

## بررسی دیدگاه پزشکان عمومی شاغل در شهرستان زابل درباره خطاهای پزشکی در سال ۱۳۸۹

منیره شمسانی<sup>۱</sup>، عبید... فرجی<sup>۲\*</sup>، عباسعلی رضانی<sup>۳</sup>، سید پوریا هدایتی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۰/۵/۱۲

### چکیده:

**زمینه و هدف:** خطای پزشکی موضوعی جهانی، هزینه بر و عامل مرگ و میر و آسیب به بیماران است و سخت مورد توجه جامعه قرار دارد این موضوع امنیت بیمار را که از مهمترین ابعاد مراقبتهای بهداشتی محسوب میشود، به خطر می اندازد. خطای پزشکی در بیمارستانها و موسسات مراقبت سلامت ایالات متحده سومین علت مرگ و میر بوده و سالانه قریب به ۹۸۰۰۰ نفر قربانی میگیرد. هدف از انجام این پژوهش تعیین دیدگاه پزشکان عمومی درباره خطاهای پزشکی است.

**مواد و روشها:** برای انجام این پژوهش توصیفی-تحلیلی و مقطعی، ۸۰ نفر از پزشکان عمومی شاغل در شهرستان زابل انتخاب شدند و جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته شامل ۱۹ سوال مرتبط با انواع خطاهای پزشکی، فاش سازی خطاهای پزشکی استفاده شد که جهت تعیین روایی پرسشنامه از نظرات متخصصان و اساتید مرتبط استفاده شد و روایی آن تایید گردید جهت پایایی پرسشنامه، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از افراد مورد مطالعه قرار گرفت و پس از یک هفته مجددا پرسشنامه را در اختیار آنها قرار دادیم و با توجه به اینکه ضریب همبستگی نمرات دو پرسشنامه قبل و بعد ۸۰٪ شد پایایی پرسشنامه تایید گردید. پس از تکمیل پرسشنامه ها، اطلاعات وارد نرم افزار spss ورژن ۱/۵ اشد و با استفاده از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و جداول فراوانی و آزمون آماری کای دو تجزیه و تحلیل داده ها انجام شد.

**نتایج:** ۷۲/۵٪ از پزشکان عمومی شرکت کننده در این مطالعه خطای تشخیصی را شایعترین نوع خطاهای پزشکی دانستند ۳۲/۵٪ علت خطای دارویی را مربوط به خطای پرسنل داروخانه بیان کردند ۳۶/۳٪ از پزشکان عمومی تغییر رفتار و انگیزه مند کردن پرسنل درمانی را اولین عامل در کاهش خطاهای پزشکی عنوان کردند ۶۷/۵٪ افراد مورد مطالعه موافق و ۳۲/۵٪ مخالف فاش سازی خطای پزشکی بودند و مهمترین فایده فاش سازی خطای راجل گیری و توجه بیشتر به اشتباهات و خطاهای آینده بیان نمودند. رابطه معناداری بین گروههای سنی و جنسی و ارتکاب به خطاهای پزشکی وجود ندارد ( $p \geq 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به اهمیت و شایع بودن خطاهای پزشکی و ارتباط مستقیم آن با جان و مال بیماران، زمان، بودجه و نیروی انسانی سیستم بهداشتی درمانی، نقش مسئولین در وضع قوانینی در جهت ایجاد امنیت حقوقی و اخلاقی برای پرسنل پررنگتر می گردد زیرا موجب فاش سازی و بیان آسانتر و به موقع خطاها به بیماران و سرپرستان میشود و نیز انگیزه مندی کارکنان، بهبود آموزش و آگاهی از خطاهای احتمالی در حین کار نقش بسزایی در کاهش آسیب به بیمار و حفظ حقوق آنان دارد.

