

Designing drug safety instruction for hospitalized elderly based on a ten-year systematic review

Otaghi M¹, Azami S², Khorshidi A³, Mohammadniakan Z^{*4}

Abstract

Introduction and purpose: The elderly suffer from various diseases and disabilities more than any age group. Therefore, they have a greater need to use different medicines. Considering the vulnerability of the elderly and the important role of the safety of the elderly admitted to the hospital, this study was aimed at designing the drug safety instruction for the elderly in the general hospital based on a ten-year review of relevant research and designing the items of a safety drug instruction for the elderly.

Materials and methods: A systematic review study was done including universal studies from 2008 to 2018 in the field of drug safety in the elderly. Studies were included according to inclusion and exclusion criteria and reviewed according to STROB criteria (2007). Articles were searched with keywords drug safety, medication, elderly, risk factors, hospital, nurse and equivalent Persian in English databases including ScienceDirect, PubMed, Scopus, Web of Science, Medline and Persian databases SID, Magiran, Iranmedex, Irandoc as well as Google Scholar search engine. The data were recorded in the data collection form. After summarizing, they were adjusted as drug safety instructions for the elderly.

Findings: The number of elderly samples in the studies varied from 110 to 385 people. Out of 11 studies, three were conducted in Iran, two in Holland, one in Belgium, one in Brazil, two in America, one in Pakistan, and one in Taiwan. The findings of these studies were set into a drug safety instruction with 20 items that were applicable in the hospital.

Conclusion: According to the findings of this study, a drug safety instruction for the elderly has been designed. Considering that the design of the instruction is the first step in its implementation in the hospital, it is necessary to review the steps for determining the validity of this instruction during a research study, and based on the opinions of experts, and confirm or modify each of their items. Then it is used to maintain or improve the safety of the elderly in the hospital.

Keywords: drug safety, instruction, elderly, hospital, nurse, systematic review

Received: 2023/02/02

Accepted: 2023/04/30

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 - Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

2 - Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

3 - Associate Professor, Department of Epidemiology, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

4 - Master of Geriatric Nursing, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

(Corresponding Author):E-mail: mohammadniakan64@gmail.com

طراحی دستورالعمل ایمنی دارویی برای سالمندان بستری در بیمارستان بر مبنای یک مرور سیستماتیک ده ساله

مخصوصه اطاقی^۱، ساناز اعظمی^۲، علی خورشیدی^۳، زهرا محمدنیا کان^{۴*}

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱ / ۱۱ / ۱۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲ / ۰۲ / ۱۰

چکیده

مقدمه و هدف: سالمندان بیش از هر گروه سنی دچار بیماری‌های مختلف و ناتوانی می‌گردند و به همین علت نیاز بیشتری به استفاده از داروهای مختلف دارند. با توجه به آسیب‌پذیری سالمندان و نقش مهم ایمنی سالمندان بستری در بیمارستان، مطالعه حاضر با هدف طراحی دستورالعمل ایمنی دارویی سالمندان در بیمارستان عمومی بر اساس مرور ده‌ساله تحقیقات مرتبط انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه مرور سیستماتیک و مشتمل بر مطالعات جهانی از ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۸ در زمینه ایمنی دارویی در سالمندان بود. مطالعات طبق معیارهای ورود و خروج وارد و بنا بر معیارهای STROB (۲۰۰۷) بررسی شدند. در پایگاه داده‌های انگلیسی شامل ScienceDirect و Irandoc، Iranmedex، Magiran، SID، Web of Science، Scopus، PubMed و Google Scholar با کلیدواژه‌های ایمنی دارویی، سالمند، عوامل خطر، بیمارستان، پرستار و کلمات انگلیسی معادل موتور جستجوی Google Scholar جستجو شد. داده‌ها در فرم جمع‌آوری داده‌ها ثبت و پس از جمع‌بندی به صورت دستورالعمل ایمنی دارویی برای سالمند تنظیم شدند.

یافته‌ها: تعداد نمونه سالمندان در مطالعات از ۱۱۰ نفر تا ۳۸۵ نفر متغیر بود. از ۲۰۵ مطالعه مورد بررسی، ۱۱ مطالعه دارای معیارهای ورود و خروج به مطالعه بودند که تعداد سه مطالعه در ایران، دو مطالعه در هلند، یک مطالعه در بلژیک، یک مطالعه در برزیل، دو مطالعه در آمریکا، یک مطالعه در پاکستان و یک مطالعه در تایوان انجام شده بود. یافته‌های حاصل از بررسی این مطالعات به صورت یک دستورالعمل ایمنی دارویی قابل اجرا در بیمارستان با ۲۰ گویه تنظیم شد.

نتیجه‌گیری: مطابق با یافته‌های این مطالعه، یک دستورالعمل ایمنی دارویی برای سالمندان طراحی گردیده است. با توجه به اینکه طراحی دستورالعمل، کام اول اجرایی سازی آن در بیمارستان می‌باشد لازم است طی یک مطالعه پژوهشی و بر اساس آرای صاحب‌نظران مراحل تعیین اعتبار این دستورالعمل بررسی شده و هر یک از گویه‌های آن‌ها تأیید و یا اصلاح گردد. سپس به منظور حفظ و یا ارتقای ایمنی سالمندان در بیمارستان به کار رود.

