

Exploring the Causes of Non-Reporting of Medical Errors in Hospitals and Strategies to Encourage Reporting: A Qualitative Study (Content Analysis)

Lotfollah Davoodi ¹
 Mohammad Ali Jahani ²
 Masoomeh Abdi Talarposhti ³
 Maryam Montazeri ⁴
 Mehran Asadi Aliabadi ⁵
 Hajar Kakoei ⁶
 Zohreh Alinasab ⁷

¹ Associate Professor, Department of Infectious and Tropical Diseases, Research Center for Microbial Resistance and Communicable Diseases, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

³ PhD in Medical and Health Services Administration, Razi Clinical Researches Development Unit, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Assistant Professor, Medical Oncologist-Hematologist, Razi Clinical Researches Development Unit, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Assistant Professor, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁶ PhD Student in Educational Administration, Razi Clinical Researches Development Unit, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁷ PhD Student in Medical and Health Services Administration, Sari branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

(Received December 23, 2023 ; Accepted September 25, 2024)

Abstract

Background and purpose: The occurrence of medical errors in healthcare centers is highly significant due to the sensitive nature of providing care and saving patients' lives. Failure to report such errors can result in both financial and moral harm to patients and have adverse effects on the healthcare system. Medical errors have significant clinical and economic consequences and can influence mortality rates. Despite the wide range of medical errors in healthcare delivery, the errors committed by medical staff—due to the close care relationship between them and the patient—are among the most complex issues in the management of treatment systems. Therefore, the purpose of this study was to explore the causes of non-reporting of medical errors in hospitals and methods of encouraging the reporting of such errors.

Materials and methods: This qualitative study was conducted using semi-structured, in-depth individual interviews with a conventional content analysis approach. The goal was to identify the factors contributing to the non-reporting of medical errors in 1402 (Iranian calendar year). The study population included doctors, specialists, and providers actively involved in patient safety in the hospital. In other words, individuals with knowledge and valuable experience in this area were interviewed. Data collection was conducted using a semi-structured questionnaire, designed by reviewing the literature and with the assistance of expert professors for the interviews. Sampling was performed purposefully until data saturation was reached. Data saturation was achieved after interviewing 22 experts. After the interviews, items and sub-items were identified through content analysis.

Results: Key factors contributing to the failure to report medical errors were identified in two themes, six categories, and 45 items. The extracted themes included organizational and management factors, as well as legal issues. Organizational and management factors encompassed organizational culture, communication, reporting, and monitoring, while legal factors involved the consequences of reporting and control mechanisms. In total, 38 solutions were proposed to encourage the reporting of medical errors. The experts' suggestions for strategies to promote error reporting were identified under two themes, six categories, and 38 items. The themes included organizational and management factors and legal issues. Organizational and management factors covered organizational culture, the reporting process, monitoring, and communication, while legal factors involved the consequences of reporting and control.

Conclusion: Errors in medical procedures may occur due to the inherent nature and sensitivity of these procedures. However, it is essential that medical staff consider themselves obligated to minimize errors and reduce harm to patients. Studying the causes of non-reporting of medical errors and understanding the underlying reasons are critical for improving patient safety and the quality of healthcare services. This knowledge can assist policymakers and healthcare practitioners in making informed decisions about error reporting and in delivering higher-quality services to the public. Additionally, it is important to train medical teams on the various types of errors and how to appropriately address them.

Keywords: hospital, medical errors, adverse events, quality of healthcare, never events

J Mazandaran Univ Med Sci 2024; 34 (237): 169-182 (Persian).

Corresponding Author: Zohreh alinasab – Razi Hospital, Ghaemshahr, Iran. (E-mail: z.alinasab3820@yahoo.com)

تبیین علل عدم گزارش خطاهای پزشکی در بیمارستان و استراتژی‌های ترغیب به گزارش: مطالعه کیفی (تحلیل محتوی)

لطف اله داودی^۱
محمد علی جهانی^۲
معصومه عبدی تالارپشتی^۳
مریم منتظری^۴
مهران اسدی علی آبادی^۵
هاجر کاکوئی^۶
زهره علی نسب^۷

چکیده

سابقه و هدف: وقوع خطاهای پزشکی در مراکز درمانی به دلیل ماهیت حساسی که از نظر تامین سلامت و حفظ جان بیمار دارند، بسیار عدم گزارش خطاهای پزشکی می‌تواند موجب خسارت‌های مالی و معنوی به بیماران و اثر نامطلوبی بر بدنه نظام سلامت بگذارد. خطاهای پزشکی پیامدهای بالینی و اقتصادی چشمگیری دارند و بر روی شاخص‌های مرگ و میر تاثیر می‌گذارند که با وجود طیف وسیعی از خطاهای پزشکی در هنگام ارائه خدمات سلامت، خطاهای کادر درمان به دلیل وجود بیش‌ترین ارتباط مراقبتی بین آنان و بیمار از پیچیده‌ترین بحث‌های مدیریتی در مورد وقوع خطا در سیستم‌های درمانی است. بنابراین هدف از این مطالعه تبیین علل عدم گزارش خطاهای پزشکی در بیمارستان و راهکارهای ترغیب جهت گزارش آن بوده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی با روش مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق فردی با رویکرد تحلیل مرسوم و هدف شناسایی عوامل موثر بر علل عدم گزارش خطاهای پزشکی در سال ۱۴۰۲ انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل پزشکان، خبرگان و صاحب‌نظران و ارایه‌دهندگان فعال در حوزه ایمنی بیمار در بیمارستان بوده‌اند، به عبارت دیگر افرادی مورد مصاحبه قرار گرفتند که در این زمینه مطلع بوده و تجارب ارزشمندی داشتند ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه نیمه ساختار یافته‌ای بود که با بررسی متون و با کمک اساتید خبره جهت مصاحبه انجام شد. نمونه‌گیری در مطالعه به صورت هدفمند تا حد رسیدن به مرحله اشباع انجام شد. پژوهش با مصاحبه ۲۲ نفر از خبرگان به اشباع رسید. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، از طریق تحلیل محتوا، گویه‌ها و زیر گویه‌ها مشخص گردید.

یافته‌ها: عوامل کلیدی موثر در علل عدم گزارش خطا در ۲ درون مایه و ۶ طبقه و ۴۵ گویه شناسایی شدند. درون مایه‌های استخراج شده شامل عوامل سازمان و مدیریت و موارد قانونی بودند. عوامل سازمان و مدیریت شامل فرهنگ سازمانی، ارتباطات، گزارش دهی و نظارت و عوامل قانونی شامل پیامدهای گزارش دهی و کنترل بودند. در نهایت ۳۸ راهکار جهت ترغیب به گزارش خطای پزشکی پیشنهاد گردید. راهکارهای صاحب نظران جهت استراتژی‌های ترغیب به گزارش خطاهای پزشکی در بیمارستان در ۲ درون مایه و ۶ طبقه و ۳۸ گویه شناسایی شدند. درون مایه‌های استخراج شده شامل عوامل سازمان و مدیریت و موارد قانونی بودند. عوامل سازمان و مدیریت شامل فرهنگ سازمانی، نظارت و ارتباطات و عوامل قانونی شامل پیامدهای گزارش دهی و کنترل بودند.

استنتاج: بروز خطا در اقدامات پزشکی، با توجه به ماهیت و حساسیت اقدامات ممکن است رخ دهد؛ ولی نکته مهم آن است که کادر درمان خود را موظف بدانند تمام تلاش خود را برای به حداقل رساندن خطا و آسیب به بیماران انجام دهند. مطالعه علل عدم گزارش خطای پزشکی و توضیح دلایل آن بر ایمنی و کیفیت خدمات سلامت موثر است که این به سیاستگذاران و دست‌اندرکاران نظام سلامت کمک می‌کند تا تصمیمات مناسبی را در مورد گزارش خطای پزشکی و ارائه خدمات با کیفیت تر با هدف قرار دادن عموم مردم اتخاذ کنند هم‌چنین آموزش تیم پزشکی در مورد انواع خطاها و نحوه درمان صحیح آن‌ها ضروری است.

