

فراوانی خطاهای پزشکی گزارش شده در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۹۳

رحیم بقایی^۱، حبیب اله پیرنژاد^۲، شیوا پورسردار^{۳*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۳/۰۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۵/۲۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: افزایش خطاهای پزشکی؛ عامل بسیاری از مرگ‌های قابل‌اجتناب است که اهمیت و ضرورت تحقیق در خصوص آن را دوچندان می‌کند؛ لذا مطالعه حاضر باهدف، تعیین فراوانی خطاهای پزشکی گزارش شده در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۱۳۹۳ انجام شد. **مواد و روش کار:** در این مطالعه توصیفی گذشته‌نگر؛ کلیه خطاهای پزشکی گزارش شده توسط کارکنان مراکز آموزشی درمانی ارومیه موردبررسی قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها؛ فرم مصوب وزارت بهداشت و درمان بود که خطاهای اتفاق افتاده گزارش شده بود. نهایتاً داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS16 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: تعداد خطاهای پزشکی گزارش شده در سال ۱۳۹۳، ۸۴ مورد بود که یک مورد (۱/۲ درصد) منجر به مرگ و ۵۳ مورد (۶۳/۱ درصد) منجر به آسیب شده بود. بیشترین گزارش خطا (۴۵/۲ درصد) مربوط به مرکز تروما بود. بیشترین عامل خطای گزارش شده توسط پرستاران (۴۶/۴ درصد) و بیشترین خطای گزارش شده مربوط به خطاهای دارویی (۴۲/۹ درصد) بودند. از بین خطاهای دارویی؛ دادن داروی اشتباه (۲۱/۴ درصد) بیش از سایر خطاها گزارش گردید. **نتیجه‌گیری:** تعداد خطاها در مقایسه با کشورهای پیشرفته خیلی کمتر بود. لذا به نظر می‌رسد با بالا بردن فرهنگ ایمنی بیمار و از بین بردن شبه ترس از تنبیه شدن؛ می‌توان با افزایش گزارش خطا و درس گرفتن از آن؛ از میزان خطاها در آینده پیشگیری کرد. **کلمات کلیدی:** خطاهای پزشکی، بیمارستان آموزشی، خود گزارش دهی خطا

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره هفتم، پی‌درپی ۱۰۸، مهر ۱۳۹۷، ص ۵۰۷-۵۰۱

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده نازلو، پردیس دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری ارومیه، تلفن: ۰۹۱۴۱۴۹۹۰۹۸

Email: shivapoursardar@gmail.com

مقدمه

ایمن مراقبتی است که عاری از هرگونه آسیب به بیمار باشد (۵). از هر ۱۰ بیمار، یک نفر حین دریافت مراقبت‌های پزشکی در بیمارستان‌های مجهز کشورهای پیشرفته، در معرض خطا و آسیب قرار می‌گیرد ولی در کشورهای درحال توسعه، به دلیل کمبودهای زیرساختی، فناوری و مالی خطر آسیب به بیمار بیشتر است (۶).

خطای پزشکی می‌تواند توسط هرکسی از اعضا تیم سلامت مانند پزشک، پرستار، داروساز و غیره یا در هرزمانی از فرآیند مراقبتی از بیمار، مانند پیشگیری، تشخیص و یا درمان اتفاق بیفتد (۷). حیطة پرستاری به دلیل این‌که بیشترین سطح تماس

خطا جزء لاینفک زندگی انسان است لذا هر نظامی به‌طور ذاتی مستعد بروز خطاست (۱). علی‌رغم پیشرفت‌های قابل‌توجه در فناوری و مهارت‌های مراقبتی، بسیاری از بیماران در اثر خطاهای پزشکی دچار آسیب یا مرگ می‌شوند (۲). سازمان ایمنی بیمار در کانادا (۲۰۰۵) اتفاقات زیانباری که به‌طور غیرعمد و غیرمنتظره در حین مراقبت‌های پزشکی به وجود می‌آیند ولی قابل‌پیشگیری هستند را به‌عنوان خطا تعریف کرده است (۳).

