العوامل المرتبطة في زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة

*زينب أديب حلوم ** أ. د. ولاء هاشم اصبيره

(الإيداع: 14 تموز 2025، القبول: 15 كانون الأول 2025)

الملخص:

تُعتبر الأخطاء التَّمريضيَّة من المُشكلات الشائعة في كافة المُستشفيات، ولا يقتصر حدوثها على مكان وزمان محددين، كما أنها تحدث في أي مرحلة من مراحل الرِّعاية التَّمريضيَّة، وقد يعود ذلك لعدد من العوامل تتنوع بين عوامل فردية، وعوامل مهنية متعلقة بالممرضين، وعوامل تنظيمية، وعوامل متعلقة بالبيئة، وعوامل متعلقة بالفريق، وعوامل إدارية، وعوامل تتعلق بالمريض، قد يمكن السيطرة على هذه الأخطاء في حال الاهتمام في التعليم والتدريب والتثقيف للممرضين بشكل مستمر، وإجراء ورشات عمل تتمحور حول أخطاء الرعاية التمريضية وأسبابها وكيفية الحد من حدوثها، **هدف الدِّراسة** إلى تقييم العوامل المُرتبطة في زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة في مُستشفى اللاذقيَّة، اعتمد في هذه الدِّراسة **المنهج الوصفي**، أُجريت الدِّراسة في مُستشفى اللاذقيَّة الجامعي في مدينة اللاذقية، في الفترة الممتدة من 2024/8/1– 2024/12/1، تكوَّنت **العينة** من رؤساء الشِّعب التَّمريضيَّة البالغ عددهم **(44)** رئيساً/ةً، ورئيسة شعبة التَّمريض العام، ورئيس شعبة الشُّؤون القانونيَّة في مُستشفى اللاذقيَّة الجامعي، بالإضافة إلى **(35%)** من الممرِّضين العاملين في كافة أقسام المستشفى، وقد بلغ عددهم **(420)** ممرض/ة ممن تواجدوا أثناء جمع البيانات، ووافقوا على المشاركة في البحث (العيِّنة المُتاحة)، وبالتالي تكوَّنت **عينة** الدِّراسة من **(466)** فرداً، شملت الدِّراسة الحاليَّة على **أداتين** وهما: **الأداة الأولى:** استمارة **البيانات الديموغرافيَّة** لعيِّنة الدِّراسة، **الأداةُ الثانية: استمارة (استبيان)** لتقييم العوامل المُرتبطة في زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة في المُستشفى، **توصلت الدراسة** إلى أن العوامل الفردية المتعلقة بالممرضين والمُرتبطة في زيادة الأخطاء التمريضية والعوامل التنظيمية والعوامل المتعلقة بالبيئة والمعدات تحدث عادةً، أما العوامل المهنية نادرة الحدوث، أما بالنسبة للعوامل الإدارية، العوامل المتعلقة بالفريق، والعوامل المتعلقة بالمريض تحدث أحياناً.

الكلمات المفتاحيَّة: العوامل المرتبطة، الأخطاء التَّمريضيَّة.

*طالبة دراسات عليا(دكتوراه) – قسم الإدارة في التَّمريض– كليَّة التَّمريض– جامعة تشرين.

**أستاذ– قسم الإدارة في التَّمريض– كليَّة التَّمريض– جامعة تشرين.

Factors associated with increased nursing errors

Zainab Adeeb Halloum * Dr. Walaa Hashem Sbiera **

(Received: 14 July 2025, Accepted: 15 December 2025)

Abstract:

Nursing errors are a common problem in all hospitals. They are not limited to a specific place or time, but rather occur at any stage of nursing care. This may be due to a number of factors, including individual factors, professional factors related to nurses, organizational factors, environmental factors, team factors, administrative factors, and patient factors. These errors can be controlled if nurses are given continuous attention in education, training, and awareness, and workshops are held that focus on nursing care errors, their causes, and how to reduce their occurrence. The study aimed to evaluate the factors associated with the increase in nursing errors in Lattakia Hospital. The descriptive approach was adopted in this study. The study was conducted in Lattakia University Hospital in the city of Lattakia, during the period from 1/8/2024 to 1/12/2024. The sample consisted of (44) heads of nursing departments, the head of the general nursing department, and the head of the legal affairs department at Lattakia University Hospital, in addition to (35%) of nurses working in all hospital departments. Their number reached (420) nurses who were present during the data collection and agreed to participate in the research (the available sample). Thus, the study sample consisted of (466) individuals. The current study included two tools: the first tool: a demographic data form for the sample The study, the second tool: a questionnaire to assess the factors associated with the increase in nursing errors in the hospital. The study concluded that individual factors related to nurses and associated with the increase in nursing errors, organizational factors, and factors related to the environment and equipment usually occur, while professional factors rarely occur. As for administrative factors, team-related factors, and patient-related factors, they sometimes occur.

Keywords: related factors, nursing errors.

* PhD student – Department of Nursing Administration – faculty of Nursing – Tishreen University – Lattakia City –Syrian Arab Republic.

**Professor – Department of Nursing Administration – faculty of Nursing – Tishreen University – Lattakia City – Syrian Arab Republic.

1–المقدمة: (Introduction):

يعد موضوع الصحة أحد الموضوعات التي نالت الكثير من الاهتمام والدِّراسة من قبل الكثير من العلماء والباحثين وذلك منذ عدَّة عقود مضت، [1] وقد تزايد الوعي والاهتمام لدى الناس بأهميَّة الصِّحة كوسيلة هامة لتنمية المجتمع وتقدُّمه، وعلى الرُّغم من الاهتمامِ المُتزايد بقضايا الصِّحة والمرض، وضمان سلامة المرضى وجودة الرِّعاية الصحيَّة، [2] إلا أن الأخطاء التَّمريضيَّة والأحداث السلبيَّة لا تزال متكررة في ممارسات مقدمي الرِّعاية الصحيَّة (الممرِّضين) وتشكل تهديداً كبيراً لسلامة المرضى، فهي حوادث لا مفر منها في الأنظمة الصحيَّة، وقد تحدث في جميع أنحاء العالم وتُعتبر واحدةً من التحديات الرئيسيَّة التي تواجه أنظمة الرِّعاية الصحيَّة في جميع البلدان .[3]

يُعرَّف **الخطأ التَّمريضي** بحسب **معهد الطب المتخصص** عام (2000) بأنَّه: "عدم إتمام إجراء مُخطط له على النحو المنشود أو استخدام خطة خاطئة لتحقيق هدف معيَّن"، [4] أما من وجهة نظر **ايثار** عام (2017) يُعرَّف بأنَّه: " الإخلالُ بالواجبات الخاصَّة التي تفرضها مهنة التَّمريض دونَ قصدِ الإضرارِ بالغيرِ، ويكون هذا الإخلالُ بتركِ ما يجبُ فعله، أو فعلُ ما يجبُ الامتناع عنه"، [5] كما يُعرَّف بحسب **شبكة سلامة المرضى** عام (2019) بأنه:" أي فعل من شأنه أن يضر المريض، مثل الخطأ البشري، أو الدوائي، أو التشخيصي، أو الجراحي". [6]

أظهرت نتائج دراسة **Balas et al.** عام (2004) التي أُجريت في جامعة بنسلفانيا على 393 ممرضة بدوام كامل أن 30٪ من الممرِّضات ارتكبن خطأ واحدا على الأقل خلال شهر واحد، [7] كما قدرت دراسة ***Hogan* et al.** التي أجريت في إنجلترا عام (2015) أنه يوجد حوالي 3.6% من وفيات المستشفيات كانت بسبب الأخطاء في الرِّعاية المقدَّمة، و7.5% و11.7% في كندا وبريطانيا على التوالي، [8] بالإضافة لذلك أفادت **دراسة Baker et al.** عام (2004) التي أُجريت في الولايات المتحدة، بوقوع 1411 حادثة خطيرة، أو آثار جانبية ألحقت الضرر بالمرضى حيثُ أدى حوالي 18٪ من هذه الحوادث إلى وفاة المرضى، بينما أدى 8٪ منها إلى ضرر دائم أو فقدان وظيفة المريض. [9]

