

## بررسی نگرش مدیران ارشد بیمارستان‌ها نسبت به نظام داوطلبانه گزارش‌دهی خطاهای پزشکی

آذر کبیرزاده<sup>۱</sup> فرزاد بزرگی<sup>۲</sup> نیما معتمد<sup>۳</sup> بنیامین محسنی ساروی<sup>۴</sup>  
افشین قلی پور برادری<sup>۵</sup> مصطفی دهبندی<sup>۶</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** در کشور ما برآورد واقعی از میزان خطاهای رخ داده وجود نداشته و به نظر می‌رسد وجود نگرش نامتناسب با این تفکر مانع اصلی گزارش خطاها باشد. با توجه به نقش مدیر در عملیات اجرایی هر موسسه، این مطالعه با هدف بررسی نگرش مدیران ارشد دانشگاه علوم پزشکی مازندران نسبت به گزارش‌دهی داوطلبانه خطا انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی و مقطعی است که به صورت سرشماری از روسا، مدیران، روسای پرستاری (مترون)، سوپروایزرها و سر پرستاران از ۳۲ بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران پرسشگری شد. پرسشنامه‌ای خود ایفا در دو بخش و شامل سوالات بسته جهت تعیین تجربه از خطای پزشکی و همچنین بررسی نگرش ایشان در خصوص گزارش‌دهی داوطلبانه خطاهای پزشکی در بیمارستان به کار برده شد. پرسشنامه بر اساس مروری بر مطالعات و اهداف تحقیق طراحی و دارای روایی صوری و در مطالعه مقدماتی دارای ضریب پایایی ۰/۷۹۶ بود.

**یافته‌ها:** از تعداد ۲۷۸ مورد (۵۴ درصد) پرسشنامه گردآوری شده، ۳۹/۶ درصد مدیران تجربه خطای پزشکی را داشته و ۶۸/۴ درصد بیان داشته‌اند که در بیمارستانی که آنان کار می‌کنند، خطاها گزارش می‌شود. سنجش نگرش مدیران نشان داد اکثر آنان (۹۵/۷ درصد) معتقدند که گزارش‌دهی خطاهای پزشکی باعث بهبود ایمنی بیمار خواهد شد. در خصوص "نیاز به رویکرد متفاوت در سیاست‌های اجرایی" ۸۹/۶ مدیران نظر موافق داشتند. همچنین ۸۵ درصد نیز "رویکرد تنبیهی صرف" را برای جلوگیری از رخداد مجدد خطای بی‌تاثیر دانسته‌اند.

**استنتاج:** اکثریت مدیران با اجرای سیستمی برای گزارش‌دهی و آنالیز خطاهای پزشکی موافقت دارند. به نظر می‌رسد، نهادینه کردن فرهنگ گزارش‌دهی و بررسی خطاها به صورت سیستماتیک و غیر فردی اولین قدم در تحقق این مهم باشد.

**واژه‌های کلیدی:** گزارش واقعه، نگرش، خطای پزشکی، ایمنی بیمار

### مقدمه

اقدامات پزشکی از یک تزریق ساده تا عمل جراحی پیچیده ممکن است با خطا همراه باشد. خطا عبارت است از اخلاق در کامل کردن یک روند برنامه‌ریزی شده به نحوی که اقدام مورد نظر بر اساس آن برنامه

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۵۹-۸۹ است که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تامین شده است.

Email: gholipourafshin@yahoo.com

**مؤلف مسئول:** افشین قلی پور - ساری: بلوار ارتش، مرکز آموزشی درمانی فاطمه الزهرا، گروه بیهوشی

۱. گروه مدارک پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۲. گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۳. گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۴. گروه مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۵. گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۶. پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۲/۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۰/۳/۱۶ تاریخ تصویب: ۹۰/۷/۶

پیش نرود و یا کاربرد یک برنامه اشتباه در راه رسیدن به یک هدف مشخص، که در این میان عارضه ناخوشایند عبارت است از ایجاد آسیب برای بیمار که ناشی از مدیریت پزشکی باشد و ارتباطی به بیماری زمینه ای او ندارد(۱).