**کلمات کلیدی:** خطای پزشکی، پزشکان عمومی، فاش سازی

۱- کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی زابل

۲- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی زابل و دانشجوی دکتری سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران (\*نویسنده مسئول)

پست الکترونیک: Faraji.obeid@gmail.com تلفن: ۰۹۱۸۵۲۱۹۶۶۴

۳- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی زابل و کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی

۴- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی زابل و کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

## مقدمه

امنیت بیمار یکی از مهمترین ابعاد مراقبت های بهداشتی است اما خطاهای پزشکی موجب ناامن شدن سیستم مراقبت های بهداشتی شده است (۱). خطاهای پزشکی به معنی عدم انجام اقدام صحیح در یک نقشه تعیین شده، موضوعی جهانی، هزینه بر و عامل بخشی از مرگ و میر و آسیب به بیماران است از این رو سخت مورد توجه جامعه قرار دارد (۲). افزایش خطاهای پزشکی به نگرانی عمومی در میان سیاستگذاران، ارائه دهندگان و متخصصین امر سلامت و درمان تبدیل شده است. خطاهای پزشکی در بیمارستان ها و موسسات مراقبت سلامت ایالات متحده سومین علت شایع مرگ بوده و سالانه قریب به ۹۸۰۰۰ نفر جان خود را در این راه از دست می دهند. (۳).

این نوع مرگ از مرگ و میر ناشی از تصادفات و ایدز بیشتر است. طبق مطالعات از هر ۱۰۰۰ ویزیت بیمارستانی ۶۵ مورد به علت اشتباهات دارویی، ۶۰ مورد به علت عفونت های بیمارستانی و ۵۱ مورد بعلت عوارض اقدامات جراحی و ۱۵ مورد بعلت سقوط بیمار از تخت می باشد. در ایران نیز عمده ترین دلایل شکایت بیماران بی مبالاتی و بی احتیاطی که منجر به خطاهای پزشکی شامل خطاهای دارویی تشخیصی، اقدامات پیشگیرانه، اقدامات درمانی و اقدامات اداری و دفتری است. بیشترین میزان خطاها ۵۳ درصد است که مربوط به کادر درمانی که ۲۲ تا ۴۴ درصد موجب فوت، ۳۵ درصد عارضه جانبی، ۲۷ درصد صدمات جسمی و ۲۰ درصد خسارات مادی است (۱). مطالعات نشان می دهد استفاده از کامپیوتر در تجویز دارو، انگیزه مند کردن پرسنل درمانی، نظارت بیماران بر ارائه خدمات، محدود کردن عملیات پزشکی باریسک بالا، استفاده از دارو سازان برای کمک به پزشکان در تجویز دارو و برگزاری کلاس های آموزشی برای پرسنل درمانی موجب کاهش وحل خطاهای پزشکی گردد (۴).

چنانچه خطاهای پزشکی تداوم داشته باشد عوارضی چون افزایش مرگ و میر، عفونت ها، انواع معلولیتها و دیگر صدمات جسمی و متحمل شدن هزینه های بالایی برای جبران این خطاها برای بیماران به همراه دارد و توجیه نشدن پزشکان و کارکنان در مورد خطاهایی که مرتکب می شوند باعث ایجاد و تداوم فرایند کاری اشتباه که موجب اتلاف سرمایه زمانی، پولی و نیروی انسانی می شود. (۵)

مقاومت پرسنل به خصوص پزشکان در برابر تغییر، عدم پذیرش ایده های جدید، حس رضایت از خود، غرور و تعصب افراطی نسبت به حرفه پزشکی، ترس از عواقب فاش سازی خطاهای پزشکی، نبود قوانین مشخص برای حمایت از پزشکان از عواملی هستند که بر ادامه این اشتباهات موثرند.

در مطالعه ای که در کشور سنگاپور به منظور بررسی خطاهای پزشکی و امنیت بیماران صورت گرفت به این نتیجه رسید که خطاها ناشی از اشتباهات پرسنل و بی کفایتی آنهاست در واقع این خطاها به طراحی سیستم و شرایط کار مربوط میشود. اگر مدیر سیستم دچار خطا شد و اشتباهش فاش گردید باید به وی هشدار داد و توبیخ و مجازات کرد. بیمارستانها دارای دارای فرهنگی اشتباه هستند که مانعی در راه پیشرفت آنهاست این فرهنگ حاکی از تصور نادرست نسبت به مجازات و تنبیه است که میتوان آن را با کمک به حرفه های پزشکی برای شناخت اصول روانشناسی در مورد اداره کردن و هدایت تنبیه اصلاح کرد (۶).

در پژوهشی دیگر که در تورنتو در سال ۲۰۰۵ به منظور بررسی دیدگاهها درباره خطاهای پزشکی انجام شد این نتیجه حاصل گردید که بیماران باید درباره فاش سازی خطاهای صورت گرفته به بیمارستان و کمیته ها اطلاع کافی داشته باشند تا از این طریق امنیتشان بیشتر مورد توجه قرار گیرد. متخصصان و ارائه دهندگان خدمات چنین دیدگاهی دارند و آنها سازمانی را اثربخش میدانند که دارای ایمنی بیشتر و فرهنگی باشد که خطاها را آشکار سازد و مقصر را شمامت نکند و اشاعه و ارائه اطلاعات خطاهای پزشکی را به عنوان یک راه مهم برای بهبود ارائه خدمات تسهیل نماید (۷). در مطالعه ای که در میان پزشکان شهرستان گرگان انجام شد، نتیجه این بود که از نسخ بررسی شده پزشکان، ۸ درصد تداخل دارویی مشاهده شد و درصد تداخلات دارویی در نسخ پزشکان عمومی بیش از پزشکان متخصص بود (۸). در مطالعه دیگری در اراک این نتیجه حاصل شد که ۵۰ و ۱۰۰ درصد مریبان پرستاری یک بار شاهد خطاهای دارویی و خطای در شرف وقوع بودند که شایعترین علت آن شامل کمبود اطلاعات داروشناسی، مهارت ضعیف محاسبات دارویی و بدخط بودن دستورات در کاردکس یا کارت دارویی بود (۹). با توجه به بررسی های انجام شده چنین مطالعه ای در سیستم بهداشت و درمان با این عنوان صورت نگرفته لذا لزوم انجام این پژوهش در کشور ایران حس میشود.

هدف اصلی انجام این پژوهش تعیین دیدگاههای پزشکان عمومی زابل درباره علل و عوامل ایجاد کننده خطاهای پزشکی و شناسایی بهترین روش برای کاهش و حذف خطاهای پزشکی است از سری عواملی که باعث انجام این پژوهش شده این است که در مناطق محروم مثل زابل و مردمی با سطح سواد پایین که هیچ گونه اطلاعی از حقوق خودشان در محیط های بیمارستانی ندارند چه راهی می توان برگزید که پرسنل سیستم بهداشتی و درمانی خود رعایت و شناسایی چنین مسائلی را بعهده گیرند تا بیش از این مردم رادچار مشکل از لحاظ بهداشتی و پزشکی و البته مالی ننمایند. از جمله فواید بکارگیری چنین راهبردهایی این است که اولاً بیماران که خود دارای

تشخیص، درمان و خدمات پاراکلینیکی، آزمایشگاهی و... صورت میگیرد، است.

جهت تعیین روایی پرسشنامه از نظرات متخصصان واساتید مرتبط استفاده شد و روایی آن تایید گردید جهت پایایی پرسشنامه، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از افراد مورد مطالعه قرار گرفت و پس از یک هفته مجدداً پرسشنامه را در اختیار آنها قرار دادیم و با توجه به اینکه ضریب همبستگی نمرات دو پرسشنامه قبل و بعد ۸۰٪ شد پایایی پرسشنامه تایید گردید.

پس از تکمیل پرسشنامه ها، اطلاعات وارد نرم افزار spss ورژن ۱۱/۵ شد و با استفاده از آمارهای توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و جداول فراوانی آمارهای توصیفی T-test مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه آزمونهای آماری کای دو تجزیه و تحلیل داده ها انجام شد.

### یافته ها

نتایج این پژوهش نشان میدهد که بین گروههای سنی و جنسی از لحاظ ارتکاب به خطاهای پزشکی اختلاف معناداری وجود ندارد. ( $p \geq 0.05$ ) (جدول ۱ و ۲). و اکثر افراد مورد مطالعه (۹۹٪) بعد فراغت از تحصیل مرتکب خطا شده اند و بیشتر آنان آموزش درباره خطاهای پزشکی (۸۰٪) ضروری دانسته اند.

مشکلاتی هستند دیگر متحمل هزینه، درد یا ناراحتی های ناشی از آن نمی شوند و دوماً کارکنان و پزشکان نیز ذی نفع اند بدین صورت که احتمال اقامه دعوی توسط بیمار مورد خطا کاهش خواهد یافت.

### مواد و روشها

نوع پژوهش توصیفی - تحلیلی میباشد که به صورت مقطعی انجام شده است. جامعه پژوهش کلیه پزشکان عمومی شاغل شهرستان زابل در سال ۱۳۸۹ که تقریباً ۸۰ نفر هستند، میباشد. محیطی که پژوهش در آن انجام گرفته است مطبها، بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی شهری و مراکز بهداشتی درمانی روستایی بوده است و با استفاده از روش سرشماری کلیه پزشکان عمومی شاغل در شهرستان زابل شناسایی و مورد بررسی قرار گرفته اند.

جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد که مشتمل بر دو قسمت سوالات عمومی و تخصصی میباشد. سوالات عمومی شامل سوالاتی درباره سن، جنس، دانشگاه محل تحصیل و سابقه کار میباشد و سوالات تخصصی شامل ۱۹ سوال در مورد خطاهایی که در محیطه

جدول شماره ۱: مقایسه توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه در زمینه ارتکاب به خطاهای پزشکی بر حسب سن

| جمع   |      | بالای ۳۵ سال |      | زیر ۳۵ سال |      | گروه سنی             |
|-------|------|--------------|------|------------|------|----------------------|
|       |      | تعداد        | درصد | تعداد      | درصد |                      |
| تعداد | درصد | تعداد        | درصد | تعداد      | درصد | ارتکاب به خطای پزشکی |
| ۴۹    | ۶۰   | ۱۹           | ۲۳   | ۳۰         | ۳۷   | داشته                |
| ۳۱    | ۴۰   | ۱۱           | ۱۵   | ۲۰         | ۲۵   | نداشته               |
| ۸۰    | ۱۰۰  | ۳۰           | ۳۸   | ۵۰         | ۶۲   | جمع                  |

$$x^2=088 \quad df=1 \quad p=.767$$

جدول شماره ۲: مقایسه توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه در زمینه ارتکاب به خطاهای پزشکی بر حسب جنس

| جمع   |      | زن    |      | مرد   |      | جنس                  |
|-------|------|-------|------|-------|------|----------------------|
|       |      | تعداد | درصد | تعداد | درصد |                      |
| تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | ارتکاب به خطای پزشکی |
| ۴۹    | ۶۱   | ۹     | ۱۱   | ۴۰    | ۵۰   | داشته                |
| ۳۱    | ۳۹   | ۷     | ۹    | ۲۴    | ۳۰   | نداشته               |
| ۸۰    | ۱۰۰  | ۱۶    | ۲۰   | ۶۴    | ۸۰   | جمع                  |

$$x^2=.211 \quad df=1 \quad p=.646$$

ضعیف پزشکان بادروساز (۳/۲۶٪) و توجه کم پزشک به تداخلات دارویی (۲۵٪) اشاره کردند. علت تاخیر در درمان را پنجاه و هفت نفر (۳/۷۱٪) شایعترین خطای درمانی ذکر شده (جدول شماره ۳) و شایعترین خطای درمانی مربوط به اعمال جراحی و عفونت و عوارض بعد عمل جراحی (۶۰٪) دانستند.