عديدةٌ هي أخطاء التَّمريض والَّتي يُمكن أن تحدث في أي مرحلة من مراحل الرِّعاية الصحيَّة ومنها: **أخطاء الأدوية:** تشير بعض التقارير إلى حدوث أخطاء في الأدوية في حوالي 6.5 من كل 100 حالة دخول حاد إلى المستشفى، ويمكن أن تحدث أخطاء الأدوية في أي مرحلة من مراحل إعطاء الدواء، بدءاً من طلبه وتوثيقه وصولا إلى صرفه وإعطائه، [10] وكذلك **أعطال المعدات:** يتم استخدام ما يقرب من 5000 نوع من الأجهزة الطبية في جميع أنحاء العالم، وبالتالي فإن الأخطاء المتعلقة بالأجهزة أمر لا مفر منه، مثال ذلك تعطل أحد المعدات أو حدوث مشكلة في مكوناتها، [11] و**العدوى المكتسبة من المستشفى:** تشير بعض التقارير إلى أن 1 من كل 20 مريضاً في المستشفى سيصاب بعدوى مكتسبة من المستشفى أثناء تلقي الرِّعاية لحالة صحية أخرى، [12] بالإضافة إلى **سقوط المرضى:** يُشكل السقوط جزءاً كبيراً من الأخطاء التَّمريضيَّة، وتشير التقديرات إلى أنَّه تتراوح نسبة حالات السقوط لدى المرضى الداخليين في **أستراليا** عام (2015) من 1.7 إلى 16.9 لكل 1000 مريض في اليوم، [13] وقد تسبب السقوط في 37% من إجمالي الوفيات، [14] كما أظهرت الأبحاث أن 6–26% من إجمالي حالات السقوط للمرضى أدت إلى إصابات خطيرة في مستشفيات **الولايات المتحدة،** [15] **وأخطاء التَّواصل:** يمكن أن تحدث أخطاء التَّواصل بسبب سلوك المريض المزعج، أو الهواتف المحمولة أو أجهزة النداء، [12] أو الاختلافات الثقافية، أو اختلافات الشخصية، أو الحواجز اللغوية، بين الممرض والمريض، أو المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية مثل محو الأمية والتعليم والفشل في الإبلاغ عن النتائج، [13] وضعف التَّواصل بين موظفي الرِّعاية الصحيَّة ومقدمي الخدمات، وما إلى ذلك، كما يسبب استخدام الاختصارات غير الصحيحة أخطاء في التَّواصل، بالإضافة إلى الأخطاء التَّمريضيَّة السَّابقة فيؤدي كل من **الإهمال، وسوء الممارسة،** [16] و**عدم الحفاظ على الخصوصيَّة، وعدم تفويض المسؤوليَّات،** [17] وكذلك **عدم أخذ موافقة المريض، وعدم شرح الإجراء للمريض،** [18] **التَّوثيقُ الخاطئ،** أو **عدم التَّوثيق** للإجراءاتِ التَّمريضيَّة المُقَّدمةِ للمريض إلى أخطاء تمريضيَّة. [19]

يوجد العديد من العوامل **المؤدية إلى زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة** ومنها العوامل الفردية للممرِّضين والَّتي يُمكن أن تُسهم في زيادة حدوث الأخطاء التَّمريضيَّة وأهمها الخوف من العقاب والدعاوى القضائيَّة المحتملة بشأن سوء الممارسة والمسؤولية يجعل الممرِّضين يترددون في الإبلاغ عن الأخطاء التَّمريضيَّة المرتكبة، أو التقليل من حجم المشكلة، أو حتى الفشل في توثيق المشكلة، [20] وكذلك فإنَّ الخوف من اتخاذ إجراءات تأديبية، أو فقدان وظائفهم إذا أبلغوا عن حادث ما، والخوف من تشوه سمعة الممرِّضين، كل هذه الأمور تسبب زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة، [21] بالإضافة إلى تدهور الحالة المعرفية أو العاطفية للممرضين أو ضعف في صحتهن النفسيَّة ومشتتات الانتباه، والتوتر، وعبء العمل قد تؤدي إلى أخطاء تمريضيَّة عديدة،[22] وقد تؤدي الحالة الجسدية للممرِّض مثل التعب واضطرابات النوم، والإرهاق تؤدي إلى انخفاض الإدراك وقلة الانتباه لدى الممرِّضات، تُسبب زيادة حدوث الأخطاء التَّمريضيَّة، [23] بالإضافة إلى إنَّ الحواجز اللغوية، والمصطلحات الطبية، والسجلات الطبية غير المكتملة ، [24] وكذلك فإنَّ عدم وجود ثقافة تنظيمية تُركز على السلامة بدلاً من اللوم، وكذلك فإن وجود ثقافة تنظيمية تتَّسم بتسامح كبير مع العاملين فيها، [20] بالإضافة إلى محدودية الموارد التشغيلية، مثل كوادر الرِّعاية الصحيَّة أو المعدات، قد تؤدي إلى زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة، [20] بالإضافة إلى وجود سياسات صارمة في المُستشفى يخلق بيئة عدائيَّة بين الموظَّفين والإدارة في المُستشفى، واتِّباع العقاب المُقتصر على النتيجة وعدم ملاحظة السلوك المُعرّض للخطر من قِبل الفرد أو المجموعة، بالإضافة عدم وجود بروتوكولات موحدة ونقص الإشراف و التوجيه المهني الشامل وخاصةً للمتدربين غالباً هذا الأمور من شأنها أن تؤدي إلى زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة،[24] كذلك العوامل البيئية كالضوضاء، ومشتتات الانتباه، والفوضى، والإضاءة، وتصميم الغرفة، ونوعية المعدات ومدى جاهزيتها تزيد الأخطاء،[20] وهناك عوامل أخرى تتعلَّق بالمرضى على سبيل المثال، يكون المرضى الأكبر سناً أكثر عرضة لأخطاء تمريضية، وكذلك فإن المرضى الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا فأكثر أكثر عرضة لدخول المستشفى بسبب تناول الأدوية بمرتين تقريباً مقارنةً بمن تقل أعمارهم عن 65 عاماً، كما يزيد تعدد الأدوية من المخاطر، حيث يكون المرضى الذين يتناولون خمسة أدوية أو أكثر أكثر عرضة بنسبة 30% لوقوع أخطاء دوائية، كما أن تعدد الأطباء الذين يصفون الدواء يزيد من خطر وقوع أخطاء دوائية، وكذلك المرضى الذين يعانون من أمراض مصاحبة متعددة. [23]

الدراسات السابقة:

بالعودةِ إلى الأَدبيات السَّابقة التي تطرَّقت لموضوع **العوامل المُرتبطة في زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة في المُستشفى**، تبيّن أنَّ هناك عدد قليل من الدراسات حول العالم تبنت هذا الموضوع من كل جوانبه والمتوفرة منها درست كل عامل من العوامل المُرتبطة في زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة في المُستشفى بشكل منفصل، ولكن في **الجمهوريَّة العربيَّة السوريَّة** لا يوجد على حد علم الباحثة دراسات اهتمت بهذا الموضوع بشكلٍ واضحٍ:

دراسة **Cramer et al.** عام (2013) التي هدفت **لدراسة العوامل المسببة أو المؤثرة في أخطاء التمريض كما يراها الممرضون في ألمانيا**، دراسة مقطعية في دور رعاية المسنين والمستشفيات الألمانية، تكون البحث المقطعي من أجزاء وصفية وارتباطية، تكونت **العينة** من 1100 ممرضة، تم جمع البيانات باستخدام **استبيان** يسرد 21 عاملاً يمكن أن تسبب أو تؤثر على الأخطاء، ويمكن للمشاركين اختيار ما يصل إلى ثلاثة عوامل منها يعتبرونها الأكثر أهمية، بينت **النتائج** أنه تصدر عبء العمل المرتفع ونقص الموظفين والعمل المفرط القائمة، اختارت ممرضات المستشفيات في الغالب "عبء العمل" و"المقاطعات"، بينما صنّفت ممرضات دور رعاية المسنين "قلة المعرفة" و"قلة الحافز" على أنهما الأكثر أهمية، وتبين أن هناك بعض المتغيرات المهمة، مثل سنوات الخبرة المهنية وخلفية الهجرة، التي قد تؤثر على تصورات الممرِّضات. [24]

دراسة **Aghighi et al.** عام (2022) بعنوان: "**العوامل المؤثرة في تكرار الأخطاء الطبية في المستشفيات والاستراتيجيات الوقائية: مراجعة نطاقية في إيران**"، أُجريت مراجعة نطاقية بناءً على الإطار الذي حددته منهجية

Arksey & O'Malley's method، بغرض تلخيص مجموعة من الأدلة لتوضيح اتساع مجال البحث وعمقه، جُمعت البيانات من خلال مراجعة نطاقية لقواعد بيانات Scopus ,PubMed, Embase, ومكتبة كوكرين، بعد ذلك تم جمع النتائج وتلخيصها وإبلاغها، في هذه المرحلة، أُجريت عملية تدقيق بين الباحثين، حيث قام كل باحث بفحص الرموز والتحقق من صحة البيانات، صُنفت النتائج ولخصت وأُبلغ عنها بطريقة جمعت فيها جميع المقالات المتعلقة بالفئات المتشابهة، ووُضعت، بعد دراسة متأنية، في فئات ذات ، وتضمنت الدراسة مقالات تتناول العوامل المؤثرة على تكرار الأخطاء رغم توافر المعلومات، بالإضافة إلى مقالات تتناول التدابير المتخذة عالمياً للوقاية منها، وبشكل عام، اُختيرت 32 مقالة من أصل 3422 ورقة بحثية أولية، وحُددت فئتان رئيسيتان من العوامل المؤثرة في تكرار الأخطاء: العوامل البشرية (الإرهاق، والتوتر، ونقص المعرفة)، والعوامل البيئية والتنظيمية (الإدارة غير الفعالة، والتشتت، وضعف العمل الجماعي)، وتضمنت الاستراتيجيات الست الفعالة لمنع تكرار الأخطاء استخدام الأنظمة الإلكترونية، والاهتمام بالسلوكيات البشرية، والإدارة السليمة لمكان العمل، وثقافة مكان العمل، والتدريب، والعمل الجماعي، وخلصت الدراسة إلى أن استخدام مجموعة من الأساليب المتعلقة بإدارة الصحة وعلم النفس والعلوم السلوكية والأنظمة الإلكترونية يمكن أن يكون فعالاً في منع تكرار الأخطاء. [25]