خطاهای پزشکی و مراقبت‌های غیر ایمن از علل اصلی جراحی، ناتوانی و مرگ ده‌ها میلیون بیمار در سراسر دنیا هستند (۴). مراقبت

۱. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشیار، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
۲. دکترای پزشکی، دکترای انفورماتیک پزشکی، دانشیار، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
۳. کارشناس ارشد پرستاری ویژه، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

¹ Canadian Patient Safety Institute (CPSI)

مطالعه باهدف تعیین فراوانی خطاهای پزشکی، عامل خطا و نوع خطا و درجه آسیب خطا انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت توصیفی گذشته‌نگر انجام گرفته است. بدین منظور جمع‌آوری داده‌ها از فرم‌های گزارش خطا، مصوب دانشگاه علوم پزشکی استان بر اساس فرم ارسالی وزارت متبوع، موجود در واحد بهبود کیفیت، که کارکنان عمدتاً به‌طور اختیاری و در موارد کمتر به‌طور اجباری مورد خطای خود را گزارش کرده بودند، انجام شد. فرم شامل اطلاعات کلی در مورد نام بیمارستان، نام بخش، نوع خطا، علت خطا، سمت خطاکننده، آسیب ناشی از خطا، امکان وقوع مجدد خطا و پیشنهاد جهت جلوگیری از بروز مجدد خطا بود. برای رعایت اصل رازداری، ثبت اطلاعات در فرم‌ها بدون ذکر نام صورت گرفت. کلیه داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS¹⁶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه نشان داد که تعداد کلی خطاهای پزشکی گزارش شده در سال ۱۳۹۳، ۸۴ مورد بود. بیشترین و کمترین خطاهای گزارش شده به ترتیب در مرکز آموزشی درمانی امام خمینی با ۳۸ مورد (۴۵/۲ درصد) و مرکز آموزشی درمانی طالقانی با شش مورد (۷/۱ درصد) بود (جدول شماره ۱).

مراقبتی و درمانی را با مددجویان دارد مهم است (۸). در بخش‌های اورژانس چند ایالت آمریکا در فاصله سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۴، در مجموع ۵۴ درصد پرستاران و ۲۴ درصد پزشکان مسئول کل خطاهای دارویی اتفاق افتاده بودند (۹). طبق مطالعه‌ای در آمریکا خطاهای پزشکی منجر به مرگ در بیماران بستری حدود ۲۱۰۰۰۰ مورد در طول یک سال بودند (۱۰). خطاهای پزشکی نرخ رو به رشد دارند. به طوری که در آمریکا، در سال ۲۰۱۲، حدود ۲۰۰۰۰۰ بیمار ناشی از خطاهای پزشکی جان سپردند (۱۱). اکنون خطاهای پزشکی سومین علت مرگ در آمریکا در سال ۲۰۱۶ می‌باشند (۷) حجم بالای بیماران و خصوصاً سالمندان، محدودیت منابع، تجهیزات پیچیده از علل افزایش خطاهای پزشکی در سیستم درمان است. خطاهای پزشکی سبب بی‌اعتمادی مردم به سیستم‌های درمانی شده (۱۲) و علاوه بر آن اقتصاد نظام سلامت را نیز تهدید می‌کنند (۱۳). هزینه مستقیم خطاهای پزشکی در سال ۲۰۱۰ در آمریکا، به میزان ۵۵/۶ بلیون دلار بود (۱۴). از پیامدهای دیگر خطاها، طولانی شدن مدت بستری بیمار، بروز عفونت‌های بیمارستانی، بروز ناتوانی، بالا رفتن میزان شکایات، نارضایتی و بی‌اعتمادی بیماران و تحمیل هزینه‌های گزاف به بیمار است (۱۵). نظر به افزایش میزان شکایت از خطاهای پزشکی تیم سلامت در استان آذربایجان غربی (۱۶)، شناسایی علل آسیب‌زا به همان اندازه پیشگیری از آن علل مهم هستند. لذا این

جدول (۱): فراوانی خطاهای پزشکی گزارش شده در مراکز آموزشی درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۳

فراوانی نسبی	تعداد	مرکز آموزشی درمانی
۴۵/۲۴	۳۸	امام خمینی
۲۱/۴۳	۱۸	سیدالشهدا
۷/۱۴	۶	طالقانی
۱۵/۴۸	۱۳	مطهری
۱۰/۷۱	۹	روان پزشکی
۱۰۰	۸۴	جمع

همچنین بیشترین و کمترین موارد خطای گزارش شده در مراکز، به ترتیب مربوط به خطاهای دارویی با ۳۶ مورد (۴۲/۹ درصد) و خطاهای جراحی با یک مورد (۱/۲ درصد) بودند (جدول شماره ۲).

