بررسی دیدگاه پرستاران در مورد موانع مدیریتی و اخلاقی گزارش خطاهای کاری پرستاری

مهدی گل‌افروز[۱]، هاجر صادقی[*۲]، فاطمه قائدی[۳]، یاسر تبرایی[۴]، فریبا کیقبادی[۵]، فرزانه کیقبادی[۵]

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

با وجود این‌که خطا در عرصه‌ی ارائه‌ی خدمات سلامت، پدیده‌ای آسیب‌رسان و در بعضی مواقع غیر قابل جبران می‌باشد، هیچ-یک از افراد ارائه‌کننده‌ی خدمات بهداشتی از ارتکاب خطا مبرا نیستند. از آنجایی که هدف غایی حرفه‌ی پرستاری تأمین بهبودی و سلامت بشریت است، ضرورت گزارش دادن خطاهای کاری جهت تحقق اهداف پرستاری مشخص می‌شود. اما موانع متعددی بر سر گزارش‌دهی خطاهای پرستاری وجود دارد که باید به شناسایی و رفع آن‌ها پرداخت. لذا این مطالعه با هدف بررسی موانع مدیریتی و اخلاقی گزارش خطای کاری پرستاران، از دیدگاه آن‌ها انجام گرفت.

در این مطالعه‌ی توصیفی- تحلیلی ۲۰۱ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهر سبزوار با روش نمونه‌گیری در دسترس شرکت داشتند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای دو قسمتی شامل مشخصات فردی و پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته موانع مدیریتی و اخلاقی به ترتیب با ۱۳ و ۲۷ سؤال بود. شاخص اعتبار محتوا و پایایی ابزار با روش همسانی درونی (α=۸۰) و آزمون مجدد (r =۰/۸۴) اندازه‌گیری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه‌ی ۱۸ و با آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی) و استنباطی (اسپیرمن) انجام شد.

نتایج نشان داد که مهم‌ترین مانع مدیریتی گزارش خطای پرستاری از دیدگاه آنان، به خطر افتادن موقعیت شغلی با ۴۶/۳ درصد و مهم‌ترین مانع اخلاقی، عدم حمایت پزشک از پرستار مرتکب اشتباه با ۵۵/۲ درصد بود. احساس ناامنی در حیطه شغلی و ارتباطی به‌ویژه در ارتباط با پزشکان، می‌تواند تهدیدی برای گزارش خطاها و آسیب‌پذیری بیش‌تر سیستم مراقبتی از بیمار شود. لذا باید تدابیر مدیریتی و اخلاقی مناسبی در این راستا اتخاذ شود.

واژگان کلیدی: اخلاق پرستاری، مدیریت پرستاری، گزارش خطا

[۱] کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری، مربی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

[۲] کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، مربی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

[۳] کارشناسی ارشد روان‌پرستاری، مدرس دانشگاه علوم پزشکی قم

[۴] کارشناسی ارشد آمار، مربی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

[۵] دانشجوی کارشناسی مامایی، عضو فعال کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

*** نشانی:** اراک، میدان بسیج، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۸۶۳۴۱۷۳۵۰۳،

Email: haj. sadeghi@yahoo.com

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

مقدمه

با وجود این‌که خطا در عرصه ارائه‌ی خدمات سلامت پدیده‌ای آسیب‌رسان و در بعضی مواقع غیر قابل جبران است (۱)، جزیی از ویژگی‌های انسانی بوده و هیچ‌یک از افراد ارائه‌کننده‌ی خدمات بهداشتی از ارتکاب خطا مبرا نخواهند بود (۲).

منظور از خطای پرستاری، کوتاهی در انجام استانداردهایی است که مبنای وظایف و مسؤولیت‌های مصوب وزارت بهداشت و درمان را تشکیل می‌دهند (۱). ارتکاب خطا در جهانی که فرد ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت به‌عنوان انسانی کامل و عاری از عیب تلقی می‌شود، می‌تواند تجربه‌ای مخرب برای پرستاری باشد که خطا کرده‌است (۳). خطاهای سیستم بهداشتی – درمانی، در نتیجه‌ی خطاکاری انسان و طراحی ضعیف در سیستم‌های مراقبت سلامت همواره به وقوع می‌پیوندند. این خطاها هشتمین علت شایع مرگ در آمریکا است؛ به گونه ای که بر اساس آمارها، قریب به صدهزار مرگ را در هر سال موجب می‌شود (۴). از این رو جهت افزایش گزارش خطاهای اخلاقی و مدیریتی، درک دیدگاههای پرستاران، موانع گزارش‌دهی و راه‌های ممکن برای افزایش گزارش‌دهی این خطاها ضرورت دارد؛ زیرا ارائه‌دهندگان خدمات سلامت معتقدند گزارش خطاهای کاری سبب بهبود عملکرد آنان و افزایش ایمنی بیماران می‌شود و در نتیجه موجبات کاهش میزان خطا را نیز در پی خواهد داشت (۵). آشکارسازی 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 تنها به معنی در میان گذاشتن آن خطا و پیامد مضر آن با بیمار و خانواده‌اش توسط پزشک مسؤول بیمار یا سرپرستار نیست (۶)، بلکه به معنای اظهار تأسف و پوزش صادقانه (۷) و انجام مداخلات به منظور تصحیح صدمه وارد شده به بیمار است (۳).

لازم به‌ذکر است که مراقبت از بیمار با کیفیت خوب، جزء حقوق الزامی و انتظارات بیمار بوده و هیچ دلیلی نمی‌تواند ضعف مراقبت‌های تخصصی در بیمارستان را جبران کند. از این‌رو پرستاران به‌دلیل داشتن استقلال حرفه‌ای در برابر اعمالشان مسؤول بوده و باید خطاهای کاری خود را گزارش دهند (۸). به‌علاوه، 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 می‌شود (۹).