واژه‌های کلیدی: بیمارستان، خطاهای پزشکی، رویدادهای نامطلوب، کیفیت مراقبت‌های سلامت، وقایع ناخواسته

E-mail: z.alinasab3820@yahoo.com

مؤلف مسئول: زهره علی نسب - قائم‌شهر، بیمارستان رازی

۱. دانشیار، گروه بیماری‌های عفونی و گرمسیری، مرکز تحقیقات مقاومت‌های میکروبی و بیماری‌های قابل انتقال، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۲. دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
 ۳. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رازی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۴. استادیار، فوق تخصص خون و سرطان بالغین، واحد توسعه تحقیقات بالینی رازی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۵. استادیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۶. دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رازی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۷. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
- © تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۲/۱۲/۵ تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۷/۴

مقدمه

ایمنی بیمار و ارائه مراقبت ایمن و با کیفیت بالا وظیفه حرفه‌ای، اخلاقی و قانونی متخصصان سلامت می‌باشد (۱). ایمنی بیمار به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه به بیمار در حین ارائه مراقبت‌های سلامت می‌باشد (۳،۲). از جمله خطراتی که در بیمارستان رخ می‌دهد و ایمنی بیماران و کارکنان را تهدید می‌کند خطای پزشکی است (۴). خطای پزشکی یک عامل ناخواسته است که به خاطر غفلت صورت می‌گیرد (۵). خطای حین انجام کار از موارد غیر قابل اجتناب در تمامی مشاغل است (۶). خدمات سلامت نیز از این امر مستثنی نمی‌باشد (۷). خطای پزشکی به خطایی اطلاق می‌شود که به دلیل فراموشی و قصور در برنامه ریزی یا اجرای غلط برنامه مراقبت سلامت که منجر به آسیب و یا عدم آسیب در بیمار گردد رخ می‌دهد (۸). خطاهای پزشکی می‌تواند به خاطر فرآیندهای کاری معیوب، پیچیدگی بیماری، عدم تداوم درمان، عدم رعایت دستورالعمل‌ها، دانش کم، کار زیاد و خستگی کارکنان و مشکلات ساختاری رخ دهد (۹). وقوع خطاهای پزشکی در مراکز درمانی به دلیل ماهیت حساسی که از نظر تامین سلامت و حفظ جان بیمار دارند بسیار حائز اهمیت است (۱۰). خطاهای پزشکی پیامدهای بالینی و اقتصادی چشمگیری دارند (۱۱). افزایش خطاهای پزشکی موجب نگرانی مردم، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و سیاستگذاران نظام سلامت شده است و هم‌چنین هزینه زیادی هم به نظام سلامت تحمیل می‌کند (۱۲). بیمارانی که دچار خطاهای پزشکی می‌شوند، مدت اقامت بیش‌تر و مرگ و میر بالاتری نسبت به بیماران فاقد عارضه ناخواسته دارند (۱۳). ارائه‌کنندگان خدمات سلامت نیز از آسیب خطاهای پزشکی که مرتکب می‌شوند مصون نیستند بلکه آن‌ها دومین قربانیان خطاهای پزشکی هستند (۱۴). همه اعضای تیم پزشکی، ممکن است در هنگام انجام مراقبت‌های بالینی دچار خطا شوند (۱۵). خطاهای کادر درمان به دلیل وجود بیش‌ترین ارتباط مراقبتی بین آنان و بیمار از پیچیده‌ترین بحث‌های

مدیریتی در مورد وقوع خطا در سیستم‌های درمانی است (۱۶) که این خطاها عمدتاً در اثر عوامل محیطی، کم تجربه بودن نیروهای درمانی، روش‌های جدید تشخیصی و یا درمانی، عوامل مرتبط با بیمار، مراقبت‌های چندگانه و شرایط مراقبت اورژانس، ارتباط نامناسب با بیمار، ثبت نادرست اطلاعات، و ناخوانا بودن دستورات پزشکی، اتفاق می‌افتد (۱۷). در طی دهه گذشته تقریباً ۲۰۰۰ مرگ در رابطه با خطای پرستاری در آمریکا رخ داده است (۱۸). تحقیقات نشان می‌دهد ۳ تا ۱۷ درصد بیماران بستری شده در بیمارستان‌ها دچار عارضه‌ای می‌گردند که به نحوی توسط یک اتفاق ناخواسته یا خطای پزشکی ایجاد شده است و حدود ۳۰ تا ۷۰ درصد این اتفاقات قابل پیشگیری هستند (۱۹). این خطاها سالیانه علت ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ مرگ در بیمارستان‌های آمریکا می‌باشد که بیش‌تر از آمار مرگ در اثر تصادفات جاده‌ای و سرطان و یا ایدز در کشور است (۲۰). در ایران آماري از میزان خطاهای پزشکی در دست نیست، اما وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اعلام کرده است که هر ساله میلیاردها تومان صرف هزینه نگهداری و مراقبت از بیماران در بیمارستان‌ها به دلیل اشتباهات پزشکی می‌شود (۲۱). در نظام‌های سلامت جهان، مقوله تامین ایمنی بیمار از عمده‌ترین نگرانی‌های ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌باشد (۲۲). شایع‌ترین نوع اتفاقات ناخواسته پزشکی شامل خطای پزشکی، واکنش‌ها و عوارض دارویی، عفونت‌های بیمارستانی، عفونت زخم، زخم بستر، عوارض بعد از عمل جراحی، اشتباه یا تاخیر در تشخیص بیماری و سقوط بیمار از تخت در بیمارستان می‌باشد (۲۳). در خطاهای انسانی دو نوع نگرش وجود دارد: نگرش شخصی و نگرش سیستمی. در نگرش شخصی، کانون توجه بر روی خطاهای افراد است و نگرش سیستمی بر روی شرایطی است که افراد تحت آن شرایط کار می‌کنند (۲۴). کادر درمان می‌توانند در گزارش خطاهای تیم مراقبت بهداشتی و درمانی نقش مهمی داشته باشند (۲۵). در این رابطه شورای بین‌المللی

پرستاران می‌گویند: «ایمنی بیمار برای بهبود کیفیت مراقبت ضروری است و تمام کارکنان درمانی مسئولیت اساسی جهت حفظ ایمنی بیمار در تمام جهات مراقبت را دارند» (۲۶)، اما گزارش خطاها در بین پرستاران بسیار کم‌تر از میزان واقعی آن است (۲۷). از علل موثر بر عدم گزارش خطاها توسط کادر درمان می‌توان به عوامل مدیریتی، اخلاقی، محیطی، ترس از پیامدهای گزارش‌دهی و نقض فرآیندهای گزارش‌دهی اشاره نمود (۲۸). ترس از سرزنش و توبیخ توسط مدیران، واکنش‌های همکاران و ترس از شکایت و اقدامات قانونی بیماران از علل موثر در عدم گزارش‌دهی خطاها توسط کادر درمان می‌باشد (۲۹). بنابراین بروز خطای پزشکی می‌تواند ایمنی و سلامت بیماران را به خطر اندازد که آگاهی نسبت به آن می‌تواند کمک کند تا از آسیب بیش‌تر به بیمار پیشگیری شود. لذا هدف از این مطالعه تبیین علل عدم گزارش خطاهای پزشکی در کارکنان درمانی و ارائه راهکارهایی جهت ترغیب به گزارش آن می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات کیفی بوده که با رویکرد تحلیل محتوی و با هدف شناسایی عوامل موثر بر عدم گزارش خطاهای بیمارستانی با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1402.326 در سال ۱۴۰۲ انجام گرفت. روش تحلیل محتوی (Conventional Content Analysis) روشی است که به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی به کار می‌رود (۳۰). ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه نیمه ساختار یافته‌ای بود که با بررسی متون و با کمک اساتید خبره جهت مصاحبه انجام شد. در بررسی متون با کلید واژه‌های Medical Error، Medical Errors، Advers events و Never Event در پایگاه‌های داده خارجی و داخلی مجلات در Web of Science و PubMed، Science Direct، Scopus، SID، Magiran که به زبان فارسی و انگلیسی بودند، براساس واژگان و اصطلاحات MeSH مورد بررسی قرار گرفتند.

