عدم آشنایی با قوانین و مقررات حرفه‌ای پرستاری
۳/۴ ± ۱/۲	۱۹	۲۸	۱۴	۱۷	۵	نبود دسترسی به منابع علمی و نتایج آخرین تحقیقات علمی در بخش‌ها
۳ ± ۱/۳	۱۵	۲۲	۱۰	۲۶	۱۰	عدم گذراندن کلاس‌های آموزشی با توجه به محیط کار
۳/۵ ± ۱/۱	۱۷	۳۵	۱۰	۱۶	۵	نبود امکانات آموزشی و فضای آموزشی مناسب در محیط کار
۳/۲ ± ۱/۳	۱۷	۲۵	۱۶	۱۳	۱۲	عدم وجود نظام آموزشی مناسب در بیمارستان
۳/۳ ± ۱/۲	۱۶	۲۹	۱۴	۱۶	۸	عدم وجود انگیزه و علاقه شخصی جهت یادگیری در حیطه شغلی
۳/۶ ± ۱/۱	۲۴	۲۸	۱۳	۱۶	۲	بی‌تفاوتی مدیران نسبت به امر آموزش پرستاران
۳/۲ ± ۱/۲	۱۴	۲۷	۱۵	۲۱	۶	شلوغی و سروصدای زیاد در بخش
۳/۳ ± ۱/۳	۱۸	۲۷	۷	۲۵	۶	طولانی بود فاصله ایستگاه پرستاری تا اتاق و یا تخت بیماران
۳/۶ ± ۱/۲	۲۴	۳۰	۶	۲۰	۳	عدم وجود فضای مناسب جهت گزارش‌نویسی
۳/۵ ± ۱/۲	۲۲	۲۹	۱۱	۱۷	۴	عدم وجود زمان کافی جهت بررسی و نظارت بیماران
۳/۲ ± ۱/۲	۱۹	۱۶	۱۶	۲۹	۳	قابل مشاهده نبودن تمام واحد پرستاری از ایستگاه پرستاری
۳/۴ ± ۱/۲	۲۳	۱۹	۱۵	۲۱	۵	کوچک بودن اتاق دارو
۳/۲ ± ۱/۳	۲۴	۱۵	۱۰	۲۹	۵	سازمان‌دهی و جایابی نامناسب تجهیزات پزشکی
۳/۵ ± ۱/۲	۲۵	۲۲	۱۶	۱۷	۳	روشنایی کم محیط
۳/۷ ± ۱/۲	۲۷	۳۰	۷	۱۴	۵	رفتار نامناسب بیمار و همراهان
۳/۳ ± ۱/۱	۱۳	۲۸	۲۱	۱۳	۸	تقسیم وظایف نامناسب و خارج از توان کاری از سوی مسئولان بخش
۳/۳ ± ۱/۳	۱۹	۲۵	۱۴	۱۶	۹	ارتباط نامناسب بین اعضاء تیم پرستاری
۳/۲ ± ۱/۱	۹	۳۴	۱۸	۱۵	۷	ارتباط نامناسب پزشک با اعضاء تیم پرستاری
۳/۳ ۱/۲	۱۶	۳۰	۱۱	۱۹	۷	عدم وجود سلسله‌مراتب مناسب بین پرسنل جهت کنترل بخش
۳/۳ ± ۱/۱	۱۳	۳۰	۱۹	۱۷	۴	ارتباط نامناسب بین اعضاء تیم مراقبت با مدیران
۳/۲ ± ۱/۳	۱۷	۲۵	۱۶	۱۳	۱۲	عدم مشارکت بیمار در فرآیند مراقبت

جدول (۲): فراوانی مطلق اهمیت عامل و میانگین امتیاز هر یک از عوامل مؤثر بر عدم گزارش دهی خطاهای پرستاری از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان

عوامل مؤثر بر عدم گزارش دهی خطاهای پرستاری	کاملاً مخالفم	مخالفم	ظرفی ندارم	مواقفم	کاملاً موافقم	میانگین امتیاز
نامتناسب بودن واکنش مدیران پرستاری با شدت خطا	۹	۱۶	۶	۳۴	۱۸	۳/۴ ± ۱/۳
نامتناسب بودن واکنش مدیران پرستاری با اهمیت خطا	۶	۱۹	۷	۳۷	۱۴	۳/۴ ± ۱/۲
عدم دریافت بازخورد مناسب از طرف مدیران پرستاری به دنبال گزارش خطا	۴	۱۹	۱۰	۳۴	۱۶	۳/۴ ± ۱/۱
تمرکز مدیران پرستاری به شخص خطاکار بدون توجه به سایر عوامل مؤثر در بروز خطا	۸	۹	۱۰	۳۴	۲۲	۳/۶ ± ۱/۲
عدم اهمیت گزارش خطاهای پرستاری برای مسئولین	۱۳	۲۴	۸	۲۹	۹	۲/۹ ± ۱/۳
حاکم بودن فرهنگ سرزنش و تنبیه به جای فرهنگ ایمنی از طرف مدیران	۵	۷	۶	۳۰	۳۵	۴ ± ۱/۱
ترس از اطلاع یافتن مسئولان بخش و سرزنش از طرف آنها	۵	۱۳	۷	۲۴	۳۴	۴ ± ۰/۷
ترس از آشکارسازی پیامدهای خطا و بروز عوارض جانبی در بیمار	۴	۱۲	۴	۳۱	۳۲	۳/۹ ± ۱/۲
ترس از اطلاع یافتن پزشک معالج و سرزنش شدن از طرف وی	۳	۱۵	۹	۲۵	۳۱	۳/۸ ± ۱/۲
ترس از ایجاد مسائل قضایی به دنبال خطای پرستاری	۴	۱۱	۹	۲۸	۳۱	۳/۸ ± ۱/۲
ترس از انتشار خبر در بیمارستان و اطلاع سایر پرسنل	۳	۱۳	۸	۳۰	۲۹	۳/۸ ± ۱/۱
ترس از دست دادن شغل	۱۰	۱۶	۳	۲۶	۲۸	۳/۵ ± ۱/۴
ترس از ملامت شدن از طرف همکاران	۱۰	۲۰	۶	۲۲	۲۵	۳/۳ ± ۱/۴
ترس از آشکار شدن موضوع برای بیمار و خانواده وی و به تبع آن واکنش از طرف آنها	۷	۱۶	۴	۲۴	۳۲	۳/۷ ± ۱/۳
نگرانی از تأثیر در کسر حقوق	۷	۲۵	۹	۱۹	۲۳	۳/۳ ± ۱/۳
نگرانی از تأثیر خطا در نمره ارزشیابی سالیانه	۷	۱۹	۵	۳۲	۲۰	۳/۴ ± ۱/۳
نگرانی از ایجاد نگرش منفی در بیمار	۳	۱۵	۷	۳۹	۱۹	۳/۶ ± ۱/۱
نگرانی از زدن برجسب بی‌لیاقتی به پرستار	۷	۱۶	۳	۲۹	۲۸	۳/۶ ± ۱/۳
نگرانی از عدم همکاری سایر پرستاران	۶	۲۰	۱۱	۲۹	۱۷	۳/۳ ± ۱/۲
واضح نبودن تعریف خطای کاری	۵	۲۱	۲۰	۲۷	۱۰	۳/۱ ± ۱/۱
عدم وجود سیستم ثبت و گزارش خطاهای پرستاری در بخش و بیمارستان	۱۵	۲۹	۱۵	۱۸	۶	۲/۶ ± ۱/۲
حجم و فشار کاری زیاد و نداشتن فرصت جهت گزارش خطا	۶	۱۲	۱۱	۳۳	۲۱	۳/۶ ± ۱/۲
عدم توافق جمعی در مورد خطاهایی که باید گزارش شوند.	۴	۲۴	۱۹	۲۲	۱۴	۳/۲ ± ۱/۱
عدم تأکید بر اهمیت و ثبت گزارش خطاها در بیمارستان	۹	۲۷	۱۳	۲۴	۱۰	۲/۹ ± ۱/۲
فراموش کردن خطای کاری از سوی کارکنان پرستاری	۸	۲۶	۱۳	۳۰	۶	۳ ± ۱/۱
جزئی بودن خطای رخ داده	۹	۲۴	۱۹	۲۱	۱۰	۲/۹ ± ۱/۲
کمبود دانش و آگاهی در زمینه خطای کاری	۹	۲۶	۱۲	۲۱	۱۵	۳ ± ۱/۳
اهمیت نداشتن خطای کاری برای پرستاران	۱۸	۳۰	۱۱	۱۵	۹	۲/۶ ± ۱/۳

