

دانشور پزشکی

ارائه مدلی برای گزارش‌دهی خطاهای پزشکی در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران

مهرنوش جعفری

مربی - گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن،

رودهن، ایران

E-mail: Mehr_j134@yahoo.com

نویسنده مسئول: مهرنوش جعفری

چکیده:

مقدمه و هدف: فرآیندهای بهداشت و درمان مسبب خطرهای زیادی به بیماران شده‌اند و افزایش بروز خطاهای پزشکی یکی از مهم‌ترین پیامدهای این فرایندهاست. پژوهش حاضر با هدف کاهش خطاهای پزشکی از طریق گزارش‌دهی خطاها در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع ترکیبی (کمی - کیفی) بود. جامعه آماری شامل افراد مرتبط و دست‌اندرکار در خطاهای پزشکی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. حجم نمونه ۲۵۴ نفر بود که با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند از این بیمارستان‌ها انتخاب شد. از فن مثلث‌سازی (بررسی ادبیات، مصاحبه و پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. بعد از گردآوری داده‌ها، برای ارائه نتایج نهایی پژوهش از آزمون‌های تحلیل عاملی، تحلیل رگرسیون و همبستگی استفاده شد.

یافته‌ها: گزارش‌دهی خطاها مشتمل بر عوامل فردی و عوامل سازمانی هستند (عوامل فردی و عوامل سازمانی) در مجموع ۴۱/۰۵ درصد از کل واریانس داده‌ها را تبیین می‌کنند. نتایج تحلیل رگرسیون و همبستگی نشان داد، بین گزارش‌دهی و مدیریت خطاها همبستگی وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: گزارش‌دهی خطاهای پزشکی یا اعلام خطا در ساختار رسمی در کاهش وقوع خطاها و در نتیجه مدیریت و کنترل آنها در بیمارستان‌های مورد بررسی بی‌تأثیر است. لازم است موانع فرهنگی، مالی و ساختاری در این خصوص در بیمارستان‌های کشورمان شناسایی شده و با رفع آنها بسترسازی بهتری برای کنترل و مدیریت خطاها صورت پذیرد.

واژگان کلیدی: بیمارستان، خطاهای پزشکی، گزارش‌دهی.

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیستم - شماره ۱۰۳
اسفند ۱۳۹۱

دریافت: ۹۱/۹/۲۷

آخرین اصلاح‌ها: ۹۱/۱۲/۶

پذیرش: ۹۱/۱۲/۲۲

مقدمه

مطالعات مختلف در آمریکا و سایر کشورها نشان- داده‌اند، خطاهای پزشکی و رویدادهای ناگوار (Adverse event)، یکی از بزرگ‌ترین مشکلات نظام سلامت و یکی از نگرانی‌های بین‌المللی به‌شمار می‌آیند (۱).

خطاهای پزشکی در نتیجه خطاکاری انسان و طراحی‌های ضعیف در سیستم‌های مراقبت سلامت همواره به‌وقوع می‌پیوندند؛ این خطاها هشتمین علت مرگ در آمریکا هستند، به‌گونه‌ای که قریب به ۱۰۰ هزار مرگ را در هر سال موجب می‌شوند (۲).

در ایران نیز بعید به‌نظرمی‌رسد شیوع این خطاها از وضعیتی مطلوب‌تر نسبت به نظام سلامت کشورهای غربی بهره‌مند باشد. افزایش پرونده‌های ارجاعی شکایات مردم از پزشکان و پرستاران به سازمان نظام پزشکی و دادگاه‌ها می‌تواند گواهی بر این حدس باشد (۳ و ۴)؛ برای نمونه، برخی از مطالعات که به‌طور پراکنده انجام شده‌اند، نشان‌دهنده ۱۶/۷ درصد خطاهای دارویی در بیمارستان‌های آموزشی شهر سنندج، ۱۰ درصد خطاهای دارویی و ۴۱/۶۶ درصد خطاهای دارویی در شرف وقوع در میان دانشجویان پرستاری شهر اراک و ۱۹/۵ مورد خطاهای دارویی برای هر پرستار در طول سه ماه در بیمارستان‌های مورد مطالعه تهران هستند (۶).

