

گزارش خطای بیمارستانی توسط پرستاران

نرجس منجوقی^{۱*}، ابوالقاسم نوری^۲، حمیدرضا عربی^۳، نرجس فصیحی زاده^۱

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

رخ دادن خطا در بیمارستان‌ها امری رایج است و پرستاران، بالقوه شاهد این تخلفات بوده و می‌توانند با افشاگری مانع بروز مجدد آن شوند. به همین منظور، پژوهش حاضر به بررسی انواع خطاها، تخلفات و وضعیت‌های نامناسب موجود در حیطه‌ی پرستاری، مقایسه‌ی این خطاها در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی و نهایتاً واکنش افراد به این خطاها (افشاگری، عدم افشاگری) پرداخته است. نمونه‌ی این پژوهش شامل ۲۴۵ نفر بود که به صورت خوشه‌ای دومارحله‌ای از میان ۲۲۶۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های شهر اصفهان انتخاب شدند. در این پژوهش از فهرست وارسی تخلفات و خطاها و همچنین ملاک سنجش افشاگری McDonald استفاده شد. نتایج نشان داد که بین الگوی خطاها در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی و نیز راهبردهای مورد استفاده‌ی افراد افشاگر و غیر افشاگر هنگام مشاهده‌ی خطا، تخلف و وضعیت‌های نامناسب تفاوت معنی‌دار وجود دارد و ۶۲ درصد از پرستاران به هنگام مشاهده‌ی خطا افشاگری می‌کنند. شناسایی نوع تخلفات می‌تواند در کاهش آن توسط تصمیم‌گیران بهداشت و درمان مؤثر باشد و توجه و حساسیت بیش‌تر به این موضوع را برانگیزد. از سوی دیگر، با به حداقل رساندن موانع افشاگری، خطا و تخلفات سازمانی کاهش می‌یابد.

واژگان کلیدی: تخلفات سازمانی، افشاگری، خطای بیمارستانی

^۱ کارشناس ارشد، دانشگاه اصفهان

^۲ استاد، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

^۳ دانشیار دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

مقدمه

تأمین و ارتقاء سلامت انسان‌ها، به‌عنوان آرمان اصلی حرفه‌ی پرستاری است. این سؤال شاید برای هر فردی در محیط کار پیش آید که هنگام مشاهده‌ی خطا چه واکنشی باید نشان داد. برخی ممکن است بگویند گزارش خطا وظیفه‌ی ما نیست و در نتیجه به‌سادگی از کنار خطا بگذرند و برخی خطای مشاهده‌شده را به افراد ذی‌ربط، همکاران یا مدیریت سازمان گزارش کنند. گزارش یا عدم گزارش خطا برای بسیاری از سازمان‌ها اهمیت زیادی ندارد، اما در حرفه‌ی پرستاری این مسأله حیاتی بوده و در مواردی با مرگ بیمار در ارتباط است. نکته‌ی مهم این است که عمل افشاگری با قصد اصلاح و جلوگیری از انجام مجدد خطاست و نه زیر سؤال بردن فرد خاطی. از سویی باید خاطر نشان کرد که خطا، تخلف و وضعیت‌های نامناسب مقوله‌های نسبتاً متفاوتی هستند. معمولاً خطا جزئی‌تر بوده و در اثر سهل‌انگاری رخ می‌دهد؛ در حالی که تخلف عمیق‌تر و به‌صورت عمدی توسط فرد متخلف انجام می‌شود. وضعیت‌های نامناسب در سازمان مواردی است که به‌طور کلی بر کیفیت ارائه‌ی خدمات تأثیر دارد و خطا و تخلف را شامل نمی‌شود ولی می‌تواند به‌صورت غیرمستقیم زمینه‌ساز بروز آن‌ها شود؛ مواردی مثل کمبود تعداد نیروی انسانی در سازمان.

خطاها و تخلفات و وضعیت‌های نامناسب مشاهده یا ادراک‌شده توسط پرستاران ممکن است توسط پزشکان، مدیریت بیمارستان، دیگر پرستاران و حتی همراهان بیمار رخ دهد و در نهایت پرستاران با مشاهده‌ی آن‌ها تصمیم می‌گیرند مراتب را به مدیریت یا دیگر افراد بانفوذ گزارش دهند یا موضوع تخلف را نادیده انگارند (۱). خطاهای بیمارستانی یکی از چالش‌های مهم تهدیدکننده‌ی نظام سلامت در تمامی کشورهاست. به‌دست آوردن آمار دقیقی از این خطاها، مشکل و از تحقیقی به تحقیق دیگر متفاوت است (۲)؛ هر چند آشنایی با حقوق بیماران و در پی آن توجه بیش‌تر به مواردی

که این حقوق را نقض کرده، می‌تواند ما را در بازشناسی خطاها یاری رساند (۳). برخی از خطاها و تخلفات رایج در محیط بیمارستان عبارتند از: عدم متابعت پرستار یا پزشک از خط مشی بیمارستان، عدم انطباق پرستار با استانداردهای پرستاری، دزدی از وسایل بیمار، سوء استفاده از کارت‌های ثبت حضور و غیاب، سوء استفاده از اموال عمومی یا هدر دادن آن (۴) و خطاهای دارویی (۵). در کشور ما ایران، اگر چه هنوز آمار مدونی از میزان و نوع خطاها در حیطه‌ی بیمارستان در دست نیست، کارشناسان حدس می‌زنند که این میزان بسیار بالا باشد و افزایش پرونده‌های ارجاعی شکایات مردم از پزشکان و پرستاران به سازمان نظام پزشکی و دادگاه‌ها گواهی بر این مدعاست (۶)؛ به‌طوری که تعداد تخلفات ثبت‌شده‌ی کادر پزشکی در کشور در طی سال ۱۳۸۸ بالغ بر ۴۴۰۰ مورد بوده است (۷). جولایی و همکاران نیز در تحقیق خود در زمینه‌ی خطاهای دارویی، میانگین خطاهای دارویی پرستاران در عرض سه ماه را ۱۹/۵ مورد برآورد کردند (۸). از نظر Lassetter و Warnick در هنگام تجویز دارو، اشتباهات معمولاً توسط پزشک اتفاق می‌افتد ولی پرستاران، اغلب در هنگام دادن دارو مرتکب خطا می‌شوند (۹). نصیری پور و همکاران نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بیش‌ترین علت شکایت مربوط به سهل‌انگاری و عدم رعایت موازین علمی، شرعی و قانونی و پس از آن مربوط به اخذ وجه یا مال خارج از ضوابط قانونی است (۱۰). کمبود شدید نیروی پرستاری یکی از وضعیت‌های نامناسبی است که باعث می‌شود پرستاران نتوانند مراقبت‌های درمانی را به‌نحو مطلوب و کافی ارائه دهند. متأسفانه، هم‌اکنون تعداد پرستار به ازای هر تخت بیمارستانی کم‌تر از یک نفر است. با توجه به کمبود نیروی پرستاری خصوصاً در بخش‌های ویژه، بیش‌ترین مرگ‌ومیرهای بیماران در این بخش‌ها رخ می‌دهد. گزارش‌ها نشان می‌دهد که در برخی از شهرستان‌ها پرستاران به ارائه‌ی ۱۵ نوبت کاری در هفته