بحث و نتیجه‌گیری

مهم‌ترین دلیل بروز خطاهای پرستاری از نظر پرستاران در این مطالعه «شلوگی شیفت کاری و کمبود وقت و فرصت» با میانگین $0.7 \pm 4/5$ بود. تعداد کم پرستار در هرکدام از بخش‌ها و در نتیجه بارکاری زیاد هرکدام از پرستاران سبب آشفتگی ذهنی آن‌ها شده و در نتیجه امکان بروز خطاهای پرستاری توسط آن‌ها را افزایش می‌دهد. در مطالعه‌ای که توسط ابراهیمی‌پور و همکاران در مشهد انجام شده بود «بارکاری زیاد» با میانگین $1/1 \pm 4/8$ مهم‌ترین علت در بروز خطاهای دارویی بود (۱۷). همچنین در مطالعه‌ای در اهواز نیز «خستگی ناشی از کار اضافی» (۸۳/۱۱ درصد) مهم‌ترین مورد مؤثر در بروز اشتباهات دارویی بوده است (۱۸). اما در مطالعه‌ای که در اراک انجام شده است، «کمبود اطلاعات داروشناسی» (۱۵/۲۵ درصد) مهم‌ترین مورد بوده است (۱۹). در مطالعه حاضر «وجود پروتکل‌های دارویی مختلف در بخش‌ها» با میانگین $1 \pm 3/9$ ، «بدخطی پرسنل و ناخوانا بودن دستورات» با میانگین $1 \pm 3/8$ «تقسیم نامناسب و خارج از توان کاری از سوی مسئولان بخش‌ها» با میانگین $1/2 \pm 3/7$ ، «شلوگی و سروصدای زیاد در بخش» با میانگین $1/1 \pm 3/6$ و «عدم وجود زمان کافی جهت بررسی و نظارت بیماران» با میانگین $1/2 \pm 3/6$ نیز از جمله مهم‌ترین علل مؤثر بر بروز خطاهای پرستاری شناخته شدند. در مطالعه انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی لرستان «بدخط بودن و ناخوانا بودن دستور پزشک» با میانگین $1 \pm 1/8$ به‌عنوان مهم‌ترین دلیل بروز خطای دارویی مشخص شده بود (۲۰). در مطالعه صلواتی و همکاران، بیش از نیمی از پرستاران (۶۰ درصد) عامل ناخوانا بودن خط پزشک و عامل شلوغی بخش را دارای اهمیت متوسط و بالا در بروز خطاهای دارویی عنوان نمودند (۱۸). یافته‌های مطالعات فوق هم‌راستا با یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشند. در پژوهش حاضر «وجود پروتکل‌های دارویی مختلف در بخش‌ها» به‌عنوان دومین علت مهم در بروز خطاهای دارویی مطرح بود که علت آن را می‌توان در بررسی هم‌زمان چندین بخش دانست؛ درحالی‌که مطالعات قبلی تنها معطوف به یک بخش خاص بودند.