با توجه به آمارهای بالا بروز خطاهای پزشکی و به دنبال آن، رویدادهای ناگوار از ویژگی‌های غیرقابل- اجتناب سیستم بهداشت و درمان سراسر دنیا و ایران شده‌است؛ لذا تشخیص، پیشگیری و مدیریت مؤثر این خطاها و جلوگیری از بروز مجدد آنها جزو الویت‌های نظام‌های بهداشتی و درمانی شده‌است.

اما یکی از گام‌های اساسی در جهت مدیریت خطاهای پزشکی، کشف، شناسایی و گزارش‌دهی خطاهای پزشکی است به‌گونه‌ای که نتایج پژوهش‌های مختلف نشان‌داده‌است، تا خطایی، گزارش‌دهی و ثبت- نشود، نمی‌توان آن را مدیریت کرد (۷).

گزارش‌دهی به معنای رویکرد سیستمی داشتن نسبت- به ایمنی بیمار است؛ به‌عبارتی دیگر، افشاسازی خطاها،

بیان و ابراز خطا به‌صورت خصوصی میان ارائه‌دهنده و خدمات‌گیرنده بدون مطرح شدن آن در سازمان؛ اما گزارش‌دهی خطاها به معنای مطرح کردن خطاها در ساختار اداری و رسمی بیمارستان، اطلاع به مدیر بیمارستان و ثبت و درج خطاست (۸).

با توجه به اینکه امروزه الویت اصلی نظام بهداشت و درمان، تمرکز روی سیستم گزارش‌دهی خطاهاست، بایستی سیستمی مناسب که در نظام‌های خاص کاربرد- داشته باشد و خطاهای گزارش‌شده را طبقه‌بندی می‌کند و از لحاظ کمی، آنها را به‌دقت بررسی و توصیف می‌کند، راه‌اندازی شود؛ در این خصوص باید نظریه، ارائه و اجرا شود و هرچه اعتبار این نظریه بالاتر رود، پزشکان، اطلاعاتی بهتر و بیشتر برای کاردارند (۹).

در کشورمان ایران، سیستم گزارش‌دهی خطاها به‌طور مدون و مشخص وجود نداشته، تنها با تکیه بر روش‌های دیگر از جمله: شاخص‌های فراوانی بیمار از طریق فراوانی کدهای تشخیصی و اقدام‌های درمانی ICD محاسبه می‌شود که البته این کدها در مواردی خاص وجود دارند و از طرفی، صحت کدهای مزبور هم بررسی نمی‌شود و موارد موجود براساس کدهای مزبور گزارش می‌شوند (۱) و در کل، ساختارهای گزارش‌دهی در بیمارستان‌های ایران یا وجود نداشته یا اگر وجود دارند، بسیار ضعیف‌اند (۴).

هدف اصلی این پژوهش، کاهش خطاهای پزشکی از طریق بررسی نقش گزارش‌دهی خطاهای پزشکی در مدیریت خطاها در بیمارستان‌های علوم پزشکی تهران بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نظر نوع داده‌ها، ترکیبی (کمی- کیفی) بوده‌است. از فن مثلث‌سازی یا Triangulation (مرور ادبیات، اجرای مصاحبه و پرسش‌نامه) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده‌است. از نظر نحوه اجرا و دستکاری متغیرها، پژوهشی توصیفی است و با توجه به اینکه برای بررسی وضعیت موجود، نظرسنجی از افراد صورت-

کروناخ ۰/۹۸ تعیین شده، سپس از طریق مطالعه میدانی، پرسش نامه مذکور به دو صورت اینترنتی و حضوری در اختیار پاسخ دهندگان قرار داده شد.

