بررسی فراوانی خطاهای ۲۸ گانه و عوامل مرتبط با آن در اتاق عمل بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی لرستان در بازه زمانی ۲ ساله (فروردین ۹۷ تا اسفند ماه ۹۸)

معصومه عبدی[۱]، الهام دادگر[۱]، سمیه طوسانی[۲]

۱.دانشکده پرستاری الیگودرز، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۲.دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره سیزدهم/ شماره ۱/ بهار ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: خطاهای ۲۸گانه یا *Never Event* ها مواردی هستند که هرگز نباید اتفاق بیفتند و در صورت وقوع باید بلافاصله به اطلاع معاون درمان دانشگاه رسانده شود و معاونت درمان نیز ظرف مدت حداکثر ۶ ساعت دفتر نظارت و اعتبار بخشی معاونت درمان وزارت بهداشت را مطلع سازد. با توجه به آسیب‌های جبران ناپذیر ناشی از خطاهای ۲۸ گانه در اتاق عمل، مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان خطاهای ۲۸گانه در اتاق عمل بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی در بازه زمانی فروردین ۱۳۹۷ تا اسفند ۱۳۹۸انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی تحلیلی از نوع گذشته‌نگر است که بر روی کلیه اتاق عمل‌های بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی لرستان که فرم گزارش وقایع ۲۸ گانه را تکمیل نموده‌اند، انجام گردید. اطلاعات بعد از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار *spss* نسخه ۱۶ و آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بیشترین فراوانی خطا مربوط به مرگ یا عارضه مادر و نوزاد به دنبال سزارین (۵۸.۳ درصد) است. همچنین بین میزان بروز خطا با گروه سنی، نوع بیمارستان و روز وقوع حادثه ارتباط معناداری یافت شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت مرگ و عوارض مادر و نوزاد در اتاق عمل توصیه می‌گردد در صورت امکان از سزارین‌های بی دلیل اجتناب گردد و از پرسنل متبحر مامایی و بیهوشی و تجهیزات کامل احیا در اتاق عمل استفاده گردد.

واژگان کلیدی: ایمنی، خطای پزشکی، خطاهای ۲۸گانه، اتاق عمل، لرستان

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری الیگودرز، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