در مطالعه حاضر بین دیدگاه پرستاران نسبت به علل بروز خطاهای پرستاری و هیچ‌یک از متغیرهای: جنسیت، وضعیت تأهل افراد، تعداد بیماران تحت مراقبت، میزان اضافه‌کاری در ماه، شیفت کاری، سطح تحصیلات، وضعیت استخدامی و سمت پرستاران ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. این در حالی است که بین سابقه‌کاری و «عدم وجود زمان کافی جهت بررسی و نظارت بیماران»، بخش‌کاری و «وجود پروتکل‌هایی دارویی مختلف در بخش‌ها» و «شلوگی و سروصدای زیاد در بخش‌ها»، سن و «تقسیم

وظایف نامناسب و خارج از توان کاری از سوی مسئولان بخش‌ها» ارتباط معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد نیز بین علل بروز خطاهای پرستاری و جنسیت و سابقه‌کاری ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۱۷). درحالی‌که در مطالعه‌ای که در دانشگاه علوم پزشکی لرستان انجام شده بین علل بروز خطای دارویی و جنسیت و سابقه‌کاری رابطه معناداری مشاهده شده بود (۲۱). علت تفاوت در نتایج مطالعات مختلف را می‌توان متفاوت بودن ویژگی‌های دموگرافیکی نمونه‌های پژوهش در مطالعات مختلف دانست.

مهم‌ترین دلیل عدم گزارش‌دهی خطاهای پرستاری از نظر پرستاران در این مطالعه، «ترس از اطلاع یافتن مسئولان بخش و سرزنش از طرف آن‌ها» با میانگین 0.7 ± 4 بود. در مطالعه انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی لرستان، «ترس از واکنش مدیر پرستاری» (۸۱/۶ درصد) مهم‌ترین دلیل عدم گزارش‌دهی توسط پرستاران بود (۲۰). «حاکم بودن فرهنگ سرزنش و تنبیه به‌جای فرهنگ ایمنی از طرف مدیران» با میانگین $1 \pm 3/9$ ، «ترس از آشکارسازی پیامدهای خطا و بروز عوارض جانبی در بیمار» با میانگین $1 \pm 3/8$ ، «ترس از اطلاع یافتن پزشک معالج و سرزنش شدن از طرف وی» با میانگین $1 \pm 3/6$ ، «ترس از ایجاد مسائل قضایی به دنبال خطای پرستاری» با میانگین $1/2 \pm 3/6$ ، «ترس از انتشار خبر در بیمارستان و اطلاع سایر پرسنل» با میانگین $1/2 \pm 3/7$ از دیگر عوامل مهم مؤثر بر عدم گزارش‌دهی خطاهای پرستاری بودند. مهم‌ترین دلایل عدم گزارش‌دهی خطا در مطالعه صلواتی و همکاران شامل: عدم دریافت بازخورد مثبت از طرف مسئولین پرستاری به دنبال گزارش‌دهی اشتباهات دارویی و تمرکز مسئولین بر شخص اشتباه‌کننده بدون توجه به سایر عوامل احتمالی دخیل در بروز اشتباه (حیطه عوامل مدیریتی) و ترس از مسائل قضایی (حیطه ترس از پیامدهای گزارش‌دهی) بود (۱۸). پرستاران شاغل در اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) «ترس از پیامدهای گزارش‌دهی» (۲۲/۳ درصد) را به‌عنوان مهم‌ترین دلیل عدم گزارش‌دهی خطا بیان نمودند (۱۳). در مطالعه‌ای که توسط ابراهیمی‌پور و همکاران در مشهد انجام شده بود «ترس از مواجهه شدن با مراجع قانونی» با میانگین $1/53 \pm 3/48$ مهم‌ترین دلیل عدم گزارش‌دهی پرستاران بود (۱۷). ترس از مراجع قانونی و ترس از به وجود آمدن مشکل برای ادامه کار آن‌ها سبب امتناع پرستاران از گزارش خطاهای خود می‌شود. نتیجه مطالعه‌ای که در این زمینه در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام شد نشان داد که «وجود مسائل قانونی در گزارش‌دهی» (۷۰/۸ درصد) مهم‌ترین دلیل عدم گزارش‌دهی پرستاران شاغل