کلیه داده‌های جمع‌آوری شده از پرسش‌نامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPS ۱۹ با روش (تحلیل عاملی، تحلیل رگرسیون و همبستگی) تحلیل شدند. آزمون‌های مورد استفاده در بخش تحلیل عاملی شامل «آزمون KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) و بارتلت (Bartlett test)، چرخش وریماکسی متغیرها (varimax rotation)،

آزمون‌های میزان اشتراک متغیرها (variables communalities tests) و آزمون مقدار ویژه عامل‌ها پس از چرخش (total variance explained)، همچنین آزمون تحلیل رگرسیون و همبستگی» بودند.

یافته‌ها

نتایج آزمون تحلیل عاملی نشان داد، داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب‌اند؛ این نتیجه با توجه به مقادیر معنادار ($kmo = ۰/۸۹۲$) و همچنین آزمون بارتلت ($Bartlett\ test = ۳۶۳۴/۶۰۹$) در سطح $P < ۰/۰۰۱$ بود که نتایج هر دو آزمون، قابلیت داده‌ها را برای انجام تحلیل عاملی تأیید کردند.

نتایج دیگر آزمون‌های تحلیل عاملی نیز نشان دادند، گزارش‌دهی خطاها از مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده مدیریت خطاهاست؛ همچنین عوامل فردی و عوامل سازمانی از عوامل تشکیل‌دهنده گزارش‌دهی هستند و گزارش‌دهی خطاها ۴۱/۰۵ درصد واریانس متغیر اصلی یعنی مدیریت خطاها را تبیین می‌کنند که سهم بیشتر را عوامل فردی مرتبط با گزارش‌دهی با ۳۲/۰۷ درصد و سهم کمتر را عوامل سازمانی مرتبط با گزارش‌دهی با ۸/۹۷ درصد تشکیل می‌دهند.

در جدول ۱، عوامل تشکیل‌دهنده گزارش‌دهی خطاها و متغیرهای تشکیل‌دهنده و بار عاملی هریک از متغیرها نشان داده شده‌است؛ بیشترین بار عاملی را بر گزارش‌دهی بی‌اعتقادی به گزارش‌دهی و کمترین بار عاملی را بر گزارش‌دهی وجود ساختارهای تشویقی سازمانی برای افراد گزارش‌گر تشکیل داده‌اند.

گرفته، از نوع پیمایشی و نیز در بخش دیگر به دلیل اینکه برای تعیین آثار مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای اثرگذار بر مدیریت خطاها از همبستگی و تحلیل رگرسیون استفاده شده‌است، همبستگی است.

پژوهش در ۲۶ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت؛ البته از این تعداد، ۴ بیمارستان به دلیل عدم تمایل به شرکت حذف شدند. از هر بیمارستان به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند، گروه ۱۳ نفره انتخاب شد که معیار انتخاب افراد یادشده، ارتباط کاری بیشتر با موضوع پژوهش (خطاهای پزشکی) بود؛ لذا به نظرمی رسید نمونه‌های انتخاب‌شده مشکلات موجود را بهتر منعکس کنند؛ این افراد مشتمل بر: «رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مدیر بهبود کیفیت، مدیر پرستاری، رئیس بخش مراقبت ویژه، رئیس یکی از بخش‌های بالینی، رئیس بخش اتاق عمل و بیهوشی، سوپروایزر بالینی، سوپروایزر آموزشی، سرپرستار بخش، مسئول داروخانه، پزشک مسئول بخش اورژانس، رئیس اداره حاکمیت بالینی» بودند؛ در نتیجه، کل نمونه‌های مورد بررسی، شامل $۲۸۶ = ۲۲ \times ۱۳$ بودند که از این تعداد، ۵۴ پرسش‌نامه برگشت داده نشد و لذا حجم نمونه، ۲۳۲ مورد شد و با توجه به اینکه با ۲۲ نفر (از هر بیمارستان با ۱ پرستار بخش اورژانس) هم مصاحبه به عمل آمد، حجم نهایی نمونه، ۲۵۴ مورد شد.

