

تصویر سلامت

دوره ۵ شماره ۱ سال ۱۳۹۳ صفحه ۴۶ - ۴۰

شناسایی خطاهای دارویی با تلفظ، نوشتار و بسته بندی مشابه
در بیمارستان شهید مدنی تبریز در سال ۱۳۹۲جعفر صادق تبریزی^۱، گیسو علیزاده بی پناه^{۲*}، مینا گلستانی^۳، لیلا کاظمی^۴

چکیده

زمینه و اهداف: شواهد نشان می دهد خطاهای دارویی یکی از شایعترین انواع خطاهای پزشکی بوده و بیش از پنجاه درصد آنها قابل پیشگیری هستند. از آنجایی که بخش قابل توجهی از خطاهای فوق به مشابهت بین داروها مربوط می شوند، لذا مطالعه فوق با هدف تعیین اسامی داروهای با تلفظ، نوشتار و بسته بندی مشابه طراحی و اجرا گردید.

مواد و روشها: مطالعه از نوع مطالعات کیفی بوده و با رویکرد پدیدارشناسی انجام گرفت. شرکت کنندگان در مطالعه به روش مبتنی بر هدف انتخاب شده و داده ها به روش مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته و به کمک راهنمای از قبل طراحی شده جمع آوری گردید. برای تحلیل داده ها از روش تحلیل محتوا استفاده گردید.

یافته‌ها: تم‌های اصلی یافته های مطالعه شامل دقت در زمان مصرف دارو، نحوه ثبت و نظارت داروهای مصرف شده، نحوه نگهداری، گزارش و اطلاع رسانی داروهای متشابه، دستور شفاهی یا تلفنی، لیست داروهای با نوشتار، تلفظ و بسته بندی متشابه و پیشنهادات مشارکت کنندگان می باشد. در مورد جفت داروهای هپارین-آتروپین بیشترین خطا در بسته بندی، در مورد جفت داروهای دوپامین-دوبوتامین بیشترین خطای دارویی مربوط به تلفظ و در خصوص جفت داروهای آتروپین و آتروستاتین بیشترین خطاهای دارویی مربوط به نوشتار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته های مطالعه حاکی از آن است که سیستم تشخیصی برای ثبت، نظارت و نگهداری داروهای متشابه وجود ندارد. لذا مشخص شدن لیست داروهای با تلفظ، نوشتار و بسته بندی متشابه فرصتی است تا با انجام مداخلات مناسب نسبت به کاهش این نوع از خطاها اقدام گردد.

کلیدواژه‌ها: خطاهای دارویی، پرستار، بیمارستان

۱. دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مدیر مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی
 ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی (Email: gisoo_alizadeh@yahoo.com)
 ۳. دانشجوی دکترای اقتصاد دارو
 ۴. مسول ایمنی بیمارستان شهید مدنی تبریز

مقدمه

نه تنها هر انسانی ممکن است مرتکب خطا و اشتباه شود، بلکه هریک از کارکنان تیم های مراقبت های بهداشتی و درمانی بدون در نظر گرفتن میزان مهارت، تعهد و دقت آنها در انجام وظایف حرفه ای، ممکن است دچار اشتباه شوند. علی رغم تنوع قابل توجه در خطاهای پزشکی، خطاهای دارویی از شایع ترین خطاها در سیستم ارایه خدمات سلامت محسوب می شود. این خطاها مختص حرفه خاصی نبوده و پزشکان، داروسازان و پرستاران هر یک به نوعی امکان ارتکاب چنین خطاهایی را دارند (۱). خطاهای دارویی در زمره ی یکی از پنج خطای پزشکی طبقه بندی شده توسط مؤسسه ی پزشکی آمریکا می باشند. همچنین اشتباهات دارویی به عنوان حادثه قابل پیشگیری و ناشی از استفاده نامناسب از دارو یا آسیب و صدمه به بیمار به دلیل استفاده از دارو تعریف شده است. گزارش دهی خطاهای دارویی با توجه به اصل سود دهی به بیمار به معنای یک وظیفه ی اخلاقی برای به حداکثر رساندن منافع در مراقبت از بیمار می تواند باعث بهبودی ایمنی و سلامت بیماران شود (۲و۳).