مورد پژوهش رابطه معناداری وجود ندارد (۲۲). در مطالعه‌ای که توسط علیجانزاده و همکاران پیرامون عوامل مؤثر بر عدم گزارش دهی خطاهای دارویی انجام شده بود، میانگین امتیازات در حیطه پیامدهای گزارش دهی، موانع مدیریتی و فرایند گزارش دهی به ترتیب ۲/۲۲، ۲/۳۹ و ۲/۷۸ بود (۱۴).

طبق نتایج پژوهش حاضر، مهم‌ترین دلیل بروز خطا از نظر پرستاران، بارکاری زیاد و انجام کار خارج از توان بود که می‌توان با افزایش و مدیریت بهتر نیروی انسانی تا حدود زیادی این بارکاری زیاد را کاهش داد. همچنین مهم‌ترین دلیل عدم گزارش دهی پرستاران «ترس از اطلاع یافتن مسئولان بخش و سرزنش از طرف آن‌ها» می‌باشد که پیشنهاد می‌شود جهت بهبود این مشکل مدیران و مسئولان بیمارستان شرایطی را فراهم کنند که افراد بتوانند در صورت بروز خطا، به آن‌ها اعتماد کرده و برای جلوگیری از بروز مشکلات بیشتر خطای خود را گزارش کرده و البته مورد تنبیه و توبیخ قرار نگیرند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح مصوب شورای پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مراغه به شماره ثبت ۶۴/۱۰۳۴ می‌باشد. از کمیته تحقیقات دانشجویی و معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی مراغه برای حمایت مالی از این مطالعه قدردانی می‌شود. همچنین از مسئولین بیمارستان‌های شهرستان مراغه و پرستاران محترم شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

1. Bozorgzad M, Hemati Z. Frequency of errors in nursing and associated factors in the cases referred to the Mortality Committee in Shahrekord University of Medical Sciences during 2006-2012. *J Clin Nurs Midwife* 2015; 4 (2):52-8
2. Hamuleh M, Vahed S. Investigating the barriers to non-reporting of work errors of nursing staff from their perspective. *Hospital* 2009;8(5):45-8.
3. Kuhpayehzadeh J, Soltani Arabshahi SK, Bigdeli S, Maryami F. Determine Attitudes of TUMS Residents towards Medical Errors Self-disclosure and Prevalent Factors affecting it (1391). *Razi Journal of Medical Sciences* 2013; 20(108): 53-60.

بود (۱۳). با توجه به متفاوت بودن نوع مدیریت در هر یک از بیمارستان‌های مورد بررسی و همچنین تفاوت در قوانین و جو حاکم بر هر یک از بیمارستان‌ها، دلایل عدم گزارش خطا در مطالعات مختلف، متفاوت است و البته قابل ذکر است که در اکثر بیمارستان‌های ذکر شده نوع مدیریت و قوانین موجود در عدم گزارش دهی خطاهای پرستاری مؤثر بوده‌اند.