دراسة**Aloteibi et al.** عام (2023) بعنوان " **العوامل المؤثرة على حدوث الأخطاء الطبية في مؤسسات الرِّعاية الصحيَّة في السعودية**"، اعتمدت الدِّراسة المنهج السردي، **أظهرت النتائج** أن أسباب الأخطاء الطبية مُعقَّدة ومترابطة، تتراوح بين العوامل البشرية وانقطاعات التَّواصل، ونقص التدريب، والمشكلات النظامية، والتحديات المتعلقة بالتكنولوجيا، كما **بيَّنت الدِّراسة** الأنواع المختلفة للأخطاء الطبية: هي أخطاء الأدوية، وأخطاء التشخيص، والأخطاء الجراحية، وأخطاء التَّواصل، وأخطاء النظام، كما تُؤكِّد عواقب الأخطاء الطبية الحاجة المُلحّة، وتحدد استراتيجيات فعّالة للتخفيف من هذه المخاطر. [26]

دراسة **Pappa et al.** عام (2024) التي هدفت إلى **التحقيق في العوامل التي تساهم في الأخطاء من وجهات نظر الممرِّضين في المستشفيات اليونانية، مع التركيز على فهم التحديات التي يواجهونها في ممارستهم اليومية**، دراسة مقطعية، تم اعتماد أخذ عينات ملائمة، تكونت **العينة** من 597 ممرضا/ة، شملت الدِّراسة **استبيان** تكون من أداة **تصنيف الخطأ وتحليل السبب الجذري له ومسؤولية الممارسة (TERCAP) التي تصف الظروف التي حدث فيها خطأ أثناء الممارسة السريرية**، تتكون أداة البحث من قسمين: **القسم الأول** وهو: **المعلومات الديموغرافية**، وشمل **القسم الثاني: تصنيف الخطأ، وتحليل السبب الجذري، ومسؤولية الممارسة (TERCAP)** التي طوّرها **Benner et al.** عام (2006) وهي أداة لتقييم احتمالية الأحداث السريرية الضارة في الرِّعاية التَّمريضيَّة وذلك من خلال تقييم **عوامل الخطر المُختلفة** بما في ذلك الظروف البيئية، ومستويات التوظيف، وممارسات التَّواصل، وعمليات سير العمل، كما تدرس هذه الأداة كيفية تأثير هذه العوامل على حدوث الأخطاء والأحداث السلبية، وتُساعد هذه الأداة مؤسسات الرِّعاية الصحيَّة على فهم مواطن الضعف في ممارسات التمريض الخاصة بها، مما يُمكّن من اتخاذ تدخلات مُستهدفة لتحسين سلامة المرضى، **بينت النتائج:** أن 597 ممرضاً سريرياً في الدِّراسة أشاروا إلى وجود أخطاء في 7 حالات تقريباً من أصل 10غالباً ما عزو حدوث الأخطاء إلى عبء العمل المرتفع ونقص الكوادر، كما وُجدت الأخطاء بشكل شائع خلال نوبات العمل المختلفة في هذه الدِّراسة ، وسُلط الضوء على عوامل مثل إسناد مسؤوليات كبيرة إلى موظفين عديمي الخبرة، وعدم كفاية إرشادات التنفيذ. [27]

مشكلة الدراسة وأهميتها:

تعد **الأخطاء التَّمريضيَّة** مشكلة صحية هامة وخطيرة تعاني منها كافة الدول وحتى أحدث المُستشفيات والتي تحوي تجهيزات وكوادر متطورة فإنَّها تواجه العديد من التحديات ومن أهمها الأخطاء التَّمريضيَّة بأنواعها، [28] فبحسب وزارة

الصّحة في **الجمهوريَّة العربيَّة السوريَّة** سُجِّلت (700) دعوى بحق أطباء وممرِّضين أمام محاكم سورية بين عامي (2014–2017) ووفقا لقانون العقوبات السوري كانت تحت بند التسبب بالأذية، ناتجة عن إهمال أو تقصير بحق المرضى، [29] وسجَّلت وزارة الصّحة في حلب عام (2019) (11) حالة وفاة نتيجة أخطاء طبيَّة، [30] كما كشفت الإحصائيات في دمشق عام (2022) أنَّه تستقبل المحاكم شهريًّا بين(5– 10) دعاوى لجرائم تسبَّبت بالإيذاء والوفاة نتيجة أخطاء طبيَّة، [31] فهذا من شأنهِ أن يؤثِّر على بيئةِ العملِ بشكلٍ سلبيّ وبالتَّالي انخفاض كفاءةِ وجودةِ الخدماتِ التَّمريضيَّة المُقدَّمةِ، وبناءً على هذهِ المُعطيات ونظراً لقلَّةِ الدِّراساتِ الَّتي اهتمَّت بدراسة **العوامل المُرتبطة في زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة في المُستشفى** وبشكلٍ خاص في **الجمهورية العربية السورية**، كان لابدَّ من دراسة **العوامل المُرتبطة في زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة في المُستشفى**، وذلك لما لها من فائدة على سمعة المُستشفى وجودة الخدمات المقدَّمة وكذلك المرضى والممرِّضين.

2–هدف الدِّراسة (Aim of the study): تقييم العوامل المُرتبطة في زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة.

3– سؤال الدِّراسة (question of the study): ما هي العوامل المُرتبطة في زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة.

4– فرضية الدِّراسة (hypothesis of the study): تُسبب العوامل المُرتبطة في الأخطاء التَّمريضيَّة زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة.

5– التعاريف الإجرائيَّة (Procedural definitions): العوامل المُرتبطة في زيادة أخطاء الرعاية التَّمريضيَّة: هي العوامل التي تؤثر على أخطاء الرِّعاية التَّمريضيَّة وتؤدي إلى زيادتها، تمت دراسة هذه العوامل في بيئات عمل مختلفة عربياً وعالمياً من حيث العوامل المؤثرة فيها والمؤدية لزيادتها فبعض الدراسات درست عاملاً واحداً فقط، وفي دراسات أخرى تم دراسة عاملين أو ثلاثة معاً، ولكن في الدراسة الحالية تم دراسة كافة العوامل المُرتبطة في زيادة أخطاء الرعاية التَّمريضيَّة وهي عوامل فردية، عوامل مهنية، عوامل تنظيمية، عوامل متعلقة بالبيئة والمعدات، عوامل متعلقة بالفريق، عوامل متعلقة بالإدارة، عوامل متعلقة بالمريض.

6–مواد وطرق الدِّراسة: (Material and Methods):

أولا: مواد الدِّراسة(Material):

❖ **تصميم الدِّراسة (Design):** اعتمد في هذه الدِّراسة **المنهج الوصفي (Descriptive Method).**

❖ **المكان (Setting):** أُجريت الدِّراسة في مُستشفى اللاذقيَّة الجامعي في مدينة اللاذقية.

❖ **الزمان (Time):** أُجريت الدراسة في الفترة الممتدة من 2024/8/1– 2024/12/1.

❖ **عينة الدِّراسة (Study Sample):** تكوَّنت **العينة** من رؤساء الشِّعب التَّمريضيَّة البالغ عددهم **(44)** رئيساً/ةً، ورئيسة شعبة التَّمريض العام، ورئيس شعبة الشُّؤون القانونيَّة في مُستشفى اللاذقيَّة الجامعي، بالإضافة إلى **(35%)** من الممرِّضين العاملين في كافة أقسام المستشفى، وقد بلغ عددهم **(420)** ممرض/ة ممن تواجدوا أثناء جمع البيانات، ووافقوا على المشاركة في البحث (العيِّنة المُتاحة)، وبالتالي تكوَّنت **عينة** الدِّراسة من **(466)** فرداً.

❖ **أدوات الدِّراسة (Tools Of The Study):** شملت الدِّراسة الحاليَّة على **أداتين** وهما:

1) **الأداة الأولى:** استمارة **البيانات الديموغرافيَّة** لعيِّنة الدِّراسة حسب المتغيرات (القسمُ، الجنسُ، العمرُ، الحالةُ الاجتماعيَّة، المؤهِّل العلميُّ، سنواتُ الخبرةِ في التَّمريض، سنواتُ العملِ في القسم الحاليّ).

2) **الأداةُ الثانية: لتقييم العوامل المُرتبطة في زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة في المُستشفى،** والَّتي تمَّ تطويرها بالاعتماد على الدِّراسات الحديثة ذات الصِّلة بموضوع الدِّراسة، تكونت من **(74)** عبارة موزعة بالشكل التالي:

1.**العوامل الفردية المتعلقة بالممرضين:** تألفت من 11 عبارة، مثال (الخوف من العقاب والدعاوى القضائيَّة المحتملة بشأن سوء الممارسة والمسؤولية القانونية المترتبة على ذلك). [19] [20] [21] [22]

2.**العوامل المهنية المتعلقة بالممرضين:** شملت 25 عبارة، مثال (يتم تنفيذ التدخل التمريضي دون توجيه طبي مكتوب)

3.**العوامل التنظيمية:** تكونت من 7 عبارات، مثال (لا يوجد ثقافة تنظيمية تُركز على السلامة بدلاً من اللوم). [22][23]

4.**العوامل المتعلقة بالبيئة والمعدات الطبية بالمستشفى:** تتضمَّن 7 عبارة، مثال (قلة المعدات والأجهزة الطبية). [30]

5.**العوامل المتعلقة بالفريق (الممرضين، الأطباء، والكوادر الطبية الأخرى):** تكونت من 8 عبارة، مثال (انقطاع التَّواصل أو فشله بين الممرِّضين وفريق الرِّعاية الصحيَّة). [31][32]

6.**العوامل المتعلقة بالإدارة:** شملت 11 عبارة، مثال (يوجد عبء عمل مرتفع على الممرضين). [32]

7.**عوامل تتعلق بالمريض:** تتضمَّن من 5 عبارات، مثال (يكون المرضى الأكبر سناً أكثر عرضة لأخطاء تمريضية). [33][34]

- سُجلت الإجابات على مقياس **ليكرت الخماسي** والمكون من العبارات يحدث كثيراً، يحدث عادة، يحدث أحياناً، نادر الحدوث، لا يحدث أبداً، وأُعطي لكل عبارة وزناً مدرجاً لتقدير أهميتها وهي: يحدث كثيراً(5)، يحدث عادة(4)، يحدث أحياناً(3)، نادر الحدوث(2)، لا يحدث أبداً(1).
- بلغ ثبات المقياس لكافة محاور الأداة بشكل كلي (0.998) وبالتالي يوجد قيمة عالية ومقبولة إحصائياً، وهي مؤشر على ثبات أداة الدراسة، تم حساب مؤشر الثبات لأداة الدِّراسة وفق الجدول التالي:

الجدول رقم (1): معامل الثبات (ألفا كرونباخ) لأداة الدِّراسة:

المحور	معامل ألفا كرونباخ
العوامل الفردية	0.951
العوامل المهنية	0.968
العوامل التنظيمية	0.969
العوامل البيئية	0.967
العوامل المتعلقة بالفريق	0.960
العوامل المتعلقة بالإدارة	0.962
العوامل المتعلقة بالمريض	0.935
الأداة ككل	0.971

يُبين **الجدول (1)** قيم **معامل الثبات (ألفا كرونباخ)** لكافة محاور الأداة والأداة بشكل كلي (0.998) وبالتالي يوجد قيمة عالية ومقبولة إحصائياً وهذا مؤشر على ثبات أداة الدِراسة.

ثانياً: طرق الدِّراسة (Methods):

1.تمَّ الحصول على الموافقات الرسميّة لجمع البيانات من إدارة كليَّة التَّمريض، وإدارة كليَّة الحقوق، ومن جامعة اللاذقيَّة، ومن مُستشفى اللاذقيَّة الجامعي في مدينة اللَّاذقية.

2.قامت الباحثة بتطوير استمارة **لتقييم العوامل المُرتبطة في زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة في المُستشفى** بالاعتماد على الدِّراسات الحديثة ذات الصِّلة بموضوع الدِّراسة.

3.تمَّ عرض أدوات الدِّراسة على **(5)** خبراء في كليَّة التَّمريض وكليَّة الحقوق.

4.تمَّ إجراء **عيِّنة استرشادية (pilot study)** على **(5%)** من عيِّنة الدِّراسة (تمَّ استبعادها من عيِّنة الدِّراسة)، لتقييم وضوحِ، وشموليَّة العباراتِ، ودقَّتها، وإمكانيَّة تطبيقِ أداة الدِّراسة لجمع البيانات، وقد تمَّ تعديلِ وحذف بعض العباراتِ بناء على نتائج العيِّنة الاسترشاديَّة.

5.تم الحصول على موافقةٍ شفويَّة من أفراد عينة الدراسة قبل البدء بجمع البيانات، حيث أوضحت الباحثة هدف الدراسة للعينة، وبعدها تمَّ توزيعُ الاستمارات عليهم، كما بقيتِ الباحثةُ متواجدةً للردِّ على أيِّ استفسارٍ من قبلِ الممرِّضين، مع التأكيدِ على سريَّةِ المعلوماتِ، والهوية، واستخدامها بغرضِ البحثِ فقط، وأنَّ لهم الحقّ في الاستفسارِ عن نتائج الدِّراسة بعد الانتهاءِ منها والانسحابَ من الدِّراسة متى أرادوا دون إبداء أي أسباب.

6.**جمع البيانات:** تمَّ زيارةُ كافَّة أقسامِ المُستشفى في أوقاتٍ وأيَّام مختلفةٍ صباحاً ومساءً خلالَ مدَّة جمعِ البياناتِ، وقد جمعت الباحثة البيانات عبر ملء الممرضين للاستبيان بشكل ذاتي الإدارة، بعد شرح الهدف وأخذ موافقتهم على المُشاركة بالدراسة، وذلك من خلال مقابلة الممرضات في كل أيام الأسبوع، في نوبات العمل الصباحية والمسائية في الأقسام المُختلفة، وقد استغرق كل فرد من أفراد العينة من 60 –120 دقيقة لإكمال استمارة الاستبيان.

7.تمَّ جمع البيانات وجدولتها وتفريغها إحصائياً باستخدام برنامج **الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss** النسخة 25.

7– النتائج:

الجدول رقم (2): توزع أفراد العينة حسب المتغيرات الديموغرافية:

المتغيرات الديموغرافية	الفئة	التكرار(N)	النسبة المئويّة (%)
1.القسم:	قسم العناية والإسعاف	101	%21.7
	أقسام الداخلية	194	%41.6
	أقسام الجراحة	127	%27.3
	الأشعة والمخابر	44	%9.4
2.الجنس:	ذكر	3	%0.60
	أنثى	463	%99.40
3.العمر:	أقل من 20سنة	20	%4.30
	من 30– 20سنة	75	%16.10
	أكثر من 40 – 30سنة	81	%17.40
	أكثر من 50– 40سنة	130	%27.90
	أكثر من 50 سنة	160	%34.30
4.الحالة الاجتماعية:	عازب/ة	199	%42.70
	متزوج/ة	267	%57.30
	مطلق/ة	0	%0
5.المؤهل العلمي:	مدرسة تمريض بعد الشهادة الإعدادية	0	%0
	مدرسة تمريض بعد الشهادة الثانوية	290	%62.20
	معهد	176	%37.80
	إجازة في التَّمريض	0	%0
	دراسات عليا	0	%0
6.عدد سنوات الخبرة في التَّمريض:	أقل من 5سنوات	80	%17.20
	من 5–10سنوات	168	%36.10
	أكثر من 10سنوات	218	%46.80
7.عدد سنوات العمل في القسم الحالي:	أقل من 5 سنوات	90	%19.30
	من 5– 10 سنوات	116	%24.90
	أكثر من 10سنوات	260	%55.80

يُظهر **الجدول (2):** أن أكثر من ثلث الممرّضين يعملون في قسم الداخليَّة، وما يقارب كل العينة من الممرّضين هم إناث، كما أنَّ أكثر من ثُلث الممرِّضين بلغت أعمارهم أكثر من (50) سنة، وأكثر من نصف الممرّضين متزوجين، بالإضافة إلى أنَّ أكثر من ثُلثي الممرّضين حصلوا على شهادة مدرسة تمريض بعد الشهادة الثانوية، وتجاوزت سنوات الخبرة في التَّمريض أكثر من (10) سنوات لما يقارب نصف الممرضين، وبالنَّظر إلى سنوات الخبرة في القسم الحالي فقد كان أكثر من نصف الممرّضين لديهم خبرة أكثر من (10) سنوات.

الجدول رقم (3): العوامل المُرتبطة في زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة من وجهة نظر الممرّضين:

العوامل	العبارة	يحدث كثيراً		يحدث عادةً		يحدث أحياناً		نادر الحدوث		لا يحدث أبداً	
		التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
العوامل الفردية المتعلقة بالممرضين	1.الخوف من العقاب والدعاوى القضائيَّة المحتملة بشأن سوء الممارسة والمسؤولية القانونية المترتبة على ذلك	184	%37.8	168	%36.1	80	%18.0	34	%8.2	0	%0.0
	2.التقليل من حجم المشكلة	178	%38.2	176	%37.8	82	%17.6	30	%6.4	0	%0.0
	3.الفشل في توثيق المشكلة	180	%38.6	200	%42.9	60	%12.9	16	%3.4	10	%2.1
	4.الخوف من اتخاذ إجراءات تأديبية أو الفصل من العمل	178	%38.2	172	%36.9	80	%17.2	36	%7.7	0	%0.0
	5.تردُّد الممرّضين في الإبلاغ عن الأخطاء المرتكبة	124	%26.6	152	%32.6	102	%21.9	68	%14.6	20	%4.3
	6.الخوف من تشوه سمعة المُستشفى والعاملين فيها	140	%30.0	139	%29.8	97	%20.8	68	%14.6	22	%4.7
	7.الحالة العاطفية للممرضين أو ضعف في صحتهن النفسيَّة	142	%30.5	138	%29.6	96	%20.6	66	%14.2	24	%5.2
	8.الشعور بالإرهاق والتعب والتوتر واضطرابات النوم	146	%31.3	140	%30.0	100	%21.5	70	%15.0	10	%2.1
	9.كراهية المهنة	166	%35.6	156	%33.5	90	%19.3	54	%11.6	0	%0.0
	10.عدم اليقين بشأن المهام والصلاحيات والمسؤوليات	152	%32.6	160	%34.3	98	%21.0	56	%12.0	0	%0.0
	11.مشتتات الانتباه	154	%33.0	166	%35.6	94	%20.2	52	%11.2	0	%0.0
العوامل المهنية المتعلقة بالممرضين	1.يتم تنفيذ التدخل التمريضي دون توجيه طبي مكتوب	170	%36.5	156	%33.5	86	%18.5	54	%11.6	0	%0.0
	2.سوء تفسير الممرضة للتوجيه الطبي الشفهي أو الهاتفي أو المكتوب	176	%37.8	152	%32.6	86	%18.5	52	%11.2	0	%0.0
	3.مخالفة تدابير مكافحة العدوى	170	%36.5	154	%33.0	94	%20.2	48	%10.3	0	%0.0
	4.عدم احترام مخاوف المريض/الأسرة وكرامته	22	%4.7	88	%18.9	128	%27.5	152	%32.6	76	%16.3
	5.انتهاك الممرضة لراحة المريض	20	%4.3	86	%18.5	130	%27.9	156	%33.5	74	%15.9
	6.خط يد غير مقروء	22	%4.7	84	%18.0	124	%26.6	152	%32.6	84	%18.0
	7.نقص تثقيف المريض والأسرة من قبل الممرض	20	%4.3	84	%18.0	130	%27.9	154	%33.0	78	%16.7
	8.الحواجز اللغوية، والمصطلحات الطبية التي تؤدي لضعف التَّواصل بين المريض والممرضين	154	%33.0	76	%16.3	20	%4.3	88	%18.9	128	%27.5
	9.عدم انتباه الممرض لوجود حساسية، وتاريخ مرضي سابق لدى المريض	160	%34.3	70	%15.0	18	%3.9	86	%18.5	132	%28.3
	10.قلة المعرفة المهنية	122	%26.2	150	%32.2	18	%3.9	98	%21.0	78	%16.7
	11.قلة الخبرة والمهارات المهنية	128	%27.5	152	%32.6	22	%4.7	88	%18.9	76	%16.3
	12.شخصية غير مبالية وغير مهتمة ولا مسؤولة	18	%3.9	76	%16.3	160	%34.3	156	%33.5	56	%12.0
	13.تأخير وتأجيل العمل	16	%3.4	88	%18.9	160	%34.3	154	%33.0	48	%10.3
	14.تعذر الوصول إلى السجل الطبي	22	%4.7	90	%19.3	140	%30.0	168	%36.1	46	%9.9
	15.عدم مراجعة العمل وعدم توفر معلومات صحيحة	28	%6.0	94	%20.2	138	%29.6	166	%35.6	40	%8.6
	16.عدم اتباع نهج نقدي وتنفيذ كل ما هو مطلوب دون التشكيك في الأوامر	20	%4.3	90	%19.3	142	%30.5	170	%36.5	44	%9.4

العوامل	العبارة	يحدث كثيراً		يحدث عادةً		يحدث أحياناً		نادر الحدوث		لا يحدث أبداً	
		التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
	17.عدم جمع ومراجعة التاريخ الطبي للمريض بشكل كامل وصحيح	22	%4.7	90	%19.3	138	%29.6	170	%36.5	46	%9.9
	18.عدم تقييم الفحوصات المخبرية للمريض	28	%6.0	92	%19.7	144	%30.9	160	%34.3	42	%9.0
	19.تسجيل تقارير التمريض في الملف قبل تقديم الرِّعاية	20	%4.3	148	%31.8	158	%33.9	90	%19.3	50	%10.7
	20.تصوير المريض دون إذنه	32	%6.9	110	%23.6	90	%19.3	200	%42.9	34	%7.3
	21.السماح لأشخاص غير الأقارب بالاطلاع على ملف المريض	100	%21.5	130	%27.9	118	%25.3	92	%19.7	26	%5.6
	22.تعرض المريض للسقوط	34	%7.3	108	%23.2	184	%39.5	116	%24.9	24	%5.2
	23.عدم التحقق من اسم المريض وهويته واسم الدواء قبل إعطاء الدواء	32	%6.9	114	%24.5	160	%34.3	132	%28.3	28	%6.0
	24.عدم مراعاة التوقيت المناسب لإعطاء الأدوية	32	%6.9	106	%22.7	164	%35.2	128	%27.5	36	%7.7
	25.عدم إبلاغ زملاء العمل بالأخطاء الملحوظة	18	%3.9	86	%18.5	168	%36.1	80	%17.2	114	%24.5
العوامل التنظيمية:	1.لا يوجد ثقافة تنظيمية تُركز على السلامة بدلاً من اللوم	16	%3.4	178	%38.2	98	%21.0	94	%20.2	80	%17.2
	2.لا يوجد ثقافة تنظيمية تتَّسم بتسامح كبير مع هذه السلوكيات	14	%3.0	176	%37.8	108	%23.2	90	%19.3	78	%16.7
	3.عدم وجود توصيف وظيفي يحدد دور الممرض	24	%5.2	186	%39.9	94	%20.2	90	%19.3	72	%15.5
	4.السِّياسات والإجراءات الصارمة في المُستشفى	30	%6.4	110	%23.6	180	%38.6	80	%17.2	66	%14.2
	5.اتباع العقاب المُقتصر على النتيجة وعدم ملاحظة السلوك المُعرّض للخطر من قبل الفرد أو المجموعة	28	%6.0	144	%30.9	124	%26.6	140	%30.0	30	%6.4
	6.عدم وجود بروتوكولات موحدة للعمل أو عدم وضوحها	18	%3.9	142	%30.5	136	%29.2	130	%27.9	40	%8.6
	7.عدد كبير من نوبات العمل الليلية الشهرية	182	%39.1	74	%15.9	70	%15.0	120	%25.8	20	%4.3
العوامل المتعلقة بالبيئة والمعدات الطبية	1.الضوضاء والفوضى	142	%30.5	138	%29.6	140	%30.0	18	%3.9	28	%6.0
	2.نقص الموارد مثل كوادر الرِّعاية الصحيَّة أو المعدات	18	%3.9	184	%39.5	140	%30.0	100	%21.5	24	%5.2
	3.قلة الإضاءة، وتصميم الغرفة السيء	34	%7.3	132	%28.3	138	%29.6	130	%27.9	32	%6.9
	4.المقاطعات والتدخلات المتكررة من قِبل الزوار	26	%5.6	146	%31.3	136	%29.2	122	%26.2	36	%7.7
	5.إساءة استخدام المعدات	20	%4.3	146	%31.3	134	%28.8	128	%27.5	38	%8.2
	6.ملصقات مشابهة/مضللة (غير صيدلانية)	24	%5.2	142	%30.5	138	%29.6	126	%27.0	36	%7.7
	7.المخاطر البيئية الطبيعية	20	%4.3	120	%25.8	136	%29.2	152	%32.6	38	%8.2
العوامل المتعلقة بالفريق	1.نقص الدعم والتعاون بين فريق الرعاية الصحية	18	%3.9	172	%36.9	132	%28.3	110	%23.6	34	%7.3
	2.الصراعات مع موظفي العيادات الأخرى	18	%3.9	98	%21.0	190	%40.8	124	%26.6	36	%7.7
	3.غياب تخطيط الرعاية الصحية	20	%4.3	100	%21.5	188	%40.3	120	%25.8	38	%8.2
	4.غموض أوامر الطبيب (خط ولغة غير مقروءة)	22	%4.7	96	%20.6	192	%41.2	118	%25.3	38	%8.2
	5.إعطاء الأوامر شفهيا أو عبر الهاتف	18	%3.9	100	%21.5	188	%40.3	126	%27.0	34	%7.3
	6.تجاهل المكالمات، وتأخير العمل	28	%6.0	94	%20.2	190	%40.8	118	%25.3	36	%7.7
	7.سوء التنسيق بين الممرّضين لحالة المرضى	18	%3.9	96	%20.6	198	%42.5	120	%25.8	34	%7.3
	8.انقطاع التَّواصل أو فشله بين الممرِّضين وفريق الرِّعاية الصحيَّة	26	%5.6	100	%21.5	190	%40.8	114	%24.5	36	%7.7
المتعلقة	1.يوجد عبء عمل مرتفع على الممرضين	18	%3.9	98	%21.0	188	%40.3	124	%26.6	38	%8.2
	2.يوجد نقص مستمر في الممرضين	16	%3.4	96	%20.6	194	%41.6	126	%27.0	34	%7.3