جامعه پژوهش شامل پزشکان خبرگان و صاحب‌نظران و ارایه‌دهندگان خدمات بیمارستانی فعال در زمینه ایمنی بیمار بوده است که در این راستا به منظور دستیابی به سودمندترین نمونه‌ها ابتدا از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. پژوهش با مصاحبه ۲۲ نفر از خبرگان به اشباع رسید و تمامی مصاحبه‌ها ضبط گردیدند. زمان مصاحبه‌ها بین ۳۵ تا ۴۵ دقیقه متغیر بود و سعی شد در مصاحبه از سئوالات اکتشافی و برانگیزنده استفاده شود تا بتوان به جزئیات و عوامل موثر بر عدم گزارش خطاهای پزشکی دست پیدا کرد. به عنوان مثال «اگر خطایی رخ دهد شما چه می‌کنید؟ از علل اصلی گزارش نکردن خطای پزشکی در بیمارستان‌ها چیست؟ چه پیشنهادی برای افزایش گزارش خطای پزشکی در بیمارستان‌ها دارید؟ اگر خطایی را گزارش کنید چه اتفاقی برایتان می‌افتد؟ عمل پیاده‌سازی مصاحبه‌ها به منظور آگاهی از زمان اشباع داده‌ها و نیز افزایش صحت و دقت پیاده‌سازی متون بلافاصله پس از پایان هر جلسه انجام شد، به طوری که پس از چند بار گوش کردن هر فایل ضبط شده، نسبت به نوشتن و تایپ متن مصاحبه اقدام می‌گردید. برای دستیابی به اعتبار مصاحبه در تحقیق به شیوه کیفی ابتدا چند مصاحبه به صورت آزمایشی قبل از شروع تحقیق توسط محقق انجام شد سپس برای روایی داده‌ها از نظر درستی انجام کار، نخستین مصاحبه‌ها توسط اساتید، مورد بررسی قرار گرفتند. برای بالا بردن قابلیت اطمینان یافته‌ها، تعدادی از مصاحبه‌ها پس از پیاده‌سازی در متن، به مصاحبه‌شوندگان مربوطه ارجاع داده شد و از صحت داده‌ها اطمینان حاصل شد. معیارهای «موثق بودن اطلاعات»، «قابل اعتماد بودن»، و «قابل تثبیت بودن» داده‌ها مورد نظر توجه محققین بوده است. در همین راستا فایل صوتی مصاحبه خود فرد به همراه متن نوشتاری مصاحبه برای اثبات استفاده از نقل قول مستقیم افراد و پرهیز از برداشت شخصی از سوی پژوهشگر به مصاحبه‌شوندگان ارجاع و تایید صحت داده‌ها گرفته شد. جهت استخراج درون مایه‌ها، طبقات و زیرطبقات از کدگذاری

یافته‌ها

در مطالعه حاضر (۷۲/۷۲ درصد) ۱۶ نفر از افراد شرکت‌کننده زن بودند و بیش‌ترین فراوانی مصاحبه‌شوندگان مربوط به افرادی بود که پرستار بودند و در رده سنی بیش‌تر از ۴۰ سال قرار داشتند (۶۳/۶۳ درصد) ۱۴ نفر. از بین افراد حاضر در مطالعه (۷۷/۲۷ درصد) ۱۷ نفر پیمانی یا رسمی بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در مصاحبه علل عدم گزارش خطاهای پزشکی در بیمارستان و استراتژی‌های ترغیب به گزارش

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	
مرد	۶ (۲۷/۲۸)
زن	۱۶ (۷۲/۷۲)
سن	
۲۰-۲۹ سال	۱ (۴/۵۶)
۳۰-۳۹ سال	۷ (۳۱/۸۱)
بیش‌تر از ۴۰ سال	۱۴ (۶۳/۶۳)
مدارک تحصیلی	
پزشک فوق تخصص و متخصص	۶ (۲۷/۲۸)
پزشک عمومی	۲ (۹/۰۹)
پرستار	۱۴ (۶۳/۶۳)
نوع استخدام	
طرحی و شرکی	۲ (۹/۰۹)
قراردادی	۳ (۱۳/۶۳)
پیمانی و رسمی	۱۷ (۷۷/۲۸)
سابقه کار	
۱-۱۰ سال	۳ (۱۳/۶۴)
۱۰-۲۰ سال	۸ (۳۶/۳۶)
۲۰-۳۰ سال	۱۱ (۵۰/۱۱)
بخش کاری	
عمومی	۱۲ (۵۴/۵۴)
ویژه	۴ (۱۸/۱۸)

عوامل موثر در علل عدم گزارش خطا در ۲ درون مایه و ۶ طبقه و ۴۵ گویه شناسایی شدند. درون‌مایه‌های استخراج شده شامل عوامل سازمان و مدیریت و موارد قانونی بودند. عوامل سازمان و مدیریت شامل فرهنگ سازمانی، فرآیند گزارش‌دهی، نظارت و ارتباطات و عوامل قانونی شامل پیامدهای گزارش‌دهی و کنترل بودند (جدول شماره ۲).

باز، محوری و انتخابی استفاده شد که در کدگذاری باز یا سطح اول تحلیل و شکستن اولیه داده‌ها بود که داده‌ها به کوچک‌ترین واحد خود یعنی زیر طبقات (گویه‌ها) شکسته شدند. در کدگذاری محوری یا سطح دوم، شناسایی الگوهای موجود در داده‌ها و تعیین طبقات صورت گرفت. لازمه این مرحله مقایسه دائمی داده‌ها و یافتن تشابهات و تفاوت‌ها جهت تفکیک داده‌ها و قرار دادن آن‌ها در طبقات مقتضی بود. کدگذاری انتخابی یا سطح سوم کدگذاری، مرحله بعدی بود که در راستای تحلیل مصاحبه‌ها و متون، به محض دستیابی به مصاحبه ثبت‌شده متن چندین بار و با دقت توسط دو نفر از اعضای تیم پژوهش مطالعه و واحدهای معنایی علامت‌گذاری شدند. در این مرحله، کدگذاری اولیه با استفاده از کلمات مشارکت‌کنندگان و برداشت‌های پژوهشگر از گفته‌ها و اسناد انجام گردید و براساس شباهت‌ها و تناسب چارچوب، در یک مقوله مشخص قرار داده شدند. در مرحله بعد، این مقوله‌ها با یکدیگر مورد مقایسه گرفتند و مقوله‌هایی که از نظر ویژگی‌ها شبیه به هم بودند، در هم ترکیب شده و به یک مقوله وسیع‌تر تبدیل شدند. این فرآیند منجر به شکل‌گیری درون‌مایه‌ها شد.

بررسی معیارهای چهارگانه به ترتیب ذیل بودند:

- جهت افزایش اعتبار پژوهش، محقق با تعامل کافی با افراد شرکت‌کننده، به جمع‌آوری اطلاعات معتبر و تأیید آنها توسط مشارکت‌کنندگان پرداخت.
- جهت تقویت اعتماد داده‌ها، مراحل جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها توسط محقق تکرار شد و همچنین بهره‌گیری از نظرات و بازبینی توسط افراد متخصص استفاده شد.
- جهت افزایش تأییدپذیری داده‌ها، از بررسی، تأیید و در صورت نیاز نظرات اعضای هیئت علمی همکار استفاده گردید.
- به جهت بررسی قابلیت انتقال داده‌های مطالعه، تلاش محققین این مطالعه در راستای شرح مبسوط بوده است تا بستر مناسبی جهت بررسی و کاربرد آن در سایر زمینه‌ها مهیا گردد.