از سه ابزار فیش کارت، مصاحبه و پرسش‌نامه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. به این ترتیب که با کمک اطلاعات استخراج شده از فیش کارت، مصاحبه صورت گرفت تا اطلاعات حاصل از بررسی ادبیات و متون مرتبط، نهایی شوند و با کمک اطلاعات استخراج شده از متون مرتبط و مصاحبه، پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته مشتمل بر دو بخش اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیرهای مورد بررسی در پژوهش مشتمل بر ۱۹ پرسش تنظیم شد؛ ابتدا روایی محتوایی و صوری پرسش‌نامه یادشده از طریق روش قضاوت خبرگان و اجرای آزمایشی تعیین شد؛ پس از تأیید روایی، پایایی پرسش‌نامه از طریق ضریب آلفای

جدول ۱. گزارش‌دهی خطاها و عوامل تشکیل‌دهنده آن

عامل اول (عوامل فردی)		عامل دوم (عوامل سازمانی)	
متغیرهای تشکیل‌دهنده	بار عاملی هر یک از متغیرها	متغیرهای تشکیل‌دهنده	بار عاملی هر یک از متغیرها
ترس از تنبیه سازمانی	۰/۵۶۳	مشخص کردن افراد مسئول گزارش‌دهی در سازمان	۰/۵۶۳
درک ضعیف از آنچه باید گزارش شود	۰/۳۹۸	وجود ساختارهای تشویقی سازمانی برای افراد گزارش‌گر	۰/۳۵۱
بی‌اعتقادی به گزارش‌دهی	۰/۷۶۲	نبود حمایت سازمانی	۰/۳۶۶
نبود بازخورد بعد از گزارش‌دهی	۰/۵۹۱	وجود افراد واسطه و مشاور برای گزارش‌دهی	۰/۶۸۲
عدم وجود امتیازهای ملموس برای افراد گزارش‌گر	۰/۵۲۶	سیاست‌های و رویه‌های کاری	۰/۷۰۶
		حجم کاری	۰/۶۸۴
		تدوین برگه‌های مخصوص	۰/۳۸۶
		تدوین سیستم کامپیوتری، تلفنی یا کاغذی	۰/۳۸۶
		وجود سیستم گزارش‌دهی بدون نام	۰/۷۱۵
		کاراضافه مربوط به گزارش‌دهی	۰/۶۸۷
		سهولت دسترسی به سیستم گزارش‌دهی	۰/۴۸۸
		سهولت استفاده از سیستم گزارش‌دهی	۰/۴۷۴
		وجود رسم و سنت گزارش‌دهی در سازمان	۰/۵۱۵

گزارش‌دهی
خطاهای
پزشکی

برای تعیین اثرگذاری گزارش‌دهی و عوامل تشکیل‌دهنده آن بر مدیریت خطاها از آزمون‌های تحلیل رگرسیون و همبستگی استفاده شد. نتایج آزمون‌های مزبور نشان‌دادند که گزارش‌دهی خطاهای پزشکی (عوامل فردی مرتبط با گزارش‌دهی، عوامل سازمانی مرتبط با گزارش‌دهی) ۴۵ درصد مدیریت خطاهای پزشکی را تبیین می‌کنند که در حد متوسط است (جدول ۲).

جدول ۲. همبستگی و سطح معناداری مدیریت خطاهای پزشکی و گزارش‌دهی خطاهای پزشکی

خطای برآورد	مجذور همبستگی تطبیق داده شده	مجذور ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	همبستگی
۳/۲۹۳۳۵	۰/۴۵۰	۰/۴۵۲	۰/۶۷۳	مدیریت خطاهای پزشکی و مؤلفه‌های تشکیل دهنده آن

همچنین با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مدیریت خطاها و گزارش‌دهی و مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده آن از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، نتایج این پژوهش در بخش تحلیل رگرسیون نشان‌داد، میان مدیریت خطاهای پزشکی و گزارش‌دهی خطاها ارتباطی وجود ندارد.