جدول (۲): فراوانی انواع خطاهای پزشکی گزارش شده در مراکز آموزشی درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۳

فراوانی نسبی	تعداد	خطاهای پزشکی نوع خطا
۴۲/۹	۳۶	دارویی
۱۰/۷	۹	پروسیجر اشتباه
۱۰/۷	۹	تجهیزات
۴/۸	۴	تشخیص اشتباه
۱۰/۷	۹	پاراکلینیکی
۸/۳	۷	تزریق خون
۱/۲	۱	جراحی
۱۰/۷	۹	سقوط از تخت
۱۰۰	۸۴	جمع

اشتباه، ۱۸ مورد (۲۱/۴ درصد) و روش اشتباه ۱ مورد (۱/۲ درصد) بودند (جدول شماره ۳).

از ۸۴ مورد خطاهای گزارش شده، ۳۶ مورد مربوط به خطاهای دارویی و ۴۸ مورد دیگر خطاهای غیر دارویی بودند. از بین خطاهای دارویی، بیشترین و کمترین مورد خطا به ترتیب عبارتند از: داروی

جدول (۳): فراوانی انواع خطاهای دارویی گزارش شده در مراکز آموزشی درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۳

فراوانی نسبی	تعداد	خطاهای پزشکی انواع خطای دارویی
۲۱/۴	۱۸	داروی اشتباه
۴/۸	۴	دوز اشتباه
۱۱/۹	۱۰	بیمار اشتباه
۳/۶	۳	ندادن دارو
۱/۲	۱	روش اشتباه
۵۷/۱	۴۸	موردی نداشت
۱۰۰	۸۴	جمع

رادیولوژی و تکنسین داروخانه و بیمار با دو مورد (۲/۴ درصد) بوده است (جدول شماره ۴).

در خصوص عامل خطا، بیشترین و کمترین موارد عامل خطای گزارش شده به ترتیب پرستاران با ۳۹ مورد (۴۶/۴ درصد) و تکنسین

جدول (۴): فراوانی خطاهای گزارش شده برحسب عامل خطا در مراکز آموزشی درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۳

فراوانی نسبی	تعداد	خطاهای پزشکی عامل خطا
۹/۵	۸	پزشک
۹/۵	۸	تکنسین آزمایشگاه
۲/۴	۲	تکنسین رادیولوژی
۲/۴	۲	بیمار
۱۴/۳	۱۲	دانشجوی پزشکی
۴۶/۴	۳۹	پرستار
۱۳/۱	۱۱	کمک پرستار
۲/۴	۲	تکنسین داروخانه
۱۰۰	۸۴	جمع کل

از حیث درجه آسیب خطا، بیشترین فراوانی درجه آسیب، مربوط به آسیب با عوارض قابل برگشت ۴۳ مورد (۵۱/۲ درصد) و کمترین فراوانی درجه آسیب مربوط به مرگ، یک مورد (۱/۲ درصد) گزارش شده بود (جدول شماره ۵).

جدول (۵): فراوانی خطاهای گزارش شده از حیث درجه آسیب خطا در مراکز آموزشی درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۳

فراوانی نسبی	تعداد	خطاهای پزشکی درجه آسیب خطا
۳۵/۷	۳۰	بدون آسیب
۵۱/۲	۴۳	آسیب با عوارض قابل برگشت
۱۱/۹	۱۰	آسیب با عوارض غیر قابل برگشت
۱/۲	۱	مرگ
۱۰۰	۸۴	جمع

بحث و نتیجه گیری

پزشک و ۶۱ درصد مربوط به تجویز دارو توسط پرستاران بود (۱۹). در مطالعه بقایی و همکاران (۲۰۱۵) نتیجه‌ای مشابه این مبنی بر بیشترین نوع خطای دارویی در ندادن دارو و بعد از آن داروی اشتباه و در آخر نیز بیمار اشتباه بوده که مشابه مطالعه انجام شده می‌باشد (۲۰).

در این مطالعه، پرستاران، با ۴۶/۴ درصد بیشترین سهم را در عاملین خطا، داشتند. بالا بودن فراوانی نسبی خطاهای درمانی و دارویی قابل توجه است زیرا پرستاران در صف اول خدمت‌رسانی و مراقبتی به بیماران هستند. ولی سهم پزشکان در گزارش دهی ۹/۵ درصد بود. برگزاری دوره‌های آموزشی و آگاه نمودن پزشکان از اهمیت گزارش دهی داوطلبانه و برطرف نمودن شبهه تنبیه می‌تواند در بهبود وضعیت فعلی گزارش دهی و ایمنی بیمار نقش اساسی ایفا نماید. در مطالعه شمس و همکاران (۱۳۹۱) میانگین میزان خطاهای دارویی ۲۸/۹ درصد و میانگین میزان گزارش دهی آن ۱۴/۴ درصد بود. در این مطالعه میزان گزارش دهی اشتباهات دارویی پرستاران بسیار کم بود. ایجاد سیستم کارآمد ثبت و گزارش دهی صحیح خطاها همراه با به حداقل رساندن موانع گزارش دهی ممکن است خطاهای دارویی را کاهش دهد (۲۱). مهم‌ترین دلایل عدم گزارش دهی، ترس از مورد سرزنش قرار گرفتن، برچسب بی‌کفایتی خوردن، ترس از آینده خود و دادگاهی شدن بیمار پس از ترحیم، واکنش مدیر و همکاران ذکر شده است (۲۲).

یک مورد (۱/۲ درصد) و ۵۳ مورد (۶۳/۱ درصد) از خطاهای گزارش شده در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به ترتیب منجر به مرگ و آسیب شده بود. مطالعه‌ای در بریتانیا نشان داد که در مورد ۸ تا ۱۱ درصد از افراد بستری در بیمارستان، خطاهای پزشکی اتفاق می‌افتند (۲۳). شناسایی راه‌های پیشگیری از خطاها و کاهش عوارض آن‌ها از مهم‌ترین اقدامات در جهت کاهش

در طول سال ۱۳۹۳ در پنج مرکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۸۴ خطا استخراج گردید که این رقم در مقایسه با آمار خطاهای کشورهای توسعه یافته بسیار ناچیز می‌باشد و بعید به نظر می‌رسد که شیوع این خطاها در ایران از وضعیت مطلوب‌تری نسبت به کشورهای غربی برخوردار باشد، افزایش پرونده‌های ارجاعی شکایت مردم از پزشکان و پرستاران می‌تواند گواه این گمان باشد و فقط حاکی از این مطلب می‌باشد که در کشور ایران درصد بسیار کمی از خطاها گزارش می‌شوند. در مطالعه میلچ^۱ شیوه گزارش دهی اختیاری در بهترین وضعیت و با فرهنگ‌سازی و گزارش دهی بالا تنها می‌تواند در شناسایی ۱۰ تا ۱۵ درصد خطاهای رخ داده مؤثر باشد (۱۷). بنابراین لزوم ارتقا فرهنگ ایمنی در بیمارستان هنوز یکی از اساسی‌ترین اقدامات جهت کاهش خطا می‌باشد.

در طی ۱۲ ماه بررسی ۹ مورد سقوط بیمار در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ارومیه گزارش شده بود که نشانگر عدم گزارش بسیاری از موارد سقوط می‌باشد. مواردی از سقوط که در هنگام ایستادن بیمار یا در هنگام راه رفتن وی رخ می‌دهد گزارش نشده بودند و تمامی گزارشات مربوط به سقوط بیماران از تخت بود که شاید ناشی از عدم آشنایی دقیق پرسنل با مفهوم سقوط باشد.