اطلاعاتی دوجانبه^۳، پایبند به اخلاق^۴ و باوجدان^۵ استفاده می‌شود (۱۳). به همین دلیل در برخی منابع از این رفتار به‌عنوان تنگنای اخلاقی^۶ یاد شده است. تنگنای اخلاقی افشاگری عبارت است از: «تعارض بین درست بودن عمل افشای رفتارهای غیر اخلاقی و غیر قانونی و نادرست بودن این عمل به‌علت وظیفه‌ی وفاداری فرد به سازمانی که در آن کار می‌کند» (۱۴). به‌عبارت دیگر، زمانی که پرستاران خطایی را مشاهده می‌کنند، بر سر دوراهی انتخاب قرار می‌گیرند: این‌که کاری انجام ندهند یا افشاگری کنند (۱). البته دلایل محکمی وجود دارد که نشانگر اولویت داشتن وظیفه‌ی پرستاران در قبال بیمار نسبت به وظیفه‌ی آن‌ها در قبال کارفرماست. گرچه هر دو این وظایف بر یک پیمان ضمنی و صریح متکی است؛ تعهد به بیمار باید بر تعهد به سازمان ارجحیت داشته باشد (۱۵). در این زمینه De George دیدگاه متفاوتی در مورد تنگنای اخلاقی دارد و معتقد است که در افشاگری هیچ‌گونه تنگنای اخلاقی وجود ندارد، زیرا افشاگری یک تصمیم اخلاقی محض است و هنگامی که بحث مسائل اخلاقی پیش می‌آید، افراد هیچ وظیفه‌ای در جهت وفادار ماندن به سازمان ندارند و فرد به‌راحتی می‌تواند در مورد افشای خطا تصمیم‌گیری کند (۱۶). به این ترتیب به‌نظر می‌رسد رفتار صحیح اخلاقی به هنگام مشاهده‌ی خطا، تخلف و وضعیت‌های نامناسب، گزارش و افشاگری آن است.

بعضی از فعالیت‌هایی که افراد افشاگر ممکن است هنگام مواجه شدن با خطا یا تخلف از خود نشان دهند شامل تنظیم گزارش از رویدادها، در میان گذاشتن با سرپرست، رئیس پرستاران، رئیس بیمارستان یا یک پزشک متخصص دیگر، شکایت کردن به یک مقام مسؤول در داخل سازمان یا خارج سازمان و غیره می‌باشند (۴). بیش از ۲۵ سال است که محققان غربی این پدیده را مورد مطالعه قرار داده‌اند. برخی از

مجبور می‌شوند و چنین وضعیتی نه تنها منجر به بهبود ارائه‌ی خدمات به بیماران نمی‌شود، بلکه عوارض زیادی را متوجه سلامت بیمار و پرستار می‌کند (۱۱). ضعف مدیریتی نیز از دیگر وضعیت‌های نامناسب در بیمارستان‌هاست. شیوه‌ی مدیریت بیمارستانی در کشور ما کهنه شده است. در پژوهشی که توسط White و Fitzsimmons صورت پذیرفت، روش‌های کاری مدیران بیمارستان‌ها مورد بررسی قرار گرفت. آن‌ها ساختارهای مدیریتی اثربخش را در موفقیت بخش عمومی دارای ارزش و جایگاه ویژه‌ای دانستند (۱۲).

افراد با مسؤولیت و با وجدان، گاهاً خطا و شرایط نامناسب را به افرادی که قدرت متوقف کردن آن را دارند، گزارش می‌کنند و متأسفانه بسیاری از افراد نیز از کنار این خطاها به‌راحتی می‌گذرند و سکوت اختیار می‌کنند. واژه‌ی Whistle-blowing اولین بار توسط نیروی پلیس لندن مطرح شد. در آن زمان هرگاه نیروهای پلیس جرمی را مشاهده می‌کردند، در سوت خود می‌دمیدند و سپس فرد متهم را تعقیب می‌کردند (۴). این واژه در زبان فارسی، افشاگری ترجمه شده و از دو واژه‌ی تحت عنوان Whistle به‌معنای سوت و blowing به‌معنای دمیدن تشکیل شده است. محققان از دهه‌ی ۱۹۸۰ این پدیده را به‌صورت علمی مورد بررسی قرار دادند، اما McDonald و Aheren در سال ۱۹۹۴ به‌صورت خاص افشاگری را در حرفه‌ی پرستاری مورد بررسی قرار دادند. در تعریفی که آن‌ها از پرستاران افشاگر و غیرافشاگر دارند، این‌گونه بیان می‌کنند: «پرستار افشاگر، پرستاری است که وضعیت غیر قانونی، غیر اخلاقی و ناشایست را در محل کار مشاهده کرده و آن را به فردی که قدرت متوقف کردن خطا را دارد گزارش می‌کند؛ اما پرستار غیر افشاگر، آن را به‌صورت آشکار گزارش نمی‌کند، بلکه از دیگر روش‌ها برای کنترل موقعیت استفاده می‌کند» (۴). در بسیاری از مواقع برای افشاگری از واژه‌های معادلی چون جاسوس^۱، خائن^۲، عامل

³ Moles

⁴ Ethical resisters

⁵ People of conscience

⁹ Ethical dilemma

¹ Finks

² Rats

شفاهی به سر پرستار (۳۷/۵ درصد) و کم‌ترین اقدام، پنهان‌کاری (۱/۳ درصد) بوده است (۳۲). البته نتایج اکثر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که گزارش خطاها در بین پرستاران بسیار کم‌تر از میزان واقعی آن است (۳۴، ۳۳) و پرستاران نسبت به گزارش خطای بی‌میل هستند (۳۷-۳۵).

پژوهش حاضر با در نظر داشتن دو هدف تحت عنوان تعیین و مقایسه‌ی خطاها، تخلفات و وضعیت‌های نامناسب در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی و بررسی رفتار افشاگری تخلف در دو گروه افشاگر و غیر افشاگر به انجام رسیده است.

روش کار

طبق گزارش معاونت درمان استان اصفهان در سال ۱۳۸۹، تعداد کل جامعه‌ی پرستاران بیمارستان‌های اصفهان ۲۲۶۰ نفر بوده که از این میان ۱۵۸۰ نفر به بیمارستان‌های دولتی و حدود ۸۰۰ نفر به بیمارستان‌های خصوصی اختصاص داشت. به این ترتیب، نمونه‌ی مورد بررسی با حجم ۳۰۰ نفر و با نسبت ۲ به ۱ انتخاب شدند. به منظور تعیین حجم نمونه ابتدا ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه‌ی مقدماتی انتخاب شدند و پس از تحلیل نتایج، با توجه به فرمول حجم نمونه و توان آماری ۰/۸، حجم نمونه تعیین شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت خوشه‌ای دومرحله‌ای بود. با توجه به این‌که گردآوری پرستاران مورد مطالعه در یک محل و اجرای گروهی پرسشنامه‌های مذکور امکان‌پذیر نبود، ضمن رعایت کلیه‌ی موارد ضروری از جمله کسب موافقت هر شرکت‌کننده، اعتمادسازی و تأکید بر محرمانه‌بودن اطلاعات (عدم نیاز به ذکر نام)، پرسشنامه‌ها توزیع گردید و در نهایت ۲۴۵ پرسشنامه‌ی تکمیل‌شده، دریافت شد (نسبت بازگشت ۸۱ درصد). پژوهش حاضر به‌صورت یک قرارداد با دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به اجرا درآمده و کلیه‌ی موارد مورد نظر کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در آن رعایت و مورد تأیید قرار گرفت. ابزار توسط محقق از طراح اصلی پرسشنامه (McDonald) (۳۸) در سال ۱۳۸۸ دریافت و نخست ترجمه شد. سپس بر طبق توصیه‌ی Brislin مجدداً به

