

The Attitudes of Nurses Towards the Occurrence and Reporting of Nursing Errors in Selected Hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2019

Ghobadi A¹, Emamzadeh Ghasemi H.S^{2*}, Hajibabae F², Hajrajabi A³

1- MSN School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Department Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Department Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor Imam Khomeini International University, Department of Statistics, Faculty of Basic Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran.

Corresponding author: Emamzadeh Ghasemi H.S, Assistant Professor School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Department Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Tehran Iran.

Email: emamzade@tums.ac.ir

Abstract

Introduction: Nurses have an undeniable role in preventing nursing and medical errors, and evaluating their attitude towards error reporting, as a strategic indicator, can help nursing managers in preventing errors and improving patient safety and quality of nursing care. Therefore, this study was conducted with the aim of determining the attitude of nurses towards the occurrence and reporting of nursing errors.

Methods: This is a descriptive-cross-sectional study that was conducted on nurses working in general wards and critical care units of hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. The number of samples was determined to be 336 people, using Cochran's formula. Stratified random sampling was carried out from the end of June to the beginning of July 2019 among the qualified nurses working in the selected hospitals. Data collection tool was a researcher-made questionnaire related to the nurses' attitudes towards the occurrence and reporting of nursing errors. The validity of the questionnaire was confirmed by content validity ration (CVI) method, and it was modified based on the opinion of 10 faculty members in the field of nursing and nursing management, with the overall CVI of 0.81. To determine the trustworthiness and reliability of the tool, its internal consistency coefficient (Cronbach's alpha coefficient) was calculated at 0.781. Data were analyzed by SPSS software version 16, using descriptive analysis and inferential tests such as Mann-Whitney, Kruskal-Wallis.

Results: From the nurses' point of view, the most important cause of nursing errors was management problems. Management problems, such as being blamed, not having enough support, and not having proper feedback from the manager, were the most important reasons for not reporting errors (76.1%). The general attitude of nurses towards error reporting was evaluated at favorable level. Among the components of nurses' attitude towards reporting nursing error, the component of "error reporting as a strategic indicator is effective in preventing errors" with the mean score of 2.83, and the component of "nursing error reporting should not be done only through a motivational mechanism such as material encouragement" with the mean score 2.16, obtained the highest and lowest scores, respectively. There was a significant relationship between nurses' attitudes towards error reporting, the cause of error, and individual and hospital characteristics ($P < 0.05$).

Conclusions: According to the findings of this study, it is necessary for nursing managers at all levels of management in hospitals to remove the obstacles to reporting nursing errors by evaluating nurses' attitudes towards reporting nursing errors and also by formulating practical strategies to improve nurses' attitudes towards reporting errors. In this way, it is possible to improve patient safety and consequently, enhance the quality of nursing care.

Keywords: Nursing errors, Reporting, Error reporting, Attitude.

نگرش پرستاران نسبت به وقوع و گزارش خطاهای پرستاری در بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۹

امیر قبادی^۱، حرمت سادات امام زاده قاسمی^{۲*}، فاطمه حاجی بابایی^۲، آرزو حاجی رجبی^۳

۱- کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- استادیار دانشگاه بین المللی امام خمینی، گروه آمار/ دانشکده علوم پایه، دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران.

نویسنده مسئول: حرمت سادات امام زاده قاسمی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

ایمیل: emamzade@tums.ac.ir

چکیده

مقدمه: پرستاران نقشی انکارناپذیر در پیشگیری از خطاهای پرستاری و پزشکی دارند و ارزیابی نگرش آنان نسبت به گزارش خطا، به عنوان یک شاخص راهبردی، می تواند مدیران پرستاری را در پیشگیری از وقوع خطا و بهبود ایمنی بیمار و به تبع ارتقاء کیفیت مراقبت ها یاری رساند. لذا این مطالعه باهدف تعیین نگرش پرستاران نسبت به وقوع و گزارش خطاهای پرستاری انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی و جامعه پژوهش پرستاران شاغل در بخش های ویژه و بستری عمومی بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران بوده است. تعداد نمونه ها با استفاده از فرمول کوکران ۳۳۶ نفر تعیین شد. از میان پرستاران واجد شرایط جامعه پژوهش، نمونه ها به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای نسبی از اواخر خرداد تا اوایل تیرماه سال ۱۳۹۹ انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده پرسش نامه پژوهشگر ساخته نگرش پرستاران نسبت به وقوع و گزارش خطاهای پرستاری بوده است. روایی محتوای پرسش نامه به روش اعتبار محتوا بر اساس نظر ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی در حوزه پرستاری و مدیریت پرستاری مورد اصلاح و تأیید قرار گرفت و میزان CVI کلی ابزار پژوهش بر اساس دیدگاه اساتید ۰/۸۱ محاسبه شد. برای تعیین اعتماد و پایایی ابزارها نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۷۸۱ محاسبه گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و از طریق تحلیل توصیفی و آزمون های استنباطی مانند من ویتنی، کروسکال والیس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از دیدگاه پرستاران مهم ترین علت رخ داد خطاهای پرستاری مشکلات مدیریتی عنوان شد. موانع مدیریتی (مثل سرزنش شدن/ نداشتن حمایت کافی / نداشتن بازخورد مناسب از مدیر) با ۷۶/۱ درصد مهمترین علت عدم گزارش خطاها بود. نگرش کلی پرستاران نسبت به گزارش خطا مطلوب و از میان مؤلفه های مربوط به نگرش نسبت به گزارش خطاهای پرستاری گویه «گزارش خطا به عنوان یک شاخص راهبردی در جلوگیری از خطا مؤثر است» با میانگین ۲/۸۳ بیشترین و گویه «گزارش خطاهای پرستاری نباید تنها به دلیل مکانیسم انگیزشی مثل تشویق مادی انجام شود» با میانگین ۲/۱۶ کمترین نمره را به خود اختصاص دادند. بین نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطا و علت رخ داد خطا با مشخصات فردی و بیمارستانی ارتباط معنادار وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: باتوجه به یافته های این مطالعه ضروری است مدیران پرستاری در تمامی رده های مدیریت، با ارزیابی نگرش پرستاران تحت مجموعه خود، نسبت به گزارش خطاهای پرستاری، موانع گزارش خطا را حذف و با تدوین راهبردهای کاربردی، سبب بهبود نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطا باشند. به این ترتیب شاهد بهبود ایمنی بیمار و به تبع ارتقای کیفیت مراقبتهای پرستاری خواهیم بود.

کلیدواژه ها: خطاهای پرستاری، گزارش دهی، گزارش خطا، نگرش.

که در پیشگیری از خطاها دارند، مسئول محافظت از بیماران خود در برابر خطرات احتمالی بوده و ملزم به اجتناب یا به حداقل رساندن اثرات نامطلوب مداخلات پرستاری و درمان ها هستند (۱۲، ۱۳). اگرچه همه اعضای کادر درمان در توسعه فرهنگ ایمنی بیمار نقش دارند (۱۴)، اما نمی توان فراموش کرد که پرستاران همواره بیش از دیگران نسبت به این موضوع حساس هستند و تعیین نگرش پرستاران نسبت به ایمنی بیمار و گزارش خطا، موجب تسهیل در انجام اقداماتی خواهد شد که هدف از آنها افزایش ایمنی بیمار است (۱۵).