جدول شماره ۲: درون مایه‌ها، طبقه‌ها و زیرطبقه‌های مرتبط با عوامل اصلی تاثیر گذار بر علل عدم گزارش خطای پزشکی

درون مایه (تم)	گویه‌ها	فرآینبی گویه‌ها
سازمان و مدیریت		
فرهنگ سازمانی	نامناسب بودن واکنش مدیران با شدت و اهمیت خطا	۱۲
	حاکم بودن فرهنگ سرزنش و تنبیه به جای فرهنگ ایمنی از طرف مدیران	۱۱
	عدم باز خورد مثبت از طرف مدیران به دنبال گزارش خطا رخ داده	۱۰
	تمرکز مدیر مجموعه بر شخص خطاکار	۸
	نبود فرهنگ گزارش دهی	۹
	فرهنگ اتهام زنی و تنبیه	۷
	فرهنگ عدم اعتماد	۷
	فرهنگ عدم تمرکز بر یادگیری و بهبود	۶
ارتباطات		
	نبود کانال ارتباطی مناسب	۱۴
	نبود فرصت مناسب برای بحث و بررسی	۱۰
	نبود فرهنگ ارتباطی باز و بازخورد	۱۰
	نبود اعتماد به اطلاعات	۹
فرایند گزارش دهی		
	عدم پرداخت تشویقی برای گزارش خطا	۱۵
	واضح نبودن تعریف خطای کاری	۱۵
	حجم و فشار کاری زیاد و نداشتن فرصت	۱۴
	اهمیت نداشتن گزارش دهی بعضی از خطاهای کاری	۱۴
	ضعف سازمان در ارائه بازخورد در گزارشات قبلی	۱۳
	ساختار بوروکراتیک و وقت گیر بودن	۱۲
	جزیی بودن خطای رخ داده	۱۰
نظارت		
	عدم حمایت کافی سیستم از کارکنان	۱۰
	نداشتن اهمیت ثبت و گزارش خطا	۱۰
	از دست دادن فرصت های شغلی	۹
	ایجاد کار اضافی برای فرد	۹
	از بین رفتن شهرت یا شغل	۹
	آموزشی بودن بیمارستان	۸
	امکان لغو قرارداد	۸
	خنده دار شدن شهرت بیمارستان	۷
	هزینه اثر بخش نبودن گزارش دهی	۶
موارد قانونی		
کنترل	ترس از تاثیر اشتباه در ارزشیابی سالانه	۱۲
	ترس از برچسب بی کفایتی	۱۲
	ترس از نگرش منفی سایرین نسبت به وی	۱۱
	ترس از تاثیر اشتباه در نمره کارانه	۱۱
	ترس از مسخره شدن توسط سایر همکاران	۱۰
	نداشتن اعتماد به نفس لازم	۶
پيامد گزارش دهی		
	ترس از مسائل قضایی و قانونی	۱۵
	ترس از انتشار خبر در کل بیمارستان	۱۴
	ترس از مواخذه و بازخواست و بی اعتمادی	۱۳
	ترس از ایجاد دردسر برای همکار	۱۲
	ترس از برخورد ملامت آمیز مسئول	۱۲
	ترس از اطلاع رسانی نامناسب خطای فرد به دیگران	۹
	نگرانی از برچسب بی کفایتی	۹
	نگرانی از عدم همکاری سایر پرسنل با او	۸
	ترس از ایجاد نگرش منفی در بیمار	۷
	ترس از عواقب شغلی و انضباطی	۷
	وابستگی شدید فرد به حرفه اش	۶
جمع		۴۵۸

مایه‌های استخراج شده شامل عوامل سازمان و مدیریت و موارد قانونی بودند. عوامل سازمان و مدیریت شامل فرهنگ سازمانی، فرآیند گزارش دهی، نظارت و ارتباطات و عوامل قانونی شامل پیامدهای گزارش دهی و کنترل بودند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: راهکارهای صاحب نظران جهت استراتژی‌های ترغیب به گزارش خطاهای پزشکی در بیمارستان

درون مایه (تم)	گویه‌ها
سازمان و مدیریت	
فرهنگ سازمانی	حاکم بودن فرهنگ ایمنی
	بازخورد مثبت از طرف مدیران
	عدم واکنش نامناسب مدیران
رتباطات	
	ایجاد کانال ارتباطی مناسب
	برگزاری جلسات مشترک و بحث
	ارائه اطلاعات مستمر
	ایجاد اعتماد به اطلاعات و ایجاد سیستم گزارش دهی مستقیم
فرآیند گزارش دهی	
	ایجاد فرهنگ پذیرش خطا
	تعریف خطای کاری در زمینه خطای شایع
	ترویج فرهنگ ارتباطی باز و بازخورد
	ارائه بازخورد در گزارشات قبلی
	ایجاد فرهنگ گزارش دادن خطاها
	ایجاد فرهنگ گزارش دهی
	ایجاد فرهنگ تشویق و پاداش
	فرهنگ تمرکز بر یادگیری
	ساده سازی فرایند گزارش خطا
نظارت	
	حمایت کافی سیستم از کارکنان
	تحلیل فصلی و ارائه بازخورد خطا به کارکنان
	رسیدگی و بررسی گزارش های خطا
	ایجاد سیستم پشتیبانی
	ارائه آمار مربوط به خطای بیمارستانی به کارکنان
	پاداش مالی و یا غیر مالی جهت کارکنان فعال در زمینه گزارش خطا
	تشویق به ارائه ایده و پیشنهادات
	ارائه حمایت و تشویق
	اعلام عمومی تشکر و تقدیر
	ایجاد سیاست ها و برنامه های تشویق
موارد قانونی	
کنترل	عدم تاثیر اشتباه در ارزشیابی سالانه
	ارائه فرصت های حرفه ای
	ایجاد رقابت سالم
	عدم تاثیر اشتباه در نمره کارانه
	عدم استفاده از گزارش خطا به عنوان ابزاری برای تنبیه و سرزنش آنها
	استفاده از گزارش خطا به عنوان منبع شناسایی موضوعات مهم
پيامد گزارش دهی	
	آموزش به کارکنان درباره اهمیت گزارش خطا
	آموزش به کارکنان درباره روش های صحیح گزارش دهی
	آموزش به کارکنان درباره نوع خطاها
	ارائه منابع آموزشی به کارکنان
	ارزیابی آموزشی
	تاکید بر اهمیت گزارش خطای بیمارستانی
جمع	۳۸

علل سازمان و مدیریت

بر اساس جدول شماره ۲، بخشی از عوامل موثر در عدم گزارش خطا توسط کادر درمان در مصاحبه‌های

راهکارهای صاحب نظران جهت استراتژی‌های ترغیب به گزارش خطاهای پزشکی در بیمارستان در ۲ درون مایه و ۶ طبقه و ۳۸ گویه شناسایی شدند. درون

انجام شده از صاحب نظران ناشی از علل سازمان و مدیریت است که شامل طبقات فرهنگ سازمانی، فرآیند گزارش دهی، نظارت و ارتباطات می شود.

الف: فرهنگ سازمانی

در ادامه چند مورد از نظرات مصاحبه شوندگان در رابطه با فرهنگ سازمانی ذکر شده مطرح می گردد. مصاحبه شونده شماره (۱۸)، مهم ترین علت عدم گزارش خطا را نحوه برخورد بالادست و یا همان واکنش نامناسب گزارش نمود. مصاحبه شونده شماره (۲) اگر در سازمان فرهنگ تنبیه به دنبال گزارش خطا وجود داشته باشد پرسنل خطا را گزارش نمی کند. در ادامه به راهکارهایی که توسط صاحب نظران و مربوط به علل عدم گزارش خطا در مورد فرهنگ سازمانی می باشد اشاره می شود. مصاحبه شونده شماره (۱) اگر بازخوردهایی که کارکنان دریافت می کنند مناسب باشد راحت تر خطاها و حوادث را گزارش می کنند. مصاحبه شونده شماره (۸،۲) مدیران نباید در برابر پرسنلی که خطا را گزارش می کنند واکنش نامناسب داشته باشند.

