

Получена: 24 Ноября 2023 / Принята: 28 Марта 2024 / Опубликовано online: 30 Апреля 2024

DOI 10.34689/SH.2024.26.2.023

УДК 614.253.52:616-082

АНАЛИЗ ОПЫТА МЕДСЕСТЕР И ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ДОБРОВОЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ ОБ ИНЦИДЕНТАХ

Куралай Ж. Аймолдина^{1,2}, <https://orcid.org/0009-0003-4617-2799>

Насихат К. Нургалиева¹, <https://orcid.org/0000-0003-2244-1053>

Гулмира А. Дербисалина¹, <https://orcid.org/0000-0003-3704-5061>

¹ НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Республика Казахстан;

² Корпоративный фонд «University Medical Center», г. Астана, Республика Казахстан.

Резюме

Актуальность: Медицинские ошибки или инциденты – серьезная проблема в мировом здравоохранении. Эти ошибки могут возникать на любом этапе ухода за больными, включая диагностические мероприятия. Отчет об инцидентах играет важную роль в обеспечении качества здравоохранения при условии принятия соответствующих мер и действий.

Цель: Анализ научной информации, направленный на изучение опыта медсестер в отношении добровольного отчета об инцидентах, а также выяснение факторов, которые влияют на их решение делать такие сообщения.

Стратегия поиска: В настоящей работе представлен обзор литературы из источников Pubmed, Elsevier, Medline и Google Scholar за последние 10 лет с января 2012 г по декабрь 2022 года. Статьи, включенные в обзор, были опубликованы на английском языке.

Результаты: В обзор было включено в общей сложности 56 статей. Был использован постоянный сравнительный подход для анализа и объединения результатов соответствующих исследований с целью описания опыта медсестер в отношении добровольного отчета об инцидентах. Добровольный отчет об инциденте представлен тремя основными темами: убеждения, поведение и отношение медсестер к добровольному отчету об инцидентах; факторы, способствующие добровольному отчету об инцидентах, а также факторы, препятствующие добровольному отчету об инцидентах. Результаты данного обзора показали, что медсестры имели не самые благоприятные впечатления от отчета об инцидентах. Их негативный опыт был усилен системными, административными и организационными факторами, которые акцентировались на виновности персонала и характеризовались не поддерживающим, обвинительным и карательным подходом к управлению ошибками.

Выводы: Данный обзор обобщает имеющиеся знания и выделяет важные области для будущего развития сестринской практики и подчеркивает необходимость укрепления усилий внутри организации для повышения осведомленности, признания и поддержки медсестер в добровольном отчете об инцидентах. Руководителям сестринского дела следует уделять внимание и вкладывать средства в усовершенствование институциональных подходов к управлению ошибками, чтобы создать открытую и справедливую культуру безопасности пациентов, которая способствует позитивному отношению медсестер к добровольным отчетам об инцидентах.

Ключевые слова: Опыт, медицинские ошибки, медсестры, добровольный отчет об инцидентах, безопасность пациентов.

Abstract

ANALYSIS OF NURSES' EXPERIENCE AND FACTORS INFLUENCING VOLUNTARY REPORTING OF INCIDENTS

Kurolay Zh. Aimoldina^{1,2}, <https://orcid.org/0009-0003-4617-2799>

Nassikhat K. Nurgaliyeva¹, <https://orcid.org/0000-0003-2244-1053>

Gulmira A. Derbissalina¹, <https://orcid.org/0000-0003-3704-5061>

¹ NCJSC «Astana Medical University», Astana, the Republic of Kazakhstan;

² «University Medical Center» Corporate Fund, Astana, the Republic of Kazakhstan.

Relevance: Medical errors or incidents are a serious problem in global healthcare. These errors can occur at any stage of patient care, including diagnostic measures. Incident reporting plays an important role in ensuring the quality of healthcare, provided appropriate measures and actions are taken.

Objective: Analysis of scientific information aimed at studying the experience of nurses in relation to voluntary incident reporting, as well as finding out the factors that influence their decision to make such reports.

Search strategy: This paper presents a literature review from Pubmed, Elsevier, Medline and Google Scholar sources for the last 10 years from January 2012 to December 2022. The reviewed articles were published in English.

Results: In total, 56 articles were included in this review. An ongoing comparative approach was used to analyze and combine the results of relevant studies in order to describe the experience of nurses with regard to voluntary incident

reporting. The voluntary incident report is presented by three main themes: nurses' beliefs, behaviors, and attitudes towards voluntary incident reporting; factors contributing to voluntary incident reporting, and factors preventing voluntary incident reporting. The results of this study showed that the nurses did not have the most favorable impressions of the incident report. Their negative experience was reinforced by systemic, administrative and organizational factors that focused on the guilt of the staff and were characterized by a non-supportive, accusatory and punitive approach to error management.

Conclusions: This review summarizes existing knowledge and highlights important areas for the future development of nursing practice focusing on the need to strengthen efforts within the organization to increase awareness, recognition and support of nurses in voluntary error reporting. Nursing managers should pay attention and invest in improving institutional approaches to error management in order to create an open and fair patient safety culture that promotes a positive attitude of nurses to voluntary error reports.

Keywords: Experience, medical errors, nurses, voluntary error reporting, patient safety.

Түйіндеме

МЕЙІРГЕРЛЕРДІҢ ТӘЖІРИБЕСІН ЖӘНЕ ОҚИҒАЛАРДЫ ЕРІКТІ ТҮРДЕ ХАБАРЛАУҒА ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОРЛАРДЫ ТАЛДАУ

Куролай Ж. Аймолдина^{1,2}, <https://orcid.org/0009-0003-4617-2799>

Насихат К. Нургалиева¹, <https://orcid.org/0000-0003-2244-1053>

Гульмира А. Дербисалина¹, <https://orcid.org/0000-0003-3704-5061>

¹ «Астана Медицина Университеті» КеАҚ, Астана қ., Қазақстан Республикасы;

² «University Medical Center» корпоративтік қоры, Астана қ., Қазақстан Республикасы.

Әзектілігі: Медициналық қателіктер немесе оқиғалар әлемдік денсаулық сақтаудағы маңызды мәселе болып табылады. Бұл қателіктер диагностикалық шараларды қоса алғанда, мейіргерлердің кез келген кезеңінде пайда болуы мүмкін. Оқиғалар туралы есеп тиісті шаралар мен іс-шаралар қабылданған жағдайда денсаулық сақтау сапасын қамтамасыз етуде маңызды рөл атқарады.

Мақсаты: Мейіргерлердің ерікті оқиғалар туралы есеп беру тәжірибесін зерттеуге бағытталған ғылыми ақпаратты талдау, сонымен қатар олардың осындай хабарламалар жасау туралы шешіміне әсер ететін факторларды анықтау.

Іздеу стратегиясы: Бұл жұмыста Pubmed, Elsevier, Medline, және Google Scholar көздерінен 2012 жылдың қаңтарынан 2022 жылдың желтоқсанына дейінгі соңғы 10 жылдағы әдеби шолу ұсынылған. Шолуға енгізілген мақалалар ағылшын тілінде жарияланды.