بیشترین فراوانی نسبی خطاهای دارویی با میزان ۲۱/۴ درصد مربوط به دادن داروی اشتباه به بیماران بود که با نتایج پژوهش آهنگرزاده و همکاران (۱۳۹۴) مبنی بر شایع‌ترین خطای دارویی به ترتیب شامل: بیمار اشتباه (۲۶ درصد)، دوز و زمان دارو (۲۳ درصد)، نوع دارو (۱۹ درصد) همخوانی دارد (۱۸). در بررسی گیلیان^۲ و همکاران در مدت‌زمان سه سال، ۱۲۷ مورد اشتباه دارویی گزارش شد که ۲۹ درصد در ارتباط با نسخه‌نویسی توسط

² Gillian

¹ Milch

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته شده از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه با کد اخلاقی ir.umsu.rec.1394.195 در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می باشد. بدین وسیله از مسئولین محترم آن دانشگاه و همکاران محترم در بیمارستان های مورد مطالعه و همچنین از راهنمایی های ارزشمند اساتید محترم گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه که در انجام این پژوهش همکاری کردند، سپاسگزاری و قدردانی می شود.

این خطاها می باشد. در کشورهای در حال توسعه توجه به کاهش خطاهای پزشکی، در سال های اخیر مورد تأکید قرار گرفته است. در کشورهای عضو این منطقه سالانه بالغ بر ۴/۴ میلیون اتفاق ناخواسته در سازمان های بهداشتی درمانی رخ می دهد (۲۴).
خطاهای پزشکی و تهدید ایمنی بیمار یکی از دغدغه های امروز نظام سلامت است (۲۵). بر اساس مجموع یافته های این مطالعه، موارد گزارش خطا بسیار کمتر از حد واقعی بود. رفتار مبتنی بر رویکرد سیستمیک نسبت به خطاها در مدیران و از بین بردن تهدید و مجازات در کارکنان می تواند گزارش دهی خطا را افزایش دهد و طبعاً راه های پیشگیری از خطاها شناسایی شوند که بایست بیشتر به آن اهمیت داده شود.

References:

1. Hashemi F, Nikbakht NA, Asghari F. Nurse's perceived worries from error disclosure: A qualitative study. *Iran J Nurs Res* 2011;6(20): 30-43. (Persian)
2. 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 Midwifery*. 2015;4(1). (Persian)
3. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Quality Health Care* 2009;21(1): 18-26.
4. Donaldson Liam. Summary of the evidence on patient safety: Implications for research. Spain: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2008.
5. Tehrani AS, Lee H, Mathews SC, Shore A, Makary MA, Pronovost PJ, et al. 25-Year summary of US malpractice claims for diagnostic errors. *2013;22(8): 672-80.*
6. Donaldson Liam. Better knowledge for safer care. France: World Health Organization; 2009. p. 1-16.
7. Daniel M, Makary MA. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016;353(i2139): 476636183.
8. Gorgich EAC, Barfroshan S, Ghoreishi G, Yaghoobi M. Investigating the causes of medication errors and strategies to prevention of them from nurses and nursing student viewpoint. *Global J Health Sci* 2016;8(8): 220.
9. Pham JC SJ, Hicks RW, Shore AD, Morlock LL, Cheung DS, Kelen GD, Pronovost PJ. National study on the frequency, types, causes, and consequences of voluntarily reported emergency department medication errors. *J Emergency Med* 2011;40(5): 485-92.
10. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf* 2013;9(3): 122-8.
11. Andel C DS, Hollander M, Moreno DA. The economics of health care quality and medical errors. *J Health Care Finance* 2012;39(1): 39-50.
12. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *Bmj* 2016;353:i2139.
13. Jolaei S, Hajibabae F, Peyravi H, Haghani H. Nursing medication errors and its relationship with work condition in Iran University of Medical Sciences. *Iran J Med Ethics History Med* 2009;3(1): 65-76. (Persian)
14. Bilimoria KY SM, Chung JW, Minami CA, Oh EH, Pavey ES, Holl JL. Association Between State