با توجه به‌نظریه‌ی Brown، قرار گرفتن در برابر تنش‌های شغلی متعدد هم‌چون تعدد بیماران و چالش‌های بالینی سبب بروز خطاهای کاری در پرستاران می‌شود (۱۰). یکی از دلایل افزایش خطاهای کاری پرستاران، کار شبانه، شیفت‌های طولانی و غیر قابل پیش بینی بودن نوع فعالیتشان است که احتمال خستگی را در آن‌ها افزایش می‌دهد؛ در نتیجه موجب کاهش عملکرد جسمی و فیزیکی پرستاران و افزایش احتمال خطاهای کاری می‌شود (۱۱). به‌عنوان مثال یکی از حساس‌ترین وظایف پرستاری، دارو دادن می‌باشد که خطا در انجام آن می‌تواند پیامدهای بسیار نامطلوبی برای بیمار در پی داشته باشد (۱۲). مطالعات نشان داده‌اند که مواردی از قبیل کمبود دانش داروشناسی، محاسبات دارویی نادرست، رعایت نکردن پروتکل‌های برنامه‌ریزی شده، بدخط نویسی پزشکان، شباهت در شکل، بسته‌بندی و اسامی داروها از جمله مواردی هستند که در بروز خطاهای دارویی پرستاران نقش بسزایی داشته‌است. لازم به‌ذکر است که نباید از مسائلی چون کمبود وقت، خستگی، تعداد ناکافی پرسنل، نبود یا کمبود وسایل غافل شد (۱۳). در مطالعه‌ی توصیفی و مقطعی که شهسواری و همکاران به بررسی موانع گزارش دادن خطاهای کارکنان پرستاری پرداختند، مشخص شد که با این‌که گزارش خطاهای کاری در حرفه‌ی پرستاری ضرورت دارد، تلاش جهت رفع موانع موجود در این زمینه از سوی کارکنان و مدیران

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

پرستاری الزامی است (١٤). هاشمی و همکاران در مطالعه‌ای کیفی به بررسی نگرانی‌های درک شده پرستاران از آشکارسازی خطاهای پرستاری پرداختند و تجارب و ادراکات پرستاران از نگرانی‌هایشان درباره اظهار خطا به بیمار و خانواده‌اش را بررسی نمودند. در این مطالعه، داده‌ها در ٤ طبقه‌ی نگرانی از واکنش بیمار، واکنش مدیران بلافصل، موقعیت شغلی و تجارب منفی برخوردهای قبلی با گزارش و اظهار خطا به بیمار قرار گرفتند (١٥). باغچقی و همکاران در پژوهشی که در زمینه‌ی بررسی اشتباهات دارویی ٦٠ نفر دانشجوی پرستاری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی شهر اراک انجام دادند، مشخص نمودند که در ١٠ درصد واحدهای مورد پژوهش اشتباه دارویی اتفاق افتاده، ٤١/٦٦ درصد آن‌ها، اشتباه دارویی در شرف وقوع را گزارش نموده و ٤٨/٣٤ درصد نمونه‌ها هیچ‌گونه اشتباه در شرف وقوع و اتفاق افتاده‌ای را گزارش نکردند (١٦). نتایج مطالعه‌ی Mikkelsen و همکاران نشان داد، که پزشکان عمومی نظر مثبتی در رابطه با افشای خطاهای کاری داشته‌اند (١٧). کبیرزاده و همکاران در مطالعه‌ای توصیفی و مقطعی که به بررسی نگرش نسبت به نظام داوطلبانه گزارش‌دهی خطاهای پزشکی پرداختند، به‌صورت سرشماری از رؤسا، مدیران، رؤسای پرستاری (مترون)، سوپروایزرها و سرپرستاران از ٣٢ بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران پرسشنامه تکمیل کردند. نتایج نشان داد که بیش‌تر مدیران با برقراری سیستمی برای گزارش‌دهی و آنالیز خطاهای پزشکی موافق هستند (١٨). از آنجایی که هدف غایی حرفه‌ی پرستاری تأمین بهبودی و سلامت بشریت است، ضرورت گزارش دادن خطاهای کاری جهت تحقق اهداف پرستاری مشخص می‌شود (١٤)؛ چراکه اظهار خطا به بیمار یک جنبه‌ی مهم اخلاقی و ضروری مراقبت است که فواید متعددی برای بیمار و ارائه‌کننده‌ی مراقبت سلامت و سازمان خدمات سلامت دارد (١٥). بنابراین، هدف مطالعه حاضر بررسی موانع مدیریتی و وابسته به اخلاق گزارش خطاهای پرستاران از دیدگاه آن‌ها می‌باشد، تا بتوان با شفاف‌سازی وسعت مشکل در این زمینه، در جهت کشف راهکارهای مناسب جهت کاهش بروز کنترل دقیق خطاها گام پیمود.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی و مقطعی است. جامعه تحقیق را پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی- پژوهشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سبزوار تشکیل دادند. در این مطالعه از کلیه‌ی پرستاران سه بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار در سال ١٣٩٠، که سابقه‌ی حداقل یکسال کار در بیمارستان داشتند، درخواست شد تا در صورت تمایل به پاسخگویی به سؤالات و همکاری در پژوهش، در مطالعه شرکت کنند. از ٢٣٠ پرسشنامه‌ای که بین پرستاران توزیع شد ٢٠١ مورد برگردانده شد. کل زمان جمع‌آوری داده‌ها یک‌ماه به‌طول انجامید. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای دو قسمتی بود که شامل مشخصات فردی و پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته بود که با استفاده از متون و مقالات معتبر طراحی شد. سؤالات پرسشنامه‌ی مشخصات فردی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، بخش محل کار، وضعیت استخدام، سابقه‌ی کار، نوبت کاری و مدرک تحصیلی بود. موانع مدیریتی و وابسته به اخلاق حاوی ١٣ سؤال در مورد موانع مدیریتی و ٢٧ سؤال در مورد موانع وابسته به اخلاق و در مجموع ٤٠ سؤال بود. سؤالات مرتبط با موانع مدیریتی شامل به خطر افتادن موقعیت شغلی، امکان جابه‌جایی و تغییر محل خدمت، نامتناسب بودن واکنش مدیران پرستاری با شدت و اهمیت خطا، وجود بعضی باورهای غلط در مدیران پرستاری، عدم دریافت بازخورد مثبت از طرف مدیران پرستاری به‌دنبال گزارش خطا، تمرکز مدیر پرستاری به شخص خطاکار بدون توجه به سایر عوامل مؤثر در بروز خطا، محدود بودن آستانه‌ی تحمل مدیر و بزرگ جلوه دادن خطا، اخطارهای شفاهی و کتبی مدیران به افراد

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

مرتکب خطا، عدم نگاه مدیران به خطای پرستاری به‌عنوان جزء لاینفک از فعالیت‌های حرفه‌ای، حاکم بودن فرهنگ سرزنش و تنبیه به جای فرهنگ ایمنی از طرف مدیران، آموزش ناکافی پرستاران و احساس کاهش توانمندی در خصوص نحوه‌ی مواجهه با خطاهای کاری و مدیریتی آن‌ها و نبود فرهنگ مدیریتی باز بود.

سؤالات پرسشنامه‌ی موانع اخلاقی در شش حیطه شامل موارد زیر بود: کسب تجربه‌ی اخلاقی منفی از برخوردهای قبلی با گزارش و اظهار خطا به بیمار (مضطرب شدن و عصبانیت، سلب اعتماد، ترس پرستار از شکایت بیمار به مراجع قانونی، تغییر در کیفیت رابطه‌ی متقابل بیمار و پرستار)؛ بزرگ جلوه دادن خطا توسط بیماران (سوءاستفاده جهت گرفتن دیه، درگیر شدن با فرایند ابراز خطا، متحمل شدن ضررهای اقتصادی)؛ صدمه دیدن آبرو و حیثیت حرفه‌ای و اجتماعی، مجازات‌های شغلی (نگاه تحقیرآمیز همکاران و پزشکان، خدشه‌دار شدن شخصیت و حرمت انسانی، انفصال خدمت و قطع حقوق، نگرانی از واکنش خانواده‌ی بیمار، بی‌توجهی مدیر به علل ایجاد خطا، برخورد منفی قبلی پزشکان و همکاران)؛ شانه خالی کردن پزشک در پاسخگویی به بیمار و مسؤولان (عدم حمایت پزشک از پرستار مرتکب اشتباه، تحریک بیمار به پیگیری شکایت، جبهه‌گیری همکاران)؛ ترس و نگرانی از پیگردهای قانونی و تهدیدات شغلی (ترس و نگرانی از دردسرساز بودن آشکارسازی و گزارش خطا برای بخش محل کار)؛ عدم شناخت نسبت به خطا به‌عنوان شاخصی از آموزش ناکافی پرسنل (شفاف نبودن قانون بخشودگی و اغماض در مورد گزارش‌کننده‌ی خطا، عدم امید به بهبود ایمنی با گزارش خطا، نبود قوانین مدون در عذرخواهی و جبران خسارت بیمار).

در هر سؤال حداکثر نمره‌ی ٤ به معنی کاملاً موافق و حداقل نمره‌ی ۱ به معنی مخالف بود. دامنه‌ی امتیازات در مورد موانع مدیریتی و وابسته به اخلاق به ترتیب، بین ۱۳ تا ۵۲ و ۲۷ تا ۱۰۸ بود.

جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از اعتبار محتوا استفاده شد و از ٤ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، مدیر عامل، مترون و مسؤول حاکمیت بالینی یکی از بیمارستان‌های آموزشی سبزوار، یک نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه شاهد و دو نفر از اعضای هیأت علمی گروه مدیریت و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کرمان نظرخواهی شد و هر سؤال از نظر مربوط بودن، واضح بودن و ساده و روان بودن بررسی شد، که امتیاز بالای ۷۵ درصد قابل قبول بود. شاخص اعتبار محتوای پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته در مجموع در قسمت‌های مربوط بودن، واضح بودن و ساده‌بودن به ترتیب ۹۱، ۸۵ و ۹٤ درصد بود. در پژوهش حاضر همبستگی درونی سؤالات پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۸۰ درصد بود. برای بررسی پایایی با روش آزمون مجدد، مقیاس‌ها را به فاصله ۱۰ تا ۱۵ روز به ۱۰ نفر از پرستاران تحویل داده و همبستگی بین دو آزمون سنجیده شد و ($r = ۰/۸٤$) تعیین شد، که نشان‌دهنده‌ی انسجام لازم سؤالات پرسشنامه است. جهت رعایت اصول اخلاقی در انجام تحقیق، پس از بررسی در شورای پژوهشی و کمیته‌ی اخلاق دانشگاه، ابتدا با ارائه‌ی نامه‌ی کتبی معاونت پژوهشی مبنی بر تصویب طرح و اجازه‌ی اجرای آن، موافقت مسؤولان بیمارستان‌ها اخذ شد. اهداف و ضروریات انجام طرح به‌صورت حضوری برای ریاست و مسؤولان حراست بیمارستان‌ها بیان شده و نامه‌ی مجوز انجام طرح جهت ارائه به کلیه‌ی سرپرستاران صادر شد. پژوهشگران در محل پژوهش حضور یافته و هدف از انجام پژوهش به‌طور واضح ذکر و پرسشنامه‌ها با رضایت آگاهانه‌ی پرستاران در اختیار آنان قرار گرفت. در برخی موارد به جهت متغیر بودن نوبت‌های کاری پرستاران، در دفعات متعددی مراجعه شد. در ابتدا خاطر نشان شد ذکر نام اجباری نبوده و ابزار به‌صورت خود گزارشی و کاملاً آزادانه تکمیل می‌شود. در پایان، تجزیه

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

و تحلیل دادها با استفاده از SPSS نسخه‌ی ۱۸ توسط آزمون‌های آمار توصیفی (فراوانی) و استنباطی (آزمون اسپیرمن) انجام شد.