بنابراین اولین قدم برای ایجاد فرهنگ ایمنی، انجام تحقیقات برای ارزیابی نگرش کارکنان مراقبت های سلامت نسبت به ایمنی بیمار است (۱۶). فرهنگ ایمنی بیمار نقش مهمی در نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطا دارد و تلاش برای تقویت فرهنگ ایمنی بیمار می تواند نگرش پرستاران را نیز نسبت به گزارش خطا بهبود بخشد (۱۷). پژوهش Hughes و همکاران سال ۲۰۰۹ در ایالات متحده به اهمیت نگرش کارکنان در محیط های کاری که در آن ایمنی بیمار اولویت بالایی دارد، اشاره کردند (۱۸). پژوهش Malinowska و همکاران سال ۲۰۲۱ در لهستان نشان داد شرایط کاری مثبت و کار تیمی مؤثر می تواند به بهبود نگرش کارکنان نسبت به ایمنی بیمار کمک کند (۱۶). متخصصان مراقبت های بهداشتی با نگرش مثبت نسبت به ایمنی بیمار طبعاً رفتارهای مطلوب مرتبط با ایمنی بیمار را نشان خواهند داد (۱۹). تعیین نگرش یک راهبرد سودمند در جهت افزایش گزارش دهی خطاها بوده و نشان می دهد آگاهی از خطاهای پزشکی و گزارش خطا بالاست (۲۰). لذا تقویت فرهنگ ایمنی بیمار و بهبود نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطا باید از طریق تعهد رهبری توانا نسبت به ایمنی بیمار، آموزش سیستم گزارش دهی خطا، تحلیل ریشه ای خطا، قردادانی، حمایت و اطمینان از محرمانه بودن گزارش خطا فراهم گردد (۲۱). چراکه اکثر خطاهای پزشکی از سوی کارکنان بهداشتی به علت برخورداری از نگرش منفی، یعنی عدم آگاهی از خطاهای پزشکی و بی توجهی به اهمیت گزارش خطا بوده که در اغلب اوقات نیز گزارش خطا تنها توسط همکاران فرد خاطی انجام می گیرد (۲۲). پژوهش Hung و همکاران سال ۲۰۱۶ در تایوان نیز نشان داد نگرش مدیران پرستاری و همکاران

حوادث نامطلوب و خطاهای پزشکی از مهم ترین مسائلی هستند که ایمنی بیمار را تهدید می کنند (۱). خطاهای پزشکی علاوه بر اینکه بر سیستم های ارائه دهنده مراقبت سلامت در سراسر جهان تأثیر منفی می گذارد، هزینه برآورد شده آنها نیز سالانه ۴۲ میلیارد برآورد شده است (۲). میزان خطاهای گزارش شده در کشورهای توسعه یافته بالاتر از سایر کشورهاست و در کشورهای آسیای جنوب شرقی، بین ۱۵٫۲٪ تا ۸۸٫۶٪ متغیر است (۳). با این حال تحقیقات نشان داده است تعداد تلفات ناشی از خطاهای پزشکی در ایالات متحده در هر سال از ۲۵۰۰۰۰ نفر فراتر می رود و خطاهای پزشکی در رتبه سوم علت مرگ و میر در ایالات متحده قرار دارند (۴). خدمات سلامت ملی در بریتانیا نیز حدود ۱ تا ۲٫۵ میلیارد پوند برای خطاهای قابل پیشگیری صرف می کند، که اکثر آنها خطاهای دارویی است (۵).

در مطالعات Luma Ali و همکاران سال ۲۰۲۱ در اردن، مهم ترین عامل ایجاد خطا حجم کاری بالا و مهم ترین عامل فردی وقوع خطا کمبود دانش و تجربه عنوان شد (۶). خطاهای پزشکی در ۷۰ درصد موارد ماهیت قابل پیشگیری دارند (۷) و تعیین خطاهای پزشکی منجر به کاهش مرگ و میرهای قابل پیشگیری است و هزینه های مراقبتی بهداشتی شده و کیفیت ارائه خدمات مراقبتی را ارتقا می دهد (۸). اولین قدم در پیشگیری از اشتباهات دارویی نیز، شناسایی عواملی است که از افزایش خطاهای دارویی جلوگیری می کنند و جلوگیری از این خطاها می تواند راهی برای مدیریت بهتر خطا و جلوگیری از وقوع خطاهای دارویی در آینده باشد (۹). بنابراین گزارش خطاها برای بهبود ایمنی بیمار یک امر ضروری است و انتظار می رود پرستاران با گزارش خطاهایی که مورد شناسایی و ارزیابی قرار می گیرند، بیشتر بیاموزند و میزان خطا کاهش یابد (۱۰).

اقداماتی که باهدف محدود کردن عوامل مؤثر بر وقوع خطاها در طول بستری شدن بیماران در بیمارستان انجام می شود، سطح سلامتی را بهبود و منجر به صرفه جویی مالی برای سازمان های مراقبت های بهداشتی و سیستم های بهداشت ملی می شود (۱۱). یکی از حقوق اولیه بیمار، دریافت مراقبت در محیطی امن و مصون از سهل انگاری است (۱۲). لذا پرستاران با توجه به نقش اساسی

هم پیش‌بینی‌کننده نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطاهای دارویی است (۲۳). نگرش مدیران پرستاری و همکاران تأثیر زیادی بر نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطاهای پرستاری دارد (۲۴) و به‌منظور افزایش گزارش خطا ارزیابی نگرش کارکنان نسبت به گزارش خطاهای پزشکی می‌بایست مورد توجه اساسی قرار گیرد (۲۲). لذا برای مدیران و رهبران پرستاری ضروری است تا به درک جامع تری از نگرش پرستاران نسبت به خطاهای پزشکی برسند و با حمایت از پرستاران و بهبود محیط کاری شرایط لازم برای بهبود نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطاها را فراهم سازند (۲۵).

تحقیقات نشان می‌دهد پرستارانی که درگیر خطا هستند، ممکن است احساسات منفی را تجربه کنند و عدم گزارش خطا سبب می‌شود که به عنوان دومین قربانیان خطاها محسوب شوند (۲۰). مطالعه Woo و همکاران سال ۲۰۲۱ در استرالیا نشان داد نگرش مثبت پرستاران نسبت به گزارش داوطلبانه خطاهای پرستاری حول تعهد و مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای آنها متمرکز شده است و تجربیات منفی از گزارش خطا، بر نگرش‌ها، ادراکات، عواطف و عملکردهای آتی آنها در گزارش خطا، تأثیر متقابل داشته است (۲۶). پژوهش Yung و همکاران سال ۲۰۱۶ در تایوان نیز نشان داد اکثر پرستاران نگرش مثبتی نسبت به گزارش خطاهای پرستاری داشتند (۲۷). با این حال، عواملی مانند کمبود زمان برای گزارش، عدم فرهنگ گزارش دهی بدون سرزنش، فقدان بازخورد مؤثر و ترس به عنوان دلایل اصلی عدم گزارش ذکر شده است (۲۷، ۲۸). همچنین عواملی همچون توییخ توسط پزشک معالج به دلیل گزارش خطا، شکایت قانونی از پرستار پس از گزارش خطا، واکنش منفی بیمار و خانواده وی بدنبال گزارش خطا، به خطر افتادن موقعیت شغلی، ترس، کاهش اعتماد به همکاران و اعضای تیم درمان همگی به عنوان عوامل نگرشی عدم گزارش خطا بوده است (۲۹). در مرور نظامند توسط Vrbnjak و همکاران در اسلونی نیز که با بررسی انواع مطالعات از ژانویه ۱۹۸۱ تا آوریل ۲۰۱۵ انجام شد، مهمترین دلیل عدم گزارش خطا ترس بیان شده است (۳۰). تعیین نگرش پرستاران نسبت به خطاهای پزشکی برای جلوگیری از خطا و حمایت از پرستارانی که قربانیان ثانویه خطا هستند، بسیار اساسی است (۲۴).

