

بررسی موانع گزارش دادن خطاهای کارکنان پرستاری از دیدگاه آنها

مرجان مردانی حموله^{۱*}، عزیز شهرکی واحد^۲

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

خطاهای کاری از موارد غیرقابل اجتناب در کلیه‌ی حرفه‌ها از جمله حرفه‌های بهداشتی و درمانی است و کنترل خطاهای کاری در پرستاری مهم است. لذا هدف این مطالعه تعیین موانع گزارش دادن خطاهای کارکنان پرستاری از دیدگاه آنها می‌باشد. این پژوهش از نوع توصیفی و مقطعی است. ۹۲ نفر از کارکنان پرستاری شاغل در بیمارستان فاطمه الزهرا (س) نجف آباد اصفهان به روش سرشماری در سال ۱۳۸۷ در این تحقیق شرکت نمودند. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌ای پژوهشگر ساخته و روا و پایا شده، به صورت خود ایفا جمع‌آوری شده و با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شدند.

۹۵/۶ درصد پرسنل پرستاری اظهار داشتند که گزارش دادن خطاهای کاری ضرورت دارد. در این میان، موانع گزارش دادن خطاهای کاری از دیدگاه آنان با در نظر گرفتن حداکثر نمره‌ی ۵، در حیطه‌ی مربوط به کارکنان پرستاری با میانگین نمره $۰/۳۱ \pm ۴/۱۳$ و در حیطه‌ی مدیریت پرستاری با میانگین نمره $۰/۶۶ \pm ۳/۶۵$ اعلام شد. همچنین بیش‌ترین میانگین نمره در حیطه‌ی مربوط به کارکنان با وجود مسائل قانونی در این زمینه (۴/۶۴) و در حیطه‌ی مدیریت با نامتناسب بودن واکنش مدیران پرستاری با شدت اشتباه (۴/۲۷) مرتبط دانسته شد. با توجه به ضرورت گزارش خطاهای کاری در حرفه‌ی پرستاری، تلاش جهت رفع موانع موجود در این زمینه از سوی کارکنان و مدیران پرستاری الزامی است.

واژگان کلیدی: پرستاری، خطاهای کاری، موانع

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، سوپروایزر آموزشی بیمارستان فاطمه زهرا (س) نجف آباد اصفهان

^۲ کارشناس ارشد پرستاری، مربی و عضو هیأت علمی دانشکده‌ی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زابل

* نشانی: اصفهان، نجف آباد، اتوبان شهید صالحی، بیمارستان فاطمه الزهرا (س)، تلفن: ۰۹۱۳۲۸۶۴۰۷۷، نمابر: ۰۳۳۱-۲۴۴۲۱۱۳

Email: mardanimarjan@gmail.com

مقدمه

ارتکاب خطا، جزئی از انسان بودن است و هیچ کدام از دست‌اندرکاران ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی از خطا مبرا نخواهند بود (۱). در این میان خطاهای پرستاری، هم‌چون خطاهایی که حین دارو دادن یا مراقبت از بیماران رخ می‌دهند، مشکل شناخته شده و موردی است که در سیستم بهداشتی - درمانی وجود دارد ولی اهمیت آن در بهداشت و درمان از این جهت است که برعکس خطاهای موجود در سایر مشاغل، ممکن است نتایج جبران‌ناپذیری در پی داشته باشد؛ بنابراین از اهمیت بالاتری نیز برخوردار است. منظور از خطا در پرستاری، اصطلاحی عملیاتی است که به موجب رخداد آن، زنجیره‌ی برنامه‌ریزی‌شده‌ی فعالیت‌های فیزیکی و ذهنی در رسیدن به هدف عاجز می‌مانند و این قصور به مداخله‌ی شانس نسبت داده نمی‌شوند (۲). از میان ۲۰۰ مورد سوء عملکرد، نتایج بررسی‌ها نشان داد که بخش عمده‌ی این سوء عملکردها به دلیل فقدان استقلال و کارایی لازم در پرستاران بوده است که منجر به کاهش سطح صلاحیت عملکردی آن‌ها شده است (۳). شورای بین‌المللی پرستاران می‌گوید: ایمنی بیمار برای بهبود کیفیت مراقبت پرستاری ضروری است و تمام پرستاران مسؤلیت اساسی جهت حفظ ایمنی بیمار در تمام جهات مراقبت را دارند که شامل آگاه ساختن بیمار و همکاران در مورد احتمال خطر و روش‌های کاهش خطرات، حمایت از ایمنی بیمار و گزارش دادن رخداد‌های نابه‌جا به یک فرد مسؤول است (۲). از نظر مدیریت سیستم بهداشتی و درمانی نیز خطاهای پرستاران مهم است؛ چون همراه با ساعات مراقبت مستقیم، جایگزینی و جابه‌جایی پرستاران، غیبت، میزان آموزش و رضایت بیماران، میزان خطاهای کاری پرستاران نیز به‌عنوان یکی از نشانگرهای سودمندی کار پرسنل درمانی و مراقبتی برای آن مدیریت مهم است (۴). در این راستا، توجه به دیدگاه‌های پرستاران جهت بهبود رفتارهای گزارش‌دهی خطاهای کاری و انجام مداخلات

