

نگرانی‌های درک شده پرستاران از آشکارسازی خطاهای پرستاری: یک مطالعه کیفی

فاطمه هاشمی^۱، علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۲، فریبا اصغری^۳

چکیده

مقدمه: اظهار خطا به بیمار یک جنبه مهم اخلاقی و ضروری مراقبت است که فواید متعددی برای بیمار، ارایه‌کننده مراقبت سلامت و سازمان خدمات سلامت دارد. اما همواره نگرانی‌های فراوانی ارایه‌کنندگان مراقبت سلامت را از این اقدام ضروری و مهم باز می‌دارد. این مطالعه با هدف پی بردن به این نگرانی‌ها از منظر پرستاران انجام شد.

روش: پژوهش به روش کیفی انجام شد. سؤال تحقیق آن بود که پرستاران چه تجارب و ادراکاتی از نگرانی‌هایشان درباره اظهار خطا به بیمار و خانواده‌اش دارند و یا چه عواملی را در این نگرانی‌ها مؤثر می‌دانند؟ نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام گردید. داده‌ها با استفاده از روش بحث متمرکز گروهی نیمه سازمان یافته از ۱۱۵ پرستار شاغل در دو دانشگاه بزرگ کشور جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل آن‌ها بر اساس رویکرد تحلیل مضمونی انجام شد.

یافته‌ها: داده‌ها در ۴ طبقه نگرانی از واکنش بیمار، نگرانی از واکنش مدیران بلافصل، نگرانی از موقعیت شغلی، تجارب منفی از برخوردهای قبلی با گزارش و اظهار خطا به بیمار، قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر انکارناپذیر اظهار خطا به بیمار و/ خانواده‌اش بر افزایش مراقبت ایمن و کاهش وقوع خطا لازم است نظام خدمات سلامت نگرانی‌های ارایه‌کنندگان مراقبت سلامت را در این زمینه تعدیل نموده و بستر را برای این مداخله مهم مراقبتی فراهم نماید. و البته به موازات آن نه تنها لازم است از طریق آموزش‌های هدفمند آگاهی ارایه‌کنندگان مراقبت و به ویژه مدیران خدمات سلامت درباره خطاهای کاری، دلایل آن‌ها و نیز فواید آشکارسازی خطا افزایش یابد بلکه ضروری است قوانین و مقررات مرتبط با آشکارسازی نیز وضع گردد و به تمامی سازمان‌های ارایه‌کننده خدمات سلامت جهت اجرا ابلاغ گردد.

کلید واژه‌ها: خطاهای پرستاری، خطاهای مراقبت سلامت، نگرانی‌های پرستاران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۲/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۹/۲۳

۱ - مربی عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۲ - دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: nikbakht@tums.ac.ir

۳ - استادیار مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

خطاهای پزشکی در نتیجه خطاکاری انسان و طراحی‌های ضعیف در سیستم‌های مراقبت سلامت همواره به وقوع می‌پیوندند. این خطاها هشتمین علت شایع مرگ در آمریکا است به گونه‌ای که قریب به ۱۰۰۰۰۰ مرگ را در هر سال موجب می‌شود (۱) و در کشورهای مختلف دیگر نیز موجب آسیب‌رسانی و مرگ در بسیاری از بیماران و افزایش هزینه‌های درمان می‌گردد (۳ و ۲). خطاهای پرستاری نیز تهدیدی جدی، اجتناب‌ناپذیر و همیشگی برای ایمنی بیمار بوده (۴ و ۲) و سالانه مسؤول مرگ و صدمه‌رسانی به جان هزاران انسان و افزایش هزینه‌های درمان می‌باشد (۵). در ایران نیز هر چند از میزان بروز خطاهای پزشکی آمار دقیقی در دسترس نیست، ولیکن بعید به نظر می‌رسد که شیوع این خطاها در کشور ما از وضعیت مطلوب‌تری نسبت به نظام سلامت کشورهای غربی برخوردار باشد. افزایش پرونده‌های ارجاعی شکایات مردم از پزشکان و پرستاران به سازمان نظام پزشکی و دادگاه‌ها می‌تواند گواهی بر این حدس باشد (۷ و ۶) به عنوان مثال برخی از مطالعات که به طور پراکنده انجام شده‌اند نشان‌دهنده ۱۶/۷٪ خطاهای دارویی در بیمارستان‌های آموزشی شهر سمنان، ۱۰٪ خطاهای دارویی و ۴۱/۶۶٪ خطاهای دارویی در شرف وقوع در بین دانشجویان پرستاری شهرستان اراک و ۱۹/۵ مورد خطای دارویی برای هر پرستار در طول سه ماه در بیمارستان‌های مورد مطالعه در تهران می‌باشد (۹-۷) بنابراین هر چند ایده مطلوب‌تر آن است که تا سر حد امکان از وقوع اشتباه و خطا در خدمات سلامت پیشگیری نمود، ولیکن در صورت رخ داد، نوع مواجهه و برخورد با خطا دارای اهمیت است (۱۰). یافته‌های حاصل از مطالعات متعدد حاکی از آن است که بیماران درباره خطاهای کاری پرستاران و پروسیجرهای اشتباه و این که این خطاها به آن‌ها گفته نمی‌شود نگرانند و نه تنها خواهان آشکارسازی کامل خطاها هستند بلکه انتظار یک پوزش مؤدبانه را نیز دارند (۱۱-۱۵). آشکارسازی انواع خطاهای مراقبت سلامت برای بیمار و خانواده‌اش یک فعالیت ضروری محسوب می‌گردد (۱۶). آشکارسازی و یا «اظهار خطا به بیمار» نه تنها نوعی دیگر از گزارش خطا، بلکه یک نوع پاسخگویی و پذیرش اشتباهی است که به وقوع پیوسته و نه تنها به

معنی در میان گذاشتن آن خطا و پیامد مضر آن با بیمار و خانواده‌اش توسط پزشک مسؤول بیمار و یا سرپرستار است (۱۷)، که به معنای اظهار تأسف و پوزش صادقانه (۱۸) و انجام مداخلات به منظور تصحیح صدمه وارد شده به بیمار است (۱۹). اظهار خطای مراقبت سلامت به بیمار و خانواده‌اش نه تنها نشان‌دهنده صداقت ارابه‌کننده خدمات سلامت است که می‌تواند از ناراحتی بیمار بکاهد، بلکه نیاز وی جهت کسب اطلاع از نحوه مراقبت از خود را مرتفع می‌نماید و با مطلع شدن بیمار از وضعیت فعلی‌اش امکان اخذ رضایت آگاهانه برای ترمیم صدمه و نیز دریافت خسارت به شکل مسالمت‌آمیز فراهم می‌گردد (۱۶ و ۲۰). آشکارسازی خطا می‌تواند رضایت، اعتماد و واکنش احساسی مثبت بیمار را نسبت به اشتباه رخ داده در پی داشته باشد (۱۶ و ۲۱) و برای او این امکان را فراهم می‌سازد تا در تیم تلاش‌گران ارتقای کیفیت ایفای نقش نموده و به این وسیله نتایج درمانی بهتری حاصل می‌شود زیرا بیماران می‌توانند نقطه نظرهای با ارزشی برای پیشگیری از خطاهای مشابه دیگر ارائه دهند (۱۶) به علاوه صداقت در گفتن واقعیت به بیمار و پیشگیری از صدمه‌رسانی به او منجر به احیاء روابط مبتنی بر اعتماد بین بیمار و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت می‌گردد (۲۲). آشکارسازی انواع خطا همچنین در کاهش اثرات سوء خطا، ترمیم به موقع صدمه، کوتاه شدن طول اقامت بیمار در بیمارستان، کاهش هزینه‌های مالی سازمان و بیمار، و پیشگیری از بروز خطاهای مشابه در آینده موثر می‌باشد (۱۶ و ۲۰). در مقابل عدم اظهار خطای پزشکی به بیمار و / خانواده‌اش یک تخطی فاحش از اصول مسلم مراقبت بیمار - و خانواده - محور و نیز از اصول اخلاقی اوتونومی، ضرر نرسانی، سود رسانی و صداقت می‌باشد (۲). متأسفانه برخلاف فواید بی‌شمار و پایه‌های اخلاقی آشکارسازی خطا و علی‌رغم خواست بیماران، پژوهش‌های فراوانی نشان داده‌اند که بین خواست بیماران (یعنی ارتباط باز و صادقانه) و آنچه که عملاً در وقت وقوع خطا و آشکارسازی آن انجام می‌گیرد اختلاف وجود دارد (۲۳ و ۲۴) و به طور کلی متخصصین بالینی و به ویژه پرستاران ممکن است به منظور محافظت خودشان از مجازات و قوانین مدیریتی نسبت به آشکارسازی خطا مردد بوده و تأمل کنند (۱۸) و هر چند پرستاران در مقایسه با پزشکان خطاهای کمتری را به بیماران می‌گویند (۲۷-۲۵) اما در

و هدایت شدند. تعداد افراد در هر گروه در محدوده ۵ تا ۷ نفر و طول مدت جلسات ۶۰ تا ۹۰ دقیقه بود (۳۰، ۳۶-۳۳). با هماهنگی دفاتر پرستاری دو دانشگاه از تمامی مترونها و سوپروایزورهای صاحب نظر برای شرکت در فوکوس گروپ دعوت شد و در هر بیمارستان از سرپرستاران و پرستاران صاحب‌نظر بخش‌های مختلف به تعداد و تا زمانی که دیگر، یافته‌های جدیدی حاصل نشد و در واقع به تکرار و اشباع داده‌ها (Data saturation) ختم شد، دعوت گردید (۳۱). پروتکل پژوهش قبل از اجرا به تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شیراز رسید.

