Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 11, Issue 1, Spring 2022

Evaluation of Safe Performance of Nurses Using Sherpa Method in Selected Hospitals of Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran in 2019

kalavani Kh[1], Eslami vaghar M[2], Motie M[3*]

1- Ph.D. Candidate Healthcare Management, Student Research Center, Department of Health Management and Policy & Economics, Faculty of Management and Medical Information Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. 2- Associate Professor nursing, Faculty of Nursing, Islamic Azad University of Tehran, Tehran, Iran

3- MSc nursing, Faculty of Nursing, Islamic Azad University of Tehran, Tehran, Iran.

Corresponding Author: MSc nursing, Faculty of Nursing, Islamic Azad University of Tehran, Tehran, Iran
Email: modirqums@gmail.com

Abstract

Introduction: Today, it is important to use methods to identify and reduce them is of crucial importance. The aim of the present study was to determine the safe performance of nurses using the SHERPA technique in the hospitals affiliated with the Islamic Azad University of Medical Sciences in Tehran.

Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted using the SHERPA method in 2019. The study population and samples included the nurses in the internal wards of Bu-Ali and Amir Al-Momenin hospitals. The data were collected through interviews and direct observations. the information obtained was recorded on the SHERPA worksheet and analyzed using the SPSS software.

Results: 59 errors were identified in the drug administration task, most of which associated with functional errors (n=22). Visit (n=16), recovery (n=12), and communication errors (n= 9) accounted for other frequent errors, respectively. Selective errors were the least frequent (n=0). The error risk levels for unacceptable risks, undesirable risks, acceptable risks with the need for revision, and acceptable risks without the need for revision were 38.98%, 37.28%, 6.77%, and 16/94 %, respectively. Finally, reviewing error recovery indicated that 53 errors could not be recovered but 6 ones could.

Conclusions: There is a need to apply a risk prevention method to identify potential risks and monitor errors. Hospital officials should pay special attention to functional and communication errors in hospital occupations.

Keyword: EVALUATION, SAFETY, PERFORMANCE, SHERPA METHOD, DRUG ERROR.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-09]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱

ارزیابی عملکرد ایمن پرستاران با استفاده از روش شرپا در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران سال ۱۳۹۸

خلیل کلوانی[۱]، محمد اسلامی وقار[۲]، مهدیه مطیعی[۳*]

۱- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.
۲- دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران، تهران، ایران.
۳- کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مهدیه مطیعی، کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران، تهران، ایران.
ایمیل: modirqums@gmail.com

چکیده

مقدمه: امروزه استفاده از روش هایی برای شناسایی و کاهش خطاهای انسانی حائز اهمیت است. مطالعه حاضر با هدف بررسی عملکرد ایمن پرستاران با استفاده از تکنیک شرپا در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران انجام شده است.

روش کار: این مطالعه به صورت مقطعی- توصیفی و با استفاده از روش شرپا در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه و نمونه پژوهش شامل پرستاران بخش داخلی دو بیمارستان بوعلی و امیرالمومنین بود. جمع آوری داده ها از دو روش مصاحبه و مشاهده مستقیم انجام شد اطلاعات به دست آمده درکاربرگ شرپا تکمیل و با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.
یافته‌ها: در وظیفه دارودهی داروهای خوراکی، ۵۹ خطا شناسایی شد که خطاهای عملکردی با ۲۲ سپس خطای بازدید ۱۶، بازیابی برابر با ۱۲ و ارتباطی ۹ می باشد. خطای انتخابی کمترین میزان یعنی صفر می باشد. سطح ریسک خطا، برای ریسک های غیر قابل قبول ۳۸/۹۸ ٪ ،ریسک های نامطلوب ۳۷/۲۸ ٪، ریسک های قابل قبول با نیاز به تجدید نظر ۶/۷۷٪ و ریسک های قابل قبول بدون نیاز به تجدید نظر۱۶/۹۴٪ بود. پس ازبررسی بازیابی خطاها مشخص شد که ۵۳ خطا امکان بازیابی ندارند و ۶ خطا بازیابی دارند.

