

## مقایسه حوادث ناخواسته گزارش شده توسط پرستاران و سیستم اطلاعات بیمارستانی در بیمارستان هاشمی نژاد تهران در سال ۱۳۹۲

اصلاح نظری<sup>۱</sup>، ایروان مسعودی اصل<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup>دانشجو، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران؛ <sup>۲</sup>عضو هیئت علمی، مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۹ تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۲۹

### چکیده:

زمینه و هدف: اهمیت حوادث ناخواسته در بیمارستان ها موضوعی است که از دیرباز در نظام سلامت مورد توجه قرار گرفته؛ ولی اقدام های مؤثری برای کاهش آن ها صورت نگرفته است؛ لذا چنانچه خطرات بالقوه با ابزارهای مدیریت ریسک به طور سیستماتیک شناسایی و کنترل گردد، رسیدن به این مهم تسهیل می گردد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه حوادث ناخواسته گزارش شده توسط پرستاران و سیستم اطلاعات بیمارستانی در بیمارستان هاشمی نژاد تهران در سال ۱۳۹۲ به انجام رسید.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ در بیمارستان هاشمی نژاد تهران انجام گرفت. جامعه آماری کلیه پرستاران این بیمارستان (۳۵۰ نفر) و نمونه آماری ۱۰۰ نفر بود. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه ای روا و پایا در سه بخش فرآیند مراقبت های پرستاری، فرآیند انتقال بیمار و فرآیند ثبت اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم افزار SPSS و به کمک آمارهای توصیفی و آزمون های Z انجام شد.

یافته ها: میانگین نمرات گزارش حوادث از سوی پرستاران برای خدمات مراقبتی ۱۶/۶۹، برای حوادث انتقال بیمار میانگین ۹/۷۸ و برای حوادث ثبت اطلاعات میانگین ۱۳/۲۰ به دست آمد. بر اساس گزارشات سیستم اطلاعات بیمارستانی میزان فراوانی حوادث گزارش شده در این سیستم برای خدمات مراقبتی ۲۴ مورد، برای حوادث انتقال بیمار ۶ مورد و برای حوادث ثبت اطلاعات ۴۳ مورد بود. میان حوادث ناخواسته گزارش شده توسط پرستاران و گزارش شده در سیستم اطلاعات بیمارستانی تفاوت معنی داری وجود داشت ( $P=0/030$ ).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج بسیاری از خطاها از سوی پرستاران انجام می گیرد که در سیستم اطلاعات بیمارستانی ثبت نمی گردد. ایجاد فضای صمیمی در میان کارمندان و ایجاد امنیت شغلی برای آنان این زمینه را فراهم می کند تا در صورت وقوع هرگونه حادثه در خدمات بیمارستانی، پرسنل بدون ترس از توبیخ و یا از دست دادن شغل، خطای صورت گرفته را در سیستم اطلاعات بیمارستانی ثبت کنند.

واژه های کلیدی: حوادث ناخواسته، پرستار، بیمارستان، سیستم اطلاعات بیمارستان، بیمار.

### مقدمه:

وظایف مهم و اجتناب ناپذیر مدیریت است (۳). به طور کلی در بررسی خطاهای انسانی که عمده خطاهای سیستم های خدماتی از جمله بیمارستان است، دو نگرش نگرش شخصی و نگرش سیستمی وجود دارد. در نگرش شخصی کانون توجه روی خطاهای انسان ها است؛ اما تمرکز نگرش سیستمی روی شرایطی است که انسان تحت

خطر، همان تهدید ناشی از رویداد یا اقدامی است که به طور نامطلوبی توانایی یک سازمان را در دستیابی به اهدافش تحت تأثیر قرار می دهد (۲،۱). مسئله حوادث ناخواسته در بیمارستان ها از اهمیت بسزایی برخوردار است و تصمیم گیری در زمینه ایمنی و شناسایی و کنترل ریسک های موجود در واحدهای بهداشتی و درمانی از

آن شرایط کار می کند. برای درمان خطاها طبق این نگرش، بیشتر از این که به تغییر دادن اشخاص پرداخته شود، تلاش می شود تا شرایط کاری افراد بهینه سازی شود (۴). نتایج تحقیق Pretagostini و همکاران نشان می دهد برای افزایش ایمنی در بیمارستان، توجه به رویکردهای مبتنی بر مدیریت ریسک آینده نگر، بسیار تأثیرگذار خواهد بود (۵). همزمان با ظهور تمدن موج سوم، اطلاعات به عنوان اساسی ترین ماده خام که فرسایشی ندارد مطرح گردیده تا عدم اطمینان یا ریسک را کاهش دهد. در این خصوص ساختار بهداشت و درمان نیز با توجه به حجم انبوه اطلاعات تولید شده و تنوع آن ها مسلماً از فناوری اطلاعات بی نصیب نبوده است. کاربرد صحیح اطلاعات در بیمارستان ها و سایر مراکز بهداشتی و درمانی موجب سازمان دهی فرآیندهای مراقبتی، دقیق تر شدن روش های درمانی و کاهش خطاهای انسانی می گردد (۶-۸). یکی از بزرگ ترین گروه هایی که خدمات مراقبتی را به بیماران ارائه می دهند پرستاران می باشند. پرستاران بیش از سایر پرسنل بیمارستان با بیماران در تماس می باشند و بیشترین تأثیر را در بهبود وضعیت بیمار می گذارند. در حرفه پرستاری نیز حوادث ناخواسته متعددی از جمله دوز اشتباه دارو، داروی اشتباه، زمان اشتباه برای دادن دارو، عدم توجه به حساسیت دارویی در بیمار، عدم توجه به مقوله تداخل دارویی، IV اشتباه، ثبت اشتباه نتایج آزمایشگاهی، عدم ثبت کامل سابقه بیمار، افتادن بیمار از تخت و ... وجود دارد. شناسایی به موقع این حوادث و کنترل کردن آن ها می تواند کمک مؤثری در افزایش کیفیت خدمات پرستاری داشته باشد (۹).

مطالعات متعدد در کشورهای مختلف نشان می دهد که ۲/۹ تا ۱۶/۶ درصد از بیماران در بیمارستان های مراقبت های حاد، تجربه یک یا چند مورد از عوارض جانبی را تجربه کرده اند، در حالی که تقریباً ۵۰ درصد از این موارد قابل پیشگیری بوده است (۱۰). با وجود تلاش های قابل توجهی توسط بسیاری از سازمان های مراقبت های بهداشتی، خطاهای پزشکی به طور رایج باقی مانده و همچنان باعث ایجاد فشار باری مالی و شخصی می شود (۱۱). عامل بخش زیادی از این خطاها انسانی است.

در واقع جنبه های مختلف کاری و تنوع و پیچیدگی های شغلی بر روی رفتاری که فرد در محیط کاری از خود نشان می دهد تأثیر بسزایی دارد و با تأثیرگذاری بر روی این رفتارها، اعمال ناایمن از سوی فرد بوجود می آید. این اعمال به طور ناخواسته از سوی فرد، در محیط کاری نمایان شده و باعث بروز حادثه می شود (۱۲). این حوادث بر اثر عوامل مختلفی از جمله، نبود نظم و انضباط در محیط کار، بی دقتی و سهل انگاری فرد در انجام وظایف محوله، نقص دستگاه ها و عدم تناسب بین فرد و کار و سایر موارد بوجود می آید (۱۳).

نتایج مطالعه ادیبی و همکاران نشان داد که حداقل ۳/۶ درصد از بیماران بستری در بیمارستان عوارض جانبی را تجربه کرده اند و ۵/۳ درصد از مرگ و میرهای بیمارستانی مرتبط با مسائل ایمنی بیمار بوده است (۱۴). در مطالعه Burroughs و همکاران در بخش اورژانس با هدف بررسی ۸ نوع خطای پزشکی با ۷۶۷ بیمار نشان دادند که ۳۸ درصد بیماران از بروز حداقل یکی از انواع خطاها نگران بودند؛ این خطاها شامل ۲۲ درصد تشخیص غلط، ۱۶ درصد خطاهای پزشکی، ۱۶ درصد خطاهای دارویی، ۱۲ درصد خطاهای پرستاری، ۱۰ درصد آزمایش غلط بود (۱۵).