فیلیپس در مطالعه اش عمده ترین خطاهای دارویی را که موجب مرگ شده اند به ترتیب اشتباه در تجویز (۴۱ درصد)، تجویز داروی اشتباه (۱۶ درصد) و استفاده از دارویی غیرصحیح (۹.۵ درصد) بیان نموده است (۳). همچنین نتایج پژوهش Camilla نشان داد که دوز اشتباه (۳۱ درصد)، داروی اشتباه (۲۱ درصد) و فراموش کردن تجویز دارو (۱۷ درصد)، شایع ترین انواع اشتباهات در پرستاران بوده است (۱۱). در تحقیقی در بیمارستان روانی در دانمارک به ترتیب مقدار اشتباه دارو (۲۱ درصد)، داروی اشتباه (۲۱ درصد) و فراموش کردن تجویز دارو (۱۷ درصد) جزو شایع ترین نوع اشتباهات دارویی بودند (۱۰). شایع ترین علل اشتباهات دارویی، اشتباه وارد کردن دارو در کاردکس دارویی و عدم توجه به دوز دارو در کاردکس یا پرونده گزارش شده است (۱). همچنین شایع ترین نوع اشتباهات دارویی گزارش شده شامل مقدار دارو، داروی اشتباه و سرعت انفوزیون می باشد (۱). از این نظر که احتمال بروز اشتباه دارویی در مورد چه داروهایی بیشتر است، طبق مطالعه قاسمی و همکارانش در خرم آباد، ۸۷.۲ درصد داروهای با شکل ظاهری و برچسب مشابه، ۷۳.۳ درصد داروهایی که نیاز به محاسبه دارند، ۵۴.۷ درصد الکترولیت ها، ۲۰.۹ درصد داروهای تزریقی، ۲۰.۹ درصد داروهای روتین هر بخش، ۱۹.۸ درصد آنتی بیوتیک ها و ۱۸.۶ درصد داروهای نادر که کمتر استفاده می شوند را گزارش کردند (۴).

مطالعات نشان دهنده ی آن است که برخلاف فواید بی شمار و پایه های اخلاقی در آشکارسازی و گزارش خطا، پرستاران ممکن است به منظور محافظت خود از مجازات و

قوانین مدیریتی نسبت به آشکارسازی خطا برای بیمار شک و تردید داشته و تأمل کنند (۵). مطالعه قاسمی و همکارانش در خرم آباد نشان می دهد، ۷۱ درصد معتقد بودند گزارش اشتباه دارویی باید داوطلبانه باشد و ۲۹ درصد معتقد بودند در کنار گزارش داوطلبانه باید سیستم های کنترل و نظارت نیز در کشف و گزارش اشتباهات دارویی فعال باشند. ۵۱ درصد معتقد بودند گزارش داوطلبانه اشتباه دارویی باید به صورت آشکار، ۳۷ درصد به صورت مخفی و ۱۱.۶ درصد به دو شکل باشد (۴). همچنین ترس از توبیخ و تنبیه (۸۸.۴ درصد)، مهم نبودن اشتباه دارویی (۵۷ درصد) و عدم برخورد حمایتی مسئولان پرستاری (۵۰ درصد) مهمترین علل گزارش اشتباهات دارویی عنوان شدند (۴). حدود ۴۲ درصد معتقد بودند اشتباه دارویی باید به پزشک معالج، ۳۵ درصد به مسئول شیفت، ۲۱ درصد به مترون و ۲.۳ درصد به سوپروایزر و پزشک اورژانس گزارش شود. افزایش نیرو متناسب با تعداد بیماران (۹۸.۸ درصد)، آموزش پرسنل (۹۶.۵ درصد) و اطلاع رسانی در مورد داروهای جدید (۶۹.۸ درصد) مهمترین روش های پیشگیری از بروز اشتباهات دارویی گزارش شدند (۴). در کشورهای جهان سوم و در حال توسعه به دلیل نبود سیستم ثبت و گزارش دهی صحیح و کمبود مطالعات تحقیقی در این زمینه برآورد آمار دقیق از میزان بروز آن مشکل است؛ اما حدس های کارشناسان بیان کننده ی آن است که میزان بروز این خطاها زیاد بوده و افزایش پرونده های ارجاعی شکایت مردم از پزشکان و پرستاران به سازمان نظام پزشکی و دادگاه نیز می تواند گواهی بر این حدس باشند (۶). بر اساس آمار موجود خطاهای دارویی شایع ترین نوع خطاهای پزشکی در کشورمان محسوب می شوند (۷). لذا اعتقاد به اهمیت توجهات دارویی و مشکلات مربوط به دادن دارو به بیماران بستری و وجود داروهای با اسم، نوشتار و بسته بندی مشابه ما را بر آن داشت که این پژوهش را با هدف بررسی خطاهای دارویی مرتبط با تلفظ، نوشتار و بسته بندی مشابه در بیمارستان شهیدمدنی تبریز در سال ۱۳۹۲ طراحی و اجرا نماییم.