نتیجه‌گیری: به کارگیری از روش پیشگیرانه خطر جهت شناخت خطرات بالقوه و پایش خطاها احساس می شود. مسئولین بیمارستان بایستی توجه ویژه به خطاهای عملکردی و ارتباطی مشاغل در بیمارستان داشته باشند.

کلید واژه ها: ارزیابی، ایمنی، عملکرد، روش شرپا، خطا دارودهی.

مقدمه

خطا را می توان به صورت فعالیت های برنامه ریزی شده که به اهداف دست نمی یابند و این عدم موفقیت را نمی توان تنها به شانس تعریف کرد و این خطا در حوزه ی پزشکی و درمان به این معنا است که هر اقدامی که باعث به خطر انداختن ایمنی بیمار شود و کیفیت خدمات درمانی را کاهش دهد معنا می شود (۱). امروزه خطاهای پزشکی و بالخصوص خطاهای پرستاری به عنوان یک چالش مهم در نظام های سلامت دنیا به خصوص کشورهای در حال توسعه می باشد و به عنوان هشتمین علت مرگ، دردنیا شناخته شده است (۲).

خطای پرستاری به معنی کوتاهی از استانداردهای مراقبتی و پرستاری است و مبنای این استانداردها، شرح وظایف و مسئولیت های مصوب وزارت بهداشت و درمان برای پرستاران می باشد. یکی از مهمترین وظایف پرستاران در بیمارستان ها دارودهی می باشد و به صورت مستقیم عهده دار این

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-09]

مسئولیت مهم در بیمارستان پرستار است و مشخصا در هر وظیفه ای احتمال خطا و بروز اشتباهاتی وجود دارد (۳).
بر اساس تعریف انجمن ملی گزارش و پیشگیری از خطاهای دارویی ، خطای دارویی به هر نوع حادثه قابل پیشگیری که به علت استفاده نامناسب از دارو باشد و یا منجر به صدمه به بیمار شود در حالی که می تواند توسط افراد تیم درمانی و یا بیمار کنترل شود، گفته می شود. خطای دارویی به طور متوسط ۱۹/۱٪ از کل خطاهای پزشکی را تشکیل می دهند (۴) و در یک مطالعه مروری که در ۱۵ کشور خاورمیانه از جمله ایران انجام شده بود، میزان خطاها از ۹/۴ تا ۸۰ درصد برای مرحله دارودهی گزارش شده است (۵). در تعدادی از مطالعات انجام شده در ایران میزان خطاها در مرحله دارودهی ۷۹/۲٪ (۶)، ۷۳/۴۳٪ (۷)، ۹/۸٪ (۸) و ۴۶/۸٪ (۹) گزارش شده است.
برای شناسایی و ارزیابی خطا روش های بسیار زیادی پیشنهاد شده است و در حال حاضر در کشور ما ایران در بیمارستان ها بیشتر از روش هایی بهره می برند که بعد از وقوع خطا عملیاتی می باشد، درحالی که ما نیازمند روشی پیشگیرانه از بروز خطا هستیم (۱۰). که در این بین تکنیک شرپا یکی از بهترین و کارآمدترین روش های جلوگیری از وقوع خطا و به دست آوردن درصدی از ریسک خطا و روش های جلوگیری از بروز خطا می باشد و بسیار مفید در جهت کاهش بروز خطاها است (۱۱). با استفاده از این روش می توان خطاهای انسانی را از لحاظ نوع خطا، پیامدهای احتمالی و راهکارهای کنترل و پیشگیری، در مجموعه زیر وظیفه های تشکیل دهنده هر شغل مورد مطالعه قرار داد و این روش برای طیف وسیعی از مشاغل در سیستم درمان به کار برده شده است (۱۲).
مطالعات مرتبط با شناسایی و ارزیابی خطاهای حیطه پزشکی با استفاده از روش‌های استاندارد و سیستماتیک محدود می‌باشد، بنابراین با توجه به اهمیت موضوع و کم بودن اطلاعات در این زمینه، مطالعه حاضر به منظور بررسی دقیق و نظام –مند جهت شناسایی و ارزیابی نحوه عملکرد پرستاران با استفاده از روش شرپا در زمینه دارودرمانی، داروهای خوراکی در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه آزاد پزشکی تهران که دو بیمارستان امیرالمومنین و بوعلی به صورت منتخب برگزیده شدند، انجام شد.

روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی و توصیفی بر روی ۲۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش داخلی، سوپروایزر آموزشی و کارشناس ایمنی در دو بیمارستان امیرالمومنین و بوعلی وابسته به دانشگاه آزاد پزشکی تهران در سال ۱۳۹۸ انجام گردید. جهت جمع آوری داده ها از روش مصاحبه و مشاهده مستقیم استفاده شد و بر اساس خطاهای اتفاق افتاده، اسناد و گزارش های مکتوب خطای پزشکی بیمارستان و با استفاده از مصاحبه با سوپروایزرهای آموزشی، سرپرستاران و کارشناسان ایمنی بیمارستان ها خواسته شده طبق کاربرگ شرپا مراحل دارودهی، داروهای خوراکی که از طریق استانداردهای وزارت بهداشت، کتابچه ایمنی دارویی، کوریکولوم اجرای دستورات دارویی و گایدلاین مدیریت دارو نظام ملی سلامت شناسایی شده بود، توسط تکنیک آنالیز سلسله مراتبی دسته بندی شد و به مجموعه ای از زیروظایف تقسیم شد و در قالب چارت یا جدول آنالیز سلسله مراتبی ارائه شد. سپس بر اساس نتایج آنالیز سلسله مراتبی، از تکنیک شرپا استفاده شد. سپس بر اساس تکنیک شرپا خطاها شناسایی و وارد کاربرگ شرپا شد و احتمال وقوع خطا، شدت وقوع خطا، امکان بازیابی خطا و دیگر مراحل شرپا وارد کاربرگ شرپا شد و کاربرگ شرپا تکمیل شد.
در قسمت مشاهده پژوهش با استفاده از چک لیست مشاهده خطاهای دارودهی، داروهای خوراکی از استانداردهای وزارت بهداشت، کتابچه ایمنی دارویی، کوریکولوم اجرای دستورات دارویی و گایدلاین مدیریت دارو نظام ملی سلامت ، طراحی شد و روایی محتوایی توسط ۷ نفر از اساتید هیئت علمی دانشگاه آزاد علوم پزشکی تهران و ۳ نفر از سوپروایزرها و سرپرستاران بخش داخلی بیمارستان های بوعلی و امیرالمومنین مورد تایید قرار گرفت و جهت پایایی چک لیست از روش ضریب توافق کاپا، استفاده شد و چک لیست مشاهده به دو نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان داده شد که در مجموع ۱۰ مورد از فرآیند دارودهی، داروهای خوراکی را مشاهده کرده و چک لیست را تکمیل کردند و از ۲۹ ریز وظیفه دارودهی، داروهای خوراکی در قسمت شناسایی نوع خطا ۲۳ خطا توافق عالی (value>۰/۸)، ۴ خطا توافق خوب (۰/۶ <value<۰/۸)، ۲ خطا توافق متوسط (۰/۴<value<۰/۶) داشت و پایایی چک لیست مشاهده تایید گردید.
در قسمت مشاهده این پژوهش از روش نمونه گیری تصادفی تدریجی استفاده شد و پژوهشگر پنج روز در هفته به صورت

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-09]

شیفت صبح و عصر در محیط پژوهش حاضر شده و فرآیند دارودهی، داروهای خوراکی توسط پرستاران از ابتدای فرآیند تا به انتها طبق چک لیست مشاهده ای داروهای خوراکی مورد مشاهده قرار گرفته است. این روش تا کامل شدن حجم نمونه ادامه یافت و لازم به ذکر است پرستارانی که هنگام مشاهده پژوهشگر علی رغم داشتن رضایت قبلی، ابراز مخالفت به ادامه مشاهده پژوهشگر می نمودند از مطالعه کنار گذاشته شدند.

جهت انجام و اجرای تکنیکی شرپا چندین مرحله وجود دارد که با انجام آن‌ها این تکنیک اجرا می شود (۱۳): در مطالعه حاضر هم، گام اول طبقه بندی وظایف پرستاری در زمینه دارودهی، گام دوم شناسایی خطاهای انسانی (توصیف خطا) در پرستاران که شامل خطاهای عملکردی (A1-A10)، خطای بازدید (C1-C6)، خطای بازیابی (R1-R3)، خطای ارتباطاتی (I1-I3) و خطای انتخاب (S1-S2)، گام سوم تحلیل نتایج (پیامد) ناشی از خطاهای دارودهی در پرستاران، گام چهارم بازیابی بالقوه خطاهای شناسایی شده پرستاران در زمینه دارودهی، گام پنجم آنالیز احتمال خطاهای دارودهی پرستاران و گام ششم آنالیز بحرانی (تعیین شدت) وظیفه دارودهی و در نهایت ارائه راهکارهای کنترلی می باشد.

پس از شناسایی خطاهای دارودهی، داروهای خوراکی در فاز سوم ریسک خطاهای شناسایی شده دارودهی تعیین شد. در این مرحله بعد از تعیین میزان وقوع و شدت خطای شناسایی شده، نمره سطح خطاهای هریک از خطای شناسایی شده محاسبه شد. جهت انجام این مرحله از استاندارد MIL-STD-882d استفاده شد. این استاندارد در سال ۱۹۸۴ برای کاربرد در صنایع نظامی آمریکا مطرح شده که در آن دسته بندی خطرات از نظر شدت به چهار دسته فاجعه بار (۱)، بحرانی (۲)، مرزی (۳) و جزیی (۴) و تقسیم بندی خطرات از نظر احتمال خطر به پنج دسته مکرر(A)، محتمل (B)،گاه به گاه (C)، خیلی کم (D) و غیر محتمل (E) طبقه بندی شده بود و سطح ریسک هم به ۴ دسته غیر قابل قبول (1A,1B,1C, 2A, 2B, 3A)، نامطلوب (1D, 2C, 2D, 3B,3C)، قابل قبول با نیاز به تجدید نظر (1E, 2E, 3D, 3E,4A, 4B) و قابل قبول بدون نیاز به تجدید نظر (4C, 4D,4E) تقسیم بندی می شود (۱۳) (جدول ۱).

جدول ۱: ماتریس ارزیابی سطح ریسک

احتمال وقوع	شدت خطر	فاجعه بار (۱)	بحرانی (۲)	مرزی (۳)	جزئی (۴)
مکرر (A)		1A	2A	3A	4A
محتمل (B)		1B	2B	3B	4B
گاه به گاه (C)		1C	2C	3C	4C
خیلی کم (D)		1D	2D	3D	4D
غیرمحتمل (E)		1E	2E	3E	4E

از ۲۹ ریز وظایف دارودهی، داروهای خوراکی شناسایی شده ۱۵ ریز وظیفه عملکردی، ۷ ریز وظیفه بازدیدی، ۴ ریز وظیفه بازیابی و ۳ ریز وظیفه ارتباطی می باشند (جدول ۲). بازیابی خطاها نیز بررسی شد و بدین ترتیب خطاهای بالقوه، در دو گروه بازیابی دارد و ندارد دسته بندی شدند تا بتوان خطاها را از لحاظ این که اگر اتفاق بیافتد، می توان جلوی پیامد آن را گرفت یا نه تقسیم بندی کرد. در نهایت برای بررسی و تعیین ارتباط بین وظایف و نوع خطاها از آزمون‌های آماری توصیفی با استفاده از نرم‌افزار SPSS24 استفاده شد.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-09]

جدول۲: نحوه تقسیم بندی نوع وظیفه پرستاران در زیر وظایف دارودهی، داروهای خوراکی

نوع وظیفه	ریز وظایف
عملکردی	- وسایل لازم (سینی، ترالی دارو) را تمیز و آماده می نماید. - سینی و ترالی آماده شده را در جای مناسبی نزدیک قفسه دارو قرار می دهد. - قبل از دادن دارو بهداشت دست را رعایت می کند. - داروی مورد نظررا بر اساس کاردکس/ کارت دارویی بیمار از قفسه دارویی پیدا می کند. - سینی یا ترالی دارو را به همراه وسایل مورد نیاز بر بالین بیمار می برد. - در صورت هوشیار بودن بیمار نام وی سوال می شود. - در صورت امکان بیمار را در وضعیت نشسته یا به پهلو خوابیده قرار می دهد. - به بیمار در خوردن دارو کمک می کند. - نزد بیمار میماند تا بیمار دارو را بخورد. - ظرف دارویی استفاده شده را در جای مناسب قرار می دهد. - وسایل لازم را به قفسه مربوطه بر می گرداند. - توجه لازم در چیدن داروها به عمل میآورد (مرتب چیدن در جای مناسب، رعایت اصول استریل). - درب قفسه دارویی را می بندد. - بعد از اتمام دارو دادن بهداشت دست را رعایت می کند. - کاردکس/ کارت دارویی را در جای مناسب قرار می دهد.
بازدیدی	- کارت دارویی را با کاردکس کنترل می کند. - داروی مورد نظر را از نظر نام دارو و تاریخ مصرف چک می کند. - کاردکس/ کارت دارویی را با مچ بند شناسایی بیمار کنترل می کند. - بیمار را از نظر حساسیت دارویی کنترل می نماید. - شرایط بیمار را از نظر برخی علائم مرتبط با نوع دارو کنترل می کند. - در صورت نیاز به بررسی علائم خاص قبل از تجویز دارو، علائم خاص را کنترل می کند. - پس از پایان دارو دادن در صورت لزوم ارزشیابی لازم از نظر حساسیت و عوارض انجام می دهد.
بازیابی	- در صورت اجتناب بیمار از خوردن دارو مورد را در پرونده بیمار ثبت می کند. - موارد لازم را در پرونده ثبت می نماید. - در صورتی که بیمار از داروی مصرفی شکایت دارد، مورد را در پرونده بیمار ثبت می کند. - ثبت موارد لازم در پرونده بیمار (زمان، تاریخ، نام دارو، میزان دارو، شکل استفاده و عوارض موجود)
ارتباطی	- آموزش لازم (هدف از مصرف دارو، اثرات مورد انتظار دارو و ...) را به بیمار می دهد. - در صورت اجتناب بیمار از خوردن دارو مورد را گزارش می کند. - در صورتی که بیمار از داروی مصرفی شکایت دارد، مورد را گزارش می کند.

یافته ها

در مجموع ۵۹ نوع خطاهای وظایف کاری دارودهی، داروهای خوراکی شناسایی شد و بیشترین برای خطای عملکردی با ۳۷/۲۸ ٪، سپس خطای بازدید ۲۷/۱۱٪، بازیابی ۲۰/۳۳٪ و ارتباطی ۱۵/۲۵ ٪ می باشد. خطای انتخابی (صفر درصد) برای وظیفه دارودهی در تمام بخش ها کمترین میزان را دارا می باشد (جدول ۳).

جدول۳: فراوانی و درصد انواع خطاهای وظایف کاری دارودهی، داروهای خوراکی

نوع خطا	شناسه خطا	فراوانی	درصد	فراوانی کل (درصد)
عملکردی	A1	۰	۰	۲۲ (۳۷/۲۸)
	A2	۰	۰	
	A3	۲	۳/۳۸	
	A4	۰	۰	
	A5	۰	۰	
	A6	۱	۱/۶۹	
	A7	۰	۰	
	A8	۱۴	۲۳/۷۲	
	A9	۴	۶/۷۷	
	A10	۱	۱/۶۹	

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-09]

بازدید	C1	۷	۱۱/۸۶	۱۶ (۲۷/۱۱)
	C2	۷	۱۱/۸۶	
	C3	۰	۰	
	C4	۱	۱/۶۹	
	C5	۱	۱/۶۹	
	C6	۰	۰	
بازیابی	R1	۴	۶/۷۷	۱۲ (۲۰/۳۳)
	R2	۴	۶/۷۷	
	R3	۴	۶/۷۷	
ارتباطی	I1	۳	۵/۰۸	۹ (۱۵/۲۵)
	I2	۳	۵/۰۸	
	I3	۳	۵/۰۸	
انتخابی	S1	۰	۰	۰ (۰)
	S2	۰	۰	

نتایج مطالعه حاضر در تعیین سطح خطر در هر یک از خطای شناسایی شده بر اساس استاندارد MIL-STD-882d نشان داد بیشترین خطاها در سطح ریسک غیرقابل قبول (۳۸/۹۸ درصد) قرار دارند و دو نوع خطای بازدیدی و بازیابی بالاترین تعداد را در سطح خطر غیرقابل قبول داشته اند (۹ مورد) سطح ریسک خطا، برای ریسک های نامطلوب ۳۷/۲۸ ٪، ریسک های قابل قبول بدون نیاز به تجدید نظر۱۶/۹۴٪ و کمترین سطح ریسک شناسایی شده مربوط به سطح خطر قابل قبول با نیاز به تجدید نظر (۶/۷۷ درصد) بوده است (جدول۴).

جدول۴: ماتریس ارزیابی خطر دارودهی، داروهای خوراکی به تفکیک خطا

سطح خطر	انواع خطا					فراوانی (درصد)
	عملکردی	بازدیدی	بازیابی	ارتباطی	انتخابی	
غیر قابل قبول	۲	۹	۹	۳	۰	۲۳ (۳۸/۹۸)
نامطلوب	۱۱	۵	۰	۶	۰	۲۲ (۳۷/۲۸)
قابل قبول با نیاز به تجدید نظر	۱	۰	۳	۰	۰	۴ (۶/۷۷)
قابل قبول بدون نیاز به تجدید نظر	۸	۲	۰	۰	۰	۱۰ (۱۶/۹۴)
جمع	۲۲	۱۶	۱۲	۹	۰	۵۹ (۱۰۰)

بر اساس نتایج نشان داده شده در (جدول ۵)، از تعداد ۵۹ خطای شناسایی شده، ۵۳ خطا قابلیت بازیابی نداشتند و به عبارتی اگر اتفاق بیافتند، نمی توان جلوی پیامد آنها را گرفت و ۶ خطا قابلیت بازیابی داشتند (جدول ۵).

جدول۵: بازیابی خطاهای دارودهی، داروهای خوراکی به تفکیک خطا

بازیابی	خطای عملکردی	خطای بازدید	خطای بازیابی	خطای ارتباطی	خطای انتخاب	جمع
دارد	۶	۰	۰	۰	۰	۶
ندارد	۱۶	۱۶	۱۲	۹	۰	۵۳
جمع						۵۹

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-09]

بحث

با توجه به استانداردهای اعتباربخشی ملی که توجه فراوانی به موضوع ایمنی بیمار و خطای انسانی شده است و این امر علاوه بر اینکه در سنجه های خاصی با عنوان مدیریت خطا گنجانده شده، در سایر سنجه ها و استانداردهای دیگر کاملا مشهود و قابل مشاهده است به طوری که ایمنی بیمار را روح اعتباربخشی ملی دانسته اند. مضاف بر این، نمره اختصاصی ایمنی به صورت کلی برای بیمارستان ها نیز در نظر می گیرند لذا نیاز به انجام مطالعات در زمینه ایمنی بیمار و خطاهای بیمارستانی احساس می شود. در مطالعه قیاسی و همکاران (۱۴) روش گردآوری داده را فقط به صورت مصاحبه انجام داده است. در مطالعه جعفروند روش گردآوری داده فقط به صورت مشاهده انجام شده است اما در مطالعه حاضر روش گردآوری داده به دو صورت مصاحبه طبق کاربرگ شرپا و مشاهده مستقیم با چک لیست مشاهده بوده است که می تواند اطمینان از داده های کسب شده را بیشتر نماید.

در مطالعه حاضر در مجموع ۵۹ خطا شناسایی شد و بیشترین و عمده ترین خطاهای شناسایی شده در وظایف مورد مطالعه مربوط به خطاهای عملکردی بود که با تحقیق انجام شده توسط مطالعه خندان و همکارانش (۱۱) با عنوان تکنیک شرپا به عنوان رویکردی در جهت مدیریت خطاهای مراقبت های سلامت و ارتقای ایمنی بیمار، جعفروند و همکارانش (۱۵) و تحقیق انجام شده توسط قاسمی و همکاران (۱۶) در شرکت متانول زاگرس، مطالعه محمدفام و همکاران در ارزیابی خطاهای انسانی در جراحی کاتارکت (۱۷) و مطالعه کرمانی و همکاران در پزشکان اورژانس بیمارستان سمنان (۱۸) و همچنین با مطالعه دستاران و همکاران در دستیاران تخصصی بخش اندودونتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان (۱۹) مطابقت دارد و در تمامی این مطالعات خطای عملکردی فراوانی بیشتری نسبت به سایر خطاها داشته است.