در محیط‌های بیمارستانی، پرستاران نقشی حیاتی در ارائه خدمات و مراقبت‌های پرستاری ایمن به بیماران دارند و آنها مسئول هستند تا هر زمان که خطا رخ دهد آن را گزارش کنند، اما این پرستاران هستند که تصمیم می‌گیرند خطا را گزارش کنند یا خیر (۲۸). پرستاران اغلب نگرش مدیران و همکاران را بر روی گزارش خطا مؤثر می‌دانند و این مشکل نه‌تنها بر تمایل پرستاران نسبت به گزارش خطا تأثیر می‌گذارد؛ بلکه اثربخشی راهبردهای مدیریت را نیز کاهش می‌دهد و نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطاهای پرستاری را نامشخص و مبهم می‌کند (۲۴). پرستاران با موقعیت‌های بالاتر به دلیل نگرش مطلوب تمایل بیشتری دارند که خطاهای رخ داده شده را گزارش کنند (۳۱). چراکه معمولاً سرپرستار یا رهبران تیم اغلب عضوی از تیم ایمنی بیمار هستند و این شرایط شغلی می‌تواند بر نگرش مرتبط با موقعیت پرستاران نسبت به گزارش حادثه تأثیر بگذارد. به این ترتیب دانش، درک و مسئولیت‌پذیری پرستارانی که عضو تیم‌های ایمنی بیمار هستند، می‌تواند بر نگرش آنها نسبت به گزارش خطا تأثیر بگذارد (۳۲). پژوهش Korhan و همکاران سال ۲۰۱۷ در ترکیه نشان داد که بخش عمده‌ای از نگرش پرستاران نسبت به خطاهای پزشکی مثبت است و نسبت به دلایل خطاهای پزشکی و اهمیت اعلان خطاهای پزشکی آگاهی بالایی دارند. بطوریکه یافته‌ها نشان داد تعیین نگرش پرستاران نسبت به خطاهای پزشکی اهمیت زیادی داشته و موجب کاهش میزان خطاهای پزشکی، ایجاد اعتماد بین پرستار و بیمار و افزایش اعتماد بیماران به سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت شده است (۳۳). بنابراین برنامه‌های آموزش مستمر و بهسازی پرسنل پرستاری می‌تواند به گونه‌ای طراحی شود که راهبردهایی در جهت افزایش آگاهی و شناخت پرستاران از تشخیص خطا داشته و کمک‌کننده به بهبود نگرش و قصد پرستاران نسبت به گزارش خطا و در نهایت تغییر مطلوب در رفتار گزارش دهی پرستاران باشد (۳۳، ۳۴). پژوهش Azami و همکاران سال ۱۳۹۹ در کرمان نشان داد بین سواد اطلاعاتی و پرستاری مبتنی بر شواهد با آگاهی و نگرش پرستاران نسبت به خطای دارویی رابطه معناداری وجود دارد (۳۵). پژوهش Kirca و همکاران سال ۲۰۲۰ در ترکیه نیز نشان داد بین شایستگی پرستاران و نگرش آنها در مورد خطاهای پزشکی رابطه

معیار ورود، به تعداد ۳۳۶ نفر محاسبه گردید. به این ترتیب حجم نمونه در هر طبقه با استفاده از روش متناسب (ضریب نسبی) محاسبه شد. طبقات این پژوهش در سطح اول بیمارستان‌های منتخب و در سطح بعدی نوع پرستار حرفه‌ای و یا غیرحرفه‌ای و در سطح آخر بخش‌های اورژانس و بستری عمومی و ویژه از بیمارستان‌های منتخب بود. در این مطالعه پرستار دارای تحصیلات دانشگاهی در رشته پرستاری با مدرک حداقل لیسانس به عنوان پرستار حرفه‌ای و سایر پرسنل پرستاری از جمله کمک بهیاران و کمک پرستاران به عنوان پرستار غیر حرفه‌ای در نظر گرفته شدند. بخش‌های مورد مطالعه نیز شامل؛ بخش‌های مختلف جراحی، داخلی زنان و مردان، زنان و زایمان، قلب، عفونی، گوارش، غدد و پیوند، ارتوپدی، نورولوژی مردان و زنان، گوش و حلق و بینی، ریه، اورولوژی، نفرولوژی، نوزادان، اورژانس و بخش‌های ویژه (ICU، CCU)، دیالیز بوده است.

به این ترتیب تعداد پرستاران حرفه‌ای هریک از سه بیمارستان منتخب به ترتیب ۱۴۴، ۸۴ و ۵۸، تعداد پرستاران غیرحرفه‌ای به ترتیب ۳۱، ۶ و ۱۳، تعداد پرستاران بخش‌های ویژه به ترتیب ۶۴، ۳۵ و ۲۵ و تعداد پرستاران بخش‌های بستری عمومی به ترتیب ۱۱۱، ۵۵ و ۴۶ محاسبه گردید. با توجه به انجام نمونه‌گیری در شرایط شیوع بیماری کرونا و در نظر گرفتن احتمال ۳۰٪ ریزش نمونه‌ها نیز ۴۵۰ پرسش‌نامه توزیع و ۳۴۹ پرسش‌نامه جمع‌آوری شد (میزان پاسخ‌دهی برابر ۷۷ درصد) بود که در ادامه ۹ پرسش‌نامه مخدوش که ناکامل و ناخوانا بود از دور خارج و نهایتاً ۳۴۰ پرسش‌نامه مبنای تحلیل قرار گرفت.

در این پژوهش از پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته نگرش پرستاران نسبت به وقوع و گزارش خطاهای پرستاری، به همراه پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناسی پرستاران و مشخصات بیمارستان استفاده گردید.

پرسشنامه پژوهشگر ساخته بررسی نگرش پرستاران نسبت به وقوع و گزارش خطاهای پرستاری در پنج بخش و با هدف بررسی مؤثر بودن فرایند گزارش خطا، سنجش میزان اهمیت آن از دیدگاه پرستاران و چرایی و قصد پرستاران از انجام فرایند گزارش خطا تدوین شده است. بر این اساس این پرسشنامه در بخش اول؛ تجربه خطای پرستار طی یک سال گذشته، بخش دوم؛ علت اصلی وقوع خطا از دیدگاه پرستار، بخش سوم؛ داشتن خودافشاگری خطا

وجود دارد و افزایش شایستگی پرستاران آگاهی و نگرش آنها را نسبت به خطاهای پزشکی بهبود می‌دهد (۳۶). پژوهش Dyab و همکاران سال ۲۰۱۸ در لیبی نیز نشان داد نگرش پرستاران و به ویژه نگرش آنها نسبت به گزارش موارد نزدیک به خطاها و خطاهایی که بی ضرر بوده است تأثیر زیادی بر گزارش خطاهای پرستاری داشته است (۳۷).

به این ترتیب با توجه به نقش راهبردی نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطا و اهمیت آن در حفظ و ارتقای ایمنی بیمار، فراهم نمودن زمینه برای انجام اقدامات مبتنی بر شواهد و تدوین برنامه‌های راهبردی و عملیاتی بر مبنای آن، جهت بهبود وضعیت گزارش خطاهای پرستاری و به تبع افزایش اعتماد بیمار به دستگاه مراقبت بهداشتی - درمانی یک ضرورت است. لذا این پژوهش با هدف تعیین نگرش پرستاران نسبت به وقوع و گزارش خطاهای پرستاری در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۹ انجام شد تا بتوان با شناخت از نگرش پرستاران زمینه ارتقا ایمنی بیمار و بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری را فراهم ساخت.

روش کار

یک مطالعه توصیفی - مقطعی که در سال ۱۳۹۹ در سه بیمارستان منتخب از جامع‌ترین و بزرگترین بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل تمام‌وقت و معیارهای ورود شامل مراقبت مستقیم، پیوسته و بلندمدت از بیماران بود. لذا تمام پرستاران حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای پرستاری در بیمارستان‌های منتخب که فاقد پست‌های مدیریتی (سرپرستاران و سوپروایزران و ...) بودند به عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند.

پس از کسب مجوز از کمیته مشترک اخلاق سازمانی دانشکده پرستاری مامایی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق به شماره (1398.164IR.TUMS.FNM.REC)، نمونه‌گیری انجام شد. نمونه‌گیری پژوهش به روش طبقه‌ای تصادفی نسبی و حدوداً به مدت یک ماه (از اواخر خردادماه تا اوایل تیرماه ۱۳۹۹) انجام گرفت. تعداد نمونه با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ (مقدار اشتباه مجاز ۰/۰۵) و حجم جامعه آماری پرستاران در بیمارستان‌های منتخب و نیز با لحاظ

طی یک سال گذشته، بخش چهارم؛ علت اصلی عدم گزارش خطا و بخش پنجم قصد و نگرش پرستار نسبت به خود افشاگری، در چهار گویه و با امتیازدهی در مقیاس سه درجه ای لیکرت از (۱ مخالفم)، (۲ نظری ندارم) و (۳ موافقم) تهیه شده است. در این مطالعه نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطاهای پرستاری در طیف لیکرت سه گزینه ای انجام شد که فاصله بین اعداد ۱ تا ۳ را به سه قسمت مساوی تقسیم نموده و طیف مطلوبیت $0/66$ لحاظ شد. به این ترتیب چنانچه میانگین گویه ها بین ۱ تا $1/66$ می بود وضعیت نامطلوب، چنانچه بین $1/67$ تا $2/33$ نسبتاً مطلوب و چنانچه میانگین گویه ها بین $2/34$ تا ۳ به دست آید وضعیت مطلوب ارزیابی گردید.