جدول ۳. رگرسیون مدیریت خطاها و گزارش‌دهی

سطح معنی‌داری	t	ضریب استاندارد نشده		مؤلفه‌ها
		β	اشتباه معیار	
۰/۱۸۱	۱/۳۴۳		۰/۷۰۸	مدیریت خطاهای پزشکی
۰/۲۱۴	۱/۲۴۶	۰/۰۵۷	۰/۰۲۷	گزارش‌دهی خطاهای پزشکی

در کل، یافته‌های این پژوهش به شرح زیر بودند:

- گزارش‌دهی خطاهای پزشکی از عوامل فردی و عوامل سازمانی تشکیل شده‌است.
- عوامل فردی و عوامل سازمانی از مجموعه‌ای از متغیرها تشکیل شده‌اند.
- گزارش‌دهی، عاملی مؤثر در مدیریت خطاها نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

گزارش‌دهی خطاها از عوامل فردی و عوامل سازمانی تشکیل شده‌است؛ نتایج پژوهش در این خصوص با پژوهش‌های دوهتری (۱۰)، مومتز و گولو (۱۱)، هاسفورد (۱۲)، هوور (۱۳)، والش و آنتونی (۱۴)، توماس و پیترسون (۱۵)، اوریه (۱۶)، هارنستام (۱۷) همراستاست؛ برای نمونه، هارنستام، فرهنگ سازمانی عاری از سرزنش را به‌عنوان عامل مؤثر بر گزارش‌دهی خطاها مطرح کرده‌است که در این پژوهش هم بر این مورد تأکید شده‌است. هوور ترس از پیگردهای قانونی، نبود بازخورد، نگرانی در خصوص ازدست‌رفتن اعتماد بیمار، دریافت عنوان بی‌صلاحیتی را عوامل مؤثر بر گزارش‌دهی خطاها مطرح کرده‌است، اوریه به متغیرهایی مانند حجم کاری بالا، وجود کار اضافه برای گزارش-

دهی، نبود رسم و سنت گزارش‌دهی در سازمان، بی-اعتقادی به سیستم گزارش‌دهی اشاره کرده‌است؛ البته همه متغیرهای بالا در پژوهش حاضر در زیرمجموعه دو عامل کلی «عوامل فردی و سازمانی مؤثر بر گزارش‌دهی خطاها بیان شده‌اند.

همچنین نتایج این پژوهش نشان‌داد، گزارش‌دهی خطاها عاملی مؤثر در مدیریت خطاهای پزشکی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران نیست.

این نتیجه با نتایج پژوهش‌های دوهتری (۱۰)، هارتل (۱۸)، مومتز و گولو (۱۱)، وزویکس (۱۹)، هاسفورد (۱۲)، هوور (۱۳)، والش و آنتونی (۱۴)، توماس و پیترسون (۱۵)، اوریه (۱۶)، هارنستام (۱۷) همراستا نیست، زیرا در همه پژوهش‌های یادشده، گزارش‌دهی خطاها عاملی مؤثر در مدیریت و کاهش خطاها در

پذیرش گزارش‌دهی به‌عنوان عاملی برای مدیریت خطا و جلوگیری از وقوع خطا بهتر صورت گرفته است.

اما با توجه به اینکه در کشورمان و به‌طور ویژه در بیمارستان‌های مورد بررسی، حتی در زمینه فرهنگ‌سازی هم اقدام‌هایی اندک صورت گرفته است و سازمان‌های متولی هم از لحاظ قانونی اقدام‌هایی یکسان و منسجم را در مواجهه با خطاها ندارند، همچنان ترس از گزارش‌دهی و عدم مقبولیت آن در سیستم مشاهده می‌شود و شاید بتوان تفاوت نتیجه حاصل را این‌گونه توجیه کرد.