۷۲/۵٪ از پزشکان عمومی مورد مطالعه شایعترین نوع خطاهای پزشکی را خطای تشخیصی بیان نمودند و به ترتیب خطای آزمایشگاهی (۸/۸۳٪)، خطای درمانی (۸۸/۱٪) و خطای دارویی (۵٪) در اولویتهای بعد قرار دارند. از دیگر جوانب خطای پزشکی، خطای دارویی است که در این مطالعه بیشترین علت این خطا، خطای پرسنل داروخانه (۳۲/۵٪) شناخته شد از دلایل و علل خطاهای دارویی به همکاری

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی شایعترین خطای درمانی در بین افراد مورد مطالعه

| جمع  |       | نداشته |       | داشته |       | شایع ترین خطای درمانی          |
|------|-------|--------|-------|-------|-------|--------------------------------|
| درصد | تعداد | درصد   | تعداد | درصد  | تعداد |                                |
| ۱۰۰  | ۸۰    | ۹۰     | ۷۲    | ۱۰    | ۸     | خطا در اعمال جراحی             |
| ۱۰۰  | ۸۰    | ۲۸.۸   | ۲۳    | ۷۱.۳  | ۵۷    | تأخیر در درمان بیمار           |
| ۱۰۰  | ۸۰    | ۸۷.۵   | ۷۰    | ۱۲.۵  | ۱۰    | تفسیر اشتباه تستهای آزمایشگاهی |
| ۱۰۰  | ۸۰    | ۷۸.۸   | ۶۳    | ۲۱.۳  | ۱۷    | عدم تعهد پرستار نسبت به درمان  |

خطا میتوان به عدم آموزش، عدم توجه و تمرکز پرسنل داروخانه (بدلیل شلوغی و ازدحام داروخانه ها)، عدم کنترل مجدد نسخه توسط دکتر داروساز داروخانه، اشاره کرد. که این نتیجه همراستا با مطالعه انجام شده در بیمارستانهای آمریکا (۱۰) و مطالعه انجام شده در بیمارستانهای آموزشی تهران بود (۱۱).

علت تاخیر در درمان را پنجاه و هفت نفر (۳/۷۱٪)، شایعترین خطای درمانی ذکر شده و ۴۸ نفر (۶۰٪) شایعترین خطای درمانی مربوط به اعمال جراحی و عفونت و عوارض بعد عمل جراحی دانستند.

علت تاخیر در درمان را میتوان بدین گونه توجیه کرد؛ تاخیر در تشخیص و شناسایی نوع بیماری نبودن مهارت و تخصص پزشکان در سطح مطلوب و عدم امکانات و داروهای مورد نظر، عدم رضایت بیماران و مشکلات مالی آنان برای ادامه درمان.

علت عفونت و عوارض بعد عمل جراحی را میتوان به این دلایل دانست؛ تماس مستقیم و حساسیت اعمال جراحی تهاجمی نسبت به وجود میکروب و آلودگی ها و استریل نبودن محیط اتاق عمل (تخت، کف و.....) و ابزارها و تجهیزات جراحی و انتقال بیماری از طریق دستکش مورد استفاده پرسنل اتاق عمل و جراحان نیز میتواند اتفاق بیفتد عفونتهای بیمارستانی، عدم مراقبت و نگهداری مستمر بعد از عمل و بی توجهی و عدم پیگیری حال بیمار بعد از عمل توسط پزشک میتواند از علل عمده عفونت و عوارض بعد عمل جراحی باشد با توجه به محدودیتهای این پژوهش از جمله تعداد کم نمونه، پیشنهاد میشود مطالعه در سطحی گسترده تر انجام شود. همچنین

از بین افراد مورد مطالعه تغییر رفتار و انگیزه مند کردن پرسنل درمانی (۳/۲۶٪) و اولین عامل در کاهش خطای پزشکی و به ترتیب اقدامات تنبیهی (۵/۲۷٪) و نظارت بیماران در ارائه خدمات (۸/۲۳٪) در اولویتهای دوم و سوم قرار دارند.