پرسشنامه پژوهشگر ساخته نگرش پرستاران نسبت به وقوع و گزارش خطاهای پرستاری توسط پژوهشگر و بر اساس متون و معیارهای گزارش خطا و مؤلفه های مربوطه تهیه شد (۲۷). به این منظور در گام اول، از طریق جستجوی نظام مند در پایگاه های داده، حیطه ها و سؤالات قابل طرح در مورد مؤلفه های گزارش خطای پرستاری استخراج شد. در گام دوم با کمک پنل متخصصین متشکل از اساتید دانشگاهی و پرستاران بالینی و پرستاران شاغل در پست های مدیریت پرستاری سؤالات استخراج و مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی پرستاران شامل اطلاعات مربوط به مشخصات جمعیت شناسی از جمله: سن، جنس، ملیت، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت استخدام، نوبت کاری، سمت، گذراندن دوره اخلاق بود.

پرسشنامه اطلاعات مشخصات بیمارستان نیز شامل میانگین ساعت کاری پرستاران در هفته، میانگین تعداد تخت به ازای هر پرستار در یک نوبت کاری، داشتن کارشناس تخصصی مرتبط با گزارش خطاهای پرستاری، وجود ساز و کارهای انگیزشی یا تشویقی در ارتباط با گزارش خطا پرستاری، وجود ساز و کارهایی جهت دسترسی آسان به گزارش خطا با کمترین زمان و رعایت اصل محرمانه بودن هنگام گزارش خطا بوده است.

روایی محتوای پرسشنامه به روش اعتبار محتوا بر اساس نظر ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی در حوزه پرستاری و مدیریت پرستاری مورد اصلاح و تأیید قرار گرفت و میزان CVI کلی ابزار پژوهش بر اساس دیدگاه اساتید $0/81$

محاسبه شد. برای تعیین اعتماد و پایایی ابزارها نیز ضریب همبستگی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) استفاده شد. از هر پرسشنامه ۴۰ عدد توسط پرستاران واجد شرایطی که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، در محیط پژوهش تکمیل و در ادامه این نمونه ها از محیط اصلی پژوهش حذف شدند و بر مبنای آن ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه $0/781$ محاسبه گردید.

پرسشنامه های مشخصات جمعیت شناسی پرستاران و مشخصات بیمارستان با اخذ رضایت آگاهانه به طور همزمان همراه پرسشنامه پژوهشگر ساخته نگرش پرستاران نسبت به وقوع و گزارش خطاهای پرستاری در اختیار نمونه های پژوهشی قرار گرفت و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنان نزد پژوهشگران محرمانه خواهد بود. سپس با تعیین زمان محدود و مکان مورد توافق طرفین (بین یک تا دوهفته) پرسشنامه ها تحویل گرفته شد.

باگذشت دوهفته از جمع آوری اطلاعات (به جهت شیوع ویروس کرونا)، تجزیه و تحلیل داده های خام پرسشنامه ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶، به منظور تحلیل توصیفی و انجام آزمون های استنباطی انجام شد. از آمار توصیفی به منظور دسته بندی و خلاصه کردن یافته ها، ایجاد جداول، شاخص های گرایش به مرکز (مد، میانه و میانگین) و شاخص های گرایش به پراکندگی (دامنه تغییرات، واریانس و انحراف معیار) استفاده شد و در آزمون های استنباطی از من ویتنی، کروسکال والیس استفاده شد.

یافته ها

بر اساس یافته های پژوهش از ۳۴۰ نفر پاسخ دهنده؛ اکثر نمونه ها زن، بین ۳۴ تا ۴۴ سال سن و دارای مدرک کارشناسی بودند. ۴۲ درصد از نمونه های سابقه کار بین ۱ تا ۹ سال داشتند و بالغ بر پنجاه درصد دوره مباحث مرتبط با خطاهای پرستاری/گزارش خطا را گذرانده و $61/77$ درصد نیز دارای سابقه مسئولیت های اجرایی بودند.

مطابق جدول (۱)، از دیدگاه اکثر نمونه های مورد پژوهش در بخش های ویژه و بستری عمومی، در پاسخ به گویه های مربوط به علت اصلی رخ داد خطا، بیشترین نمره مربوط به مشکلات مدیریتی و کمترین نمره مربوط به قصور در اجرای فرایندهای مراقبت بود. اکثر پرستاران چه آنهایی که

مکانیسم دسترسی آسان به گزارش خطا ارتباط معنا وجود داشته است ($P < 0/05$) و بین گویه شماره ۴ «گزارش خطا بستگی به صداقت، مسئولیت‌پذیری و وجدان کاری دارد و باید هر پرستار گزارش خطا را انجام بدهد» با متغیرهای رعایت اصل محرمانه بودن و سابقه بازخواست قانونی شدن ارتباط معنا وجود داشت ($P < 0/05$).

مطابق جدول (۴) بین گویه شماره ۲ «گزارش خطاهای پرستاری نباید تنها به دلیل مکانیسم انگیزشی مثل تشویق مادی انجام شود» با متغیرهای سابقه بازخواست قانونی شدن، نوع بیمارستان منتخب، گروه تجربه کاری و گروه‌های سنی ارتباط معنا وجود داشته است ($P < 0/05$) و بین گویه شماره ۴ «گزارش خطا بستگی به صداقت، مسئولیت‌پذیری و وجدان کاری دارد و باید هر پرستار گزارش خطا را انجام بدهد» با متغیر گروه تجربه کاری ارتباط معنا وجود داشته است ($P < 0/05$).

مطابق جدول (۵) از میان ۳۴۰ نمونه مورد پژوهش، ۲۳۰ نمونه (۶۷/۶ درصد) از پرستاران که طی یک سال گذشته گزارش خطاهای پرستاری را نداشته‌اند، ۷۶/۱ درصد گویه شماره سه «موانع مدیریتی (مثل سرزنش شدن/ نداشتن حمایت کافی / نداشتن بازخورد مناسب از مدیر)» را مهم‌ترین علت عدم گزارش خطا و ۲۷/۴ درصد گویه شماره دو «دست و پاگیر بودن فرایند گزارش‌دهی/ وقت‌گیر بودن آن» را کمترین علت عدم گزارش خطا بیان کردند.

مباحث مرتبط با خطا را گذرانده بودند و یا خیر، بیشترین نمره را به مشکلات مدیریتی و کمترین نمره را به ترتیب به قصور در اجرای فرایندهای مراقبت و شرایط فردی داده بودند.

مطابق جدول (۲) از میان گویه‌های مربوط به نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطاهای پرستاری گویه شماره یک «گزارش خطا به عنوان یک شاخص راهبردی در جلوگیری از خطا مؤثر است» با میانگین ۲/۸۳ بیشترین (۸۵ درصد) و گویه شماره دو «گزارش خطاهای پرستاری نباید تنها به دلیل مکانیسم انگیزشی مثل تشویق مادی انجام شود» با میانگین ۲/۱۶ کمترین (۲۷/۹ درصد) میزان را به خود اختصاص داده‌است. همچنین ۶۸/۲ درصد از پرستاران نگرش مطلوب و مثبتی نسبت به فرایند گزارش خطا در بیمارستان خود داشتند.

