

## فعالیت‌های پرستاری ارتقا دهنده سلامت در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی: یک مطالعه مقطعی

سودابه لطفی پلنگی<sup>۱</sup>، فاطمه غفاری<sup>۱</sup>، زهرا فتوکیان<sup>۲\*</sup>، علی ذبیحی<sup>۳</sup>

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: فعالیت‌های پرستاری ارتقای سلامت در سالمندان مبتلا به COPD در ساختارهای بهداشتی- درمانی متفاوت است و بررسی در این زمینه می‌تواند به شناخت شکاف دانشی موجود کمک نماید. مطالعه حاضر با هدف تعیین فعالیت‌های پرستاری ارتقا دهنده سلامت در سالمندان مبتلا به COPD انجام گرفته است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۹ انجام یافت. ۱۸۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی مازندران و بابل در مطالعه شرکت کردند. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام گرفت. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی و حرفه‌ای و پرسشنامه محقق ساخته فعالیت‌های پرستاری ارتقا دهنده سلامت برای سالمندان مبتلا به COPD بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های تی‌تست، آنوا و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه ۳۴/۵۸±۸/۰۵ سال بود. ۸۴/۴٪ نمونه‌ها زن و ۷۰/۶٪ متأهل بودند. میانگین و انحراف معیار نمره فعالیت‌های پرستاری ارتقا دهنده سلامت ۱۹۷/۱۰±۳۷/۹۰ محاسبه شد. در بین ابعاد مربوط به فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت، کم‌ترین فراوانی مربوط به ابعاد «ترک سیگار/مواد مخدر» (۲۴/۴٪) و «خودتوانمندسازی» (۲۲/۸٪) بود. بین فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت با محل اشتغال ( $p=۰/۰۳۴$ )، سن ( $p<۰/۰۰۱$ )، جنس ( $p=۰/۰۲۲$ ) و وضعیت تأهل پرستاران ( $p=۰/۰۱۴$ ) ارتباط معناداری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت برای سالمندان مبتلا به COPD، بالاتر از سطح متوسط بوده است. با این حال نیاز است برنامه‌های آموزش ضمن خدمت و کنفرانس‌های داخل بخشی به منظور ارتقای صلاحیت حرفه‌ای پرستاران به ویژه در بعد رفتارهای مشاوره‌ای و ترک سیگار صورت گیرد.

نویسنده مسؤول: زهرا فتوکیان؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران  
e-mail: zfotoukian@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: فعالیت‌های پرستاری ارتقا دهنده سلامت، بیماری مزمن انسدادی ریوی، سالمند، مراقبت پرستاری

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۴۰۰ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۴۰۰ - انتشار الکترونیک مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۲۴

### مقدمه

یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن، بیماری مزمن انسدادی ریوی (COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease) است که

امروزه یکی از مشکلات عمده سلامتی و علت اصلی ناتوانی در افراد بالای ۴۰ سال به شمار می‌رود (۱). ماهیت پاتوفیزیولوژیک بیماری به گونه‌ای است که از زمان شروع فرآیند التهابی تا زمان ظهور علائم، نیاز به زمان طولانی است. لذا تشخیص زودهنگام COPD دشوار است و به همین علت اکثر بیماران در گروه سنی ۵۰ سال به بالا قرار دارند (۲). نتایج مطالعه شریفی و همکاران

۱- گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رامسر، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران؛ کیتبه تحقیقات دانشجویی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران  
۲- گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رامسر، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران  
۳- گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی بابل، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران؛ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

نشان داد که شیوع کلی COPD در ایران، ۵٪ است و بیش‌ترین گروه سنی درگیر، افراد بالای ۵۵ سال هستند. در میان استان‌ها، بیش‌ترین فراوانی بیماری به ترتیب مربوط به استان‌های کرمان، تهران، خوزستان، مازندران و خراسان رضوی است (۳). این بیماران به علت عود مکرر علایم بیماری، نیازهای درمانی و مراقبتی گسترده‌ای دارند. لذا COPD، بار اقتصادی و اجتماعی زیادی را بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند (۴).

امروزه با هدف کاهش هزینه‌های ناشی از بستری شدن‌های مکرر، کاهش بار مراقبتی مراقبان خانوادگی و همچنین حفظ و ارتقای استقلال سالمند، بر ارایه مراقبت‌های همه‌جانبه ارایه‌دهندگان خدمات سلامت تأکید شده است (۲، ۵ و ۶). فعالیت‌های پیشگیرانه، مراقبتی و درمانی، تغذیه، الگوی مصرف دارو و خدمات توان‌بخشی که توسط کارکنان خدمات سلامت ارایه می‌شود، می‌تواند پیامدهای درمان را بهبود بخشد (۶). در میان افراد تیم درمان، پرستاران بیش از سایر افراد تیم درمان با سالمندان بیمار در ارتباط هستند و نقش‌های متعددی مانند مراقبت بالینی، مشاوره و پیگیری اجرای صحیح درمان و آموزش بیماران را به عهده دارند (۷ و ۸). فعالیت‌های ارتقا دهنده یک جزء ضروری عملکرد پرستاری است که بر توانمندسازی بیمار به منظور انجام رفتارهای دستیابی به سلامت تأکید دارد (۵ و ۹ و ۱۰).