Email: Masoomeh.abdi21@yahoo.com

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

مقدمه

ایمنی بیمار یک مؤلفه اساسی در پزشکی می‌باشد که از زمان‌های بسیار قدیم در سوگندنامه بقراط نیز تحت عنوان " آسیب نزنید" مطرح شده است (۱). در هفتاد و دومین مجمع جهانی سلامت که در می ۲۰۱۹ برگزار شد، روز ۱۷ سپتامبر به عنوان روز جهانی ایمنی بیمار نام‌گذاری شد و مقرر گردید که هر ساله این روز جشن گرفته شود. هدف اصلی از نام‌گذاری روزی به نام ایمنی بیمار، تقویت درک جهانی از ایمنی بیمار، افزایش مشارکت عمومی در زمینه ایمنی مراقبت‌های بهداشتی و ترویج اقدامات جهانی برای افزایش ایمنی بیمار و کاهش آسیب‌های وارده به بیماران می باشد (۲). علی‌رغم افزایش تعامل در ایمنی بیمار باز هم حوادث ناگواری مانند انجام عمل جراحی بر روی عضو اشتباه یا تزریق داروی اشتباه به بیماران اتفاق می‌افتد. زیر مجموعه‌های خاصی از این رویدادهای ناگوار به*{ Never events }* یا رویدادهایی که هرگز نباید اتفاق بیفتند نام‌گذاری شده‌اند. چنین رویدادهایی منجر به صدمه جدی برای بیماران می‌شوند ولی در صورت رعایت اقدامات ایمنی قابل پیشگیری می‌باشند و حداقل در تئوری به طور کامل قابل حذف می باشد (۳). بر اساس گزارشی خطاهای پزشکی سالیانه علت ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ مرگ در بیمارستان‌های آمریکا می‌باشد که بیشتر از آمار مرگ در اثر تصادفات جاده‌ای و سرطان و یا ایدز در این کشور است (۴). بنابر اعلام سازمان جهانی بهداشت در منطقه مدیترانه شرقی، طیف بروز صدمات ناشی از خطاهای بیمارستانی بین ۲ تا ۱۸درصد است و سالانه بالغ بر۴/۴ میلیون حادثه ناگوار در مراکز بهداشتی درمانی در این منطقه رخ می‌دهد (۵). دو مطالعه در کشور مصر نشان داد که از میان ۵۵۰۰۰ اعمال جراحی ارولوژی در طی یک دوره ۱۰ ساله، بر روی ۶۱ بیمار عمل جراحی اشتباه انجام شده و در ۳۹ بیمار ابزار جراحی جا مانده است (۶). درکشور ایران آمار مدونی از میزان خطاهای پزشکی در دست نیست اما وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام کرده است که هرساله میلیاردها تومان صرف هزینه نگهداری و مراقبت از بیماران در بیمارستان‌ها به دلیل اشتباهات پزشکی می‌شود (۷). در حال حاضر آمار دقیقی از *Never event* ها وجود ندارد، گرچه چندین لیست از این‌گونه وقایع ناخواسته در سطح بین‌المللی منتشر شده است. برخی کشورها نظیر انگلیس و آمریکا سیستم گزارش‌دهی اجباری را همراه با علل موثر در رخداد حادثه و اقدامات لازم برای پیشگیری از بروز مجدد این وقایع در آینده، راه اندازی کرده‌اند در حالی که در برخی کشورهای دیگر این امر کاملا اختیاری می باشد(۸). در ایران از اسفندماه ۹۶ لیستی شامل موارد ۲۸ گانه از وقایعی که هرگز نمی‌بایست اتفاق بیفتند توسط معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به سراسر دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ گردیده که کلیه موسسات پزشکی تشخیصی - درمانی اعم از بستری و سرپایی شامل بیمارستان، مراکز جراحی محدود، درمانگاه‌های عمومی و تخصصی، مراکز تصویر برداری، مطب ها و .... موظف می‌باشند در صورت وقوع هر کدام از این موارد ۲۸گانه فورا و بلافاصله پس از وصول خبر مراتب را به اطلاع معاونت درمان دانشگاه برسانند و معاونت درمان نیز حداکثر ظرف مدت ۶ ساعت از زمان وقوع حادثه دفتر نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان وزارت بهداشت را مطلع سازد. این ۲۸ حادثه ناخواسته در ۶ حیطه اصلی (وقایع مرتبط با عمل جراحی: ۶ مورد، وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی: ۳ مورد، وقایع مرتبط با مراقبت بیمار: ۳مورد، وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار: ۷ مورد، وقایع مرتبط با محیط درمانی: ۵ مورد و وقایع جنایی: ۴ مورد) دسته‌بندی شده‌اند (۹). با توجه به اینکه این‌گونه خطاها نباید هرگز اتفاق بیفتند و در صورت وقوع می‌توانند خسارات جانی و مالی سنگینی را به بیمار تحمیل نمایند، لذا پیشگیری از آنها از اهمیت بالایی برخوردار است. یکی از بخش‌هایی که وقوع حوادث در آن می‌تواند مرگ آفرین و غیر قابل جبران باشد اتاق عمل است و از آنجا که این بیماران بدون همراه و غیر هوشیار می‌باشند ریسک خطا در آنان افزایش می‌یابد. لذا تصمیم گرفتیم مطالعه‌ای را با هدف بررسی میزان خطاهای ۲۸ گانه در اتاق عمل بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی لرستان انجام دهیم.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر حاصل طرح تحقیقاتی با کد ۱۳۹۹-۱-۱۷۲۶ در دانشگاه علوم پزشکی لرستان و یک مطالعه مقطعی تحلیلی از نوع گذشته نگر است که بر روی کلیه اتاق عمل‌های بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

لرستان که فرم گزارش وقایع ۲۸ گانه را تکمیل می‌کنند، انجام گردید. کد و شرح این ۲۸ حادثه ناخواسته عبارتند از: کد۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم، کد ۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر، کد ۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار، کد۴ . جا گذاشتن هرگونه *device* اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن، کد ۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی، کد۶ . تلقیح مصنوعی با دهنده *(DONOR)* اشتباه درزوجین نابارور، کد۷. مرگ یا ناتواتی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی، کد ۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه‌های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز *HBS Ag*آنتی‌ژن مثبت به بیمار *HBS Ag* آنتی‌ژن منفی، کد ۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه آمبولی عروقی، کد ۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی، کد ۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری....)، کد۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی، کد ۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوزدارو، زمان تزریق دارو، کد۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده‌های خونی، کد ۱۵.کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین، کد ۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی، کد ۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار، کد ۱۸.کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان، کد۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی ..)، کد۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هرگونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می‌تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد، کد۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر...)، کد ۲۲. سوختگی‌های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اطاق عمل (مانند: سوختگی‌های بدن به دنبال جراحی قلب)، کد۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدانده‌های اطراف تخت (مثال:گیرکردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ...) ، کد۲۴. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری، سقوط از پله ، ...)، کد۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی، کد ۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار، کد۲۷. ربودن بیمار ، کد۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان (۹). مطالعه در بازه زمانی اول فروردین ۱۳۹۷ تا پایان اسفند ۱۳۹۸انجام شد و کلیه خطاهای ۲۸ گانه‌ای که در این بازه توسط رابطین ایمنی بیمار بیمارستان‌ها به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی لرستان گزارش شده است مورد بررسی قرار گرفت. بنا بر این روش نمونه‌گیری به صورت تمام شماری بود. اطلاعات گزارش شده از ۱۸ بیمارستان و مرکز آموزشی درمانی جمع‌آوری گردید. اطلاعات بعد از جمع‌آوری وارد *spss* نسخه ۱۶ شد. جهت تعیین فراوانی‌ها از آمار توصیفی (جدول و نمودار مناسب) و به منظور بررسی ارتباط بین داده‌ها از آزمون آماری کای اسکوئر و آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در این مطالعه ۱۷.۶۵ ± ۳۳.۲۹ است و ۵۸.۳ درصد بیماران در گروه سنی ۲۱ تا ۴۰ سال بودند. از نظر نوع بیمارستان‌های مورد مطالعه ۴۱.۷ درصد جنرال و ۵۸.۳ درصد تخصصی بودند که ۸۷.۵ درصد آنها تملک دولتی، ۸.۳ درصد تامین اجتماعی و ۴.۲ درصد تملک خصوصی داشتند. ۷۰.۸ درصد بیماران زن و ۲۹.۲ درصد مرد بودند. ۷۰.۸ درصد خطاها در شیفت صبح، ۱۶.۷ درصد در شیفت عصر و ۱۲.۵درصد در شیفت شب در اتاق‌های عمل رخ داده است.

از نظر نوع خطا نیز بیشترین فراوانی به ترتیب مربوط به مرگ یا عارضه مادر و نوزاد به دنبال سزارین (۵۸.۳ درصد)، سقوط بیمار (۱۲.۵ درصد)، مرگ به دنبال جراحی (۱۲.۵ درصد)، جا گذاشتن جسم خارجی در بدن بیمار (۸.۳ درصد)، انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم (۴.۲ درصد) و انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (۴.۲ درصد)

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

بود. ۵۴.۲ درصد خطاها در سال ۹۷ و ۴۵.۸ درصد نیز در سال ۹۸ رخ داده است (جدول شماره ۱).

نتایج آزمون کای دو نشان داد که بین نوع بیمارستان و خطاهای رخداده ($p= 0.04$) ارتباط معناداری وجود دارد و میزان بروز خطا در بیمارستان‌های دولتی بیشتر است. همچنین بین متغییرهای روز وقوع خطا و میزان خطا نیز ارتباط معنادار وجود داشت ($p= ۰.۰۲۳$) بدین صورت که بیشترین خطاها در ۳روز اول بستری رخ داده است. بین میزان بروز خطاها و گروه‌های سنی نیز ارتباط معنی‌داری یافت شد($p= 0.048$) و بیشترین خطا در گروه سنی ۲۱- ۴۰ سال رخ داده است (جدول شماره ۲).

بین متغییرهای جنس، نوع تملک بیمارستان‌ها و نوع شیفت با میزان بروز خطاها ارتباط معناداری یافت نشد.

جدول شماره(۱)- میزان فراوانی خطاهای ۲۸ گانه در اتاق عمل‌های دانشگاه علوم پزشکی لرستان

عنوان خطا	فراوانی(تعداد و درصد)
مرگ یا عارضه مادر و نوزاد به دنبال زایمان طبیعی یا سزارین	۱۴ (۵۸.۳)
سقوط بیمار	۳ (۱۲.۵)
مرگ در حین عمل جراحی	۳ (۱۲.۵)
جا گذاشتن هرگونه جسم خارجی در بدن بیمار	۲ (۸.۳)
انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم	۱ (۴.۲)
انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار	۱ (۴.۲)

جدول شماره(۲)- ارتباط بین فراوانی خطاهای ۲۸ گانه و عوامل دموگرافیک و شغلی

متغیرها		فراوانی نوع خطا						p-value
		خطای۱	خطای ۲	خطای ۳	خطای ۴	خطای ۵	خطای ۶	
جنسیت	زن	۱۱	۳	۱	۱	۱	۰	۰.۵۷
	مرد	۳	۰	۲	۱	۰	۱	
روز وقوع خطا	روز اول	۱۳	۲	۰	۰	۱	۱	*۰.۲۳
	روز دوم	۱	۱	۲	۲	۰	۰	
	روز سوم	۰	۰	۱	۰	۰	۰	
نوع شیفت	صبح	۸	۲	۳	۲	۱	۱	۰.۸۱۳
	عصر	۴	۰	۰	۰	۰	۰	
	شب	۲	۱	۰	۰	۰	۰	
نوع بیمارستان	دولتی	۱	۲	۳	۲	۱	۱	*۰.۰۴
	خصوصی	۱۳	۱	۰	۰	۰	۰	
گروه سنی	۲۰-۰	۳	۱	۰	۰	۰	۰	*۰.۰۴۸
	۴۰-۲۱	۱۱	۱	۱	۰	۰	۱	
	۶۰-۴۱	۰	۱	۱	۲	۰	۰	
	۸۰-۶۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه کنونی بین میزان رخداد خطاها با نوع بیمارستان، گروه سنی و روز وقوع خطا ارتباط معناداری یافت شد. شاید بتوان گفت چون بیمارستان‌های جنرال از امکانات و تخصص‌های وسیع‌تری برخوردار هستند، مراجعه‌کنندگان در ابتدا به این بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند و در صورت نیاز و تشخیص این بیمارستان به مراکز تخصصی و فوق تخصصی ارجاع داده می‌شوند. در ارتباط با وقوع اکثر حوادث در ۳ روز اول بستری نیز می‌توان گفت چون بیماران در بدو پذیرش ممکن است از نظر جسمی و روحی شرایط مناسبی نداشته باشند و همچنین طولانی شدن پروسه تشخیص و درمان بیمار در بیمارستان‌های دولتی به علت ازدحام بیمار می‌تواند دلیل این ارتباط باشد.

از آنجا که شرایط سنی ۲۱ تا ۴۰ سال جزء جمعیت جوان محسوب می‌شود و عمل‌های جراحی الکتیو از جمله سزارین بیشتر در این سن رخ می‌دهد، می‌تواند توجیه‌کننده ارتباط بین میزان رخداد خطا و این گروه سنی باشد. از طرفی به علت جوان بودن این گروه سنی، ممکن است پرسنل اتاق عمل به اشتباه افتاده و تصورکنند که این افراد می‌توانند از خود مراقبت نموده و دچار سقوط نشوند.

در مطالعه ملک‌زاده و همکاران که در بیمارستان‌های استان مازندران انجام شد در ۶ ماهه اول سال تعداد خطاهای رخداده در اتاق عمل ۷۶ مورد بود که از این میان بیشترین خطا مربوط به سوختگی پوست حین جراحی بود(۱۰) در حالیکه در مطالعه کنونی بیشترین خطا مربوط به مرگ یا عارضه مادر و نوزاد به دنبال سزارین بود. شاید دلیل این تناقض را بتوان این‌گونه توجیه کرد که مطالعه ملک‌زاده در سال ۱۳۹۳انجام گردیده و در آن زمان استفاده از کوتر رواج بیشتری داشته، در حالیکه در مطالعه ما که در سال ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸ انجام شد توصیه شده بود که تا حد امکان از کوتر در جراحی‌ها استفاده نشود.

از طرفی میزان خطاهای ناخواسته در مطالعه ملک‌زاده با توجه به اینکه در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۳انجام گردیده در مقایسه با مطالعه کنونی که گزارش خطاها را در دو سال بررسی نموده بیشتر است. علت این تناقض می‌تواند تعداد بیشتر بیمارستان‌های استان مازندران در مطالعه باشد و یا اینکه در بیمارستان‌های علوم پزشکی لرستان سیستم گزارش‌دهی خطاها قوی نمی‌باشد. در مطالعه *Mehtsun* و همکاران که در آمریکا در سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ به بررسی خطاهای جراحی پرداختند بیشترین میزان رخداد خطا مربوط به جاگذاشتن جسم خارجی در بدن بیمار بود که با مطالعه کنونی تناقض دارد. شاید بتوان علت این تناقض را به طول دوره مطالعه ۱۰ ساله *Mehtsun* و همکاران در مقایسه با دوره۲ ساله مطالعه حاضر نسبت داد و یا اینکه حجم بالای کاری جراحان در آمریکا و تعداد عمل‌های جراحی بالا می‌تواند باعث خستگی و کاهش تمرکز جراح و جاگذاشتن وسایل در بدن بیمار گردد (۱۱).

این مطالعه به بررسی خطاهای ۲۸ گانه در اتاق عمل پرداخته و از آنجا که خطاهای رخداده در اتاق عمل می‌تواند منجر به ایجاد آسیب‌های برگشت‌ناپذیر و تحمیل هزینه هنگفت برای بیمار و نظام سلامت گردد (۱۱) باید اقداماتی در این زمینه جهت کاهش رخداد اینگونه خطاها صورت گیرد. این اقدامات می‌تواند برنامه‌ریزی از نظر پرسنل اتاق عمل، محیط و تجهیزات باشد.

نعمتی و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که بیشترین عامل فردی موثر در بروز خطاها در اتاق عمل از دیدگاه پرسنل، شرایط روحی-روانی-جسمانی کارکنان است و بیمار را اشتباه عمل‌کردن و انجام عمل جراحی بر روی عضو اشتباه پر اهمیت‌ترین خطا از دید پرسنل بود. همچنین از نظر عوامل محیطی موثر بر بروز خطا: طولانی بودن فاصله ایستگاه پرستاری از اتاق عمل پراهمیت‌ترین عامل و عدم آشنایی با نحوه استفاده از تجهیزات اتاق عمل مهم‌ترین عامل مهارتی در زمینه بروز خطا بود. عدم پایش مستمر توسط مسئول اتاق عمل و کم بودن تعداد پرسنل نسبت به تعداد اعمال جراحی نیز از عوامل مدیریتی موثر در بروز خطاها بود (۱۲).

با توجه به اهمیت بالای گزارش‌دهی خطاها در سیستم درمانی توصیه می‌گردد راهکارهای تشویقی جهت گزارش‌دهی صحیح و به موقع پرسنل و اجتناب از تنبیه فرد گزارش‌دهنده اتخاذ گردد. همچنین با توجه به این‌که در مطالعه کنونی بیشترین خطا مربوط به عمل‌های جراحی سزارین و عوارض مادر و نوزاد

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

است، پیشنهاد می‌گردد قبل از شروع عمل تجهیزات احیاء نوزاد در اتاق سزارین آماده باشد و از کارکرد صحیح انها مطمئین گردند، تعداد پرسنل مجرب در این جراحی‌ها افزایش یابد و در صورت امکان از پرسنل مامایی ورزیده و متخصص بیهوشی مستقر در اتاق عمل تا زمان اتمام جراحی و تحویل مادر و نوزاد به بخش استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