ب: فرآیند گزارش دهی

فرآیند گزارش دهی شامل زیرطبقات، عدم پرداخت تشویقی برای گزارش خطا، حجم و فشار کاری زیاد و نداشتن فرصت، واضح نبودن آموزش در زمینه خطاهای شایع، اهمیت نداشتن گزارش دهی بعضی از خطاهای کاری و ضعف سازمان در ارائه بازخورد در گزارشات قبلی، ساختار بوروکراتیک و وقت گیر بودن، و جزیی بودن خطای رخ داده می شود که با حجم و فشار کاری زیاد و نداشتن فرصت رابطه دارد. مصاحبه شونده شماره (۴،۳) این که پرستارها دارای مشغله فراوان بوده و اگر مسئله ای باعث خطا شود ممکن است به علت مشغله فکری و ذهنی فراموش گردد. مصاحبه شونده شماره (۶،۲) بخاطر مشغله و درگیر شدن با مسائل پس از آن می باشد که کارکنان گزارش نمی کنند.

مصاحبه شونده شماره (۷،۵) اگر فرآیند کاری استاندارد شده نباشد و پیچیده باشد امکان گزارش خطاها خیلی کم می شود. در ادامه راهکارهایی در مورد فرآیند گزارش دهی مطرح می گردد. مصاحبه شونده شماره (۵،۲) اگر فرآیند گزارش کردن رویدادهای ناخواسته ساده شده باشد انتظار می رود خطاهای بیش تری گزارش شود. مصاحبه شونده شماره (۷،۴) در سازمان باید سعی شود که فرآیند گزارش دهی خطا ساده، و وقت گیر نباشد.

ج: نظارت

با توجه به نظرات صاحب نظران عدم حمایت کافی سازمان از کارکنان بی اهمیت و بی فایده دانستن گزارش خطا، از دست دادن شهرت یا فرصت های شغل و ایجاد کار اضافی برای فرد، آموزشی بودن بیمارستان، از بین رفتن شهرت یا شغل، خدشه دار شدن شهرت بیمارستان، امکان لغو قرارداد یا تعلیق مجوز کار و فعالیت، و هزینه اثر بخش نبودن گزارش دهی از زیر طبقات نظارت هستند. مصاحبه شونده شماره (۲۱،۱۱) اگر خطا را گزارش کنند اعتبارشان در کار خدشه دار می شود. مصاحبه شونده شماره (۲۰،۵) همه مهارت تجربه و سابقه اش خدشه دار می شود. مصاحبه شونده شماره (۶) شاید فکر می کنند که اگر خطاها را بگویند براشون مضر باشد. مصاحبه شونده شماره (۲۲،۱۹) اگر من این خطا را گزارش کنم با این همه سابقه ام زیر سوال می روم. در ادامه به راهکارهایی در این زمینه اشاره می شود: مصاحبه شونده شماره (۲۲،۲۰) اگر گزارش کردن به یادگیری کارکنان کمک کند مشارکت بیش تری خواهند داشت. مصاحبه شونده شماره (۶،۴) ارائه آمار و اطلاعات مربوط به خطاهای بیمارستانی به کارکنان موجب می شود که کارکنان احساس کنند گزارش خطا در بیمارستان اهمیت دارد. مصاحبه شونده شماره (۲۱،۹) گزارش خطا به صورت فصلی تحلیل و به بخش ها بازخورد داده شود.

د: ارتباطات

چند مورد از نظرات مصاحبه شونده‌گان در رابطه با ارتباطات مطرح می‌گردد. مصاحبه شونده شماره (۹،۸) ناشناس بودن و محرمانگی برای کارکنان بسیار اهمیت دارد. مصاحبه شونده شماره (۱۷،۷) وجود کانال ارتباطی مناسب بین پرسنل و تیم مدیریت در گزارش خطا موثر است. در ادامه به راهکارهایی که در مورد ارتباطات می‌باشد اشاره می‌شود: مصاحبه شونده شماره (۱۷،۵،۷) ایجاد یک کانال ارتباطی مناسب برای گزارش خطا می‌تواند در گزارش کردن خطای خفیه موثر باشد و مصاحبه شونده شماره (۹،۸) برگزاری جلسات مشترک تیم مدیریت با پرسنل بیمارستان می‌تواند یکی از راه‌های این باشد که افراد راحت‌تر خطاها را گزارش کنند.

ب: کنترل

بر اساس مصاحبه‌های انجام شده در مورد کنترل، مصاحبه شونده شماره (۱۰،۱۴) اگر خطا گزارش کنند ممکن است نمره کارانه و یا ارزشیابی کم شود. مصاحبه شونده شماره (۱۰،۱۶،۱۵) اگر من این خطا را گزارش کنم، ممکن است مسئولین نسبت به من نگرش منفی پیدا کنند. در ادامه به راهکارهایی که در مورد کنترل می‌باشد، اشاره می‌شود: مصاحبه شونده شماره (۱۴،۱۵) گزارش خطا نباید در نمره کارانه و یا نمره ارزشیابی سالانه تاثیر داشته باشد و این عدم تاثیر باعث می‌شود که پرسنل راحت‌تر خطا را گزارش کند.

بحث

نتایج مطالعه حاضر در رابطه با عوامل کلیدی موثر در علل عدم گزارش خطای پزشکی، در ۲ درون مایه و ۶ طبقه و ۴۵ گویه شناسایی شدند. درون مایه‌های استخراج شده شامل عوامل سازمان و مدیریت و موارد قانونی بودند. عوامل سازمان و مدیریت شامل فرهنگ سازمانی، ارتباطات، گزارش‌دهی و نظارت و عوامل قانونی شامل پیامدهای گزارش‌دهی و کنترل بودند. در نهایت ۳۸ راهکار جهت ترغیب به گزارش خطای پزشکی پیشنهاد گردید. از عوامل موثر در علل عدم گزارش خطا بر اساس مصاحبه‌های انجام شده در فرهنگ سازمانی، نامناسب بودن واکنش مدیران با شدت و اهمیت خطا، حاکم بودن فرهنگ سرزنش و تنبیه به جای فرهنگ ایمنی از طرف مدیران، و عدم باز خورد مثبت از طرف مدیران به دنبال گزارش خطای رخ داده، بوده است. در حالی که در مطالعه موحدنیا و همکاران وابستگی شدید فرد به حرفه‌اش، ساختار بروکراتیک، دعوت جمع به سکوت، و سیستم ناکارآمد گزارش خطا از علل عدم گزارش خطا در حیطه فرهنگ سازمانی اشاره شده است (۲۳).

واحدی و همکاران، عدم پرداخت تشویقی برای گزارش خطا، ناآگاهی از مواردی که باید گزارش شود، نبود آموزش در زمینه خطاهای شایع هر فرآیند و سیستم

علل قانونی

بر اساس جدول شماره ۲، مصاحبه‌های انجام شده و با توجه به نظرات مصاحبه شونده‌گان علل مربوط به مسائل قانونی شامل طبقه پیامد گزارش‌دهی و کنترل می‌شود.

الف: پیامد گزارش‌دهی

چند مورد از نظرات مصاحبه شونده‌گان در رابطه با پیامد گزارش‌دهی مطرح می‌گردد. مصاحبه‌شونده شماره (۱۰،۱۲) اولین چیزی که فکر می‌کنم برای همه پرسنل مدنظر باشد احترام و آبروی پرسنل و ترس از سرزنش و تنبیه می‌باشد مصاحبه شونده شماره (۱۸،۱۳) بعضی از کارکنان فکر می‌کنند که به دلیل خطا کردن نزد همکاران خود بی‌لیاقت به نظر می‌رسند؛ بنابراین خطاها را گزارش نمی‌کنند.