مقوله خطای عملکرد، موضوعی است که توسط بسیاری از افراد بشر پدید می آید و جامعه پزشکی نیز از آن مستثنی نیست(۱). بنابر گزارش سال ۱۹۹۹ میلادی انستیتوی طب، در ایالات متحده ۴۴ تا ۹۸ هزار مرگ یا صدمه در اثر خطای پزشکی رخ داده و سومین علت شایع مرگ گزارش شده است(۲). بنا بر این مدیریت سلامت نیز همانند سایر نظام های اجرایی در دنیا سالم و بی خطر نبوده و نخواهد بود(۱). در اجرای اقداماتی که ملزم به رعایت دقت هستند، در صورتی که احتمالی بوجود آید ممکن است منجر به بروز خطا شود. خطا ممکن است فردی یا سیستمیک باشد به هر حال کاهش موارد و در صورت بروز، اثرات آن بر بیمار از اهمیت ویژه ای برخوردار است(۴-۱). بعد از اعلام گزارش خطا، اولین اقدامی که انجام می شود تنبیه افراد خطا کار است که واضح ترین پیامد این روند هراس از تنبیه و در نتیجه عدم گزارش خطاها می باشد(۱). اما در صورتی که سیستمی طراحی شود که بتوان از حالت عدم گزارش به فرهنگ گزارش دهی داوطلبانه تغییر جهت داد، شاید شاهد ارتقاء پیشگیری از بروز خطا باشیم. صدقیانی در خصوص خطاها و اهمیت آن اشاره می کند که یکی از مفاد ارزشیابی بیمارستان ها که گروه همگنان باید به آن توجه کنند و جود فرم گزارش خطا و تحلیل آن و همچنین پیامد بررسی گزارش در قالب نتایج آن بر سیستم ارائه خدمت می باشد. استراتژی کلیدی استفاده از گزارش وقایع، مشخص کردن نوع واقعه و آموختن از آن ها می باشد(۴). همچنین سیستم گزارش دهی در برخی از کشورها فعالیت بسیار وسیع داشته و آنالیزهای موردی را برای درس گرفتن از وقایع بوجود آمده لازم می دانند(۹-۵).

در خصوص مزایا و پیامدهای وجود سیستم گزارش دهی و تحلیل خطاها تا کنون مطالعاتی انجام شده است. در مطالعه Hirose با بررسی توصیفی ۶۸۸۰ مورد گزارش خطا، مشخص گردید ۳۹/۳ درصد گزارشات متعلق به پرستاران و بقیه به پزشکان بود. در این مطالعه که به وقفه زمانی وقوع حادثه تازمان گزارش آن پرداخته شده، نشان داد وقفه زمانی گزارشات پزشکان نسبت به پرستاران به طور معنی داری بیشتر بوده است(۵). در مطالعه Baker در کانادا نتایج نشان داد که از ۲۵۵ بیماری که تجربه حوادث مضر را داشته اند ۱۰۶ مورد (۴۱/۶ درصد) آسیب دیده و از موارد مرگ ۲۰/۸ درصد آن ها قابل پیشگیری بوده است(۱۰). در مطالعه Furukawa از حدود ۷۸ درصد گزارشات وقایع، ۵۰ درصد آن ها در مورد دادن، توزیع و تجویز دارو بوده است(۱۱). در مطالعه ولیزاده اشاره شده که ۷۴/۱ درصد موارد پرونده های بررسی شده، توصیه لازم در مورد اجرای دستورات دارویی قید نشده و در ۶/۳ درصد نیز دستور دارویی توسط پرستار اجرا نشده بود(۱۲).