در این پژوهش دو پژوهشگر تمامی گروه‌ها را رهبری کردند. یک سناریو اولیه از خطای پرستاری از طریق مرور منابع (۳۰) تهیه و به وسیله تیم پژوهش و چند تن از پرستاران صاحب‌نظر بیمارستان‌ها بازبینی و تصحیح شد و به منظور ارتقای شفاف‌سازی و درک آن، پس از طرح در اولین جلسه فوکوس گروپ تغییراتی در آن داده شده (۳۲). سپس تمامی بحث‌های گروهی با همان سناریو پیگیری شدند. قبل از شروع جلسات فوکوس گروپ با ذکر هدف مطالعه و تأکید بر رازداری از مشارکت‌کنندگان رضایت آگاهانه برای ثبت و ضبط بحث‌ها گرفته شد. در هر جلسه پس از بیان همان سناریو از شرکت‌کنندگان سؤال می‌شد که «آیا بیمار و یا خانواده‌اش می‌بایستی در مورد خطای به وقوع پیوسته مطلع می‌شدند؟ آیا فرد خطاکننده در سناریو و یا یک نفر از اعضای تیم درمان بیمار بایستی در مورد خطای رخ داده با بیمار و یا خانواده‌اش صحبت می‌کرد؟ آیا نگرانی خاصی از اظهار خطا به بیمار و خانواده‌اش دارند؟» سپس در ادامه نظر خودشان را درباره آشکارسازی، و یا عدم آشکارسازی خطای رخ داده در سناریو و نیز خطاهای مشابه جویا می‌شدیم، یعنی این که از شرکت‌کنندگان سؤال می‌شد «اگر شما بودید آیا این خطا را به بیمار و خانواده‌اش می‌گفتید؟ اگر بله یا خیر چرا؟ اگر خیر آیا فکر می‌کنید فرد دیگری از اعضای تیم درمان باید این کار را انجام می‌داد؟» سپس پژوهشگران با استفاده از پرس و جو، بحث گروهی را در سطح وسیع (عوامل همراه با گزارش خطا، نوع خطا، جنبه‌های قانونی، اقتصادی و اخلاقی آشکارسازی خطا و ...) شکافتند و زمینه را فراهم نمودند تا حتی‌المقدور شرکت‌کنندگان در فضایی آزاد و خلاق،

مجموع می‌توان گفت که در مقایسه با وقوع فراوان خطاهای مراقبت سلامت درصد کمی از آن‌ها به بیماران اظهار می‌شود (۲۸ و ۱۰) و اطلاعات آن درصد از خطاهایی هم که به بیمار گفته می‌شود نارسا است (۲۸). بر پایه یافته‌های مطالعات متعدد همواره موانع فراوانی از جمله نگرانی‌ها و ترس‌هایی که ارایه‌کنندگان خدمات سلامت دارند (۲۹ و ۳۰) در عدم اجرا و یا کاهش فراوانی این اصل مهم اخلاقی یعنی آشکارسازی خطا و در نتیجه تضعیف مراقبت ایمن از بیمار نقش داشته‌اند. لذا هدف مطالعه حاضر کشف نگرانی‌های پرستاران در خصوص آشکارسازی خطاهای پرستاری است که در ایران صورت گرفت.

روش بررسی

این پژوهش به صورت یک مطالعه کیفی با هدف تعیین نگرانی‌های پرستاران از آشکارسازی خطاهای پرستاری از طریق کشف تجربیات آنان بود که در دو دانشگاه علوم پزشکی کشور انجام گردید. روش‌های تحقیق کیفی این امکان را فراهم می‌کنند تا قرائت‌های مختلفی از یک واقعیت به ظهور برسد (۳۱). در این پژوهش اطلاعات با استفاده از روش فوکوس گروپ جمع‌آوری گردید. از آنجایی که در گروه‌های متمرکز به افراد اجازه داده می‌شود تا به صورت باز درباره موضوعات مختلف به ویژه موضوعات بالقوه آسیب‌پذیر صحبت کنند بهترین روش جمع‌آوری اطلاعات است. گروه‌های متمرکز در کشف نگرش‌ها و باورهایی که تحمیل رفتار می‌کنند به دلیل تعامل و تبادل تجربیات اعضای گروه همگن یک منبع غنی از اطلاعات دست‌نیافتنی را فراهم می‌کنند. همگنی یکی از جنبه‌های مهم موفقیت در یک گروه متمرکز است (۳۰ و ۳۴-۳۲) و در فوکوس گروپ هدف ایجاد فضایی است که همه افراد احساس را حتی کنند، بنابراین وقتی که جلسات مدیران از پرسنل صف جدا باشد، احتمال یک بحث صادقانه درباره موضوعات حساس افزایش و لحاظ کردن ملاحظات رییس و مرئوس که ممکن است بر دیالوگ باز اثرگذار باشد کاهش خواهد یافت (۳۰ و ۳۲) لذا در این پژوهش ۱۷ گروه متمرکز به طور همگن متشکل از مترونها، سوپروایزورها، سرپرستان و پرستاران صاحب‌نظر بیمارستان‌های دو دانشگاه تشکیل

تجربیات و رفتارهای واقعی‌شان را از موضوع مطرح‌شده به گفت و گو گذاشتند و بحث‌ها به گونه‌ای هدایت شد تا نظرات، نگرش‌ها و رفتارهای واقعی کشف شدند (۳۰ و ۳۲). گفت‌وگوهای هر جلسه ضبط شد. یک مشاهده‌کننده نیز گفت‌وگوها را نوشت.

جهت تعیین طبقات اصلی و خرده طبقات عوامل مرتبط با نگرانی‌های پرستاران از اظهار خطاهای پرستاری به بیمار از روش تحلیل محتوای موضوعی (Thematic Content analysis) استفاده شد. مراحل به کار گرفته شده برای تحلیل متن صورت جلسات بر اساس رویکرد تحلیل محتوای موضوعی به روش کریپیندورف، عبارت بود از: گردآوری داده‌ها، تقلیل داده‌ها، استنباط و تحلیل داده‌ها (۳۷). متن بحث‌های گروهی که به طور کامل ضبط گردیده بودند، پیاده و تایپ گردید تا استفاده از آن و کدگذاری داده‌ها راحت‌تر صورت گیرد. پژوهشگر قبل از خواندن متن بحث‌های گروهی، چندین بار نوار آن بحث‌ها را گوش می‌داد تا با متن کاملاً آشنا شده و بتواند معانی اصلی را استخراج نماید. شروع عملیات تحلیل بعد از اولین جلسه گروهی آغاز و پژوهشگر بعد از دو جلسه گروهی، کار کدگذاری و دسته‌بندی را آغاز نمود. این کار به پژوهشگر کمک می‌کرد تا بتواند دیگر سؤالات مورد نیاز را طراحی و مسیر مطالعه را بهتر هدایت نماید. به این ترتیب، مراحل زیر در تحلیل داده‌ها به دقت دنبال گردید: نوار بحث‌های گروهی یک به یک و کلمه به کلمه، بر روی کاغذ پیاده گردید. سپس سطر به سطر مورد بررسی قرار گرفته و با صورت جلساتی که توسط مشاهده‌کننده نوشته شده بود نیز تطبیق داده می‌شد، و جملات معنادار که مرتبط با موضوع اصلی پژوهش بودند، علامت‌گذاری شد. مفهوم اصلی جملات معنادار به صورت کد، استخراج شده و دسته‌بندی کدها آغاز گردید. به این ترتیب که کدهایی که مفهوم مشترک داشتند تحت یک طبقه قرار داده شده و نام‌گذاری می‌گردید. با هر فوکوس جدید، ممکن بود طبقه‌های قبلی بازنگری و حتی ادغام و یا طبقه جدیدی ایجاد گردد. سپس با نظارت یک ناظر با تجربه در تحلیل داده‌های کیفی، کار طبقه‌بندی و نام‌گذاری طبقه‌ها مورد بازنگری قرار گرفت. به این ترتیب، با ایجاد طبقه‌بندی، تم‌های اصلی مطالعه استخراج و ارتباط بین طبقه‌ها مشخص گردید. لازم به یادآوری است که به منظور حفظ محرمانگی داده‌ها، تمامی مرجع‌های نام،

مکان، و یا سایر مشخص‌کننده‌ها از نسخه نهایی داده‌ها برداشته شد.