خطاهای بازدید و ارتباطی بعد از خطاهای عملکردی، سهم زیادی را داشت که با مطالعات فوق مطابقت دارد که به علت ماهیت شغل پرستاری است و اهمیت دقت و توجه پرستاران و حساس و مهم بودن این شغل و نیز ارتباط درون/ برون بخشی این واحد با سایر بخش ها/ واحدها و تعامل با بیمار را نشان می دهد. با توجه به این نتایج خطاهای عملکردی باید در اولویت کنترل و کاهش خطاها باشند، و این موضوع از طریق تهیه دستورالعمل ها و دوره های آموزشی، نظارت دقیق بر سرپرستان و بررسی های مکرر، ثبت خطاها و افشای آن امکان پذیر است (۲۰).

در سطح ریسک خطر در ماتریس ارزیابی، ۲۳ خطا از خطاهای شناسایی شده در طبقه غیر قابل قبول می باشند که سطح ریسک خطاهای غیر قابل قبول بیشتر است. به طور کلی سطح ریسک کلی خطاهای دارودهی، داروهای خوراکی برای ریسک های غیرقابل قبول ۳۸/۹۸ ٪، ریسک های نامطلوب ۳۷/۲۸ ٪، ریسک های قابل قبول با نیاز به تجدید نظر ۶/۷۷ ٪ و ریسک های قابل قبول بدون نیاز به تجدید نظر ۱۶/۹۴ ٪ بود که نتایج با مطالعه دستاران و کرمانی مطابقت دارد (۱۸, ۱۹). همچنین ۵۳ خطا را خطاهای فاقد بازیابی تشکیل می دهد و با مطالعات جعفروند، قیاسی و کرمانی مطابقت دارد (۱۴, ۱۵, ۱۸).

از محدودیت های این مطالعه اطمینان از درستی پاسخ به سوالات و صداقت مصاحبه شوندگان می باشد که این موضوع خارج از کنترل پژوهشگر می باشد. در صورت بروز مشکلی در فضای تیم بهداشتی که مشاهده را ناممکن می ساخت و یا ادامه آن را به سختی مواجه می کرد، پژوهشگر ادامه بررسی را به موقعیت دیگری موکول می نمود. از آن جا که حضور پژوهشگر در محیط پژوهش می توانست روی عملکرد دارودهی پرستاران تاثیر بگذارد، محقق حین گرفتن رضایت، به پرستاران توضیح دادند که پژوهش در راستای یافتن اطلاعاتی در خصوص فرآیند دارودهی بوده و هیچ گونه اطلاعات هویتی آنها در جایی ثبت و یا بازگو نخواهد شد.

نتیجه گیری

به کارگیری روش پیشگیرانه جهت شناخت خطرات بالقوه و پایش خطاها احساس می شود. مسئولین بیمارستان بایستی توجه ویژه به خطاهای عملکردی و ارتباطی مشاغل در بیمارستان داشته باشند. در این خصوص با تدوین برنامه منسجم در راستای استقرار استانداردهای ملی اعتباربخشی در حیطه مدیریت خطا، گامی در جهت شناسایی و کنترل عوامل مستعد کننده بروز خطاهای انسانی در بیمارستان بردارند.

سپاسگزاری

این پژوهش حاصل کار پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-09]

پرستاری گرایش داخلی و جراحی از دانشکده پرستاری و مامایی می باشد و در کمیته اخلاق در پژوهش با شناسه IR.IAU.TMU.REC.1397.237 مرکز پژوهش دانشگاه آزاد پزشکی تهران به تصویب رسیده است. پژوهشگران از معاونت پژوهشی، اساتید، مسئولین و پرستاران بیمارستان بوعلی و امیرالمومنین که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند تشکر می نمایند.