در حال حاضر در سیستم بهداشت و درمان کشور ایران سیستم گزارش دهی خطاها به صورت یک نظام وجود ندارد(۱). از طرفی اهمیت و مزایای آن در کشورهای صاحب تجربه پوشیده نیست(۹-۵). به طور یقین در برنامه های مراقبتی ایران نیز خطا وجود دارد، ولی درس هایی که از طریق این خطاها می توان گرفت در بین موارد عدم گزارش به منظور حفظ حیثیت و آبروی بیمارستان و همچنین ترس از روند تنبیهی موجود که با مخفی کاری توأم می گردد، مسکوت مانده است. از طرفی مدیران ارشد بیمارستان ها به عنوان اولین سیستم نظارتی می توانند نقش بسزایی در ایجاد روند گزارش دهی داشته باشند. به طور مثال اگر در روند دادن دارو پرستار دچار اشتباه شود و سرپرستار را در جریان خطای رخ داده قرار دهد، سرپرستار نیز سوپروایزر و مترون را در حل مسئله مشارکت دهد، همچنین پزشک و رئیس بخش جهت ایجاد یک سیستم راه حل و مشاوره مداخله

داده شوند، نه تنها دستیابی به راهکار ساده تر، بلکه بهترین روند انتخاب خواهد شد. در ادامه این روند، به نظر می‌رسد اگر مدیران نگرش مناسبی را دارا باشند، نقش مهمی را در گزارش خطای ایفا می‌کنند. به عبارتی دیگر در صورتی که مدیر دارای نگرش حفظ ایمنی بیمار باشد، شاید خودش موارد خطا را برای عبرت و آموزش دیگران داوطلبانه در پنل‌های عمومی بیمارستان مطرح و به مقامات ذیصلاح، برای بررسی‌های وسیع‌تر گزارش کند. لذا در این مطالعه مایل هستیم تا نگرش مدیران ارشد بیمارستان‌ها را در خصوص ایجاد سیستم گزارش‌دهی داوطلبانه جویا شویم. نتایج این تحقیق می‌تواند ابزاری برای شناساندن روند گزارش‌دهی خطاها برای درس گرفتن از آن‌ها به مدیرانی که از آن بی‌اطلاع هستند بوده و همچنین مدیران مطلع را ترغیب به استفاده از نتایج آن در روند پیشگیری نماید.

در مورد خطای پزشکی که پاسخ‌ها به سه صورت "بلی"، "خیر" یا "نمی‌دانم" بود. قسمت دوم نیز؛ متشکل از ۱۸ سوال که در آن نگرش فرد به صورت "کاملاً موافق=نمره ۴"، "موافق=نمره ۳"، "مخالف=نمره ۲" و "کاملاً مخالف=نمره ۱" سنجیده شد. با توجه به جهت منفی سوالات ۱۱، ۱۲ و ۳۲ نحوه نمره‌دهی گزینه‌ها به صورت معکوس بود. نحوه امتیاز به نگرش ۱ تا ۱۸ نگرش ممتنع، ۱۹ تا ۵۴ نگرش منفی و ۵۵ تا ۹۰ نگرش مثبت بوده است. روایی محتوا توسط مدیران و اساتید خدمات بهداشتی درمانی از جهت مربوط بودن سوالات با موضوع تحقیق مورد تایید قرار گرفت. همچنین در مطالعه مقدماتی روایی پرسشنامه از جهت موارد مفهوم بودن یک یک سوالات، احترام‌آمیز بودن آن‌ها با نظرخواهی از ۳۰ نفر از مدیران ارشد بیمارستان‌های استان گلستان (خارج از نمونه تحقیقات)، بررسی شد. به منظور تکرار پذیری پرسشنامه در دو مرحله با فاصله دو هفته‌ای در اختیار مدیران مطالعه مقدماتی قرار گرفته که با استفاده از آزمون مجدد بررسی گردید. سه عدد از سوالات که از پایایی برخوردار نبودند حذف و در مجموع ۱۸ سوال برای این مطالعه در پرسشنامه در نظر گرفته شد. برای بررسی همگونی داخلی سوالات از ضریب آلفای کرونباخ استفاده که با ضریب آلفای مساوی ۰/۷۹۶ تایید شد. روش کار به این صورت بود که جهت جمع‌آوری داده‌ها، به صورت حضوری به هر ۳۲ بیمارستان تابعه دانشگاه علوم پزشکی مازندران مراجعه و پرسشنامه را در اختیار قرار گذاشته و پس از گذشت چند روز با مراجعه مجدد پرسشنامه‌های تکمیل شده تحویل گرفته شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ و روش‌های آماری توصیفی و آزمون دو جمله‌ای در سطح معنی‌داری  $p < 0/05$  آنالیز شد.