از راهکارهای ارائه شده می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: مصاحبه شونده شماره (۱۲) به کارکنان به خصوص جدیدالورودها درباره اهمیت گزارش خطا آموزش و آگاهی داده شود. مصاحبه شونده شماره (۱۰،۱۸) به کارکنان درباره روش‌های صحیح گزارش‌دهی آموزش داده می‌شود.

ناکارآمد گزارش خطا را از علل فرهنگ سازمانی در عدم گزارش خطا برشمردند (۳۱). باغچقی و کوهستانی عوامل مدیریتی را عامل عدم گزارش خطاهای دارویی دانستند (۳۲). جهرمی نیز در مطالعه ای در حیطه مدیریتی مهم ترین علل عدم گزارش خطا را نامتناسب بودن واکنش مدیران با شدت خطاها دانستند (۳۳). نتایج مطالعه کبیرزاده و همکاران نشان می دهد که نیاز به رویکرد متفاوت در سیاست های اجرایی مدیران بیمارستان ها جهت استقرار نظام گزارش دهی می باشد و رویکرد تنبیهی صرف، برای جلوگیری از رخداد مجدد خطا بی تأثیر است (۳۴) که با مطالعه تال و همکاران مطابقت دارد (۳۵). تلوین و همکاران در مطالعه مروری خود، استدلال کردند که برای بهبود ایمنی بیمار و دستیابی به سطح بالایی از عملکرد، باید از فرهنگ سازمان شروع کرد (۳۶). کاگان و بارنو خاطر نشان کردند که نقش مدیران و مدیران ارشد مراقبت های بهداشتی می تواند چشم انداز و استراتژی را برای ارتقای کیفیت بهبود ایمنی بیمار ایجاد کند که تأثیر کلیدی بر توسعه فرهنگ ایمنی دارد (۳۷). در پژوهش حاضر از مهم ترین دلایل عدم گزارش خطا در فرآیند گزارش دهی عدم پرداخت تشویقی برای گزارش خطا، واضح نبودن تعریف خطای کاری و نبود آموزش در زمینه خطای شایع، حجم و فشار کاری زیاد و نداشتن فرصت، و اهمیت نداشتن گزارش دهی بعضی از خطاهای کاری بوده است، بلوچی و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که بار کاری زیاد، کمبود نیروی انسانی و عدم وجود دستورالعمل مشخص جهت گزارش دهی خطا از علل اصلی عدم گزارش خطا بوده است (۳۸).

واحد نصیری و همکاران در مطالعه خود مهم ترین دلیل عدم گزارش دهی خطای پرستاران را شلوغی شیفت کاری و کمبود وقت و فرصت را از علل عدم گزارش خطا می دانند (۳۹). در این راستا، مطالعه لدرمن، دریفوس، ماچان، نات و میلتن نشان داد که استفاده از سیستم های گزارش خطا مبتنی بر فناوری اطلاعات قادر به کاهش موانع گزارش خطا، مانند زمان صرف شده

برای گزارش خطا و عدم وجود دسترسی به منابع مناسب برای گزارش خطا ذکر شده است (۴۰). شیائو، مکلاوز، هوانگ و گوو، کمبود اطلاعات در مورد فرآیند گزارش دهی، تصورات نادرست در مورد خطرات کم عفونت و ابتلاء به هیپاتیت را به عنوان دلایل اصلی گزارش نکردن صدمات ناشی از سوزن و سایر اشیاء تیز گزارش کردند (۴۱). یکی از روش های اصلی افزایش ایمنی بیمار، استفاده از سیستم گزارش دهی و فراهم کردن امکانات برای آنالیز و پیشگیری از بروز خطاهاست (۴۲)، از سوی دیگر، ترس از مجازات ممکن است یک رفتار تدافعی باشد که از گزارش خطاهای پزشکی جلوگیری می کند (۴۳). در این راستا، مطالعه هاشمی نشان داد که پرستاران معتقدند که خطاها به دلیل ماهیت حرفه آنها نباید رخ دهد و در صورت بروز خطا، باید به آنها رسیدگی شود (۴۴). اما مطالعه اندرسون، استامف و شولکین نشان داد که اکثر پزشکان تمایلی به گزارش خطاهای خود ندارند (۴۵).

لیو و همکاران نشان دادند که خطاهای گزارش شده اطلاعات بیش تری در مورد ایمنی بیمار و سیستم گزارش دهی ارائه می دهد (۴۶). احتمال بروز خطا در عملکرد پزشکان و پرستاران مجرب و با سابقه به طور کلی بسیار کم تر می باشد و در افراد تازه کار و دانشجویان رشته های بالینی، درصد انجام خطاهای پزشکی و دارویی بالاتر می باشد که حضور اساتید در کنار دانشجویان در بیمارستان های آموزشی می تواند در کاهش رخداد خطاهای پزشکی موثر باشد (۴۷).

مطالعه برادلی، فیشر و والش نشان داد که ۵۰ درصد از دانشجویان در برنامه های آموزشی دستیاری هیچ بازخوردی در مورد اشتباهات همکلاسی های خود دریافت نکرده اند (۴۸). از مهم ترین دلایل عدم گزارش خطا در حیطه نظارت در پژوهش حاضر با توجه به نظرات صاحب نظران می توان به عدم حمایت کافی سیستم از کارکنان به دنبال گزارش خطا، نداشتن اهمیت ثبت و گزارش خطاهای بیمارستانی در بیمارستان، و از دست

دادن فرصت‌های شغلی، اشاره کرد (۴۹). در سیستم گزارش‌دهی داوطلبانه در اسکاتلند، هیچ اطلاعاتی در مورد فرد خاطی در اختیار مقامات قرار نمی‌گیرد تا بر ترس‌های شخصی در مورد افشای نام‌ها غلبه کند. در کانادا، خط مشی گزارش خطا محیطی را ایجاد کرده است که در آن هیچ اطلاعاتی در مورد گزارش‌دهنده خطا فاش نمی‌شود (۵۰)، بایستی به این نکته توجه داشت که توجه سازمان‌ها به مقوله گزارش انواع خطا، اطلاعات ارزشمندی را برای پیشگیری از بروز خطاهای بعدی فراهم می‌کند.

براساس مصاحبه‌های انجام شده مهم‌ترین دلایل مربوط به طبقه ارتباطات در پژوهش حاضر، نبود کانال ارتباطی مناسب، نبود فرصت مناسب برای بحث و بررسی، نبود فرهنگ ارتباطی باز و بازخورد و نبود اعتماد به اطلاعات بوده است. در مطالعه سوترلند و همکاران به عدم ارتباط زبانی، دست‌خط‌های بد، و اسامی مشابه اشاره شده که از علل بروز خطای پزشکی بوده است (۵۱). تلاش مدیران برای بررسی موانع حوزه خود و سایر حوزه‌ها، استفاده از روش‌های سیستماتیک برای نتیجه‌گیری خطاهای پزشکی، حذف آن عوامل و طراحی روش‌های گزارش‌دهی سیستماتیک از اهمیت بالایی برخوردار است (۵۲). پترسون، پیس و فینچام نیز اظهار داشتند که اگر شرایط کاری در بیمارستان‌ها به گونه‌ای باشد که افراد بتوانند آزادانه مشکلات مربوط به ایمنی بیمار را بیان کنند، این امر می‌تواند به گزارش خطا کمک کند (۵۳) با توجه به نظرات مصاحبه‌شوندگان علل مربوط به مسائل قانونی شامل طبقه پیامد گزارش‌دهی و کنترل می‌شود که ترس از مسائل قضایی و قانونی، ترس از پخش خبر در کل بیمارستان، و ترس از مواخذه و بازخواست از مهم‌ترین دلایل عدم گزارش خطا در طبقه پیامد گزارش‌دهی بوده است. موحد نیا و همکاران در مطالعه خود اشاره کردند که عوامل قانونی شامل ترس از مواخذه و بی‌اعتمادی و اطلاع‌رسانی نامناسب خطای فرد به دیگران از علل عدم گزارش خطا

می‌باشد (۲۳). در چندین مورد، ترس از واکنش‌های منفی، بی‌کفایتی شغلی و پیگرد قانونی به‌عنوان مهم‌ترین عوامل عدم گزارش خطا بوده است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۵۴، ۵۷).