کلیدواژه‌ها: ایمنی دارویی، دستورالعمل، سالمند، بیمارستان، پرستار، مرور سیستماتیک

۱- دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

۲- دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

۳- دانشیار گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

۴- کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

(نویسنده مسؤول). پست الکترونیکی: mohammadniakan64@gmail.com

مقدمه

وزارت متیوع هماهنگ است. همچنین به مقوله رعایت ایمنی و حقوق بیمار و ارتقای کیفیت خدمات نیز توجه نموده است (۶). بیماران سالمدان در مقایسه با بیماران جوان بیشتر در معرض افزایش خطر ابتلا به حوادث نامطلوب قابل پیشگیری طی بستری شدن در بیمارستان هستند. مطالعه‌ای در هلند نشان داد ۲/۹ درصد بیماران سالمدان بستری در بیمارستان، حوادث نامطلوب قابل پیشگیری را بیشتر از بیماران جوان تر تجربه نمودند (۷). انتشار گزارشی از حوادث نامطلوب در بیمارستان‌های هلند منجر به آغاز برنامه ملی ایمنی در سال ۲۰۰۸ شد. این برنامه شامل چندین پروژه بود که یکی از آن‌ها با موضوع سالمدان ضعیف، بر مبنای شواهد و با هدف بهبود مراقبت از سالمدان بستری در بیمارستان بود (۸). پژوهش‌های دیگری در عرصه سلامت حاکی از نامناسب بودن شرایط ایمنی در مراقبت از سالمدان و تأکید بر بهبود فرآیند و رویه‌های درمانی هستند (۹).

سالمدان بیش از هر گروه سنی دچار بیماری‌های مختلف و ناتوانی می‌گردند و به همین علت نیاز بیشتری به استفاده از داروهای مختلف دارند. این افراد به دلیل تعییرات متعدد در سیستم فیزیولوژی از جمله اختلالات کبدی و کلیوی، در دفع داروهای مختلف با مشکلات زیادی روبرو می‌شوند که خود سبب پیدایش عوارض دارویی مختلف در این افراد می‌گردد. عوامل وابسته به سن نظیر جذب، توزیع، متابولیسم (بهویژه کارابی کمتر متابولیسم کبدی و حذف کلیوی داروها) به دلیل تعییر در حساسیت گیرنده‌های دارویی و تجویز داروهای متعدد در این سنین دچار تعییر می‌شوند (۱۰، ۹). ارزیابی مشکلات مربوط به داروها در بیماران سالمدان بهویژه افراد آسیب‌پذیر یکی از دغدغه‌های اصلی سیستم‌های مراقبت بهداشتی است. همچنین تجویز داروهای

ایمنی بیمار یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت می‌باشد و به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و آسیب به بیمار در حین ارائه مراقبت است. علیرغم پیشرفت در مراقبت، هنوز ایمنی بیمار و بیمار محوری در سیستم‌های مراقبتی سراسر دنیا موضوع نگران‌کننده‌ای است (۱). یکی از مهم‌ترین اهداف یک سازمان بهداشتی درمانی، پیشگیری از آسیب و صدمه به بیمار و جلوگیری از مخاطره ایمنی وی در نتیجه ارائه خدمات سلامت است (۲). پژوهش‌ها در عرصه سلامت حاکی از نامناسب بودن شرایط ایمنی در مراقبت از بیماران بوده و بر بهبود فرآیند و رویه‌های درمانی تأکید داشته‌اند (۳). پس از انتشار گزارش یک مؤسسه پژوهشی در ایالت متحده در سال ۱۹۹۹ که به بررسی شیوع خطاها پژوهشکی در این کشور پرداخته بود، ایمنی بیمار به سرعت مورد توجه پژوهشگران و صاحب‌نظران قرار گرفت. در این گزارش، میزان شیوع حوادث زیان‌بار ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی در ایالت متحده، بیش از ۳/۷ درصد اعلام شد. بر اساس این گزارش، تعداد ۴۴۰۰۰ مرگ ناشی از این حوادث قابل پیشگیری است. انتشار چندین گزارش مرتبط با ایمنی بیمار در کشورهای دیگر نیز سبب گردید سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی با تمرکز زیادی به مقوله ایمنی بیمار پردازند (۴). در ایران برای ارتقای ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت تلاش شده سیستم‌ها و فرایندهای عملیاتی لازم پیاده شوند (۵). از سال ۱۳۸۹ مدل اعتباری‌خشی به عنوان یکی از معتبرترین مدل‌های ارزیابی مبتنی بر کیفیت و ایمنی اجرا شده است. این مدل از مقبولیت جهانی روزافزون در بخش سلامت برخوردار بوده و با سایر اولویت‌های

مواد و روش‌ها

مطالعه مرور سیستماتیک و مشتمل بر مطالعاتی بود که از سال ۲۰۰۸ تا سال ۲۰۱۸ در نقاط مختلف جهان در زمینه ایمنی دارویی در سالمندان انجام شده بودند (نمودار ۱). معیار ورود شامل مطالعات دارای عنوان، نام نویسنده، سال چاپ، نوع مطالعه، تعداد نمونه، کشور و نتایج مرتبط با ایمنی دارویی سالمندان بودند. این مطالعات با استفاده از معیارهای STROB بررسی و به مطالعه وارد شدند. معیارهای خروج شامل مطالعات با عدم گزارش کامل اطلاعات روش‌شناسی مانند تعداد نمونه، حذف مطالعه بر مبنای چک‌لیست STROB (عدم وجود یکی از بخش‌های کیفی چک‌لیست شامل عنوان و چکیده، مقدمه، روش، نتایج، بحث و یا نمره کیفیت پایین مطالعه) و عدم دسترسی به متن کامل مطالعه بودند. چک‌لیست استروب شامل ۲۲ آیتم است که در سال ۲۰۰۷ توسط عده‌ای از محققین طراحی شده و برای بررسی کیفیت مقالات در بخش‌های عنوان و چکیده، مقدمه (پیش‌زمینه، زمان و مکان پژوهش، اهداف)، روش‌ها (نوع مطالعه، زمان و مکان پژوهش، شرکت‌کننده‌ها، منابع داده‌ها، اندازه‌گیری، سوگیری، حجم نمونه، متغیرها، روش‌های آماری)، نتایج (شرکت‌کننده‌ها، داده‌های توصیفی، داده‌های پیامد، نتایج اصلی، سایر تحلیل‌ها)، بحث (نتایج کلیدی، محدودیت‌ها، تفسیر، تعمیم‌پذیری)، سایر اطلاعات (تأمین بودجه) مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۰).

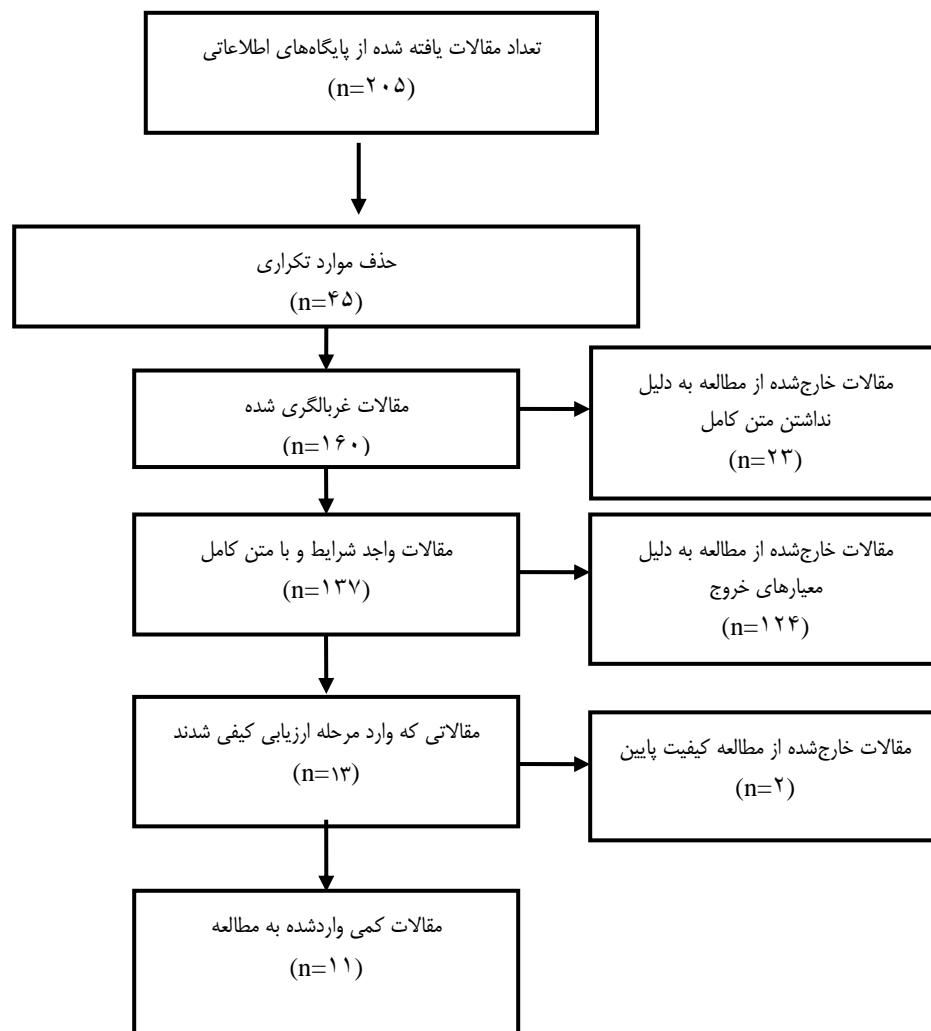
پایگاه داده‌های انگلیسی‌زبان شامل ScienceDirect و Medline، Web of Science، Scopus، PubMed و Iranmedex، Magiran، SID، پایگاه داده‌های فارسی‌زبان و Google Scholar مورد جستجو قرار گرفتند. جستجو با استفاده از کلیدواژه‌های ایمنی

نامناسب و بروز عوارض جانبی موجب افزایش هزینه‌های سیستم مراقبت بهداشتی می‌شود (۱۱، ۱۲).

دستورالعمل‌ها برای کاهش تغییرات نامناسب در عملکرد، مراقبت بهداشتی مبتنی بر شواهد و با کیفیت بالا، صرفه‌جویی در وقت و هزینه به کار می‌روند. بهترین دلیل کاربرد دستورالعمل‌ها در مراکز درمانی، ارتقای کیفیت خدمات، کاهش هزینه‌ها، بالا بردن سطح سلامت جامعه و هم‌سطح نمودن استانداردهای ملی با استانداردهای بین‌المللی است (۱۳). دستورالعمل‌های بالینی دستورات نظاممندی هستند که پرستاران را قادر به تصمیم‌گیری مناسب و درست در شرایط بالینی و مراقبت‌های بهداشتی می‌کنند (۱۴). استفاده از حجم زیاد نتایج تحقیقات برای کادر درمانی مشکل و وقت‌گیر است. به همین دلیل پرستاران کمتر از نتایج تحقیقات جدید استفاده می‌کنند. برای حل این مشکل طراحی دستورالعمل‌های بالینی به عنوان ابزاری تسهیل‌کننده توصیه می‌شود (۱۵). دستورالعمل‌ها وسیله‌ای برای عملی ساختن شواهد تحقیق و حصول اطمینان از کیفیت ارائه مراقبت هستند (۱۶). استفاده از دستورالعمل‌ها نوعی توافق نظر در تشخیص است که اقدامات معقول را افزایش و خطاهای را کاهش می‌دهد و یک استاندارد مشخص برای ارائه مراقبت است که محیطی برای یادگیری و اجرای مراقبتی یکسان فراهم می‌آورد (۱۷). دستورالعمل بالینی مبتنی بر شواهد، یک راهنمای مؤثر برای تیم درمانی است که افزایش کار بالینی مؤثر را در پرستاران به همراه دارد (۱۸، ۱۹). با توجه به آسیب‌پذیری سالمندان و نقش مهم ایمنی سالمندان بستری در بیمارستان، مطالعه حاضر با هدف طراحی دستورالعمل ایمنی دارویی سالمندان در بیمارستان عمومی بر اساس مروج ده‌ساله تحقیقات مرتبط انجام شده است.

در زمینه ایمنی دارویی سالمندان در بیمارستان جمع آوری شدند. نتایج جمع‌بندی و به صورت دستورالعمل تنظیم شدند. ملاحظات اخلاقی در بررسی و استناد به منابع رعایت شد. این مقاله بخشی از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندان با کد اخلاق ۷ IR.MEDILAM.REC.1397.097 است.

دارویی، سالمند، عوامل خطر، بیمارستان، پرستار و کلمات انگلیسی معادل انجام شد. داده‌های استخراج شده به یک فرم شامل نام پژوهشگر، عنوان مطالعه، تعداد نمونه، جنسیت، گروه سنی، ایمنی سالمند در موضوع مورد نظر، سال انجام تحقیق، کشور وارد شدند. پس از تکمیل این فرم، نتایج به دست آمده از مقالات مورد بررسی



نمودار ۱ : فرآیند جستجو و انتخاب مطالعات و ورود مقالات به مرور سیستماتیک

یک مطالعه در پاکستان و یک مطالعه در تایوان انجام شده بود.

نتایج حاصل از بررسی این مطالعات به صورت یک دستورالعمل

ایمنی دارویی قابل اجرا در بیمارستان با ۲۰ گویه در جدول شماره ۲

آمده است.

در جدول شماره ۱ خصوصیات مطالعات مورد بررسی آمده است.

تعداد نمونه سالمندان از ۱۱۰ نفر تا ۳۸۵ نفر متغیر بود. از ۱۱

مطالعه مورد بررسی، تعداد سه مطالعه در ایران، دو مطالعه در هلند،

یک مطالعه در بلژیک، یک مطالعه در برزیل، دو مطالعه در آمریکا،

جدول شماره ۱. مطالعات مرتبط به اینمنی دارویی سالمندان در بیمارستان

							عنوان
	نام نویسنده	سال	چاپ	نوع مطالعه	تعداد نمونه	کشور	مهم ترین نتایج مرتبط به اینمنی دارویی سالمند
۱	سالمندان: یک مسیر محاطه درمانی	۲۰۱۳	-	مروری	-	پاکستان	توجه به داروهای مصرفی قبلی بیمار حین تجویز دارویی جدید اهمیت دارد (۲۱).
۲	درمانگاه‌های بررسی اینمنی داروهای مربوط به سالمندی	۲۰۱۲	چان و همکاران	توصیفی	۱۹۳	تایوان	یکی از علل مهم ایجاد عوارض دارویی در سالمندان عدم مصرف داروهای تجویزی است که اگر پرستار بیمار را تشویق به مصرف دارو کند و از مصرف داروی مربوطه اطمینان حاصل کند، این اتفاق کمتر رخ خواهد داد. توجه بیشتر حین دادن دارو به افراد سالمند که دارای بیماری متعدد هستند و تحت درمان با چندین دارو هستند (۲۲).
۳	بیماران مبتلا به نارسایی قلبی	۲۰۱۴	ماسترومارینو و همکاران	گذشتندگ	۱۱۶	آمریکا	پرستار باید در هنگام دادن دارو به افراد سالمند دچار بیماری‌های مزمن مانند نارسایی قلبی به لیست داروهای مورد استفاده بیمار توجه کند تا از تداخلات دارویی پیشگیری کند (۲۳).
۴	دارو در سالمندان مرخص شده از بیمارستان	۲۰۱۴	ابیر احمد و همکاران	مشاهده‌ای	۳۴۰	هلند	عوارض دارویی معمولاً در افرادی که پنج نوع دارو و یا بیشتر دریافت می‌کنند، پس از ترخص در افراد سالمند اتفاق می‌افتد. توصیه‌های پرستار و راهنمایی فرد و یا افراد خانواده در مورد روش و نحوه مصرف داروها می‌تواند پیشگیری کننده باشد (۲۴).
۵	سالمندان در خانه‌های نامناسب بودن	۲۰۱۶	مورن و همکاران	مرور سیستماتیک	-	آمریکا	تمرکز پرستار باید بیشتر بر روی داروهایی باشد که اغلب در سالمندان به طور مداوم استفاده می‌شود و داروهایی که اغلب در دسته دارویی نامناسب قرار می‌گیرند (۲۵).
۶	مشکلات مربوط به دارو در بیمارستان در برازیلیا، بزرگ	۲۰۱۱	داولیپرا و همکاران	اپدیمیولوژیک، توصیفی و اکتشافی	۱۵۴	برزیل	نظرات بر استفاده از داروها و مشکلات دارویی باسته به این داروها به نظر می‌رسد یک راه مؤثر برای کاهش تعداد این مشکلات و اطمینان از اینمنی و کارایی دارو و نیز بهمود کیفیت زندگی سالمندان است (۲۶).
۷	نقش مشکلات مربوط با دارو در بیمارستان	۲۰۱۰	سامرز و همکاران	مقطعی	۱۱۰	بلژیک	به منظور جلوگیری از مشکلات دارویی در سالمندان، توصیه می‌شود به بررسی داروهای مختلف بیماران سالمند پذیرفته شده در بیمارستان‌ها تمرکز کرده و با توجه به تمام جنبه‌های دارودمانی، به عنوان مثال عوارض جانبی، کم و یا زیادشدن دوز مصرفی، اختلالات درمانی دارویی، طول مدت درمان و عدم انتباخ دارویی در نظر گرفته شود (۲۷).
۸	بررسی داروهای مبتتنی بر وینکز تی اچ و دروساز	۲۰۰۹	مدخله‌ای	۲۷۴	هلند	پرستار باید هنگام دادن دارو به سالمندان دستورات داروساز	

۹	استفاده غیرمنطقی از وضعیت پژوهشکی در جمعیت سالمدان گناباد	همکاران دلشداقی و همکاران	داروساز: کاهش مشکلات احتمالی مربوط به دارو در سالمدان
۱۰	بررسی مصرف دارو در سالمدان شهر تهران	دوایی و همکاران	سالمدان گاهی در فرآیندهای دارودمانی مداخله کرده و اقدام به تعییر خودسرانه رژیمهای داروبی خود می‌کند. بنابراین توجه به رژیم داروبی این افراد از طرف پرستار امر مهمی به حساب می‌آید (۲۹).
۱۱	مشکلات دارودمانی در سالمدان	صبور	پس از بستری سالمدان در بیمارستان پرستار می‌تواند برنامه مصرفی داروبی را از سالمدان پرسد و در صورت مصرف خودسرانه دارو علت‌ها را جویا شود و آموزش‌های لازم را به افراد خانواده درخصوص مصرف دارو بدهد (۳۰).
			پرستار باید قبل از دادن دارو از سالمدان و یا همراه ایشان شرح حال دقیقی درخصوص کلیه داروهای مصرفی وجود بیماری‌های مختلف را به دست آورد (۳۱).

کادر ۱. دستورالعمل‌های ایمنی داروبی سالمدان قابل اجرا در بیمارستان بر اساس مطالعات

ردیف	پرستار با ایستی برای سالمدان بستری در بیمارستان:
۱	به داروهای مصرفی قبل سالمدان حین تجویز داروی جدید توجه نماید.
۲	به عدم مصرف داروهای تجویزی توسط سالمدان توجه نماید.
۳	صرف داروهای تجویزی سالمدان را کنترل نماید.
۴	سالمدان را به مصرف داروهای تجویزی تشویق نماید.
۵	هنگام دادن دارو به سالمدان دچار بیماری مزمن (مثل نارسایی قلبی) به لیست داروهای مورداستفاده وی توجه نماید.
۶	در هنگام ترخیص سالمانی که پنج نوع دارو و یا بیشتر دریافت می‌کند، به عوارض داروبی توجه نماید.
۷	در هنگام ترخیص سالمانی که پنج نوع دارو و یا بیشتر دریافت می‌کند، روش و نحوه مصرف دارو را آموزش دهد.
۸	به داروهایی که سالمدان به صورت مداوم استفاده می‌کند، توجه نماید.
۹	به داروهایی پرخطر که سالمدان ممکن است استفاده کند، توجه نماید.
۱۰	بر استفاده از هر دارو و مشکلات وابسته به آن‌ها نظارت نماید.
۱۱	از ایمنی دارو برای سالمدان اطمینان حاصل نماید.
۱۲	از کارایی دارو برای سالمدان اطمینان حاصل نماید.
۱۳	به تمام جنبه‌های دارودمانی (عوارض جانبی، کم و یا زیادشدن دوز مصرفی، اختلالات درمانی داروبی، طول مدت درمان، عدم انطباق داروبی) توجه نماید.
۱۴	برای پیشگیری از عوارض داروبی، هنگام دادن دارو به سالمدان به دستورات داروساز توجه نماید.
۱۵	به مداخله در فرآیندهای دارودمانی و اقدام به تعییر خودسرانه رژیمهای داروبی توسط سالمدان توجه نماید.
۱۶	علت مصرف خودسرانه دارو توسط سالمدان را بررسی نماید.
۱۷	درخصوص عدم مصرف خودسرانه دارو به سالمدان و خانواده وی آموزش دهد.
۱۸	قبل از دادن دارو، از سالمدان و یا همراه ایشان شرح حال دقیقی درخصوص کلیه داروهای مصرفی و وجود بیماری‌های مختلف اخذ نماید.
۱۹	به سالمدانی که دارای بیماری متعدد هستند، حین دارو دادن توجه بیشتری نماید.
۲۰	به سالمدانی که تحت درمان با چندین دارو هستند، حین دارو دادن توجه بیشتری نماید.

نشان داد یکی از علل ایجاد خطاهای دارویی در پرستاران، تشابهات دارویی می‌باشد (۴۰).

از دیگر گویه‌های دستورالعمل اینمنی بیماران توجه سالمندان به عوارض دارویی داروهای مورداستفاده بود. در مطالعه کیفی مرتضوی و همکاران یکی از گویه‌هایی که در ارتباط با خوددرمانی در سالمندان استخراج شده، عدم اطلاع در رابطه با عوارض دارویی بود که منجر به مصرف خودسرانه این داروها شده بود (۴۱). مطالعه مرور سیستماتیک جزوییک نشان داد شیوع خوددرمانی ۳۸٪ بود. متداول‌ترین داروهای غیر تجویزی، داروهای ضد درد و ضد تب و پس از آن ضدالتهاب غیراستروئیدی، داروهای قلبی و عروقی، مکمل‌های رژیم غذایی و داروهای جایگزین بودند (۴۲).

طبق با یافته‌های این مطالعه، یک دستورالعمل اینمنی دارویی برای سالمندان طراحی گردیده است. با توجه به اینکه طراحی دستورالعمل، گام اول اجرایی سازی آن در بیمارستان می‌باشد، لازم است طی یک مطالعه پژوهشی و بر اساس آراء صاحب‌نظران مراحل تعیین اعتبار این دستورالعمل‌ها بررسی شده و هر یک از گویه‌های آن‌ها تأیید و یا اصلاح گردد. سپس به‌منظور حفظ و یا ارتقای اینمنی سالمندان در بیمارستان به کار روند.

از نقاط قوت این مطالعه، بررسی انواع مطالعات توصیفی، تحلیلی و مداخله‌ای و نیز استفاده از معیارهای چک‌لیست استروپ برای ورود مقالات به مطالعه بود. محدودیت مطالعه این بود که به برخی کتب، مقالات، سایتهاي تخصصي، منابع خارجي و متن كامل برخی مطالعات دسترسی وجود نداشت. برای کنترل اين محدودیت تلاش شد از كليه منابع در دسترس خارجي و داخلی استفاده شود.

بحث و نتیجه‌گيري

مطابق با یافته‌های حاصل از مقالات موردنبررسی، سالمندان بستری در بیمارستان، ممکن است مشکلاتی در خصوص استفاده از داروهای تجویزی پیدا کنند. مشکلاتی از قبیل داشتن بیماری‌های متعدد، داشتن بیماری مزمن، مصرف همزمان چندین دارو، تداخلات دارویی، عوارض جانبی داروها، استفاده مداوم از برخی داروها، عدم مصرف داروهای تجویزی، مصرف خودسرانه دارو و تغییر رژیم دارویی می‌تواند منجر به عدم تعیت از درمان دارویی و یا تعیت درمانی ضعیف در سالمندان شود. این مشکلات در گویه‌های دستورالعمل طراحی شده در مورد اینمنی دارویی سالمندان گنجانده شده‌اند. در مطالعات مرور سیستماتیک مختلفی تعیت از درمان دارویی در بیماران ضعیف گزارش شده که با یافته‌های مطالعات موردنبررسی برای تدوین دستورالعمل اینمنی دارویی برای سالمند همخوانی دارند (۳۶-۳۲). این مطالعات در بیماران مبتلا به سل (۳۲)، عفونی (۳۳)، نیازمند فیزیوتراپی (۳۴) پوکی استخوان (۳۵) و قلبی (۳۶) انجام شده بودند.