بنابراین، در جامعه مورد بررسی، همچنان ترس از پیامدهای ناشی از ابراز خطا در ساختار رسمی (گزارش‌دهی) در مقایسه با ابراز خطا در ساختار غیررسمی و به‌صورت دوستانه (افشاسازی) وجود دارد. به‌عبارتی بهتر، ترس از پیامدهایی فرهنگی (مانند بی‌صلاحیت تلقی شدن توسط همکاران، ازدست‌رفتن آوازه، تهدید از طرف رقبا و هم‌تایان به‌دنبال مطرح شدن خطا و پیامدهای قانونی ترس از پیگردهای قانونی، شکایات، پرداخت جریمه) که به‌دنبال گزارش‌دهی خطاها بیشتر از افشاسازی خطاها رخ می‌دهند، در این پژوهش مشهود است.

همچنین راهکارهای پیشنهادی پژوهشگر در راستای مدیریت بهتر خطاها را می‌توان ایجاد سازوکارهای تشویقی برای ارائه‌دهندگان به‌منظور مطرح کردن خطا به واحد گزارش‌دهی، کاربست فرهنگ سازمانی عاری از سرزنش که به حمایت از ارائه‌دهنده و بیمار در هنگام بروز خطا بپردازد، برنامه‌های آموزشی مناسب برای آموزش شیوه صحیح و فرایند مناسب گزارش‌دهی در بیمارستان مطرح کرد.

البته برای تحقق این امور، حمایت‌های بودجه‌ای لازم به‌نظر می‌رسند. ایجاد واحد مخصوص گزارش‌دهی خطاها، کاربست فناوری مناسب برای گزارش‌دهی کیفی‌تر، برگزاری کارگاه‌های آموزشی، همایش‌های ملی و منطقه‌ای مرتبط با موضوع، تهیه و تدوین بروشور، کتابچه، پمفلت در سطح وزارتخانه و ارسال به کلیه مراکز بهداشتی و درمانی و به‌ویژه بیمارستان‌ها،

بیمارستان بیان شده است. شاید موانع فرهنگی، مالی، ساختاری که در بیمارستان‌های مورد بررسی موجودند، از دلایل تفاوت نتایج حاصل باشند.

به‌عبارتی دیگر، با توجه به اینکه گزارش‌دهی خطاها، «بیان و ابراز خطا در ساختار اداری و رسمی بیمارستان و اطلاع به مدیر بیمارستان» است، شاید بتوان دلیل این تفاوت را به محیط پژوهش مرتبط دانست؛ برای نمونه، پژوهش هارتسل در یکی از ایالات کانادا انجام گرفته است که در این کشور درخصوص خطاهای پزشکی هم از لحاظ فرهنگی سال‌ها پیش بسترسازی لازم صورت پذیرفته است و از طرفی از لحاظ قانونی هم اقدام‌هایی وسیع صورت گرفته است؛ از جمله اینکه قوانین چون: بیمه مالپراکتیز، قانون ۸/۱۲ نظام‌نامه اخلاق پزشکی کانادا، گزارش کمیسیون فرانکور، قانون ایمنی بیمار سازمان اعتباربخشی کانادا که در سیستم قانونی کانادا وضع شده‌اند (۲۰) همه بر مبنای حمایت از ارائه‌دهنده خدمات در هنگام وقوع خطاها تأکید داشته، به وقوع خطاها نگاهی چندعقلی دارند؛ بنابراین در سیستم بهداشتی - درمانی کانادا ترس از گزارش‌دهی خطاها توسط ارائه‌دهنده خدمات دیده نمی‌شود و مهم‌ترین موانع گزارش‌دهی مشتمل بر ترس از پیگردهای قانونی و از طرفی جبران خسارات وارده به بیمار و پزشک در سیستم فرهنگی و مالی بیمارستان‌های کانادا تا حد زیادی، مرتفع شده است؛ لذا گزارش‌دهی خطاها به‌عنوان عاملی برای مدیریت خطاها تلقی شده است؛ از طرفی، پژوهش مومنزوگولو در سطح کشور یونان و پژوهش هاسفورد در بعضی از ایالات آمریکا صورت گرفته که در هر دو این کشورها، هم بسترسازی فرهنگی برای گزارش‌دهی خطاها انجام گرفته است و هم سازوکارهای قانونی در نظام بهداشت و درمان برای گزارش‌دهی به صورت رسمی برای خطاهای پزشکی صورت گرفته و حتی در کشور آمریکا بیمه مالپراکتیز (Malpractice) (بیمه درمان اشتباه ارائه‌دهندگان) برای حمایت ارائه‌دهندگان نظام که خطا را مرتکب می‌شوند، وجود دارد؛ بنابراین،