مطابق جدول (۳) بین خود افشاگری خطا و نگرش کلی، ارتباط معنادار وجود داشت ($P < 0/05$) و بین گویه شماره ۱ با متغیرهای گذراندن مباحث مرتبط با اخلاق، گذراندن مباحث مرتبط با خطا، رعایت اصل محرمانه بودن در گزارش خطا و مکانیسم دسترسی آسان به گزارش خطاهای پرستاری ارتباط معنادار وجود داشت ($P < 0/05$). بین گویه شماره ۳ «به دلیل داشتن تعهد و وابستگی و تعلق سازمانی جهت بهبود کیفیت، گزارش خطا باید انجام شود» با متغیرهای رعایت اصل محرمانه بودن در گزارش خطا و

جدول ۱. بررسی ارتباط علت اصلی رخ دادن خطا با مشخصات فردی و بیمارستانی

نتیجه آزمون			علت اصلی رخ دادن خطا										مشخصات فردی و بیمارستانی	
Approx. Sig	Value	df	آزمون	کل	شرایط محیط		شرایط فردی		فرایند مراقبت		مدیریتی			
					درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۰/۰۰۰	۱۱/۳۳۱	۳	Chi-Square	۲۹۰	۳۷/۵۸	۱۰۹	۵/۵۱	۱۶	۵/۱۷	۱۵	۵۱/۷۲	۱۵۰	حرفه‌ای	نوع پرستار
				۵۰	۳۴	۱۷	۱۶	۸	۰	۰	۵۰	۲۵	غیر حرفه ای	
۰/۰۰۰	۱۲/۲۸۸	۳	Chi-Square	۱۹۴	۳۷/۶۲	۷۳	۵/۱۵	۱۰	۷/۷۳	۱۵	۴۹/۴۸	۹۶	بله	گذراندن مباحث خطا
				۱۴۶	۳۶/۳۰	۵۳	۸/۹۰	۱۳	۰/۰۶	۱	۵۴/۱۰	۷۹	خیر	
۰/۰۰۰	۱۲/۴۴۶	۳	Chi-Square	۲۱	۲۳/۸۰	۵	۹/۵۲	۲	۱۹/۰۴	۴	۴۷/۶۱	۱۰	بله	شغل دوم
				۳۱۹	۳۷/۹۳	۱۲۱	۶/۵۸	۲۱	۳/۷۶	۱۲	۵۱/۷۲	۱۶۵	خیر	
۰/۰۰۰	۱۱/۴۷۷	۳	Chi-Square	۱۲۴	۲۶/۶۱	۳۳	۷/۲۵	۹	۶/۴۵	۸	۵۹/۶۷	۷۴	ویژه	نوع بخش
				۲۱۶	۴۳/۰۵	۹۳	۶/۴۸	۱۴	۳/۷۰	۸	۴۶/۷۵	۱۰۱	عمومی	

جدول ۲. نگرش پرستاران نسبت به فرایند گزارش خطا در بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۹

گویه ها	توزیع فراوانی	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	میانگین	مد	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	سطح مطلوبیت
q1 ¹	فراوانی	۸	۴۳	۲۸۹	۲/۸۳	۳	۰/۴۴	۱	۳	مطلوب
	درصد	۲/۳۵	۱۲/۶۴	۸۵/۰۰						
q2 ²	فراوانی	۳۹	۲۰۶	۹۵	۲/۱۶	۲	۰/۶۱	۱	۳	نسبتا مطلوب
	درصد	۱۱/۴۷	۶۰/۵۸	۲۷/۹۴						
q3 ³	فراوانی	۷	۱۱۲	۲۲۱	۲/۶۳	۳	۰/۵۲	۱	۳	مطلوب
	درصد	۲/۰۵	۳۲/۹۴	۶۵/۰۰						
q4 ⁴	فراوانی	۱۷	۱۸۲	۱۴۱	۲/۳۶	۲	۰/۵۸	۱	۳	مطلوب
	درصد	۵/۰۰	۵۳/۵۲	۴۱/۴۷						
کل	فراوانی	۳	۱۰۵	۲۳۲	۲/۴۹	۲/۵	۰/۴۹	۱/۵	۳	مطلوب
	درصد	۰/۸۸	۳۰/۸۸	۶۸/۲۳						

q1= گزارش خطابه عنوان یک شاخص راهبردی در جلوگیری از خطا مؤثر است.
q2= گزارش خطاهای پرستاری نباید تنها به دلیل سازوکار انگیزشی مثل تشویق مادی انجام شود.
q3= به دلیل داشتن تعهد و وابستگی و تعلق سازمانی جهت بهبود کیفیت، گزارش خطا باید انجام شود.
q4= گزارش خطا بستگی به صداقت، مسئولیت‌پذیری و وجدان کاری دارد و باید هر پرستار گزارش خطا را انجام بدهد.

جدول ۳. بررسی ارتباط نگرش پرستار نسبت به فرایند گزارش خطا در بین متغیرهای دو وضعیتی بر اساس آزمون Mann-Whitney

ردیف	متغیرها	آزمون	نگرش پرستار نسبت به فرایند گزارش خطا					کل	
			q1 ¹	q2 ²	q3 ³	q4 ⁴			
۱	گذراندن مباحث مرتبط با خطا	Mann-Whitney	۱۲۵۷۱	۱۳۴۳۹/۵	۱۳۰۱۶/۵	۱۳۱۹۳	۱۲۸۳۳	Mann-Whitney U	
			-۲/۰۰۸	-۰/۹۶۱	-۱/۴۶۶	-۱/۷۳۲	-۱/۸۳۰	Z	
			۰/۰۴۵	۰/۳۳۶	۰/۱۴۳	۰/۰۸۳	۰/۰۶۷	Asymp. Sig.	
۲	گذراندن مباحث مرتبط با اخلاق	Mann-Whitney	۱۱۸۱۸	۱۳۱۸۰	۱۳۰۹۰	۱۳۳۲۶/۵	۱۳۰۶۱/۵	Mann-Whitney U	
			-۲/۹۶۸	-۱/۳۱۸	-۱/۳۷۵	-۱/۵۰۳	-۱/۵۱۸	Z	
			۰/۰۰۳	۰/۱۸۷	۰/۱۶۹	۰/۱۳۳	۰/۱۲۹	Asymp. Sig.	
۳	مکانیسم دست رسی آسان به گزارش خطا	Mann-Whitney	۱۰۶۰۹/۵	۱۲۵۵۲/۵	۱۱۵۵۰	۱۲۸۴۳	۱۱۷۳۲	Mann-Whitney U	
			-۳/۲۶۸	-۰/۶۸۰	-۲/۰۲۴	-۰/۳۵۴	-۱/۹۱۲	Z	
			۰/۰۰۱	۰/۴۹۷	۰/۰۴۳	۰/۷۲۴	۰/۰۵۶	Asymp. Sig.	
۴	رعایت اصل محرمانه بودن	Mann-Whitney	۱۱۴۴۲	۱۲۲۱۲/۵	۱۱۵۰۹	۱۱۸۱۸/۵	۱۲۴۹۱	Mann-Whitney U	
			-۲/۰۲۷	-۱/۰۴۲	-۱/۹۶۴	-۲/۱۶۶	-۰/۶۶۰	Z	
			۰/۰۴۳	۰/۲۹۷	۰/۰۴۹۸	۰/۰۳۰	۰/۵۰۹	Asymp. Sig.	
۵	بازخواست قانونی شدن	Mann-Whitney	۱۱۱۵	۹۱۶	۹۱۰	۸۴۶	۸۶۹/۵	Mann-Whitney U	
			-۰/۲۲۳	-۱/۱۶۷	-۱/۱۴۳	-۲/۰۰۴	-۱/۴۲۳	Z	
			۰/۸۲۴	۰/۲۴۳	۰/۲۵۳	۰/۰۴۵	۰/۱۵۵	Asymp. Sig.	
۷	خود افشاگری	Mann-Whitney	۱۲۰۵۱/۵	۱۱۱۴۳/۵	۱۲۳۳۵	۱۱۹۷۷/۵	۱۱۱۲۱	Mann-Whitney U	
			-۰/۸۷۹	-۲/۲۱۹	-۰/۵۰۷	-۱/۳۹۰	-۲/۳۱۳	Z	
			۰/۳۷۹	۰/۰۲۷	۰/۶۱۲	۰/۱۶۴	۰/۰۲۱	Asymp. Sig.	

q1= گزارش خطابه عنوان یک شاخص راهبردی در جلوگیری از خطا مؤثر است.
q2= گزارش خطاهای پرستاری نباید تنها به دلیل مکانیسم انگیزشی مثل تشویق مادی انجام شود.
q3= به دلیل داشتن تعهد و وابستگی و تعلق سازمانی جهت بهبود کیفیت، گزارش خطا باید انجام شود.
q4= گزارش خطا بستگی به صداقت، مسئولیت‌پذیری و وجدان کاری دارد و باید هر پرستار گزارش خطا را انجام بدهد.

