QUALITATIVE RESEARCH

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)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

پژوهشی کیفی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و چهارم شماره ۲۳۷ مهر سال ۱۴۰۳ (۱۸۲-۱۶۹)

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 نا مطلوبی 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 وتجارب ارزشمندی داشتند ابزارگردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه نیمه ساختار یافته‌ای بودکه 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 ازپیاده‌سازی مصاحبه‌ها، ازطریق 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، گزارش‌دهی و نظارت و عوامل قانونی شامل پیامدهای گزارش‌دهی 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 درون‌مایه 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، فرآیندگزارش‌دهی، نظارت و ارتباطات و عوامل قانونی شامل پیامدهای گزارش‌دهی و کنترل بودند.

استنتاج: بروز خطا در اقدامات پزشکی، باتوجه 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 کیفیت‌تر با هدف قرار دادن عموم مردم اتخاذ کنند هم‌چنین آموزش تیم پزشکی در مورد انواع خطاها و نحوه درمان صحیح آن‌ها ضروری است.

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

مولف مسئول: زهره علی نسب–قائم‌شهر، بیمارستان رازی E-mail:z.alinasab3820@yahoo.com
۱. دانشیار، گروه بیماری های عفونی و گرمسیری، مرکز تحقیقات مقاومت های میکروبی و بیماری های 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 دکترای 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

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). ازجمله خطراتی که دربیمارستان 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 به‌دلیل 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 نظرتامین 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 درهنگام 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 عمدتا 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 پزشک، اتفاق می‌افتد(۱۷). در طی دهه گذشته تقریبا ۲۰۰۰ مرگ در رابطه با خطای پرستاری در آمریکا رخ داده است(۱۸). تحقیقات نشان می‌دهد۳ 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 بیمارستان های آمریکا می‌باشد که بیش‌تر از آمار مرگ در اثر تصادفات جاده‌ای و سرطان و یا ایدز در کشور است(۲۰). در ایران آماری 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 ازعمده‌ترین 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 درتشخیص 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 برروی 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

پرستاران می‌گوید:« 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 درسال ۱۴۰۲ انجام گرفت. روش تحلیل محتوی (Conventional Content Analysis) روشی است که به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی به‌کار می‌رود(۳۰). ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه نیمه ساختار یافته ای بود که با بررسی متون و با کمک اساتید خبره جهت مصاحبه انجام شد. در بررسی متون با کلید واژه‌های Medical Errors، Medical Error، Advers events و Never Event در پایگاه‌های داده خارجی و داخلی مجلات در Web of Science و Magiran، SID، Scopus، Science Direct، PubMed 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 جزییات 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 می افتد؟ 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، به‌طوری‌که پس از چند بار گوش‌کردن هر فایل ضبط شده، نسبت به نوشتن وتایپ متن مصاحبه اقدام می‌گردید. برای دستیابی به اعتبار مصاحبه در تحقیق به شیوه کیفی ابتدا چند مصاحبه به‌صورت 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 مصاحبه شوندگان ارجاع و تایید صحت داده‌ها گرفته شد. جهت استخراج درون مایه‌ها، طبقات و زیرطبقات از کدگذاری

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

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 شکل گیری 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.

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 جمعیت شناختی افراد شرکت‌کننده در مصاحبه علل عدم‌گزارش خطاهای پزشکی دربیمارستان 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 ۴۰سال	۱۴ (۶۳/۶۳)
مدرک تحصیلی	
پزشک فوق تخصص و متخصص	۶ (۲۷/۲۸)
پزشک عمومی	۲ (۹//۰۹)
پرستار	۱۴ (۶۳/۶۳)
نوع استخدام	
طرحی و شرکتی	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)
بخش کاری	
عمومی	۱۲ (۵۴/۵۴)
ویژه	۴ (۱۸/۱۹)

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).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

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

درون مایه (تم)	گویه ها	فراوانی گویه ها
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
	خدشه 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
پیامد 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

راهکارهای صاحب نظران جهت استراتژی های 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، فرآیندگزارش‌دهی، نظارت و ارتباطات و عوامل قانونی شامل پیامدهای گزارش‌دهی و کنترل بودند (جدول شماره ۳).

جدول شماره۳: راهکارهای صاحب‌نظران جهت استراتژی‌های ترغیب به گزارش خطاهای پزشکی در بیمارستان

درون مایه (تم)	گویه ها
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
	ایجاداعتماد 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
پیامد 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

انجام شده از صاحب‌نظران ناشی از علل سازمان و مدیریت است که شامل طبقات فرهنگ سازمانی، فرآیند گزارش‌دهی، نظارت و ارتباطات می‌شود.