مواد و روشها

این مطالعه یک پژوهش کیفی با رویکرد پدیدار شناسی توصیفی (Phenomenology) می باشد که در بیمارستان شهید مدنی انجام گرفت. رویکرد پدیدارشناسی، شرح تجارب افراد همانطور که آن را تجربه کرده اند و هدف اصلی یک روش تحقیق توصیفی پدیدار شناسی، خلق یک توصیف جامع از یک پدیده تجربه شده روزانه برای دستیابی به درک ساختار ذاتی آن است (۱۲). به این منظور برای توصیف بهتر تجربه های پرستاران بخش های بستری از خطاهای دارویی با

را دارند. آن‌ها علت این دقت خود را "تشابه به علت شکل و رنگ" و "تجربه کردیم وضعیت بیمار در صورت تجویز اشتباهی"، "فوت و شوک بیمار رو دیدیم" اشاره کردند. پرستاران در مورد نحوه نظارت و کنترل داروها به منظور کاهش بروز خطا اشاره کردند "با همکاری چک می‌کنم"، نام دارو رو با نام بیمار بررسی می‌کنم"، "برای اطمینان نام بیمار رو می‌پرسم"، "موقع برداشتن داروها - کشیدن در سرنگ - گذاشت در کاپ قبل از تزریق - دادن دارو به بیمار". با توجه به اهمیت توجه و دقت به داروهای مشابه به مواردی از جمله: "روی جعبه علامت دقت بیشتر نصب شده است"، "چیدن قفسه‌ها به صورت ماریچی"، علامت گذاری شده با ماژیک قرمز و در گنججه جداگانه" در مصاحبه اشاره می‌کردند. "روی استوک دارو‌ها برگه‌هایی از نام دارو‌ها نصب می‌شود"، "اطلاع به سرپرستار و در بخش به همکاران"، "روی کمد دارویی با ستاره مشخص می‌کنیم تا همکاران دیگر ...". افراد شرکت کننده در مطالعه با این روش‌ها سعی در اطلاع رسانی موارد خطا در بخش به همکاران داشتند تا از بروز دوباره آن جلوگیری کنند.

در مورد درون مایه دقت در دادن داروها به اعتقاد پرستاران شرکت کننده در مطالعه، بیشترین دقت در دادن دارو به گروه داروهای قلبی اعمال می‌شده است. علاوه بر این، شرکت کنندگان در مطالعه به مواردی از قبیل چک کردن توسط دو پرستار، نبود سیستم مشخص برای گزارش و اطلاع رسانی خطاها اشاره داشته‌اند. از دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه در مورد جفت داروهای هپارین-آتروپین بیشترین خطا در بسته بندی، در مورد جفت داروهای دوپامین-دوبوتامین بیشترین خطای دارویی مربوط به تلفظ و داروهای آتروپین-آترواستاتین؛ بیشترین خطای دارویی مربوط به نوشتار بوده است. اسامی داروهای با نام، نوشتار و بسته بندی مشابه استخراج و در قالب جداول ۲، ۳ و ۴ خلاصه گردیده است.