این مطالعات متمرکز بر پیش‌بینی‌کننده‌های افشاگری (۱۷)، ویژگی‌های خاص افراد افشاگر (۱۹، ۱۸)، عوامل ترغیب‌کننده‌ی افشاگری (۲۰) پیامدهای منفی افشاگری (۲۲، ۲۱) ارتباط بین جایگاه سازمانی و حالت افشاگری (۲۲ - ۲۰، ۱۸)، ویژگی‌های جو سازمانی مرتبط با افشاگری (۲۳) و ویژگی‌های مشترک افراد افشاگر (۲۴) است. علاوه بر این، محققان مطالعات زیادی را برای فهم متغیرهای جمعیت‌شناختی مؤثر بر افشاگری تخلف انجام داده‌اند و معتقدند که نتایج در مورد تفاوت‌های جمعیت‌شناختی قطعی نیست. خصوصاً در مورد متغیرهایی چون جنسیت، سن و دوره‌ی تصدی و رابطه‌ی آن با افشاگری نتایج متناقض و گاه پیچیده‌ای وجود دارد (۲۵، ۲۰)؛ به‌عنوان مثال، محققانی به‌وجود رابطه‌ی مثبت بین افشاگری و سن اشاره کرده‌اند (۲۶)، درحالی‌که دیگران معتقدند کارکنان جوان‌تر افشاگرتر هستند (۲۷). در مورد نقش جنسیت در افشاگری تخلف، Miceli و Near به این نتیجه رسیدند که مردان به احتمال بیشتری در فرایند افشاگری دخیل می‌شوند (۱۷)، ولی محققان دیگر رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری بین افشاگری و جنسیت زن یافتند (۲۰) و این در حالی است که پژوهش‌های دیگر حاکی از عدم وجود رابطه‌ی معنی‌دار بین افشاگری و جنسیت است (۲۹، ۲۸، ۲۶). در مورد افشاگری تخلف پرستاران در کشور ایران، محقق با پژوهش‌های اندکی مواجه شد که تعداد زیادی از این تحقیقات پیرامون گزارش خطاهای دارویی پرستاران بوده است. به‌عنوان مثال، یافته‌های مربوط به پژوهش جولایی و همکاران نشان داد که میانگین گزارش خطاهای دارویی در عرض سه ماه برای هر پرستار ۱/۳ درصد است که کم‌تر از موارد یافت‌شده در مطالعات مشابه است (۸). از سویی در مطالعه‌ی Mrayyan و همکاران حدود ۴/۲۱ درصد از خطاهای دارویی گزارش شده (۳۰) و در مطالعه‌ی Mayo و Duncan میزان گزارش خطا حدود ۴/۹ درصد بوده است (۳۱). در پژوهش تفاق و همکاران نیز بیش‌ترین اقدام به‌عمل آمده هنگام مشاهده‌ی خطا گزارش

با $0/۸۹۴$ و افشاگری عینی (با KMO برابر با $0/۷۱۷$) تا حد زیادی عامل مورد نظر را اندازه‌گیری نموده و از اعتبار لازم برخوردار بوده‌اند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Friedman و Chi-Square انجام شد. نرم‌افزار مورد استفاده در این پژوهش SPSS نسخه‌ی ۱۶ بود.

نتایج

بر اساس نتایج به‌دست آمده بیش‌ترین درصد نمونه‌ی مورد بررسی در این پژوهش زنان ($۷۹/۶$ درصد)، با میانگین سنی ۱۸ تا ۳۵ سال ($۵۹/۶$ درصد)، دارای تحصیلات لیسانس ($۸۷/۹$ درصد) و پست‌سازمانی پرستار ($۸۹/۸$ درصد) بودند. از بین ۲۴۵ نفر شرکت‌کننده، ۱۵۲ نفر افشاگر (۶۲ درصد) و ۹۳ نفر غیرافشاگر (۳۸ درصد) بودند که در مجموع درصد افراد افشاگر (هم در بیمارستان‌های دولتی و هم در خصوصی) بیش‌تر از غیرافشاگر است. با توجه به این‌که سطح معنی‌داری برای جنسیت، سن، تحصیلات، نوع استخدام و محل اشتغال بالاتر از $0/۰۵$ بود، هیچ‌گونه تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها (افشاگر و غیرافشاگر) در متغیرهای جمعیت‌شناختی مشاهده نشد و فقط در پست سازمانی بین افراد افشاگر و غیرافشاگر تفاوت معنی‌دار (سطح معنی‌داری کم‌تر از $0/۰۵$) وجود دارد (جدول شماره‌ی ۱).

در مقایسه‌ی بین بیمارستان‌های دولتی و خصوصی نیز نتایج حاکی از تفاوت معنی‌دار ($P < 0/۰۵$) بعضی از خطاها و تخلفات در دو نوع بیمارستان بود؛ به‌طوری‌که پارتی‌بازی و قوم و خویش‌بازی ($\alpha = 0/۰۱$)، ناتوانی پرستار در اجرای دستورات پزشک ($\alpha = 0/۰۰۱$) و اشتباهات ناشی از شباهت‌های دارویی ($\alpha = 0/۰۵$) در بیمارستان‌های خصوصی بیش‌تر از بیمارستان‌های دولتی و آموزش ناقص ($\alpha = 0/۰۰۱$)، دزدی از وسایل بیمار ($\alpha = 0/۰۰۱$) و آزار جسمی ($\alpha = 0/۰۰۱$) در بیمارستان‌های دولتی بیش‌تر از بیمارستان‌های خصوصی گزارش شده است (شکل ۱).

در مورد مشاهده‌ی خطا به هر یک از گویه‌های این فهرست واریسی خطا، نمره‌ای از صفر تا چهار می‌دادند. میانگین هر یک از این خطاها و وضعیت‌های نامناسب برآورد

زبان اصلی ترجمه و موارد عدم انطباق آن با اصل ترجمه واکاوی و شکل نهایی پرسشنامه حاصل شد. هم‌چنین، روایی صوری آن توسط تعدادی از سوپروایزرها و پرستاران و روایی محتوایی آن توسط پنج‌نفر از استادان روان‌شناسی صنعتی و پنج‌نفر از متخصصان رشته‌ی پرستاری بررسی و موارد اصلاحی آن در پرسشنامه اعمال گردید. پرسشنامه‌ی پژوهش شامل سه قسمت بود:

قسمت اول، مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی پرستاران شامل سن، جنس، تحصیلات، نوع استخدام، محل اشتغال و پست سازمانی بود. (پیوست ۱)

قسمت دوم، فهرست واریسی تخلفات مشاهده‌شده توسط پرستاران، شامل ۲۹ مورد از خطاها، تخلفات یا وضعیت‌های غیر قانونی و غیراخلاقی ارائه شده بود. در این قسمت به هر یک از گویه‌ها، با توجه به تعداد دفعات بروز آن‌ها، نمره‌ای از صفر تا چهار داده می‌شد. (پیوست ۲)