الف: فرهنگ سازمانی

در ادامه چند مورد از نظرات مصاحبه شوندگان در رابطه با فرهنگ سازمانی ذکر شده مطرح می‌گردد. مصاحبه شونده شماره(۱،۸) مهم‌ترین 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 نمی‌کند. در ادامه به راهکارهایی که توسط صاحب نظران و مربوط به علل عدم گزارش خطا در مورد فرهنگ سازمانی می‌باشد اشاره می‌شود. مصاحبه شونده شماره(۱) اگر بازخوردهایی که کارکنان دریافت می‌کنند مناسب باشد راحت‌تر خطاها و حوادث را گزارش می‌کنند. مصاحبه شونده شماره(۸،۲) مدیران نباید در برابر پرسنلی که خطا را گزارش می‌کنند واکنش نامناسب داشته باشند.

ب: فرآیند گزارش‌دهی

فرآیندگزارش‌دهی 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 گزارش‌دهی بعضی از خطاهای کاری و ضعف سازمان در ارائه بازخورد در گزارشات قبلی، ساختار بوروکراتیک و وقت گیر بودن، و جزیی بودن خطای رخ دادهمی شود که با حجم و فشار کاری زیاد و نداشتن فرصت رابطه دارد. مصاحبه شونده شماره (۴،۳) این‌که پرستارها دارای مشغله فراوان بوده و اگر مسئله‌ای باعث خطا شود ممکن است به‌علت مشغله فکری و ذهنی فراموش گردد. مصاحبه شونده شماره (۶،۲) بخاطر مشغله و درگیر شدن با مسائل پس از آن می‌باشد که کارکنان گزارش نمی‌کنند. مصاحبه‌شونده شماره(۷،۵) اگر فرآیند کاری استاندارد شده نباشد و پیچیده باشد امکان گزارش خطاها خیلی کم می‌شود. در ادامه راهکارهایی در مورد فرآیند گزارش‌دهی مطرح می‌گردد. مصاحبه شونده شماره(۵،۲) اگر فرآیند گزارش کردن رویدادهای ناخواسته ساده شده باشد انتظار می‌رود خطاهای بیش‌تری گزارش شود. مصاحبه‌شونده شماره(۷،۴) در سازمان باید سعی شود که فرآیند گزارش‌دهی خطا ساده، و وقت‌گیر نباشد.

ج: نظارت

با توجه به نظرات صاحب نظران عدم حمایت کافی سازمان از کارکنان بی‌اهمیت و بی‌فایده دانستن گزارش خطا، از دست دادن شهرت یا فرصت‌های 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 خدشه‌دار می‌شود. مصاحبه‌شونده شماره(۲۰،۵) همه مهارت تجربه و سابقه اش خدشه دار می شود. مصاحبه شونده شماره(۶) شاید فکر می‌کنند 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 می‌روم. در ادامه به راهکارهایی در این زمینه اشاره می‌شود: مصاحبه شونده شماره(۲۲،۲۰) اگر گزارش کردن به یادگیری کارکنان کمک کند مشارکت بیش‌تری خواهند داشت. مصاحبه شونده شماره(۶،۴) ارائه آمار و اطلاعات مربوط به خطاهای بیمارستانی به کارکنان موجب می‌شود که کارکنان احساس کنند گزارش خطا در بیمارستان اهمیت دارد. مصاحبه شونده شماره(۲۱،۹) گزارش خطا به صورت فصلی تحلیل و به بخش‌ها بازخورد داده شود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

د: ارتباطات

چند مورد از نظرات مصاحبه شوندگان 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 وتیم مدیریت درگزارش خطا موثر است.

در ادامه به راهکارهایی که در مورد ارتباطات می‌باشد اشاره می شود: مصاحبه شونده شماره(۱۷،۵،۷) ایجاد یک کانال ارتباطی مناسب برای گزارش خطا می‌تواند در گزارش کردن خطا خیلی موثر باشه» 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.

علل قانونی

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

الف: پیامد گزارش دهی

چند مورد از نظرات مصاحبه شوندگان 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 می‌کنندکه 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.