لازم برای افزایش آگاهی آن‌ها در این زمینه، از اهمیت بالایی برخوردار است (۵). در واقع، جهت افزایش گزارش دادن خطاهای کاری، درک دیدگاه‌های پرستاران، موانع گزارش‌دهی و راه‌های ممکن برای افزایش گزارش‌دهی این خطاها الزامی است؛ زیرا پرستاران معتقدند گزارش خطاهای کاری سبب بهبود عملکرد آنان و افزایش ایمنی بیماران می‌گردد که به‌دنبال خود موجبات کاهش میزان خطا را در پی خواهد داشت (۶). مطالعه‌ای مقطعی در زمینه‌ی بررسی میزان و نوع اشتباهات دارویی در بیمارستان‌های آموزشی شهر سنج با مشارکت ۱۰۴ پرستار انجام شد و یافته‌های تحقیق نشان داد اکثر اشتباهات دارویی در روش‌های وریدی، عضلانی و خوراکی به‌صورت حذف دارو و سپس دوز اشتباه دارو بوده و کل اشتباهات دارویی ۱۶/۷ درصد بوده است و هم‌چنین افزایش تعداد بیماران و وجود بیماران بد حال در افزایش تعداد خطاها نقش داشته است (۷). در همین راستا پژوهشی دیگر به بررسی اشتباهات دارویی ۶۰ نفر دانشجوی پرستاری در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی قلبی شهر اراک پرداخته است و محققان دریافتند در ۱۰ درصد واحدهای مورد پژوهش اشتباه دارویی اتفاق افتاده، ۴۱/۶۶ درصد آن‌ها، اشتباه دارویی در شرف وقوع را گزارش نمودند و ۴۸/۳۴ درصد نمونه‌ها هیچ‌گونه اشتباه در شرف وقوع و اتفاق افتاده‌ای را گزارش نکردند (۸). با توجه به مطالب ذکر شده، برای شناسایی بهتر خطاهای کاری در پرستاری، باید موانع عدم گزارش‌دهی در این حوزه را مورد بررسی قرار داد و در رفع آن‌ها اقدام نمود تا به این ترتیب از خطاهای کاری رایج پیشگیری شود. لذا هدف مطالعه‌ی حاضر تعیین موانع گزارش دادن خطاهای کارکنان پرستاری از دیدگاه آن‌ها بوده است تا بتوان با ارائه‌ی راهکارهای مناسب جهت کاهش بروز و کنترل دقیق خطاهای کاری پرستاران گام پیمود. امید است نتایج تحقیق راهگشای طرح‌های مداخله‌ای در این زمینه باشد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی و مقطعی است. جامعه‌ی این پژوهش شامل کلیه‌ی کارکنان پرستاری شاغل در بیمارستان فاطمه الزهرا (س) نجف‌آباد اصفهان در طیف کارشناس و کاردان پرستاری و دیپلم بهیاری با حداقل ۱ سال سابقه‌ی کار بود و نمونه در این تحقیق منطبق بر جامعه‌ی پژوهش بوده است. به این منظور ۹۲ نفر به روش سرشماری در سال ۱۳۸۷ مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته بود که پس از مروری بر متون تهیه و تنظیم شد. بخش اول پرسشنامه شامل ۸ سؤال در مورد مشخصات دموگرافیک و بخش دوم شامل ۲۰ سؤال مربوط به موانع گزارش دادن خطاهای کاری در ۲ حیطه‌ی موانع مدیریتی و موانع مربوط به کارکنان پرستاری بود و در بخش انتهایی پرسشنامه نیز طی سؤالی از کارکنان پرستاری خواسته شد تا ضرورت گزارش دادن خطاهای کاری خود را در قالب بلی - خیر اعلام دارند. سؤالات مربوط به موانع بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم و به صورت ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره‌گذاری گردید. سپس میانگین امتیاز هر سؤال و هر حیطه محاسبه شد. جهت کسب اعتبار ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد و مورد تأیید تنی چند از صاحب‌نظران حوزه‌ی پرستاری قرار گرفت و جهت کسب اعتماد ابزار از روش بازآزمایی بهره‌گیری شد. به این صورت که پرسشنامه‌ی مذکور به فاصله ۱۰ روز، ۲ بار در اختیار ۱۰ نفر از پرستاران واجد شرایط از واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. سپس داده‌های گردآوری شده در دو مرحله مورد آزمون آماری قرار گرفت و ضریب همبستگی پیرسون بین دو بار پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه برابر ۰/۸۴ به دست آمد و پایایی ابزار تأیید گردید. پرسشنامه‌ها بین واحدهای پژوهش توزیع شده و به روش خود ایفا تکمیل گردیدند. بعد از جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل آن‌ها با استفاده از برنامه‌ی آماری SPSS و آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) انجام شد. ضمن