نوشتار، تلفظ و بسته بندی مشابه مطالعه مذکور انجام پذیرفت. جامعه پژوهش شامل پرستاران بخش‌های بستری بیمارستان شهید مدنی تبریز بود. برای جمع آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته با راهنمای از قبل طراحی شده توسط محقق استفاده شده است. در این مطالعه ۹۹ پرستار از بخش‌های بستری شرکت داشتند. راهنمای مصاحبه شامل ۵ بخش و ۲۳ سوال باز می‌باشد که به ترتیب شامل: مشخصات کلی، آشنایی با نحوه تجویز دارو در بخش‌های بستری بیمارستان، داروهای با شکل مشابه، داروهای با تلفظ مشابه و داروهای با نوشتار مشابه بود. همچنین قبل از انجام مصاحبه، درباره هدف و موضوع مورد نظر توضیح مختصری به شرکت کنندگان داده شده و در مورد ضبط صدای شرکت کنندگان در طول مصاحبه از تک‌تک آنها اجازه شفاهی کسب شد و یادآوری می‌شد که در هر مرحله از مصاحبه حق انصراف را دارند.

در طول مطالعه، تجزیه و تحلیل داده‌ها، بلافاصله بعد از اتمام مصاحبه و پیاده سازی آن شروع می‌شد و تا رسیدن به اشباع داده‌ها مصاحبه‌ها ادامه یافت، به منظور افزایش قوام و درستی داده‌ها (Authenticity & Rigour) از روش بازبینی توسط شرکت کنندگان (Respondent Validity) استفاده گردید که باعث افزایش روایی داخلی (Internal Validity) مطالعه می‌گردد. در این روش مصاحبه‌های انجام گرفته با مشارکت مصاحبه‌شونده بازبینی شده و بعد از تأیید و اضافه یا اصلاح کردن مطالب لازم توسط مشارکت کنندگان مصاحبه به اتمام می‌رسید. برای تحلیل داده‌های جمع آوری شده از روش تحلیل محتوا (Content Analysis) که روشی برای تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی است استفاده گردید، داده‌های جمع آوری شده به صورت دستی تحلیل گردید.

یافته‌ها

پرستاران در مورد داروهای قلبی، مخدرها، کاهنده فشارخون و داروهای مشابه در زمان مصرف، دقت بیشتری

جدول ۱. تم‌های اصلی و فرعی استخراج شده از مصاحبه با پرستاران بخش‌های بالینی

درون مایه اصلی	درون مایه های فرعی
نحوه نظارت بر مصرف دارو توسط پرستار	<ul style="list-style-type: none"> کنترل در ۳ مرحله (گرفتن دارو از انبار دارویی - چیدن دارو در داخل سینی - موقع دادن دارو به بیمار) کنترل توسط دو پرستار کنترل دارو قبل و حین مصرف با ۵ قانون کلی دوز صحیح، بیمار صحیح، زمان صحیح، راه صحیح و داروی صحیح
نحوه ثبت داروهای مصرف شده توسط پرستار	<ul style="list-style-type: none"> ثبت در کامپیوتر ثبت صحیح در کاردکس بیمار ثبت داروهای تجویزی در یادداشت پرستاری شامل ثبت نحوه ی دادن داروها، محل تزریق، علایم حین تزریق یا حساسیت داروها و زمان داروها)
نحوه نگهداری داروهای مشابه	<ul style="list-style-type: none"> نگهداری در مکان‌های دور از هم مشخص کردن با علامت ستاره علامت گذاری با ماژیک قرمز و قرار دادن در گنججه جداگانه قرار دادن در مکان‌های مختلف و با برچسب‌های متفاوت، بزرگ و خوانا

ادامه جدول ۱:

• به حداقل رساندن احتمال دستور تلفنی (اگر باشد باید بلافاصله به دستور کتبی تبدیل گردیده و مهر و امضا گردد).	دستور شفاهی و تلفنی
• توسط پرستار دوم شنیده شود و در اولین فرصت توسط پزشک مربوطه مهر و امضا شود علاوه بر آن هر دو پرستار بایستی زیر دستور را مهر و امضا کنند و تاریخ و زمان ثبت گزارش دقیقاً نوشته شود.	
• ثبت در گزارش پرستاری	گزارش دارو های با تلفظ، نوشتار و بسته بندی مشابه
• اطلاع به سرپرستار	
• تماس پرستار با مسول ایمنی مرکز	
• در موارد خاص به پزشک مربوطه گفته می شود.	
• بصورت پمفلت آموزشی	اطلاع رسانی دارو های با تلفظ، نوشتار و بسته بندی مشابه
• اطلاع رسانی در بخش توسط همکاران	
• توسط کمیته ایمنی	
• چسباندن شکل و نام دارو ها در اتاق کار	
• علامت گذاری روی گنجه دارویی	
• تدوین خط مشی های بیمارستان و اطلاع رسانی به کارکنان در جلسه درون بخش	

جدول ۲. اسامی دارو های با بسته بندی مشابه

متورال Metoral	کاپتوپریل Captopril
امیلودیپین Amlodipine	لازیکس lasix
امیکاسین Amikacin	رانیتیدین Ranitidine
بتامتازون Betamethasone	دگزامتازون Dexamethasone
دیگوکسین Digoxin	کاپتوپریل Captopril
هپارین Heparin	اتروپین Atropine
دوپامین Dopamine	لازیکس lasix
پروپرانولول Propranolol	وارفارین Warfarin
هالوپریدول Haloperidol	میدازولام Midazolam
فوروزماید Furosemide	دگزامتازون Dexamethasone
منیزیم سولفات Magnesium sulfate	سدیم بیکربنات Sodium bicarbonate
جتنامایسین Gentamicin	کلیندامایسین Clindamycin

مواردی که زیرشان خط کشیده شده است بیشترین موارد تکرار را دارا بوده اند.

جدول ۳. اسامی دارو های با تلفظ مشابه

دوبوتامین Dobutamine	دوپامین Dopamine
لورازپام Lorazepam	والزارتان Valsartan
پرومتازین Promethazine	پروتامین Protamine
لورازپام Lorazepam	اگزازپام Oxazepam
هیدروکلروتیازید Hydrochlorothiazide	هیدروکورتیزون Hydrocortisone
متوکلوپرامید Metoclopramide	متوکاربامول Methocarbamol
فتیل افرین Phenylephrine	فنی توتین Phenytoin

مواردی که زیرشان خط کشیده شده است بیشترین موارد تکرار را دارا بوده اند.

جدول ۴. اسامی دارو های با نوشتار مشابه

لوواستاتین Lovastatin	لوزارتان Losartan
آترواستاتین Atrovastatin	آتروپین Atropine
پروتامین Protamine	پرومتازین Promethazine
پروپوفول Propofol	پروپرانولول Propranolol
متی مازول Methimazole	مترونیدازول Metronidazole
کلروفنیرامین maleate Chlorpheniramine maleate	کلرپروپرامید Chlorpropamide
کواموکسی کلاو Co-amoxiclav	کوآکسازول Co-trimoxazole
نروکسین Nervoxin	نالوکسان Naloxone

مواردی که زیرشان خط کشیده شده است بیشترین موارد تکرار را دارا بوده اند.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به اینکه، این مطالعه درباره خطاهای پرستاران می باشد ممکن است شرکت کنندگان در مطالعه از ارایه اطلاعات درست و منطقی درباره خطاها خودداری کنند. از این رو با روش کیفی و رویکرد پدیدارشناسی که یکی از ویژگی های بارز آن مطالعه تجربه زنده افراد و توصیف تجربیات زندگی است، سعی کردیم بر این مشکل غلبه کرده و از نقاط مثبت این روش پژوهش بهره ببریم.

در مطالعه محمدنژاد و همکاران در بیمارستان های تهران در سال ۸۸، بیشترین اشتباهات دارویی در بخش اورژانس رخ داده و شایع ترین داروی که در مورد آن اشتباه صورت گرفته به ترتیب آسپرین، هپارین و سفازولین بوده و اکثر اشتباهات دارویی در تزریقات وریدی (۵۱ درصد) رخ داده است (۱). موارد فوق در مطالعه حاضر نیز توسط پرستاران اشاره شده است. همچنین مطالعه ی دیگری که در سال ۱۳۸۹ انجام شده، میزان بروز اشتباهات دارویی در دانشجویان پرستاری در شهر اراک را مورد بررسی قرار داده و نشان می دهد که ۱۰ درصد از دانشجویان مرتکب اشتباه دارویی شده، حدود ۱۵ درصد آنان نیز اشتباه دارویی در شرف وقوع را گزارش کرده اند و بیشترین خطاهای دارویی مربوط به هپارین، سفنازیدیم و فنی توئین بوده است (۶)، که با یافته های مطالعه حاضر نیز همخوانی دارد.