قسمت سوم، ملاک سنجش افشاگری در دو سطح ذهنی و عینی مطرح شده بود. ملاک ذهنی، نوعی برداشت ذهنی پرستاران از این امر است که افشاگر هستند یا خیر (که با نمره‌ی صفر و یک متمایز می‌شود). ملاک عینی افشاگری توسط فهرست واریسی رفتار افشاگری (حاوی ۱۶ گویه) سنجیده می‌شد که این مقیاس نیز به‌صورت صفر و یک نمره‌گذاری شد و حداکثر نمره‌ی کسب‌شده توسط آزمودنی در این مقیاس ۱۶ بود. (پیوست ۳)

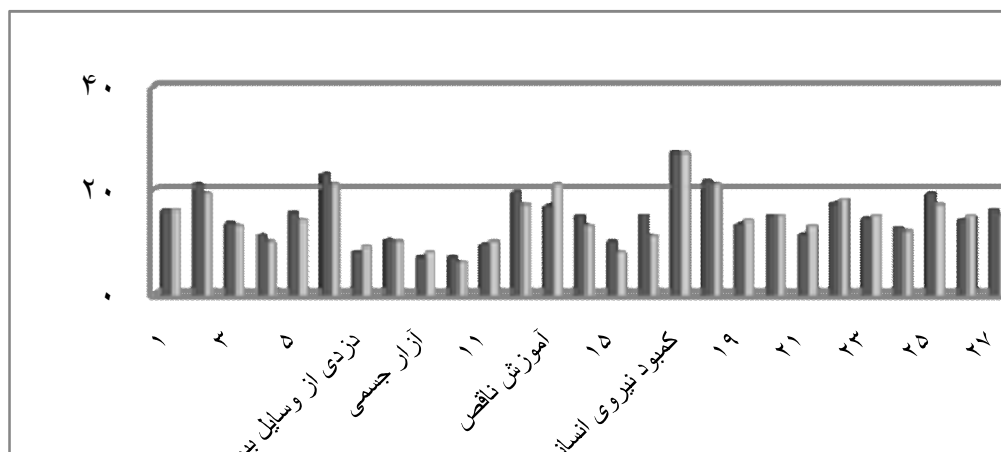
اعتبار هم‌زمان این دو ملاک در این پژوهش $0/۶۴$ به‌دست آمد. پایایی فهرست واریسی خطاها به روش آلفای کرونباخ معادل $0/۹۳$ و پایایی پرسشنامه‌ی افشاگری عینی به روش تنصیف معادل $0/۵۸$ برآورد شد که این مقادیر در حد قابل قبولی است. علاوه بر این، برای تعیین اعتبار سازه در پژوهش حاضر از روش تحلیل عوامل استفاده شد. ملاک کروییت بارتلت و KMO ، کفایت حجم نمونه و پیش‌فرض‌های تحلیل عاملی را مورد تأیید قرار داد (با سطح معنی‌داری کم‌تر از $0/۰۰۱$).

به این ترتیب، سؤالات پرسشنامه خطاها (با KMO برابر

شد. با توجه به تعداد دفعات نتایج در این زمینه نشان داده شد که بیشترین میانگینها مربوط به کمبود تعداد نیروی انسانی پرستاران طبق استانداردها (۳/۴) و مدیریت ناشایست (۲/۹) و کمترین میانگینها مربوط به سوء رفتار جنسی (۰/۱۱) و آزار جسمی (۰/۲۳) می باشد.

جدول شماره ۱- در صد فراوانی و مقایسه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران به صورت کلی و در دو گروه افشاگر و غیر افشاگر

P value	آماره آزمون مربع کای پیرسون	درصد فراوانی غیر افشاگر	درصد فراوانی افشاگر	درصد فراوانی کل		
					جنسیت	سن
۰/۳۲۴	۰/۹۷۳	۳۶/۴	۶۳/۶	۷۹/۶	زن	جنسیت
		۴۴	۵۶	۲۰/۴	مرد	
۰/۱۹۱	۳/۳۰۷	۳۷/۷	۲۶/۳	۵۹/۶	۳۵-۱۸	سن
		۴۰/۴	۵۹/۶	۳۸/۲	۵۰-۳۶	
		—	۱۰۰	۲/۰۴	۶۵-۵۱	
۰/۶۹۷	۰/۷۲۱	۳۷	۶۳	۱۱/۰۲	فوق دیپلم	تحصیلات
		۳۸/۵	۶۱/۵	۸۶/۹	لیسانس	
		۲۰	۸۰	۲/۰۴	فوق لیسانس	
۰/۶۷۰	۰/۸۰۲	۴۰/۴	۵۹/۶	۴۶/۵۳	رسمی یا پیمانی	نوع استخدام
		۳۴/۹	۶۵/۱	۴۴/۴۸	قراردادی یا شرکتی	
		۴۰/۹	۵۹/۱	۸/۹۷	طرحی	
۰/۶۹۲	۰/۱۵۶	۳۷/۲	۶۲/۸	۷۳/۴	بیمارستان دولتی	محل اشتغال
		۴۰	۶۰	۲۶/۵۳	بیمارستان خصوصی	
۰/۰۱۶	۸/۵۶۱	۴۰/۹	۵۹/۱	۸۹/۸	پرستار	پست سازمانی
		۱۶/۷	۸۳/۳	۷/۴	سرپرستار	
		۰	۱۰۰	۲/۴	سوپروایزر	
		۰	۱۰۰	۰/۴	مترون	

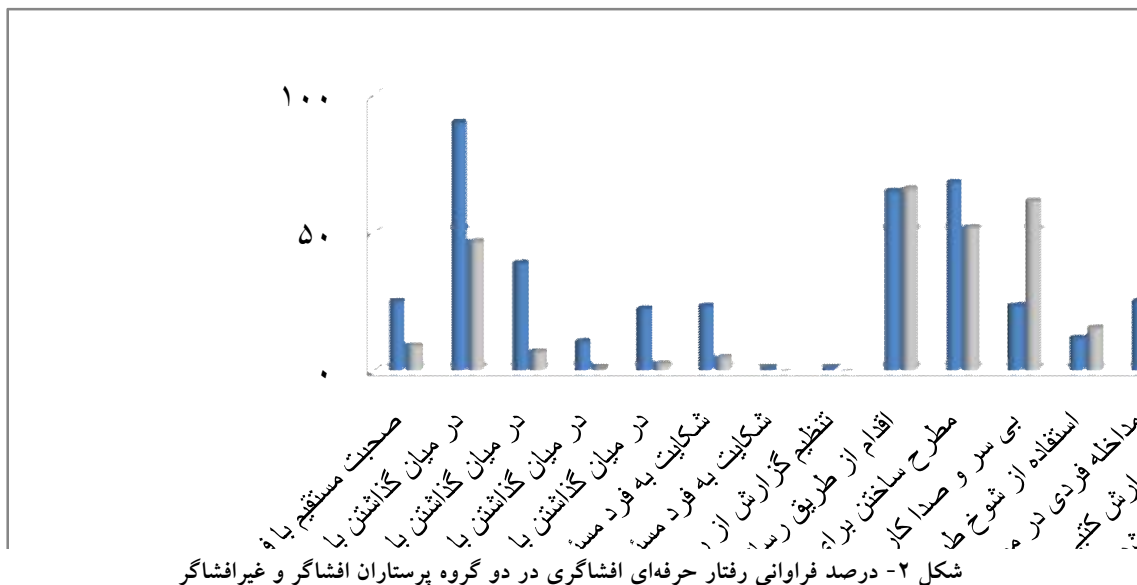


شکل ۱- مقایسه‌ی میزان تخلفات در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی

نتایج پژوهش پیرامون هر یک از راهبردهای مورد استفاده شکل ۲ نشان داده شده است. برای دو گروه افشاگر و غیرافشاگر در جدول شماره ۲ و

جدول شماره ۲- جدول توزیع فراوانی و آزمون معنی‌داری رفتار حرفه‌ای افشاگری در دو گروه افشاگر و غیرافشاگر

رفتار افشاگری	درصد فراوانی در گروه غیرافشاگر	درصد فراوانی در گروه افشاگر	آماره Chi-Square	P value
۱ تنظیم یک گزارش از رویدادها برای توضیح مسأله	۹/۷	۲۵/۷	۹/۳۵	۰/۰۰۲
۲ در میان گذاشتن با سرپرستم	۴۷/۳	۹۰/۸	۵۷/۰۹	۰/۰۰۰
۳ در میان گذاشتن با رئیس پرستاران	۷/۵	۳۹/۵	۲۹/۶۴	۰/۰۰۰
۴ در میان گذاشتن با رئیس بیمارستان	۱/۱	۱۱/۲	۸/۶۶	۰/۰۰۳
۵ در میان گذاشتن با یک پزشک	۳/۲	۲۳/۰	۱۷/۲۶	۰/۰۰۰
۶ شکایت کردن به یک مقام مسؤول در داخل سازمان	۵/۴	۲۴/۳	۱۴/۶۱	۰/۰۰۰
۷ شکایت کردن به یک مقام مسؤول در خارج سازمان	۰	۱/۳	۱/۲۳	۰/۵۲۷
۸ اقدام کردن از طریق رسانه ها	۰	۱/۳	۱/۲۳	۰/۵۲۷
۹ صحبت مستقیم با فرد یا افراد درگیر در تخلف	۶۶/۷	۶۵/۸	۰/۰۲	۰/۸۸۸
۱۰ مطرح ساختن وضعیت برای شیفت بعدی	۵۲/۷	۶۹/۱	۶/۶۳۹	۰/۰۱
۱۱ بی سر و صدا کار درست را انجام دادن	۶۲/۴	۲۴/۳	۳۵/۱۴	۰/۰۰۰
۱۲ استفاده از شوخ طبعی	۱۶/۱	۱۲/۵	۰/۶۳۶	۰/۴۲۵
۱۳ مداخله کردن برای تغییر موقعیت	۲۰/۴	۲۵/۷	۰/۸۷۳	۰/۳۵۰
۱۴ ترتیب دادن یک گزارش کتبی یا تماس تلفنی ناشناس	۲/۲	۴/۶	۰/۹۸۳	۰/۳۲۲
۱۵ گفتن به رئیس ارشد به صورت محرمانه	۱۲/۹	۲۸/۳	۷/۸۴۶	۰/۰۰۵
۱۶ وانمود به موافقت با تخلف، و در باطن مخالفت با آن	۳/۲	۲/۰	۰/۳۷۹	۰/۶۷۶



شکل ۲- درصد فراوانی رفتار حرفه‌ای افشاگری در دو گروه پرستاران افشاگر و غیرافشاگر

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه‌ی ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی و افشاگری تنها در پست سازمانی تفاوت معنی‌داری نشان داد و در مورد نقش سن، جنس، تحصیلات و غیره تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. این امر با یافته‌های برخی محققان مبنی بر عدم وجود رابطه‌ی قطعی بین افشاگری و متغیرهای جمعیت‌شناختی هماهنگ است (۲۹، ۲۸، ۲۶، ۲۵، ۲۰).

بر اساس یافته‌ها، کمبود تعداد نیروی انسانی پرستاران طبق استانداردها و مدیریت ناشایست به‌عنوان شایع‌ترین وضعیت‌های نامناسب و کم‌ترین میزان خطا مربوط به سوء رفتار جنسی و آزار جسمی در بیمارستان‌ها بوده است. شاید یکی از دلایل مدیریت ناشایست در بیمارستان‌ها، گمارش پزشکان در سمت‌های مدیریتی است. مدیریت بیمارستانی، تخصصی میان‌رشته‌ای است که فعالان آن، باید در دو حوزه‌ی مدیریت و پزشکی تخصص داشته باشند. حاذق بودن یک پزشک در امر درمان دلیلی برای متخصص بودن او در حوزه‌ی مدیریت نیست (۳۹).

البته در مقایسه‌ی بین بیمارستان‌های دولتی و خصوصی مشخص می‌شود که مواردی هم‌چون پارتی‌بازی و قوم و خویش‌بازی، ناتوانی پرستار در اجرای دستورات پزشک و اشتباهات ناشی از شباهت‌های دارویی در بیمارستان‌های خصوصی به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیمارستان‌های دولتی است. به‌نظر می‌رسد پارتی‌بازی بیشتر به‌دلیل عدم وابستگی مدیران و روسای بیمارستان‌های خصوصی به ارگان‌های دولتی است که باعث کاهش مسؤولیت‌پذیری و پاسخگویی آن‌ها در خصوص رعایت عدالت و رفتار یکنواخت نسبت به همه‌ی مراجعان و نیز عدم توجه به مهارت‌های شغلی برای استخدام شده است. فراوانی بیشتر مواردی چون ناتوانی پرستار در اجرای دستورات پزشک در بیمارستان‌های خصوصی را می‌توان به جذب نیروی جوان و کم‌تجربه در

چنین بیمارستان‌هایی نسبت داد. سوزنی و پورحیدری در پژوهش خود در زمینه‌ی عوامل مؤثر در بروز اشتباهات دارویی مواردی چون خستگی ناشی از کار اضافی، نداشتن وقت و فرصت کافی، و فشار روحی را ذکر نمودند (۴۰). Tang و همکاران نیز به عواملی چون افزایش حجم کاری و تازه‌کار بودن پرستار به‌عنوان مهم‌ترین عوامل مؤثر بر بروز اشتباهات دارویی اشاره کردند (۴۱). تعدادی از پرستاران بیمارستان‌های خصوصی در بیش از یک بیمارستان مشغول به‌کار می‌شوند و پس از اتمام یک شیفت، شیفت دیگری را در بیمارستان دیگر آغاز می‌کنند که خستگی مضاعفی برای آن‌ها ایجاد می‌کند. از سویی، شرایط استخدام قراردادی در بیمارستان‌های خصوصی باعث کاهش امنیت شغلی در پرستاران و در پی آن بروز استرس و فشار روحی برای آن‌ها می‌شود که با توجه به نتایج تحقیقات صورت‌گرفته در این زمینه، در بروز اشتباهات ناشی از شباهت دارویی بی‌تأثیر نیست. علاوه بر این، نتایج نشان داد که آموزش ناقص، دزدی از وسایل بیمار و آزار جسمی در بیمارستان‌های دولتی به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیمارستان‌های خصوصی است. به‌نظر می‌رسد کادر متخصص بیمارستان‌های دولتی با سابقه‌تر بوده اما دانش و تخصص آن‌ها مستلزم به‌روزرسانی است و بدین ترتیب نیاز به آموزش مستمر نیروی انسانی در بیمارستان‌های دولتی توجه بیشتری می‌طلبد. شاید بتوان وجود فراوانی بیشتر رفتارهایی چون دزدی از وسایل بیمار در بیمارستان‌های دولتی را به تفاوت موجود در مراجعان و بیماران آن بیمارستان‌ها نسبت داد. بیمارستان‌های دولتی معمولاً شلوغ و پرازدحام بوده و مراجعان آن، بیشتر از افراد طبقات اقتصادی متوسط و پایین جامعه تشکیل شده‌اند و این مسائل می‌تواند زمینه‌ساز بروز تخلفاتی چون دزدی از وسایل بیمار باشد. آزار جسمی به بیمار ممکن است تحت تأثیر کم‌توجهی به بیمار ایجاد شود که این موضوع در بیمارستان‌های دولتی می‌تواند رایج‌تر باشد؛ چرا که از سویی