در مطالعه مردانی و شهرکی نیز نتایجی از قبیل عوامل گزارش نکردن و ثبت اشتباهات یاد شده است (۵۸). اچگاری و تروکمورتون نیز موانعی مانند ترس از پیامدهای گزارش‌دهی، اختلال در هویت شغلی و حرفه‌ای، عوامل سازمانی و شکاف اطلاعاتی را به‌عنوان موانع اصلی برای عدم گزارش خطا معرفی کردند (۵۹).

در پژوهش حاضر با توجه به نظرات خبرگان، ترس از تاثیر اشتباه در ارزشیابی سالانه، ترس از نگرش منفی سایرین نسبت به وی، و ترس از تاثیر اشتباه در نمره کارانه از مهم‌ترین دلایل طبقه کنترل بوده است. واحدی در مطالعه‌ای از عوامل موثر در عدم گزارش خطای دارویی به ترس از آشکار شدن خطا، ترس از متوجه شدن نگرش منفی بیمار نسبت به کادر درمان و ترس از تاثیر خطا در نمره ارزشیابی اشاره نمود (۶۰). اما مطالعه محمدنژاد، نشان داد که ترس از ارزیابی سالانه دلیل پنهان کردن این خطاها بوده است (۶۱). در یک طبقه‌بندی کلی، هاناوا، بکمن، مازور، پل و رمزی، نیز معتقدند که جنبه‌های بالینی، قانونی، اخلاقی و ارتباطی از جمله جنبه‌های مهمی هستند که هنگام گزارش خطا در افراد ایجاد تنش می‌کنند (۶۲).

محدودیت پژوهش

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم دقت و یا کم حوصله بودن برخی مصاحبه‌شوندگان برای انجام مصاحبه اشاره کرد.

بررسی علل عدم گزارش خطای پزشکی و توضیح دلایل آن بر ایمنی و کیفیت خدمات سلامت موثر است. این امر به سیاستگذاران و دست‌اندرکاران نظام سلامت کمک می‌کند تا تصمیمات مناسبی را در مورد گزارش خطای پزشکی و ارائه خدمات با کیفیت تر با هدف قرار دادن عموم مردم اتخاذ کنند.

می باشد و نویسندگان از همکاری مصاحبه شوندگان
پزشکان، اعضای هیات علمی و کارکنان دانشگاه علوم
پزشکی مازندران قدردانی می کنند.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح با کد اخلاق
IR.MAZUMS.REC.1402.326 و کد طرح ۱۷۴۳۶

References

- Kohan AD, Mahfoozpour S, Palesh M, Ouchesar FF. Assessing barriers to medical errors reporting among clinical staff members of teaching hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran-2016. *J Health & Field* 2018; 5(3).
- Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical error reduction and prevention. *Treasure Island* 2018. PMID: 29763131.
- Al-Jeraisy MI, Alanazi MQ, Abolfotouh MA. Medication prescribing errors in a pediatric inpatient tertiary care setting in Saudi Arabia. *BMC Res Notes* 2011; 4:294. PMID: 21838929.
- Peterson G, Wu M, Bergin JJJocp, therapeutics. Pharmacists' attitudes towards dispensing errors: their causes and prevention. 1999; 24(1): 57-71. PMID: 10319909.
- Grober ED, Bohnen JMJoS. Defining medical error. *Can J Surg* 2005; 48(1): 39-44. PMID: 15757035.
- Liu X, Yin H, Shi J, Wheeler KK, Groner JI, Xiang HJSom. Medical errors in hospitalized pediatric trauma patients with chronic health conditions. *SAGE Open Med* 2014; 2: 2050312113519987. PMID: 26770701.
- Salavati S, Hatamvand F, Tabesh H, Salehinasab MJJoIN. The viewpoint of nurses in the emergency departments of Ahvaz hospitals for reasons of not reporting medication errors. *IJN* 2012; 25(79): 72-83.
- Kletz T. An engineer's view of human error. 3rd ed. Milton Park. Routledge; 2018.
- Riga M. Impact of Medical Errors and Malpractice on Health Economics, Quality, and Patient Safety. *Hershey. IGI Global*; 2017.
- Aljuaid M, Alajman N, Alsafadi A, Alnajjar F, Alshaikh MJRm, policy h. Medication error during the day and night shift on weekdays and weekends: A single teaching hospital experience in Riyadh, Saudi Arabia. *Risk Manag Healthc Policy* 2021; 14:2571-2578. PMID: 34188568.
- Hwang J-I, Park H-AJNe. Nurses' perception of ethical climate, medical error experience and intent-to-leave. *Nurs Ethics* 2014; 21(1): 28-42. PMID: 23793070.
- Riga M, Vozikis A, Pollalis Y, Souliotis KJHp. MERIS (Medical Error Reporting Information System) as an innovative patient safety intervention: A health policy perspective. *Health Policy* 2015; 119(4): 539-548. PMID: 25554702.
- Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, et al. 'Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff* 2011; 30(4): 581-589. PMID: 21471476.
- Edrees HH, Paine LA, Feroli ER, Wu AW. Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn* 2011; 121(4): 101-108. PMID: 21532531.
- Mirzaei M, Khatony A, Faramani RS, Sepahvand EJH. Prevalence, Types of Medication errors and Barriers to Reporting Errors by Nurses in an Educational Hospital in Kermanshah. *J Hayat* 2013; 19(3): 28-37.

16. Nezamodini ZS, Khodamoradi F, Malekzadeh M, Vaziri HJJJoHS. Nursing errors in intensive care unit by human error identification in systems tool: a case study. *Jundishapur J Healt Sci* 2016; 8(3): e36055.
17. Cohoon B. Causes of near misses: perceptions of perioperative nurses. *AORN J* 2011; 93(5):551-565. PMID: 21530704.
18. Mohsenpour M, Hosseini M, Abbaszadeh A, Shahboulaghi FM, Khankeh HJJJME. Nursing error: an integrated review of the literature. *Indian J Med Ethics* 2017; 2(2): 75-81. PMID: 27959287.
19. Sari AB, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull AJB. Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. *BMJ* 2007; 334(7584): 79. PMID: 17175566.
20. Chakravarty A, Sahu A, Biswas M, Chatterjee K, Rath SJMjafI. A study of assessment of patient safety climate in tertiary care hospitals. *Med J Armed Forces India* 2015; 71(2): 152-157. PMID: 25859078.
21. Mollaei S, Bahadori M, Ameryoun A. The factors affecting the refusal to report medical errors on medical errors among nurses of selected military hospitals in Tehran, Iran. *J milit med* 2018; 20(3):255-264. (Persian)
22. Farzi S, Farzi S, Alimohammadi N, Moladoost A. Medication errors by the intensive care units' nurses and the Preventive Strategies. *J Anesthesiol pain* 2016; 6(2): 33-45 (Persian).
23. Movahednia S, Partovishayan Z, Bastanitehrani M, Moradi F. Nurse Managers' perspectives about Reasons for not reporting medical errors in Firoozgar Hospital: 2012. *Razi J Med Sci* 2014; 21(125): 110-118.
24. Barach P, Berwick D. Patient safety and the reliability of health care systems. *Ann Intern Med* 2003; 138(12): 997-998. PMID: 12809458.
25. Hesari B, Ghodsi H, Hoseinabadi M, Chenarani H, Ghodsi AJJokuoms. A survey of nurses' perceptions of the causes of medication errors and barriers to reporting in hospitals affiliated to Neyshabur university of medical sciences, Iran. *J Kerman Uni Med Sci* 2013; 21(6): 105-111.
26. Kronman AC, Paasche-Orlow M, Orlander JD. Factors associated with disclosure of medical errors by housestaff. *BMJ Qual Saf* 2012; 21(4): 271-278. PMID: 21949438.
27. Lawton R, Parker DJBQ, Safety. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Qual Saf Health Care* 2002; 11(1): 15-18. PMID: 12078362.
28. Golafrooz M, Sadeghi H, Ghaedi F, Tabarraei Y, Keighobadi F, Keighobadi F, et al. Managerial and moral obstacles in reporting nursing errors: nurses' view point. *IJMEHM* 2014; 7(1): 65-76.
29. Zaboli R, Abbaszade A, Shahabinejad M. Assessing the barriers of error reporting from perspective of nurses in Kerman hospitals. *J Med Ethic* 2016; 9(34): 31-35.
30. Aljabari S, Kadhim ZJTSWJ. Common barriers to reporting medical errors. *Sci World J* 2021; 2021: 6494889. PMID: 34220366.
31. Vahedi S, Moradi S, Amraei M, Atarzade S, Kianpour S, Zare Nasiri M. Assessment of the Barriers to Medical Error Reporting the Viewpoint of Nurses in Selected Hospitals of Ahvaz. *Avicenna J Nurs Midwif Care* 2023; 31(1): 65-74.
32. Baghcheghi N, Koohestani HR. The Comments of nursing educators about reasons and reduction strategies of medication errors in nursing students in Arak University of Medical Sciences, 2008. *J Arak Uni Med Sci* 2010; 12(4): 1-8 (Persian).