در مطالعه حاضر بین دیدگاه پرستاران نسبت به عوامل مؤثر بر عدم گزارش دهی خطاهای پرستاری و هیچ‌یک از متغیرهای: جنسیت، وضعیت تأهل افراد، شیفیت کاری، سطح تحصیلات، بخش کاری و سمت پرستاران ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. این در حالی است که بین سابقه کاری و «ترس از آشکارسازی پیامدهای خطا و بروز عوارض جانبی در بیمار»، وضعیت استخدام و «ترس از ایجاد مسائل قضایی به دنبال خطای پرستاری»، سن و «حاکم بودن فرهنگ سرزنش و تنبیه به جای فرهنگ ایمنی از طرف مدیران» و «ترس از اطلاع یافتن مسئولان بخش و سرزنش از طرف آن‌ها» و «ترس از آشکارسازی پیامدهای خطا و بروز عوارض جانبی در بیمار» و «ترس از ایجاد مسائل قضایی به دنبال خطای پرستاری» ارتباط معنی‌داری وجود داشت. وجود ارتباط بین سن و سابقه کاری با «ترس از آشکارسازی پیامدهای خطا و بروز عوارض جانبی در بیمار» می‌تواند بیانگر این باشد که افراد مسن‌تر و با سابقه‌تر بیشتر از سایرین از خدشه‌دار شدن سابقه خود می‌ترسند. نتایج مطالعاتی که در اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) و بخش مراقبت ویژه این بیمارستان انجام شد، نشان می‌دهد که در این مطالعات بین دلایل عدم گزارش دهی، جنسیت و سابقه کاری افراد

4. Noohi E, Mazaheri Y, Arab M. The Effect of Clinical Training Using Mobile Phone on Medication Errors of Nursing Trainees. *Iran J Nurs Res* 2017;12(2):8-13.
5. Dshmggyr L, Akbari Sari A. A look at the extent, nature and causes of adverse events and medical errors in Iran and the world. *Hospital* 2008;7(3):45-8.
6. Saki K KAJ, Mohebbi I. Nursing Errors And Its Relationship With Fatigue Among Nurses Of The Emergency Ward. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2016;13(10):835-42.
7. Dastaran S, Hasheinejhad N, Shahravan A, Baneshi M, Faghihi A. Identification and Assessment of Human Errors in Postgraduate Endodontic Students

- of Kerman University of Medical Sciences by Using the SHERPA Method. *Journal of Occupational Hygiene Engineering*; 2016;2(4):44-51.
8. Biranvand S, Valizadeh F, Hosseinabadi R, Safari M. Disclosing medical errors and its relationship to disclosure of actual and hypothetical errors: nursing staff's attitude. *J Med Ethics Hist Med* 2014; 7 (1):53-64.
9. Salimi S, Rahimi J, Bayazidi S. Nurses' Experiences Regarding Error Reporting Process: Findings of A Qualitative Study. *Nurs Midwifery J* 2013;11(6):0-.
10. Baloochi Beydokhti T, Mohamadpour A, Shabab S, Nakhaee H. Cause of occurrence and Barriers of Report of Medication Errors among Nursing Personnel of Gonabad Hospitals. *Quarterly of Horizon of Medical Sciences* 2014;19(5):41-7.
11. Tanha F, Mazloumi A, Faraji V, Kazemi Z, Shoghi M. Evaluation of human errors, using Standardized Plant Analysis Risk Human Reliability Analysis technique, among nurses of delivery emergency ward of one of the Tehran University of Medical Sciences hospitals. *Hospital* 2015;3 (54):57-66.
12. Kanani F, Valizadeh L, Mostafa gharebaghi M, Asghari jafarabadi M. Types Of Nursing Errors In Gastric Tube Insertion Procedure In Preterm Infants In Neonatal Intensive Care Unit, Sanandaj, 2013. *Nurs Midwifery J* 2016; 13 (11):953-63.
13. Mirzaei M, Khatony A, Faramani RS, Sepahvand E. Prevalence, types of medication errors and barriers to reporting errors by nurses in an educational hospital in Kermanshah. *hayat*; 2014;19(3):28-37.
14. Alijanzadeh M, Mohebifar R, Azadmanesh Y, Faraji M. The Frequency of Medication Errors and Factors Influencing the Lack of Reporting Medication Errors in Nursing at Teaching Hospital of Qazvin University of Medical Sciences, 2012. *Journal of Health* 2015; 16: 169-79.
15. Hashemi F. Ethical response to nursing error. *J Med Ethics Hist Med* 2008: 31-46.
16. Ebrahimi Rigi Tanha Z, Baghaei R, Feizi A. A Survey Of Frequency And Type Of Medical Errors Done By Nursing Students Of Urmia Medical Sciences University In 1390. *Nurs Midwifery J* 2012; 10 (2).
17. Ebrahimipour H, Mahmoudian P, Hosseini E, Tabatabaai S, Badiiee S, Vafae-Najar A, et al. Factors Associated with the Incidence of Medication Errors and Nurses' Refusal to Error Reporting. *Health Based Research* 2016;1(3):241-53.
18. Salavati S, Hatamvand F, Tabesh H. Nurses' Perspectives on Causes of Medication Errors and Non-Reporting at ED. *Iran J Nurs* 2012; 25(79): 72-83.
19. Baghcheghi N. The Comments of Nursing Educators About Reasons and Reduction Strategies of Medication Errors in Nursing Students in Arak University of Medical Sciences, 2008. *J Arak Univ Med Sci* 2010;12(4):1-8.
20. Heshmatullah Heydari, Aziz Kamran, Asieh Pirzadeh. Assessment of Nurses' Perceived Barriers and Behaviors to Reporting Medication Errors in Hospitals of Lorestan University of Medical Sciences, Iran. *J Health Syst Res* 2012;8(5):806-13.
21. Cheraghi MA, Nasrabadi ARN, Nejad EM, Salari A, Kheyli SREK. Medication errors among nurses in intensive care units (ICU). *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012;21(1):115-9.
22. MohammadNejad E, Ehsani SR, Salari A, Sajjadi A, HajiesmaelPour A. Refusal in Reporting Medication Errors from the Perspective of Nurses in Emergency Ward. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery* 2013;10(1):61-8.