مشکل بودن فرایند گزارش‌دهی و دیگر موانع مدیریتی را از عوامل بازدارنده‌ی گزارش‌دهی برشمردند (۴۷). شاید به همین دلیل است که اکثر افراد شرکت‌کننده در این پژوهش از روش‌هایی برای افشاگری استفاده کرده‌اند که با تلافی و انتقام کم‌تری مواجه می‌شود؛ مواردی چون در میان گذاشتن خطا یا تخلف با سرپرست، صحبت مستقیم با فرد یا افراد درگیر در تخلف.

پیشنهادات

با توجه به این‌که عدم آگاهی و توافق جمعی از تعریف خطا و تخلف می‌تواند یکی از دلایل عمده‌ی جلوگیری از افشاگری باشد (۴۸، ۳۴)، از این رو می‌توان با آگاهی دادن و افزایش حساسیت پرستاران نسبت به این موارد، افشاگری را افزایش داد. مشکل بودن فرایند گزارش‌دهی از دیگر موانع افشاگری است (۴۷) و متأسفانه در مورد راه‌های گزارش خطاهای مشاهده‌شده تلاش اندکی صورت گرفته است. به‌نظر می‌رسد طراحی سیستم‌هایی جهت تسهیل فرایند افشاگری در بیمارستان‌ها می‌تواند مفید باشد. از سویی با توجه به این‌که نتایج پژوهش حاضر حاکی از کمبود پرستاران در بیمارستان‌ها بوده، از این رو، پیشنهاد می‌شود که جذب نیروی انسانی پرستار در بیمارستان‌ها، بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد. با توجه به تأثیر انکارناپذیر افشاگری خطا بر کاهش وقوع آن در آینده و افزایش مراقبت صحیح 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 آورند. لازم است مسؤولان پرستاری استراتژی‌هایی جهت رفع موانع یا کاهش آن‌ها به‌کار بندند؛ از جمله آموزش فراگیر به منظور افزایش دانش پرسنل پرستاری در خصوص انواع خطاها و تخلفات و آموزش مدیران و سرپرستان به منظور کاهش مقاومت و موضع‌گیری در برابر افشاگری تخلف و به‌عبارتی ایجاد فرهنگ‌پذیر بودن در برابر افشاگری خطاهای سازمانی. ضمناً با توجه به این‌که این مطالعه در شهر اصفهان انجام شده است، از این نظر دارای

شلوغی این بیمارستان‌ها و نسبت بالای مراجعه به آن‌ها در مقایسه با بیمارستان‌های خصوصی باعث می‌شود که پرستاران توجه کم‌تری به اعتراض‌ها و دردهای بیماران داشته باشند و از سوی دیگر پرداخت هزینه‌ی بالاتر توسط بیماران در بیمارستان‌های خصوصی، احترام و توجه بیش‌تری را از جانب پرستاران و کادر بیمارستان نسبت به بیمار برمی‌انگیزد. خوشبختانه، نتیجه‌ی این پژوهش بیانگر این نکته بود که تعداد بیش‌تری از پرستاران افشاگر بوده‌اند.

این امر تا حدودی امیدوارکننده است. هم‌چنین، همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۲ مشاهده می‌شود، بیش از ۹۰ درصد پرستاران افشاگر، بعد از دیدن هرگونه تخلف، آن را با سرپرست خود در میان می‌گذارند؛ این در حالی است که اکثر افراد غیرافشاگر پس از مشاهده‌ی خطا، بی‌سر و صدا کار درست را انجام می‌دهند و آن را برای دیگران مطرح نمی‌کنند. از طرفی، رفتارهایی چون تنظیم گزارش کتبی، در میان گذاشتن با رئیس بیمارستان یا رئیس پرستاران، شکایت به مقامات مسؤول در داخل سازمان از کم‌ترین فراوانی برخوردار است، اما این رفتارها به‌طور معنی‌دار توسط افراد افشاگر انجام می‌شود و نه افراد غیر افشاگر. این نتایج با یافته‌های Miceli و Near همسو است (۴۲)، چرا که اکثر افراد افشاگر قبل از این‌که یافته‌ها و اطلاعات خود را از راه‌های خارج سازمانی گزارش کنند، آن را از راه‌های داخلی آشکار می‌کنند و افشاگری خارجی در مواقع نادری رخ می‌دهد. دلایل زیادی برای عدم گزارش یا گزارش کم‌تر از میزان واقعی خطا وجود دارد. بنا بر نظر Beard، کارکنان به دو دلیل عمده تخلفات را گزارش نمی‌کنند: برخی معتقدند که تلاش آن‌ها پوچ و بی‌فایده است و برخی نیز از تلافی و انتقام می‌ترسند (۴۴)، این مسأله به‌ویژه در مورد سوء رفتار جنسی صحت دارد، زیرا بسیاری از مواقع افشاگران این رفتار، خود متهم به همکاری در این مورد می‌شوند (۴۵). در هر صورت، ترس از انتقام و تلافی به‌عنوان مهم‌ترین دلیل عدم گزارش تخلف است (۴۶). Chiang و Pepper نیز در مطالعه‌ی خود ترس،

محدودیت تعمیم پذیری به کل کشور است.

پیوست شماره ۱

ویژگی‌های جمعیت شناختی

لطفاً گزینه‌ای را که به بهترین وجه، وضعیت و ویژگی‌های شما را منعکس می‌کند، انتخاب کنید.

سن: ۱۸-۳۵ £ ۳۶-۵۰ £

جنس: ۵۱-۶۵ £ ۶۶ با بالا £

تحصیلات: فوق‌دیپلم £ کارشناسی £ کارشناسی ارشد £

محل اشتغال: بیمارستان دولتی £ بیمارستان خصوصی £

پست سازمانی پرستار: پرستار £ سرپرستار £

سوپروایزر £ مترون £

نوع استخدام:

استخدام رسمی/پیمانی £ قراردادی/شرکتی £ طرحی £

تشکر و قدردانی

مقاله‌ی حاضر بخشی از یافته‌های پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد نویسنده‌ی اول است. بدین‌وسیله از مرکز تحقیقات مدیریت اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که حمایت مالی این طرح مصوب را عهده‌دار شدند، سپاسگزاری می‌شود. همچنین، از پرستارانی که با قراردادن وقت خود جهت تکمیل پرسشنامه پژوهشگران را در انجام مطالعه یاری کردند سپاسگزاریم. پژوهشگران ضمن قدردانی از تمامی مسؤولان مراتب سپاس را به جناب آقای دکتر محمدحسین یارمحمدیان تقدیم می‌نمایند.