Нәтижелер: Бұл шолуға барлығы 56 мақала енгізілді. Мейіргерлердің ерікті оқиғалар туралы есеп беру тәжірибесін сипаттау мақсатында тиісті зерттеулердің нәтижелерін талдау және біріктіру үшін тұрақты салыстырмалы тәсіл қолданылды. Оқиға туралы ерікті есеп үш негізгі тақырыппен ұсынылған: мейіргерлердің сенімдері, мінез-құлқы және ерікті оқиға есебіне қатынасы; ерікті оқиға есебіне ықпал ететін факторлар, сонымен қатар ерікті оқиға есебіне кедергі келтіретін факторлар. Осы шолудың нәтижелері медбикелердің оқиғалар туралы есепте ең қолайлы әсер қалдырмағанын көрсетті. Олардың жағымсыз тәжірибесі қызметкерлердің кінәсіне баса назар аударатын және қателерді басқарудың қолдау көрсетпейтін, айыптайтын және жазалаушы тәсілімен сипатталатын жүйелік, әкімшілік және ұйымдастырушылық факторлармен күшейтілді.

Қорытындылар: Бұл шолуға қолда бар білімді жинақтайды және мейіргерлер практиканың болашақ дамуы үшін маңызды бағыттарды бөліп көрсетеді және оқиға туралы ерікті есепте мейіргерлердің хабардарлығын, танылуын және қолдауын арттыру үшін ұйым ішіндегі күш-жігерді күшейту қажеттілігін атап көрсетеді. Мейіргер ісінің жетекшілері мейіргерлердің ерікті оқиғалар туралы есептерге оң көзқарасын қалыптастыратын пациенттердің қауіпсіздігінің ашық және әділ мәдениетін қалыптастыру үшін қателіктерді басқарудың институционалдық тәсілдерін жетілдіруге назар аударуы және инвестициялауы керек.

Түйінді сөздер: Тәжірибе, медициналық қателер, мейіргерлер, ерікті оқиғалар туралы есеп, пациенттердің қауіпсіздігі.

For citation:

Аймолдина К.Ж., Нургалиева Н.К., Дербисалина Г.А. Анализ опыта медсестер и факторов, влияющих на добровольное сообщение об инцидентах // Наука и Здравоохранение. 2024. Т.26 (2). С. 201-211. doi 10.34689/SH.2024.26.2.023

Aimoldina K.Zh., Nurgaliyeva N.K., Derbissalina G.A. Analysis of nurses' experience and factors influencing voluntary reporting of incidents // Nauka i Zdravookhranenie [Science & Healthcare]. 2024. Vol.26 (2), pp. 201-211. doi 10.34689/SH.2024.26.2.023

Аймолдина К.Ж., Нургалиева Н.К., Дербисалина Г.А. Мейіргерлердің тәжірибесін және оқиғаларды ерікті түрде хабарлауға әсер ететін факторларды талдау // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2024. Т.26 (2). Б. 201-211. doi 10.34689/SH.2024.26.2.023

Введение

Медицинские ошибки или инциденты имеют серьезные последствия для общественного здравоохранения. ВОЗ определяет врачебную ошибку или инцидент – как событие, связанное с оказанием медицинской помощи в соответствии со стандартами организации оказания медицинской помощи и с использованием технологий, оборудования и инструментов, обусловленное отклонением от нормального функционирования организма, которое может нанести вред жизни и здоровью пациента, а также привести к смерти пациента [66]. Такие пагубные последствия могут привести к тому, что причастные медицинские работники будут вовлечены в судебномедицинские споры, а их организация - в обязательства по выплате компенсаций вследствие медицинской халатности [10]. Тем не менее, исследования показали, что от 48% до 70% ошибок можно предотвратить, для чего возможным решением является динамический отчет об инцидентах медицинскими сестрами [10]. Отчетность об инцидентах имеет решающее значение, учитывая ее центральную роль в расследовании и анализе основных причин ошибок, выводы из которых предназначены для смягчения повторения из-за осведомленности и произошедших в результате изменений [62]. С позиции организации, отчет об инцидентах позволяет выявлять скрытые проблемы, заложенные в системах здравоохранения, с целью систематической разработки стратегий по устранению текущих и потенциальных недостатков [52]. С точки зрения отдельной медсестры, отчеты об инцидентах способствуют ценному обучению посредством ретроспективных исследований и размышлений о прошлых ошибках для улучшения их будущей клинической практики [14, 68]. В современной литературе по безопасности подробно рассматривается аспект предотвратимых неблагоприятных медицинских инцидентов. Учитывая увеличение осведомленности среди медицинских работников и пациентов, необходимо упорно стремиться к улучшению качества сестринской помощи и безопасности пациентов. Создание надежной системы отчета об инцидентах имеет основополагающее значение для постоянного улучшения качества, поддерживающего культуру безопасности в здравоохранении [24, 59].

Медсестры составляют самую многочисленную группу сотрудников в любой медицинской организации. Несмотря на то, что медсестры могут быть вовлечены в процессы, связанные с медицинскими ошибками, они также играют важную роль в информировании, мониторинге и управлении этими ошибками как ключевые участники [60]. Исследования показали, что любые практикующие медсестры, независимо от их уровня знаний и точности, неизбежно совершают медицинские ошибки в тот или иной момент своей карьеры [30, 51]. Систематический добровольный отчет об инцидентах медицинскими работниками является неотъемлемой частью надежной институциональной системы управления ошибками [53]. Многие исследования показали, что медсестры занижают информацию о 50-96% медицинских ошибках [17, 52, 65]. Учитывая важность отчета об инциденте для

продвижения надежной культуры безопасности, отсутствие приверженности среди медсестер приведет к тому, что они потеряют ценные возможности обучения для улучшения своего ухода за больными. В этом обзоре принята концептуальная модель «Концептуальная модель раскрытия медицинских ошибок» *Woo M.W.J. et al.* [65], чье определение опыта медсестер в добровольном отчете об инциденте основывалось на взаимодействии факторов, касающихся их отношения, восприятия, чувств и практики отчетов об инцидентах, а также различных факторов, способствующих или препятствующих, которые влияют на их приверженность добровольному отчету об инцидентах. Изучение этих областей составляет совокупность понимания переживаний медсестер в связи с добровольным отчетом об инцидентах [65], и это будет определять подход к представлению результатов этого обзора. Этот обзор направлен на анализ опыта медсестер в добровольном отчете об инцидентах. Признание необходимости отчетов об инцидентах поможет улучшить профессиональную практику медсестер, поскольку они будут информированы о стратегиях, направленных на формирование безопасной культуры и оптимизацию управления ошибками. Это позволит им развивать свои навыки и знания, применять передовые практики и инструменты, а также принимать активное участие в улучшении безопасности и качества здравоохранения.

Цель: Анализ научной информации, направленный на изучение опыта медсестер в отношении добровольного отчета об инцидентах, а также выяснение факторов, которые влияют на их решение делить такие сообщения.

Стратегия поиска:

Поиск научных публикаций проводился в базах данных Pubmed, Elsevier, Medline и в специализированной поисковой системе Google Scholar по следующим ключевым словам: «опыт», «медицинские ошибки», «медсестры», «добровольный отчет об инцидентах», «безопасность пациентов». Всего было найдено 155 литературных источников, из которых для анализа были отобраны 56 статей. *Критерии включения:* полнотекстовые статьи, опубликованные на английском и русском языках в течение последних 10 лет с января 2012 г по декабрь 2022 года. Статьи отбирались по степени участия медсестер в исследовании. *Критерии исключения:* абстракты, дубликаты, публикации ранее 2012 года, а также несвязанные с темой публикации. Также были исключены статьи, где в исследовании принимали участие другие медицинские работники, такие как врачи, фармацевты, курьеры и т. д., где результаты, относящиеся к медсестрам, не выделялись отдельно. Таким образом, был проведен тщательный исследовательский отбор литературы, чтобы обозначить актуальность и релевантность исследуемой темы.

Результаты:

В этот обзор было включено 56 публикаций на английском языке. На русском языке мы не нашли исследований, касающихся добровольной отчетности медсестер об инцидентах. Из этого можно сделать

вывод, что вопрос культуры безопасности пациентов не получает широкого внимания в русскоязычной литературе.

Тематический анализ результатов 56 статей приводит к выделению трех основных тем:

1) убеждения, поведение и отношение медсестер к добровольному отчету об инцидентах,

2) факторы, воспринимаемые медсестрами, способствующие добровольному отчету об инцидентах, и 3) факторы, воспринимаемые медсестрами, препятствующие добровольному отчету об инцидентах.

Первая тема фокусировалась на точках зрения медсестер, их поведении и отношении к добровольному отчету об инцидентах. Исследовали их убеждения, практику и эмоции, связанные с процессом отчета об инцидентах. Эту тему представляют три подтемы: данные об отношении и восприятии сотрудниками добровольного сообщения об инцидентах, данные о предпочтительном стиле отчета сотрудников, сведения об эмоциях персонала [65].

Убеждения, поведение и отношение медсестер к добровольному отчету об инцидентах.

Множество исследований, в которых изучалось отношение медсестер к добровольному отчету об инцидентах, дали неоднозначные результаты. Девять исследований показали, что медсестры положительно относятся к добровольному отчету об инцидентах [3, 18, 21, 25, 29, 46, 54, 65, 70], в то время как в трёх исследованиях сообщалось об обратном [17, 56]. Если сравнивать частоту сообщений медсестер об ошибках с другими медицинскими работниками, такими как врачи, другие три исследования показали, что медсестры обычно сообщали об ошибках чаще, чем врачи [1, 3, 23, 28]. А в статье *Rashed A.* отмечалось, что врачи больше сообщали об ошибках [56]. Несмотря на этот положительный результат, в семи научных работах было обнаружено, что более 50% медсестер не сообщали об ошибках [7, 20, 29, 33, 44, 46, 54]. Это подчеркивает несоответствие между отношением медсестер и их фактическим действием добровольного отчета об инцидентах.

В четырех исследованиях изучалось, как положительное отношение медсестер к добровольному отчету об инцидентах, было сосредоточено на их приверженности профессиональной ответственности. Серьезные этические обязательства перед добровольным отчетом об инцидентах были продемонстрированы медицинскими сестрами, которые считали отчет об инцидентах частью своей ответственности [18, 26, 28, 56]. Сообщалось, что основным стимулом является их поддержка безопасности пациентов, подотчетность и предоставление качественного сестринского ухода как часть их профессии [26, 56]. Тем не менее, такая профессиональная приверженность может быть источником разочарования для медсестер. Взаимодействие между медсестрами и другими медицинскими работниками может разочаровать, когда они узнают, что врачи могут не придерживаться аналогичных стандартов в отношении ответственности за отчеты об инцидентах [56]. И наоборот, другие исследования показали, что медсестры, как правило, демонстрируют менее позитивное отношение и менее

склонны к отчету об инцидентах, совершенных другими специалистами. Это связано с тем, что медсестры не несут ответственности за действия других специалистов, и это не входит в их функциональные обязанности [28, 51].

Наблюдалось также негативное отношение медицинских сестер к добровольному отчету об инцидентах по ряду обстоятельств. Необходимость взять на себя существенные обязательства по работе привела к тому, что медсестры уделяли меньше внимания добровольному отчету об инцидентах. Это было продемонстрировано в пяти исследованиях, в которых было показано, что медсестры несут на себе большую ответственность, включая не только высокую сложность и объем работы с пациентами, но и административные обязанности. Они должны успеть выполнить все задачи в рабочее время, и поэтому они воспринимают добровольный отчет об инцидентах как второстепенное по сравнению со своими основными задачами по уходу за пациентами [3, 22, 23, 35, 40]. Учитывая повседневные обязанности медсестер, два исследования также показали, что медсестры воспринимают необходимость в добровольном отчете об инциденте как менее приоритетную, в результате чего они затем забывают об этом [1, 49]. Одновременно также изучалась взаимосвязь с недостатком знаний медсестер о добровольном отчете об инцидентах. Три исследования показали, что отношение медсестер к непреднамеренному пропуску отчетов об инцидентах было обусловлено их недостаточными знаниями для восприятия и распознавания событий, являющихся ошибками [11, 20, 40]. Кроме того, сообщалось, что некоторые медсестры не вовлекались в добровольный отчет об инцидентах из-за своего восприятия определенных ошибок как мелочей [1, 36, 44] или из-за их незнания о возникновении таких ошибок [7, 20, 36]. Наконец, отмечалось, что медсестры относились менее благосклонно к добровольному отчету об инцидентах из-за желания избежать того, чтобы их коллеги считали их создателями проблем, вызвавшими ошибку, и подстрекающими к отчету об инцидентах [65].

Заслуживают внимания еще четыре вывода. Во-первых, было отмечено, что восприятие медсестрами серьезности инцидента влияет на их отношение и действия в отношении добровольного отчета об инцидентах, как было установлено в исследованиях. Они чаще сообщали о более серьезных ошибках, причиняющих более серьезный вред их пациентам [3, 20, 21, 26, 44, 54, 57]. Медсестры рассудили, что менее серьезные ошибки не требуют сообщения, учитывая их относительную безвредность [20, 26, 36, 62, 70]. Во-вторых, также было отмечено, что ошибки влияют на отношение медсестер к сообщениям, что было выявлено в ходе исследований. Они с меньшей вероятностью сообщали о почти ошибках, чем о реальных ошибках, оправдывая это своевременным обнаружением этих ошибок и отсутствием фактического вреда для пациентов [1, 21, 38, 44, 62]. В-третьих, медсестры также реже сообщали об ошибках, когда об ошибках знали только они сами [57, 70].

Более того, в четырех исследованиях отмечалось негативное отношение медсестер к их пассивности в

отношении добровольного отчета об инцидентах. Это отражалось в их недостаточном осознании важности отчетности. Негативное отношение медсестер к добровольному отчету об инцидентах и их недостаточное участие объясняются полученным представлением о том, что это займет их время, которое они проводят в уходе за пациентами. В результате этого медсестры не проявляют активного участия и склонны избегать добровольного отчета об инцидентах [27, 39, 62, 63].

Что касается способа отчета об инцидентах, медсестры предпочитали устное, а не письменное сообщение своим коллегам и непосредственным начальникам [20, 33, 36, 37, 70]. Причины были двоякие. Во-первых, медсестры хотели получить от своих коллег и супервайзеров разъяснения относительно определения ошибки и их поддержки в ее устранении [36]. Во-вторых, они опасались оставлять какие-либо документальные свидетельства о своих ошибках [37, 39, 70].

Точно так же два исследования из Юго-Восточной Азии показали, что медсестры были более склонны устно информировать свое руководство, например, начальников смен, старших медсестер, которые окончательно решали, требуется ли формальная отчетность о неблагоприятном событии [54, 70]. Что касается иерархии, два других исследования показали, что медсестры должны были получать одобрение своих руководителей медсестер перед принятием решения об отчетности и консультироваться с ними при проверке отчетов об инцидентах перед окончательным представлением [39, 67]. В основе этого наблюдения лежали традиционные азиатские ценности, присущие иерархической цепочке подчинения, которым должны были подчиняться младшие медсестры, выполняя инструкции своих старших медсестер и уважая их право принимать решения [67, 70]. Таким образом, эти результаты показали, что иерархия может сильно влиять на усилия медсестер по отношению к добровольному отчету об инцидентах.

В трех исследованиях изучался опыт медсестер во время и после отчета об инцидентах. *Mahat S. et al.*, *Yung H.-P. et al.* [42, 70] выявили, что при принятии решения о необходимости отчетов об инцидентах медсестры сталкивались с негативными эмоциями, такими как сожаление, страх и беспокойство: большинство выражали самообвинение после своего решения, в то время как другие говорили о тревоге после их решения не сообщать об этом. *Lee W. et al.* совместно отметили, как медсестры были обеспокоены, что будут испытывать постоянные упреки и чувство вины после отчета об инцидентах [39].

В своем исследовании *Koehn A.R. et al.* описали чувства, с которыми сталкиваются медсестры, связанные с решением сообщить о своих ошибках. Сначала медсестры выразили свое удивление, узнав, что их действия привели к ошибкам. Впоследствии с выяснением причины инцидента за их первоначальным страхом и страданием вскоре последовали гнев, самобичевание и самоуничтожение своей ценности в профессии, которые могли длиться несколько дней. После такого опыта, медсестры, рассмотрев

преимущества и последствия своих действий, примут решение сообщать или не сообщать об ошибках. Так же медсестры сетовали на то, что их постоянно мучают последствия отчетов об инцидентах. Эти негативные воспоминания об ошибках сохраняются на протяжении всей карьеры медсестры и влияют на их практику [36].

Факторы, побуждающие медсестер к добровольному отчету об инцидентах.

В восьми исследованиях изучались факторы, побуждающие медсестер к добровольному отчету об инцидентах. *Lee W. et al.* установили, что позитивное отношение медсестер и их добровольный отчет об инцидентах, определялось их адекватными знаниями, способностями и ресурсами для обеспечения их убежденности в добровольной регистрации инцидентов. Медсестры хотели и ценили поддержку своих руководителей и возможность открытого обсуждения ошибок. Их убежденность к добровольному отчету об инцидентах, способствовала созданию безопасной рабочей среды в сочетании со справедливой и открытой культурой, при которой они могли бы сообщать об ошибках, не опасаясь последствий [39]. Это согласуется с *Choi E.Y. et al.* [18], которые показали, как четкие институциональные инструкции и позитивная организационная культура помогает медсестрам добровольно сообщать об ошибках.

Hewitt T. et al. определили три фактора, которые морально стимулируют медсестер открыто сообщить о случившейся ошибке. Факторы основывались на трех определяющих принципах: во-первых, на необходимости профессиональной ответственности за свои действия; во-вторых, вера в приверженность их организаций политике отказа от обвинений и, в-третьих, отчетность будет стимулировать их конструктивное изучение ошибок [28]. *Hashemi F. et al.* [26] расширили список мотиваторов, включив в него призыв к созданию благоприятной рабочей среды, в которой врачи и руководство не уклонялись бы от своей ответственности и, таким образом, не оставляли бы медсестер наедине с ошибками. *Afolalu O. O. et al.* [3] выявили положительные организационные факторы, такие как ясность в определении ошибок, четкие инструкции по отчетности и руководителей сестринского дела в качестве образцов для подражания, которые будут стимулировать медсестер к приверженности добровольному отчету об инцидентах. Также было подтверждено о необходимости предоставления обратной связи [3, 8, 21, 56] и поддержки руководства, которое [46] положительно влияет на приверженность медсестер к добровольному сообщению об инцидентах.

Факторы, препятствующие добровольному отчету об инцидентах.

Третья тема, факторы сдерживающие при отчете об инцидентах, включает различные препятствия, с которыми сталкиваются медсестры при осуществлении подачи отчета об инцидентах. Это менее эффективные системы и процессы отчетности, негативная реакция руководства, страх обвинения и позора, а также опасение перед возможными карательными мерами.

Исследования показали, как отношение медсестер и их приверженность добровольному отчету об инцидентах могут быть продиктованы процессами и

политиками, лежащими в основе организационной системы отчетности об ошибках [43]. Медсестры считали, что отчеты об ошибках отнимают много времени из-за утомительного представления отчетов об инцидентах, что увеличивает их существующую большую рабочую нагрузку [26, 27, 32, 37, 39, 55, 57, 62]. Медсестры считали процесс отчета об инцидентах сложным и это было выражено в трех случаях. Во-первых, медсестры подчеркнули, что после регистрации инцидента им потребуются значительные усилия: они будут перегружены необходимостью координировать свои действия с другими медицинскими работниками и управлять клиническими последствиями, связанными с этой ошибкой [24, 36]. Во-вторых, они подчеркнули сложность поиска печатных форм для отчетов об инцидентах [37]. В-третьих, они отметили сложность навигации по электронной подаче отчета об инциденте [3, 37, 62]. *Lederman R. et al.* далее определили, что медсестры, которые испытывали трудности с компьютерными технологиями, объясняли свои проблемы отсутствием поддержки со стороны их учреждения для организации соответствующего обучения, чтобы улучшить их знакомство с электронными системами отчетности об инцидентах [37, 48].

Отсутствие уверенности в том, что сотрудники сообщают анонимно, было признано ограничением институциональной системы отчета об инциденте, что было выявлено в пяти исследованиях. *Lee W. et al.* подчеркнули обеспокоенность медсестер раскрытием личности при отчете об инцидентах, что подрывает их готовность участвовать в отчетах об инциденте в будущем [39]. Пять других исследований также подтвердили, что медсестры хотят иметь возможность участвовать в анонимных сообщениях. Это уменьшит их бремя ответственности, и повысит их приверженность к добровольной регистрации ошибок [5, 26, 28, 37, 46].

Некоторые исследователи изучали взаимосвязь между опытом медсестер и реакцией руководства на отчеты об инцидентах и приверженность медсестер к отчетам об ошибках в будущем. Такие нежелательные реакции характеризовались отсутствием обратной связи со стороны руководства [1, 20, 36, 37, 39, 44, 56, 57], а если они и предоставляли, то преимущественно негативную обратную связь [3, 20, 49, 62]. Важность обратной связи для медсестер была дополнительно подтверждена в исследовании *Chiang et al.* [17]. Медсестры утверждали, что они будут ценить конструктивную обратную связь по повышению безопасности пациентов, поскольку это позволит им учиться на прошлых ошибках для улучшения своей будущей практики [28, 31, 46, 56].

И наоборот, приверженность медсестер добровольному отчету об инцидентах, в будущем может быть подорвана безразличием со стороны их руководителей: отсутствием расследования основных причин ошибок после отчета об инцидентах [39, 51] и отсутствием действий по устранению недостатков в существующей системе [3, 51]. Кроме того, чрезмерный акцент на возникновении ошибок, как критическом показателе качества для оценки работы медсестер, еще больше демотивировал их в сторону добровольной

поддачи отчетов об инцидентах из-за боязни последствий [24, 62, 68].

Казахстанское исследование, рассматривающее вопросы факторов риска травм остро-колющими инструментами среди медицинских сестер ПМСП, выявило, что почти четверть респондентов (23,7%; $n = 47$) утаили факт произошедшего с ними инцидента. Среди причин нежелания регистрировать инцидент медсестры назвали нехватку времени и страх быть наказанными [4]. Пять исследований также показали, как медсестры сталкивались с огромными негативными реакциями со стороны руководителей сестринского дела, которые несоизмеримы с серьезностью их ошибок, о которой они добровольно сообщили. Это дополнительно усиливало их нежелание участия в будущих отчетах об инцидентах [3, 18, 26, 44, 49].

В исследованиях было выражено единое мнение о том, что акцентирование индивидуальной вины и ответственности за ошибку становится барьером для медсестер в принятии решения о подаче отчета об инцидентах. Медсестры подчеркнули боязнь обвинений со стороны своих коллег и врачей в том, что они несут ответственность за возникновение ошибки после добровольного отчета об инцидентах [3, 20, 24, 26, 33, 36, 37, 39, 44, 46, 51, 56, 62, 68, 70], и это также негативно повлияло бы на их отношение к добровольному отчету об инцидентах [9, 29]. Медсестры утверждали, что неодобрительное отношение руководства среднего и высшего звена к возникновению ошибок означало, что после инцидента основное внимание уделялось распределению вины и возложению на них полной ответственности, вместо признания ограничений и ошибочности существующих рабочих процессов, которые могли стать причиной ошибок [3, 19, 20, 24, 28, 36, 49, 62, 68]. Кроме того, в публикациях отмечено что интенсивность обвинений медсестер возрастает, если из-за ошибки возникают негативные последствия для пациентов [24, 33, 51, 68]. Это влечет за собой два возможных последствия. Во-первых, *Hashemi F. et al.* предостерегли, что страх перед последствиями может привести к молчанию медсестер, подвергнуть сомнению их честность и ответственность в отчете об инцидентах [26]. Во-вторых, это может вызвать у медсестер чувство бесполезности, вины и сожаления из-за самообвинения, подрывая их уверенность в выбранной профессии [36, 39, 46, 70].

Исследования также подтвердили, что возложение вины на отдельных лиц и сосредоточение внимания на них после отчета об инцидентах может привести к тому, что медсестры будут испытывать чувство стыда. Культура обвинения означала скрытое одобрение административных санкций в отношении любых вовлеченных медсестер, унижающих их достоинство и гордость после сообщения об этом. Проблемы медсестер были разнообразны. В девяти исследованиях сообщалось о том, как медсестры испытывали страх перед потерей профессионального доверия к ним из-за того, что их коллеги и начальники обесценивали их компетентность и считали их неэффективными, связывая их ошибки с низким качеством сестринского ухода [26, 27, 33, 44, 45, 49, 51,

56, 70]. Кроме того, медсестры также переживали из-за потери чести и достоинства, если об их ошибках сообщалось и разоблачали их, вплоть до того, что ставили под сомнение их мастерство в выбранной профессии [36, 39, 51, 56].

Кроме того, страх позора при отчете об инциденте также был задокументирован в двух исследованиях, проведенных в Китае. Медсестры воспринимали понятие добровольного отчета об инцидентах, как обязанность признать свои проступки, что может привести к порицанию со стороны коллег и руководителей; поэтому они не были склонны сообщать об ошибках, чтобы сохранить свое достоинство и уважение обществом [54, 67]. Наконец, медсестры также опасались огласки своих ошибок в средствах массовой информации [19, 49, 54, 56, 70]. Они были обеспокоены тем, что это запятнает их репутацию и нанесет дурную славу их профессионализму из-за их нежелания добровольного сообщения об инцидентах [5, 44, 51, 70].

Организация, пропагандирующая карательную культуру за отчеты об инцидентах, снижает мотивацию медсестер добровольно участвовать в таких отчетах [5, 19]. Некоторые исследования подтвердили наличие культуры наказания в системе медицинских организаций, которая препятствует медсестрам подавать отчеты об инцидентах из-за страха быть наказанными за свои действия. В ряде случаев, руководители медицинских сестер выражали неодобрение путем применения различных карательных мер: низкие оценки при служебной аттестации, удержание заработной платы, выплата денежных штрафов и даже увольнение. Эти меры создавали атмосферу страха и давления на медсестер, что препятствовало открытому и честному отчету об инцидентах [1, 17, 26, 27, 36, 39, 44, 46, 49, 51, 56, 70]. В результате, медсестры могут воздерживаться от добровольного отчета об инцидентах из-за опасений, связанных с нынешним местом работы и перспективами продвижения по карьере. Эти опасения оказывают отрицательное влияние на их активное участие в процессе добровольного отчета об инцидентах [28, 44, 54]. Интересно отметить, что страх перед дисциплинарными мерами заставляет медсестер скрывать свои собственные ошибки, а также ошибки других сотрудников. Это связано с опасением негативных последствий, таких как дисциплинарные взыскания или потеря работы, и может привести к недостаточной прозрачности и отчетности в отношении ошибок, что затрудняет обнаружение и исправление системных проблем [6, 15, 19, 20, 51, 62]. Преобладающее нежелание медсестер заключалось в том, чтобы избежать совместной ответственности за ошибки своих коллег, которые могут привести к наказанию для всей команды. Это связано с опасением оказаться виновными в ошибке, даже если они не были непосредственно вовлечены, и может привести к созданию атмосферы страха и недопонимания в команде [2, 5, 51].

Из некоторых исследований также стало ясно, что медсестры испытывают страх перед профессиональной ответственностью, что препятствует им в отчете об

инцидентах. Они связывают любые ошибки с проявлением профессиональной небрежности, и опасаются, что такие сообщения могут привести к серьезным последствиям, таким как дисциплинарные меры со стороны организации, временное приостановление или отзыв лицензии медсестры регулирующим органом и даже юридические разбирательства в связи с обвинениями в злоупотреблении служебным положением [13, 15, 33, 51, 56, 57, 62, 70]. Страх медсестер перед спорами с пациентами и его отрицательное влияние на их готовность к добровольному отчету об инцидентах были выявлены в 10 исследованиях. Это нежелание обусловлено глубокими причинами, такими как подрыв доверия пациентов и членов семьи к профессии медсестры, возможные жалобы и судебные иски, а также риск столкновения с агрессивными реакциями [12, 18, 20, 24, 33, 44, 46, 49, 54, 70]. Кроме того, следует отметить, что в нескольких исследованиях выяснилось, что медсестры принимали решение не сообщать об ошибках своих коллег по двум причинам: избегание привлечения своих коллег к дисциплинарной ответственности и сохранение хороших отношений в коллективе [2, 28, 34, 54, 69].

Выявление инцидентов и сообщение о них являются жизненно важными шагами для создания безопасной рабочей среды в здравоохранении. Хотя искоренение медицинских ошибок практически не возможно невозможно [11], стратегии по управлению ими и их сокращению играют важную роль. Отчет об инцидентах является одним из важнейших подходов по повышению безопасности пациентов. Медицинские сестры, участвующие в непосредственном уходе за пациентами, должны быть привержены к отчетам по инцидентам. Влияние ошибок на безопасность пациентов может быть точно оценено, и, таким образом, могут быть приняты соответствующие профилактические меры. Помимо профессионального долга это также рассматривалось как юридическое и этическое обязательство, лежащее в основе ответственного сестринского ухода [63]. Гарантия качества и безопасность пациентов в медицинских учреждениях могут быть подтверждены, когда руководители сестринского дела направляют усилия и уделяют приоритетное внимание отчетам по инцидентам [47].

Тем не менее, в литературе по культуре безопасности пациентов утверждается, что инциденты обычно возникают не в результате единичного события, вызванного человеком (человеческая ошибка), а скорее в результате серии событий. Эта точка зрения отражает сложность взаимодействия множества факторов [22, 58, 66]. Такой систематический подход к управлению ошибками предполагает возникновение инцидента, как результат системной ошибки [22, 26, 41]. Несмотря на призывы медицинских учреждений к тому, чтобы приуменьшить значение индивидуальной вины для продвижения поддерживающей культуры отчетности [28, 36], этот обзор показал, что нежелание медсестер регистрировать инциденты было частично связано с укоренившейся организационной культурой, характеризующейся недовольством руководителей сестринского дела ошибками медсестер. Таким

образом, медсестры будут рассматривать отчет об инциденте как механизм, который отражает их неудачи и подвергает их дисциплинарным взысканиям, что может привести к тому, что медсестры потеряют доверие к организации, когда они увидят несоответствие между идеалистической и реалистичной практикой. В соответствии с мнением *Smeulers M. et al.* [61], это требует от руководителей медсестер рассмотреть вопрос об открытом поощрении и вознаграждении медсестер за их усилия по раскрытию своих ошибок и других ошибок, уделяя особое внимание анализу первопричин и улучшению системы, а не обвинению. Кроме того, чтобы облегчить воспринимаемое ими бремя отчетности, руководители медсестер могли бы предусмотреть стимулы, такие как выделение специального времени в рабочее время медсестер для выполнения их ежедневных требований по выполнению необходимых административных обязанностей, или, где это невозможно, заменить сверхурочную работу оплатой, если отчет об инцидентах происходит в нерабочее время. Выполнение этой рекомендации подтвердит приверженность организации открытой и справедливой культуре безопасности и укрепит доверие медсестер к отчетам об инцидентах [16].

Наконец, это требует совместных усилий руководителей сестринского дела для проведения организационных реформ для продвижения общих ценностей в отношении отчетов об инцидентах. Во-первых, как инициаторы изменений, руководители сестринского дела играют важную роль в поддержании этого обязательства и узаконивании изменений: принятие и соблюдение институциональной политики, которая явно обеспечивает нулевую терпимость к поведению, не сообщаемому об ошибках, и предписывает обратную связь [50, 52], как коллективное контекстуальное обучение после отчета об инцидентах. Во-вторых, они должны обеспечить поддерживающие протоколы и инициативы для управления эмоциональными потребностями медсестер, находящихся в состоянии стресса из-за ошибок [35]. В-третьих, они могли бы рассмотреть возможность организации корпоративных мероприятий по сплочению коллектива, таких как встречи персонала, на которые приглашаются медсестры, работающие на ведущих позициях, и они получают возможность высказать свое мнение и опасения [65]. Они также должны работать вместе с руководителями старшего и среднего звена, чтобы коллективно сформулировать практические решения для улучшения инициатив по отчетам об инцидентах. В качестве альтернативы, анонимный опрос сотрудников может быть внедрен для медсестер, которые хотят остаться анонимными, но готовы поделиться своими проблемами; это даст представление об их взглядах на барьеры добровольных отчетов по инцидентам и поможет разработать стратегии для их устранения. Руководителям сестринского дела рекомендуется активно управлять изменениями в отделениях, путем обучения и внедрения инструкций по отчетности об инцидентах среди всего сестринского персонала. Это поможет увеличить осведомленность медсестер о

процессе подачи отчетности по инцидентам, тем самым повышая их готовность к таким сообщениям. Лидеры медсестер также играют важную роль в создании позитивной культуры безопасности в отделах, которая формирует доверие и способствует открытому обмену информацией о возможных инцидентах и ошибках. Этого можно достичь, управляя ожиданиями медсестер в отношении отчета об инцидентах посредством эффективного руководства, мониторинга и регулирования коллегиального отношения, выступая в качестве ролевых моделей приемлемого поведения, фокусируясь на анализе корневых причин ошибок и на создании мер и системных изменений, чтобы предотвратить их возникновение в будущем, а не просто на поиске виновных и наказании за допущенные ошибки. Эти инициативы влекут за собой открытую и поддерживающую систему управления рисками.

Выводы

Таким образом, согласно проведенному анализу, опыт медицинских сестер в отношении добровольного информирования об инцидентах неоднозначен. Медсестры высказывали как положительное, так и отрицательное мнение по данному процессу. Положительное отношение медсестер к добровольному отчету об инцидентах, было сосредоточено на их приверженности стандартам безопасности пациентов и качественному сестринскому уходу. Негативное отношение медсестер возникает на основе повышенной тревожности, беспокойства и их опасения оставить документальные свидетельства о допущенных ошибках.

Факторами, побуждающие медсестер к добровольному отчету об инцидентах, являются соответствующие знания, навыки, мотивации и четкие инструкции по подаче отчетов таких событий. Медсестры более склонны к регистрации инцидентов, когда они чувствуют поддержку со стороны руководства и возможность открыто обсуждать ошибки. Позитивное отношение медсестер к таким сообщениям способствует созданию безопасной и справедливой организационной культуры, которая позволяет им без опасений сообщать о случившихся ошибках.

Факторы, препятствующие добровольному отчету об инцидентах, имеют сложный и разнообразный характер в зависимости от ситуации. Страх перед негативными последствиями, такими как возможные обвинения, наказания, унижения и юридические сложности, являлся главным препятствием и основной причиной сокрытия информации о медицинских ошибках среди медсестер. Неправомерные действия руководства, неадекватные процессы отчетности об инцидентах и отсутствие мер поощрения являлись барьерами для медсестер при принятии решения об открытом сообщении об ошибках.

Учитывая эти данные, можно заключить, что опыт медсестер в добровольном отчете об инцидентах является сложным и подчеркивает необходимость дальнейшего исследования данного вопроса.

Конфликт интересов: Мы заявляем об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов

Разработка концепции – Аймолдина К.Ж.

Исполнение, обработка результатов, написание статьи: Аймолдина К.Ж., Нургалиева Н.К., Дербисалина Г.А. Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.
Финансирование: Отсутствует.

Литература:

1. AbuAlRub R.F., Al-Akour N.A., Alatari N.H. Perceptions of reporting practices and barriers to reporting incidents among registered nurses and physicians in accredited and nonaccredited Jordanian hospitals // *Journal of Clinical Nursing*. 2015. № 19–20 (24). P. 2973–2982.
2. Afaya A., Konlan K.D., Kim Do H. Improving patient safety through identifying barriers to reporting medication administration errors among nurses: an integrative review // *BMC Health Services Research*. 2021. № 1 (21). P. 1156.
3. Afolalu O.O., Jordan S., Kyriacos U. Medical error reporting among doctors and nurses in a Nigerian hospital: A cross-sectional survey // *Journal of Nursing Management*. 2021. № 5 (29). P. 1007–1015.
4. Aimoldina K., Rakhymgalieva G. Prevalence and risk factors of sharps injuries among primary care nurses in Kazakhstan // 13th International scientific conference Responsibilities of health policy – makers and managers for the retention and development of nurses and other healthcare professionals - 2020: International year of the nurse and the midwife. 2020. № 2020-10–24 (1). P. 70–75.
5. Ajri-Khameslou M., Aliyari S., Pishgooei A.H., Jafari-Golestan N., Afshar P.F. Factors Affecting Reporting of Nursing Errors: A Qualitative Content Analysis Study // *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 2018. № 8. P. 215-219.
6. Alanazi F., Sim J., Lapkin S. Systematic review: Nurses' safety attitudes and their impact on patient outcomes in acute-care hospitals // *Nursing Open*. 2021. № 9. P. 30-43
7. Alandajani A., Khalid B., Ng Y.G., Banakhar M. Knowledge and Attitudes Regarding Medication Errors among Nurses: A Cross-Sectional Study in Major Jeddah Hospitals // *Nursing Reports*. 2022. № 4 (12). P. 1023–1039.
8. Aljabari S., Kadhim Z. Common Barriers to Reporting Medical Errors // *The Scientific World Journal*. 2021. (2021). P. e6494889.
9. Alrabadi N., Haddadb R., Haddadc R., Shawagfeh S., Mukatashd T., Al-rabadib D., Abuhammade S. Medication errors among registered nurses in Jordan // *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*. 2020. № 3 (11). P. 237–243.
10. Anderson J.E., Kodate N., Walters R., Dodds A.A. Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting // *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2013. № 2 (25). P. 141–150.
11. Atwal A., Phillip M., Moorley C. Senior nurses' perceptions of junior nurses' incident reporting: A qualitative study // *Journal of Nursing Management*. 2020. № 6 (28). P. 1215–1222.
12. Azarabad S., Zaman S.S., Nouri B., Valiee S. Frequency, Causes and Reporting Barriers of Nursing Errors in the Operating Room Students // *Research in Medical Education*. 2018. № 2 (10). P. 18–27.
13. Brabcová I., Hajduchová H., Chloubová I., Červený M., Prokešová R. Evaluation of medication errors in the hospital environment // *Vnitřní Lekarství*. 2022. № E-6 (68). P. 3–9.
14. Burlison J.D., Quillivan R.R., Kath L.M., Zhou Y., Courtney S.C., Cheng C., Hoffman J.M. A Multilevel Analysis of U.S. Hospital Patient Safety Culture Relationships With Perceptions of Voluntary Event Reporting // *Journal of Patient Safety*. 2020. № 3 (16). P. 187.
15. Castel E.S., Ginsburg L.R., Zaheer S., Tamim H. Understanding nurses' and physicians' fear of repercussions for reporting errors: clinician characteristics, organization demographics, or leadership factors? // *BMC Health Services Research*. 2015. № 15. P. 1-10.
16. Chegini Z., Kakemam E., Asghari Jafarabadi M., Janati A. The impact of patient safety culture and the leader coaching behaviour of nurses on the intention to report errors: a cross-sectional survey // *BMC Nursing*. 2020. № 1 (19). P. 1-9.
17. Chiang H.-Y., Lee H.F., Lin S.Y., Ma S.C. Factors contributing to voluntariness of incident reporting among hospital nurses // *Journal of Nursing Management*. 2019. № 4 (27). P. 806–814.
18. Choi E.Y., Pyo J., Ock M., Lee S.I. Nurses' Perceptions Regarding Disclosure of Patient Safety Incidents in Korea: A Qualitative Study // *Asian Nursing Research*. 2019. № 3 (13). P. 200–208.
19. Derese M., Agegnehu W. Challenges of Medical Error Reporting in Mizan-Tepi University Teaching Hospital: A Qualitative Exploratory Study // *Drug, Healthcare and Patient Safety*. 2022. (14). P. 51–59.
20. Dirik H.F., Samur M., Seren Intepeler S., Hewison A. Nurses' identification and reporting of medication errors // *Journal of Clinical Nursing*. 2019. № 5–6 (28). P. 931–938.
21. Farag A., Blegen M., Gedney-Lose A., Lose D., Perkhounkova Y. Voluntary Medication Error Reporting by ED Nurses: Examining the Association With Work Environment and Social Capital // *Journal of Emergency Nursing*. 2017. № 3 (43). P. 246–254.
22. Flotta D., Rizza P., Bianco A., Pileggi C., Pavia M. Patient safety and medical errors: knowledge, attitudes and behavior among Italian hospital physicians // *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2012. № 3 (24). P. 258–265.
23. Goekcimen K., Schwendimann R., Pfeiffer Y., Mohr G., Jaeger C., Mueller S. Addressing Patient Safety Hazards Using Critical Incident Reporting in Hospitals: A Systematic Review // *Journal of Patient Safety*. 2023. № 1 (19). P. e1–e8.
24. Hammoudi B. M., Ismaile S., Abu Yahya O. Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them // *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2018. № 3 (32). P. 1038–1046.
25. Harsul W., Irwan A. M., Sjattar E.L. The relationship between nurse self-efficacy and the culture of patient safety incident reporting in a district general hospital, Indonesia // *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2020. № 2 (8). P. 477–481.
26. Hashemi F., Nasrabadi A. N., Asghari F. Factors associated with reporting nursing errors in Iran: a qualitative study // *BMC Nursing*. 2012. № 1 (11). P. 20.

27. Haw C., Stubbs J., Dickens G. Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: An interview study of nurses at a psychiatric hospital // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014. (21). P. 797–805.
28. Hewitt T., Chreim S., Forster A. Sociocultural Factors Influencing Incident Reporting Among Physicians and Nurses: Understanding Frames Underlying Self- and Peer-Reporting Practices // *Journal of Patient Safety*. 2017. № 3 (13). P. 129–137.
29. Hung C.-C., Chu T.-P., Lee B.-O., Hsiao C.-C. Nurses' attitude and intention of medication administration error reporting // *Journal of Clinical Nursing*. 2016. № 3–4 (25). P. 445–453.
30. Johnstone M.-J., Kanitsaki O. Culture, language, and patient safety: Making the link // *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2006. № 5 (18). P. 383–388.
31. Kaya S., Karaman S., Demir I.B., Ürek D., Kandemir A., Yiğit D. Attitudes and Barriers to Incident Reporting for Doctors and Nurses in a University Hospital's Surgery Departments // *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*. 2020. № 2 (4). P. 108–113.
32. Khammarnia M., Ansari-Moghaddam A.R., Setoodehzadeh F., Rezaei K., Clark C.C. T., Peyvand M.A. Systematic Review and Meta-analysis of the Medical Error Rate in Iran: 2005-2019 // *Quality Management in Healthcare*. 2021. № 3 (30). P. 166.
33. Kilicarlan E., Uysal G. Causes, reporting, and prevention of medication errors from a pediatric nurse perspective // *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2012. (29). P. 28–35.
34. Kim Y., Lee E. The relationship between the perception of open disclosure of patient safety incidents, perception of patient safety culture, and ethical awareness in nurses // *BMC Medical Ethics*. 2020. № 1 (21). P. 104.
35. King B., Beehr T. Working With the Stress of Errors: Error Management Strategies as Coping // *International Journal of Stress Management*. 2016. № 24 (1). P. 18-33
36. Koehn A.R., Ebright P.R., Draucker C.B. Nurses' experiences with errors in nursing // *Nursing Outlook*. 2016. № 6 (64). P. 566–574.
37. Lederman R., Dreyfus S., Matchan J., Knott J.C., Milton S.K. Electronic error-reporting systems: A case study into the impact on nurse reporting of medical errors // *Nursing outlook*. 2013. (61), P. 417-426.
38. Lee S.E., Dahinten V.S. The Enabling, Enacting, and Elaborating Factors of Safety Culture Associated With Patient Safety: A Multilevel Analysis // *Journal of Nursing Scholarship*. 2020. № 5 (52). P. 544–552.
39. Lee W., Kim S., Lee S., Lee S.G., Kim H, Kim I. Barriers to reporting of patient safety incidents in tertiary hospitals: A qualitative study of nurses and resident physicians in South Korea // *The International Journal of Health Planning and Management*. 2018. № 4 (33). P. 1178–1188.
40. Liao X., Zhang P., Xu X., Zheng D., Wang J., Li Y., Xie L. Analysis of Factors Influencing Safety Attitudes of Operating Room Nurses and Their Cognition and Attitudes toward Adverse Event Reporting // *Journal of Healthcare Engineering*. 2022. (2022). P. 1-11.
41. Madrid Rodríguez A., Hernández Borges A. Quality of care and patient safety, key elements of health care // *Anales de Pediatría (English Edition)*. 2022. № 4 (97). P. 227–228.
42. Mahat S., Rafferty A.M., Vehviläinen-Julkunen K., Härkänen M. Negative emotions experienced by healthcare staff following medication administration errors: a descriptive study using text-mining and content analysis of incident data // *BMC Health Services Research*. 2022. (22). P. 1474.
43. Manderscheid L., Meyer S., Kuypers M., Köberlein-Neu J. Reporting system for critical incidents in cross-sectoral healthcare (CIRS-CS): pre-test of a reporting sheet and optimization of a reporting system // *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2019. № 147–148, P. 58-66
44. Mansouri S., Mohammadi T.K., Adib M, Lili E.K., Soodmand M. Barriers to nurses reporting errors and adverse events // *British Journal of Nursing*. 2019. (28). P. 690–695.
45. McLennan S.R., Diebold M., Rich L., Elger B. Nurses' perspectives regarding the disclosure of errors to patients: A qualitative study // *International Journal of Nursing Studies*. 2016. (54). P. 16–22.
46. Mjadu T.M., Jarvis M.A. Patients' safety in adult ICUs: Registered nurses' attitudes to critical incident reporting // *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2018. (9). P. 81–86.
47. Murray J.S., Clifford J., Larson S., Lee J.K., Scull G.L. Implementing Just Culture to Improve Patient Safety // *Military Medicine*. 2023. № 7–8 (188). P. 1596–1599.
48. Mushcab H., Bunting D., Yami S., Abandi A., Hunt C. An evaluation of Datix implementation for incident reporting at Johns Hopkins Aramco Healthcare // *Journal of Patient Safety and Risk Management*. 2020. № 2 (25). P. 67–74.
49. Nasiri T., Bahadori M., Ravangard R., Meskarpour_Amiri M. Factors Affecting the Failure to Report Medical Errors by Nurses Using the Analytical Hierarchy Process (AHP) // *Hospital Topics*. 2020. № 4 (98). P. 135–144.
50. Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M., Boutron I., Hoffmann T.C., Mulrow C.D. Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement // *Journal of Clinical Epidemiology*. 2021. (134). P. 103–112.
51. Peyrovi H., Nikbakht Nasrabadi A., Valiee S. Exploration of the barriers of reporting nursing errors in intensive care units: A qualitative study // *Journal of the Intensive Care Society*. 2016. № 3 (17). P. 215–221.
52. Pham J.C., Girard T., Pronovost P.J. What to do with healthcare incident reporting systems // *Journal of Public Health Research*. 2013. № 3 (2). P. e27.
53. Poorolajal J., Rezaie S., Aghighi N. Barriers to Medical Error Reporting // *International Journal of Preventive Medicine*. 2015. (6). P. 97.
54. Qin C., Xie J., Jiang J., Zhen F., Ding S. Reporting among nurses and its correlation with hospital safety culture // *Journal of Nursing Care Quality*. 2015. № 1 (30). P. 77–83.
55. Rahsepar Z., Faraji-Khiavi F., Zahiri M., Haghighizadeh M. Nurses' Perspectives About Reasons for Not Reporting Medical Errors in Educational Hospitals,