THE CAUSES OF NURSING ERRORS AND EFFECTIVE FACTORS IN NON-REPORTING OF ERRORS FROM THE PERSPECTIVE OF NURSES IN THE HOSPITALS AFFILIATED TO MARAGHEH UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

Ahmad vahednasiri¹, Salar Eini²

Received: 02 March, 2021; Accepted: 10 February, 2022

Abstract

Background & Aims: A nursing error means failure and error in carrying out care standards, which occurs as a result of an organizational error or manpower error. The present study was conducted to investigate the causes of nursing errors and effective factors in non-reporting of errors from the perspective of nurses.

Materials & Methods: This descriptive-analytical cross-sectional study was conducted among the nurses working in hospitals affiliated to Maragheh University of medical sciences in 2021. The sampling method of the present study was convenience sampling. The data collection tool was the Researcher-made questionnaire. Data were analyzed in SPSS software (version 25).

Results: 86.7% of participants were female and 13.3% were male. The important reasons for occurring and non-reporting of nursing errors were "Overcrowded work shift and lack of time and opportunity" with an average of 4.5 ± 0.7 and "fear of informing department authorities and being reprimanded by them" with an average of 4 ± 0.7 .

Conclusion: The most important reason for the error incident among nurses was heavy workload and doing works beyond their power and it is possible to significantly reduce this workload by increasing and managing the manpower. The most important reason for non-reporting is fear of informing department authorities and being reprimanded by them; to solve this problem, the hospital managers and administrators can provide conditions for nurses so that they can trust in case of an error incident and report their errors to prevent further problems.

Keywords: Nursing errors, Reporting, Factors

Address: Iran University of medical sciences, School of Allied Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: (+98) 937-665-9658

Email: ahmad.vahednasiri@gmail.com

Copyright © 2021 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

¹ MSc Student of Operating Room nursing, Student Research Committee, School of Allied Medical Sciences, Iran University of medical sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

² BSc student of operation room nursing, Student Research Committee, Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran.