Journal of Police Medicine

Winter 2016; Vol. 4, No. 4: 235-244

Original Article

Identifying Barriers of Self-Reported Error by Nurses in Polices Hospitals

Received: 16 September 2015 **Revised:** 9 November 2015 **Accepted:** 22 November 2015

Mostafa Shahabi Nejad[1]
Rouhollah Zaboli[2*]
Ali Reza Ghiasi[3]
Somayeh Soltani |Poorsheikh[4]

[1]M.Sc Student, Health Services Management, School of Public Health, Baqiyattallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[2]Assistant Professor, Health Management Research Center, Baqiyattallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[3]General Physician, Kerman Seyyed Al Shohada (AS) Hospital, Kerman, Iran.

[4]B.S, Nursing, Kerman Seyyed Al Shohada (AS) Hospital, Kerman, Iran.

ABSTRACT

Background: The main purpose of nursing is medical care and improving human health. However, nurses medical errors has negative impacts on their function and result of medical care for its recipients. During the delivery of health care, Incidence of medical errors can have grave consequences for patients. The solution to identify and manage clinical errors, are reporting and registration by nurses. The aim of this study was to identify barriers to self- reported error by nurses in the Police hospitals.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted in Police hospitals. Samples selected by quota method and randomly. 273 samples recruited for the study and the instrument was a questionnaire that was made by researcher consists of three parts. Firstly, included demographic information, the second part consists of 4 areas: managerial factors, fear of the reporting consequences, reporting processes, ethical components) and finally it was involved closed questions. Obtained information were analyzed by using descriptive and inferential statistical methods , the correlation coefficient ,and chi- 2 with SPSS 21.

Results: According to the results, barriers to self- reporting errors by nurses are respectively related to fear of the reporting consequences (51.12±11.97), managerial factors (33.5±7.23), reporting processes (23.15±5.07) and ethical factors (21.89±4.92). Also there was no significant relation between clinical errors with gender, occupational category, type of employment and education($P>0.05$).

Conclusion: Since then, fear of the consequences of reporting is the important barrier of self- reported error by nurses, managers should provide the career support , educate scientifically and continuously to the nurses, and reduce their concerns in this case.

Keywords: medical errors, error reporting, barriers, self-report, nurses

[*]**Corresponding Author:**
Rouhollah Zaboli
Tel: (+98)9131982212
email: rouhollah.zaboli@gmail.com

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.22286241.1394.4.4.5.9]

[DOI: 10.30505/4.4.235]

زمستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۴- صفحات ۲۴۴-۲۳۵

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

شناسایی موانع خود اظهاری خطا توسط پرستاران در بیمارستان‌های ناجا

تاریخ دریافت: ۲۵ شهریور ۱۳۹۴ **تاریخ اصلاح:** ۱۸ آبان ۱۳۹۴ **تاریخ پذیرش:** ۱ آذر ۱۳۹۴

چکیده

مصطفی شهابی نژاد[۱]
روح آ... زابلی[۲*]
علیرضا غیاثی[۳]
سمیه سلطانی پورشیخ[٤]

[۱]دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه آ... (عج)، تهران، ایران.
[۲]استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.
[۳]پزشک عمومی، بیمارستان سیدالشهداء (ع) کرمان، ایران.
[٤]لیسانس، پرستاری، بیمارستان سیدالشهداء (ع) کرمان، ایران.

[*]نویسنده مسئول:
روح آ... زابلی
تلفن: ۹۱۳۱۹۸۲۲۱۲(۹۸+)
پست الکترونیک:
rouhollah.zaboli@gmail.com

مقدمه: هدف اصلی پرستاران مراقبت از بیماران و بهبود سلامت انسان است؛ با این حال، خطاهای بالینی پرستاران، عملکرد آن‌ها و نتایج مراقبت از بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بروز خطاهای پزشکی هنگام ارائه‌ی خدمات درمانی می‌تواند عواقب وخیمی برای بیماران داشته باشد. از جمله راه‌های شناسایی و مدیریت خطاهای بالینی، گزارش‌دهی و ثبت آن‌ها از طرف پرستاران است. این پژوهش با هدف شناسایی موانع خود اظهاری خطا توسط پرستاران در بیمارستان‌های ناجا انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به‌صورت توصیفی مقطعی در بیمارستان‌های ناجا انجام شد. انتخاب نمونه‌ها به روش سهمیه‌ای و تصادفی بود. تعداد نمونه‌ی مورد نیاز برای پژوهش ۲۷۳ نفر و ابزار مورد استفاده، محقق ساخته و دارای سه قسمت بود. بخش اول اطلاعات دموگرافیک، بخش دوم شامل چهار حیطه (عوامل مدیریتی، ترس از پیامدهای گزارش‌دهی، فرایندهای گزارش‌دهی، مؤلفه‌های اخلاقی) و بخش سوم شامل سؤالات بسته بود. اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21 و روش‌های آماری توصیفی و استنباطی ضریب همبستگی و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج مطالعه، موانع خود اظهاری خطاهای بالینی توسط کارکنان پرستاری به ترتیب مربوط به حیطه‌ی ترس از پیامدهای گزارش‌دهی (۱۱/۹۷ ± ۵۱/۱۲)، عوامل مدیریتی (۷/۲۳ ± ۳۳/۵) ، فرایندهای گزارش‌دهی (۵/۰۷ ± ۲۳/۱۵) و عوامل اخلاقی (۴/۹۲ ± ۲۱/۸۹) است. همچنین بروز خطاهای بالینی با جنسیت، رده‌ی شغلی، نوع استخدام و میزان تحصیلات ارتباط معنی‌داری نداشت ($p > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: از آن‌جاکه ترس از پیامدهای گزارش‌دهی مانع مهم خود اظهاری خطا توسط پرستاران است، مدیران باید با فراهم‌آوردن زمینه‌ی حمایت شغلی و آموزش مداوم و علمی پرستاران، نگرانی‌های آن‌ها را در این خصوص کاهش دهند.

کلید واژه‌ها: خطاهای پزشکی، گزارش خطا، موانع، خود اظهاری

مقدمه

هدف اصلی پرستاران مراقبت از بیماران و بهبود سلامت انسان است؛ [۱] با این حال، خطاهای بالینی پرستاران، عملکرد و مراقبت از بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲]. خطاهای کاری از موارد غیرقابل‌انکار در کلیه‌ی مشاغل است [۳]؛ با این‌حال بعضی خطاها به راحتی قابل تصحیح است و برخی دیگر نتایج منفی به جای می‌گذارد [۴]. ارائه‌ی خدمات سلامت در مراکز درمانی نیز همراه با ایجاد خطر، در نتیجه‌ی وقوع خطاهای پزشکی برای دریافت-

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1394.4.4.5.9]
[DOI: 10.30505/4.4.235]

Journal of Police Medicine
Winter 2016; Vol. 4, No. 4: 235-244

کنندگان آن می‌باشد [۵]. بروز خطا هنگام ارائه‌ی خدمات درمانی می‌تواند عواقب وخیمی برای بیماران داشته باشد [۶]. امروزه خطاهای پزشکی تهدیدی برای ایمنی بیماران و از چالش‌های مهم سیستم‌های بهداشتی و درمانی در تمام کشورها محسوب می‌شود [۸ و ۷]. خطاهای بالینی پرستاران به دلیل این‌که می‌تواند بر نتایج پزشکی تأثیر جدی داشته باشد نگرانی جهانی ویژه‌ای ایجاد کرده است [۹]. طبق تعریف کمیسیون مشترک مربوط به سازمان‌های مراقبت سلامت، خطای پزشکی یک اتفاق ناخواسته است که غفلتاً صورت می‌گیرد یا عملی است که در طبابت به نتیجه‌ی مطلوب منجر نمی‌شود [۱۰]. به عبارت دیگر خطاهای پزشکی به وقوع حوادث و رویدادهای ناگواری می‌گویند که ممکن است حین ارائه‌ی خدمات به بیمار آسیب برساند [۱۱].

تحقیقات نشان می‌دهد که بالغ بر ۳/۷ درصد بیماران بستری‌شده در بیمارستان‌ها دچار آسیب یا عارضه‌ای می‌گردند که به نحوی در اثر یک اتفاق ناخواسته یا خطای پزشکی ایجاد شده است [۱۲]. صدها هزار نفر سالیانه در کل دنیا در اثر خطاهای پزشکی –که قابل‌پیشگیری هستند– از بین می‌روند و تقریباً یک نفر از هر ۴ نفر یک خطا را تجربه می‌کند [۱۳]. خطاهای پزشکی سالانه در آمریکا موجب مرگ ۲۱۰۰۰۰ تا ۴۴۰۰۰۰ نفر و بیش از یک میلیون آسیب می‌شود [۱۵ و ۱۴].

در ایران آمار قابل استنادی از میزان بروز این خطاها وجود ندارد [۱۶]. اعتقاد بر این است که به دلیل مؤثر نبودن سیستم گزارش‌دهی خطا و برخی ضعف‌های ساختاری در نظام سلامت کشور، میزان خطاها بالاست و افزایش پرونده‌های ارجاعی شکایت مردم از مراکز درمانی، دلیلی بر این باور است [۱۷]. رویکردهای متفاوتی برای برخورد با خطا وجود دارد:

الف) رویکرد کتمان و انکار: این است که آمار ندهیم و بگوییم به‌هیچ‌وجه خطای پزشکی نداریم یا کم داریم؛

ب) رویکرد فردی (سنتی): در این رویکرد، فردی که از او خطا سر زده مقصر شناخته می‌شود و تمام تلاش در جهت تنبیه یا سرزنش اوست؛

ج) رویکرد سیستمی: در این رویکرد مجموعه‌ی نظام خدمات و سیستم‌های ارائه‌ی خدمات به گونه‌ای مورد سنجش، بازنگری و اصلاح قرار می‌گیرد تا میزان وقوع خطای پزشکی به حداقل برسد [۱۹ و ۱۸]. رویکرد سنتی در برخورد با خطا یک مدل خصمانه و بی‌تأثیر در بهبود فرهنگ ایمنی بیماران است [۲۰].

شناسایی علل بروز و ماهیت خطاها، برای انجام اقدامات مؤثر در کاهش میزان خطاها ضروری است [۲۱]. از جمله راه‌های شناسایی و مدیریت خطاهای بالینی پرستاران، گزارش‌دهی و ثبت آن‌ها از طرف ایشان است [۲۲ و ۱۵]. گزارش خطای بالینی، یک جزء بسیار مهم در ایجاد نظام بهداشت و درمان ایمن است [۲۳]. با گزارش خطا می‌توان ضمن یادگیری از اشتباهات و استفاده از روش‌های مناسب، از بروز مجدد آن‌ها در آینده جلوگیری نمود [۲۴]. متأسفانه فرهنگ بهبود ایمنی بیماران از طریق افشا و گزارش خطاهای پزشکی هنوز به‌درستی اجرا نمی‌شود و لازمه‌ی افزایش ایمنی بیماران گزارش‌دهی خطاهای پزشکی است [۲۰]. نتایج تحقیق کرامر در سال ۲۰۱۴ با عنوان "گزارش خطا از دیدگاه پرستاران" در آلمان نشان می‌دهد که پرستاران به‌طور متوسط ۱/۹ خطاهای خود را گزارش می‌کنند و تنها ۲۰/۵ درصد از کل خطاها توسط پرستاران گزارش می‌شود و یک‌سوم پرستاران نمی‌دانستند که چه خطاهایی را باید گزارش نمایند [۲۵]؛ این در حالی است که آموزش نحوه‌ی گزارش خطا و بهبود بازخورد خطاهای گزارش‌شده از طرف مدیران باعث تسهیل گزارش خطا از طرف مراقبین بهداشتی خواهد شد [۲۶].

با وجود تعهد اخلاقی و حرفه‌ای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به افشای خطاهای کاری خود، گزارش خطا در بین پرستاران بسیار کمتر از میزان واقعی آن است [۲۷]. همین موضوع ارائه‌ی آمار دقیقی را از میزان خطا و اشتباهات در حوزه‌ی پزشکی و درمانی دشوارتر می‌کند [۲۸]. در یکی از مطالعات، علت عدم افشای خطا از سوی پرستاران، ویژگی‌های فردی و عدم تأکید و راهنمایی از طرف مؤسسه برای گزارش خطا عنوان شده است و این مسائل حاکی از آن است که نیاز به یک رویکرد نهادی نظام‌مند برای گزارش خطا در بیمارستان‌ها وجود دارد [۲۹].

از آن‌جا که پژوهش جامعی در خصوص موانع گزارش‌دهی خطاهای بالینی توسط پرستاران در بیمارستان‌های پلیس صورت نگرفته است، این پژوهش با هدف شناسایی موانع خوداظهاری خطا توسط پرستاران در بیمارستان‌های ناجا انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۳ در بیمارستان های ناجا انجام شد. جامعه‌ی مورد مطالعه، پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستان‌های حضرت ولیعصر (عج)، امام سجاد (ع)، سیدالشهدا (ع)، خاتم‌الانبیا (ع)، الزهرا، ایران و ثامن بوده‌اند. برای محاسبه‌ی حجم نمونه، از فرمول کوکران استفاده شد. با توجه به مطالعات مرتبط، میزان گزارش خطاهای پزشکی توسط پرستاران ۲۰ درصد محاسبه و با در نظر گرفتن درجه‌ی اطمینان ۹۵ درصد، میزان Z، ۱/۹۶ و دقت مطالعه‌ی ۵ درصد، ۲۴۶ نفر محاسبه شد. به دلیل احتمال ریزش نمونه از فرمول تعدیل حجم نمونه با احتساب ۱۰ درصد ریزش استفاده و تعداد نمونه‌ی مورد نیاز برای پژوهش

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1394.4.4.5.9]
[DOI: 10.30505/4.4.235]

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۴- صفحات ۲۴۴-۲۳۵

۲۷۳ نفر به دست آمد. ابزار مورد استفاده در این تحقیق ابزاری محقق‌ساخته بود که با توجه به اهداف مطالعه با بررسی و بهره‌گیری از متون و مطالعات مشابه انجام‌شده، تدوین گردید [۲۸]. روایی محتوا و صوری پرسش‌نامه توسط ۸ نفر از استادان و صاحب‌نظران تایید شد. برای سنجش پایایی آن، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب همبستگی درونی سؤالات ۰/۹۴ به‌دست‌آمد. پرسش-نامه دارای سه بخش بود: بخش اول اطلاعات دموگرافیک (۹ سؤال)، بخش دوم شامل ۴ حیطه، عوامل مدیریتی (۹ گویه)، ترس از پیامدهای گزارش‌دهی (۱۴ گویه)، فرایندهای گزارش‌دهی (۷ گویه)، مؤلفه‌های اخلاقی (۶ گویه) و ۷ سؤال بسته در انتها بود. هرکدام از گویه‌ها بر اساس معیار ۵ گزینه‌ای لیکرت امتیازبندی شد. برای نمره‌گذاری به پاسخ‌ها نمرات ۱ تا ۵ به ترتیب از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم اختصاص داده شد. معیار ورود پرستاران به پژوهش، داشتن سابقه‌ی فعالیت -حداقل ۳ ماه- و انجام کار بالینی در بیمارستان‌های مورد نظر بود. معیار خروج از آمار، عدم تمایل کارکنان پرستاری به شرکت در پژوهش و ناقص‌پرشدن پرسش‌نامه در نظر گرفته شد. انتخاب نمونه‌ها به روش سهمیه‌ای و تصادفی بود؛ بدین صورت که ابتدا از طریق مبادی ذی‌ربط، تعداد پرستاران و بهیاران شاغل در هرکدام از بیمارستان‌های ناجا به تفکیک مشخص شد؛ سپس به نسبت تعداد پرستار و بهیار هر بیمارستان، تعداد نمونه‌ی هر بیمارستان مشخص گردید و در هر بیمارستان انتخاب کارکنان پرستاری بر اساس جدول اعداد تصادفی انجام شد. پس از اخذ مجوز از مدیران بیمارستان‌ها، پرسش‌نامه در شیفت‌های کاری مختلف پس از کسب اطمینان در مورد داشتن رضایت آگاهانه‌ی کارکنان پرستاری برای تکمیل پرسش‌نامه، ضمن توضیح به شرکت‌کنندگان در مورد این‌که پرسش‌نامه بدون نام و نشان تکمیل می‌گردد و با رعایت ملاحظات اخلاقی توزیع شد. از ۲۷۳ پرسش-نامه‌ی توزیع‌شده ۲۴۹ پرسش‌نامه جمع‌آوری شد که میزان پاسخ-گویی ۹۱/۲ درصد تعیین شد. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، اطلاعات به‌دست‌آمده با کمک نرم‌افزار SPSS 21 با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در مجموع ۲۴۹ نفر با میانگین سنی ۳۲/۱۶ سال وارد مطالعه شدند که از این میان ۶۲/۲ درصد مؤنث، ۷۰/۷ درصد متأهل و ۸۱/۹ درصد کارشناس بودند. ۶۱/۸ درصد به صورت شیفت در گردش، ۷۷/۱ درصد کارکنان رسمی و ۵۲/۶ درصد سابقه‌ی کار کمتر از ۱۰ سال داشتند (جدول ۱).