نتایج

از مجموع ۲۰۱ پرستار شرکت‌کننده در مطالعه، بیش‌تر واحدهای مورد پژوهش ۴۰-۳۱ ساله (۴۵/۸ درصد)، خانم (۷۵/۱ درصد)، دارای مدرک کارشناسی (۹۰/۱ درصد)، متأهل (۷۷/۶ درصد)، دارای استخدام پیمانی (۵۴/۷ درصد)، سابقه‌ی کم‌تر از ۵ سال (۴۲/۳ درصد)، شیفت در گردش (۹۱ درصد) و شاغل در بخش داخلی (۳۶/۹ درصد) بودند (جدول شماره‌ی ۱).

جدول شماره‌ی ۱- اطلاعات دموگرافیک پرستاران

متغیر		فراوانی	درصد	متغیر		فراوانی	درصد
سن	۲۲-۳۰	۸۹	۴۴/۳	استخدام	*رسمی*	۹۱	۳/۴۵
	۳۱- ۴۰	۹۲	۴۵/۸		*پیمانی*	۱۱۰	۷/۵۴
	۴۱-۵۰	۲۰	۱۰	شیفت	*ثابت*	۱۸	۹
جنس	*آقا*	۵۰	۲۴/۹		*در گردش*	۱۸۳	۹۱
	خانم	۱۵۱	۷۵/۱	سابقه‌ی کار (سال)	*کم‌تر از ۵*	۸۵	۳/۴۲
تأهل	مجرد	۴۵	۲۲/۴		*۵ تا ۱۰*	۷۲	۸/۳۵
	متأهل	۱۵۶	۷۷/۶		*بیش‌تر از ۱۰*	۴۴	۹/۲۱
تحصیلات	*کارشناسی*	۱۸۱	۹۰/۱	بخش	*جراحی*	۶۸	۹/۳۳
	کارشناسی ارشد	۲۰	۰/۹		*داخلی*	۷۳	۹/۳۶
					ویژه	۳۲	۳/۱۵
					اورژانس	۲۸	۹/۱۳

همان‌گونه که در جدول شماره‌ی ۲ آمده است، مهم‌ترین موانع اخلاقی گزارش خطای کاری پرستاری از دیدگاه آنان به‌ترتیب شامل عدم حمایت پزشک از پرستار مرتکب اشتباه (۲/۵۵درصد)، شانه خالی کردن پزشک در پاسخگویی به بیمار و مسؤولان (۲/۵۴ درصد) و نگاه تحقیرآمیز همکاران و پزشکان (۳/۴۳ درصد) بود و کم‌اهمیت‌ترین آن جبهه‌گیری همکاران (۹/۲۳ درصد)، انفصال خدمت و قطع حقوق (۴/۲۵ درصد) و عدم شناخت نسبت به خطا به‌عنوان شاخصی از آموزش ناکافی پرسنل (۹/۲۷ درصد) بود. فراوانی سایر آیتم-های مربوط به موانع اخلاقی گزارش خطای کاری پرستاری از دیدگاه آنان، در جدول دو آمده است.

جدول شماره‌ی ۲ - فراوانی پاسخ کاملاً موافقم به موانع اخلاقی گزارش خطای کاری پرستاری

شماره	عبارات	تعداد	درصد
۱	جبهه‌گیری همکاران	۴۸	۲۳/۹
۲	انفصال خدمت و قطع حقوق	۵۱	۲۵/۴
۳	عدم شناخت نسبت به خطا به‌عنوان شاخصی از آموزش ناکافی پرسنل	۵۶	۲۷/۹
۴	ترس و نگرانی از پیگردهای قانونی و تهدیدات شغلی	۵۷	۲۸/۴

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

۵	نگرانی از واکنش خانواده بیمار	۵۷	۲۸/۴
۶	امکان متحمل شدن ضررهای اقتصادی	۵۸	۲۸/۹
۷	مضطرب شدن و عصبانیت بیمار	۶۲	۳۰/۸
۸	درگیر شدن با فرایند وقت گیر گزارش خطا	۶۳	۳۱/۳
۹	عدم امید به بهبود ایمنی با گزارش خطا	۶۵	۳۲/۳
۱۰	تحریک بیمار به پیگیری شکایت	۶۶	۳۲/۸
۱۱	مجازات‌های شغلی	۶۸	۳۳/۸
۱۲	برخورد منفی قبلی پزشکان و همکاران	۶۹	۳۴/۳
۱۳	بی توجهی مدیر به علل ایجاد خطا	۶۹	۳۴/۳
۱۴	سلب اعتماد بیمار	۶۹	۳۴/۳
۱۵	ترس و نگرانی از دردسر ساز بودن آشکارسازی و گزارش خطا برای بخش محل کار	۷۰	۳۴/۸
۱۶	تغییر در کیفیت اعتماد و رابطه‌ی متقابل بیمار و پرستار	۷۰	۳۴/۸
۱۷	سوء استفاده جهت گرفتن دیه از سوی برخی از بیماران	۷۱	۳۵/۳
۱۸	خدشه‌دار شدن شخصیت و حرمت انسانی	۷۲	۳۵/۸
۱۹	ترس پرستار از شکایت بیمار به مراجع قانونی	۷۳	۳۶/۳
۲۰	نبود قوانین مدون در عذرخواهی و جبران خسارت بیمار	۷۶	۳۷/۸
۲۱	کسب تجربه اخلاقی منفی از برخوردهای قبلی با گزارش و اظهار خطا به بیمار	۷۷	۳۸/۳
۲۲	صدمه دیدن آبرو و حیثیت حرفه‌ای و اجتماعی	۷۷	۳۸/۳
۲۳	بزرگ جلوه دادن خطا از سوی برخی از بیماران	۸۲	۴۰/۸
۲۴	شفاف نبودن قانون بخشودگی و اغماض در مورد گزارش‌کننده‌ی خطا	۸۵	۴۲/۳
۲۵	نگاه تحقیر آمیز همکاران و پزشکان	۸۷	۴۳/۳
۲۶	شانه خالی کردن پزشک در پاسخگویی به بیمار و مسؤولان	۱۰۹	۵۴/۲
۲۷	عدم حمایت پزشک از پرستار مرتکب اشتباه	۱۱۱	۵۵/۲