انجام فعالیت‌های پرستاری ارتقا دهنده سلامت می‌تواند پیامدهایی از جمله ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به COPD، ترخیص زودرس، کاهش عوارض ناشی از بستری طولانی مدت، ارتقای انگیزه بیمار جهت همکاری با تیم درمان و مشارکت در رفتارهای مراقبت از خود

(۵، ۷ و ۱۲)، و همچنین افزایش دانش و تغییر نگرش بیمار در زمینه رفتارهای مراقبت از خود را به دنبال داشته باشد (۱۳ و ۱۴). فعالیت‌های ارتقای سلامت همچنین می‌تواند منجر به ارتقای مهارت‌های حرفه‌ای از طریق جستجوی دانش روز، شرکت در کارگاه‌های آموزش مداوم، به اشتراک گذاشتن اطلاعات علمی و ارایه مراقبت مبتنی بر شواهد در جهت افزایش توانمندی و ارتقای سلامت سالمندان شود (۲). با وجود این، نتایج بررسی متون نشان می‌دهد که فعالیت‌های ارتقای سلامت پرستاران برای بیماران جامع نبوده و بیش‌تر بر آموزش توان‌بخشی ریوی (۴، ۵ و ۱۶)، آموزش روش درست مصرف کردن اسپری و یا مواردی که باید بیمار از مواجهه با آن‌ها خودداری کند (مانند قرار نگرفتن در معرض هوای آلوده و دوری از گردوغبار و استعمال دخانیات) تمرکز یافته است (۱۷ و ۱۸) و فعالیت‌هایی مانند ارایه خدمات پیشگیرانه و فعالیت‌های ارتقای سلامت در ابعاد روانی و معنوی کم‌تر توسط پرستاران انجام می‌گیرد (۴ و ۵). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که موانعی مانند نگرش منفی نسبت به بیمار سالمند، کمبود مراکز تخصصی، کمبود امکانات درمانی و نیروی انسانی حرفه‌ای، ارتباط معیوب تیم درمان با سالمند، کمبود وقت (۳)، سختی آموزش به سالمند، وجود بیماری‌های همراه (۵ و ۱۶) باعث شده تا پرستاران نتوانند فعالیت‌های ارتقای سلامت را در مراقبت پرستاری از بیماران سالمند انجام دهند (۲).

به علاوه بیماران مبتلا به COPD نسبت به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن دیگر مانند دیابت، بیماری‌های قلبی، بیماران تحت

نظر گرفتن آلفای  $\alpha = 0.05$ ،  $S^2 = 45$  (واریانس رفتار ارتقا دهنده سلامت) و  $d^2 = 1$  تعداد ۱۸۰ نفر تعیین شد (۱۰ و ۱۰). روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام یافت. برای نمونه‌گیری ۴ بیمارستان از شهر ساری و ۲ بیمارستان از شهر بابل که دارای بخش‌های پذیرش سالمندان مبتلا به COPD بودند و دسترسی به پرستاران دارای سابقه کار با سالمندان COPD در آن‌ها امکان‌پذیر بود، انتخاب شد لیست پرستاران دارای معیارهای ورود به مطالعه در چهارچوب نمونه‌گیری قرار گرفت، سپس به نسبت تعداد پرستاران هر بیمارستان و به تعداد حجم نمونه مورد نیاز، پرستاران به صورت در دسترس از لیست انتخاب شدند. در گام بعدی، با مراجعه به بخش‌ها و برقراری ارتباط با پرستاران انتخاب شده و توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از آنان، نمونه‌گیری انجام گرفت. در صورتی که پرستار مورد نظر تمایل به همکاری نداشت، مجدداً از لیست افراد در چهارچوب نمونه‌گیری، پرستار دیگری به روش در دسترس انتخاب می‌شد. پژوهشگر در پایان نوبت کاری به نمونه‌ها مراجعه و ابزارهای پژوهش را جهت تکمیل در اختیار آنان قرار می‌داد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن مدرک لیسانس پرستاری و بالاتر، شاغل بودن در بخش‌های داخلی، آی‌سی‌یو، سی‌سی‌یو و داشتن یک سال سابقه مراقبت از سالمندان مبتلا به COPD بود. معیار خروج، عدم تمایل به ادامه همکاری با تیم تحقیق بود.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها عبارت بود از:

۱ - پرسشنامه مشخصات فردی و

حرفه‌ای: این پرسشنامه شامل متغیرهای سن،

همودیالیز کمتر مورد توجه افراد تیم درمان و پرستاران قرار دارند. نبود انجمن بیماران مبتلا به COPD در ایران نیز باعث شده است تا این افراد نیاز به توجه بیش‌تری از سوی تیم درمان و پرستاران داشته باشند (۱۵).

این در حالی است که فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت توسط پرستاران برای بیماران در کنترل علائم، بهبود خودمراقبتی، خودمدیریتی و خودکارآمدی آنان و کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی تأثیر دارد. اما با عود مکرر بیماری و بستری شدن‌های مکرر این بیماران در مراکز درمانی مواجه هستیم (۲). در برخی مطالعات، فعالیت‌های پرستاران از برخی جنبه‌های سلامتی و یا برای سایر عرصه‌های بهداشتی (۸، ۹ و ۱۰) بررسی شده است و مطالعه مشابهی در ایران در زمینه فعالیت‌های پرستاری ارتقا دهنده سلامت برای سالمندان مبتلا به COPD انجام نگرفته است. بنابراین مطالعه در زمینه فرهنگی و نظام‌های ارائه‌دهنده خدمات متفاوت می‌تواند به شناسایی شکاف احتمالی در فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت در مراقبت از سالمندان مبتلا به COPD منجر شود. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین فعالیت‌های پرستاری ارتقا دهنده سلامت برای سالمندان مبتلا به COPD انجام گرفته است.

## روش بررسی

این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۹ انجام گرفته است. جامعه آماری شامل پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی مازندران و بابل است. حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه  $n = \frac{Z^2 \delta^2}{d^2}$  و با در

جنس، وضعیت تأهل، محل سکونت، میزان تحصیلات، گرایش فوق لیسانس، بخش محل اشتغال و سابقه کار بود.

۲ - پرسشنامه فعالیت‌های پرستاری ارتقا دهنده سلامت در سالمندان مبتلا به COPD: این پرسشنامه براساس مروری بر متون طراحی شد. بدین منظور کلید واژه‌های فارسی پرستاری، سالمندی، فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت، سالمند مبتلا به COPD و واژه‌های انگلیسی nurses activities for the elder ، COPD ، health promotion aging health promoting ، with COPD behaviors بدون محدودیت زمانی جستجو شد. حاصل بررسی متون، یک مقاله با رویکرد کمی (۶) و ۳ مقاله با رویکرد کیفی (۲، ۱۵، ۱۶) بود. پس از کدگذاری متون، مجموعه گویه‌ها شامل ۶۴ گویه به دست آمد. گویه‌های اولیه پرسشنامه توسط تیم تحقیق چند بار بازنگری شد. در نهایت با ادغام ۶ گویه مشابه، پرسشنامه ۵۸ گویه‌ای تشکیل شد. سپس روایی پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت.

روایی صوری: برای تعیین روایی صوری از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در روش کیفی، ابتدا گویه‌ها در اختیار ۱۰ پرستار دارای معیار ورود به مطالعه قرار گرفت و از آنان درخواست شد تا درباره سطح دشواری، میزان تناسب و ابهام گویه‌ها اظهار نظر کنند. در جلسه‌ای، نظرات این افراد توسط تیم تحقیق بررسی و موارد مورد توافق اصلاح شد. در گام بعدی، روایی صوری کمی با روش تأثیر آیتم بررسی شد. بدین منظور از ۱۰ پرستار (افرادی که در قسمت روایی محتوای صوری دعوت به همکاری شدند) خواسته شد تا

براساس تجارب خود، اهمیت هر گویه را در طیف لیکرت ۵ قسمتی (کاملاً مهم است، تا مهم نیست) مشخص نمایند. این پرستاران، جزء نمونه اصلی مورد بررسی (۱۸۰ نفر) نبودند. در این مطالعه، گویه‌های با نمره تأثیر مساوی یا بالاتر از ۱/۵ حفظ شدند (۱۹). در نهایت ۴ گویه شامل «علایم بیماری و شدت آن‌ها را ارزیابی می‌کنم»، «برای ارزیابی شاخص‌های تنفسی بیمار، اسپیرومتری انجام می‌دهم»، «به بیمار توصیه می‌کنم که یک تست غربالگری انجام دهد»، و «درباره منابع حمایتگر بیمار، اطلاعات کسب می‌کنم»، به دلیل کسب نمره تأثیر کمتر از ۱/۵ حذف شدند.