بر اساس نتایج مطالعه، موانع گزارش خطاهای بالینی توسط کارکنان پرستاری به ترتیب مربوط به حیطه‌ی ترس از پیامدهای گزارش‌دهی

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر		فراوانی	درصد	متغیر		فراوانی	درصد
سن	۲۰-۲۵	۴۳	۱۷/۳	وضعیت	رسمی	۱۹۲	۷۷/۱
	۲۶-۳۰	۴۸	۱۹/۳		پیمانی	۷	۲/۸
	۳۱-۳۵	۵۷	۲۲/۹	استخدام	قراردادی	۳۰	۱۲
	۳۶-۴۰	۶۲	۲۴/۹		وظیفه	۲۰	۸
	۴۱-۴۵	۱۰	۴	تأهل	متأهل	۱۷۶	۷۰/۷
	>۴۵	۹	۳/۶		مجرد	۷۳	۲۹/۳
جنس	مرد	۹۴	۳۷/۸	سابقه کار	کمتر از ۵ سال	۷۱	۲۸/۵
	زن	۱۵۵	۶۲/۲		۵-۹	۶۰	۲۴/۱
تحصیلات	دیپلم بهیاری	۴۱	۱۶/۵		۱۰-۱۴	۸۱	۳۲/۵
	کارشناس	۲۰۴	۸۱/۹		۱۵-۱۹	۲۴	۹/۶
	کارشناس ارشد	۴	۱/۶		۲۰ سال و بالاتر	۱۳	۵/۲
بخش	اورژانس	۴۰	۱۶/۱	رده شغلی	سرپرستار	۲۲	۸/۸
	مراقبت‌های ویژه	۴۹	۱۹/۷		استاف	۱۸	۷/۲
	داخلی	۳۷	۱۴/۹		پرستار	۱۶۶	۶۶/۷
	جراحی	۵۶	۲۲/۵		بهیار	۴۳	۱۷/۳
	زنان و زایمان	۲۰	۸	نوع شیفت	ثابت	۹۲	۳۶/۹
	اتاق عمل	۲۷	۱۰/۸		در گردش	۱۵۴	۶۱/۸
	اطفال و نوزادان	۱۵	۶				

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1394.4.4.5.9]
[DOI: 10.30505/4.4.235]

Journal of Police Medicine
Winter 2016; Vol. 4, No. 4: 235-244

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار هرکدام از موانع گزارش خطا به تفکیک

حیطه	میانگین و انحراف معیار
ترس از پیامدهای گزارش دهی	۵۱/۱۲ ± ۱۱/۹۷
عوامل مدیریتی	۳۳/۵ ± ۷/۲۳
فرایندهای گزارش دهی	۲۳/۱۵ ± ۵/۰۷
مؤلفه‌های اخلاقی	۲۱/۸۹ ± ۴/۹۲

(۱۱/۹۷ ± ۵۱/۱۲)، عوامل مدیریتی (۷/۲۳ ± ۳۳/۵)، فرایندهای گزارش‌دهی (۵/۰۷ ± ۲۳/۱۵) و عوامل اخلاقی (۴/۹۲ ± ۲۱/۸۹) می‌باشد (جدول ۲).

در هرکدام از حیطه‌های فوق گویه‌های ذیل بیشترین تأثیر را در عدم گزارش خطا از سوی پرستاران داشته‌اند (جدول ۳):

۶۰/۲ درصد از کارکنان اظهار داشته‌اند که در طول مدت فعالیت خود، خطای پزشکی داشته‌اند (۶۲/۳ درصد خانم‌ها در برابر ۵۷/۳

جدول ۳: نمرات گویه‌های هر عامل به تفکیک (N = ۲۴۹)

حیطه	گویه	میانگین و انحراف معیار
ترس از پیامدهای گزارش دهی	ترس از مسائل قضایی و قانونی	۳/۹۶ ± ۱/۰۶
	ترس از سرزنش شدن از طرف پزشک معالج	۳/۹۲ ± ۱/۰۲
	ترس از سرزنش شدن از طرف روسا و مدیران	۳/۸۲ ± ۱/۰۱
	ترس از پخش خبر در کل بیمارستان	۳/۸۱ ± ۱/۱۴
	ترس از زدن برچسب بی‌کفایتی به شخص خطاکار	۳/۷۹ ± ۱/۱۱
	ترس از صدمه دیدن آبرو، وجهه و اعتبار شخص	۳/۷۵ ± ۱/۱۰
	ترس از درج خطا در پرونده پرسنلی	۳/۷۰ ± ۱/۱۶
	ترس از تأثیر خطا در ارزیابی سالانه	۳/۶۳ ± ۱/۱۸
	ترس از ایجاد نگرش منفی نسبت به خود، توسط بیمار و خانواده او	۳/۵۹ ± ۱/۱۲
	ترس از متحمل شدن ضررهای اقتصادی، به سبب پرداخت خسارت	۳/۵۹ ± ۱/۱۷
	ترس از سرزنش شدن توسط همکاران	۳/۴۶ ± ۱/۱۹
	ترس از تأثیر گزارش خطا، بر نحوه استخدام و ادامه قرارداد	۳/۳۹ ± ۱/۰۶
	ترس از کسر حقوق و کارانه	۳/۳۴ ± ۱/۲
	ترس از عدم همکاری کارکنان بخش با شخص خطاکار	۳/۳۲ ± ۱/۱۱
	عدم دریافت بازخورد مثبت از طرف روسا و مدیران به دنبال گزارش خطا	۴/۰۱ ± ۱
	حاکم بودن فرهنگ سرزنش و تنبیه به‌جای فرهنگ بهبود ایمنی، از طرف مدیران	۳/۹۲ ± ۱/۰۷
	تمرکز روسا و مدیران بر روی شخص خطاکار، بدون توجه به سایر عوامل مؤثر در بروز خطا	۳/۸۱ ± ۱/۱۱
	نامتناسب بودن واکنش روسا و مدیران با شدت خطا	۳/۸ ± ۱/۰۸
عوامل مدیریتی	نامتناسب بودن واکنش روسا و مدیران بااهمیت خطا	۳/۷۷ ± ۱/۰۴
	دستاویز نمودن خطای انجام‌شده برای ملامت مداوم فرد خاطی	۳/۷۴ ± ۱/۱۷
	به خطر افتادن موقعیت شغلی فرد	۳/۶۳ ± ۱/۱۸
	عدم نگاه مدیران به خطاهای کاری به‌عنوان جزء لاینفک از فعالیت‌های حرفه‌ای	۳/۶۱ ± ۱/۱۲
	عدم تأکید مدیران بر اهمیت ثبت و گزارش خطاهای پزشکی	۳/۱۸ ± ۱/۲۱
	حجم و فشار کاری زیاد در شیفت و نداشتن فرصت جهت گزارش خطا	۳/۷۴ ± ۱/۰۶
	واضح نبودن تعریف خطای کاری و عدم توافق جمعی در مورد اینکه چه خطاهایی باید گزارش شوند	۳/۴۵ ± ۱/۰۴
فرایندهای گزارش دهی	اهمیت ندانستن گزارش دهی بعضی از خطاهای کاری	۳/۳۲ ± ۱/۱۶
	کمبود دانش درزمینه‌ی خطاهای پزشکی	۳/۲۷ ± ۱/۱۴
	فراموش کردن گزارش دهی خطا	۳/۲۲ ± ۱/۱۶
	وقت‌گیر بودن پر کردن فرم گزارش دهی خطا	۳/۱۰ ± ۱/۱۶
	عدم وجود سیستم کامپیوتری ثبت و گزارش خطا	۳/۰۳ ± ۱/۱۸
	عدم‌حمایت پزشک از شخص مرتکب خطا	۴/۰۳ ± ۰/۹۷
	عدم‌حمایت کافی سیستم از کارکنان درنتیجه گزارش خطا	۳/۹۴ ± ۱/۰۴
مؤلفه‌های اخلاقی	کسب تجربه اخلاقی منفی از برخورد قبلی پزشک معالج، مدیران یا همکاران، متعاقب گزارش خطا	۳/۸۳ ± ۱/۰۳
	تحریک بیمار از طرف پزشک معالج به پیگیری شکایت، درصورتی‌که خطا منجر به آسیب بیمار شود	۳/۶۳ ± ۱/۱۵
	عدم امید به بهبود فرهنگ ایمنی بیماران، با گزارش خطا	۳/۲۷ ± ۱/۱۶
	عدم امید به بهبود بیمار، علی‌رغم گزارش خطا	۳/۱۸ ± ۱/۱۴