## یافته‌ها

از ۵۰۸ نفری که پرسشنامه به آنان داده شد، ۲۷۸

داده شوند، نه تنها دستیابی به راهکار ساده تر، بلکه بهترین روند انتخاب خواهد شد. در ادامه این روند، به نظر می‌رسد اگر مدیران نگرش مناسبی را دارا باشند، نقش مهمی را در گزارش خطای ایفا می‌کنند. به عبارتی دیگر در صورتی که مدیر دارای نگرش حفظ ایمنی بیمار باشد، شاید خودش موارد خطا را برای عبرت و آموزش دیگران داوطلبانه در پنل‌های عمومی بیمارستان مطرح و به مقامات ذیصلاح، برای بررسی‌های وسیع‌تر گزارش کند. لذا در این مطالعه مایل هستیم تا نگرش مدیران ارشد بیمارستان‌ها را در خصوص ایجاد سیستم گزارش‌دهی داوطلبانه جویا شویم. نتایج این تحقیق می‌تواند ابزاری برای شناساندن روند گزارش‌دهی خطاها برای درس گرفتن از آن‌ها به مدیرانی که از آن بی‌اطلاع هستند بوده و همچنین مدیران مطلع را ترغیب به استفاده از نتایج آن در روند پیشگیری نماید.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی و به صورت مقطعی است که در سال ۱۳۸۹ در استان مازندران اجرا شد. از تعداد ۳۲ بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سراسر استان (دولتی، خصوصی، تامین اجتماعی و دانشگاه آزاد) شامل ۳۲ نفر رئیس، ۲۸ نفر مدیر، ۳۲ نفر مترون (رئیس پرستاری)، ۱۵۸ نفر سوپروایزر و ۲۵۸ نفر سرپرستار به صورت سرشماری پرسشگری شد. عدم تمایل به شرکت در مطالعه، عدم تکمیل پرسشنامه و عدم حضور افراد پس از سه بار مراجعه حضوری به محل کار باعث خروج افراد واجد شرایط از مطالعه شد. همچنین اگر فرد به ۵۰ درصد سوالات پاسخ نداده باشد و یا به تمام سوالات یک پاسخ داده باشد، آن پرسشنامه در آنالیز نهایی مشارکت داده نمی‌شد. این مطالعه دارای یک پرسشنامه خود ایفا که بر مبنای مروری بر مطالعات و اهداف تحقیق طراحی شده و دارای دو قسمت شامل اطلاعات زمینه‌ای و سنجش نگرش بود. قسمت اول پرسشنامه شامل ۵ سوال زمینه‌ای از تجربه قبلی مدیران

جدول شماره ۲: مقایسه بین پاسخ‌های مثبت به سوالات اطلاعات زمینه‌ای بخش اول پرسشنامه بر حسب آموزشی یا غیرآموزشی بودن بیمارستان‌ها در بررسی نگرش مدیران ارشد بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مازندران نسبت به سیستم گزارش‌دهی داوطلبانه خطا

متغیر	بیمارستان آموزشی		جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
مواجهه با گزارش خطا	۵۱ (۲۶/۹)	۱۳۹ (۷۳/۱)	۱۹۰ (۱۰۰)
گزارش تمامی خطاها	۳۱ (۲۵/۷)	۹۰ (۷۴/۳)	۱۲۱ (۱۰۰)
تجربه شخصی خطا پزشکی	۳۰ (۲۷/۲)	۸۰ (۷۲/۸)	۱۱۰ (۱۰۰)
گزارش خطای خود	۳۱ (۲۹)	۷۶ (۷۱)	۱۰۷ (۱۰۰)
تنبیه برای جلوگیری از خطا	۱۰ (۴۰)	۱۵ (۶۰)	۲۵ (۱۰۰)

نفر (۵۴ درصد) پرسشنامه را تکمیل کردند، ۲۱۸ نفر علیرغم مراجعه حضوری در محل کار خود نبودند، و تعداد ۱۲ نفر نیز پرسشنامه را تکمیل نکردند. نتایج بررسی آماری اطلاعات زمینه‌ای بخش اول پرسشنامه در جدول شماره ۱، آورده شد.