روایی محتوا: برای تعیین روایی محتوا، نسبت روایی محتوایی (Content Validity Ratio) و شاخص روایی محتوایی (Content Validity Index) بررسی شد:

جهت محاسبه CVR از ۱۲ نفر متخصص (هفت نفر عضو هیأت علمی مدرس در رشته پرستاری سالمندی، ۳ نفر پزشک با تخصص‌های ریه، عفونی، داخلی و دو نفر متخصص سالمندشناسی) خواسته شد تا هر گویه را از نظر ضروری بودن در طیف سه قسمتی (ضروری نیست تا ضروری است) درجه‌بندی کنند. طبق جدول لاوشه، کسب نمره ۰/۶۲ و بیش‌تر، معیار حفظ گویه در نظر گرفته شد (۱۹). در این مرحله، ۳ گویه شامل «در توان‌بخشی ریه به بیمار کمک می‌کنم»، «درباره نقش بیمار در مراقبت از خود، به وی توضیح می‌دهم» و «در صورت نیاز، برنامه مراقبتی مبتنی بر خانواده را تدوین می‌کنم»، به دلیل کسب CVR کمتر از ۰/۶۲ حذف شدند.

جهت بررسی CVI، پرسشنامه به ۱۰ متخصص (همان افرادی که برای تعیین CVR

دعوت به همکاری شدند) داده شد تا در طیف لیکرت ۴ قسمتی (از مربوط نیست تا کاملاً مربوط است) هر گویه را بررسی کنند. در این مطالعه، حداقل مورد قبول CVI، ۰/۷۸ در نظر گرفته شد (۲۰). لذا ۲ گویه شامل «با پزشک متخصص جهت تشخیص و درمان بیماری همکاری می‌کنم» و «بیمار نیازمند دریافت حمایت‌های آموزشی و یا مراقبتی را به سوپروایزر آموزشی معرفی می‌کنم»، به دلیل کسب نمره کمتر از ۰/۷۸ حذف شدند.

پایایی: به منظور تعیین پایایی پرسشنامه فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه محاسبه شد. مقدار قابل قبول آلفا، ۰/۷ توصیه می‌شود (۱۹). برای بررسی ثبات گویه‌های پرسشنامه، از روش آزمون-بازآزمون و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. ابزار در فاصله دو هفته‌ای برای تکمیل در اختیار ۲۰ پرستار قرار داده شد. این پرستاران، جزء نمونه اصلی مورد بررسی نبودند. نتایج نشان داد که همسانی درونی برای کل پرسشنامه معادل ۰/۸۵ و برای ابعاد پرسشنامه بین ۰/۹۰-۰/۶۵ است و توافق معناداری بین نمرات آزمون اول و دوم ( $p < 0/001$ ) وجود داشت. در نهایت پرسشنامه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت پرستاران برای سالمندان مبتلا به COPD با ۸ بعد شامل بررسی (۱۷ گویه)، برنامه‌ریزی/مراقبت (۸ گویه)، آموزش خودمراقبتی (۱۵ گویه)، ترک سیگار/مواد مخدر (۴ گویه)، همکاری با تیم درمان (۲ گویه)، حمایت اجتماعی/خانواده (۳ گویه)، خودتوانمندسازی و رفتارهای پیشگیرانه (۳ گویه) به دست آمد. مقیاس اندازه‌گیری در این پرسشنامه ۵۵ گویه‌ای، لیکرت پنج قسمتی (همیشه=۵ تا

هرگز=۱) است. محدوده نمرات ابعاد بررسی (۸۵-۱۷)، برنامه‌ریزی (۴۰-۸)، آموزش خودمراقبتی (۷۵-۱۵)، ترک سیگار (۲۰-۴)، همکاری با تیم درمان (۱۰-۲)، حمایت اجتماعی (۱۵-۳)، خودتوانمندسازی (۱۵-۳) و نمره کل پرسشنامه در محدوده ۲۷۵-۵۵ به دست آمد. نمرات کمتر نشان‌دهنده رفتارهای ضعیف و نمرات بالاتر بیانگر رفتارهای ارتقای سلامت بهتر است.

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل به شماره R.MUBABOL.HRI.REC.1398.335 تأیید شده است. جهت جمع‌آوری داده‌ها، پس از اخذ مجوز از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی بابل و مراجعه به محیط‌های پژوهش و انتخاب نمونه‌های واجد شرایط مطالعه، با توضیح اهداف برای نمونه‌ها، نمونه‌گیری انجام گرفت. قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها، رضایت کتبی از نمونه‌ها کسب شد. امکان کناره‌گیری نمونه‌ها در هر زمان از مطالعه فراهم شد. در این مطالعه اصل رازداری و امکان انصراف از ادامه همکاری با تیم تحقیق رعایت شد.

اطلاعات جمع‌آوری شده در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و با آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس و رگرسیون چندگانه تحلیل شد. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف و از آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌ها استفاده شد. سطح معناداری کمتر از ۵٪ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

براساس نتایج، میانگین و انحراف معیار سنی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه

در گروه سنی بین ۲۵ تا ۳۵ سال بودند و ۸۴/۴٪ نمونه‌ها زن و ۷۰/۶٪ متأهل بودند. از لحاظ محل زندگی ۸۸/۹٪ پرستاران در شهر ساکن بودند. سایر مشخصات مشارکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ ارایه شده است.

به منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای کمی، ابتدا از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. از آن جا که مقدار آماره آزمون در تمامی متغیرها بالاتر از مقدار خطای ۰/۰۵ است، بنابراین فرض نرمال بودن تأیید شد.

نتایج نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار نمره کل فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت معادل  $197/10 \pm 37/90$  است. همچنین بیش‌ترین میانگین فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت، مربوط به فعالیت‌های «تغییر وضعیت بیمار در زمان تشدید علایم» با میانگین نمرات  $4/53 \pm 2/02$  و «رعایت ایزولاسیون معکوس در هنگام مراقبت از بیمار» با میانگین  $4/34 \pm 0/88$  بود. کم‌ترین میانگین نمره نیز مربوط به فعالیت‌های «ارجاع بیماران سیگاری به کلینیک ترک سیگار» با میانگین  $2/53 \pm 1/97$  و «ارجاع بیماران سوء مصرف‌کننده مواد به کلینیک ترک مواد» با میانگین  $2/54 \pm 1/87$  بود (جدول شماره ۲).

نتایج نشان داد، بین ابعاد فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت ارتباط مثبت و قوی وجود دارد ( $p < 0/01$ ) و بیش‌ترین ارتباط بین بعد حمایت اجتماعی/خانواده و همکاری با تیم درمان بوده است ( $r = 0/85$ ) (جدول شماره ۳). نتایج نشان داد بین فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت با محل اشتغال ارتباط آماری معناداری وجود داشته است ( $p < 0/05$ ). به طوری که

میانگین نمره فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت در پرستاران شاغل در بخش CCU نسبت به سایر بخش‌ها بالاتر بود. نتایج نشان داد که میانگین فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت در بعد بررسی در زنان بیش‌تر از مردان و در پرستاران مجرد بیش‌تر از افراد متأهل بوده است ( $p < 0/05$ ). همچنین میانگین نمره فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت در بعد حمایت اجتماعی/خانوادگی در پرستاران بالای ۳۵ سال نسبت به سایر گروه‌های سنی بالاتر بود.

برای بررسی تأثیر همزمان متغیرهای مؤثر بر فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت از رگرسیون چندگانه به روش گام به گام (Method Stepwise) استفاده شد. در ابتدا پیش‌فرض‌های مدل رگرسیون جهت بررسی آزمون رگرسیون چندگانه مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد، سطح معناداری آزمون کولموگراف-اسمیرنوف با مقدار  $1/079$  (بیش‌تر از  $0/05$ ) حاکی از نرمال بودن باقی‌مانده‌های مدل است، آماره دوربین واتسون با مقدار  $2/025$  (بین  $1/5$  تا  $2/5$ ) نشان از استقلال باقیمانده‌ها در مدل دارد. همچنین جهت بررسی هم‌خطی بین متغیرهای مستقل از شاخص‌های عامل تورم واریانس (VIF) و شاخص تولرانس (Tolerance) بهره گرفته شد و با توجه به این که مقادیر شاخص VIF کوچک‌تر از  $10$  و شاخص تولرانس بیش از  $0/1$  بوده در نتیجه مشکل هم‌خطی بین متغیرهای مستقل مشاهده نشد. همچنین به منظور بررسی همسانی واریانس‌های باقیمانده‌ها از نمودار پراکنش آماری استفاده شد که پس از رسم نمودار روندی در نمودار حاصل که نشان از

همسانی واریانس باقیمانده‌های مدل باشد مشاهده نگردید. بنابراین همه شرایط مدل رگرسیون برقرار بوده و می‌توان از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده کرد. متغیرهای مستقل (ابعاد فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت) در ۸ مدل وارد شدند. آموزش خودمراقبتی در مدل اول وارد شد و ۶۸٪ از تغییرات کل فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت را تبیین کرد. همچنین به ترتیب در مدل‌های ۲ تا ۸ ابعاد بررسی، برنامه‌ریزی/مراقبت، حمایت اجتماعی/خانوادگی، خودتوانمندسازی، ترک

سیگار/مواد مخدر، مراقبت‌های پیشگیرانه و همکاری با تیم درمان وارد مدل شدند و در نهایت، این ابعاد، ۸۹٪ از تغییرات کل فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت را تبیین کردند. ابعاد «آموزش خودمراقبتی» و «بررسی» به ترتیب با ضریب بتای استاندارد ۰/۳۲ و ۰/۳۱، بالاترین تأثیر رگرسیونی را روی فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت داشتند. بدین معنی که با یک واحد افزایش در این ابعاد، به ترتیب ۳۲ و ۳۱ واحد افزایش در فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت ایجاد می‌شود (جدول شماره ۴).

**جدول ۱- مشخصات فردی و حرفه‌ای پرستاران شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی مازندران و بابل، سال ۱۳۹۹ (n=۱۸۰)**

| متغیر                  | تعداد        | درصد         |
|------------------------|--------------|--------------|
| جنس                    | مرد          | ۲۸           |
|                        | زن           | ۱۵۲          |
| سن (سال)               | <۲۵          | ۱۵           |
|                        | ۲۵-۳۵        | ۹۵           |
|                        | >۳۵          | ۷۰           |
| انحراف معیار ± میانگین |              | ۲۴/۵۸ ± ۸/۰۵ |
| وضعیت تأهل             | مجرد         | ۵۳           |
|                        | متأهل        | ۱۲۷          |
| محل زندگی              | شهر          | ۱۶۰          |
|                        | روستا        | ۲۰           |
| سطح تحصیلات            | لیسانس       | ۱۵۶          |
|                        | فوق لیسانس   | ۲۴           |
| گرایش فوق لیسانس       | داخلی-جراحی  | ۷            |
|                        | بهداشت جامعه | ۴            |
|                        | ویژه         | ۹            |
|                        | بهداشت روان  | ۴            |
| محل اشتغال             | RCU          | ۱۳           |
|                        | بخش داخلی    | ۲۳           |
|                        | CCU          | ۴۵           |
|                        | POST CCU     | ۱۹           |
|                        | ICU          | ۸۰           |
| سابقه کار (سال)        | <۵           | ۴۱           |
|                        | ۵-۱۰         | ۵۰           |
|                        | ۱۱-۱۵        | ۴۸           |
|                        | ۱۶-۲۰        | ۱۴           |
|                        | >۲۰          | ۲۷           |

**جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت و ابعاد آن در پرستاران شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی مازندران و بابل، سال ۱۳۹۹ (n=۱۸۰)**