مهم‌ترین موانع مدیریتی گزارش خطای پرستاری از دیدگاه آنان به ترتیب، به خطر افتادن موقعیت شغلی (۴۶/۳ درصد)، نبود فرهنگ مدیریتی باز (۳/۴۵ درصد)، حاکم بودن فرهنگ سرزنش و تنبیه به‌جای فرهنگ ایمنی از طرف مدیران (۸/۴۴ درصد) بود و کم اهمیت‌ترین آن‌ها به‌ترتیب، وجود بعضی باورهای غلط در مدیران پرستاری (۳۵/۸ درصد)، امکان جابه جایی و تغییر محل خدمت (۸/۳۶ درصد)، محدودبودن آستانه‌ی تحمل مدیر، بزرگ جلوه دادن خطا (۳/۳۷ درصد) و عدم نگاه مدیران به خطای پرستاری به‌عنوان جزء لاینفک از فعالیت‌های حرفه‌ای (۸/۳۷ درصد) بود. فراوانی سایر آیتم‌های مربوط به موانع مدیریتی گزارش خطای کاری پرستاری از دیدگاه آنان، در جدول شماره‌ی ۳ آورده شده است.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

جدول شماره‌ی ۳ - فراوانی پاسخ کاملاً موافقم به موانع مدیریتی گزارش خطای پرستاری

شماره	عبارات	تعداد	درصد
۱	وجود بعضی باورهای غلط در مدیران پرستاری	۷۲	۳۵/۸
۲	امکان جابه جایی و تغییر محل خدمت	۷۴	۳۶/۸
۳	محدود بودن آستانه تحمل مدیر و بزرگ جلوه دادن خطا	۷۵	۳۷/۳
۴	عدم نگاه مدیران به خطای پرستاری به‌عنوان جزء لاینفک فعالیت‌های حرفه‌ای	۷۶	۳۷/۸
۵	اخطارهای چپ و راست شفاهی و کتبی مدیران به افراد مرتکب خطا	۷۷	۳۸/۳
۶	آموزش ناکافی پرستاران و احساس کاهش توانمندی در خصوص نحوه‌ی مواجهه با خطاهای کاری و مدیریتی آن‌ها	۷۸	۳۸/۸
۷	نامتناسب بودن واکنش مدیران پرستاری با اهمیت خطا	۷۸	۳۸/۸
۸	عدم دریافت بازخورد مثبت از طرف مدیران پرستار به‌دنبال گزارش خطا	۸۵	۴۲/۳
۹	تمرکز مدیر پرستاری به شخص خطاکار بدون توجه به سایر عوامل مؤثر در بروز خطا	۸۶	۴۲/۸
۱۰	نامتناسب بودن واکنش مدیران پرستاری با شدت خطا	۸۸	۴۳/۸
۱۱	حاکم بودن فرهنگ سرزنش و تنبیه به‌جای فرهنگ ایمنی از طرف مدیران	۹۰	۴۴/۸
۱۲	نبود فرهنگ مدیریتی باز	۹۱	۴۵/۳
۱۳	به خطر افتادن موقعیت شغلی	۹۳	۴۶/۳

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون اسپیرمن نشان داد که بین موانع مدیریتی گزارش خطای پرستاری با تحصیلات پرستاران (rho= -۰/۱۷۳ و P= ۰/۰۱۸) و شیفت کاری (rho= -۰/۱۶۳ و P= ۰/۰۲۵) همبستگی منفی معنی‌داری وجود دارد. هم چنین هیچ همبستگی معنی‌داری بین موانع اخلاقی گزارش خطای پرستاری با متغیرهای زمینه‌ای مشاهده نشد.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر این است که از دیدگاه پرستاران مهم‌ترین موانع مدیریتی و اخلاقی گزارش خطاهای پرستاری، به خطر افتادن موقعیت شغلی و عدم حمایت پزشک از پرستار مرتکب اشتباه می‌باشد. از آنجا که هدف غایی پرستاری، تأمین بهبودی و سلامتی بشریت است و ایمنی بیمار از نگرانی‌های اصلی سیستم خدمات بهداشتی به حساب می‌آید (۱٤)، ضرورت گزارش خطاهای پرستاری مطرح می‌شود. لذا، به منظور دست یابی به این هدف مهم، لازم است که موانع گزارش خطاهای پرستاری برطرف شود.