العوامل	العبارة	يحدث كثيراً		يحدث عادةً		يحدث أحياناً		نادر الحدوث		لا يحدث أبداً	
		التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
	3.يوجد نقص أو عدم كفاية التدريب	20	%4.3	100	%21.5	196	%42.1	112	%24.0	38	%8.2
	4.لا يوجد حل مباشر للنزاعات	24	%5.2	92	%19.7	188	%40.3	128	%27.5	34	%7.3
	5.تعطل/تعارض الاتصالات مع الأقسام والموظفين	18	%3.9	94	%20.2	194	%41.6	124	%26.6	36	%7.7
	6.تغيير المناوبة بشل متكرر	114	%24.5	130	%27.9	100	%21.5	86	%18.5	36	%7.7
	7.تكليف موظفين عديمي الخبرة بالمهام	48	%10.3	118	%25.3	134	%28.8	130	%27.9	36	%7.7
	8.نقص الدعم والتوجيه المهني وإشراف المشرف المباشر من قبل الإدارة	80	%17.2	172	%36.9	116	%24.9	60	%12.9	38	%8.2
	9.سلوك التخويف/التهديد من قبل الإدارة	140	%30.0	112	%24.0	138	%29.6	36	%7.7	40	%8.6
	10.عدم توزيع العمل على الممرضات بشكل فعال وعادل	52	%11.2	188	%40.3	128	%27.5	60	%12.9	38	%8.2
	11.عدم الاستجابة الكافية لحقوق الممرضين	174	%37.3	112	%24.0	122	%26.2	28	%6.0	30	%6.4
عوامل تتعلق بالمريض:	1.يكون المرضى الأكبر سناً أكثر عرضة لأخطاء تمريضيَّة	160	%34.3	22	%4.7	34	%7.3	116	%24.9	134	%28.8
	2.تعدد الأدوية التي يتناولها المرضى خمسة أدوية أو أكثر	160	%34.3	20	%4.3	28	%6.0	104	%22.3	154	%33.0
	3.غياب مشاركة المريض في تخطيط الرِّعاية الصحيَّة	158	%33.9	22	%4.7	28	%6.0	104	%22.3	154	%33.0
	4.تعدد الأطباء الذين يصفون الدواء يزيد من خطر وقوع أخطاء دوائية.	162	%34.8	22	%4.7	30	%6.4	116	%24.9	136	%29.2
	5.المرضى الذين يعانون من أمراض مصاحبة متعددة.	160	%34.3	20	%4.3	30	%6.4	118	%25.3	138	%29.6

يُبيِّن **الجدول (3)** أنَّ **العوامل الفردية المُرتبطة في زيادة الأخطاء التمريضية** والتي **تحدث كثيراً** هي الفشل في توثيق المشكلة، التقليل من حجم المشكلة، الخوف من اتخاذ إجراءات تأديبية أو الفصل من العمل، الخوف من العقاب والدعاوى القضائيَّة المحتملة بشأن سوء الممارسة والمسؤولية القانونية المترتبة على ذلك، الأرق والتوتر، كراهية المهنة، انعدام الثقة بالنفس، الشعور بالإرهاق والتعب واضطرابات النوم، الحالة العاطفية للممرضين أو ضعف في صحتهن النفسيَّة، الخوف من تشوه سمعة المُستشفى والعاملين فيها، وقد بلغت النسبة المئوية لهذه العبارات على التوالي: 38.6%، 38.2%، 38.2%، 37.8%، 36.5%، 35.6%، 31.3%، 30.5%، 30.0%.

يُوضِّح **الجدول (3)** أنَّ **العوامل المهنية** المتعلقة بالممرضين **والمُرتبطة في زيادة الأخطاء التمريضية** والتي **تحدث كثيراً** هي: سوء تفسير الممرضة للتوجيه الطبي الشفهي أو الهاتفي أو المكتوب، يتم تنفيذ التدخل التمريضي دون توجيه طبي مكتوب، مخالفة تدابير مكافحة العدوى، عدم انتباه الممرض لوجود حساسية، وتاريخ مرضي سابق لدى المريض، يوجد ظروف عمل غير مُلائمة للممرضات، الحواجز اللغوية، والمصطلحات الطبية التي تؤدي لضعف التَّواصل بين المريض والزملاء، وقد بلغت النسبة المئوية لهذه العبارات على التوالي: 37.8%، 36.5%، 36.5%، 34.3%، 33.0%، بينما **العوامل المهنية نادرة الحدوث** هي: تصوير المريض دون إذنه، عدم اتباع نهج نقدي وتنفيذ كل ما هو مطلوب دون التشكيك في الأوامر، عدم جمع ومراجعة التاريخ الطبي للمريض بشكل كامل وصحيح، تعذر الوصول إلى السجل الطبي، عدم مراجعة العمل وعدم توفر معلومات صحيحة، عدم تقييم الفحوصات المخبرية للمريض، انتهاك الممرضة لراحة المريض، نقص تثقيف المريض والأسرة من قبل الممرض، عدم احترام مخاوف المريض/الأسرة وكرامته، خط يد غير مقروء، وقد بلغت النسبة المئوية لهذه العبارات على التوالي: 42.9%، 36.5%، 36.5%، 36.1%، 35.6%، 34.3%، 33.9%، 33.0%، 32.6%،32.6%.

يُظهر **الجدول (3)** أنَّ **العوامل التنظيمية** والتي تحدث **كثيراً** هي: عدد كبير من نوبات العمل الليلية الشهرية، وقد بلغت النسبة المئوية لهذه العبارة39.1%، أما **العوامل المتعلقة بالبيئة والمعدات الطبية** والتي تحدث **كثيراً** هي: الضوضاء

والفوضى، وقد بلغت النسبة المئوية لهذه العبارة 30.5%، أما **العوامل المتعلقة بالبيئة والمعدات الطبية نادرة الحدوث** هي المخاطر البيئية الطبيعية، وقد بلغت النسبة المئوية لهذه العبارة 32.6%.

يُشير **الجدول (3)** أنَّ **العوامل المتعلقة بالإدارة** والتي تحدث **كثيراً** هي: عدم الاستجابة الكافية لحقوق الممرضين، سلوك التخويف/التهديد من قبل الإدارة، تغيير المناوبة بشل متكرر، وقد بلغت النسبة المئوية لهذه العبارات على التوالي: 37.3%، 30.0%، 24.5%، أما بالنسبة **للعوامل المتعلقة بالمريض** والتي تحدث **كثيراً** هي: تعدد الأطباء الذين يصفون الدواء يزيد من خطر وقوع أخطاء دوائية، المرضى الذين يعانون من أمراض مصاحبة متعددة، يكون المرضى الأكبر سناً أكثر عرضة لأخطاء تمريضية، تعدد الأدوية التي يتناولها المرضى خمسة أدوية أو أكثر، غياب مشاركة المريض في تخطيط الرِّعاية الصحيَّة، وقد بلغت النسبة المئوية لهذه العبارات على التوالي: 34.8%، 34.3%، 34.3%، 34.3%، 33.9%.

الجدول رقم (4): العوامل المُرتبطة في زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة من وجهة نظر الممرِّضين بشكل كلي:

الأبعاد	يحدث كثيراً		يحدث عادةً		يحدث أحياناً		نادر الحدوث		لا يحدث أبداً	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
العوامل الفردية	159	34.0	161	34.5	89	19.1	50	10.7	8	1.7
العوامل المهنية	63	13.6	107	23.0	117	25.1	124	26.7	54	11.7
العوامل التنظيمية	45	9.6	144	31.0	116	24.8	106	22.8	55	11.8
العوامل البيئية	41	8.7	144	30.9	137	29.5	111	23.8	33	7.1
العوامل المتعلقة بالفريق	21	4.5	107	23.0	184	39.4	119	25.5	36	7.7
العوامل المتعلقة بالإدارة	64	13.7	119	25.6	154	33.1	92	19.8	36	7.8
عوامل متعلقة بالمريض	160	34.3	21	4.5	30	6.4	112	23.9	143	30.7

يُظهر **الجدول (4)** أن العوامل الفردية المتعلقة بالممرضين والمُرتبطة في زيادة الأخطاء التمريضية والعوامل التنظيمية والعوامل المتعلقة بالبيئة والمعدات **تحدث عادة**، أما العوامل المهنية **نادرة الحدوث**، أما بالنسبة للعوامل الإدارية، العوامل المتعلقة بالفريق، والعوامل المتعلقة بالمريض **تحدث أحيانا**.

8- المناقشة:

يعتبر أمان المريض أمر أساسي في الرعاية التَّمريضية، حيث أن الهدف الأول للتمريض هو تعزيز الصحة والتعافي لتحقيق جودة حياة مناسبة لجميع الأفراد وخصوصاً المرضى منهم، إلا أن المشافي قد تشكل خطورة على حياة المرضى بسبب الحوادث المؤذية التي قد يتعرضون لها، [35] حيث تعتبر الأخطاء التَّمريضية إحدى أبرز تلك الحوادث وأشيعها لما لها من تأثير على المرضى وزيادة نسب الوفيات والمرض، وتزيد من تكاليف الرعاية الصحية، [36] وبسبب قلة الدراسات التي اهتمَّت بدراسة العوامل المُرتبطة في زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة في المُستشفى معاً، كان من المهم دراسة هذه العوامل، وذلك لما لها من فائدة على سمعة المُستشفى وجودة الخدمات المقدَّمة وكذلك المرضى والممرِّضين.