یافته‌ها

۴۶ پرستار و ۳۴ سرپرستار در این پژوهش شرکت کردند. میانگین سن در پرستاران ۳۲/۹۶ و در سرپرستاران ۴۲/۰۲ سال بود. پرستاران به طور متوسط دارای ۱۰ سال و ۰/۶ ماه سابقه کار بودند، این رقم در سرپرستاران برابر با ۱۷ سال و ۹ ماه بود. ۸۰ پرستار و سرپرستار شرکت‌کننده، در بخش‌های داخلی و جراحی عمومی، جراحی و داخلی‌های تخصصی، مراقبت‌های ویژه بزرگسالان و نوزادان، بخش‌های داخلی و جراحی اطفال و نوزادان، روان‌پزشکی، نورولوژی، انکولوژی، اورژانس و تروما، زنان و زایمان و درمانگاه‌های تخصصی کار می‌کردند. بیشتر شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی لیسانس (۷۸ نفر) و از وضعیت استخدام رسمی قطعی (۵۵ نفر) برخوردار بودند. ۱۲ نفر رسمی آزمایشی، ۱۰ نفر پیمانی و سه نفر پرسنل طرحی بودند. مدرک تحصیلی ۲ نفر از شرکت‌کنندگان کارشناسی ارشد بود.

پس از تحلیل داده‌ها، تم‌ها یا طبقات اصلی مرتبط با نگرانی‌های پرستاران از اظهار خطاهای پرستاری به بیمار و خانواده‌اش به صورت الف) نگرانی از واکنش بیمار، ب) نگرانی از واکنش مدیران بلافاصله، ج) نگرانی از موقعیت شغلی، د) تجارب منفی از برخوردهای قبلی با گزارش و اظهار خطا به بیمار به دست آمد. هر کدام از طبقات اصلی حاوی طبقات فرعی دیگری نیز بودند که ذیلاً به شرح آن پرداخته می‌شود.

نگرانی از واکنش بیمار: این تم دارای سه زیر طبقه «تغییر در کیفیت اعتماد و رابطه متقابل بیمار و پرستار»، «مضطرب شدن بیمار» و «شکایت بیمار به مراجع قانونی» بود. تغییر در کیفیت اعتماد و رابطه متقابل بیمار و پرستار یکی از مواردی است که تمامی مصاحبه‌شوندگان از دو رده پرستاری بر آن تأکید داشتند، زیرا در روند مراقبت از بیمار از اهمیت زیادی برخوردار است. تجارب مثبت و منفی در این زمینه گزارش گردید. برخی موارد مثبت مطرح شده عبارت بودند از دلسوز و مهربان بودن، حفظ احترام بیمار، رعایت صداقت نسبت به بیمار، اعتماد به پرستار از سوی بیمار (قبول داشتن پرستار)، برخی از موارد منفی نیز شامل

بیمار، تلاش در جهت تصحیح صدمه وارد شده، حمایت بیمار از پرستار مرتکب اشتباه شده، پاسخ دادن به سوالات بیمار و خانواده وی بود. به عنوان نمونه، تجربه یکی از پرستاران نشان از اظهار خطا به خانواده بیمار با روش مناسب، و گذشت خانواده و دست کشیدن از دادخواهی دارد:

«در بخش ما مریض آماده رفتن به اتاق عمل بود. پرونده او را چک کردم، دیدم آزمایشات روتین نداره مجبور شدم روتین‌ها رو براش چک کنم. نوبت عمل او هم کنسل و ۳ روز عقب افتاد. خب این یک اشتباه بود. بیمار و همراه او خیلی عصبی و معترض شدند. داد و فریاد راه انداختند. دنبال شکایت به رییس بیمارستان بودند که ما در یک جلسه یک ساعته با اونها صحبت کردیم. براشون توضیح دادیم که چرا این اشتباه پیش اومده. توضیح دادیم که حالا اگه بدون جواب آزمایشات به اتاق عمل می‌رفت چه مشکلاتی براش پیش می‌آمد، هم‌دردی با اونها کردیم. حتی معذرت‌خواهی کردیم، اونها هم دلایل ما رو پذیرفتند، آرام شدند و دست از شکایت برداشتند.»

مواردی نیز نشان‌دهنده عدم اطلاع‌رسانی و یا اطلاع‌رسانی نامناسب به بیمار در مورد خطای رخ داده، همچنین فراهم نبودن بستر مناسب اعتماد فی‌مابین پرستار و بیمار، و در نتیجه شکایت بیمار از پرستار و یا سایر ارایه‌کنندگان خدمات سلامت و یا سوء استفاده بیمار و خانواده‌اش به خاطر اخذ دیه در برابر اشتباه به وقوع پیوسته بود. به عنوان مثال تجربه یکی از پرستاران عبارتست از:

«در بخش ما بیمار نابینا از تخت افتاد، شکستگی پیدا کرد که ترمیم شد و از بیمارستان مرخص شد. ۳ ماه بعد در منزلش به دلایل دیگه فوت کرد. ولی خانواده بیمار گفتند به خاطر افتادن از تخت و شکستگی و عواقب اون فوت کرده، پرستار مسؤول بیمار هنوز در حال رفت و آمد به دادگاه است که در حدود ۴۰ میلیون دیه از او گرفتند.» تجربه مشارکت‌کننده بعدی به این قرار است:

«مریض دستور میله کنار تخت داشت. همراه مریض خانم میانسالی بود، که میله کنار تخت مریض رو پایین کشیده بود و بدون اطلاع دادن به پرستاران می‌خواست مریض رو از تخت پایین بیاره که سر مریض به لبه تخت گیر کرد، سرش شکست و فرستادنش CT. سپس براش بخیه زدند. ملاقاتی به ما اعتراض کرد و گفت شما مقصّر هستید. با مریض‌های

نامناسب بودن کیفیت ارتباط و برخورد سرد با بیمار و خانواده‌اش، عدم توانایی در جلب اعتماد بیمار. نقل قول مشارکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی این موضوع را تأیید می‌کند. یکی از پرستاران می‌گوید:

«طرز بیان خیلی مهمه. مثلاً مواردی پیش آمده که بیمار متوجه شده قرص اشتباهی خورده، به او صحبت شده، دلیل اشتباه براش گفته شده و توضیح داده شده که این قرص اشتباهی خوشبختانه عوارضی نداره. همدردی با او شده، حتی معذرت از او خواسته شده. او هم پذیرفته.» تجربه مشارکت‌کننده دیگری حاکی از ایجاد اضطراب در بیمار، عصبانیت و سلب اعتماد بیمار پس از مطلع شدن از اشتباه پرسنل است:

به نظر من گفتن بعضی اشتباهات هیچی رو حل نمی‌کنه فقط هم باعث نگرانی و دلشوره مریض می‌شه، هم عصبانیش می‌کنه. آنتی‌بیوتیک مریض قطع شده بود کارت دارویی اونو بر نداشته بودن. من متوجه نشدم، اشتباهها به مریض تزریق کردم. مریض مطلع شد، آرامششو از دست داد، همش فکر می‌کرد الان براش اتفاقی میوفته و فریاد راه انداخت. هر چی معذرت خواستم فایده نداشت. تا آخرین روزی هم که تو بخش بود به سرپرستار گفت کارای من رو به این پرستار نسپار.