طبق یافته‌های مطالعات موردنبررسی یکی از گویه‌های دستورالعمل اینمنی دارویی سالمندان، با محتواي توجه پرستاران به نوع دارو جهت پیشگیری از خطاهای دارویی تنظیم شد. خطاهای دارویی در پرستاران یکی از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده اینمنی بیماران می‌باشند که آمار قابل توجهی را به خود اختصاص داده‌اند (۳۷، ۳۸). مطالعه چراغی و همکاران نشان داد از علل خطاهای دارویی عوامل محیطی می‌باشد که از این عوامل می‌توان به عدم نور کافی در اتاق دارو اشاره نمود (۳۹) که موجب ایجاد خطا در مرحله تشخیص نوع دارو شده بود. مطالعه شیتو و همکاران نیز

کد اخلاق

این مقاله بخشی از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی با کد اخلاق IR.MEDILAM.REC.1397.097 است.

تشکر و قدردانی

از مسئولین و کارشناسان آموزشی و پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایلام برای همکاری و تسهیل انجام پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

تعارض منافع بین نویسندها مقاله وجود ندارد.

▪ *References*

1. Marques-Vieira CMA, Sousa LMM, Severino S, Sousa L, Caldeira S. Cross-cultural validation of the fall's efficacy scale international in elderly: systematic literature review. Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics. 2016; 7(3):72-6.
2. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva: World Health Organization. 2009.
3. Rezaean M, Abad PAB, Yazdanpanah A, Motlagh SZ. Patient safety culture status from the perspective medical staff of yasuj hospitals in 2015. Armaghane Danesh Bimonthly Journal. 2016; 20(10):935-46
4. Pakzad N, Norouzi K, Fallahi Khoshknab M, Norouzi M. A comparison of the effect of virtual and lecture-based patient safety education on patient safety culture among nurses. Qom Univ Med Sci J. 2016; 10(9):27-34.
5. Schigelone AS, Ingersoll-Dayton B. Some of my best friends are old: a qualitative exploration of medical students 'interest in geriatrics. Educational Gerontology. 2004; 30(8):643-61.
6. Nasiripour AA, Jafari S. The relationship of quality improvement and patient safety with performance indicators in Shahid Beheshti University of Medical Science teaching hospitals. Journal of Payavard Salamat. 2016; 10(4):311-9.
7. Van De Steeg L. Improving safety and quality of care for older hospitalised patients. Amsterdam, Netherlands: Vrije Universiteit. 2016.
8. Van de Steeg L, Langelaan M, Ijkema R, Wagner C. The effect of a complementary e-learning course on implementation of a quality improvement project regarding care for elderly patients: a stepped wedge trial. Implementation Science. 2012; 7(1):13.

9. Henry B. Quality of care, health system errors, and nurses. *Journal of advanced nursing*. 2000; 32(4):773.
10. Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of " Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC health services research*. 2010; 10(1):28.
11. Tabaraee Y, HaghGoshaee E, Takbiri A, Yaghobifar M. The survey of patient safety culture and recognizing its weaknesses and strengths in Sabzevar hospitals. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2013; 20(2):154-64.
12. French J. Medical errors and patient safety in health care. *Canadian Journal of Medical Radiation Technology*. 2006; 37(4):9-13.
13. Bahtsevani C, Khalaf A, Willman A. Evaluating psychiatric nurses' awareness of evidence-based nursing publications. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2005; 2(4):196-207.
14. Spiby H, Munro J. The development and peer review of evidence-based guidelines to support midwifery led care in labour. *Midwifery*. 2009; 25(2):163-71.
15. Koh SS, Manias E, Hutchinson AM, Donath S, Johnston L. Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. *BMC health services research*. 2008; 8(1):105.
16. Van De Steeg L, Langelaan M, Ijkema R, Nugus P, Wagner C. Improving delirium care for hospitalized older patients. A qualitative study identifying barriers to guideline adherence. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2014; 20(6):813-9.
17. Azizi M, Motahedian Tabrizi EM, Mokhtari Nouri JM, Sirati Nir MS. Designing and accreditation of evidence-based nursing care instructions in psychiatric emergencies. *Iran J Crit Care Nurs*. 2013; 6(3):155-64.
18. Nezamzadeh M, Khademolhosseini SM, Mokhtari Nori J, Ebadi A. Design of guidelines evidence-based nursing care in patients with angina pectoris. *Iran J Crit Care Nurs*. 2012; 4(4):69-76.
19. Mohammadpoor A. Comparative standards of hospital hygiene standards of the International Joint Commission on Hospital Accreditation. Tehran: Iran Medical Science University (MSc dissertation]. 2007.
20. ahmani M.R, Ayoobi F, Assar S, Jalalpour S, Rezaeian M. Presentation of the Guideline of Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2017; 16(3): 257-74.
21. Sabzwari SR, Qidwai W, Bhanji S. Polypharmacy in elderly: a cautious trail to tread. *Journal of Pakistan Medical Association*. 2013; 63(5):624.
22. Chan DC, Chen JH, Kuo HK, We CJ, Lu IS, Chiu LS, Wu SC. Drug-related problems (DRPs) identified from geriatric medication safety review clinics. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2012; 54(1):168-74.