- Medical Malpractice Environment and Surgical Quality and Cost in the United States. *Ann Surg* 2016;263(6): 1126-32.
15. Pham JC AM, Rosen M, Lee H, Huddle M, Weeks K, Pronovost PJ. Reducing medical errors and adverse events. *Ann Rev Med* 2012; 63(2): 447-63.
 16. Hemmati Maslakkpak M, Baghaie R, Yosefi M, GHavami H. Investigates Complaints Incoming To The Medical Council Of West Azarbaijan Province During 1385 TO 1389. *J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sci* 2013;11(1): 7-13. (Persian)
 17. Milch CE SD, Pauker SG, Lundquist TG, Kumar S, Chen J. Voluntary Electronic Reporting of Medical Errors and Adverse Events: An Analysis of 92,547 Reports from 26 Acute Care Hospitals. *J General Int Med* 2006;21(2): 165-70.
 18. Ahangarzadeh Rezaei S, Bagaie R, Feizi A, Rahimi F. A Survy On The Nursing-Related Factors Influencing Medication Error Incidence. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2014;12(12): 1088-93.
 19. Gillian F, Cavell C, Osborne A. Anonymously reported medication errors: the tip o P the iceberg. *Int J Pharm Practice* 2011;9(1).
 20. Baghaei R, Ghaderi C, Naderi J, Rahim F. The rate and type of medication errors made by nurses: A study from Northwestern Iran. *Singapore Nurs J* 2015;42: 12-6.
 21. Shams S, Bagherieh F, Feizi A, Baghaei R, Hashemlo L. Frequency of medication errors and it's reporting according to self - report by nurses in hospitals of Khoy city. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2012;10(5): 1-6 (Persian)
 22. Osborne J BK, Hayes JS. Nurses' perceptions: when is it a medication error? *J Nurs Admin* 29(4): 33-8.
 23. Sari A, Sheldon T, Cracknell A, Turnbull A, Dobson Y, Grant C, et al. Extent, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective casenote review in a large NHS hospital. *Quality and safety in health care* 2007;16(6): 234-9.
 24. Siddiqi S, Elasady R, Khorshid I, Fortune T, Leotsakos A, Letaief M, et al. Patient Safety Friendly Hospital Initiative: from evidence to action in seven developing country hospitals. *Int J Quality in Health Care* 2012;24(2).
 25. Yarderly L, Yarderly S, Wu A. How to discuss errors and adverse event with cancer patients. *Curr Oncol Rep* 2010;12(4).

FREQUENCY OF REPORTED MEDICAL ERRORS IN EDUCATIONAL CENTERS OF URMIA UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES IN 2014

Rahim Baghaei¹, Habibollah Pirnejad², Shiva Poursardar^{3*}

Received: 22 May, 2018; Accepted: 10 Aug, 2018

Abstract

Background & Aims: Medical errors, in addition to loss of life and property and immoral effects, are the reasons of the many avoidable deaths. So these are the necessities of performing this study. The aim of this study was to determine plenty of medical errors, type and degree of injury in hospitals in 1393.

Materials & Methods: In this retrospective descriptive study, all reported medical errors by hospitals in 1393 were studied. Data collection tool was an Error Reporting form approved by the Medical University of Western Azerbaijan province, which was reported by staff and data were analyzed using descriptive statistics.

Results: The total number of reported medical errors in that year was 84. One case (1.2%) resulted in death and 53 cases (63.1%) of the errors reported in the educational centers of the Urmia were damaged. Most of reported errors related to trauma center. The highest error reporting was reported with 45.2% of the trauma center. The highest reported errors were nurses with 46.4% and the most reported errors were 42.9%. Among the errors in the mistakes, the wrong drug was reported by 21.4% more than other errors.

Conclusion: The total number of reported errors from all centers was much less compared to developed countries. It seems to promoting patient safety culture and eliminate the fear of punishment in centers, got to higher number of error reporting and analysis on how the event error and learning from mistakes, errors can be prevented in the future happened.

Keywords: medical errors, teaching hospitals, self - Reporting error

Address: Nursing and Midwifery school, Urmia University of Medical Sciences, 11 Km Nazloo road, Urmia, Iran.

Tel: 09141499098

Email: shivapoursardar@gmail.com

¹. Phd in Manpower Management Nursing, Associate Professor, patient safety research center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

². Phd in Medical Informatics, Associate Professor, patient safety research center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ MSc in nursing, Lecturer, Nursing and Midwifery school, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)