در این میان یکی از مهم ترین وظایف پرستاران جمع آوری اطلاعات در رابطه با بیماران است. در صورت کفایت و مهارت پرستاران در انجام این امور و جمع آوری اطلاعات به صورت کامل، پروسه ایمنی بیمار در فرآیندهای مراقبتی و درمانی ارتقاء پیدا می کند. موفقیت پرستاران در این زمینه سبب موفقیت مدیر پرستاری در کنترل ریسک های مربوط به این حرفه گردد (۱۶). حال با توجه به مسائل مطرح گردیده و با عنایت به اهمیت خدمات پرستاری در بیمارستان ها، می توان بیان کرد که شناسایی و کنترل حوادث موجود در این حرفه در هر بیمارستان ضرورتی انکار ناپذیر است. از آنجایی که برای شناسایی حوادث نیاز به اطلاعات است مطالعه حاضر با هدف مقایسه حوادث ناخواسته گزارش شده توسط پرستاران و سیستم اطلاعات بیمارستانی در بیمارستان هاشمی نژاد در سال ۱۳۹۲ به انجام رسید.

**روش بررسی:**

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است که در فاصله زمانی اردیبهشت تا بهمن سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش کلیه پرستاران بیمارستان شهید هاشمی نژاد است ( $n=350$ ). از این تعداد ۱۰۰ پرستار به صورت تصادفی انتخاب شدند که این حجم نمونه در سطح خطای ۰/۰۵ بر اساس جدول حجم نمونه کوهن، مانیون و موریسون (۹) برای این پژوهش کفایت می کند. روش نمونه گیری به صورت تصادفی بود به این صورت که از میان بخش های داخلی، زنان، اورولوژی، جراحی عمومی و بخش پیوند تعداد ۱۰۰ نفر بر حسب تناسب بخش ها انتخاب شدند؛ لذا ۳۰ نفر از بخش داخلی، ۲۰ نفر از بخش زنان، ۲۰ نفر از بخش اورولوژی، ۲۰ نفر از بخش جراحی عمومی و ۱۰ نفر از بخش پیوند انتخاب شدند. در این پژوهش پرستاران بخش های اورژانس و مراقبت های ویژه به دلیل نبود سیستم نرم افزاری گزارش خطا در این بخش ها و شرایط متفاوت بیماران در این دو بخش، مورد بررسی قرار نگرفتند.

ابزار مورد استفاده پرسشنامه محقق ساخته ۱۳ سؤالی در رابطه با حوادث ناخواسته خدمات پرستاری است که در دو مرحله تکمیل گردید؛ بدین صورت که در مرحله اول پرسشنامه در اختیار پرستاران قرار گرفت تا فراوانی حوادث رخ داده را طی یک ماه گذشته گزارش کنند. در مرحله دوم میزان حوادثی که در سیستم اطلاعات بیمارستانی در یک ماه گذشته ثبت شده بود، استخراج شد و در پرسشنامه وارد شد تا فراوانی حوادث ناخواسته گزارش شده توسط پرستاران با حوادث ناخواسته ثبت شده در سیستم اطلاعات بیمارستانی در مدت مشابه مورد مقایسه قرار گیرد. ۱۳ سؤال پرسشنامه در سه بخش دسته بندی شد، به صورتی که ۵ سؤال در رابطه با فرآیند مراقبت های پرستاری، ۳ سؤال در رابطه با فرآیند انتقال بیمار و ۵ سؤال مربوط به حوادث خدمات ثبت اطلاعات بود. روایی پرسشنامه با نظرات خبرگان آگاه که شامل پزشکان، پرستاران و اساتید مدیریت بیمارستان بود، مورد بررسی قرار

گرفت. برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۶ به دست آمد.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی برای انجام مطالعه از مسئولین و مراجع ذیصلاح در دانشگاه مجوز مورد نیاز کسب شد. از پرستاران نیز در خصوص مشارکت در مطالعه رضایت گرفته شد و ضمن بیان هدف پژوهش به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آن ها به صورت محرمانه حفظ خواهد شد.

برای تحلیل داده ها از شاخص های آمار توصیفی مانند میانگین، فراوانی، انحراف معیار و آزمون های آماری Z استفاده شد. تجزیه و تحلیل ها داده ها با نرم افزار SPSS انجام گرفت.

**یافته ها:**

۸۰ درصد پرستاران مورد مطالعه زن و ۲۰ درصد متأهل بودند. اکثریت آن ها (۹۰ درصد) در فاصله سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند. ۵۱ درصدشان در شیفت چرخشی مشغول به کار بودند. سابقه کاری اکثریت پرستاران بین ۱ تا ۱۰ سال (۶۰ درصد) و میزان تحصیلات ۸۶ درصد پرستاران لیسانس بود (جدول شماره ۱).

**جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک پرستاران**

مورد مطالعه		
متغیر	نوع	تعداد (درصد)
سن	۲۰-۳۰	۴۵(۴۵)
	۳۱-۴۰	۴۵(۴۵)
	۴۱-۵۰	۱۰(۱۰)
جنسیت	مرد	۲۰(۲۰)
	زن	۸۰(۸۰)
وضعیت تأهل	مجرد	۲۷(۲۷)
	متأهل	۷۳(۷۳)
شیفت	ثابت	۴۹(۴۹)
	چرخشی	۵۱(۵۱)
سابقه کاری	۱-۱۰	۶۰(۶۰)
	۱۱-۲۰	۳۱(۳۱)
	۲۱-۳۰	۹(۹)
میزان تحصیلات	فوق دیپلم	۶(۶)
	لیسانس	۸۶(۸۶)
	فوق لیسانس	۹(۹)

در حوادث گزارش شده توسط پرستاران در فرآیند مراقبت پرستاری بیشترین حادثه گزارش شده مربوط به اشتباه دارویی و سونداژ ناموفق و کمترین مربوط به نمونه گیری متفاوت با دستور پزشک بود. در فرآیند انتقال بیمار بیشترین حادثه مربوط به افتادن بیمار بدون جراحی و کمترین حادثه مربوط به افتادن بیمار همراه با مصدومیت بود. در فرآیند ثبت اطلاعات نیز بیشترین حادثه گزارش شده مربوط به عدم ثبت کامل اطلاعات در کاردکس و عدم ثبت سابقه بیمار و کمترین حادثه گزارش شده مربوط به عدم ثبت زمان شروع آنتی بیوتیک بود. در حوادث ثبت شده در نظام اطلاعات بیمارستانی در فرآیند مراقبت های پرستاری بیشترین حادثه مربوط به اشتباهات دارویی و کمترین حادثه مربوط به نمونه گیری متفاوت با دستور پزشک،

در زمینه حوادث مربوط به فرآیند انتقال بیمار بیشترین حادثه مربوط به افتادن بیمار بدون جراحی و کمترین حادثه مربوط به سقوط اشیا سنگین روی قسمتی از بدن بیمار و در حوادث ثبت شده در زمینه فرآیند ثبت اطلاعات بیشترین حادثه مربوط به عدم ثبت علائم حیاتی و عدم ثبت کامل اطلاعات در کاردکس و کمترین حادثه ثبت شده مربوط به عدم ثبت زمان شروع آنتی بیوتیک بود. بر اساس آزمون Z، میان حوادث گزارش شده توسط پرستاران در کلیه ابعاد و آنچه در سیستم اطلاعات بیمارستانی ثبت شده است، تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P=0/030$ )، به این معنی که میزان حوادث گزارش شده توسط پرستاران به طور معنی داری بیشتر از حوادث ثبت شده در سیستم اطلاعات بیمارستانی بوده است (جدول شماره ۲).

**جدول شماره ۲: مقایسه حوادث ناخواسته گزارش شده توسط پرستاران و سیستم اطلاعات بیمارستانی**

مؤلفه ها	ابعاد	گزارش شده توسط پرستاران	HIS فراوانی	آزمون Z	P
فرآیند مراقبت های پرستاری	اشتباه دارویی	۰/۰۸±۰/۲۷	۶	۴/۷۹	۰/۰۴۳
	سونداژ ناموفق	۰/۰۸±۰/۲۷	۴		
	نمونه گیری اشتباه از فرد دیگر	۰/۰۲±۰/۱۴	۱		
	نمونه گیری متفاوت با دستور پزشک	۰/۰۰±۰/۰۰	۰		
فرآیند انتقال بیمار	شکستن سرسوزن هنگام نمونه گیری	۰/۰۶±۰/۳۱	۱	۰۲/۱۳۰	۰/۰۲۳
	افتادن بیمار بدون جراحی	۰/۰۵±۰/۲۱	۳		
	افتادن بیمار همراه با مصدومیت	۰/۰۰±۰/۰۰	۱		
	سقوط اشیا سنگین روی بدن بیمار	۰/۰۱±۰/۱۰	۰		
فرآیند ثبت اطلاعات	عدم ثبت علائم حیاتی	۰/۰۵±۰/۲۱	۳	۸/۳۶۷	۰/۰۴۹
	عدم ثبت کامل اطلاعات در کاردکس	۰/۱۵±۰/۳۸	۳		
	عدم ثبت دریافتی های بیمار	۰/۰۶±۰/۲۳	۱		
	عدم ثبت زمان شروع آنتی بیوتیک	۰/۰۲±۰/۱۴	۰		
	عدم ثبت سابقه بیمار	۰/۱۵±۰/۳۵	۱		
	کل	۰/۰۵±۰/۰۴	۲۴		

(Health Information System = HIS) سیستم اطلاعات بیمارستانی.

که ۱۹۶ خطا تکنیک نامناسب ضد عفونی بوده و ۱۰۰ خطای باقی مانده مربوط به خطای تجویز دارو، خطای تکنیک اجرایی و خطای تهیه دارو بوده است (۱۷). برآوردها نشان می دهد که در کشورهای توسعه یافته به ازای هر ۱۰ بیمار، ۱ بیمار در طول دریافت خدمات

بر اساس نتایج در هر یک از سه حیطه فرآیند مراقبت های پرستاری، فرآیند انتقال بیمار و فرآیند ثبت اطلاعات به ترتیب ۱۲، ۴ و ۸ مورد حادثه رخ داده بود. Gokhman و همکاران در مطالعه ای روی بیماران مراجعه کننده به فوریت های پزشکی، ۲۹۶ خطا مشاهده نمودند

بیشترین خطای پزشکی را اشتباه در تعیین دوز دارو اعلام نموده اند (۲۲). از علل تفاوت فراوانی برخی رخدادهای در مقایسه با مطالعه ما این است که رخدادهای ایمنی تحت مطالعه برحسب نوع مراکز تحت مطالعه با هم متفاوت هستند؛ مثلاً در مراکز مراقبتی سالمندان می توان انتظار داشت که زخم های فشاری و سقوط یا شکستگی های ناشی از آن بیشتر باشد؛ در حالی که در مراکز بیمارستانی شیوع رخدادهای متفاوت است.

بر اساس نتایج رابطه معنی داری میان حوادث گزارش شده توسط پرستاران در کلیه ابعاد و آنچه در سیستم اطلاعات بیمارستانی ثبت شده است، وجود داشت. یافته های پژوهش جولایی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران نشان داد که میان خطاهای دارویی دانشجویان پرستاری و گزارش خطاهای صورت گرفته رابطه معنی داری وجود ندارد که با پژوهش حاضر مطابقت دارد (۲۳). نتایج مطالعه کوهستانی و باغچی در این رابطه نشان داد وجود سیستم اطلاعات بیمارستانی سبب کاهش ریسک کاری به میزان ۸/۴۵ شده است (۲۴). Hullin و Gogler نیز بیان داشتند اطلاعات پرستاری موجود در بیمارستان با شناسایی و کاهش ریسک های بیمارستانی رابطه معنی داری دارد. بر طبق این پژوهش پرستاران حوادث صورت گرفته را وارد سیستم های اطلاعاتی کرده و خطاهای کاری را گزارش می کنند (۲۵).

### نتیجه گیری:

بر اساس نتایج این پژوهش رابطه معنی داری میان حوادث گزارش شده توسط پرستاران و حوادث گزارش شده در سیستم اطلاعات بیمارستانی وجود دارد و بسیاری از خطاها از سوی پرستاران انجام می گیرد که در سیستم اطلاعات بیمارستانی ثبت نمی گردد. حال با توجه به این مسئله باید بیان کرد که یکی از وظایف مهم مدیران در بیمارستان ها، ترویج فرهنگ ثبت خطاها در سیستم اطلاعات بیمارستانی و ایجاد اطمینان از عدم مداخلات تنبیهی برای افرادی که در وقوع حادثه نقش

مراقبتی در بیمارستان صدمه می بیند (۱۸). در ایران آمار موثقی در خصوص رخداد خطاهای پزشکی در دست نیست؛ ولی پیش بینی شده که میزان خطاهای پزشکی بسیار بالا باشد و افزایش پرونده های ارجاعی شکایت از پزشکان به نظام پزشکی می تواند دلیل احتمالی این ادعا باشد (۶).

از علل تفاوت فراوانی برخی رخدادهای در مقایسه با مطالعه ما این است که رخدادهای ایمنی تحت مطالعه برحسب نوع مراکز تحت مطالعه باهم متفاوت هستند؛ مثلاً در مراکز مراقبتی سالمندان می توان انتظار داشت که زخم های فشاری و سقوط یا شکستگی های ناشی از آن بیشتر باشد؛ در حالی که در مراکز بیمارستانی شیوع متفاوت است. در ایران به طور معمول برای ثبت رخدادهای نامطلوب و خطاهای پزشکی از پرونده های پزشکی و گزارشات روتین کارکنان بهداشت و درمان استفاده می شود؛ ولی پرونده های پزشکی به عنوان یک منبع ثبت خطاهای پزشکی، ناقص است و تعداد خطاهای شناسایی و ثبت شده کمتر از میزان بروز واقعی حوادث پزشکی است (۱۹).

در حوادث گزارش شده توسط پرستاران و سیستم اطلاعات بیمارستانی بیشترین حادثه گزارش شده مربوط به اشتباه دارویی و سونداز ناموفق و کمترین مربوط به نمونه گیری متفاوت با دستور پزشک است. در پژوهش نصیری پور و همکاران که علل بروز خطاهای پزشکی در بیمارستان های استان تهران مورد بررسی قرار گرفت، بیشترین دلایل ایجاد خطاها، مربوط به اطلاعات دارویی، خط مشی ها و روش های اجرایی، فرهنگ حرفه ای و برنامه بهبود کیفیت بیمارستان بوده است (۷). نتایج تحقیق مسرور و همکاران نیز نشان داد شایع ترین رخدادهای ایمنی بیماران از جمله خطاهای دارویی، صدمات پوستی، عصبی و عضلانی و عوارض پس از جراحی بود. کمترین فراوانی مربوط به مرگ بیمار به دنبال خطا و به جا ماندن اشیا در بدن بیمار بود (۲۰). نتایج سایر مطالعات نشان داد شایع ترین حوادثی که در سال ۲۰۰۷ اتفاق افتاد، سقوط بیماران و زخم های فشاری بود (۲۱). Wolf و همکاران

دقیق حوادث و ارائه مداخلات اجرایی کاهش دهد. از طرفی چنانچه ثبت دقیق حوادث در سیستم اطلاعات بیمارستانی صورت گیرد، پرستاران و کادر درمانی نیز با حس مسئولیت و ضمانت اجرایی بالاتری به مراقبت ها می پردازند که از بسیاری از خطاهای ناشی از بی دقتی پرسنل خواهد کاست.

### تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از همکاری مسئولین محترم دانشگاه، مدیران و کارکنان بیمارستان هاشمی نژاد به جهت همکاری در گردآوری داده های پژوهش صمیمانه قدردانی می شود.

داشته اند، است. چرا که مدیران نیاز به یک منبع معتبر اطلاعاتی دارند تا بتوانند به وسیله آن زمینه شناسایی و کنترل حوادث و مخاطرات را فراهم آورند. مدیر باید با ایجاد فضای صمیمی در میان کارمندان و ایجاد امنیت شغلی برای آنان این زمینه را فراهم می آورد تا در صورت وقوع هر گونه حادثه در خدمات بیمارستانی، پرسنل بدون ترس از توبیخ و یا از دست دادن شغل، خطای صورت گرفته را در سیستم اطلاعات بیمارستانی ثبت کنند.

### کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

نتایج این مطالعه می تواند بخش زیادی از رخدادهای ایمنی انجام گرفته بر روی بیماران را با ثبت

### منابع:

1. Babaie MA, Zanjani MR. New approach on organizational effectiveness: Risk Management. Tadbir Journal. 2005; 6(170): 3-6.
2. Watcher RM. Understanding patient safety. USA: Mac Graw- Hill Companies. 2008; 10: 23-4.
3. Saranto K, Bates DW, Mykkanen M, Harkonen M, Miettinen M. Whose voices are heard in patient safety incident reports? NI 2012: 11<sup>th</sup> International Congress on Nursing Informatics, June 23-27, 2012, Montreal, Canada International Congress in Nursing Informatics. 2012; 2012: 356.
4. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320(7237): 768-70.
5. Pretagostini R, Gabbrielli F, Fiaschetti P, Oliveti A, Cenci S, Peritore D, et al. Risk management systems for health care and safety development on transplantation: a review and a proposal. Transplantation Proceedings. 2010; 42(4): 1014-6.
6. Hwang JI, Lee SI, Park HA. Patient safety incident-reporting items in Korean hospitals. International Journal for Quality in Health Care. 2013; 25(3): 300-7.
7. Reznick MA, Kotkowski KA, Arce MW, Jepson ZK, Bird SB, Darling CE. Patient safety incident capture resulting from incident reports: a comparative observational analysis. BMC Emergency Medicine. 2015; 15: 6.
8. Hwang JI, Lee SI, Park HA. Barriers to the operation of patient safety incident reporting systems in Korean general hospitals. Healthcare Informatics Research. 2012; 18(4): 279-86.
9. Taylor JS. Improving patient safety and satisfaction with standardized bedside handoff and walking rounds. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2015; 19(4): 414-6.
10. Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, Van der Wal G, Groenewegen PP. The psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture in Dutch hospitals. BMC Health Services Research. 2008; 8(1): 230.
11. Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D, Baker L. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. Health Services Research. 2009; 44(2 Pt 1): 399-421.
12. Allahyari T, Saraji GN, Adl J, Hosseini M, Iravani M, Younesian M, et al. Cognitive failures, driving errors and driving accidents. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics. 2008; 14(2): 149-58.
13. Hurwitz B, Sheikh A. Health care errors and patient safety: John Wiley and Sons; 2011.