امیر قبادی و همکاران

جدول ۴. بررسی ارتباط نگرش پرستار نسبت به فرایند گزارش خطا در بین متغیرهای چند وضعیتی بر اساس آزمون Kruskal Wallis

ردیف	متغیرها	آزمون	q1 ¹	q2 ²	q3 ³	q4 ⁴	کل
۱	بازخواست قانونی شدن	Chi-Square	۲/۵۲۷	۵/۱۰۵	۰/۰۰۱	۳/۶۱۶	۱/۸۵۱
		df	۱	۱	۱	۱	۱
		Asymp. Sig.	۰/۱۱۲	۰/۰۲۴	۰/۹۷۵	۰/۰۵۷	۰/۱۷۴
۲	بیمارستان منتخب	Chi-Square	۱/۷۲۱	۶/۴۹۴	۱/۳۷۰	۴/۱۸۶	۴/۴۰۷
		df	۲	۲	۲	۲	۲
		Asymp. Sig.	۰/۴۲۳	۰/۰۳۹	۰/۵۰۴	۰/۱۲۳	۰/۱۱۰
۳	گروه تجربه کاری	Chi-Square	۰/۲۵۷	۷/۴۷۸	۰/۸۳۹	۷/۴۵۷	۲/۸۹۶
		df	۲	۲	۲	۲	۲
		Asymp. Sig.	۰/۸۷۹	۰/۰۲۴	۰/۶۵۸	۰/۰۲۴	۰/۲۳۵
۴	وضعیت استخدامی	Chi-Square	۲/۲۵۹	۱/۴۷۶	۱۴/۲۴۴	۵/۳۱۴	۳/۸۳۳
		df	۴	۴	۴	۴	۴
		Asymp. Sig.	۰/۶۸۸	۰/۸۳۱	۰/۰۰۷	۰/۲۵۷	۰/۴۲۹
۵	گروه سنی	Chi-Square	۲/۱۷۶	۷/۹۱۴	۱/۷۰۲	۳/۵۲۹	۴/۵۶۸
		df	۲	۲	۲	۲	۲
		Asymp. Sig.	۰/۳۳۷	۰/۰۱۹	۰/۴۲۷	۰/۱۷۱	۰/۱۰۲
۶	علت رخ دادن خطا	Chi-Square	۱۱/۷۷۱	۱/۸۳۳	۱/۰۲۸	۴/۷۳۰	۰/۶۳۴
		df	۳	۳	۳	۳	۳
		Asymp. Sig.	۰/۰۰۸	۰/۶۰۸	۰/۷۹۴	۰/۱۹۳	۰/۸۸۹

- q1= گزارش خطابه عنوان یک شاخص راهبردی در جلوگیری از خطا مؤثر است.
q2= گزارش خطاهای پرستاری نباید تنها به دلیل سازوکار انگیزشی مثل تشویق مادی انجام شود.
q3= به دلیل داشتن تعهد و وابستگی و تعلق سازمانی جهت بهبود کیفیت، گزارش خطا باید انجام شود.
q4= گزارش خطا بستگی به صداقت، مسئولیت‌پذیری و وجدان کاری دارد و باید هر پرستار گزارش خطا را انجام بدهد.

جدول ۵. توزیع فراوانی مطلق و نسبی گویه های علت عدم گزارش خطاهای پرستاری

مولفه	گویه ها	توزیع فراوانی	بله	خیر	کل
q1 ¹	فراوانی	۱۰۲	۱۲۸	۲۳۰	۲۳۰
		درصد	۴۴/۳۵	۵۵/۶۵	
q2 ²	فراوانی	۶۳	۱۶۷	۲۳۰	۲۳۰
		درصد	۲۷/۳۹	۷۲/۶۱	
q3 ³	فراوانی	۱۷۵	۵۵	۲۳۰	۲۳۰
		درصد	۷۶/۰۸	۲۳/۹۲	
q4 ⁴	فراوانی	۱۱۷	۱۱۳	۲۳۰	۲۳۰
		درصد	۵۰/۸۶	۴۹/۱۴	
q5 ⁵	فراوانی	۱۶۰	۷۰	۲۳۰	۲۳۰
		درصد	۶۹/۵۶	۳۰/۴۴	

- q1= ترس از مواردی مثل تنبیه و توبیخ / از دست دادن موقعیت شغلی / بازخواست های قانونی و غیر قانونی خطا
q2= دست و پاگیر بودن فرایند گزارش دهی / وقت گیر بودن آن
q3= موانع مدیریتی (مثل سرزنش شدن / نداشتن حمایت کافی / نداشتن بازخورد مناسب از مدیر)
q4= موانع نگرشی در جامعه (مثل ایجاد نگرش منفی در همکاران / سلب اعتماد بیمار و ...)
q5= موانع سازمانی (مثل نبود فرهنگ ایمنی / عدم رعایت اصل محرمانه بودن / عدم آموزش و ترویج گزارش خطا / آشنایی ناکافی با فرایند گزارش خطا / نهادینه نشدن فرایند گزارش خطا)

بحث

در پژوهش حاضر ۷۸ درصد از نمونه ها زن و بین ۳۴ تا ۴۴ سال سن داشتند، ۶۸/۲ درصد نگرش مطلوب و مثبتی نسبت به فرایند گزارش خطا داشتند و بین خود افشاگری خطا و نگرش کلی آنان نسبت به گزارش خطا، ارتباط معنادار وجود داشت. پژوهش Korhan و همکاران در ترکیه نشان داد نگرش پرستاران زن نسبت به مرد مثبت تر و گزارش خطاهای بیشتری را داشتند (۳۳). افزایش سن ممکن است به این معنی باشد که دوره کاری یا تجربه پرستاران در ارتباط با گزارش خطا نیز افزایش یافته است. وجود ارتباط بین سن و نگرش پرستار نسبت به گزارش دهی خطا می تواند ناشی از عوامل مرتبط با تجربه پرستار باشد که با افزایش سن و سابقه پرستاری، بر شکل گیری نگرش مثبت پرستاران تأثیر داشته است (۲۱). اما در مطالعه حاضر بیش از ۴۲ درصد از نمونه های پژوهش، سابقه کار بین ۱ تا ۹ سال داشتند و در عین حال از نگرش کلی مطلوب و مثبتی نسبت به گزارش دهی خطا برخوردار بودند. مطالعه Chiang و همکاران در سال ۲۰۱۰ نیز نشان داد که بین تجربه پرستاران با نگرش آنان نسبت به گزارش خطا ارتباط معنادار ضعیف وجود داشت (۳۸).

در پژوهش حاضر پرستاران فرایندهای مدیریتی را به عنوان علت اصلی رخداد خطاهای پرستاری ذکر کردند، که به این ترتیب پرستاران با دید فرایندی به رخداد خطاها، یک دستگاه یا یک فرایند را در رخداد خطا مؤثر دانسته اند (۳۹). در مطالعه Brigitta و همکاران سال ۲۰۲۰ در اندونزی هم علت رخداد خطاها در سه دسته ارتباطات ناکارآمد، عوامل مرتبط با محیط کار و عوامل انسانی بیان شد (۴۰).

در پژوهش حاضر بیشتر پرستاران طی یک سال گذشته، گزارش از خطاهای پرستاری نداشتند که مهم ترین علت آن هم موانع مدیریتی بیان شده است. موانعی که ناشی از عواملی مثل سرزنش شدن / نداشتن حمایت کافی / نداشتن بازخورد مناسب از مدیران بوده است. در مطالعه ای که توسط حاجی بابایی و همکاران سال ۱۳۹۳ در تهران انجام گرفت علت اصلی عدم گزارش خطاهای پرستاری، عدم آگاهی و توافقات جمعی از خطای کاری عنوان شده بود و ۱۶ درصد از پرستاران نمی دانستند چه وقت خطایی رخ داده است و ۱۴ درصد از پرستاران نیز نمی دانستند که چه موقع باید خطاها را گزارش دهند (۴۱). در مطالعات Rutledge و همکاران سال ۲۰۱۸ در ایالات متحده مهم ترین علت عدم

گزارش خطاهای پرستاری زمان بر بودن فرایند گزارش خطا و ترس بوده است (۴۲).

در پژوهش حاضر ۶۸/۲ درصد از پرستاران نگرش مطلوب و مثبتی نسبت به فرایند گزارش خطا داشتند و در حالت کلی نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطا مطلوب بود که می تواند ناشی از نقش راهبردی و بااهمیت گزارش خطا جهت جلوگیری از وقوع مجدد خطا باشد. در پژوهش Önlü و همکاران سال ۲۰۲۱ در ترکیه نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطاها مثبت بود و پرستاران در رابطه با دلایل خطا و گزارش آن نگرش مثبتی داشتند (۲۵). پژوهش Bottcher و همکاران سال ۲۰۱۹ نشان داد که نگرش ایمنی بیمار در میان پرستاران و پزشکان نسبتاً مثبت بود اما پزشکان نگرش مثبت تری نسبت به پرستاران نشان دادند (۴۳).