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1394.4.4.5.9]
[DOI: 10.30505/4.4.235]

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۴- صفحات ۲۴۴-۲۳۵

درصد آقایان) که از این میان فقط ۷۵/۳ درصد آنان در مورد چگونگی گزارش‌نمودن خطا آموزش دیده‌بودند. ۲۴/۹ درصد از افراد شرکت‌کننده نمی دانستند چه خطاهایی را باید به عنوان خطای پزشکی گزارش دهند. ۵۳/۴ درصد، فقط خطاهای مهمی را که ایمنی بیماران را تهدید می‌کرده گزارش نموده‌اند و این در حالی است که ۷۸/۳ درصد افراد معتقد بودند که تمامی خطاهای بالینی، حتی موارد نزدیک به خطا بایستی گزارش شوند. ۸۴/۷ درصد افراد پیشنهاد کردند که برای جلوگیری از تکرار خطای مشابه توسط سایر همکاران، خطاهای سرزده از خود یا همکاران را، به صورت یک تجربه، بدون ذکر نام برای سایر همکاران بخش یا بیمارستان به اشتراک بگذارند.

همچنین بروز خطاهای بالینی با جنسیت، رده‌ی شغلی، نوع استخدام و میزان تحصیلات ارتباط معناداری نداشت ($p > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های فوق، به نظر می‌رسد که عمده دلایل عدم گزارش و افشای خطاهای بالینی از سوی کارکنان پرستاری از لحاظ ابعادی مربوط به ترس از پیامدهای گزارش‌دهی خطا می‌باشد. وجود تنبیهات قانونی و سرزنش‌شدن از طرف پزشک معالج مهم‌ترین نگرانی است که پرستاران به لحاظ آن، از گزارش و افشای خطاهای خود واهمه دارند. این نتایج با مطالعه‌ی رضایی و همکاران که در آن علل مهم عدم گزارش خطا توسط پرستاران و ترس از پیامدهای گزارش‌دهی همچون ترس از تنبیهات قانونی ذکر شد هم‌خوانی دارد [۳۱]. همچنین نتایج پژوهش حسین‌زاده نشان داده که عوامل مدیریتی و ترس از تنبیهات قانونی مهم‌ترین علت گزارش نکردن خطاهای پزشکی توسط پرستاران می باشد [۳۱] که با نتایج این پژوهش هم‌سو می‌باشد.

مؤلفه‌ی تأثیرگذار دیگر در عدم گزارش خطا توسط پرستاران، عوامل مدیریتی است که از میان این عوامل، عدم دریافت بازخورد مثبت از طرف رؤسا و مدیران به دنبال گزارش خطا بالاترین امتیاز را کسب نموده است. این موضوع با نتایج مطالعه‌ی صلواتی که نشان می‌دهد مهم‌ترین دلیل عدم گزارش‌دهی خطا توسط پرستاران، عوامل مدیریتی و عدم دریافت بازخورد مثبت از طرف مدیران به دنبال گزارش‌دهی خطاهاست هم‌خوانی دارد [۵]؛ همچنین با نتایج پژوهش نوحی و همکاران که در آن، علت عدم گزارش خطای پرستاران، موانع مدیریتی مربوط به کارکنان پرستاری ذکر شده است، هم‌سو می‌باشد [۳۲]. مدیران ضمن توجه به این موضوع که گزارش‌دادن خطای کاری توسط پرستاران به‌عنوان یک گنجینه‌ی اطلاعاتی ارزشمند در راستای پیش‌گیری از بروز خطاها در آینده محسوب می‌شود [۳۴ و ۳۳]، باید بستری فراهم کنند تا بازخورد گزارش خطای کاری پرستاران در محیط کارشان نمود پیدا کند تا پرستاران به این باور برسند که گزارش خطای آن‌ها موجب تغییرات مثبت در سیستم می‌شود.

بر اساس نتایج مطالعات انجام‌شده، عدم تناسب تعداد پرستار با تعداد بیماران، خستگی کارکنان به دلیل بار کاری زیاد و همچنین ناخوانا بودن دست‌خط پزشکان از شایع‌ترین عوامل ایجاد خطای کاری توسط پرستاران است [۳۵]. تلاش مدیران برای رفع عوامل تأثیرگذار فوق در بروز خطا می‌تواند بروز خطاهای پزشکی را در مراکز درمانی کاهش دهد. نتایج مطالعه‌ای در چین نشان می دهد که توجه به رضایت شغلی و شناخت منابع اضطراب‌آور برای پرستاران در افزایش فرهنگ ایمنی و تسهیل گزارش‌دهی در میان کادر درمان، تأثیر به‌سزایی دارد [۳۶].