در جدول شماره ۲ مقایسه‌ای بین پاسخ‌های مثبت به سوالات اطلاعات زمینه‌ای بخش اول پرسشنامه در بررسی نگرش مدیران ارشد بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی به عمل آمده است.

جدول شماره ۱: فراوانی پاسخ‌ها به سوالات بخش اطلاعات زمینه‌ای تجربه قبلی از خطای پزشکی در بررسی نگرش مدیران ارشد بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مازندران نسبت به نظام داوطلبانه گزارش دهی خطاها

ردیف	سوال زمینه‌ای	بلی	خیر	نمی‌دانم	بدون جواب	جمع
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱	آیا تاکنون با گزارش خطا در بیمارستان یا مرکزی که فعالیت دارید مواجه شده اید؟	۱۹۰ (۶۸/۴)	۶۸ (۲۳/۴)	۱۹ (۶/۹)	۱ (۰/۳)	۲۷۸ (۱۰۰)
۲	آیا در بیمارستان شما تمام خطاها در حال حاضر گزارش می‌شود؟	۱۲۱ (۴۳/۶)	۱۰۲ (۳۶/۷)	۵۱ (۱۸/۳)	۴ (۱/۴)	۲۷۸ (۱۰۰)
۳	آیا خود شما تاکنون تجربه خطای پزشکی را داشته اید؟	۱۱۰ (۳۹/۶)	۱۵۸ (۵۷)	۷ (۲/۳)	۳ (۱/۱)	۲۷۸ (۱۰۰)
۴	آیا خطای خود را گزارش کرده اید؟	۱۰۷ (۳۸/۷)	۱۵۶ (۵۶/۱)	۱۰ (۳/۵)	۵ (۱/۷)	۲۷۸ (۱۰۰)
۵	آیا صرف تنبیه افراد می‌تواند برای پیشگیری از خطا کافی می‌باشد؟	۲۵ (۸/۹)	۲۴۲ (۸۷)	۷ (۲/۶)	۴ (۱/۵)	۲۷۸ (۱۰۰)

جدول شماره ۳: فراوانی پاسخ‌ها به سوالات نگرش در بررسی نگرش مدیران ارشد بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مازندران نسبت به نظام داوطلبانه گزارش دهی خطاها