در مورد نگرانی از شکایت بیمار به مراجع قانونی و سوء استفاده برخی از بیماران، گروهی از مشارکت‌کنندگان مواردی را همچون عصبانیت بیش از حد، پی‌گیری و شکایت بیمار و همراه او به مقامات مسؤول و مراجع قانونی، و حتی بزرگ جلوه دادن خطا و سوء استفاده جهت گرفتن دیه از سوی برخی از بیماران ذکر کردند. آن‌ها می‌گفتند که به دلایل مختلف مانند عدم درک بیمار، فرهنگ عدم همکاری و عدم بردباری در بیماران و حتی فرهنگ سوء استفاده برخی از بیماران، با موضوع اطلاع‌رسانی به بیمار درباره خطاهای مراقبت سلامت موافق نیستند و فرآیند آن را به اجرا نمی‌گذارند. این خرده طبقه نیز دارای تجربیات مثبت و تجربیات منفی بود. برخی از تجربیات مثبت شامل با حوصله برای بیمار توضیح دادن، فراهم بودن زمینه اعتماد فی‌مابین بیمار و ارایه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی، با رعایت اصول صحیح ارتباطات برای بیمار و / خانواده توضیح دادن، دلیل اشتباه را توضیح دادن، درک بیمار و خانواده‌اش، اظهار ندامت از اتفاق پیش آمده، معذرت‌خواهی، حمایت کردن از

پرسنل، نگاه تحقیرآمیز همکاران و پزشکان، سرزنش کردن جلوی دیگران، خدشه دار شدن شخصیت و حرمت انسانی اشاره شد. تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان نشان از بیش از حد زیر سؤال بردن فرد مرتکب اشتباه و برخورد بد و تحقیرآمیز با او و تجاوز به حریم انسانی و شخصیتی وی است:

«من خودم با عشق اوادم پرستاری چندین سال اورژانس بودم عاشق کارم بودم ولی حالا بعد از ۱۵ سال فکر می‌کنم که از کارم متنفرم، به خاطر برخوردهای بدی که با من و با همکارام شده. کوچک‌ترین اشتباه در کار ما پرستاران آنچنان بزرگ می‌کنند، آبرو برامون نمی‌گذارند، با فردی که دچار اشتباه در کارش شده مثل یک مجرم بر خورد می‌کنند. همه چیز شو زیر سؤال می‌برند، آن چنان تحقیرش می‌کنن، آنچنان با شخصیتش بازی می‌کنن، آنچنان حیثیت کاریشو زیر سؤال می‌برند که دیگه اعتماد به نفس براش نمی‌مونه، دیگه سر نمی‌تونه بالا کنه».

در نگرانی از مجازات‌های شغلی نیز مواردی مانند همیشه با تهدید مواجه بودن، ترس از اخراج از کار، ترس از آینده شغلی، خدشه‌دار شدن پرونده‌مان به وسیله توییح کتبی، تعویض بخش محل کار بدون در نظر گرفتن علایق شخصی‌مان مطرح گردید. بیانات یکی از مشارکت‌کنندگان که مورد توافق اکثر پرستاران بود، حاکی از نگرانی‌های مختلف از مجازات شغلی است:

«ما به عینه دیدیم با کسی که در کار با بیمار خطایی کرده و صادقانه خطاشو گفته برخورد تند افراطی و قانونی می‌کنن. دیدیم اخطار تو پروندش گذاشتند، دیدیم به عنوان تنبیه، محل کارشو جابجا کردند، دیدیم حتی پستش ازش گرفته شده.» یکی از پرستاران می‌گوید:

«این روزها کار گیر آوردن خیلی سخته. اگه این جور باشه که ما به خاطر بی‌تجربگی اشتباه کنیم و بعد به خاطر اشتباه کارمونو از دست بدیم، ظلم هست. من نمی‌گم اشتباه کردن درسته، نه نباید اشتباه تو کارمون باشه. ولی اگر اشتباه کردیم هم نباید بهمون ظلم بشه».

مواردی مانند بریدن دبه، انفعال خدمت و قطع حقوق، و درگیر شدن با فرآیند بیان خطا به بیمار مساوی با بازماندن از کار و زندگی، نشان از نگرانی پرستاران از دردرس ساز بودن اظهار خطا و ضررهای اقتصادی بود. به عنوان مثال نقل قول یکی از مشارکت‌کنندگان این موضوع را تأیید می‌کند:

کنار دست بیمارش هم که شاهد بودند صحبت کرده بود و به آن‌ها گفته بود اگه من شکایت کردم، شما نگید که خودم میله کنار تخت رو کشیدم پایین. در صورتی که خودش این کار رو کرده بود!»

نگرانی از واکنش مدیران بلافاصله: این تم دارای دو زیرطبقه «آستانه تحمل محدود مدیر و بزرگ جلوه دادن خطا» و «عدم حمایت مدیر» بود. درباره آستانه تحمل محدود خطاها توسط مدیر و بزرگ نمایی خطا مواردی از قبیل به کارهای خوب ما توجه نکردن، فقط کارهای اشتباه را دیدن و فوکوس کردن بر روی اشتباهات، زود از کوره در رفتن، بزرگ کردن اشتباهات، سرکوفت زدن مطرح شد. به عنوان مثال تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان که مبین تجربیات بسیاری از شرکت‌کنندگان بود حاکی از عدم حمایت مدیر، بزرگ جلوه دادن خطا و آشکارسازی آن برای سایر همکاران است:

«یکی از عواملی که باعث می‌شه ما اشتباهات رو نگیم اینه که مسؤولین ما سعی کردند کوچک‌ترین اشتباهات ما رو ببینن و اونارو بزرگ و چوب کنن و به سر ما بزنن. این باعث می‌شه که اگه اشکالی پیش بیاد، اون مسأله رو نگیم».

تجربه شرکت‌کننده بعدی حاکی از واکنش نامناسب مدیر و عدم حمایت از گزارش‌کننده خطا است:

«بیمار در شیفت من ساعت ۹ شب انما گرفت، برا دستشویی رفتن حول شده بود، خودش از تخت خورده بود. زمین و سرش شکست. اوادم بالا سر بیمار، بلندش کردم. سطح هوشیاری اونو چک کردم. پزشک رو صدا کردم. فرستادیمش CT. تا صبح سطح هوشیاری اونو چک کردیم. عین واقعیت رو گزارش کردیم. سپس سرپرستار بخش جلوی دیگران با من برخورد خیلی تند کرد. و به دفتر پرستاری هم نوشت که خانم X در فلان شیفت بی‌توجهی کرد و بیمار از تخت افتاد و دچار مشکل شد. این گزارش در پرونده من درج شد. منو خواستن و ... شما ببینید چه اثر منفی بر روحیه من گذاشت؟ با خودم فکر کردم که اگر باز هم این اتفاق بیفته من باید گزارش کنم؟!»

نگرانی از موقعیت شغلی: این تم نیز دارای سه زیر طبقه «آبرو و حیثیت حرفه‌ای و اجتماعی»، «مجازات‌های شغلی»، «دردرس ساز بودن و ضررهای اقتصادی» بود. در راستای آبرو و حیثیت شغلی در جلسات فوکوس گروه به مواردی مانند همه چیز ما زیر سؤال بردن، برخورد بد

کرد. سپس یک پزشک آشنا پیدا کردیم، از طریق پزشکی قانونی پیگیری کرد، دیدند فوت مریض به این علت نبوده! ولی برا پرستار دیه بریدند. از پرستار پرسیدیم تو بیمه‌ای؟ گفت: نه! من ۶ ماهه که اومدم سر کار. فکر می‌کنید این پرستار جوان طرحی با چه استرسی مواجه بود؟ علاوه بر پزشک، تمامی پرسنل بر علیه او جبهه گرفتند و گفتند تو این کار رو کردی!! رزیدنت‌ها در برابر تمامی پرسنل جبهه گرفتند. شما فکر می‌کنید این پرستار فردا با چه روحیه‌ای بیاد شیفت بده؟! چطور کارهای شیفتش رو انجام بده؟! هیچ حمایتی از پرستار انجام نمی‌شه! پزشکان خودشونو برتر می‌دونن. حرفشون ارجح است. چه جوری ما ثابت می‌کردیم؟! حرف ما کجا خریدار داشت؟؟. خب معلومه که این برخوردها باعث می‌شه حتی المقدور خطاهامون نگیم، مگه مجبور به گفتن بشیم.»