آن‌که ملاحظات اخلاقی در تمام طول تحقیق رعایت شد؛ به این منظور پرستاران با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت کردند و اجازه‌ی پژوهش از کمیته‌ی اخلاق و موازین شرعی بیمارستان گرفته شد.

نتایج

در میان مشخصات دموگرافیک، اکثریت کارکنان پرستاری ۴۵/۶ درصد در دامنه‌ی سنی ۳۰-۴۰ سال قرار داشتند (کم‌ترین سن ۲۴ سال و بیش‌ترین سن ۵۰ سال بود)، اکثریت نمونه‌ها (۷۳/۹ درصد) زن، ۷۸/۳ درصد متأهل، ۶۷/۴ درصد کارشناس، ۴۱/۳ درصد رسمی، ۹۵/۶ درصد دارای شیفت در گردش، ۴۱/۳ درصد دارای سابقه‌ی کار ۱۰ - ۵ سال و ۲۴ درصد شاغل در بخش جراحی بودند (جدول شماره‌ی ۱).

مطابق یافته‌ها ۹۵/۶ درصد واحدهای پژوهش اعلام داشتند که گزارش دادن خطاهای کاری ضرورت دارد. در این میان موانع گزارش دادن خطاهای کاری از دیدگاه کارکنان پرستاری به این صورت بود که میانگین نمرات در حیطه‌ی موانع مربوط به کارکنان پرستاری 0.31 ± 4.13 و در حیطه‌ی موانع مدیریتی 0.66 ± 3.65 ، هم‌چنین بیش‌ترین میانگین نمره در حیطه‌ی موانع مربوط به کارکنان پرستاری وجود مسائل قانونی در این زمینه (۴/۶۴) و در حیطه‌ی موانع مدیریتی نامتناسب بودن واکنش مدیران پرستاری با شدت اشتباه (۴/۲۷) بوده است (جدول شماره‌ی ۲).

بحث

یافته‌های این پژوهش تأییدی بر این نکته است که مطابق با نظر اکثریت کارکنان پرستاری، گزارش دادن خطاهای کاری ضروری است. در واقع از آن‌جا که هدف اصلی و غایی حرفه‌ی پرستاری، تأمین بهبودی و سلامت بشریت است و ایمنی بیمار به‌عنوان یک نگرانی اصلی در سیستم ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی به‌ویژه برای پرستاران مطرح شده است؛ (۹) ضرورت گزارش دادن خطاهای کاری جهت تحقق اهداف پرستاری مشخص می‌گردد.