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 می شود 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 براساس مصاحبه های 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 به‌دنبال 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

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 مهم‌ترین علل عدم گزارش خطا را نامتناسب بودن واکنش مدیران با شدت خطاها دانستند(۳۳). نتایج مطالعه کبیرزاده و همکاران نشان می‌دهدکه نیاز به رویکرد متفاوت در سیاست‌های اجرایی مدیران بیمارستان‌ها جهت استقرار نظام گزارش‌دهی می‌باشد و رویکرد تنبیهی صرف، برای جلوگیری از رخداد مجدد خطا بی‌تأثیر است(۳۴) که با مطالعه تال وهمکاران 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 مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند چشم‌انداز و استراتژی را برای ارتقای کیفیت بهبود ایمنی بیمار ایجاد کند که تأثیر کلیدی بر توسعه فرهنگ ایمنی دارد(۳۷). در پژوهش حاضر از مهم‌ترین دلایل عدم گزارش خطا در فرآیند گزارش‌دهی 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 گزارش‌دهی 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 مهم‌ترین دلیل عدم گزارش دهی خطای پرستاران را شلوغی شیفت کاری و کمبود وقت و فرصت را از علل عدم گزارش خطا می‌دانند(۳۹). در این راستا، مطالعه لدرمن، دریفوس، ماچان، نات و میلتون نشان داد که استفاده از سیستم‌های 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 گزارش‌دهی، تصورات نادرست در مورد خطرات کم عفونت و ابتلاء به هپاتیت را به‌عنوان دلایل اصلی گزارش نکردن صدمات ناشی از سوزن و سایر اشیاء تیز گزارش کردند(۴۱). یکی از روش‌های اصلی افزایش ایمنی بیمار، استفاده از سیستم گزارش‌دهی 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 می‌کند(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 بیش‌تری در مورد ایمنی بیمار و سیستم گزارش‌دهی ارائه می‌دهد(۴۶). احتمال بروز خطا در عملکرد پزشکان و پرستاران مجرب و با سابقه به‌طور کلی بسیار کم‌تر می‌باشد و در افراد تازه کار و دانشجویان رشته‌های بالینی، درصد انجام خطاهای پزشکی و دارویی بالاتر می‌باشد که حضور اساتید در کنار دانشجویان در بیمارستان‌های آموزشی می‌تواند در کاهش رخداد خطاهای پزشکی موثر باشد(۴۷).

مطالعه برادلی، فیشر و والش نشان داد که ۵۰ درصد از دانشجویان در برنامه‌های آموزشی دستیاری هیچ بازخوردی در مورد اشتباهات همکلاسی‌های خود دریافت نکرده‌اند(۴۸). از مهم‌ترین دلایل عدم گزارش خطا در حیطه نظارت در پژوهش حاضر با توجه به نظرات صاحب‌نظران می‌توان به عدم حمایت کافی سیستم از کارکنان به‌دنبال گزارش خطا، نداشتن اهمیت ثبت و گزارش خطاهای بیمارستانی در بیمارستان، و از دست

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

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 گزارش دهنده 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 مصاحبه شوندگان 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 موأخذه 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 اطلاع رسانی 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(۵۷،۵۴).

در مطالعه مردانی و شهرکی نیز نتایجی از قبیل عوامل گزارش نکردن و ثبت اشتباهات یاد شده است(۵۸). اچگارای و تروکمورتون نیز موانعی مانند ترس از پیامدهای گزارش‌دهی، اختلال در هویت شغلی و حرفه‌ای، عوامل سازمانی و شکاف اطلاعاتی را به عنوان 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 ازعوامل 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 مصاحبه‌شنوندگان 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 کیفیت‌تر با هدف قرار دادن عموم مردم اتخاذ کنند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

سپاسگزاری

ایـــن مقالـــه حاصـــل طـرح بـــا کـد اخـلاق IR.MAZUMS.REC.1402.326 و کـد طـرح ۱۷۴۳۶ می باشد و نویسندگان از همکـاری مصـاحبه شـوندگان پزشکان، اعضای هیات علمی و کارکنان دانشگاه علـوم پزشکی مازندران قدردانی می کنند.

References

1. Kohan AD, Mahfoozpour S, Palesh M, Ouchhesar 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).
2. Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical error reduction and prevention. Treasure Island 2018. PMID: 29763131.
3. 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.
4. Peterson G, Wu M, Bergin JJJocp, therapeutics. Pharmacists' attitudes towards dispensing errors: their causes and prevention. 1999; 24(1): 57-71. PMID: 10319909.
5. Grober ED, Bohnen JMJcJoS. Defining medical error. Can J Surg 2005; 48(1): 39-44. PMID: 15757035.
6. 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.
7. 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.
8. Kletz T. An engineer's view of human error. 3rd ed. Milton Park. Routledge; 2018.
9. Riga M. Impact of Medical Errors and Malpractice on Health Economics, Quality, and Patient Safety. Hershey. IGI Global; 2017.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

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 HJIJME. 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).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

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, Mostafaee 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

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 mangers 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 AJIJoME, 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]