در پژوهش کوهستانی و همکاران که در سال ۱۳۸۷ انجام گردیده، نشان داده شده است که شایع ترین داروهایی که در مورد آن اشتباه رخ داده بود، شامل هپارین، دوپامین، دیوتامین، وانکومايسين، فنی توئین و کاپتوبریل بوده اند (۸). در مطالعه حاجی بابایی و همکاران در سال ۱۳۹۰، دادن قرص نیتروکاتین به جای قرص وارفارین در بخش قلب، مثالی از اشتباه دارویی گزارش شده توسط دانشجویان پرستاری بوده است. همچنین خطاهای دارویی مربوط به سفازولین به علت تشابه اسمی آن با دیگر آنتی بیوتیک ها (سفنازیدیم و سفتریاکسون) جزو خطاهایی شایع بوده است (۲). یافته های مطالعات مذکور با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. علاوه بر این، مطالعه قاسمی و همکاران در خرم آباد (۱۳۸۶) نشان می دهد که احتمال بروز اشتباه برای داروهای با شکل ظاهری و برجسب مشابه و داروهایی که نیاز به محاسبه مقدار دارو دارند را بیشتر می باشد (۴). علاوه بر این، مطالعات دیگری نیز احتمال بروز اشتباه دارویی مبتنی بر بسته بندی مشابه، نام مشابه و محاسبه غلط مقدار مصرف دارو گزارش کرده اند (۴)، که به نوبه خود نشان دهنده ی اهمیت و ضرورت بررسی و ریشه یابی خطاهای دارویی است.

موسسه اقدامات ایمنی دارویی (Institute for Safe Medical Practices) ده جز کلیدی سیستم را مشخص کرده است که بر ایمنی داروها اثر می گذارند: ۱) دسترسی به اطلاعات

مخصوص بیماران ۲) دسترسی به اطلاعات دارویی ۳) برقراری ارتباط مناسب ۴) برجسب، بسته بندی و بروشور مناسب ۵) استاندارد کردن، ذخیره سازی و پایش دارو ۶) استفاده از ابزارهای تحویل دارو و پایش آن ۷) پشتیبانی جانبی کافی ۸) قابلیت و آموزش کارکنان ۹) آموزش بیماران ۱۰) برنامه های بهبود کیفیت و مدیریت خطر (۱۳). همچنین ISMP هر ۲ هفته یکبار نام جدیدترین جفت داروهایی که اسم یا ظاهر متشابه دارند را در روزنامه الکترونیکی خود منتشر می کند (۱۴). بررسی تطبیقی و مقایسه نتایج این مطالعه با مطالعات کشورهای دیگر با توجه به تفاوت سیاست های دارویی ایران با سایر کشورها، به دلیل تفاوت های فارماکوپه دارویی، نوع و اسامی داروها ممکن به نظر نمی رسد. اما وجود نظام قوی و شفاف جهت ثبت و گزارش دهی خطاهای دارویی در کشورهای توسعه یافته و برخی کشورهای در حال توسعه منجر به شناسایی زود هنگام این خطاها و تصمیم گیری به موقع جهت کاهش و یا حذف آن ها می گردد. نتایج مطالعه حاضر حاکی از این است که در مورد جفت داروهای هپارین-آتروپین بیشترین خطا در بسته بندی، در مورد جفت داروهای دوپامین-دیوتامین بیشترین خطای دارویی مربوط به تلفظ و در خصوص جفت داروهای آتروپین و آترواستاتین بیشترین خطاهای دارویی مربوط به نوشتار بوده است که با توجه به اهمیت این نوع خطاها، ضرورت راه اندازی نظام شناسایی و ثبت این نوع از داروها احساس می گردد. از این رو، به منظور کاهش و یا حذف این خطاها، شناسایی این دسته از داروها از اهمیت بالایی برخوردار می باشد. یقیناً با طراحی و راه اندازی سیستم مشخصی برای شناسایی داروهای متشابه و خطاهای مربوطه می توان در جهت افزایش ایمنی بیماران و ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده قدمی محکم برداشت.