در پژوهش Yung و همکاران سال ۲۰۱۶ در تایوان اکثر پرستاران نگرش مثبتی نسبت به گزارش خطاها داشتند (۲۷). پژوهش Dyab و همکاران سال ۲۰۱۸ در لیبی نشان داد که اکثر شرکت کنندگان نگرش مثبتی نسبت به گزارش خطاهای پرستاری داشتند (۳۷). پژوهش Ozer و همکاران سال ۲۰۱۹ در ترکیه نشان داد که گرایش به گزارش خطای پزشکی در میان پرستاران قلب و عروق و جراحی قلب و عروق پایین بود، در حالی که نگرش آنها نسبت به ایمنی بیمار در سطح رضایت بخشی بوده است (۴۴). در پژوهش Yousef و همکاران سال ۲۰۲۱ نیز نگرش پرستاران نسبت به گزارش دهی خطا مثبت بیان شده است (۴۵). مطالعه Alemdar و همکاران در سال ۲۰۲۰ نیز نشان داد بین نگرش پرستاران نسبت به خطاها پزشکی و فرهنگ ایمنی بیمار ارتباط معنا دار وجود دارد (۴۶). در مطالعه Chiang و همکاران در سال ۲۰۱۹ نیز یافته های مطالعه نشان داد، اکثر پرستاران معتقد بودند که گزارش خطاهای پزشکی باعث کاهش تعداد خطاهای پزشکی می شود و تمام خطاهای پزشکی باید گزارش و به بیمار و نزدیکان او منتقل شود. با این حال اکثر آنها از گزارش خطاهای پزشکی که مسئول آن بودند، خودداری می کردند (۴۷).

یافته های پژوهش حاضر نشان داد، گویه شماره ۱ «گزارش خطا به عنوان یک شاخص راهبردی در جلوگیری از خطا مؤثر است» با متغیرهای گزارانیدن مباحث مرتبط با خطا، گزارانیدن مباحث مرتبط با اخلاق، رعایت اصل محرمانه بودن در گزارش خطا و مکانیسم دسترسی آسان به گزارش خطا ارتباط معنا وجود داشت ($P < 0/05$). این ارتباط

سابقه بازخواست قانونی شدن، نوع بیمارستان منتخب، گروه تجربه کاری و گروه‌های سنی ارتباط معنادار وجود داشت. در مطالعه حاضر موقعیت شغلی، فرهنگ ایمنی بیمار، مدرک پرستار، سال‌های تجربه و سن پرستاران جزء متغیرهایی بوده‌اند که با نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطا ارتباط معنادار داشتند. مطالعات نیز نشان می‌دهد فرهنگ مطلوب ایمنی بیمار (۲۵، ۱۹)، و موقعیت‌های شغلی و تحصیلی بالاتر (۳۱، ۳۲، ۲۴) تمایل بیشتر و نگرش مثبت تری به گزارش خطا داشتند.

در این پژوهش با توجه به شناختی که در مورد شکل‌گیری نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطا در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران حاصل آمد، زمینه انجام اقدامات مبتنی بر شواهد و تدوین برنامه‌های راهبری جهت بهبود نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطا و به تبع افزایش ایمنی بیمار و بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری در محیط مورد پژوهش بیش از پیش فراهم خواهد آمد.

نتیجه‌گیری

بر اساس پژوهش انجام شده نگرش کلی پرستاران نسبت به گزارش خطا در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران مطلوب بود. از دیدگاه پرستاران مورد پژوهش مهم‌ترین علت رخ داد خطاهای پرستاری مشکلات مدیریتی و گزارش خطا به عنوان یک شاخص راهبردی در جلوگیری از خطا بیان شد. لذا پیشنهاد می‌شود مدیران پرستاری در تمام سطوح مدیریت پرستاری با تأکید بر ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار، آگاهی پرستاران را نسبت به تشخیص وقوع خطا و اهمیت گزارش خطا افزایش دهند. تا به این ترتیب بتوان موانع گزارش‌دهی خطاها را رفع و شرایط لازم جهت گزارش بدون ترس خطا، اصولی، اخلاقی، سیستمی و رسمی را مهیا ساخت. امید است با رفع مشکلات مدیریتی در رخ داد و گزارش خطاهای پرستاری، بتوان شاهد بهبود ایمنی بیمار و به تبع بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری باشیم. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی با حجم نمونه بالاتر و در سطح وسیع‌تر جهت تعمیم‌پذیری یافته‌ها و نیز مطالعات کیفی و مصاحبه‌های عمیق به منظور به دست آوردن اطلاعات جامع و کامل‌تر در ارتباط با جو اخلاقی و وضعیت گزارش‌دهی خطاهای پرستاری در محیط‌های بالینی انجام گیرد.

می‌تواند ناشی از نقش مؤثر آموزش و تأکید بر فرهنگ ایمنی در ارتباط با اهمیت گزارش خطا و رفع موانع لازم از طرف مدیران پرستاری جهت تسهیل فرایند گزارش خطا، با تأکید بر اصل محرمانگی باشد. مطالعه Lee Y-H و همکاران در سال ۲۰۱۶ نشان داد پرستاران با شایستگی و خودکارآمدی بالا از پیامدهای گزارش رویداد نمی‌ترسند، زیرا پرستاران به مفید و مؤثر بودن گزارش‌دهی برای یادگیری و جلوگیری از رخداد خطا واقف بودند و تمایل به بهبود نگرش‌های آموخته‌شده مرتبط با خطا داشتند (۳۲). آگاهی بالا از ایمنی شغلی، همکاری در یک تیم بین‌رشته‌ای و ارزیابی فرهنگ ایمنی کار موجب ارتقای کیفیت و ایمنی بیمار خواهد شد و بیماران احساس امنیت بیشتری خواهند داشت (۱۶). با این حال در مطالعه Korhan و همکاران مشاهده شد که دریافت آموزش تأثیری بر نگرش پرستاران نسبت به گزارش خطاهای پزشکی نداشته است (۳۳).

در پژوهش حاضر بین گویه شماره ۳؛ «به دلیل داشتن تعهد و وابستگی و تعلق سازمانی جهت بهبود کیفیت، گزارش خطا باید انجام شود» با متغیرهای رعایت اصل محرمانه بودن در گزارش خطا و مکانیسم دسترسی آسان به گزارش خطا ارتباط معنا وجود داشت. همچنین بین گویه شماره ۴؛ «گزارش خطا بستگی به صداقت، مسئولیت‌پذیری و وجدان کاری دارد و باید هر پرستار گزارش خطا را انجام دهد» با متغیرهای رعایت اصل محرمانه بودن، تجربه کاری و سابقه بازخواست قانونی شدن ارتباط معنادار یافت شد. لذا اهمیت نقش اصل محرمانگی در گزارش خطا و تجربه‌های قبلی پرستاران هنگام وقوع خطا می‌تواند بر روی نگرش آنها نسبت به گزارش خطا مؤثر باشد. Vrbnjak و همکاران در سال ۲۰۱۶ با انجام مروری سیستماتیک معتقدند؛ مدیران پرستاری و بیمارستانی باید جوی را در محیط‌های کاری فراهم سازند تا پرستاران بدون ترس از عواقب گزارش خطا، بر میزان گزارش‌دهی بیفزایند. تبعاً بی‌توجهی به این مهم سبب می‌شود که پرستاران به دلیل ترس ناشی از دست‌دادن موقعیت شغلی، توبیخ توسط مدیران و نداشتن حمایت‌های سازمانی و مدیریتی، طرح دعوی در دادگاه و از دست دادن اعتبار خود در بیمارستان گزارش خطا نداشته باشند (۳۰). در پژوهش حاضر نیز بین گویه شماره ۲؛ «گزارش خطاهای پرستاری نباید تنها به دلیل مکانیسم انگیزشی مثل تشویق مادی انجام شود»، با متغیرهای