در این پژوهش مهم‌ترین مانع اخلاقی گزارش خطاهای پرستاری از دیدگاه آنان، عدم حمایت پزشک از پرستار مرتکب اشتباه می‌باشد. احساس عدم امنیت و حمایت شدن در بردارنده‌ی ترس و اضطراب است و چنان چه موقعیت ناامنی به‌وجود آید، فرد مضطرب شده و احساس خطر می‌کند (۱۹).

مطالعات نشان می‌دهند ترس از سرزنش و برچسب بی‌کفایتی می‌تواند در نتیجه و همسو با حمایت نشدن از سوی همکاران پرستار و پزشک رخ دهد و به عدم آشکار سازی و گزارش خطا بیانجامد (۲۰)؛ چرا که احساس حقارت و طرد شدگی، ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی را نسبت به آشکار سازی خطا مردد و بی میل می‌کند (۲۱).

این مانع اخلاقی می‌تواند بیانگر ضعف ارتباطی بین اعضای تیم به‌ویژه تعامل بین پزشکان و پرستاران باشد. نتایج مطالعات گواه این است که ارتباط ضعیف، تقریباً مسؤول ۵۰

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

درصد خطاهای بیمارستانی و بیش از ۲۰ درصد خطاهای دارویی است (۲۲). مطالعات بیانگر این است که وجود هرگونه رابطه منفی یا معیوب بین پزشک و پرستار، بیمار را در معرض خطر و آسیب قرار می‌دهد، در حالی که همکاری مطلوب بین پرستار و پزشک نه تنها جهت ارتقای امنیت بیمار سودمند است (۲۳)؛ بلکه می‌تواند باعث تقویت حمایت درک شده پرستار از سوی پزشک به‌عنوان همکار خود، افزایش رضایت شغلی پرستاران و پزشکان و گزارش‌دهی بیش‌تر خطاها شود (۲٤). بنابراین، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی درباره رابطه گزارش‌دهی خطاهای پرستاری از دیدگاه آنان و وضعیت ارتباط پزشک- پرستار انجام گیرد و نیز تدابیری جهت ارتقای ارتباط پزشک - پرستار با توجه به زمینه‌های فرهنگی اجتماعی موجود اتخاذ شود.

هم‌چنین، در رابطه با عدم تمایل به گزارش خطاهای پرستاری دیدگاه کامل‌گرایی در اعضای تیم درمان که توسط لیپ مطرح شده است، می‌تواند مانع مهمی برای گزارش خطا تلقی شود. وی اظهار می‌دارد که یک متخصص آموزش دیده و با انگیزه نباید خطا کند و فرد ارائه‌دهنده‌ی مراقبت را در صورت وقوع خطا سرزنش می‌کند و معتقد است نگرش همکاران نسبت به فرد خطاکار، منفی خواهد شد. با استناد به این الگوی فکری، حتی برداشت‌های خود افراد درباره‌ی توانایی‌ها و شایستگی‌های حرفه‌ای شان شکننده خواهد بود و شرم، پشیمانی و احساس گناه فرد را می‌رنجاند (۲۱، ۳).

پرستاران ممکن است به‌دلیل اثرات منفی آشکار سازی بر آن‌ها بترسند؛ متخصصانی که خطر آشکار سازی خطا را می‌پذیرند، از سوی همکاران با دید منفی نگریسته می‌شوند (۲٦ ، ۲۵)؛ در حالی که اتخاذ رویکرد فردی و وجود فرهنگ سرزنش در سیستم مراقبتی در برابر فرد خطا کار نشان دهنده ضعف سیستم است که نه به سود بیمار و نه مفید فایده برای افراد متخصص است (۲۷). مطالعه‌ی کبیرزاده و همکاران نشان داد که بررسی خطاها به‌صورت سیستماتیک و غیر فردی اولین و مهم‌ترین قدم در کاهش خطاهای حرفه‌ای است (۱۸).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که مهم‌ترین مانع مدیریتی بر سر راه گزارش خطاهای پرستاری، به خطر افتادن موقعیت شغلی بوده است. به‌نظر می‌رسد ترس از تهدید موقعیت شغلی که می‌تواند پاسخ سازمان به پرستار مرتکب خطا باشد، بیانگر محیط کاری دارای فرهنگ تنبیه و سرزنش است؛ محیطی که جایزالخطا بودن انسان را مد نظر قرار نمی‌دهد؛ در حالی که از نظر مدیریتی باید بر ارتقای ارتباطات حرفه‌ای و تقویت بعد اخلاقی و انسانی تأکید داشت و توجه داشت که نارسایی در گزارش خطای پرستاری، تلاش سازمانی و مدیریتی برای جلوگیری از خطاها را به‌دنبال نخواهد داشت، بلکه تعهد متخصصان بالینی و سازمان‌ها را نسبت به اطلاع‌رسانی خطا به بیماران کاهش می‌دهد (۲۱).

با توجه به این‌که ناامنی شغلی می‌تواند به علت واکنش منفی مدیران در برخورد با فرد خطاکار باشد؛ به‌طوری که مطالعات نشان می‌دهند ٦۳ تا ۸٤ درصد پرستاران به علت واکنش منفی مدیران و همکاران، خطاهای دارویی خود را گزارش نمی‌کنند (۲۸)، پیشنهاد می‌شود مدیران از سیستم‌های ثبت خطای غیر چاپی و الکترونیک بدون ذکر هویت یا ذکر داوطلبانه آن بهره گیرند. هم‌چنین، لازم است مدیر پرستاری، با شناسایی سایر عوامل مدیریتی زمینه‌ساز خطاهای پرستاری، از ایجاد و تکرار آن‌ها خودداری کند (۲۹). از جمله اقدامات مدیریتی جهت ارتقای گزارش‌دهی خطاهای پرستاری، وجود سیستم مناسب سازماندهی نظارتی بر کار پرستاران است تا بتواند از خطاهای کاری خطرناک پیشگیری و در صورت نیاز تدابیر مناسب جهت رفع آن‌ها اتخاذ کند. در این رابطه مطالعه‌ی دارابی نشان داد که سیستم نظارتی دقیق نیز در کاهش قصورات پرستاری نقش بسزایی دارد (۱).