بيَّنت نتائج الدراسة الحالية أن العوامل الفردية المتعلقة بالممرضين والمُرتبطة في زيادة الأخطاء التمريضية **تحدث عادة**، تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة **Samsiah et al.** عام (2016) والتي بينت أن العوامل الفردية تحدث عادة وأهمها خوف الممرضين من فقدان الوظيفة وفقدان سمعة المُستشفى والعاملين فيه وإيقافهم عن العمل تؤدي لزيادة الأخطاء التمريضية، [37] كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة **Movahednia et al.** عام (2014) التي أشارت إلى أنَّ العوامل الرئيسية وراء التردد في الإبلاغ عن الأخطاء الطبية من وجهة نظر الممرضات هي الخوف من توبيخ المديرين بالإضافة إلى العامل القانوني وبالتالي زيادة الأخطاء المُرتكبة، [38] وتتفق الدراسة الحالية مع الدراسة التي

أجراها **Yiğitbas et al.** عام (2016) وقد بيَّن العوامل الفردية مثل التعب والتوتر وعبء العمل الثقيل من العوامل المؤدية عادة لزيادة الأخطاء التمريضية، [39] وتتفق مع دراسة **Vural et al.** عام (2014) التي أظهرت العوامل الفردية التي تحدث عادة مثل عدم اليقين بشأن المهام والصلاحيات والمسؤوليات وهذا يزيد من أخطاء التمريض المرتكبة، [40] ودراسة **Boutou et al.** عام (2021) والتي بينت العوامل الفردية التي تحدث عادة مثل التشتت وفقدان التركيز والإرهاق الشديد للممرضين والشعور بالملل، وهذه هي العوامل التي تزيد من احتمالية ارتكاب العاملين في مجال الرعاية الصحية للأخطاء، بالإضافة إلى ذلك، تُعد زيادة عدد المرضى الذين يتلقون الرعاية، وقلة عدد الممرضات العاملات، والعمل مع طاقم غير كافٍ، والعوامل البيئية كضغوط بيئة العمل، من بين أسباب زيادة الأخطاء الطبية. [32]

أشارت نتائج الدراسة الحالية أن العوامل المهنية **نادرة الحدوث**، لا تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (2016) **Altuntaş** والتي بينت أن العوامل المهنية تحدث عادة فقد عدَّت قلة خبرة الممرضات ونقص المعرفة والمهارات المهنية وتكليف موظفين عديمي الخبرة بالمهام مثل الموظفات اللاتي يقمن بمهام غير تمريضية (كالسكرتارية) هذه الأسباب التي تزيد الأخطاء الطبية، [41] وتتفق مع دراسة **Wondmieneh et al.** عام (2020) التي أشارت إلى أن العوامل المهنية تسبب عادة زيادة الأخطاء التمريضية وأهمها الخبرة العملية غير الكافية. [42]

بيَّنت نتائج الدراسة الحالية أن العوامل المتعلقة بالبيئة والمعدات **تحدث عادة**، تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة **Pappa et al.** عام (2024) التي أفادت أنَّ عدم وجود بروتوكول مشترك للعمل وعدم حل النزاعات تزيد الأخطاء المُرتكبة، و أن العوامل البيئية الأساسية تحدث عادة مثل تشتيت انتباه الممرضات المتكرر من قبل زوار المرضى أثناء المهام عالية التركيز والتدخلات من الزوار، والمقاطعات والتدخلات المتكررة من قبل العاملين في مجال الرعاية الصحية وغير الصحية، ونقص المواد والمعدات المناسبة أثناء تطبيق التدخلات التمريضية العلاجية، بالإضافة إلى ذلك، زيادة الضوضاء وإساءة استخدام المعدات، والإضاءة غير الكافية، والمخاطر البيئية المادية، والمواقف التي يكون فيها المستشفى في حالة طوارئ. [27]

بيَّنت نتائج الدراسة الحالية أن العوامل التنظيمية **تحدث عادة**، تتفق نتائج البحث الحالي مع نتائج دراسة Archer et al. عام (2017) الذي أشار إلى أن العوامل التنظيمية تحدث عادة في بيئات العمل فأصبحت تسودها ثقافة اللوم وعدم التسامح، وأنظمة الإبلاغ المعقدة، كما أن ضعف التغذية الراجعة وقلة التواصل والتعاون الجماعي، وسوء علاقات العمل الجماعي والتنسيق والصراعات، أدَّت لزيادة حدوث الأخطاء التمريضية، [43] وتتفق مع دراسة **Okpe et al.** عام (2017) التي بين فيها أن العوامل التنظيمية تحدث عادة وقد أكد أن عدم وجود بروتوكولات موحدة للعمل، والعمل خارج نطاق التوصيف الوظيفي، كل هذا يؤدي إلى زيادة الأخطاء التَّمريضية. [44]

أوضحت نتائج الدراسة الحالية أن للعوامل الإدارية، والعوامل المتعلقة بالفريق **تحدث أحيانا**، لا تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة **Singh et al.** عام (2014) التي بينت أن العوامل الإدارية في المستشفى كثيرة الحدوث وأهمها نقص التدريب والتعليم بين مُقدّمي الرعاية الصحية، وكذلك نقص الإشراف والتوجيه يُشكل فجوة بين المعرفة النظرية والتطبيق العملي ويُساهم في حدوث الأخطاء التمريضية،[45] كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة **Kahriman & Öztürk** عام (2016) الَّتي أظهرت أن العوامل المرتبطة بإدارة المستشفى تُسبب (82%) من أخطاء الرعاية التمريضية، وأن قلة عدد الممرضين المناوبين، من بين الأسباب المؤدية لزيادة الأخطاء المرتكبة، بينما العوامل المرتبطة بفريق العمل كقلة التواصل تسبب(75%) من الأخطاء التَّمريضيَّة، [34] على النقيض لا تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة Duffield et al. عام (2010)، والتي بينت أن العوامل الإدارية قليلة الحدوث فقد تبين دعم الإدارة للممرضين وتفرغ المدير بالإضافة إلى المرونة والدعم المُقدّم للمرؤوسين، والسماح للممرضين بالمشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالمؤسسة. [46]

أكدت نتائج الدراسة الحالية أن العوامل المتعلقة بالمريض **تحدث أحيانا**، لا تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة **Yung et al.** عام (2016) التي بينت أن العوامل المرتبطة بالمريض تحدث كثيرا وتسبب زيادة الأخطاء التمريضية ومنها تعرض المريض لأذى، وعدم علم أي شخص آخر بالخطأ، [47] ولكن لا تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة **Tariq et al.** عام (2015) التي بينت أن العوامل المرتبطة بالمريض كثيرة الحدوث فالمرضى الأكبر سناً هم أكثر عرضة لأخطاء تمريضيَّة، علاوة على ذلك، فإن المرضى الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا فأكثر أكثر عرضة لدخول المستشفى بسبب تناول الأدوية بمرتين تقريباً مقارنةً بمن تقل أعمارهم عن 65 عاماً، كما يزيد تعدد الأدوية من المخاطر، حيث يكون المرضى الذين يتناولون خمسة أدوية أو أكثر أكثر عرضة بنسبة 30% لوقوع أخطاء دوائية، كما أن تعدد الأطباء الذين يصفون الدواء يزيد من خطر وقوع أخطاء دوائية، وكذلك المرضى الذين يعانون من أمراض مصاحبة متعددة. [23]

9- الاستنتاجات: أهم نتائج البحث:

9-1- أنَّ العوامل الفردية المتعلقة بالممرضين والمُرتبطة في زيادة الأخطاء التمريضية والعوامل التنظيمية والعوامل المتعلقة بالبيئة والمعدات **تحدث عادة.**

9-2- العوامل المهنية **نادرة الحدوث.**

9-3- بالنسبة للعوامل الإدارية، العوامل المتعلقة بالفريق، والعوامل المتعلقة بالمريض **تحدث أحياناً.**

10- التوصيات: بناء على نتائج البحث الحالي وُضعت التوصيات التالية:

1. الاهتمام في التعليم والتدريب والتثقيف للممرضين بشكل مستمر.
2. إجراء ورشات عمل تتمحور حول أخطاء الرعاية التمريضية وأسبابها وكيفية الحد من حدوثها.
3. توفير أدلة عمل بشكل مستمر تتمحور حول أخطاء الرِّعاية التَّمريضيَّة وأسبابها وكيفية الحد من حدوثها في متناول الممرضين حتى تشكل مرجع معلوماتي لهم.
4. يجب التوزيع العادل والموضوعي للممرضين في مختلف أقسام المستشفى تفاديا للضغط الممارس على الممرض وإجهاده أثناء العمل.
5. توحيد السياسات والإجراءات التنظيمية في المستشفى.
6. تطبيق استراتيجيات فعّالة للتخفيف من حدوث الأخطاء التمريضيَّة في المُستشفيات.
7. نظر إدارة المُستشفى إلى أخطاء الرِّعاية التَّمريضيَّة على أنها فرص لتقييم عمليات الرعاية التَّمريضيَّة المُقدَّمة، والتعلُّم منها.
8. القيام بالعديد من الدراسات التي تلقي الضوء على العوامل المُرتبطة في زيادة الأخطاء التَّمريضيَّة في المُستشفى في القطاعات الأخرى تباعاً.
9. تعميم نتائج البحث الحالي في القطاع الصحي أولاً وبقية القطاعات الأخرى تباعاً.

11- المراجع:

1.تادبيرت، عبد النور. (2023). الأخطاء الطبية داخل المستشفيات الجزائرية أسبابها وانعكاساتها على الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية للمريض من منظور الضحايا. مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية، 11(1)، 853.

2.*Safarpour, H., Tofighi, M., Malekyan, L., Bazyar, J., Varasteh, S., and Anvary, R., (2017). Patient safety attitudes, skills, knowledge and barriers related to reporting medical errors by nursing students.* ***Int Journal Clin Med****, 8:1-11.*

3.*Flotta, D., Rizza, P., Bianco, A., Pileggi, C., and Pavia, M., (2012). Patient safety and medical errors: knowledge, attitudes and behavior among Italian hospital physicians.* ***Int Journal Qual Health Care****, 24(3):258–265.*

4. Kohn, T., Corrigan, M., and Donaldson, M., (2000). To err is human: Building a safer health system. National Academies Press, Washington.