14. Adibi H, Khalesi N, Ravaghi H, Jafari M, Jeddian AR. Development of an effective risk management system in a teaching hospital. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*. 2012; 11(1): 15.
15. Burroughs TE, Waterman AD, Gallagher TH, Waterman B, Adams D, Jeffe DB, et al. Patient concerns about medical errors in emergency departments. *Academic Emergency Medicine*. 2005; 12(1): 57-64.
16. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA. An international perspective on hospital nurses' work environments: The case for reform. *Policy, Politics, and Nursing Practice*. 2001; 2(4): 255-63.
17. Gokhman R, Seybert AL, Phrampus P, Darby J, Kane-Gill SL. Medication errors during medical emergencies in a large, tertiary care, academic medical center. *Resuscitation*. 2012; 83(4): 482-7.
18. Carlton G, Blegen MA. Medication-related errors: a literature review of incidence and antecedents. *Annual Review of Nursing Research*. 2006; 24: 19-38.
19. Agoritsas T, Bovier PA, Perneger TV. Patient reports of undesirable events during hospitalization. *Journal of General Internal Medicine*. 2005; 20(10): 922-8.
20. Masror D, Heydarikhayat D, Joolae S. Assessing patient safety events and it's correlation with nurse-physician interaction from nurses' view. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2012; 1(2): 37-45.
21. Firth-Cozens J. Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. *Quality in Health Care*. 2001; 10(2): 26-31.
22. Wolf ZR, Hicks R, Serembus JF. Characteristics of medication errors made by students during the administration phase: a descriptive study. *Journal of Professional Nursing*. 2006; 22(1): 39-51.
23. Jolae S, Hajibabae F, Peyravi H, Haghani H. Nursing medication errors and its relationship with work condition in Iran University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2009; 3(1): 65-76.
24. Kouhestani H, Baghcheghi N. Refusal in reporting medication errors from the viewpoints of nursing students in Arak University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2009; 8(2): 285-92.
25. Gogler J, Hullin C. The chose in primary nursing data: good information reduce risk. *Health Information Society Australia Ltd*. 2008.

## Comparison of undesirable events reported by nurses and hospital information systems in Tehran Hasheminejad Hospitals in 2013

Nazari A<sup>1</sup>, Masoudi Asl<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Student, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, I.R. Iran; <sup>2</sup>Scientific Member, Majlis Research Center, Tehran, I.R. Iran.

Received: 30/Des/2014 Accepted: 20/Sep/2015

**Background and aims:** The importance of undesirable events in hospitals is an issue that has been considered in the health system from a long time ago, but effective action has not been taken to reduce them. So, if the potential risks systematically identified and controlled by risk management tools, achieving to this importance will be facilitate. This study was aimed to compare undesirable events reported by nurses and hospital information systems in Tehran Hasheminejad hospitals in 2013.

**Methods:** This study was a cross-sectional study that conducted in Tehran Hasheminejad hospital in 2013. The population of this study was all of 350 hospital nurses staff. A sample of 100 patients was included in this study. The data were gathered using a valid and reliable questionnaire in 3 parts, nursing care process, patient transfer process and data recording process. Data were analyzed by using SPSS software, descriptive statistics and Z statistical test.

**Results:** The mean scores of reported events by nurses for care services, patients transfer events, and recording events were 16.69, 9.78 and 13.20, respectively. According to hospital information systems reports, the frequencies of reported events in this system for care services, patients transfer events, and recording events were 24, 6 and 43, respectively. There was a significant difference between events reported by nurses and events reported in the hospital information system ( $P=0.030$ ).

**Conclusion:** Based on the results, most of the errors in the hospital made by nurses who are not recorded in hospital information system. Creating a friendly condition among staff and making a job security for them will provide suitable conditions for them to record any kind of error which occurred in the hospital in hospital information system without fear of reprimand or loss of a job.

**Keywords:** Undesirable events, Nurse, Hospital, Hospital information system, Patient.

**Cite this article as:** Masoudi Asl I, Nazari A. Comparison of undesirable events reported by nurses and hospital information systems in Tehran Hasheminejad hospitals in 2013. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2015; 4(4): 40-47.

---

\*Corresponding author:

Majlis Research Center, Tehran, I.R. Iran, Tel: 00989128384062, E-mail: masoudii\_1352@yahoo.com