جدول شماره ۲ - میانگین و انحراف معیار هر یک از

موانع گزارش دادن خطاهای کاری

انحراف معیار	میانگین	موانع
		موانع مربوط به کارکنان
۰/۵	۴/۶۴	۱- وجود مسائل قانونی
۰/۵	۴/۵۳	۲- ملامت از طرف پزشک معالج بیمار
۰/۵	۴/۵۳	۳- نگرانی از تأثیر خطا در کسر حقوق
۰/۵	۴/۵۱	۴- نگرانی از زدن برجسب بی لیاقتی به پرستار
۰/۴۷	۴/۱	۵- ملامت از سوی بیمار و خانواده وی
۰/۴۵	۴/۱	۶- ملامت از سوی سایر همکاران
۰/۶۶	۴/۰۱	۷- نگرانی از انتشار خبر به سایر بیمارستان‌ها
۰/۸	۴	۸- واضح نبودن تعریف خطای کاری
۰/۷	۴	۹- نگرانی از تأثیر خطا در نمره ارزشیابی سالانه
۰/۸۸	۳/۹۸	۱۰- نگرانی از عدم همکاری سایر پرستاران
۰/۸۶	۳/۹۸	۱۱- نگرانی از ایجاد نگرش منفی در بیمار
۰/۶۲	۳/۹۷	۱۲- فراموش کردن خطای کاری از سوی کارکنان
۰/۸۴	۳/۹۲	۱۳- نگرانی از تأثیر خطا در وضعیت بیمار
۰/۸۱	۳/۹۲	۱۴- اهمیت نداشتن خطای کاری برای پرستاران
۰/۶۴	۳/۶۸	۱۵- کمبود دانش و آگاهی در زمینه‌ی خطای کاری
		موانع مدیریتی
۰/۶۶	۴/۲۷	۱۶- نامتناسب بودن واکنش مدیران پرستاری با شدت خطا
۰/۵۹	۴/۱۳	۱۷- نامتناسب بودن واکنش مدیران پرستاری با اهمیت خطا
۰/۵۲	۳/۳۱	۱۸- وجود بعضی باورهای غلط در مدیران پرستاری
۰/۹۳	۲/۸۹	۱۹- عدم دریافت بازخورد مثبت از طرف مدیران پرستاری به دنبال گزارش خطا
۰/۹۱	۲/۸۹	۲۰- تمرکز مدیر پرستاری به شخص خطاکار بدون توجه به سایر عوامل مؤثر در بروز خطا

جدول شماره ۱- مشخصات فردی واحدهای پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
سن به سال		
کم‌تر از ۳۰	۳۸	۴۱/۳
۳۰ تا ۴۰	۴۲	۴۵/۶
۴۰ تا ۵۰	۱۲	۱۳/۱
جنس		
زن	۶۸	۷۳/۹
مرد	۲۴	۲۶/۱
وضعیت تأهل		
مجرد	۲۰	۲۱/۷
متاهل	۷۲	۷۸/۳
سطح تحصیلات		
کارشناسی	۶۲	۶۷/۴
کاردانی	۱۰	۱۰/۹
دیپلم	۲۰	۲۱/۷
نوع استخدام		
رسمی	۳۸	۴۱/۳
آزمایشی	۳۱	۳۳/۷
پیمانی	۲۳	۲۵
نوع شیفت		
ثابت	۴	۴/۴
درگردش	۸۸	۹۵/۶
سابقه کار به سال		
کم‌تر از ۵	۳۱	۳۳/۷
۵ تا ۱۰	۳۸	۴۱/۳
بیش‌تر از ۱۰	۲۳	۲۵
بخش محل کار		
جراحی	۲۶	۲۴
داخلی	۲۰	۲۱/۷
اطفال	۱۰	۱۰/۹
زنان	۱۲	۱۳/۱
اورژانس	۱۴	۱۹/۴
CCU	۱۰	۱۰/۹
جمع هر متغیر	۹۲	۱۰۰