پیوست شماره ۲

چک لیست تخلفات مشاهده شده توسط پرستار

همکار گرامی موارد زیر نمونه‌هایی از اعمال غیراخلاقی، ناشایست و غیرقانونی احتمالی در محل کار شماست. با توجه به تعداد دفعات بروز هریک از این اعمال، عدد گزینه مورد نظر را در داخل مربع قید نمایید.

۰- اصلاً ۱- به ندرت ۲- گاهی اوقات ۳- زیاد ۴- بسیار زیاد

۱	عدم متابعت پرستار یا پزشک از خط مشی بیمارستان £	۱۶	ناتوانی پرستار در اجرای دستور پزشک £
۲	عدم انطباق پرستار با استانداردهای پرستاری £	۱۷	کمبود تعداد نیروی انسانی پرستاران طبق استانداردها £
۳	تبعیض جنسیتی £	۱۸	مدیریت ناشایست £
۴	تبعیض نژادی £	۱۹	سوءاستفاده از کارت‌های ثبت حضور و غیاب £
۵	تبعیض طبقاتی	۲۰	زیر پا گذاشتن حقوق و نیازهای بیمار £
۶	پارتنری بازی و قوم و خویش بازی £	۲۱	سوء استفاده از اعتماد بیمار (فاش کردن اطلاعات خصوصی بیمار و...) £
۷	دزدی از وسایل بیمار £	۲۲	کیفیت ضعیف در مراقبت از بیمار £
۸	اذیت کردن و توهین به بیمار £	۲۳	کیفیت ضعیف در پذیرش بیمار (مثلاً سهل‌انگاری در ثبت اطلاعات شخصی بیمار و...) £
۹	آزار جسمی £	۲۴	دروغ گفتن به بیمار یا خانواده‌ی بیمار £
۱۰	سوء رفتار جنسی £	۲۵	انجام آزمایشات و درمان‌های غیر ضروری برای بیمار £
۱۱	داشتن وضعیت مختل در سر کار £	۲۶	سوء استفاده از اموال عمومی یا هدر دادن آن £
۱۲	پنهان کاری خطاها £	۲۷	اشتباهات دارویی پرستار (مثلاً عدم توجه به تاریخ انقضا،...) £

۱۳	آموزش ناقص £	۲۸	اشتباهات ناشی از شباهتهای دارویی £
۱۴	اجازه دادن به یک فرد بی کفایت و غیر حرفه‌ای برای مراقبت از بیمار £	۲۹	اشتباهات ناشی از عدم آگاهی از تداخلات دارویی £
۱۵	اجازه دادن به یک فرد سوء استفاده کننده برای مراقبت از بیمار £	موارد دیگر.....	

پیوست شماره ۳

گزارش نکند. افراد غیر افشاگر ممکن است از شیوه‌های دیگری برای کنترل موقعیت استفاده کنند. با توجه به تعاریف بالا، شما خود را یک فرد افشاگر قلمداد می کنید یا غیر افشاگر؟ لطفاً پاسخ خود را با علامت * مشخص کنید. £ فرد افشاگر £ فرد غیر افشاگر (ب) فهرست و ارسی رفتار افشاگری (ملاک سنجش عینی) در صورت بروز تخلف، شما کدامیک از فعالیت‌های زیر را انجام داده‌اید؟ لطفاً گزینه مورد نظر را با کشیدن علامت S دور عدد مورد نظر مشخص کنید.

الف) پرسشنامه افشاگری تخلف (ملاک سنجش ذهنی) به منظور ایجاد هماهنگی و آشنایی هر چه بیش‌تر پرستاران عزیز، تعریف دو واژه‌ای که در یکی از پرسشنامه‌ها مورد استفاده قرار گرفته است، ذیلاً ارائه می گردد: فرد افشاگر: پرستاری که موقعیت نامناسب، غیر قانونی یا غیر اخلاقی را تشخیص دهد و آن را به فردی که قدرت متوقف کردن آن خطا را دارد گزارش کند. فرد غیر افشاگر: پرستاری که موقعیت نامناسب، غیر قانونی یا غیر اخلاقی را تشخیص دهد ولی آن را به صورت آشکارا

۱	صحبت مستقیم با فرد یا افراد درگیر در تخلف	۹	اقدام کردن از طریق رسانه ها
۲	در میان گذاشتن با سرپرستم	۱۰	مطرح ساختن وضعیت برای شیفت بعدی به منظور اطمینان از اقدام مناسب برای بیمار
۳	در میان گذاشتن با رئیس پرستاران	۱۱	بی سر و صدا کار درست را انجام دادن، و مطرح نکردن آن برای دیگران
۴	در میان گذاشتن با رئیس بیمارستان	۱۲	استفاده از شوخ طبعی و مزاح برای تغییر فکر دیگران
۵	در میان گذاشتن با یک پزشک یا فرد متخصص دیگر	۱۳	مداخله کردن برای تغییر موقعیت
۶	شکایت کردن به یک مقام مسؤول در داخل سازمان	۱۴	ترتیب دادن یک گزارش کتبی یا تماس تلفنی ناشناس برای فاش کردن خطا
۷	شکایت کردن به یک مقام مسؤول در خارج سازمان	۱۵	گفتن به رئیس ارشد به صورت محرمانه
۸	تنظیم یک گزارش از رویدادها برای توضیح دادن مسأله	۱۶	وانمود کردن به این‌که در ظاهر با تخلف موافقم، و در باطن مخالفت با آن
موارد دیگر			