نقل قول پرستار بعدی حاکی از تجربه منفی قبلی از مدیر است: «من بارها شاهد بودم پزشکان مرتکب خطا شدند، ولی استادشون حمایت کردند و خطاشون پوشیده شده، حتی در سرپوش گذاشتن رو خطاهاشون خود ما هم کمک کردیم، ولی در مورد پرستاران این‌طور نیست. هیچ حمایتی ندیدیم. بارها دیدیم که حتی سرپرستار هم حمایت نکرده. این‌طور نبوده که به سرپرستار بگیم موضوع به درستی پیگیری و حل بشه. همین موضوع باعث شده که خطاهامونو نه به بیمار بگیم و نه در گزارش بنویسیم. چون هر وقت این کار کردیم، توبیخ شدیم. متأسفانه حمایت وجود نداره!! تجربه مشارکت‌کننده بعدی:

«فردی یک شیفت عصر و شب با ۴ مریض خیلی بدحال، ۲ مریض نیازمند به مراقبت ویژه، یک مریض با ادم شدید و خلاصه بخش وحشتناکی داشت. حالا یک مریض که باید امروز می‌رفته اتاق عمل shave نشده بود! آیا این وحشتناک‌ترین چیز دنیاست؟! اگه بدونید با این خانم چنان رفتاری کردند که نگو و نپرس!! به جای این که با این شیفت شلوغ به او بگن خسته نباشی. تا این که دفعه بعد که برا شیفت می‌یاد با رضایت و خوشحالی بیاد.»

بحث

هدف از این مطالعه توصیف نگرانی‌های پرستاران از اظهار خطاهای پرستاری بود. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش چهار تم اصلی «نگرانی از واکنش بیمار و /

«مگه چقدر حقوق می‌گیرم که به خاطر گفتن اشتباه تو روند رفت و آمد به اتاق این مسؤؤل و اون مسؤؤل و یا رفتن به دادگاه و ... قرار بگیریم و نتونیم زندگی کنیم، نتونیم شیفت اضافه بگیریم. مگه چقدر پول به من می‌دند؟ من این کار رو نمی‌کنم، در دسر اضافی برا خودم درست نمی‌کنم به اندازه حقوقم کار می‌کنم. به جای این درد سرای اضافی برا بیمار کار می‌کنیم.»

تجارب منفی از برخوردهای قبلی با گزارش و اظهار خطا به بیمار: این تم دارای دو زیر طبقه «برخورد منفی قبلی پزشکان و همکاران» و «واکنش نامناسب قبلی مدیران» در برابر فرد مرتکب خطا بود. برخی از موارد در رابطه با تجارب مشارکت‌کنندگان درباره واکنش و برخورد قبلی پزشکان با گزارش و یا اظهار خطا به بیمار شامل شانه خالی کردن پزشک در پاسخگویی به بیمار و مسؤؤلین، عدم حمایت پزشک از پرستار مرتکب اشتباه، تحریک بیمار به منظور پی‌گیری شکایت از پرستار بود. برخی موارد در رابطه با تجارب پرستاران درباره واکنش نامناسب قبلی همکاران در برابر فرد مرتکب و گزارش‌کننده خطا شامل جبهه‌گیری همکاران، طرد کردن، نگاه بد و متشنج نمودن اعصاب فرد مرتکب خطا بود. مواردی مانند اظهارهای چپ و راست شفاهی و کتبی مدیران به افراد مرتکب خطا، عدم حمایت مدیر از افراد مرتکب خطا، سرزنش کردن، عدم توجه مدیر به سایر دلایل ایجاد خطا، و شرم‌نامه و بیش از حد و بدون در نظر گرفتن شدت خطا مقصّر نمودن فرد مرتکب خطا، حاکی از واکنش نامتناسب قبلی مدیران (نسبت به شدت خطا) در برابر فرد مرتکب خطا بود. به عنوان مثال یکی از پرستاران تجاربی را درباره واکنش منفی پزشکان و همکاران نقل می‌کند:

«در بخش اورژانس دست مریض به دنبال دریافت آنتی‌بیوتیک از راه IV سیاه شد و کارش به قطع عضو رسید و بعد از یک ماه فوت شد. مریض مشکل عروق داشته ولی نگفته بوده. افتاد گردن پرستار. پزشکان گفتند دارو تو شریان زده شده. هر چقدر ما گفتیم بیمار آنتی‌بیوتیک‌ها رو از طریق میکروست می‌گرفته و اگر ما آنژیوکت رو تو شریان بزنیم خون برمی‌گرده و متوجه می‌شیم. این‌طور نبوده. پزشکان گفتند نه شما آنژیوکت مریض رو هپارین لاک کردید و دارو رو با فرس دادید، این‌جوری شده. حالا از این پرستار طرحی چه کسی حمایت می‌کنه؟ پزشک، خانواده رو تشویق به شکایت

خانواده او»، «نگرانی از واکنش مدیران بلافصل»، «نگرانی از موقعیت شغلی» و «تجارب منفی از برخوردهای قبلی با فرد مرتکب و گزارش‌کننده خطا» را به عنوان نگرانی‌های مرتبط با اظهار خطا به بیمار مطرح نمودند.

ارایه‌کنندگان مراقبت سلامت به دنبال ارتکاب خطا هم به دلیل نگرانی درباره سلامت و ایمنی بیمار و هم به خاطر ترس از مقررات و قوانین، احساس گناه، نگرانی و افسردگی می‌نمایند و هر چند بسیاری از پرستاران مسؤلیت خطا را پذیرفته و خود را به خاطر پیامدهای جدی خطا سرزنش می‌کنند (۱۶)، اما به دلیل اثرات منفی آشکارسازی از اظهار آن به بیمار و یا گزارش خطا ترسیده و ممانعت می‌ورزند زیرا متخصصانی که ریسک آشکارسازی خطا را می‌پذیرند از سوی همکاران، مدیران، بیماران و عموم با دید منفی نگریسته می‌شوند (۳۸-۴۱). مطالعه حاضر قصد کشف نگرانی‌های پرستاران ایران از آشکارسازی خطا را داشت و نشان داد که اکثریت آن‌ها از واکنش بیماران و خانواده‌هایشان پس از اظهار خطا به آن‌ها نگرانند. بیشتر پرستاران بر این باور هستند که پایه مراقبت بر ارتباط اطمینان بخش استوار است. بی‌ایجاد رابطه اطمینان بخش، مراقبت نتیجه خود را از دست می‌دهد (۴۲) تغییر در کیفیت ارتباط بیمار و خانواده‌اش با پرستار و سایر اعضای تیم مراقبت یکی از نگرانی‌های عمده اکثریت شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر است که آن‌ها را از اظهار خطا به بیمار باز می‌داشت. آن‌ها اعتقاد داشتند که گفتن خطا به بیمار و خانواده‌اش نه تنها موجب خدشه دار شدن کیفیت ارتباط بیمار با پرستار مرتکب خطا، بلکه باعث سلب اعتماد بیمار و خانواده‌اش از سایر اعضای تیم مراقبت و به طور کلی از سیستم خدمات سلامت می‌گردد. و در این صورت انجام مراقبت و درمان کاری دشوار می‌شود. البته گروهی از شرکت‌کنندگان در مطالعه هم اعتقاد داشتند که صداقت و راستگویی لازمه ارتباط اطمینان بخش فی‌مابین بیمار و پرستار است و گفتن خطا به بیمار نشان از وجود ویژگی صداقت در پرستار است که خود منجر به استحکام روابط بیمار با پرستار می‌گردد. هر چند شرکت‌کنندگان در این پژوهش، مضطرب و ناراحت شدن بیمار به دلیل مطلع کردن او از خطا را به صورت یک نگرانی درک کرده بودند، ولیکن شواهد دیگر نشان‌دهنده این واقعیت است که اگر اطلاعات مرتبط با

خطا همراه با دلسوزی و همدردی و به طور صادقانه با بیمار در میان گذاشته شود منجر به افزایش اضطراب و ناراحتی بیمار نمی‌گردد (۲). شکایت بیمار به مراجع قانونی و حتی سوء استفاده برخی از بیماران و خانواده‌هایشان، از دیگر نگرانی‌های درک شده توسط مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر بود که مانع از اظهار خطا می‌گردید. نگرانی از سوء استفاده برخی از بیماران و خانواده‌هایشان که در قالب جملاتی مانند «در این مواقع بعضی از بیماران و یا خانواده‌ها بیشتر به دنبال گرفتن دیه هستند و اصلاً برای همین موضوع شکایت می‌کنند» مطرح می‌گردید از یافته‌های مختص این مطالعه بود و در مطالعات دیگر کشورها موارد مشابه و یا مخالف یافت نشد، اما نتایج مطالعه جعفریان و همکاران در تهران نشان می‌دهد که یک چهارم موارد از شکایات بیماران مرتبط با مسایل مالی و پول زیادی گرفتن از بیمار بوده است. پژوهشگران حذف رابطه مستقیم مالی میان پزشک و بیمار را راه‌کاری مؤثر برای کاهش تنش بین پزشک و بیمار دانسته‌اند (۴۳). موضوع شکایت برخی از بیماران برای گرفتن دیه شاید به فقر فرهنگی آن‌ها مربوط باشد و البته علت‌یابی آن به مطالعات عمیق‌تری نیاز دارد. هر چند برخی مطالعات هم سو با نتایج مطالعه حاضر نشان داده‌اند که ترس از خدشه دار شدن روابط ارایه‌کننده خدمات سلامت با بیمار و سلب اعتماد بیمار از ارایه‌کننده مراقبت و سیستم خدمات سلامت از موانع آشکارسازی خطا می‌باشد (۱۶ و ۳۰) و دیگر مطالعات نیز روند رو به تزاید شکایات بیماران را در سایر کشورها و حتی در ایران نشان داده‌اند (۴۳) و نیز گزارش کردند که ترس از واکنش‌های منفی بیمار و پیگیری‌های قانونی و دادخواهی توسط او مانع از آشکارسازی و گزارش خطا شده است (۲۳، ۴۰، ۴۱ و ۴۴) با این وجود به نظر نمی‌رسد که سرپوش گذاشتن بر خطاهای پرستاری و عدم گزارش و اظهار آن به بیماران و خانواده‌هایشان راه حلی مناسب و راه‌گشا باشد که این که دیگر مطالعات نشان داده‌اند که بیماران برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درمان خود و به دلیل این که خطاها از آن‌ها مخفی شده است (۴۵) و یا درصدی از آن‌ها با این ذهنیت که ارایه‌کننده مراقبت سلامت صادق و راستگو نبوده و خطاها را از دید آن‌ها پوشانده اقدام به دادخواهی حقوقی و شکایت نموده‌اند (۴۶). بنابراین به نظر می‌رسد که وجود رابطه مستحکم و با اعتماد بالای