مسائل قانونی برای پرستاران به عنوان بزرگترین مانع گزارش دادن خطاهای کاری بوده است. شاید موضوعات نارضایتی، شکایت و دادخواهی بیماران از کادر درمانی به دلیل تخلفات و خطاهای تشخیصی، درمانی و مراقبتی که از مسائل مهم و مورد بحث جامعه‌ی ما می‌باشد و در مراکز پزشکی و حقوقی مورد بحث فراوان قرار می‌گیرد (۹)، بزرگترین دلیل حمایت از یافته‌ی فوق باشد تا کارکنان پرستاری را به عدم گزارش خطاهای کاری وادار سازد. در این رابطه باید به کارکنان پرستاری آموخت که وقتی حادثه‌ای رخ می‌دهد، مهم نیست چه کسی مقصر است، مهم جراحی و چگونگی رخداد آن حادثه در سیستم است و باید به دنبال نقاط ضعف آن سیستم بود که زمینه را برای رخداد خطا مهیا کرده است (۱۵). لازم به ذکر است که مراقبت با کیفیت خوب از بیمار، بخش ناگزیر و جزء حقوق و انتظارات بیمار است و هیچ چیزی، ضعف مراقبت تخصصی در بیمارستان را جبران نمی‌کند. بنابراین، پرستاران به دلیل داشتن استقلال حرفه‌ای باید در برابر اعمالشان پاسخگو باشند و خطاهای کاری خود را گزارش دهند (۱۶). ضمن آن‌که به دلایل بروز این خطاها باید توجه داشت. به اعتقاد Brown، قرارگرفتن در معرض تنش‌های شغلی گوناگون مثل تعداد زیاد بیماران و چالش‌های بالینی متعدد، سبب بروز خطاهای کاری در پرستاران می‌شود (۱۷). پژوهشگران کانادایی نیز بر این باورند که ساعات کار طولانی پرستاران، یکی از عوامل مؤثر در بروز خطاهای کاری آنان به‌شمار می‌آید (۱۸). دیگر یافته‌های پژوهش حاکی از وجود موانع مدیریتی به‌عنوان دلایلی جهت گزارش ندادن خطاهای کاری پرستاری بوده است. در حقیقت خطاهای کاری خطرناک در صورت وجود یک سیستم سازمان داده شده برای نظارت و توجه به پرستاران هرگز رخ نمی‌دهد. بنابراین، وظیفه‌ی مدیر پرستاری است که راه‌های بروز خطاها را با تشخیص علل زمینه‌ساز که با نقص عملکرد مدیریتی بروز می‌کند، مسدود نماید (۱۹). به‌علاوه، مدیران پرستاری مسؤولیت بررسی پروتکل‌های نوشته شده، خط مشی‌ها،

نتایج مطالعه‌ی Mikkelsen و همکاران نشان داد که نگرش پزشکان عمومی در خصوص گزارش دادن خطاهای کاری، مثبت بوده است (۱۰). در همین رابطه، جمعی از پژوهشگران دانمارکی به مطالعه‌ی دیدگاه ۷۰۳ پزشک و ۸۸۱ پرستار در زمینه‌ی خطاهای کاری آنان پرداختند و اعلام نمودند ۳۴ درصد پزشکان و ۲۱ درصد پرستاران تمایلی به گزارش خطاهای کاری خود ندارند و مهم‌ترین موانع مرتبط را فقدان حمایت لازم و ترس از تنش‌های موجود در این ارتباط برشمردند و در نتایج تحقیق به تلاش در جهت ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار از سوی کارکنان بالینی تأکید نمودند (۱۱). از سوی دیگر، باید پذیرفت خطاهای کاری در مراقبت‌های بهداشتی مثل تمام کارهای دیگر اجتناب‌ناپذیر است و صددرصد نمی‌توان از آن‌ها پیشگیری کرد ولی این امکان وجود دارد تا سیستمی طراحی کنیم که احتمال وقوع خطا را کاهش داده و اثرات منفی آن را در زمان رخ داد به حداقل برساند (۱۲). چنین سیستمی در جهت تلاش برای رفع زمینه‌های بروز خطاهای کاری عمل می‌نماید و تأکید می‌کند که هر اشتباه و نقصی به دلیل افزایش دانش ما در زمینه‌ی موانع ارائه‌ی یک مراقبت ایمن به بیمار، ما را با فرصت پیشرفت و بهبود عملکرد روبه‌رو می‌کند (۱۳). گروهی از محققان به بررسی دیدگاه ۱۸۶ پزشک و ۵۸۷ پرستار از ۶ بیمارستان در کشور استرالیا اقدام نمودند و در نتایج پژوهش اظهار داشتند ۹۸/۳ درصد نمونه‌ها از وجود سیستم گزارش‌دهی خطاهای کاری در بیمارستان مطلع بودند ولی اکثریت آن‌ها بزرگترین مانع گزارش دادن را فقدان بازخورد مناسب در این خصوص می‌دانستند؛ با این حال اکثریت افراد مورد بررسی به گزارش خطاهای کاری معتقد بودند. محققان پیشنهاد نمودند جهت بهبود در روند سیستم گزارش‌دهی، باید بازخورد مناسبی به کارکنان داده شود (۱۴). در این پژوهش موانع گزارش دادن خطاهای کاری در حیطه موانع مربوط به کارکنان پرستاری مهم‌تر اعلام شده است و آنچه در این حیطه حائز اهمیت بیش‌تری شناخته شده، وجود