33. Jahromi ZB, Parandavar N, Rahmanian SJGjohs. Investigating factors associated with not reporting medical errors from the medical team's point of view in Jahrom, Iran. *Glob J Health Sci* 2014; 6(6): 96-104.
34. Kabirzadeh A, Bozorgi F, Motamed N, Mohseni Saravi B, Baradari A, Dehbandi M. Survey on attitude of chief managers of hospitals towards voluntary incident reporting system, Mazandaran university of medical sciences, 2010-2011. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2011; 21(84): 131-137 (Persian).
35. Tol A, Mohebbi B, Gazi ZJjoh. The causes of not reporting medication errors from the viewpoints of nursing in Baharlo hospital in 2010. *JHOSP* 2010; 9(1): 19-24.
36. Tevlin R, Doherty E, Traynor OJts. Improving disclosure and management of medical error—an opportunity to transform the surgeons of tomorrow. *Surgeon* 2013; 11(6): 338-343.
37. Kagan I, Barnoy S. Organizational safety culture and medical error reporting by Israeli nurses. *J Nurs Scholarsh* 2013; 45(3): 273-280.
38. Baloochi Beydokhti T, MohammadPour A, Shabab S, Nakhaee H. Related factors of medication errors and barriers of their reporting in the medical staff in hospitals of Gonabad University of Medical Sciences. *J Quart Horiz Med Sci* 2014; 19: 289-295.
39. Vahednasiri A, Eini S. 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. *Nurs Midwif J* 2021; 19(9): 716-724.
40. Lederman R, Dreyfus S, Matchan J, Knott JC, Milton S. Electronic error-reporting systems: A case study into the impact on nurse reporting of medical errors. *Nursing Outlook* 2013; 61(6): 417-426.
41. Shiao JS-C, Mclaws M-L, Huang K-Y, Guo YL. Student nurses in Taiwan at high risk for needlestick injuries. *Ann Epidemiol* 2002; 12(3): 197-201. PMID: 11897177.
42. Amrollahi M, Khanjani N, Raadabadi M, Hosseinabadi MB, Mostafae M, Samaei SEJN, et al. Nurses' perspectives on the reasons behind medication errors and the barriers to error reporting. *Nurs Midwifery Stud* 2017; 6(3): 132-136.
43. Hashemi F, Shool AJIJoME, Medicine Ho. Medication error and its ethical considerations: a case report. *IJMEHM* 2009; 2(2): 75-83.
44. Hashemi F, Nikbakht A, Asghari F. Nurses perceived worries from error disclosure: a qualitative study. *IJNR* 2011; 6(20): 30-43.
45. Anderson B, Stumpf PG, Schulkin J. Medical error reporting, patient safety, and the physician. *J Patient Saf* 2009: 176-179. PMID: 19927051.
46. Liu Y, Zhao G, Li F, Huang X, Hu D, Xu J, et al. Nursing-related patient safety events in hospitals. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci* 2009; 29(2): 265-268. PMID: 19399419.
47. Wolf ZR, Hicks R, Serembus J. Characteristics of medication errors made by students during the administration phase: a descriptive study. *J Prof Nurs* 2006; 22(1): 39-51. PMID: 16459288.
48. Bradley CK, Fischer MA, Walsh K. Trends in medical error education: are we failing our residents?. *Acad Pediatr* 2013; 13(1): 59-64. PMID: 23165176.
49. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016; 353. PMID: 27143499.
50. Kalra J, Kalra N, Baniak N. Medical error, disclosure and patient safety: A global view of quality care. *Clin Biochem* 2013; 46(13-14): 1161-1169. PMID: 23578740.

51. Sutherland A, Canobbio M, Clarke J, Randall M, Skelland T, Weston E. Incidence and prevalence of intravenous medication errors in the UK: a systematic review. *Eur J Hosp Pharm* 2020; 27(1): 3-8. PMID: 32064081.
52. Blegen MA, Vaughn TE, Goode CJ. Nurse experience and education: effect on quality of care. *J Nurs Adm* 2001; 31(1): 33-39. PMID: 11198839.
53. Patterson ME, Pace HA, Fincham J. Associations between communication climate and the frequency of medical error reporting among pharmacists within an inpatient setting. *J Patient Saf* 2013; 9(3): 129-133. PMID: 23965834.
54. Anoosheh M, Ahmadi F, Faghihzadeh S, Vaismoradi M. Survey of predisposing causes of working errors in nursing cares from perspective of nurses and their managers perspectives. *Int Nurs Rev* 2007; 20(51): 25-36. PMID: 19522944.
55. Elder NC, Graham D, Brandt E, Hickner J. Barriers and motivators for making error reports from family medicine offices: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Network (AAFP NRN). *J American Board Family Med* 2007; 20(2): 115-123.
56. Osborne J, Blais K, Hayes J. Nurses' perceptions: when is it a medication error? *J Nurs Adm* 1999; 29(4): 33-38. PMID: 10200784.
57. Wakefield DS, Wakefield BJ, Borders T, Uden-Holman T, Blegen M, Vaughn T. Understanding and comparing differences in reported medication administration error rates. *Am J Med Qual* 1999; 14(2): 73-80. PMID: 10446668.
58. Mardani Hamooleh M, Shahraki Vahed AJJoME, Medicine Ho. The obstacles in reporting nursing error: a nurses' perspective. *IJMEHM* 2009; 2(4): 55-62. (Persian).
59. Etchegaray JM, Throckmorton T. Barriers to reporting medication errors: a measurement equivalence perspective. *Qual Saf Health Care* 2010; 19(6): e14. PMID: 20688755.
60. Vahedi S, Rezaee S, Nouri B, Valiee S. A Survey on the Causes of Not Reporting Medication Errors in Nursing Students of Kurdistan University of Medical Sciences, 2017. *Zanko J Med Sci* 2019; 20(64): 19-31.
61. Mohammad Nejad I, Hojjati H, Sharifniya SH, Ehsani S. Evaluation of medication error in nursing students in four educational hospitals in Tehran. *IJMEHM* 2010; 3(1): 60-69.
62. Hannawa AF, Beckman H, Mazor KM, Paul N, Ramsey J. Building bridges: future directions for medical error disclosure research. *Patient Educ Couns* 2013; 92(3): 319-327.
63. Aubin DL, Soprovich A, Carvallo FD, Prowse D, Eurich D. Support for healthcare workers and patients after medical error through mutual healing: another step towards patient safety. *BMJ Open Qual* 2022; 11(4): e002004. PMID: 36588324.