منابع

- ۱۱- میرزاییگی غ. کمبود پرستار؛ دلیل وقوع مرگ‌های پنهان در بیمارستان‌ها.
<http://naameyemardom.mihanblog.com> (accessed in 2011)
- 12- Fitzsimmons P, White T. Medicine and management: a conflict facing general practice? *J Manag Med* 1997; 11(2-3): 124-31.
- 13- Henderson MU. Women whistleblowers in the workplace. Minnesota: University of ST Thomas; 2008.
- 14- Lindblom L. Dissolving the moral dilemma of whistleblowing. *J Bus Ethics* 2007 ; 76(4): 413-26.
- 15- Wilmot S. Nurses and whistleblowing: the ethical issues. *J Adv Nurs* 2000; 32(5): 1051-7.
- 16- De George RT. The relevance of philosophy to business ethics: a response to Rorty's "is philosophy relevant to applied ethics? *Bus Ethics Q* 2006; 16(3): 381-9.
- 17- Miceli MP, Near JP. *Blowing The Whistle: The Organizational & Legal Implications for Companies and Employees*. New York: Lexington Books; 1992.
- 18- Glazer MP, Glazer PM. *The Whistleblowers: Exposing Corruption in Government & Industry*. Michigan: BasicBooks; 1989.
- 19- Keenan JP. Whistleblowing: a study of managerial differences. *Employee Respons Rights J* 2002; 14(1): 17-32.
- 20- Mesmer-Magnus JR, Viswesvaran C. Whistleblowing in organizations: an examination of correlates of whistleblowing intentions, actions, and retaliation. *J Bus Ethics* 2005; 62(3): 277-297.
- 21- Ellis S, Arieli S. Predicting intentions to report administrative and disciplinary infractions: applying the reasoned action model. *Human Relations* 1999; 52(7): 947-67.
- 22- Ayers S, Kaplan S E. Wrongdoing by consultants: an examination of employees' reporting intentions. *J Bus Ethics* 2005; 57(2): 121-37.
- 23- Miceli MP, Near JP. Characteristics of organizational climate and perceived wrongdoing associated with whistleblowing decisions. *Pers Psychol* 1985; 38(3): 525-544.
- 24- Miceli MP, Near JP. Individual and situational correlates of whistleblowing. *Pers Psychol* 1988; 41(2): 267-481.
- 25- Near JP, Miceli MP. Retaliation against whistle-blowers: predictors and effects. *J Appl*
- 1- Johnstone MJ. *Nursing and The Injustices of The Law*. Orlando, FL: Harcourt Brace & Company; 2004.
- 2- Eslami S, Abu-Hanna A, de Keizer NF. Evaluation of outpatient computerized physician medication order entry systems: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc* 2007; 14(4): 400-6.
- ۳- مصدق راد ع م. بررسی تطبیقی منشور حقوق بیمار در ایران و جهان. فصلنامه تامین اجتماعی ۱۳۸۳؛ دوره ۵ (شماره ۱۴): ۲۴-۷۰۵.
- 4- McDonald S, Aheren K. Physical and emotional effects of whistleblowing. *J Psychologic Nurs Ment Health Serv* 2002; 40(1): 14-27.
- 5- Sanghera IS, Franklin BD, Dhillon S. The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK intensive care unit. *Anaesthesia* 2007; 62(1): 53-61.
- ۶- نجفی ح. تجویز دارو با دقت بالا. کنگره بین‌المللی پزشکی قانون ایران. <http://sblog.ir-my.com> (accessed in 2011)
- ۷- نیک نژادغ. آمار تخلفات پزشکان کشور. www.igda.ir (accessed in 2011)
- ۸- جولایی س، حاجی بابایی ف، پیروی ح، حقانی، ح. بررسی وقوع و گزارش خطاهای دارویی پرستاران و ارتباط آن با شرایط کاری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۸۸؛ دوره ۳ (شماره ۱): ۶۵-۷۶.
- 9- Lassetter JH, Warnick ML. Medical errors, drug-related problems, and medication errors: a literature review on quality of care and cost issues. *J Nurs Care Qual* 2003; 18(3): 175-81.
- ۱۰- نصیری پور، حسینی م، فضایی راد ح، کامیابی ع. رابطه علل شکایت بیماران علیه پزشکان با رای صادره از سوی سازمان نظام پزشکی در بیمارستان‌های کرمان ۸۸-۱۳۸۳. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۹۰؛ دوره ۴ (شماره ۶): ۹۶-۸۸.

- [dissertation]. Perth (Western Australia). Edith Cowan University; 1999.
- ۳۹- عباسی م، رشیدیان آ، عرب م، امینی ه، حسینی م. نگرش پزشکان، پرستاران و بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب روانپزشکی شهر تهران در مورد حقوق بیماران روانی. مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران ۱۳۸۹؛ دوره ۳: ۱۷۲-۱۸۰.
- ۴۰- سوزنی آ. باقری ح. پورحیدری م. بررسی عوامل مؤثر بر بروز اشتباهات دارویی از دیدگاه پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان امام حسین(ع) شاهرود. مجله دانش و تندرستی ۱۳۸۶؛ دوره ۲ (شماره ۳): ۱۳-۸.
- 41- Tang FI, Sheu SJ, Yu S, Wei IL, Chen CH. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *J Clin Nurs* 2007; 16(3): 447-57.
- 42- Miceli MP, Near JP. What makes whistleblowers effective? Three field studies. *Human Relations* 2002; 55(4): 773-794.
- 43- Beard DF. Retaliation: unlawful, unethical, or just to be expected? *Strategic Financ* 2007; 89(2): 32-38.
- ۴۴- انوشه م، احمدی ف، فقیهی زاده س، ایس مرادی م. مقایسه علل زمینه‌ساز بروز خطاهای کاری در مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران و مدیران آنها. نشریه پرستاری ایران ۱۳۸۶؛ دوره ۲۰ (شماره ۵۱): ۳۶-۲۵.
- ۴۵- ارونسون ا. روان‌شناسی اجتماعی. ترجمه ی شکر کن ح. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۸۱.
- 46- Bailey JH. Whistleblowing: an international perspective. *Intern Audit* 2008; 23(1): 20-25.
- 47- Goldman L, Lewis J. Blowing the whistle. *Occupational Health* 2007; 59(11): 16-17.
- 48- Chiang HY, Pepper GA. Barriers to nurses' reporting of medication administration errors in Taiwan. *J Nurs Scholarsh* 2006; 38(4): 392-9
- Psychol 1986; 71(1): 137-45.
- 26- Lee JY, Heilmann SG, Near JP. Blowing the whistle on sexual harassment: test of a model of predictors and outcomes. *Human Relations* 2004; 57(3): 297-322.
- 27- Stansbury JM, Victor B. Whistle-blowing among young employees: a life-course perspective. *J Bus Ethics* 2009; 85(3): 281-99.
- 28- Goldman BM. Toward an understanding of employment discrimination claiming: An integration of organizational justice and social information processing theories. *Pers Psychol* 2001; 54(2): 361-86.
- 29- Zhang J, Chiu RK, Wei L. Decision-making process of internal whistleblowing behavior in China: empirical evidence and implications. *J Bus Ethics* 2009; 88(1): 25-41
- 30- Mrayyan MT, Shishani K, Al-Faouri I. Rate, causes and reporting of medication errors in Jordan: nurses' perspectives. *J Nurse Manag* 2007; 15(6): 659-70.
- 31- Mayo A M, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. *J Nurs Care Qual* 2004; 19(3): 209-17.
- ۳۲- تفاق م، نیکبخت نصرآبادی ع، مهران ع، دین محمدی ن. بررسی میزان رعایت اخلاق حرفه‌ای در اجرای دستورات دارویی توسط پرستاران. فصلنامه حیات ۱۳۸۳؛ دوره ۱۰ (شماره ۲۳): ۷۷-۸۵.
- 33- Blegen MA, Vaughn TE, Goode CJ. Nurse experience and education: effect on quality of care. *J Nurse Adm* 2001; 31(1): 33-9.
- 34- Wakefield DC, Wakefield BJ, UdenHolman T, Blegen MA. Perceived barriers in reporting medication administration errors. *Best Pract Benchmarking Healthc* 1996; 1(4): 191-7.
- 35- Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Qual Saf Health Care* 2002; 11(1): 8-15.
- 36- King G, Hermodson A. Peer reporting of coworker wrongdoing: a qualitative analysis of observer attitudes in the decision to report versus not report unethical behavior. *J Appl Commun Res* 2000; 28(4): 309-29.
- 37- King G. Perceptions of intentional wrongdoing and peerreporting behavior among registered nurse. *J Bus Ethics* 2001; 34(1): 1-13.
- 38- McDonald S. Reporting Misconduct: A Descriptive Study of Whistleblowing in Nursing