5.ايثار، موسى. (2017). اجتهادات قضائية سورية حول المسؤولية القانونية للطبيب في التشريع السوري. متاح على الرابط: https://www.mohamah.net.

6.Patient Safety Network., (2019). ***Patient safety 101: The fundamentals****.* Agency for Healthcare Research and Quality.

7.Balas, M., Scott, L., and Rogers, A., (2004). The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. Applied Nursing Research, 17:224-230

8.*Hogan, H., Zipfel, R., Neuburger, J., Hutchings, A., Darzi, A., and Black, N., (2015). Avoidability of hospital deaths and association with hospital-wide mortality ratios: retrospective case record review and regression analysis.* ***BMJ****, 351.*

9.*Baker, G., Norton, P., and Flintoft, V., (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada.* ***CMAJ****, 170(11):1678–1686.*

10.*Vincent, C., Neale, G., and Woloshynowych, M., (2001). Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review.* ***BMJ****, 322(7285):517–519.*

11.The Joint Commission., (2024). ***national patient safety goals***. Available at: https://www.jointcommission.org/.

12.Rodziewicz, T., Houseman, B., Vaqar, S., and Hipskind, J., (2024). ***Medical Error Reduction and Prevention***. In State Pearls Publishing.

13.Singh, G., Patel, R., Vaqar, S., and Boster, J., (2024). ***Root Cause Analysis and Medical Error Prevention****.* In State Pearls Publishing.

14.Oliver, D., Healey, F., and Haines, P., (2010). Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. Clinic in Geriatric Medicine, 26(4): 645–692.

15.Zhao, Y., and Kim, H., (2015). Older adult inpatient falls in acute care hospitals: Intrinsic, extrinsic, and environmental factors. Journal of Gerontological Nursing, 41(7):29–43.

16.Han, Y., Kim, J., and Seo, Y., (2020). Cross- sectional study on patient safety culture, patient safety competency, and adverse events. West journal nurse research, 42(1):32-40.

17.Inaab, A., (2022). Nurse perception of fall risk factors and fall prevention strategies in acute care setting in Saudi Arabia. Nurse open, 9(2).

18. Cheragi, M., Manoocheri, H., Mohammadnejad, E., Ehsani, S., (2013). Types and Causes of Medication Errors from Nurse's Viewpoint. Iranian journal of nursing and midwifery research , 18(3):228–231.

19.Melnyk, M., Tan, A., Hsieh, P., Gawlik, K., Arslanian-Engoren, C., Braun, T., Dunbar, S., Dunbar-Jacob, J., Lewis, M., Millan, A., Orsolini, L., Robbins, B., Russell, L., Tucker, S., and Wilbur, J., (2021). Critical care nurses' physical and mental health, worksite wellness support, and medical errors. ***American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses, 30***(3):176–184.

20.Wiegmann, A., Wood, J., Cohen, N., and Shappell, A. (2022). Understanding the "Swiss Cheese Model" and its application to patient safety. ***Journal of Patient Safety, 18***(2):119–123.

21.Li, J., Shah, B., Harness, D., Goldberg, N., and Nash, B., (2023). Physician burnout and medical errors: Exploring the relationship, cost, and solutions. ***American Journal of Medical Quality: The Official Journal of the American College of Medical Quality, 38***(4):196–202.

22.Bell, T., Sprajcer, M., Flenady, T., and Sahay, A., (2023). Fatigue in nurses and medication administration errors: A scoping review. ***Journal of Clinical Nursing, 32***(18):5445–5460.

23.Tariq, R., Vashisht, R., Sinha, A., and Scherbak, Y., (2024). ***Medication dispensing errors and prevention.*** State Pearls Publishing.

24.Cramer, H., Pohlabeln, H., and Habermann, M., (2013). Factors causing or influencing nursing errors as perceived by nurses: Findings of a cross-sectional study in German nursing homes and hospitals. Journal of Public Health, 21(2).

25.Aghighi , N., Aryankhesal, A., and Raeissi ,P., (2022). Factors affecting the recurrence of medical errors in hospitals and the preventive strategies: a scoping review. Journal Med Ethics Hist Med, 15(7).

26.Aloteibi, N., Alsubaie, K., Alotaibi, N., Almutairi, N., Almutairi, M., Alshamkhi, S., Alotaibi, F., Altaymani, H., Albalawi, F., Algarni, S., Fatani, A., Alroshodi, A., Alajlan, K., Alreshoodi, M., and Alsaiegh, A., (2023). Factors Affecting the Occurrence of Medical Errors in Healthcare Settings: A Review. Review of Contemporary Philosophy ISSN,22 (1):102 – 110

27.Pappa, D., Evangelou, E., Koutelekos, I., Dousis, E., Margari, N., Toulia, G., Stavropoulou, A., Koreli, A., Theodoratou, M., Bilali, A., Chasaki, K., Zartaloudi, A., and Dafogianni, C., (2024). The TERCAP Tool: Investigation of Nursing Errors in Greek Hospitals. ***Hospitals ,1***(1):131-148.

28.Epstein, B., Turner, M., (2015). The Nursing Code of Ethics, its Value, its history. Online Journal Issues Nurse, 20(2), 4.

29.**سميران، عبد الإله. (2022). العقوبات التَّأديبيَّة الصادرة بحق الموظَّف العام. مجلة جامعة الزَّيتونة الاردنيَّة للدِّراسات القانونيَّة.3(2)، 42.**

30.عباس، صالح. (2020). اتهامات لأطباء في حلب بارتكاب أخطاء طبية قاتلة وسط تواطؤ لجان قضائية. متاح على الرابط: https://npasyria.com/

31.مركز التَّميز البحثي في فقه القضايا المعاصرة. (2021). **الموسوعة الميسّرة في فقه القضايا المعاصرة، القضايا المعاصرة في الفقه الطبي.** (ط1). المملكة العربيَّة السعوديَّة.

32.Boutou, A., Betsiou, S., Pitsiou, G., Bitzani, M., and Kioumis, I., (2021). Nursing errors in ICU and their association with burnout, anxiety, insomnia and working environment: a cross–sectional study. European Respiratory Journal, 58(65).

33.Eslamian , J., Taheri , F., Bahrami ,M., and Mojdeh , S., (2010). Assessing the nursing error rate and related factors from the view of nursing staff. Iranian Journal of Nursing Midwifery Research, 15(1):272–277.

34.Kahriman , i., and Öztürk, h., (2016). Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis, treatment and care practices. journal of clinical nursing, 25(19):2884–2894.

35. Sari, A., Sheldon, T., Cracknell, A., Turnbull, A., Dobson, Y., Grant, C., (2007). Extent, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective case note review in a large NHS hospital. Qual Saf Health Care, 16(6), 434–473.

36. Shahrokhi, A., Ebrahimpour, F., Ghodousi, A., (2013). Factors effective on medication errors: A nursing view. Journal of Research in Pharmacy Practice, 2(1), 18–24.

37.Samsiah, A., Othman, N., Jamshed, S., and Hassali, M. (2016). Perceptions and attitudes towards medication error reporting in primary care clinics: a qualitative study in Malaysia. PLoS One. 11(12).

38.Movahednia, S., Partovishayan, Z., Bastanitehrani, M., and Moradi, F., (2014). Nurse Managers' perspectives about Reasons for not reporting medical errors in Firoozgar Hospital. Razi Journal of Medical Sciences, 21(125):110–118.

39.Yiğitbas, Ç., Oğuzhan, H., Tercan, B., and Bulut, A., (2016). Nurses' perception, attitudes & behaviors concerning malpractice. Anatolian Clinic, 21(3):207–14.

40.Vural, F., Ciftci, S., Fil, S., Aydın, A., and Vural, B., (2014) Patient safety climate perceptions of healthcare staff and reporting of medication errors. Journal of Health Science of Acibadem University, 5: 152–157.

41.Altuntaş, e., (2016). Determination of nurses' views points about medical errors and their causes. Journal of Health and Nursing Management, 3(3):132–9

42.Wondmieneh, A., Alemu, W., Tadele, N., and Demis, A., (2020). Medication administration errors and contributing factors among nurses: a cross sectional study in tertiary hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. BMC Nursinng, 19: 4.

43.Archer, S., Hull, L., Soukup, T., Mayer, E., Athanasiou, T., Sevdalis, N., and Darzi, A., (2017). Development of a theoretical framework of factors affecting patient safety incident reporting: a theoretical review of the literature. British Medical Journal Open, 7(12),017155.

44.Okpe, C., Dare, A., Oluwatoyin, O., Daniel, K., Emmanuel, A., Emmanuel, O., and Ganiu B., (2017). Knowledge, attitude and perception of nurses on the legal implications of negligence in nursing practice: A case study of nurses in JOS university teaching hospital. **International Journal of Healthcare Sciences**, 5(1):83- 94.

45.Singh, H., Giardina, D., and Forjuoh, N., (2014). Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. JAMA Internal Medicine, 174(6):1030-1036.

46.Duffield, c., Diers, d., O'Brien-Pallas, l., Aisbett, c., Roche, m., King, m., and Aisbett, k. (2010). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. Appl Nurses Res, 24(4):244-55.

47.Yung, P., Yu, S., Chu, C., Hou, C., and Tang, I., (2016). Nurses' attitudes and perceived barriers to the reporting of medication administration errors. Journal Nursing Management, 24(5):580.