استانداردها و دستورالعمل‌ها و نظارت بر پیروی از آن‌ها را دارند تا با انجام مسؤلیت خود احتمال خطا را کاهش دهند. به عبارت بهتر، آن‌ها باید با شناسایی نقاط ضعف برای جبران آن و جلوگیری از آسیب رساندن به بیمار برنامه‌ریزی کنند (۲۰). هم‌چنین مدیران پرستاری باید به ارتقای فرهنگ سازمانی یعنی افزایش مسؤلیت‌پذیری پرستاران، پاسخگویی، وجدان کاری و گزارش خطاهای کاری از طرف آنان با جدیت هر چه تمام‌تر، همت گمارند (۲۱). محققان می‌اندیشند، چنان‌چه کارکنان سیستم درمانی از سوی مدیران خود به خوبی درک شوند، خطاهای کاری آن‌ها به‌طور واقعی گزارش خواهد شد (۲۲). بنابراین، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و مطالعات انجام شده در این زمینه، نخستین گام در رفع موانع گزارش دادن خطاهای پرستاری، ایجاد فضایی است که در آن هر یک از کارکنان پرستاری در صورت انجام خطای کاری، صادقانه خطای خود و دلیل وقوع آن را به سایر اعضای تیم درمان بیان کند. از طرف دیگر، مدیران پرستاری هم اطلاعات مربوط به انواع خطاها و شرایط حاکم بر آن‌ها از جمله شدت خطاهای انجام شده را گردآوری نموده و در جهت رفع عوامل مؤثر بر این خطاها به کار گیرند.

نتیجه‌گیری

می‌توان چنین نتیجه گرفت که با توجه به جنبه‌های مختلف اخلاقی و حقوقی خطاهای کارکنان پرستاری برای رفع موانع موجود در راستای گزارش‌دهی این خطاها، باید نگاهی سیستماتیک داشت و به دنبال طراحی سیستمی بود تا میزان گزارش‌دهی خطاهای کاری پرستاری افزایش یابد. زیرا به‌نظر می‌رسد، چنان‌چه موانع موجود برطرف گردند کارکنان به گزارش دقیق خطاهای کاری و پی‌گیری کامل خطاهای خود اقدام خواهند نمود. لذا پیشنهاد می‌گردد مدیران بیمارستان‌ها و به‌ویژه مدیران پرستاری این موانع را با افزایش آگاهی درباره‌ی علل و عواقب بروز خطا، شناسایی ماهیت انواع خطا، ارتقای دانش با برگزاری برنامه‌های مدون آموزشی در این زمینه و نیز ارائه‌ی راه‌حل‌های علمی و کاربردی در پیشگیری از بروز آن، بر کارکنان پرستاری، هموار نمایند. در پایان به محدودیت‌های این تحقیق از جمله حجم کم نمونه‌ی آن و هم‌چنین انجام آن در یک بیمارستان که تعمیم‌پذیری نتایج را دشوار می‌نماید، اشاره می‌شود و توصیه می‌گردد با حجم نمونه‌ی بیش‌تر و در چند بیمارستان، تحقیقات مشابهی صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از تمامی کارکنان محترم پرستاری شرکت کننده در تحقیق اعلام می‌دارند.