از عوامل مدیریتی دیگر که تأثیر بیشتری در عدم گزارش‌دهی خطا توسط پرستاران دارد حاکم‌بودن فرهنگ سرزنش و تنبیه به جای فرهنگ بهبود ایمنی، از طرف مدیران است. امروزه کارایی و موفقیت در زمینه‌ی بهبود ایمنی بیماران در بسیاری از مراکز درمانی حاصل استقرار فرهنگ غیرتنبیهی در محیط کار است و چنین سیستم‌هایی از خطاها برای یادگیری از حادثه، تجزیه و تحلیل و آموختن استفاده می‌کنند؛ نه برای تنبیه و اقدامات تأدیبی کارکنان، هرچند که پرستاران به عنوان صاحبان یک حرفه، باید پاسخ‌گوی مسائل حرفه‌ای خود باشند.

نتایج مطالعه‌ای با عنوان نگرش مدیران ارشد بیمارستان‌ها نسبت به نظام داوطلبانه‌ی گزارش‌دهی خطاهای پزشکی نشان می‌دهد که رویکرد تنبیهی صرف، برای جلوگیری از رخداد مجدد خطا بی‌تأثیر است و نیاز به رویکرد متفاوت و داشتن نگرش سیستمی در سیاست‌های اجرایی مدیران بیمارستان‌ها برای استقرار نظام گزارش‌دهی می‌باشد [۳۷]. شناسایی نوع خطاها توسط مدیران مراکز درمانی در هر رده‌ای می‌تواند در کاهش آن‌ها مؤثر باشد [۳۸]. پس شایسته نیست مدیران با اقدامات تأدیبی و تنبیهی سعی در کاهش میزان بروز خطاهای پزشکی در مراکز درمانی خود داشته باشند، زیرا این رویه نه‌تنها به بهبود فرهنگ ایمنی بیماران کمک نخواهد کرد، به جهت چنین واکنش‌هایی از سوی مدیران، پرستاران به‌طور عمد تصمیم به عدم گزارش خطاهای خود می‌گیرند و عدم گزارش خطا از سوی پرستاران مانع شناسایی مشکلات سیستم و مداخله و اقدامات مؤثر مدیران می‌شود.

نتایج مطالعه‌ی دریکسون و همکاران نشان می‌دهد که در بیمارستان‌های دارای جو روانی ایمن، کارکنان نسبت به گزارش خطاهای خود، احساس راحتی می‌کنند و تمایل بیشتری به گزارش خطاهای خود دارند و در بیمارستان‌هایی که کارکنان امنیت روانی

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1394.4.4.5.9]
[DOI: 10.30505/4.4.235]

Journal of Police Medicine
Winter 2016; Vol. 4, No. 4: 235-244

پایین‌تری را احساس می‌کنند میزان گزارش خطا کمتر و ترس از اقدامات تلافی‌جویانه، علت عدم گزارش خطاها ذکر شده است [۳۹].

از طرفی می‌توان گفت در راستای استقرار استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌هاست که ۵۳/۴ درصد خطاهای مهم گزارش شده است وگرنه با داشتن رویکرد تنبیهی، دست‌یافتن به این میزان گزارش خطا آسان نخواهد بود و این میزان گزارش خطا در مقابل اعترافات ۸۶/۳ درصدی پرستاران مبنی بر اهمیت ایمنی بیماران و این‌که گزارش خطاهای پزشکی باعث ارتقای فرهنگ ایمنی بیماران خواهد شد، ناچیز می‌باشد.

سومین عامل تأثیرگذار در عدم گزارش‌دهی خطا توسط پرستاران، عوامل مربوط به فرایندهای گزارش‌دهی می باشد که با نتایج مطالعه‌ی یعقوبی و همکاران که بیشترین علل تأثیرگذار در گزارش خطاهای دارویی به ترتیب مربوط به عوامل گزارش‌دهی، ترس از فرایندهای گزارش‌دهی و عوامل مدیریتی می‌باشد، هم‌سو است [۴۰]. در این خصوص نتایج مطالعه‌ی هاو نیز نشان داده است که دلایل عدم گزارش خطا به دلیل عدم دانش، ترس و فشار کاری می‌باشد [۴۱].

فعالیت‌های آموزشی بیمارستان‌ها می‌تواند خلأ عدم دانش پرستاران را در خصوص چگونگی گزارش خطا و توافق جمعی در مورد این‌که چه خطاهایی باید گزارش شوند، پر نماید. این‌که ۲۴/۵ درصد پرستاران هنوز نمی‌دانند خطاهای خود را چگونه گزارش نمایند و ۲۴/۹ درصد آن ها نمی‌دانند چه چیزی را باید به عنوان خطای پزشکی گزارش نمایند با نتایج پژوهش حاجی بابایی که نشان می‌دهد ۱۶ درصد پرستاران نمی‌دانند چه وقتی خطا رخ داده است و ۱۴ درصد آن‌ها نمی‌دانند چه وقت باید یک خطا را گزارش کنند [۴۲]، هم‌سو بوده و در این خصوص تلاش مدیران موجب ارتقای کیفیت و سوپروایزرین آموزشی می‌شود. نتایج پژوهش واگنر نیز با هدف بررسی انواع گزارش خطا توسط پرستاران این نکته را تأیید می‌نماید که پرستارانی که در زمینه‌ی گزارش خطا آموزش دیده بودند، میزان گزارش خطاهای آن‌ها بیشتر بوده است و تمایل بیشتری به افشای تمامی خطاهای خود داشته‌اند [۴۳].

پرستاران باید بدانند که گزارش خطای خود یا همکاران برای کاهش وقوع خطاهای مشابه و پیامدهای سوء آن‌ها بسیار مهم است [۴۴]. هرچند ۸۴/۷ درصد پرستاران اذعان داشته‌اند که برای جلوگیری از تکرار خطای مشابه توسط سایر همکاران، خطای گزارش‌شده توسط آن‌ها با عنوان" یک تجربه" برای همکاران بخش، بیمارستان و یا سایر بیمارستان‌ها به اشتراک گذاشته شود، اما آن‌ها هنوز به‌طور کامل متقاعد نشده‌اند که برای بهبود عملکرد سیستم و بالابردن ایمنی بیماران نیاز به گزارش تمامی خطاها یا عمل نزدیک به خطای آن‌ها نیز می‌باشد.