23. Mastromarino V, Casenghi M, Testa M, Gabriele E, Coluccia R, Rubattu S, Volpe M. Polypharmacy in heart failure patients. Current heart failure reports. 2014; 11:212-9.
24. Ahmad A, Mast MR, Nijpels G, Elders PJ, Dekker JM, Hugtenburg JG. Identification of drug-related problems of elderly patients discharged from hospital. Patient preference and adherence. 2014; 4:155-65.
25. Morin L, Laroche ML, Texier G, Johnell K. Prevalence of potentially inappropriate medication use in older adults living in nursing homes: a systematic review. Journal of the American Medical Directors Association. 2016; 17(9):862-e1-9.
26. de Oliveira MP, Novaes MR. Drug-related problems in institutionalized elderly in Brasilia, Brazil. Biomedicine & Aging Pathology. 2011; 1(3):179-84.
27. Somers A, Robays H, Vander Stichele R, Van Maele GE, Bogaert M, Petrovic M. Contribution of drug related problems to hospital admission in the elderly. The journal of nutrition, health & aging. 2010; 14:477-82.
28. Vinks TH, Egberts TC, de Lange TM, de Koning FH. Pharmacist-based medication review reduces potential drug-related problems in the elderly: the SMOG controlled trial. Drugs & aging. 2009; 26:123-33.
29. Delshad Noghabi A, Darabi F, Baloochi Beydokhti T, Shareinia H, Radmanesh R. Irrational use of medicine status in elderly population of Gonabad. Quarterly of the Horizon of Medical Sciences. 2014; 19(5):297-304.
30. Davati A, Jafari F, Samadpour M, Tabar K. Investigation of drug consumption in the elderly in Tehran. Scientific Journal of the Islamic Republic of Iran Medical Council. 2016; 25(4): 450-456.
31. Saboor M. Drug therapy problems in the elderly. Salmand: Iranian Journal of Aging. 2007; 2(3):216-27.
32. Zegeye A, Dessie G, Wagnew F, Gebrie A, Islam SMS, Tesfaye B, et al. Prevalence and determinants of anti-tuberculosis treatment non-adherence in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2019; (1)14:e0210422
33. Hirsch-Moverman Y, Daftary A, Franks J, Colson P, disease l. Adherence to treatment for latent tuberculosis infection: systematic review of studies in the US and Canada. The international journal of tuberculosis and lung disease. 2008; 12(11):1235-54.
34. Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner EJMT. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review. Manual therapy. 2010; 15(3):220-8.
35. Yeam CT, Chia S, Tan HC, Kwan YH, Fong W, Seng JJ. A systematic review of factors affecting medication adherence among patients with osteoporosis. Osteoporosis International. 2018; 29:2623-37.
36. Hameed MA, Dasgupta IJDIC. Medication adherence and treatment-resistant hypertension: a review. Drugs in context. 2019; 8.(1).

37. Metsälä E, Vaherkoski U. Medication errors in elderly acute care—a systematic review. Scandinavian journal of caring sciences. Scandinavian journal of caring sciences. 2014; 28(1):12-28.
38. Picone DM, Titler MG, Dochterman J, Shever L, Kim T, Abramowitz P, Kanak M, and Qin R. Predictors of medication errors among elderly hospitalized patients. American Journal of Medical Quality. 2008; 23(2):115-27.
39. Cheraghi M.A., Nikbakht N.A, Mohammadnejad I, Salari A, Ehsanikohi S.R. Investigating the occurrence of medication errors by nurses in the intensive care unit. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences.2012; 21 (1): 115-119.
40. Shitu Z, Moe Thwe Aung M, Tuan Kamauzaman TH, Ab Rahman AF. Factors associated with medication errors at a teaching hospital in Malaysia. Hospital pharmacy. 2021 Aug; 56(4):259-64.
41. Mortazavi SS, Shati M, Khankeh HR, Ahmadi F, Mehravar S, Malakouti SK. Self-medication among the elderly in Iran: a content analysis study. BMC geriatrics. 2017;17(1):1-2.
42. Jerez-Roig J, Medeiros LF, Silva VA, Bezerra CL, Cavalcante LA, Piavezam G, Souza DL. Prevalence of self-medication and associated factors in an elderly population: a systematic review. Drugs & aging. 2014; 31:883-96.