مدیران پرستاری مسؤول بررسی خط مشی‌ها، استانداردها و دستورالعمل‌های مربوط به اجرای خدمات پرستاری و مراقبت از بیمار هستند و از این طریق می‌توانند وقوع خطاها

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

را کاهش دهند (۳۰).

در مطالعه‌ی Blegenet و همکاران اشاره شده است که، مدیران پرستاری باید از تدابیر و راهکارهای مدیریتی به منظور افزایش واکنش‌های اخلاقی مبتنی بر مسؤولیت‌پذیری، پاسخگویی و گزارش خطاهای کاری پرستاران بهره گیرند و به جای برقراری سیستم تنبیهی صرف در مقابل خطاهای حرفه‌ای، در جهت ارتقای این فرهنگ در کارکنان تحت نظر خود بکوشند؛ چرا که مراقبت با کیفیت بالا از حقوق بیماران به حساب می‌آید و پرستاران باید به‌دلیل برخورداری از استقلال حرفه‌ای در برابر اعمالشان پاسخگو باشند و خطاهای کاری خود را گزارش دهند (۹).

با توجه به موانعی که در این مطالعه و مطالعات مشابه ذکر شد، لازم است به سمتی حرکت کنیم که فرهنگ ایمنی‌ای بر بیمارستان‌ها حاکم شود که در آن خطاها، نه به‌عنوان شکست‌های فردی؛ بلکه به‌عنوان فرصت‌هایی برای ارتقاء و بهبود سیستم و پیشگیری از آسیب‌ها و زیان‌ها تلقی شود (۳۱). در کشورهای پیشرفته اخیراً به فرهنگ ایمنی بیمار توجه بیش‌تری شده است تا بتوانند به‌طور سیستمیک عوامل مؤثر بر ایمنی بیمار از جمله فرهنگ گزارش‌دهی خطاها را بررسی نمایند (۲۳ ، ۹) و در جهت ارتقای آن گام بردارند. در ایران نیز اقداماتی در این راستا انجام شده که ازجمله آن‌ها می‌توان به حضور کارشناسان ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها و پرداختن به فرهنگ ایمنی و تلاش جهت ثبت خطاها به‌صورت محرمانه و انجام اقدامات اصلاحی با نگرش سیستمیک نه فردی، و انجام مطالعاتی در این زمینه اشاره کرد.

در پایان با توجه به نتایج مطالعه فعلی پیشنهاد می‌شود علاوه بر موانع اخلاقی و مدیریتی، موانع قانونی گزارش خطاهای پرستاری مورد مطالعه قرار گیرد و نگرش و عملکرد مدیران پرستاری و پزشکان نسبت به خطاهای پرستاری مورد بررسی واقع شود. هم چنین پیشنهاد می‌شود بررسی موانع از دیدگاه پرستاران با در نظر گرفتن تعداد و موارد خطاهای حرفه‌ای و نحوه برخورد با آن‌ها مورد مطالعه قرار گیرد تا بر این اساس بتوان رویکردهای بهتری جهت رفع موانع اخلاقی و مدیریتی اتخاذ کرد. علاوه بر این لازم است بر آموزش اخلاق پرستاری تأکید شده و آگاهی پرستاران از سیستم‌های گزارش‌دهی خطا افزایش یابد.

نتیجه‌گیری

از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که بهتر است به منظور اصلاح و ارتقای نگرش پرستاران در جهت افزایش گزارش خطاهای حرفه‌ای، جنبه‌های انسانی و اخلاقی نظیر امنیت فردی و حرفه‌ای را مد نظر داشت و رویکرد غیر فردی و سیستماتیک اتخاذ کرد تا پرستاران بتوانند بدون ترس و در محیطی عاری از فرهنگ تنبیه و سرزنش، خطاهای خود را گزارش دهند و از حمایت سایر اعضای تیم از جمله پزشکان هم بهره‌مند شوند. هم چنین لازم است در این رابطه، برنامه‌های آموزشی درباره‌ی اصول اخلاقی به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

بر خود لازم می‌دانیم مراتب تشکر و تقدیر خود را از پرستاران محترم شاغل در دانشگاه علوم پزشکی سبزوار بالاخص سرکار خانم حسینی مترون محترم بیمارستان امداد شهید بهشتی (ره) که همراهمان بودند، اعلام داریم. مقاله‌ی حاضر حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی سبزوار با شماره ۳۹۱۰۲۰۲۱۲ مورخ ۲۷ /٦/ ۱۳۹۱ می‌باشد، لذا از مساعدت دانشگاه در تمامی مراحل انجام تحقیق سپاسگزاریم.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

منابع

1- Darabi F, Amolaee K, Assarezadegan M, et al. Frequency of nursing and midwifery errors in referred cases to the Iranian medical council and Imam Reza training hospital in kermanshah. J kermanshah Univ Med Sci 2009; 13(3): 261-6. [In Persian]

2- Bates DW, Cohen M, Leape LL, Overhange 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.

3- Cigger NJ. Always having to say you're sorry: an ethical response to making mistakes in professional practice. Nurs Ethics 2004; 11(6): 568-76.

4- Schuer KM. Quality care committee of the AAPA. Disclosure of medical errors: the right thing to do. JAAPA 2010; 23(8): 27-9.

5- 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.

6- Kaldjian LC, Jones EW, Rosenthal GE, Tripp-Reimer T, Hillis SL. An empirically derived taxonomy of factors affecting physicians' willingness to disclose medical errors. J Gen Intern Med 2006; 21(9): 942-8.