عدم‌حمایت از شخص مرتکب خطا نیز در عدم گزارش خطا توسط پرستاران تأثیرگذار است و نتایج مطالعه‌ی پورالعجل نشان می‌دهد که عدم‌حمایت از فرد خاطی، سومین عامل مهم در عدم گزارش خطا توسط پرستاران است و با نتایج این مطالعه هم‌سو می‌باشد [۴۵].

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بر اساس یافته‌های پژوهش، ترس از پیامدهای گزارش‌دهی عامل مهم عدم گزارش خطا توسط پرستاران است و مدیران باید با فراهم‌آوردن زمینه‌ی حمایت شغلی و اخلاقی و آموزش مداوم علمی به پرستاران، نگرانی‌های آن‌ها را در این خصوص کاهش دهند. هرچند عوامل مدیریتی، عوامل مربوط به فرایندهای گزارش‌دهی و عوامل اخلاقی نیز در رده‌های بعدی عدم گزارش خطا توسط پرستاران وجود دارد، مدیران با انجام اقدامات مناسب، بر اصلاح روش‌ها و فرایندهای سیستم تأکید ورزند و به رفع این موانع بپردازند تا به استقرار فرهنگ داوطلبانه‌ی گزارش‌دهی خطا در مراکز درمانی تحت مدیریت خود کمک نمایند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از همکاری صمیمانه‌ی رؤسا، مدیران و کارکنان محترم پرستاری بیمارستان‌های ولیعصر (عج)، امام سجاد (ع)، سیدالشهدا (ع)، خاتم‌الانبیا، الزهرا، ایران و ثامن ناجا اعلام می‌دارند.

منابع

1. Cheragi MA, Manoocheri H, Mohammadnejad E, Ehsani SR. Types and causes of medication errors from nurse's viewpoint. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2013;18(3):228-231
2. Yousefi MS, Abed Saeedi Zh, Maleki M, Sarbakhsh P. Frequency and causes of medication errors of nurses in different shift works in educational hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery. 2014;24(86):27-34. (Persian)
3. Liu X, Yin H, Shi J, Wheeler KK, Groner JI, Xiang H. Medical errors in hospitalized pediatric trauma patients with chronic health conditions. SAGE Open Medicine. 2014;2.
4. Frese M, Keith N. Action Errors, Error Management, and Learning in Organizations. Annual review of psychology. 2015;66:661-87.
5. Salavati S, Hatamvand F, Tabesh H. Nurses' Perspectives on Causes of Medication Errors and Non-Reporting at ED. Iran Journal of Nursing. 2012;25 (79):72-83. (Persian)
6. Bolderston A, Di Prospero L, French J, Church J, Adams R. A Culture of Safety? An International Comparison of Radiation Therapists' Error Report-

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1394.4.4.5.9]
[DOI: 10.30505/4.4.235]

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۴- صفحات ۲۴۴-۲۳۵

ing. Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences. 2015;46(1):16-22.
7. Nasiripour AA, Raeissi P, Tabibi SJ, Keikavoosi Arani L. Hidden threats inducing medical errors in Tehran public hospitals. Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 201;15 (2):152-62. (Persian)
8. Musarezaie A, Irajpoor A, Abdoli S, Ahmadi M, Momeni-GhaleGhasemi T. How Do We Decline the Medicinal Errors and Refusal in Reporting Medication Errors in Nurses in Critical Coronary Unit? An Action-Research Study. J Health Syst Res. 2013; 9 (6): 594-604. (Persian)
9. Alsulami Z, Conroy S, Choonara I. Medication errors in the Middle East countries: a systematic review of the literature. European journal of clinical pharmacology. 2013;69(4):995-1008.
10. Nasirpoor A, Naynavaei M, Mirzaei A, Basharati R, Bagdeli F. Medical Errors Management. Medicine Today Journal. 2013;944(1):10-2. (Persian)
11. Källberg AS, Göransson KE, Östergren J, Florin J, Ehrenberg A. Medical errors and complaints in emergency department care in Sweden as reported by care providers, healthcare staff, and patients–a national review. European Journal of Emergency Medicine. 2013;20(1):33-8.
12. South D, Skelley J, Dang M, Woolley T. Near-Miss Transcription Errors: A Comparison of Reporting Rates Between a Novel Error-Reporting Mechanism and a Current Formal Reporting System. Hospital pharmacy. 2015;50(2):118-24.
13. Vozikis A. Information management of medical errors in Greece: The MERIS proposal. International Journal of Information Management. 2009;29(1):15-26.
14. James JT. A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. Journal of Patient Safety. 2013;9(3):122-8
15. Jafari M. The role of medical errors reporting in medical errors management in Tehran Medical Science university hospitals. Daneshvar Medicine. 2013;20(103):86-93. (Persian)
16. Haydari H, Kamran A, Pirzade A. Assessment of Nurses' Perceived Barriers and Behaviors to Reporting Medication Errors in Hospitals of Lorestan University of Medical Sciences, Iran. J Health Syst Res. 2012;8(5):806-13. (Persian)
17. Farzi S, Abedi HA, Ghodosi A, Yazdannik AR. Nurses experiences of Medication Errors. Quarterly Journal of Qualitative Research in Health Science. 2014;2(4):310-9. (Persian)
18. Chiang HY, Lin SY, Hsu SC, Ma SC. Factors determining hospital nurses' failures in reporting medication errors in Taiwan. Nursing Outlook. 2010;58 (1):17-25.
19. Sadoghi F, Ahmadi M, Moghaddasi H, Sheikhtaheri A. Patient Safety Information System: Purpose, Structure and Functions. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2011;21(85):174-88. (Persian)
20. Liang BA, Lovett KM. Error Disclosure. Patient Safety A Case-Based Comprehensive Guide. New York: Springer. 2014;329-40.
21. Hwang JI, Ahn J. Teamwork and Clinical Error Reporting among Nurses in Korean Hospitals. Asian nursing research. 2015;9(1):14-20.
22. Hoffmann B, Beyer M, Rohe J, Gensichen J, Gerlach FM. "Every error counts": a web-based incident reporting and learning system for general practice. Quality and Safety in Health Care. 2008;17 (4):307-12.
23. Rosenthal R, Hoffmann H, Dwan K, Clavien PA, Bucher HC. Reporting of adverse events in surgical trials: critical appraisal of current practice. World journal of surgery. 2015;39(1):80-7.
24. Saravi BM, Mardanshahi A, Ranjbar M, Siamian H, Azar MS, Asghari Z, Motamed N. Rate of Medical Errors in Affiliated Hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences. Materia socio-medica. 2015;27(1):31.
25. Cramer H, Foraita R, Habermann M. [Error Reporting from a Nurse's Point of View: Results of a Survey in Nursing Homes and Hospitals]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)). 2014;76(8 -9):486-93.
26. McLennan SR, Engel-Glatter S, Meyer AH, Schwappach DL, Scheidegger DH, Elger BS. Disclosing and reporting medical errors: cross-sectional survey of swiss anaesthesiologists. Eur J Anaesthesiol. 2015;32:1-6.
27. Movahednia S, Partovishayan Z, Bastanitehrani M, Moradi F. Nurse Managers' perspectives about Reasons for not reporting medical errors in Firoozgar Hospital: 2012. Razi Journal of Medical Sciences. 2014;21(125):110-8. (Persian)
28. Mosarezaei A , Ghaleghasemi TM, Borojeni AZ, Hajsalehi E. Survey of the medication errors and refusal to report medication errors from the viewpoints of nurses in hospitals affiliated to Isfahan university of medical sciences. Journal of Health system research. April2013;9(1):76-85. (Persian)
29. McLennan SR, Diebold M, Rich LE, Elger BS. Nurses' perspectives regarding the disclosure of errors to patients: A qualitative study. International journal of nursing studies. 2014 Oct 13.
30. Mardani M, Shahraki A. Barriers to reporting nursing job errors from nurses viewpoint. Holistic Nursing and Midwifery Journal. 2009, 19(2): 28-32. (Persian)
31. Hoseinzade M, Aghajari PE, Mahdavi N. Reasons of Nurses' Medication Errors and Persepectives of Nurses on Barriers of Error Reporting. Hayat. 2012, 18(2): 66-75. (Persian)