فی‌مابین ارایه‌کننده مراقبت سلامت با بیمار (۳۰) و نحوه برخورد با بیمار و یا کیفیت گفتگو با بیمار و چگونگی در میان گذاشتن خطا با او در پذیرش خطا از سوی بیمار و کاهش دلخوری‌اش مؤثر است (۴۱) و آشکارسازی خطا به روش صحیح می‌تواند رضایت، اعتماد و واکنش احساسی مثبت بیمار را به دنبال داشته باشد (۱۶).

در مورد نگرانی از واکنش مدیران بلافاصله ذکر این نکته ضروری است که حمایت مدیران پرستاری از پرستار باعث تقویت کارکنان و ارتقای اثربخشی آنان می‌گردد. برعکس احساس بی‌پناهی و فقدان حمایت از سوی مدیران پرستاری و نظام سلامت می‌تواند باعث کاهش کیفیت مراقبت از بیمار گردد (۴۷). مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر نگرانی از عدم تحمل و یا تحمل محدود مدیر نسبت به خطا و بزرگ جلوه دادن آن و نیز عدم حمایت مدیر را به گونه‌ای درک کرده بودند که مانع از اظهار خطا به بیمار می‌گردید. این در حالیست که دیگر مطالعات نشان داده‌اند که دسترسی بیشتر پرستاران به انواع حمایت‌های مدیریتی موجب تقویت احساس توانمندی در ارایه مراقبت در آن‌ها می‌گردد (۴۷) و البته مطالعات دیگر هم سو با مطالعه حاضر موانع مدیریتی و ترس از واکنش منفی مدیر (۳۶، ۴۸) و ضعف در تناسب واکنش مدیر با شدت خطاهای به وقوع پیوسته (۴۹ و ۵۰) را از دلایل عدم آشکارسازی و گزارش خطاهای مراقبت سلامت عنوان نموده‌اند. هر چند به منظور کشف دلایل واکنش‌های بیش از حد منفی و نامناسب مدیران نسبت به خطاهای کاری پرسنل نیاز به مطالعات تکمیلی بعدی می‌باشد، اما اطلاعات ناکافی آن‌ها در زمینه دلایل خطاهای کاری، منافع آشکارسازی و گزارش خطاها و نقش آن‌ها در پیشگیری از خطاهای بعدی می‌تواند از فاکتورهای اصلی این گونه واکنش‌ها محسوب گردد و به نظر می‌رسد که افزایش آگاهی مدیران درباره موارد ذکر شده، آن‌ها را در فراهم‌سازی فضای باز و بسترسازی مناسب برای گفت و گوی شفاف و صادقانه بین پرسنل مرتکب خطا و مدیر کمک نماید. و در صورت تقویت ارتباطات حرفه‌ای فی‌مابین مدیران و پرسنل پرستاری، مبادله اطلاعات مرتبط با خطا جای خود را به مخفی‌سازی و لاپوشانی خطاها خواهد داد و به دنبال آن افزایش ایمنی و سلامت بیمار حاصل خواهد شد (۱۶).

مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر هنگام آشکارسازی خطا از خدشه‌دار شدن آبرو و حیثیت شغلی‌شان و از دست دادن احترام و اعتماد در بین همکاران نگران بوده و ترس داشتند. سایر مطالعات نیز نشان داده‌اند که ترس از آبرو و حیثیت شغلی، مورد سرزنش قرار گرفتن و خوردن برچسب بی‌کفایتی از سوی همکاران (۱۶، ۲۳ و ۵۱)، مورد سرزنش قرار گرفتن از سوی پزشک (۴۹، ۵۰ و ۵۲) و واکنش‌های روانی و ادراکات ارایه‌کنندگان مراقبت سلامت درباره خطاهای کاری مانند عصبانیت از همکار و ایجاد شرمندگی در فرد مرتکب خطا (۱۰) و سایر واکنش‌های منفی همکاران مانع از اظهار خطا شده و لاپوشانی آن را تقویت می‌نماید. نگرانی و ترس از پی‌گردهای قانونی و تهدیدات شغلی (۱۶ و ۳۰)، نگرانی از دردر ساز بودن آشکارسازی و گزارش خطا و تولید کار اضافی متعاقب آن (۱۶) و ترس از ضررهای اقتصادی (۱۶ و ۳۰) مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر را همانند سایرین در دیگر مطالعات از اظهار خطا به بیمار و گزارش آن باز می‌داشت. به منظور فایق آمدن بر این موانع شاید لازم باشد که به خطاهای پرستاری به عنوان جزء لاینفک از فعالیت‌های حرفه‌ای و نیز به عنوان یک رخ داد چند عاملی نگریسته شود و در هنگام وقوع آن‌ها بیشتر به دنبال علت‌یابی و رفع علت‌ها باشیم تا شناسایی مقصر و مجازات او (۱۰ و ۵۳).

شرکت‌کنندگان در این پژوهش برخوردهای قبلی مدیران، پزشکان و همکاران با فرد مرتکب خطا را نیز به گونه‌ای درک کرده بودند که در تصمیم‌گیری آنان نسبت به اظهار خطا یا عدم اظهار آن به بیمار تأثیر گذار بود. به این معنی که اگر در محیط کار شاهد برخوردهای تند و نامناسب قبلی مدیران، پزشکان و همکاران و یا شاهد شانه خالی کردن پزشک و یا مدیر در پاسخگویی به بیماران و یا مسؤولین بوده‌اند و یا عدم حمایت آن‌ها از فرد مرتکب خطا را تجربه کرده بودند، از اظهار و آشکارسازی خطا ممانعت می‌ورزیدند. به این ترتیب تجارب منفی قبلی مدیران، پزشکان و همکاران به عنوان یک نگرانی و عامل بازدارنده آشکارسازی بین مشارکت‌کنندگان مطرح بود (۳۰، ۴۹، ۵۰ و ۵۲).

ویژگی‌ها و نگرش فردی مشارکت‌کنندگان مشخصاً در تصمیم آنان به آشکارسازی و یا عدم آشکارسازی خطاهای حرفه‌ای دخالت دارد (۳۰). به طور سنتی وقتی که