7- Mason DJ. To forgive, divine: it's time to drop the veil of secrecy about disclosing errors. Am J Nurs 2005; 105(12):11.

8- Blegen MA, Vaughn T, Pepper G, et al. Patient and staff safety: voluntary reporting. AM J med Qual 2004: 19(2): 67-74.

9- Hobgood C, Hevia A, Hinchey P. Profiles in patient safety: when an error occurs. Acad Emerg Med 2004; 11(7): 766-70.

10- Brown CJ. Self-renewal in nursing leadership: the lived experience of caring for self. J Holist Nurs 2009; 27(2): 75-84.

11- Javadi T. Tired in nurses and nursing errors. The second seminar on prevention of medical errors.Iran, Lorestan, Lorestan University of Medical Sciences, 2005. [in Persian]

12-

13- Anderson DJ, Webster CS. A system approach to the reduction of medication error on the hospital ward. J Adv Nurs 2001; 35(1): 34-41.

14- Carlton G, Blegen MA. Medication-related errors: a literature review of incidence and antecedents. Annu Rev Nurs Res 2006; 24: 19-38.

15- Shahraki Vahed A, Mardani Hamule M. [Principles of Cost Nursing]. Jameenegar Publication; 2008. [In Persian]

16- Hashemi F, Nikbakht A, Asghari F. Nurses perceived worries from error disclosure: a qualitative study. Iran J Nurs Res 2011; 6(20): 30-43. [In Persian]

17- Kohestani H , Baghcheghi N. Investigation medication errors of nursing students in Cardiac. Sci J Forensic Med 2008; 13(4): 249-55. [In Persian]

18- 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.

19- Kabirzadeh A, Bozorgi F, Motamed N, MohseniSaravi B, Baradari A , Dehbandi M. Survey on attitude of chief managers of hospitals towards voluntary incident reporting system. J Mazandaran Univ Med Sci 2011; 21(84): 131-7. [In Persian]

20- Koshan M, Vaghei S. [Ravan Parastari]. Tehran: Andishe Rafi Publication; 2004. [In Persian].

21- Smith ML, Forster HP. Morally managing medical mistakes. Camb Q Health Ethics 2000; 9(1): 38-53.

22- Wolf ZR, Hughes RG. Error reporting and disclosure. In: Hughes RG, ed. Patient Safety & Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville. MD: AHRQ publication; 2008, p. 1-47.

23- Thurman AE. Institutional responses to medical mistakes: ethical and legal perspectives. Kennedy Inst Ethics J 2001; 11(2): 147-56.

24- Blumenthal D. Making medical errors into medical treasures. JAMA 1994; 272(23): 1867-8.

25- Corina I. Errors from the consumer's perspective: tragedy motivated one woman to take action. Am J Nurs 2005; 105(3suppl): 12-13.

26- Marquis BL, Huston CJ. Leadership roles and management Functions in Nursing: Theory and Application/ Challenges & Opportunities, 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2009.

27- Warlick DT. Negligence goes to the top. Nurs Manage 2000; 31(6): 22-4.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

28- Benner AB. Physician and nurse relationships: a key to patient safety. J Ky Med Assoc 2007; 105(4):165-9.
29- Anonymous. Developing and strengthening nurse-physician relationships. http://www.healthleadersmedia.com/pdf/white_papers/wp_CEP_061212.pdf (accessed in 2014).
30- Masror D, Heydarikhayat D, Joolaee S. Assessing patient safety events and it's correlation with nurse - physician interaction from nurses' view. Nurs Manag 2012; 1(2): 37-45 [In Persian]
31- Jolaee S, Hajibabaee F, Peyravi H, Haghani H. Nursing medication errors and its relationship with work condition in Iran University of Medical Sciences. Iran J Med Ethics Hist Med 2009; 3(1): 65-76. [In Persian]
32- Ebadifard azar F, Rezapoor A, Tanoomand Khoushehmehr A, Bayat R, Arabloo J, Rezapoor Z. Study of patients' safety culture in selected training hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. J Hosp 2012; 11(2): 55-64. [In Persian].

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

Managerial and moral obstacles in reporting nursing errors: nurses' view point

Mehdi Golafrooz[1], Hajar Sadeghi[*2] , Fatemeh Ghaedi[3], Yaser Tabarraei[4], Fariba Keighobadi[5], Farzaneh Keighobadi[5]

[1 1]*Mentor, Faculty of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran;*
[2]*Mentor, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran;*
[3]*MSc, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran;*
[4]*MSc, Mentor, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran;*
[5]*Student, Student Research Center, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.*

Abstract

Although errors in health services are harmful and the consequences might be irreversible in some situations, none of the health care providers are free of errors. Since health provision is the main goal of the nursing care, it is important to report professional errors in order to reach this goal. However, there are many obstacles in reporting nursing errors that should be identified and solved. The present study tried to evaluate the nurses' point of view about managerial and moral obstacles in expressing nursing errors.

Two hundred and one nurses of the educational hospitals of Sabzevar University of Medical Sciences were enrolled in this descriptive analytic study. The students were selected by convenience sampling method and the study data was collected using a questionnaire that consisted of a demographic part and a researcher made part with 13 and 27 questions related to managerial and moral obstacles respectively. Content validity index and reliability were measured by internal consistency ($\alpha = 80$) and test-retest ($r = 0.84$). Data analysis was done by SPSS 18 software.

The results of this study showed that the main reported managerial obstacle in reporting nursing errors was endangerment of academic position (43.3%), and the main moral obstacle was losing physicians' support (55.2%). Thus this problem might be solved by designing appropriate plans from both managerial and moral points of view.

Keywords: nursing ethics, nursing management, reporting error

[*]Email: haj.sadeghi@yahoo.com

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]