- reporting and handling errors and adverse events. *Ugeskr Laeger* 2006; 168(48): 4195 - 200.
- 12- Kohan L, Corrigan J, Donalson M. *To Error Is Human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press; 2000.
- 13- Walshe K. Medical accident in the UK: a wasted opportunity for improvement? In: Rosenthal M, Mulcany L, Loya-Bostock S. *Medical Mishaps: Process of the Puzzle*. Buckingham: Open University Press; 1999.
- 14- Evans SM, Berry JG, Smith BJ, et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care* 2006; 15(1): 39-43.
- 15- Reason R. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320(7237): 768-70.
- 16- Blegen MA, Vaughn T, Pepper G, et al. Patient and staff safety: voluntary reporting. *Am J Med Qual* 2004; 19(2): 67-74.
- 17- Brown CJ. Self-renewal in nursing leadership: the lived experience of caring for self. *J Holist Nurs* 2009; 27(2): 75-84.
- 18- Estabrooks CA, Cummings GG, Olvo SA, Squires JE, Giblin C, Simpson N. Effects of shift length on quality of patient care and health provider outcomes: systematic review. *Qual Saf Health Care* 2009; 18(3): 181-8.
- 19- Marquis BL, Huston CJ. *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*, 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
- 20- Warlick DT. Negligence goes to the top. *Nurs Manage* 2000; 31(6): 22-4.
- 21- Simpson RL. Technology and the IOM: making the work environment safer. *Nurs Manage* 2004; 35(2): 20-3.
- 22- Travaglia JF, Westbrook MT, Braithwaite J. Implementation of a patient safety incident management system as viewed by doctors, nurses and allied health professionals. *Health (London)* 2009; 13(3): 277-96.
- منابع
- 1- Bates DW, Cohen M, Leape LL, Overhage JM, Shabot MM, Sheridan T. Reducing the frequency of errors in medicine using information technology. *J Am Med Inform Assoc* 2001; 8(4): 299-308.
- 2- Johnstone MJ, Kanitsaki O. The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: a discussion paper. *Int J Nurs Stud* 2006; 43(3): 367-76.
- 3- Leung WC. Concept to treatment in the A&E department. *Accid Emerg Nurs* 2002; 10(1): 17-25.
- 4- Hall LM. Nursing intellectual capital: a theoretical approach for analyzing nursing productivity. *Nurs Econ* 2003; 21(1): 14-9.
- 5- Wilson B, Bekker HL, Fylan F. Reporting of Clinical Adverse Events Scale: a measure of doctor and nurse attitudes to adverse event reporting. *Qual Saf Health Care* 2008; 17(5): 364-7.
- 6- Jeffe DB, Dunagan WC, Garbutt J, et al. Using focus groups to understand physicians' and nurses' perspectives on error reporting in hospitals. *Jt Comm J Qual Saf* 2004; 30(9): 471-9.
- ۷- پنجوینی س. بررسی فراوانی انواع خطاهای دارویی در پرستاران. *مجله پژوهش در پرستاری* ۱۳۸۵؛ دوره ۱ (شماره ۱): ۶۴-۵۹.
- ۸- کوهستانی ح، باغچقی ن. بررسی خطاهای دارویی دانشجویان پرستاری در بخش‌های مراقبت ویژه. *مجله علمی-پژوهشی پزشکی قانونی* ۱۳۸۶؛ دوره ۱۳ (شماره ۴۸): ۲۴۹-۵۵.
- ۹- شهرکی ع، حموله م. اصول گزارش‌نویسی در پرستاری. تهران: نشر سالمی؛ ۱۳۸۷.
- 10- Mikkelsen TH, Sokolowski I, Olesen F. General practitioners' attitudes toward reporting and learning from adverse events: results from a survey. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24(1): 27-32.
- 11- Madsen MD, Østergaard D, Andersen HB, Hermann N, Schiøler T, Freil M. The attitude of doctors and nurses towards