با توجه به اینکه برای بررسی تجربه افراد استفاده از روش های کیفی مناسب می باشد، این مطالعه از روش پژوهش مناسبی برخوردار است. ولی می توان عنوان کرد، موضوع مورد بررسی در بین پرستاران از حساسیت بالایی برخوردار بود. به این دلیل از ارایه تمامی اطلاعات و تجربیات خودداری می کردند که برای حل این مشکل با اطمینان دادن به افراد که اطلاعات محرمانه خواهد بود، سعی در حل این مشکل داشتیم. در نهایت چند پیشنهاد برای پژوهش های آینده ارایه می نماییم: انجام مطالعه ی مداخله ای جهت کاهش، حذف و یا انتقال خطاهای دارویی، انجام مطالعه جهت تعیین میزان تأثیر اطلاع رسانی در خصوص خطاها بر میزان بروز خطا و انجام مطالعه ای در خصوص اجرای سیستم ثبت خطاهای دارویی و یکپارچگی آن در کل بیمارستان های دانشگاهی.

تقدیر و تشکر

از کمیته تحقیقات دانشجویی نیز که طرح مذکور را با عنوان "بررسی خطاهای دارویی مرتبط با نام، نوشتار و بسته بندی متشابه در بیمارستان شهید مدنی تبریز در سال ۱۳۹۱" و به شماره نامه ۵.۴۶.۱۴۵۴ تصویب و مورد حمایت قرار دادند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

از کلیه پرسنل و مسئولین بیمارستان شهید مدنی تبریز به خصوص پرستاران و سرپرستاران بخش ها و همچنین تمام عزیزانی که در جمع آوری داده ها ما را یاری فرمودند کمال تشکر را داریم.

ضمیمه

فرم راهنمای مصاحبه شناسایی خطاهای دارویی با تلفظ، نوشتار و بسته بندی مشابه در بیمارستان شهید مدنی تبریز در سال ۱۳۹۲

مشخصات کلی	
نام بخش:	مدرک تحصیلی:
میزان تحصیلات:	سابقه کار:
سن:	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
آیا رضایت دارید مصاحبه انجام گرفته (فقط صدای شما) ضبط گردد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
آشنایی با نحوه تجویز دارو در بخش های بستری بیمارستان	
۱- کدام داروها در زمان تجویز دقت بیشتری دارید؟ (وضعیت کلی)	
۲- علت این دقت چیست؟	
۳- شیوه نظارت بر تجویز، تزریق و مصرف داروها چگونه است؟	
۴- نحوه ثبت داروهای تجویزی را توضیح دهید؟ (آیا پرستار بعد از دادن دارو اطلاعات مربوط را در جایی، ثبت میکند؟ دستی، الکترونیکی یا به روش دیگری؟)	
داروهای با شکل متشابه	
۵- روش و شیوه کنترل برچسب داروها در هنگام انتخاب یا استفاده از آنها چیست؟ (هنگام برداشتن دارو- هنگام باز کردن دارو- قبل از تزریق و یا مصرف دارو)	
۶- دارو های با شکل مشابه چگونه نگهداری می شود؟	
۷- کدام داروها از نظر ظاهری شبیه هستند؟ (ذکر اسامی)	
۸- خطاهای مربوط به داروهایی که دارای ظاهر و شکل متشابه هستند چگونه گزارش می شوند؟	
۹- خطاها چگونه و در چه محلی ثبت می شوند؟	
۱۰- آیا فرم گزارش خطاهای دارویی وجود دارد؟	
۱۱- درباره اطلاع رسانی و آگاه سازی پرسنل درباره داروهای با ظاهر مشابه چه اقداماتی صورت گرفته و یا در حال انجام است؟	
۱۲- آیا پیشنهادی در این زمینه دارید؟	
داروهای با تلفظ متشابه	
۱۳- دستورات دارویی به چه شکلی صادر می شوند؟ آیا در بخش شما دستور دارویی شفاهی و تلفنی وجود دارد؟	
۱۴- فرآیند دستور شفاهی و تلفنی چگونه است؟	
۱۵- دستورات شفاهی از طرف چه کسی صادر می شود؟ اتند بخش <input type="checkbox"/> رزیدنت بخش <input type="checkbox"/> انترن بخش <input type="checkbox"/>	
۱۶- در طی یک ماه گذشته چه تعداد دستور شفاهی و تلفنی داشته اید؟	
۱۷- کدام داروها تلفظ مشابه دارند؟ (ذکر اسامی)	
۱۸- خطاهای ناشی از داروهای با تلفظ متشابه چگونه گزارش می شوند؟	
۱۹- داروهای با تلفظ مشابه به چه نحوی اطلاع رسانی می شوند؟	
۲۰- آیا پیشنهادی در این زمینه دارید؟	
داروهای با نوشتار متشابه	
۲۱- کدام داروها از نظر نوشتاری مشابه هستند؟ (ذکر اسامی)	
۲۲- آیا داروهای با نوشتار مشابه به شکل مناسبی اطلاع رسانی شده اند؟ چگونه؟	
۲۳- آیا پیشنهادی در این زمینه دارید؟	