منابع

- 1-Sadoughi F, Ahmadi M, Moghadasi H and sheikhtaheri A .patient safety information system,goals,structure and duty. Mazandaran Medical Science University Journal. 2011; 21(85): 174-188[Persian].
- 2-Hashemi F, Nikbakht Nasrabadi A and Asghari F. Nurses Concerns of nursing errors disclosure: qualitative study. Nurse Research. 2011; 6(20):30-43[Persian].
- 3 - Asghari F, Yavari N. Medical Error Disclosure. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2006; 25-36[Persian].
- 4- Joolaaee S, Hajibabae F, Peyravi H, Haghani Kh. The incidence and report rate of medication errors in Iran. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010; 3(1): 65-76[Persian].
- 5-Penjvini S. Investigation of the rate and type of medication errors of nurses in Sanandaj Hospitals. Iranian Journal of Nursing Research. 2006; 1(1): 59-64 Persian].
- 6- Kouhestani H R, Baghcheghi N. Investigation medication errors of nursing students in cardiac care Unite. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2008; 13(48): 249-55 [Persian].
- 7-Caohui et al. Assessing explicit error reporting in the narrative electronic medical record using keyword searching. Journal of Biomedical Informatics. 2003; 99-105.
- 8-Mckinney E, Mae H. Medical Error: Overcoming Barriers to Truthful Disclosure[Phd Dissertation] The University of Texas Medical Branch:2007.
- 9-Karsh B et al. Toward a theoretical approach to medical errors reporting system research and design. Applied Ergonomics. 2006; 37: 283-95.
- 10-Dohetry, C, MC Donnell. Tenfold Medication Errors: 5 Years' Experience at a University-Affiliated Pediatric Hospital .Pediatrics. 2012;10(3).
- 11-Moumtzoglou A. Reporting adverse events: Greek doctor and nurse attitudes. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2010; 23(7):680-87.
- 12-Hosford S.B.The Impact of External Interventions on Improving the Quality of Patient Safety in Hospitals[PhD Dissertation] University of Phoenix: 2007.
- 13-Hoover D L. Exploring Military Physician Perceptions of Medical Error[Phd Dissertation] Capella University :2007.

اطلاع‌رسانی و حساسیت‌زایی و آموزش رفتار منطقی با بروز خطا در سطح جامعه و ایجاد نگرش عاری از سرزنش نسبت به ارائه‌دهندگان که مرتکب خطا شده‌اند از طریق همکاری برون‌بخشی با ارگان‌های ذی‌ربط (صدا و سیما، شهرداری، آموزش عالی و ...)، فعال‌سازی هرچه بیشتر کمیته ایمنی بیمارستان و برگزاری جلسات هفتگی توسط اعضای کمیته، انجام نظرسنجی‌های اجتماعی و فردی از بیماران، تقویت اداره حاکمیت بالینی از طریق تدوین شاخص‌های یکپارچه و مدون و اصول راهنما برای واحد مزبور، راه‌اندازی بیمه مشابه بیمه مالپرکتیز که در آمریکا و کانادا وجود دارد، اختصاص بخشی قابل توجه از بودجه پژوهشی به این امر و انجام پژوهش‌های تحلیلی درخصوص خطاهای رخ داده و ریشه‌یابی دلایل بروز، از راهکارهای پیشنهادی در جهت تقویت گزارش‌دهی خطاها و درنهایت، مدیریت خطاها در سیستم بهداشت و درمان است.