در این مطالعه اکثر افراد موافق فاش سازی خطاهای پزشکی (۵/۶۷٪) بودند و (۵/۳۲٪) از افراد مخالف بودند که اولین عامل در عدم فاش سازی خطاهای پزشکی را عدم پذیرش ایده های جدید و نبود قوانین مشخص برای حمایت از پزشکان (۵/۲۷٪) دومین عامل راترس از عواقب فاش سازی (۵/۳۲٪) و سومین مورد را غرور و تعصب افراطی نسبت به حرفه پزشکی (۳/۳۶٪) عنوان کردند و در همین راستا مهمترین فایده فاش سازی خطاهای پزشکی را جلوگیری و توجه بیشتر به اشتباهات و خطاهای آینده (۳/۸۱٪) ذکر کردند و مناسبترین نحوه فاش سازی را توسط خود پزشک (۸۰٪) دانستند.

### بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه ۷۲/۵ درصد (۵۸ نفر) مرتکب خطاهای تشخیصی شده بودند علت این نتیجه را بدین گونه میتوان بیان نمود که پزشکان با علم و مهارت در سطح غیر قابل قبولی وارد حرفه پزشکی میشوند و بهتر است در طی دوران تحصیل و مراحل ضمن خدمت از آموزشها و کلاسهای عملی و تئوری بیشتری بهره ببرند و در جهت شناسایی علائم و شناخت بیماریها تبحر و مهارت بهتری یابند تا از میزان خطاهای تشخیصی در آینده کاسته شود. ۳۲/۵ درصد از افراد مورد مطالعه (۲۶ نفر) علت خطاهای دارویی را خطا در عملکرد پرسنل داروخانه دانستند از علل این

بدیهی تلقی میشود بتوان از افراد بخاطر داشتن وجدان کاری و نجات جان بیماران، قدر دانی کرد و همچنین بیمارستانها باید سعی در ارتقای استفاده پزشکان از فناوریهای اطلاعات بالینی جهت تعمیق دیدگاهشان در مورد استفاده از تکنولوژی به منظور کاهش خطاهای پزشکی و افزایش احتمال موفقیت اجرای وظایفشان داشته باشند.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر نتیجه طرح پژوهشی مصوب به همین نام در دانشگاه علوم پزشکی زابل می باشد. بدینوسیله از تمامی پزشکان عمومی مشارکت کننده در این طرح برای همکاری صمیمانه شان تشکر می نمایم و از همه کسانی که ما را در انجام این طرح یاری دادند ممنونیم.

پیشنهاد میشود دیدگاه جراحان، مدیران بیمارستانها، پرستاران و کارکنان آزمایشگاه درباره خطاهای پزشکی بررسی گردد. حساسیت بحث خطای پزشکی و ارتباط آن با جان و مال بیماران و وقت، بودجه نیروی انسانی سیستم بهداشت و درمان کشور و شایع بودن و احتمال زیاد بروز این خطاها، همکاری همه جانبه پرسنل، پزشکان، پرستاران و مدیران و همه کسانی که بنحوی در سیاستگذاری حیطه بهداشت و درمان نقش دارند، میطلبد آنچه واضح است نقش مسئولین و سیاستگذاران در وضع قوانین و ضوابط برای ایجاد حس امنیت قانونی، اخلاقی، برای پرسنل و کارکنان است که باعث بیان و فاش سازی به موقع خطاها به سرپرست و بیمار شود و باید بدنبال انگیزه مند کردن پرسنل، بهبود آموزش بخصوص بطور علمی و آگاهی پرسنل از اشتباهات و خطاهای احتمالی در حین کار باشد تا درعین آشکارسازی خطاها که در حیطه بهداشت و درمان امری