نتیجه‌گیری

با توجه به تأثیر انکارناپذیر «اظهار خطا به بیمار» بر کاهش وقوع آن در آینده و ارتقای فرهنگ ایمنی سازمان و افزایش مراقبت ایمن از بیمار، شایسته است سیاست‌گذاران نظام سلامت با شناخت بیشتر از موانع آشکارسازی خطا و تعدیل آن‌ها زمینه را برای این اقدام مهم مراقبتی فراهم نمایند. لازم است مسؤولین پرستاری استراتژی‌هایی جهت رفع موانع و یا کاهش آن‌ها به کار بندند از جمله آموزش فراگیر اصول اخلاق پرستاری به منظور تحقق استحکام اعتماد و ارتباط فی‌مابین پرستار و بیمار، همچنین آموزش فراگیر به منظور افزایش دانش پرسنل پرستاری در خصوص انواع خطاهای کاری و نحوه مدیریت آن‌ها، به علاوه آموزش به مدیران به منظور از بین بردن و یا به حداقل رساندن نگرانی‌های مختلف در پرسنل، و جایگزین نمودن فرهنگ تنبیه و سرزنش با فرهنگ ایمنی به گونه‌ای که از خطاها به عنوان وسیله آموزش پرسنل به منظور پیشگیری از وقوع مجدد استفاده شود و نه تنبیه فرد اظهارکننده خطا. نکته مهم دیگر این که ضروری است مقررات و یا خطوط راهنمای آشکارسازی خطا به عنوان یک منبع حمایت از حقوق بیمار تدوین گردد و مؤلفه‌های آشکارسازی خطا به طور واضح و شفاف در آن تبیین گردد. از جمله فرد گوینده (مدیر، پزشک، یا پرستار؟) و شنونده (بیمار و / خانواده‌اش؟) و این که چه خطایی باید گفته شود (کدام خطا و با چه میزان صدمه؟) به طور واضح و شفاف در آن تبیین گشته و به اجرا گذاشته شود. و این نکته نیز حایز اهمیت است که در تدوین و به‌کارگیری این مقررات همواره موضوع تغییر فرهنگ سازمان به یک سیستم باز ارتباطات، گفتگوی صادقانه، و سرزنش نکردن افراد به عنوان یک اصل مدّ نظر قرار گیرد تا از این طریق، ارتقای مراقبت ایمن از بیمار حاصل شود.

شکر و قدردانی

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران تحت عنوان «ساخت یک مدل مفهومی از فاش‌سازی خطاهای پرستاری در سال ۱۳۷۸» با ک ۷۲۶۸ می‌باشد که با حمایت این دانشگاه انجام شده است. بدین‌وسیله مراتب قدردانی و تشکر خود را از دانشگاه و مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی دانشگاه اعلام می‌نمایم.

یک خطای حرفه‌ای آسیب‌رسان رخ می‌دهد حس‌های فراوان از جمله احساس پشیمانی، گناه، ندامت، خجالت و شرم در فرد مرتکب خطا به وجود آمده و او را می‌رنجانند (۵۴ و ۱۰). وجود این گونه احساسات و ترس‌های متفاوت در او مانع از اظهار خطا به بیمار می‌شود (۵۴). به علاوه آموزش ناکافی پرستاران و در نتیجه احساس کاهش توانمندی در خصوص نحوه مواجهه با خطاهای کاری و مدیریت آن‌ها از دیگر مواردی است که بر تصمیم شرکت‌کنندگان در این مطالعه همانند دیگر مطالعات بر آشکارسازی خطاهای کاری اثر منفی گذاشته و مانع آشکارسازی شده است (۳۰). در مطالعات دیگر نیز از عدم شناخت نسبت به خطا که می‌تواند شاخصی از آموزش ناکافی پرسنل باشد به عنوان مانع آشکارسازی خطا یاد شده است (۵۲ و ۴۹، ۳۶). ولیکن مطرح نبودن موضوع آشکارسازی خطا به عنوان یکی از جنبه‌های مراقبت از بیمار، و به ویژه نبود مقررات مرتبط با آن در سازمان از یافته‌های منحصر به این مطالعه بود که بر اساس جستجوی انجام شده در سایر مطالعات یافت نشد. این در حالی است که دیگر مطالعات نشان می‌دهند که در دیگر کشورها این گونه قوانین و مقررات تدوین و به اجرا گذاشته شده است (۵۵ و ۳۰، ۱۳) و در برخی سیستم‌ها، مقررات آشکارسازی شامل گزارش جزئیات حادثه به بیمار، بیان ندامت از سوی سیستم، و تعیین اقدامات اصلاحی می‌باشد (۳۰) و در جاهای دیگر قانون بخشودگی و اغماض در مورد گزارش‌کننده خطا را به قوانین فوق اضافه کرده‌اند (۵۶).

یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که اکثریت پرستاران «اظهار خطا به بیمار» را از حقوق وی می‌دانند ولیکن نگرانی‌های زیادی آنان را از آشکارسازی خطا باز می‌دارد. هر چند دلایل مختلفی از جمله مسؤولیت‌های قانونی، مضطرب و ناراحت کردن بیمار، کاهش اعتبار و اعتماد حرفه‌ای و اجتماعی، ترس درباره از دست دادن شغل و ... به عنوان دلایل ضعف در اظهار خطا به بیمار ذکر شده است اما هیچ کدام از این دلایل عدم آشکارسازی را توجیه نمی‌کند (۲) و لازم است سازمان‌ها در جهت رفع موانع آن بکوشند. از آنجایی که وجود مقررات یا خطوط راهنمای آشکارسازی برای سازمان‌ها مفید است و موجب می‌گردد تا از واکنش و اقدامات فردی و سلیقه‌ای بکاهد و آرایه‌کنندگان خدمات سلامت را یادآور و تشویق به آشکارسازی می‌نماید (۵۷) لازم است در کشور ما نیز تدوین و به اجراگذاری این نوع مقررات مورد توجه سیاست‌گذاران نظام سلامت واقع گردد.

منابع

- 1 - From QCC, The Quality Care Committee of The AAPA. Disclosure of Medical Errors: The right thing to do. Available on: <http://www.Jaapa.com /disclosure-of-medical-errors-the-right-thing-to-do/print article/...> access on: 12/29/2010
- 2 - Edwin A K, Non – Disclosure of Medical Error an Egregious Violation of Ethical principles. Ghana Medical Journal. 2009; 43(1): 34-39.
- 3 - Valentine A, Capuzzo M, Guidet B, et al; on behalf on the research group on quality improvement of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) and the Sentinal Events Evaluation (SEE) Study Investigators. Errors in administration of parenteral drugs in Intensive Care Units: Multinational Prospective Study. BMJ. 2009; 338:b814.
- 4 - Robin Chard. How perioperative Nurses Define, Attribute Causes of, and React to Intraoperative Nursing Errors. AORN Journal. 2010; 91(1): 132-145.
- 5 - Anonymous. Nursing Error Lawyer. Nursing Error Lawyer: Available at: <http://www.jamesphowe.com/medical%20malpractice%20%20Nursing%20Error.html> (Accessed: 2008/05/28)
- 6 - Asghari F, Yavari N. Medical Error Disclosure. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders 2006; pp: 25-36.
- 7 - 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.
- 8 - 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.
- 9 - Kouhestani H R, Baghcheghi N. Investigation medication errors of nursing students in cardiac care unite. Scientific Journal of Forensic Medicine 2008; 13(48): 249-255.
- 10 - Hashemi F. Ethical response to nursing error. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2008; 1(4): 31-45.
- 11 - Burroughs TE, Waterman AD, Gallagher TH, et al. Patient's concerns about medical errors during hospitalization. J Qual Patient Safety. 2007; 33(1):5-14.
- 12 - Burroughs TE, Waterman AD, Gallagher TH, et al. Patient concerns about medical errors in emergency departments. Acad Emerg Med. 2005; 12(1): 57-64.
- 13 - Gallagher TH, Lucas MH. Should we disclose harmful medical errors to patients? If so, how? J Clin Outcomes Manag. 2005; 12(5): 253-9.
- 14 - Wendy Levinson MD, Thomas H, Gallagher MD. Disclosing Medical Errors to Patients: A Status Reprint in 2007. CMAJ. 2007; 177(3): 265-267.
- 15 - Corina I. Errors from the consumer's perspective: tragedy motivated one woman to take action. Am J Nurs 2005; 105(3 Suppl): 12-13.
- 16 - Wolf ZR, Hughes RG. Chapter 35. Error Reporting and disclosure. In: Patient Safety and Quality: An Evidence Based Handbook for Nurses. Rockville. MD: AHRQ publication N 008-0043; 2008, pp. 1-47. Available on: www.ahrq.gov/qual/nursesdbk/docs/wolfz_ERED.pdf
- 17 - Kaldjian LC, Jones EW, Rosenthal GE, et al. An empirically derived taxonomy of factors affecting physicians' willingness to disclose medical errors. J Gen Intern Med 2006; 21: 942-8.
- 18 - Mason DJ. To forgive, divine: it's time to drop the veil of secrecy about disclosing errors. Am J Nurs. 2005; 105(12): 11.
- 19 - Crigger Nancy J. Always having to say you're sorry: an ethical response to making mistakes in professional practice, nursing ethics. 2004; 11(6): 568-576.
- 20 - Hevia A, Hobgood C. Medical Error During Residency: To Tell or Not to Tell. Ann Emerg Med. 2003; 42: 565-570.
- 21 - Mazor KM, Simon SR, Yood RA, et al. Health plan members' views about disclosure of medical errors. Ann Intern Med. 2004; 140: 409-18.
- 22 - Hobgood C, Hevia A, Hinchey P. Profiles in Patient Safety: When An Error Occurs. Acad Emerg Med. 2004; 11(7): 166-70.
- 23 - Loren D J, Klein EJ, Garbutt J, Krouss MJ, Fraser V, Dunagan W C, Brownstein DR, Gallagher T H. Medical Error Disclosure among Pediatricians: choosing carefully what we might say to parents. ARCH PEDIATR ADOLESC MED. 2008; (162)(10): 922-927.
- 24 - Blendon RJ, Desroches CM, Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. N Engl J Med. 2002; 347(24): 1933-40.