در راستای تحقق این امور بایستی توجه داشت، مطرح ساختن خطا، تنها گفتن حقیقت به بیماران نیست. بلکه فرایندی است که از درمیان گذاشتن واقعیت با بیمار شروع و به تصحیح حتی‌المقدور صدمه ایجاد شده منتهی می‌شود؛ بدین منظور لازم است در نگاه سستی به خطاهای انسانی در بیمارستان‌های کشورمان تحولی صورت پذیرد؛ البته، برای تحقق چنین تحولی، وجود پیش‌زمینه‌های فرهنگی مانند بررسی خطا به‌عنوان رویداد چندعاملی و چندعلتی، عدم تنبیه و سرزنش افراد، پذیرش جائز الخطاب بودن انسان‌ها، تأکید بر ارتقای ارتباطات حرفه‌ای و کار گروهی، ضروری است. قابل-ذکر است، خلق چنین محیطی مستلزم مجموعه‌ای از تصمیم‌ها و اقدام‌ها و توسعه تحقیق‌های پایه‌ای و کاربردی درخصوص این موضوع در آینده است.

محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، وجود مشکلاتی برای هماهنگی و جلب همکاری افراد و محیط‌ها در اجرای مطالعات خودگزارشی و پرسش‌نامه‌ای بود.

- 14-WalshK, AntonyJ. Improving patient safety and Quality what are the challenges and gaps in introducing an integrated electronic adverse incident and recording system within health care industry? International Journal of Health Care Quality Assurance. 2007; 20(2): 107-115.
- 15-Thomas E.j, Petersen L.A. Measuring Errors and Adverse event in Health Care. J GEN INTERN Med. 2003;no18: 61-67.
- 16-UribeC et al. Perceived barriers to medical-errors reporting: an exploratory investigation. Journal of Health Care Management. 2002;47(4):263-9.
- 17-Harenstam, K. Patient safety as perceived by Swedish leaders. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2007; 22(2): 161-181.
- 18-Hartnell N, Mackinnon N, Sketris I, Fleming M. Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: a focus group study. Quality & Safety. 2012; 21(3): 48-52
- 19-Vozikis A. Information management of medical errors in Greece: the MERIS proposal. International Journal of Information Management. 2009;VO 129: 15-26
- 20-Armutlu M. The Ethics of Disclosure of Adverse Health Events Caused by Healthcare Management [PhD Dissertation]. McGill University, Department of Experimental Medicine: 2009.

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
Twentieth Year,
No.103
February, March
2013*

Received: 2012/12/17

Last revised: 2013/2/24

Accepted: 2013/3/12

The role of medical errors reporting in medical errors management in Tehran Medical Science university hospitals

Mehrnush Jafari

Azad University of Roudehen, Tehran, Iran

E-mail : Mehr_j134@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Health care and treatment processes cause many dangers for patients, increasing medical errors as one of its most important consequences. The present research has been conducted to decrease medical errors by investigating the role of reporting of medical errors in hospitals of Tehran University of Medical Sciences.

Materials and Methods: In this quantitative-qualitative research, statistical population includes those related people and the practitioners engaged in medical errors a 13-member team in hospitals of Tehran University of Medical Sciences. The sample consisted of 232 employees that were non-randomly targeted and selected from these hospitals. An interview and a research-made questionnaire were used to collect data. The data was analyzed through factor analysis technique, once determining affecting factors; their internal correlation was determined using regression correlation and path analysis (Descriptive Statistics and Inferential Statistics).

Results: Selected individuals have pointed that medical errors reporting in medical settings does not affect error management (out 41.05% of total variance of data). The most decisive power is related to reporting individual factors%32.07 and the least decisive power %8/97, to the reporting organizational factors.

Conclusion: Hospital administrators need to identify the related factors in medical errors reporting and remove obstacles in medical errors reporting as an effective step toward reducing the incidence of errors and remove them.

Key words: Medical errors, Reporting, Hospital