## References

7. Weisbaum, K. Hyland, S. Beanstein, M. Is consent required for publication of medical error? , Health care quarterly 2005, 8(4):66-69.
8. Khoori, V. Semnani, Sh. Rooshandel, Gh.R. frequency distribution of medication interactions and some related factors with it in physician's insurance prescriptions in Gorgan , Tabriz Medical University Journal 2006, 27(4):9-32.
9. Baghchehi, N. Koohestani, H.R. The Comments of nursing educators about reasons and reduction strategies of medication errors in nursing students in Arak University of Medical Sciences, 2008, Arak Medical University Journal 2009, 12(4):1-8.
10. Hadavand, N. Javadi, M.R. Gholami, KH. Medication errors, Razi Journal 2006, 16(34):11-42.
11. Mohammadnejad, E. Hojati, H. Sharifnia, H. Ehsani, R. The survey of rate and type of medication errors in nursing students in four teaching hospitals in Tehran, medical ethics and history journal 2010, 60-70.
1. Moghaddasi, H. Sheikh Taheri, A. Hashemi, N. The role of computerized recording systems of physician orders in reducing medication errors, health management journal 2008, 10(27):57-68.
2. Northcott, H. Perceptions of preventable medical errors in Alberta, Canada. International journal for quality in health care 2008; 20(2):115-122.
3. Abbasi, M. Medical rights, first edition, volume 2, Tehran, Hayian institute, 1996, 62.
4. Bahram, D. Mosaddegh, A.A. Nassir Moghaddas, S. Batabi, R. Heidar Najafi, F. Ahmadi M. The Viewpoints of Lorestan's general practitioners about situation and necessity of medical errors teaching in 2007, Lorestan Medical University Journal 2009, 10(1):19-22.
5. Rezaeeshahesoo, P. Habibi, Sh. Fozonkhal, Sh. Information Technology, an Effective Tool in Reducing and Preventing Medical Errors: Suggestions for Improvement, Health Information Management 2007; 4(1): 89-98.
6. Mack P. patient safety and medical error –A Singapore perspective, Singapore med j 2002; 43(5):263-264.

## The viewpoints of Zabol's General Practitioners about medical errors in 2010

Shamsaii M<sup>1</sup>, Faraji O<sup>\*2</sup>, Ramazani A<sup>3</sup>, Hedaiati P<sup>4</sup>

Submitted: 4.5.2011

Accepted: 3.8.2011

### Abstract

**Background:** Medical error is a global topic. Its costs high and causes injuries to people. This issue imperils patient security which it is one of the most important dimensions of health care. Medical errors in health care institutions and hospitals in United States is the third cause of mortality and morbidity of about 98000 people annually. The objective of this research was assessing the viewpoints of GPs in medical errors issues.

**Materials & Methods:** This is a descriptive-analytical cross-sectional research with 80 GPs participated in Zabol city. Instrument of data collecting was a questionnaire made by the research team including 19 questions related to all kinds of medical errors and disclosure medical errors that were used to determine the narrative abstract views of the experts & teachers corresponds which validity used were confirmed. The reliability of the questionnaires were ascertained by test-retest which used the Pearson correlation coefficient ( $r = 0/80$ ). Data analyzed by SPSS 18 software in statistical tests as a Chi-square.

**Results:** The GPs expressed (72/5%) diagnostic error as the most common type of medical errors. 32/5 percent participants represented that cause of medication error was the error of pharmacy personnel. 36 percent individuals mentioned that changing behavior and motivating staff were as the first factor in decreasing medical errors. 67/5 percent participants agreed to the training of medical errors and 32/5 percent were against disclosure to medical errors. There was no significant association between age and rate of medical errors ( $P > 0/05$ ).

**Conclusion:** The role of authorities to enacted rules for generating legal and ethical security increased regarding the magnitude of medical errors. There is high prevalence and direct relationship between alive of people within period of time, budget, and staff in the health systems.

**Keywords:** Medical error, Disclosure, General Practitioners

- 
1. Student of health care management, Zabol University of Medical sciences
  2. Faculty member of Zabol University of Medical sciences and student in health policy of Tehran University of Medical sciences (\*Corresponding Author) Email: [faraji.obeid@gmail.com](mailto:faraji.obeid@gmail.com) Tel: 09185219664
  3. Faculty member of Zabol University of Medical sciences and M.S. Of Epidemiology
  4. Faculty member of Zabol University of Medical sciences and M.S. Of health care management