در پایان از معاونت محترم تحقیقات و فناوری و واحد آمار دانشگاه علوم پزشکی لرستان که در انجام این تحقیق ما را یاری رساندند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

Reference

1. Edelstein L. The Hippocratic oath, text, translation and interpretation.
2. World Heath Organization. Available at: https://www.who.int/news-room/events/detail/۱۷/۰۹/۲۰۲۰/default-calendar/world-patient-safety-day-۲۰۲۰
3. Schwappach DL, Pfeiffer Y. Registration and Management of "Never Events" in Swiss Hospitals—The Perspective of Clinical Risk Managers. Journal of Patient Safety. 2021 Dec 1;17(8):e1019-25.
4.Chakravarty A, Sahu A, Biswas M, Chatterjee K, Rath S. A study of assessment of patient safety climate in tertiary care hospitals. Medical journal armed forces India. 2015 Apr 1;71(2):152-7.
5. World Health Organization. Patient safety toolkit. Regional Office for the Eastern Mediterranean: Available from:http://applications.emro.who.int/dsaf; ۲۰۱۶.
6. Gadelkareem RA, Shahat AA, Moeen AM, Abdelhafez MF, Faddan AA. Experience of a Tertiary-Level Urology Center in the Clinical Urological Events of Rare and Very Rare Incidence. VII. Sexual Dysfunctions. 2019;1:2167-0250.
7. Mollaei S, Bahadori M, Ameryoun A. The factors affecting the refusal to report medical errors on medical errors among nurses of selected military hospitals in Tehran, Iran. Journal of Military Medicine. 2018;20(3):255-64.
8. Wahid NN, Moppett SH, Moppett IK. Quality of quality accounts: transparency of public reporting of never events in England. A semi-quantitative and qualitative review. Journal of the Royal Society of Medicine. 2016 May;109(5):190-9.
9. www.behdasht.gov.ir
10. Malekzadeh R, Araghian Mojarrad F, Amirkhanlu A, Sarafraz S, Abedini E. Incidence of medical errors in voluntary reporting system in hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences in 2014. Management Strategies in Health System. 2016 Dec 10;1(1):61-9.
11. Mehtsun WT, Ibrahim AM, Diener-West M, Pronovost PJ, Makary MA. Surgical never events in the United States. Surgery. 2013 Apr 1;153(4):465-72.
۱۲. نعمتی مریم، محمدزاده زرنکش شهلا، ابراهیمی ابیانه ابراهیم. بررسی موارد و عوامل تاثیرگذار برخطاها در اتاق عمل: دیدگاه کارکنان علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی. ۱۳۹۷ دوره ۲۸، شماره ۲، صفحات ۱۵۳-۱۶۱.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

Evaluation of the frequency of 28 errors (Never Event) and related factors in the operating room in hospitals of Lorestan University of Medical Sciences in a period of 2 years (April 2018 to March 2020).

Masoomeh Abdi[1], Elham Dadgar [2], Somayeh Toussani[3]

1.Aligoudarz school of Nursing, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.
2. Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

Abstract

Background and Objectives*: 28 Errors or Never Events are cases that should never happen and in case of occurrence, the Vice Chancellor of the University should be informed immediately and the Vice Chancellor should inform the Office of Supervision and Accreditation of the Deputy Minister of Health within a maximum of 6 hours.*

Materials and Methods*: The present study is a retrospective cross-sectional analytical study that was performed on all operating rooms of public hospitals under the auspices of Lorestan University of Medical Sciences, which have completed the 28 events reporting form. Data were analyzed using SPSS software version 16 and descriptive and inferential statistics.*

Results*: The results showed that the highest frequency of errors was related to death or complication of mother and infant following cesarean section (58.3%). Also, a significant relationship was found between the incidence of errors with age group, type of hospital and the day of the accident, but not with other variables.*

Conclusion: *Due to the importance of death and complications of mother and infant in the operating room, it is recommended to avoid unreasonable cesarean section if possible and to use skilled midwifery and anesthesia personnel and complete resuscitation equipment in the operating room.*

Keywords: *Safety, Never events, Operating room, Lorestan*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]