References

1. Mohamad nejad A, Hojati H, Sharifynia H, Hesani R. [survey the Rate, Type of medication errors in nursing students in four teaching hospitals in Tehran]. *Medical Ethics and History of Medicine*, Spring 1388, Volume 3, 60 - 69.
2. Haji Babaei, F, Jolaiy S, Pirovy Hamid, Haqqani H. [Nurses Medication errors, and its relationship with some individual characteristics and organizational]. *Nursing Research*, Spring 1390, Volume 6, Number 20, 83 - 92.
3. Sharifi N, Alipour A, Ranjbar Kh. [The role of innovative training solutions to reduce intravenous medication errors – Non randomized clinical trial]. *Iranian Journal of Medical Education*, 1390, 11(6): 590 - 599.
4. Ghasemi F, Valizadeh F., Momen nasab M. [Opinions and knowledge of nurses in relation to medication errors and their prevention in hospitals of Khorramabad in 1384]. *Journal - Lorestan University of Medical Sciences*, Summer 1387, 1(2):55-63.
5. mason DJ. to forgive divine. [its time to drop the veil of secrecy about disclosing errors] .*Am J Nurs*2005;105(12):11.
6. Kohestani HR, Baghcheghi N .[Survey of medication errors in the intensive carecardiovascular nursing students]. *Journal of Legal Medicine* 2005, 13(4) 249-55.
7. Doshmangir L, Akbari Sari A. [the Review of the Rate, Type and causes of medical errors and adverse events in Iran and the World]. *Review, Journal of Hospital*, Fall 1387; 3: 45-48.
8. Kohestani HR, Baghcheghi N, Khosravi SH. [survey the Rate, Type and causes of medication errors in nursing students, *Journal of Nursing Iran*. Spring 1387, 21(53):249 - 255.
9. Dr Porasgr F, Dr Tabrizi JS, Jari fard Kh. [RFID technology is a method for clinical audit, risk management and improve patient safety]. *Tasvir salamat*, 2012, 2(1):76.
10. haw CM .Dickens G .Stubbs J. “A review of medication administration errors reported in a large psychiatric hospital in United kingdom”. *Psychiatr Srev* 2005 .56(12):3-1610
11. Camilla M.”A Review Of Medication Administration Errors Reported in a large Psychiatr Serv”; 2005.56(12): 1610-1613.
12. Abedi ha & Et. “Qualitative research methods in nursing”, Boshra publisher,1385.
13. Dewine B.Bad Writing ; “Wrong Medication. AHRQ web: M and M case and commentary”; April 2010.
14. Adrienne Berman. Reducing Medication Errors Through Naming; Labeling; and Packaging. *JOURNAL OF MEDICAL SYSTEMS*; February2004; 28(1)