ردیف	سوالات نگرش	کاملاً موافق		مخالف		بدون پاسخ		پاسخ‌های موافق و کاملاً پاسخ‌های موافق و کاملاً	
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
۱	مطلوب بودن سیاست‌های فعلی	۳۶ (۱۲/۹)	۱۰۴ (۳۷/۴)	۱۷ (۱/۶)	۱۲۰ (۴۳/۲)	۱ (۰/۴)	۳۸ (۱۳/۵)	۱۰۲ (۳۷)	۱۰۲ (۳۷)
۲	نیاز به رویکرد متفاوت	۸۷ (۳۱/۳)	۱۶۲ (۵۸/۳)	۱ (۰/۴)	۲۲ (۷/۹)	۶ (۲/۲)	۵۹ (۲۱/۹)	۱۹۰ (۶۹)	۱۹۰ (۶۹)
۳	قابل قبول بودن میزان خطاها	۲۷ (۹/۷)	۱۸۱ (۶۵/۱)	۳ (۱/۱)	۵۲ (۱۸/۷)	۱۵ (۵/۴)	۴۸ (۱۷/۶)	۱۶۰ (۵۸)	۱۶۰ (۵۸)
۴	آگاه کردن از هزینه خطا	۱۴۳ (۵۱/۴)	۱۲۱ (۴۳/۵)	۲ (۰/۷)	۱۲ (۴/۳)	۰ (۰)	۶۲ (۲۲/۳)	۲۰۲ (۷۳)	۲۰۲ (۷۳)
۵	آتالیز خطاها در سطح بیمارستان	۱۳۶ (۴۸/۹)	۱۳۰ (۴۶/۸)	۲ (۰/۷)	۱۰ (۳/۶)	۰ (۰)	۶۵ (۲۳/۷)	۲۰۱ (۷۳)	۲۰۱ (۷۳)
۶	آتالیز داده‌ها در سطح دانشگاه	۱۱۳ (۴۰/۶)	۱۴۶ (۵۲/۵)	۱ (۰/۴)	۱۷ (۶/۱)	۱ (۰/۴)	۶۵ (۲۳/۷)	۱۹۴ (۷۱)	۱۹۴ (۷۱)
۷	وب سایت برای به اشتراک گذاشتن خطاها	۱۴۳ (۵۱/۴)	۱۱۶ (۴۱/۷)	۲ (۰/۷)	۱۵ (۵/۴)	۲ (۰/۷)	۶۲ (۲۲/۳)	۱۹۷ (۷۱)	۱۹۷ (۷۱)
۸	نیاز به آموزش	۱۸۲ (۶۵/۵)	۹۰ (۳۲/۴)	۰ (۰)	۶ (۲/۲)	۰ (۰)	۶۴ (۲۳/۳)	۲۰۸ (۷۶)	۲۰۸ (۷۶)
۹	بهبود ایمنی با گزارش خطا	۱۶۴ (۵۹/۰)	۱۰۲ (۳۶/۷)	۰ (۰)	۷ (۲/۵)	۵ (۱/۸)	۶۰ (۲۲/۲)	۲۰۶ (۷۵)	۲۰۶ (۷۵)
۱۰	لزوم گزارش تمامی خطاها	۱۱۱ (۳۹/۹)	۱۱۸ (۴۲/۴)	۶ (۲/۲)	۳۹ (۱۴/۰)	۴ (۱/۴)	۵۴ (۱۹/۷)	۱۷۵ (۶۳)	۱۷۵ (۶۳)
۱۱	ثبت خطا در پرونده کارمندی	۳۱ (۱۱/۲)	۹۴ (۳۳/۸)	۲ (۰/۷)	۱۰۴ (۳۷/۴)	۲ (۰/۷)	۳۲ (۱۱/۴)	۹۳ (۳۴)	۹۳ (۳۴)
۱۲	لزوم سیاست‌های تنبیهی	۸۱ (۲۹/۱)	۱۵۵ (۵۵/۷)	۸ (۲/۹)	۳۴ (۱۲/۲)	۰ (۰)	۵۶ (۲۰/۳)	۱۸۱ (۶۶)	۱۸۱ (۶۶)
۱۳	برخورد با اشتباهات مافوق	۶۸ (۲۴/۵)	۱۴۸ (۵۳/۲)	۷ (۲/۵)	۵۳ (۱۹/۱)	۲ (۰/۷)	۵۱ (۱۸/۷)	۱۶۵ (۶۰)	۱۶۵ (۶۰)
۱۴	ایجاد فرهنگ مدیریتی باز	۱۱۵ (۴۱/۴)	۱۵۰ (۵۴/۰)	۱ (۰/۴)	۱۱ (۴/۰)	۱ (۰/۴)	۵۸ (۲۱/۳)	۲۰۷ (۷۵)	۲۰۷ (۷۵)
۱۵	مشارکت بیماران در درمان	۷۸ (۲۸)	۱۳۹ (۵۰)	۱۳ (۴/۶)	۴۵ (۱۶/۱)	۳ (۱)	۶۷ (۲۴/۳)	۱۶۰ (۵۸)	۱۶۰ (۵۸)
۱۶	سیستم عنبرخواهی و جریان خسارت بیمار	۶۵ (۲۳/۳)	۱۳۵ (۴۸/۵)	۱۹ (۶/۸)	۵۷ (۲۰/۶)	۲ (۰/۷)	۴۶ (۱۶/۷)	۱۵۴ (۵۶)	۱۵۴ (۵۶)
۱۷	بیمار را در جریان خطا گذاشتن	۸۲ (۲۹/۵)	۱۶۷ (۶۰/۱)	۴ (۱/۴)	۱۸ (۶/۵)	۷ (۲/۵)	۶۳ (۲۳)	۱۸۶ (۶۸)	۱۸۶ (۶۸)
۱۸	امکان استفاده از تجربیات سایر صنایع	۴۲ (۱۵/۱)	۸۷ (۳۱/۳)	۲۷ (۹/۷)	۸۶ (۳۰/۹)	۳۶ (۱۲/۹)	۳۳ (۱۲)	۹۶ (۳۵)	۹۶ (۳۵)

نتایج این مطالعه نشان داد ۱۰۷ نفر (۳۸/۸ درصد) از مدیران خطای خود را گزارش و در مقابل ۱۵۶ نفر (۵۶/۱ درصد) عدم موارد گزارش مشاهده شده است، که با روند تنبیهی فعلی طبیعی به نظر می‌رسد. لزوم ایجاد نگرش و رفتاری متفاوت برای اعلام موارد خطا در این جا برای همه طرفداران امنیت بیمار مسجل می‌گردد.