سپاسگزاری

این مقاله حاصل قسمتی از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت پرستاری با کد اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره (IR.TUMS.FNM.REC 1398.0164)، می باشد و پژوهشگران لازم می دانند تا مراتب تشکر و قدردانی خویش را از مدیریت پرستاری بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران (مجمع بیمارستانی امام خمینی، شریعتی

و سینا) و نیز تمامی کادر پرتلاش پرستاری بخش های منتخب ابراز نمایند.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Biffittu BB, Dachew BA, Tiruneh BT, Beshah DT. Medication administration error reporting and associated factors among nurses working at the University of Gondar referral hospital, Northwest Ethiopia, 2015. BMC nursing. 2016;15(1):1-7.
2. Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change. Available at SSRN 2222541. 2012.
3. Salmasi S, Khan TM, Hong YH, Ming LC, Wong TW. Medication errors in the Southeast Asian countries: a systematic review. PloS one. 2015;10(9):e0136545.
4. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. Bmj. 2016;353:i2139.
5. Torjesen I. Medication errors cost the NHS up to £ 2.5 bn a year. The Pharmaceutical Journal. 2014;293:7834.
6. Ali L, Saifan A, Alrimawi I, Atout M. Nurses' perceptions toward factors that cause medication errors in Jordan: A qualitative study. Perspectives in Psychiatric Care. 2021;57(3):1417-24.
7. Park SA, Lee SJ, Choi GU. Survey of factors associated with nurses' perception of patient safety. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2011;12(8):2129-32.
8. Sweeney CF, LeMahieu A, Fryer GE. Nurse practitioner malpractice data: Informing nursing education. Journal of Professional Nursing. 2017;33(4):271-5.
9. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. Bmj. 2016;353.
10. Kodate N, Dodds A. Factors affecting willingness to report patient safety incidents in hospitals. NIHR King's Patient Safety Serv Qual Centre. 2008:1-38.
11. Slawomirski L, Auraen A, Klazinga NS. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. 2017.
12. Chiang H-Y, Lin S-Y, Hsiao Y-C, Chang Y. Culture influence and predictors for behavioral involvement in patient safety among hospital nurses in Taiwan. Journal of nursing care quality. 2012;27(4):359-67.
13. Escrivá Gracia J, Brage Serrano R, Fernández Garrido J. Medication errors and drug knowledge gaps among critical-care nurses: a mixed multi-method study. BMC health services research. 2019;19(1):1-9.
14. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. BMJ Quality & Safety. 2008;17(3):216-23.
15. Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH. Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. Western journal of nursing research. 2007;29(7):827-44.
16. Malinowska-Lipień I, Micek A, Gabryś T, Kózka M, Gajda K, Gniadek A, et al. Nurses and physicians attitudes towards factors related to hospitalized patient safety. PloS one. 2021;16(12):e0260926.
17. Waterson P. Patient safety culture: theory, methods and application: CRC Press; 2018.
18. Hughes LC, Chang Y, Mark BA. Quality and strength of patient safety climate on medical-surgical units. Health care management review. 2009;34(1):19-28.
19. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. BMC health services research. 2011;11(1):1-12.
20. Schelbred AB, Nord R. Nurses' experiences of drug administration errors. Journal of advanced nursing. 2007;60(3):317-24.
21. Kusumawati AS, Handiyani H, Rachmi SF. Patient safety culture and nurses' attitude on incident reporting in Indonesia. Enfermeria Clinica. 2019;29:47-52.
22. Gülec D, Intepeler SS. Developing a scale of attitudes towards medical errors. Journal of Research and Development in Nursing. 2013;15(3):26-41.
23. Hung CC, Chu TP, Lee BO, Hsiao CC. Nurses' attitude and intention of medication

- administration error reporting. *Journal of clinical nursing*. 2016;25(3-4):445-53.
24. Hartnell N, MacKinnon N, Sketris I, Fleming M. Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: a focus group study. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(5):361-8.
25. Önler E, Yıldız T, Aktaş Kılıç E. Evaluation of Nurses' Attitudes Toward Medical Errors. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2021.
26. Woo MWJ, Avery MJ. Nurses' experiences in voluntary error reporting: An integrative literature review. *International journal of nursing sciences*. 2021;8(4):453-69.
27. Yung HP, Yu S, Chu C, Hou IC, Tang FI. Nurses' attitudes and perceived barriers to the reporting of medication administration errors. *Journal of nursing management*. 2016;24(5):580-8.
28. Volkerding J. *Nursing Students' Perceptions and Barriers Related to Medical Error Reporting*: Carlow University; 2016.
29. Rahsepar Z, Khiavi FF, Zahiri M, Haghighizadeh M. Nurses' Perspectives About Reasons For Not Reporting Medical Errors In Educational Hospitals, Ahvaz, Iran: 2019. *Health Technology Assessment in Action*. 2021;5(1).
30. Vrbnjak D, Denieffe S, O'Gorman C, Pajnikihar M. Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. *International journal of nursing studies*. 2016;63:162-78.
31. Lin YH, Ma Sm. Willingness of nurses to report medication administration errors in southern Taiwan: a cross-sectional survey. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2009;6(4):237-45.
32. Lee Y-H, Yang C-C, Chen T-T. Barriers to incident-reporting behavior among nursing staff: A study based on the theory of planned behavior. *Journal of Management & Organization*. 2016;22(1):1-18.
33. Korhan EA, Dilemek H, Mercan S, Yilmaz DU. Determination of attitudes of nurses in medical errors and related factors. *International Journal of Caring Sciences*. 2017;10(2):794-801.
34. Emamzadeh Ghasemi HS, Ghobadi A, Hajibabae F, Hajraji A, Aryamloo P. The relationship between organizational ethical climate and components of nursing error reporting in selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2020. *Journal of nursing management*. 2022.
35. Azami M, Sharifi H, Alvandpur S. Evaluating the relationship between information literacy and evidence-based nursing and their impact on knowledge and attitude of nurses working in hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences on medication errors. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020;9(8):4097.
36. Kirca N, Ozgonul ML, Bademli K. The relationship between the competence of nurses and their attitudes in medical errors: a cross-sectional survey. *Journal of nursing management*. 2020;28(5):1144-52.
37. Dyab EA, Elkalmi RM, Bux SH, Jamshed SQ. Exploration of nurses' knowledge, attitudes, and perceived barriers towards medication error reporting in a tertiary health care facility: a qualitative approach. *Pharmacy*. 2018;6(4):120.
38. Chiang H-Y, Lin S-Y, Hsu S-C, Ma S-C. Factors determining hospital nurses' failures in reporting medication errors in Taiwan. *Nursing outlook*. 2010;58(1):17-25.
39. Wolvaardt E. Blame does not keep patients safe. *Community eye health*. 2019;32(106):36.
40. Brigitta IR, Dhamanti I. Literature review: cause factor analysis and an effort to prevent Medication Administration Error (MAE) at Hospital. *Unnes Journal of Public Health*. 2020;9(2):98-107.
41. Hajibabae F, Joolae S, Peyravi H, Alijany-Renany H, Bahrani N, Haghani H. Medication error reporting in Tehran: a survey. *Journal of Nursing Management*. 2014;22(3):304-10.
42. Rutledge DN, Retrosi T, Ostrowski G. Barriers to medication error reporting among hospital nurses. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(9-10):1941-9.
43. Bottcher B, Abu-El-Noor N, Abuowda Y, Alfaqawi M, Alaloul E, El-Hout S, et al. Attitudes of doctors and nurses to patient safety and errors in medical practice in the Gaza-Strip: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2019;9(8):e026788.
44. Ozer S, Sarsilmaz H, Aktas H, Aykar FS. Attitudes toward patient safety and tendencies to medical error among Turkish cardiology and cardiovascular surgery nurses. *Journal of patient safety*. 2019;15(1):1-6.
45. Yousef A, Abu Farha R, Da'meh K. Medication administration errors: Causes and reporting behaviours from nurses perspectives. *International Journal of Clinical Practice*. 2021;75(10):e14541.
46. Alemdar D, Yilmaz G. Evaluation of the Relationship Between the Patient Safety Culture and Medical Error Attitudes of the Pediatric Nurses. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2020;10(1):60-7.
47. Chiang HY, Lee HF, Lin SY, Ma SC. Factors contributing to voluntariness of incident reporting among hospital nurses. *Journal of nursing management*. 2019;27(4):806-14.