References

1. Taib IA, McIntosh AS, Caponecchia C, Baysari MT. A review of medical error taxonomies: A human factors perspective. Safety Science. 2011;49(5):607-15.
2. Mahmoodabadi HB, Setareh M, Nejadnick M, Niknamian M, Ayoobian A. The frequency and reasons of medical errors in cases referred to Isfahan Legal Medicine Center. Director General. 2012;9(1):109.
3. McSherry R, Pearce P. Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals: John Wiley & Sons; 2011.
4. MERP N. About Medication Errors: What is a Medication Error? : National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention; 2020. Available from: http://www.nccmerp.org/.
5. Alsulami Z, Conroy S, Choonara I. Medication errors in the Middle East countries: a systematic review of the literature. European journal of clinical pharmacology. 2013;69(4):995-1008.
6. Mirzaei M, Khatony A, Faramani RS, Sepahvand E. Prevalence, Types of Medication errors and Barriers to Reporting Errors by Nurses in an Educational Hospital in Kermanshah. Hayat. 2013;19(3).
7. Cheraghi MA, Nikbakhat Nasabadi AR, Mohammad Nejad E, Salari A, Ehsani Kouhi Kheyli SR. Medication errors among nurses in intensive care units (ICU). Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2012;21(1):115-9.
8. Vazin A, Delfani S. Medication errors in an internal intensive care unit of a large teaching hospital: a direct observation study. Acta Medica Iranica. 2012:425-32.
9. Ehsani SR, Cheraghi MA, Nejati A, Salari A, Esmaeilpoor AH, Nejad EM. Medication errors of nurses in the emergency department. Journal of medical ethics and history of medicine. 2013;6.
10. Tanha F, Mazloumi A, Faraji V, Kazemi Z, Shoghi M. Evaluation of human errors using standardized plant analysis risk human reliability analysis technique among delivery emergency nurses in a hospital affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Journal of Hospital. 2015;14(3):57-66.
11. Khandan M, Yusefi S, Sahranavard R, Koohpaei A. SHERPA technique as an approach to healthcare error management and patient safety improvement: A case study among nurses. Health Scope. 2017;6(2).
12. Embrey D, editor Application of SHERPA to Predict and Prevent Use Error in Medical Devices. Proceedings of the International Symposium on Human Factors and Ergonomics in Health Care; 2014: SAGE Publications Sage India: New Delhi, India.
13. Jafari M, Haji Hoseini A, Halvani GH, Mehrabi Y, Ghasemi M. Prediction and Analysis of Human Errors in Operators of Control Rooms at 400 kV Posts and the Effectiveness of the Proposed Measures. Iran Occupational Health. 2012;9(3).
14. Ghiyasi S, Heidari M, Hoda A, Azimi L. Human error risk assessment of clinical care in emergency department with SHERPA approach and nurses safety climate analysis. Iran Occupational Health. 2018;15(3):129-40.
15. Jafarvand M, Khoshnvaz H, Kazemi S, Varmazyar S, Ghorbanideh M. Identification and Assessment of Human Errors Using SHERPA in the Endodontic Department of Clinic of Dentistry Faculty, Qazvin University of Medical Sciences. Journal of Health Based Research. 2017;3(3):267-76.
16. Ghasemi M, Khoshakhlagh AH, Mahmudi S, Fesharaki MG. Identification and assessment of medical errors in the triage area of an educational hospital using the SHERPA technique in Iran. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics. 2015;21(3):382-90.
17. Mohammadfam I, Saeidi C. Evaluating human errors in cataract surgery using the SHERPA technique. 2015.
18. Kermani A, Mazloumi A, Kazemi Z. Using SHERPA technique to analyze errors of health care staff working in emergency ward of Amiralmomenin hospital, Semnan. Iran Occupational Health. 2015:13-23.
19. Dastaran S, Hasheinejhad N, Shahravan A, Baneshi M, Faghihi A. Identification and assessment of human errors in postgraduate endodontic students of kerman university of medical sciences by using the SHERPA method. Journal of Occupational Hygiene Engineering. 2016;2(4):44-51.
20. Mostafa MA, Iraj M, Ali Reza S, Mehran G, Mahnoush K. Identification, assessment and control of errors in chemotherapy process: A Case Study among physician and nurse. International Journal of Occupational Hygiene. 2017;9(4).

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-09]