نتایج نشان داد اغلب مدیران با وجود صرف رفتار تنبیهی موافقت نداشته و می‌توان حدس زد که بستر روندهای تحلیلی و آموزشی برای بهبود کاهش خطاهای پزشکی و وضع بیمار مهیا شده است. در این رابطه دباغ اشاره می‌کند که بخش مهم و حیاتی در بررسی و آنالیز خطاهای پزشکی تحلیل سیستمیک علل و اسباب خطا است (۱). در این روند از متهم کردن فرد به صورت صرف، خودداری و عیوب به صورت سیستمیک بررسی خواهد شد (۱). همچنین در این مطالعه تعداد ۲۷۲ مدیران موافق آموزش بوده اند.

در این مطالعه نتایج نشان داد که اغلب مدیران با ضرورت رویکردی متفاوت برای بررسی خطای پزشکی موافقت دارند. در مقاله دباغ نیز به وجود یک سیستم تحلیلی برای بررسی خطاهای پزشکی اشاره شده است (۱). ولی زاده و زند نیز اشاره کردند که تحلیل خطاهای رخ داده در مقاله ایشان نشان می‌دهد که کارکنان نیاز به باز آموزی و آموزش دارند (۱۲، ۱۵). همچنین در مطالعه دلفان نیز اشاره شد، گنجاندن آموزش مضامین خطای پزشکی برای گروه‌های پزشکی در دروس آن‌ها ضروری است (۲).

در این مطالعه اغلب مدیران موافق وجود وب سایت برای به اشتراک گذاشتن خطاهای پزشکی خود هستند. در مطالعه هاچه سو اشاره شده است که استفاده از فن آوری جدید روز مانند ثبت دستورات پزشکی آنلاین که به سیستم هشدار دهنده و خبره مجهز باشند می‌تواند درصد زیادی از تداخل‌های دارویی را کاهش دهد (۳).

نتایج سنجش نگرش در جدول شماره ۳ آورده شده است. نتایج نشان می‌دهد که مدیران در پاسخ به کلیه سوالات به غیر از سوال ۱۱ (ثبت خطا در پرونده کارمند) بیش از ۵۰ درصد کاملاً موافق و موافق هستند که این نگرش مثبت می‌تواند شرایط مناسبی برای ایجاد سیستم گزارش خطا باشد. در پاسخ به سوال "نیاز آموزش کادر درمانی در رابطه با خطا و نحوه پیشگیری از آن از نظر شرکت کنندگان در تحقیق" ۲۷۲ نفر (۹۴ درصد) بالاترین میزان موافقت را داشته‌اند. با استفاده از آزمون دو جمله‌ای در سه مورد از متغیرها شامل "مطلوب بودن سیاست‌های فعلی"، "ثبت خطا در پرونده کارمند" و امکان استفاده از تجارب سایر صنایع" و مقادیر p-value به ترتیب ۰/۹۰۴، ۰/۱۳۲ و ۰/۳۳۵ تفاوت معنی‌داری بین نگرش مثبت و منفی وجود نداشت و در سایر متغیرها یعنی ۱۵ متغیر بعدی تفاوت معنی‌دار بود ( $p=0/000$ ) یعنی توافق با متغیر بیشتر از مخالفت بود.

## بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که ۱۹۰ نفر (۶۸/۳ درصد) از مدیران ارشد، تجربه گزارش خطای پزشکی را در بیمارستان خود داشته‌اند. به نظر محققین بقیه مدیرانی که تجربه آن را نداشته‌اند، شاید یکی از دلایل آن کم بودن عمر دوره مدیریت در کشور ایران باشد و تعداد خطاها بیشتر از این تعدادی است که توسط مدیران تجربه شده است و شاید این‌ها همه مواردی بوده که خطا به صورت آشکار اثراتی را برای بیمار به دنبال داشته که مشکل از بخش به مدیریت بیمارستان منتقل و آن‌ها نیز در جریان قرار گرفته‌اند. البته همان‌طور که در اغلب منابع نیز قید شده، به دلیل این که در غالب اوقات اولین روش مداخله برای هر مورد خطای پزشکی روند تنبیهی پرسنل است، لذا به نظر می‌رسد رفتار تدافعی افراد در قالب عدم گزارش یا لاپوشانی کردن خطا رفتار بدیهی می‌باشد (۱۳، ۱۴).

نشست‌های مدیریتی و علمی برای به حداقل رساندن عوامل اصلی در بروز خطاها و نهادی برای حمایت معنوی از فرد خطا کار و بیمار حادثه دیده از دیگر اهدافی است که این کمیته می‌تواند در رسیدن به آن راهگشا باشد.

### سپاسگزاری

این مقاله نتیجه پایان نامه آقای مصطفی دهنبدی دانشجوی پزشکی می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام گردید. ضمناً از مشاوره و راهنمایی آقای ابراهیم باقریان فرح آبادی عضو هیات علمی دانشگاه آزاد واحد ساری نیز تشکر می‌گردد.

### References

- Dabbagh A, Akbari ME, Fathi M. Medical errors in health system. J Army Univ Med Sci I.R. Iran 2006; 4(3): 957-966 (Persian).
- Delphan B, Mosaddegh AA, Batebi R, Haydar Najafi F, Ahmmadi M. Necessity of education of medical error in the view of general practitioner working in Lorestan-2006. Yafteh 2008; 10(1): 19-22 (Persian).
- Rezaee Hacheso P, Habibi Sh, Fzonkhah Sh. Information technology and medical error: correction methods. Health Inf Manage 2007; 4(1): 89-98 (Persian).
- Sadaghyani E. Evaluation and accreditation standards of hospitals (a JCAHO model). 1<sup>st</sup> edition, Tehran: Insurance research institute; 2003. pp. 57-65 (Persian).
- Hirose M, Regenbogen ES, Lipsitz S, Lmanaka Y, Ishizaki T, Sekimoto M, et al. Lag time in incident reporting system at a university hospital in Japan. Qual Saf Health Care 2007; 16(2): 101-104.
- Hughes RG, Oritz E. Medication errors: Why they happen and how they can be prevented. Am J Nurs 2005; 105(3 Suppl): 14-24.
- Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272(23): 1851-1857.
- Ahluwalia J, Marriott L. Clinical incident reporting system. Semin Fetal Neonatal Med 2005; 10(1): 31-37.
- Tighe MC, Woloshynowych M, Brown MB R, Wears B, Vincent Ch. Incident reporting in one UK accident and emergency department. Accid Emergen Nurs 2006; 14(1): 27-37.
- Baker CR, Norton GP, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. JAMC 2004; 170(11): 1678-1686.
- Furukawa H, Bunko H, Tsuchiya F, Miyamoto K. Voluntary Medication error reporting program in Japanese national university hospital. Ann Pharmacother 2003; 37(11): 1716-1722.
- Valizadeh F, Ghasemi SF, Mohsenzadeh A. Errors in medication orders and nursing staff report in medical notes of children. Iran J

- Pediatr 2008; 18(1 Suppl): 33-40 (Persian).
13. Hashemi F, Shool AR. A case report of medication error and ethical aspect on survey. J Med Hist Ethics 2009; 2(2): 77-83 (Persian).
  14. Sozani A, Bagheri H, Pour Haydari Ma. Medication error and its causes; nurses idea who are working in hospitals of Shahrood University of medical sciences. Knowledge and Health 2007; 3(2): 8-13 (Persian).
  15. Zand S, Fakhar Ebrahimi HR. Malpractices in emergency department and head injury patients in Vali Asr hospital of Arack city during 2005. Sci J Forensic Med 2008; 14(2): 85-91 (Persian).

Archive of SID