- 25 - Wild D, Bradley EH. The gap between nurses and residents in a community hospital's error-reporting system. *JT Comm. J Qual Patient Saf.* 2005; 31(1): 13-20.
- 26 - Hobgood C, Weiner B, Tamayo-Sarver JH. Medical error identification, disclosure, and reporting: do emergency medicine provider groups differ? *Academic Emergency Medicine.* 2006 April; 13(4): 443-51.
- 27 - Hobgood C, Hevia A. Disclosing medical error: a professional standard. *Sem Med pract.* 2004; 7: 12-23.
- 28 - Banja JD. Iroblematic Medical Errors and Their Implications for disclosure. *HEC forum.* 2008; 20(3): 201-213.
- 29 - ACEP. Disclosure of Medical Errors. *Ann Emerg Med.* 2010; 56(1): 80.
- 30 - Fein Stephanie, Hilborne lee, et al., A conceptual model fro disclosure of medical errors, advances in patient safety: from research to implementation, vol 2. Concepts and methodology. Download from <http://www.nebi.nbi.nlm.nih.gov/books/bv.fegi2rid=afs.section.3684>
- 31 - Adibhajbagheri M, Parvizi S, Salsali M. *Qualitative Research.* 1st edition. Boshrapublishing Tehran 2007.
- 32 - Elder NC, Graham D, Sentinal Brandt E, et al. Barriers and motivators for making error reports from family medicine offices: a report from the American academy of family physicians national research networks (AAFP NRN), *J Am Board Fam Med.* 2007; 20(2): 115-23.
- 33 - Tany FI, S'heu SJ et al., nurses kelate the contributing factors involved in medication errors, *J clin Nurs.* 2007 Mar; 16(3): 447-57.
- 34 - OMNI. Toolkit for conducting focus groups. Translated by: Hashemi F, Mansouri P. Hazrat E Fatemeh (PBUH) College of Nursing and Midwifery Publication, Shiraz 2008.
- 35 - Anselmi ML, Feduzzi M. et al., errors in the administration of intravenous medication in Brzilian hospitals, *J Clin Nurse.* 2007 Oct; 16(10): 1839-47.
- 36 - Mayo AM, Duncan D. Nurse Perception of Medication Errors: What We Need to Know for patient safety. *J Nurs Care Qual.* 2004; 19(3): 209-17.
- 37 - Krippendorff KH. *Content analysis: an introduction to its methodology.* 2nd ed. London: Sage publications. 2003.
- 38 - Thurman AE. Institutional responses to medical mistakes: ethical and legal perspectives. *Kennedy Inst Ethics J* 2001; 11(2):147-56.
- 39 - Blumental D. Making medical errors into medical treasures *JAMA* 1994; 272: 1867-8.
- 40 - Hobgood C, Tamayo-Saver JH, Elms A, etal. Parental preferences for error disclosure, reporting, and legal action after medical error in the care of their children. *Pediatrics.* 2005; 116(6): 1276-86.
- 41 - Schwappach DL, Koeck CM. What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. *Int J Qual Health Care.* 2004; 16(4): 317-26.
- 42 - Tschudin V. *Ethics in Nursing: The Caring Relationship.* Elsevier science Limited; 2003.
- 43 - Jafarian A, Parsapoor A, Hajtarkhani A, Asghari F, Imami Razavi S H, Yalda A. A survey on the complaints registerd in Medical Council Organization of Tehran. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine.* 2009; 2(2): 67-74.
- 44 - Mello MM, Studdert DM, Brennan TA. The new medical malpractice crisis. *N Engl J Med.* 2003; 348(23): 2281-84.
- 45 - Kachalia A, Shojania KG, Hofer TP, et al. Does full disclosure of medical errors effect malpractice liability? The injury is still out. *Jt Common J Qual Safe.* 2003; 29(10): 503-11.
- 46 - Hickson GB, Clayton EW, Githens PB, Sloan FA. Factors that prompted Families to file medical malpractice claims following prenatal injuries. *JAMA.* 1992; 267(10).
- 47 - Adib-Hajbagheri M, Aminoroayaei Yamini E. Nurses perception of professional support. *Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences.* 2010; 14(2): 140-153.
- 48 - Blegen MA, Vaughn T, Pepper G, et al. Patient and staff safety: voluntary reporting. *Amer J Med Qual.* 2004; 19(2): 67-74.
- 49 - Wakefield DS, Wakefield BJ, Uden-Holman T, et al. Perceived barriers in reporting medications administration errors. *Best Pract Benchmarking Health.* 1996; 1(4): 191-7.
- 50 - Wakefield BJ, Uden-Holman T, Wakefield DS. Development and validation of the medication administration error reporting survey. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al., eds. *Advances in patient safety: from research to implementation: Vol. 4. Programs, tools, and products. Surveys.* AHRQ Publication No. 05-0021-4. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Feb. 2005. p. 475-88.

- 51 - Smith ML, Foster HP. Morally managing medical mistakes. *Camb Q Healthc Ethics*. 2000; 9: 38-53.
- 52 - Chiang H, Pepper GA. Barriers to nurses' reporting of medication administration errors in Taiwan. *J Nurs Sch*. 2006; 38(4): 392-9.
- 53 - Hashemi F, Shool A. Medication error and its ethical considerations: a case report. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2009; 2(2): 75-83.
- 54 - R.Tuohy N, L.Smetzer J. Chapter 20. Disclosing medication errors to patients and families. In *Medication errors* by: Richard Cohen M, 2007, pp: 551-560. Available at: http://www.Amazon.com/gp/search?index=books&link_code=qs&key_words=1582120927, Accessed: (2011/ Jan/ 13).
- 55 - Mimi Marcheu. Medical malpractice and medical error disclosure: Balancing facts and fears. *National Academy for State Health Policy*. 2003 Dec; 1-14.
- 56 - Flink E, Chevalier CL, Ruperto A, et al. Lessons learned from the evolution of mandatory adverse event reporting systems. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al., eds. *Advances in patient safety: from research to implementation: Vol. 3 Implementation issues*. Surveillance. AHRQ Publication No. 05-0021-3. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Feb. 2005. p. 135-51.
- 57 - Thurman AE. Institutional responses to medical mistakes: ethical and legal perspectives. *Kennedy Institute Ethics J*. 2001; 11(2): 147-56.

Nurses perceived worries from error disclosure: A qualitative study

Hashemi¹ F (MSc.) - Nikbakht Nasrabadi² A (Ph.D) - Asghari³ F (MD).

Introduction: Declaration of error is an important aspect of ethic and a necessity for care. It has some benefits for client, care givers and health institution. But always, many concerns prevent health care provider to perform this important and necessary intervention. This study was conducted to clarify these concerns from the perspective of the nurses.

Methods: This was a qualitative study. The study question was what is the experiences and perceptions of nurses about their worries regard to error declaration or what factors affect this concerns? Purposeful sampling was used. The data was gathered by semi-structured focus groups with 115 nurses of two major university of Iran. The data was explored and analyzed according to inductive content analysis.

Results: The data was classified in four groups, patient reaction related concerns, immediate manager reaction related concerns, job position related concerns and negative experiences from past error declaration incidences.

Conclusion: According to the undeniable effects of "declaration of error to the patient and/or the family" on increase of safe care and reduction of error incidents, health providing system must reduce the concerns of health care providers in this area and provide appropriate context (situation) for this important caring intervention. Along with that, the reasons and benefits of error declaration should be increase by purposeful education of care givers especially health care managers and it is necessary that rules and regulations (Terms) of error declaration impose (pass) and all health care agencies should be informed to run them. (They should be communicate to run)

Key words: Medical Errors, Health Services, Medication Errors/ethics, Nursing Staff, Hospital/ethics, Safety Management/ethics, Nursing/trends

1 - Lecturer, Shiraz University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Shiraz, Iran

2 - Corresponding author: Associate Professor, Tehran University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Tohid Sq., Tehran, Iran

e-mail: nikbakht@tums.ac.ir

3 - Assisstant Professor, Tehran University of Medical Sciences, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran, Iran