Ahvaz, Iran // Health Technology Assessment in Action. 2021. № 5 (1). P. e7380

56. *Rashed A., Hamdan M.* Physicians' and Nurses' Perceptions of and Attitudes Toward Incident Reporting in Palestinian Hospitals // *Journal of Patient Safety*. 2019. № 3 (15). P. 212–217.

57. *Rutledge D.N., Retrosi T., Ostrowski G.* Barriers to medication error reporting among hospital nurses // *Journal of Clinical Nursing*. 2018. № 9–10 (27). P. 1941–1949.

58. *Shanks L.C., Chiu S.H., Zelko M.I., Fleming E., Germano S.* Speaking up to Authority in a Simulated Medication Error Scenario // *Clinical Simulation in Nursing*. 2020. (45). P. 28–31.

59. *Sharbafchi-Zadeh N., Karimi S., Molavi Taleghani Y., Vejdani M.* Developing an Error Reporting System for Health Centers // *Journal of Patient Safety & Quality Improvement* 2017. № 4 (5). P. 606–615

60. *Siman A.G., Brito M.J.M.* Changes in nursing practice to improve patient safety // *Revista Gaucha De Enfermagem*. 2017. № spe (37). P. e68271.

61. *Smeulders M., Onderwater A.T., van Zwieten M.C., Vermeulen H.* Nurses' experiences and perspectives on medication safety practices: an explorative qualitative study // *Journal of Nursing Management*. 2014. № 3 (22). P. 276–285.

62. *Soydemir D., Seren Intepeler S., Mert H.* Barriers to Medical Error Reporting for Physicians and Nurses // *Western Journal of Nursing Research*. 2017. № 10 (39). P. 1348–1363.

63. *Vaismoradi M., Vizcaya-Moreno F., Jordan S., Gåre Kymre I., Kangasniemi M.* Disclosing and Reporting Practice Errors by Nurses in Residential Long-Term Care Settings: A Systematic Review // *Sustainability*. 2020. № 7 (12). P. 2630.

64. *Wondmieneh A., Alemu W., Tadele N., Demis A.* Medication administration errors and contributing factors among nurses: a cross sectional study in tertiary hospitals, Addis Ababa, Ethiopia // *BMC Nursing*. 2020. № 1 (19). P. 4.

65. *Woo M.W.J., Avery M.J.* Nurses' experiences in voluntary error reporting: An integrative literature review // *International Journal of Nursing Sciences*. 2021. № 4 (8). P. 453–469.

66. World Health Organization World Health Organization. World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. 2005.

67. *Yang R., Pepper G. A., Wang H., Liu T., Wu D., Jiang Y.* The mediating role of power distance and face-saving on nurses' fear of medication error reporting: A cross-sectional survey // *International Journal of Nursing Studies*. 2020. (105). P. 103494.

68. *You M.-A., Choe M.H., Park G.O., Kim S.H., Son Y.J.* Perceptions regarding medication administration errors among hospital staff nurses of South Korea // *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2015. № 4 (27). P. 276–283.

69. *Yousef A., Abu Farha R., Da'meh K.* Medication administration errors: Causes and reporting behaviours from nurses perspectives // *International Journal of Clinical Practice*. 2021. № 10 (75). P. e14541.

70. *Yung H.-P., Yu S., Chu C., Hou I.C., Tang F.I.* Nurses' attitudes and perceived barriers to the reporting of medication administration errors // *Journal of Nursing Management*. 2016. № 5 (24). P. 580–588.

Information about authors:

Aimoldina Kurolai Zholdybaevna, – Master of Medical Sciences, doctoral student 2 years of study in specialty 8D10101 – Nursing Science, Department of General Medical Practice with a course of evidence-based medicine of NJSC "Astana Medical University", nurse of the highest category, excellent student of healthcare in Kazakhstan, University Clinical-Academic Health Center Department of Internal Medicine, KF "UMC", Astana, Republic of Kazakhstan. num: 77056221366, e-mail: aimoldinak@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0003-4617-2799>, Astana, Republic of Kazakhstan.

Nurgaliyeva Nassikhat Kakimzhanovna - PhD, Associate Professor, NCJSC "Astana Medical University", Department of General Medical Practice with a course of evidence-based medicine, num: +77022955081, e-mail: nurgaliyeva.n@amu.kz, <https://orcid.org/0000-0003-2244-1053>, Astana, Republic of Kazakhstan.

Derbissalina Gulmira Ahzmadinovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, NCJSC "Astana Medical University", Head of the Department of General Medical Practice with a course of evidence-based medicine, num: +77013469331, e-mail: derbissalina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3704-5061>, Astana, Republic of Kazakhstan.

Автор-корреспондент:

Аймолдина Куролай Жолдыбаевна, – магистр медицинских наук, докторант 2 года обучения по специальности 8D10101 – Сестринская наука, кафедра общей врачебной практики с курсом доказательной медицины НАО «Медицинский университет Астана», медицинская сестра высшей категории, отличник здравоохранения Казахстана, Университетский центр здоровья клинико-академический департамент внутренней медицины КФ «УМС», г. Астана, Республика Казахстан.

Почтовый адрес: Республика Казахстан, 001000, г. Астана, пр. Абая 47,

Телефон: +77056221366,

e-mail: aimoldinak@mail.ru