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1394.4.4.5.9]
[DOI: 10.30505/4.4.235]

Journal of Police Medicine
Winter 2016; Vol. 4, No. 4: 235-244

32.Noohi E, Mohamadi M, Abbaszadeh A. An investigation of the relationship between patient safety climate and barriers to nursing error reporting in Social Security Hospitals of Kerman Province, Iran. Medical - Surgical Nursing Journal 2015; 3(4): 226-232. (Persian)
33.Hashemi F, Nasrabadi AN, Asghari F. Factors associated with reporting nursing errors in Iran: a qualitative study. BMC nursing. 2012;11(1):20.
34.Kaldjian LC, Jones EW, Wu BJ, Forman-Hoffman VL, Levi BH, Rosenthal GE. Reporting medical errors to improve patient safety: a survey of physicians in teaching hospitals. Archives of internal medicine. 2008 Jan 14;168(1):40-6.
35.Abdar ZE, Tajaddini H, Bazrafshan A, Khoshab H, Tavan A, Afsharpoor G, et al. Registered Nurses Perception of Medication Errors: A Cross Sectional Study in Southeast of Iran. International Journal of Nursing Education. 2014;6(1):19-23.
36.Qin C, Xie J, Jiang J, Zhen F, Ding S. Reporting Among Nurses and Its Correlation With Hospital Safety Culture. Journal of Nursing Care Quality. 2015;30(1):77-83.
37.Kabirzade A, Bozorgi F, Motamed N, Mohsenisaravi B, Baradari AG, Dehbandi M. Survey on Attitude of Chief Managers of Hospitals Towards Voluntary Incident Reporting System, Mazandaran University of Medical Sciences, 2010-2011. Jouurnal of Mazanderan University of Medical science. 2011;21 (84):131-7. (Persian)
38.McLennan SR, Engel-Glatter S, Meyer AH, Schwappach DL, Scheidegger DH, Elger BS. Disclosing and reporting medical errors: cross-sectional survey of swiss anaesthesiologists. Eur J Anaesthesio 2015;32:1-6.
39.Derickson R, Fishman J, Osatuke K, Teclaw R, Ramsel D. Psychological Safety and Error Reporting Within Veterans Health Administration Hospitals. Journal of patient safety. 2015;11(1):60-6.
40.Yaqobi M, Navidian A, Charkhat-Gorgich E, Chakerzahi F, Salehiniya H. Survey of medication errors in nursing student and reasons for not reporting it from their perspective. Nurse and Physician Within War. 2015;3(6):5-11. (Persian)
41.Haw C, Stubbs J, Dickens GL. Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: an interview study of nurses at a psychiatric hospital. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2014; 21(9):797-805.
42.Hajibabaee F, Joolaee S, Peyravi H, Alijany-Renany H, Bahrani N, Haghani H. Medication error reporting in Tehran: a survey. Journal of Nursing Management. 2014;22(3):304-10.
43.Wagner LM, Harkness K, Hebert PC, Gallagher TH. Nurses' perceptions of error reporting and disclosure in nursing homes. Journal of nursing care quality. 2012;27(1):63-9.
44.Alsafi E, Bahroon SA, Tamim H, Al-Jahdali HH, Alzahrani S, Al Sayyari A. Physicians' Attitudes Toward Reporting Medical Errors-An Observational Study at a General Hospital in Saudi Arabia. Journal of Patient Safety. 2011;7(3):144-7.
45.Poorolajal J, Rezaie S, Aghighi N. Barriers to medical error reporting. International journal of preventive medicine. 2015; 6(1): 97.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1394.4.4.5.9]
[DOI: 10.30505/4.4.235]

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۴- صفحات ۲۴۴-۲۳۵

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.22286241.1394.4.4.5.9]
[DOI: 10.30505/4.4.235]