| میانگین و انحراف معیار | فعالیت‌ها  | ابعاد                           |
|------------------------|--|---------------------------------|
| ۳/۵۳±۱/۱۱              | تقارن حرکات قفسه سینه و الگوی تنفس بیمار (سرعت، ریتم و عمق تنفس) را بررسی می‌کنم.                          | بررسی                           |
| ۳/۵۴±۱/۵۸              | دریاره علایم ذهنی بیماری مانند احساس بی‌نفسی، تنگی نفس سؤال می‌کنم.  |                                 |
| ۳/۷۷±۱/۰۸              | علایم بیماری مانند سیانوز، برجستگی و احتقان ورید گردنی و ادم محیطی را بررسی می‌کنم.                        |                                 |
| ۳/۶۳±۱/۵۴              | اختلالات خواب را در بیمار بررسی می‌کنم.  |                                 |
| ۳/۵۳±۱/۵۵              | بیمار را از نظر وجود عوارض بیماری (عقوت تنفسی و آتلکتازی) بررسی می‌کنم.                                    |                                 |
| ۳/۹۲±۰/۸۸              | نتایج آزمایش‌های بیمار را پیگیری می‌کنم.   |                                 |
| ۳/۸۹±۱/۵۶              | سیک زندگی بیمار (تغذیه، فعالیت فیزیکی، مقابله با استرس، مصرف دخانیات و ...) را بررسی می‌کنم.               |                                 |
| ۳/۸۲±۱/۷۵              | بیماری‌های همراه با COPD را ارزیابی می‌کنم.  |                                 |
| ۳/۶۴±۰/۳۴              | نحوه استفاده از وسایل کمک تنفسی در منزل را بررسی می‌کنم.   |                                 |
| ۴/۰۸±۱/۶۵              | دلایل تغییر وضعیت سلامتی (دلیل بستری شدن) را بررسی می‌کنم.   |                                 |
| ۴/۲۹±۱/۰۱              | شاخص توده بدنی را محاسبه و ثبت می‌کنم.   |                                 |
| ۳/۸۵±۰/۸۷              | وضعیت خلقی بیمار را بررسی می‌کنم.  |                                 |
| ۳/۹۰±۱/۲۳              | عملکرد روزانه بیمار را ارزیابی می‌کنم.   |                                 |
| ۳/۸۷±۱/۴۶              | وضعیت شناختی بیمار را ارزیابی می‌کنم.  |                                 |
| ۴/۲۱±۱/۲۳              | سابقه مصرف سیگار و مواد مخدر را بررسی می‌کنم.  |                                 |
| ۳/۷۷±۰/۷۷              | تبعیت بیمار از رژیم درمانی (رژیم غذایی، رژیم دارویی، بازتوانی و ...) را بررسی می‌کنم.                      |                                 |
| ۳/۵۱±۰/۵۱              | سیستم‌های حمایتی بیمار (حمایت مراقبتی، مالی، عاطفی، روانی و ...) را ارزیابی می‌کنم.                        |                                 |
| ۶۴/۷۵±۱۱/۴۴            | کل   |                                 |
| ۳/۲۸±۱/۲۳              | از مستندات مبتنی بر شواهد برای برنامه‌ریزی خدمات به بیمار استفاده می‌کنم.                                  | برنامه ریزی/مراقبت              |
| ۳/۲۸±۱/۳۱              | بیمار و خانواده وی را در فرآیند تشخیص و درمان مشارکت می‌دهم.   |                                 |
| ۳/۶۳±۰/۷۶              | اثرات جانبی داروهای تجویز شده را بررسی می‌کنم.   |                                 |
| ۳/۸۱±۱/۷۷              | شرایط توان‌بخشی ریه (رسورکتار تخت بیمار، دادن یوزیشن مناسب و ضربه زدن به پشت بیمار) را فراهم می‌کنم.       |                                 |
| ۳/۵۶±۱/۸۵              | حریم بیمار را در زمان سرفه و یا خروج ترشحات حفظ می‌کنم.  |                                 |
| ۳/۶۷±۰/۳۴              | بیماری‌های همراه با COPD را مدیریت می‌کنم.   |                                 |
| ۴/۵۳±۰/۰۲              | یوزیشن بیمار را در زمان تشدید علایم، به وضعیت نیمه نشسته یا نشسته تغییر می‌دهم.                            |                                 |
| ۳/۹۲±۱/۷۸              | در زمان ترخیص، جهت رفع مشکلات احتمالی مرتبط با خودمراقبتی، شماره تلفن در اختیار بیمار/خانواده قرار می‌دهم. |                                 |
| ۲۸/۸۵ ± ۶/۴۶           | کل   |                                 |
| ۳/۴۵±۰/۲۱              | اطلاعات بیمار را قبل از شروع برنامه آموزشی، بررسی می‌کنم.  |                                 |
| ۳/۴۱±۰/۷۸              | دریاره ماهیت COPD برای بیمار توضیح می‌دهم.   |                                 |
| ۳/۴۶±۰/۹۸              | دریاره نقش بیمار در مراقبت از خود، به وی توضیح می‌دهم.   |                                 |
| ۳/۸۸±۰/۵۶              | دریاره نحوه تغییر سبک زندگی ناسالم به بیمار آموزش می‌دهم.  |                                 |
| ۳/۷۷±۰/۸۹              | جهت استفاده از وسایل کمک تنفسی در منزل به سالمند آموزش می‌دهم.   |                                 |
| ۳/۹۱±۰/۹۸              | به بیمار در مورد گزارش به موقع علایم عفونت (تب، تغییر رنگ خلط و ...) آموزش می‌دهم.                         |                                 |
| ۳/۴۷±۰/۳۳              | علاوه بر سالمند، رفتارهای مراقبت از خود را به افراد خانواده نیز آموزش می‌دهم.                              |                                 |
| ۳/۰۲±۱/۰۲              | برای آموزش از وسایل کمک آموزشی (مانند پمفلت، کتابچه، CD، فیلم آموزشی و ...) استفاده می‌کنم.                |                                 |
| ۳/۶۰±۰/۶۷              | دریاره ضرورت تزریق واکسن آنفولانزا یا پنومونی در زمان مناسب به بیمار آموزش می‌دهم.                         |                                 |
| ۳/۸۰±۰/۶۵              | دریاره احتیاط از هوای آلوده و دوری از افراد مبتلا به بیماری‌های عفونی، واگیردار آموزش می‌دهم.              |                                 |
| ۳/۷۸±۱/۱۲              | راهکارهای کاهش خستگی را به بیمار آموزش می‌دهم.   |                                 |
| ۳/۶۶±۰/۵۷              | دریاره عدم اشتغال در مشاغل پرخطر به بیمار توضیح می‌دهم.  |                                 |
| ۳/۶۹±۱/۲۴              | دریاره روش انجام توان‌بخشی ریوی (تنفس شکمی و لب‌نچنه‌ای) به بیمار آموزش می‌دهم.                            |                                 |
| ۳/۴۹±۰/۹۷              | به دلیل احتمال فراموشی، مطالب آموزش داده شده، آموزش‌ها را تکرار می‌کنم.                                    |                                 |
| ۳/۳۲±۱/۱۱              | قبل از ترخیص، یادگیری رفتارهای مراقبت از خود را بررسی می‌کنم.  |                                 |
| ۵۳/۶۸ ± ۱۲/۲۵          | کل   |                                 |
| ۳/۶۸±۰/۲۷              | حساسیت بیمار را نسبت به خطرات مصرف سیگار بالا می‌برم.  | ترک سیگار/مواد مخدر             |
| ۳/۷۴±۰/۸۷              | راهکارهای ترک سیگار را به بیماران سیگاری آموزش می‌دهم.   |                                 |
| ۳/۵۳±۱/۹۷              | بیماران سیگاری را به کلینیک ترک سیگار معرفی می‌کنم.  |                                 |
| ۳/۵۴±۱/۸۷              | بیمار سوء مصرف‌کننده مواد (مانند تریاک، شیره و ...) را به کلینیک ترک ارجاع می‌دهم.                         |                                 |
| ۱۱/۴۸ ± ۴/۵۱           | کل   |                                 |
| ۳/۲۹±۱/۸۷              | دریاره طرح مراقبت با سایر افراد تیم درمان (پزشک، فیزیوتراپ و ...) بحث و تبادل نظر می‌کنم.                  | همکاری با تیم درمان             |
| ۳/۴۸ ± ۱/۸۸            | مشکلات مراقبتی را با کمک سایر افراد تیم درمان حل می‌کنم.   |                                 |
| ۶/۷۶ ± ۱/۸۹            | کل   |                                 |
| ۳/۶۷±۱/۸۸              | بیمار نیازمند دریافت حمایت اجتماعی را شناسایی و به مددکار اجتماعی معرفی می‌کنم.                            | حمایت اجتماعی/خانواده           |
| ۳/۳۹±۱/۸۸              | نیازهای بیمار در ابعاد مختلف جسمی، روحی و روانی را برای مراقبان خانوادگی تبیین می‌کنم.                     |                                 |
| ۳/۴۳±۱/۸۸              | سیستم‌های ارایه‌دهنده خدمات در منزل را به بیمار و خانواده وی معرفی می‌کنم.                                 |                                 |
| ۱۰/۴۹ ± ۲/۷۲           | کل   |                                 |
| ۳/۳۴±۱/۱۲              | با جستجو از منابع علمی، اطلاعاتم را برای مراقبت از سالمند مبتلا به COPD افزایش می‌دهم.                     | خودتوانمندسازی                  |
| ۳/۰۶±۱/۲۶              | در همایش‌های مرتبط با COPD شرکت می‌کنم.  |                                 |
| ۳/۴۵±۰/۸۸              | در برنامه‌های ضمن خدمت با موضوع COPD شرکت می‌کنم.  |                                 |
| ۹/۷۵ ± ۲/۷۵            | کل   |                                 |
| ۳/۸۴±۰/۸۴              | محرك‌های تنفسی (مانند خوشبوکننده‌ها، گل‌های معطر و ...) را کاهش می‌دهم.                                    | مراقبت‌های پیشگیرانه            |
| ۳/۳۱±۱/۵۶              | برحسب شرایط یا نیاز بیمار، جهت پیگیری‌های بعد از ترخیص، برنامه‌ریزی می‌کنم.                                |                                 |
| ۴/۳۴±۰/۸۸              | در زمان مراقبت از بیمار، ایژولاسیون معکوس را رعایت می‌کنم.   |                                 |
| ۱۱/۴۸ ± ۲/۳۱           | کل   |                                 |
| ۱۹۷/۱۰ ± ۳۷/۹۰         | -----  | کل فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت |



**جدول ۳- ضریب همبستگی بین حیطه‌های فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت در پرستاران شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی مازندران و بابل، سال ۱۳۹۹ (n=۱۸۰)**

| ۹ | ۸     | ۷     | ۶     | ۵     | ۴     | ۳     | ۲     | ۱     |                          |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------------|
|   |       |       |       |       |       |       |       | ۱     | ۱. بررسی                 |
|   |       |       |       |       |       |       | ۱     | ۰/۷۱۹ | ۲. برنامه‌ریزی/مراقبت    |
|   |       |       |       |       |       | ۱     | ۰/۷۸۹ | ۰/۶۸۱ | ۳. آموزش خودمراقبتی      |
|   |       |       |       |       | ۱     | ۰/۷۳۱ | ۰/۶۷۵ | ۰/۵۹۴ | ۴. ترک سیگار/مواد مخدر   |
|   |       |       |       | ۱     | ۰/۶۵۱ | ۰/۷۱۶ | ۰/۶۵۳ | ۰/۶۵۳ | ۵. همکاری با تیم درمان   |
|   |       |       | ۱     | ۰/۸۵۶ | ۰/۷۱۰ | ۰/۷۶۱ | ۰/۶۷۰ | ۰/۶۲۴ | ۶. حمایت اجتماعی/خانواده |
|   |       | ۱     | ۰/۵۶۶ | ۰/۵۷۷ | ۰/۴۵۵ | ۰/۶۱۴ | ۰/۵۴۶ | ۰/۴۳۱ | ۷. خودتوانمندسازی        |
|   | ۱     | ۰/۶۲۵ | ۰/۶۱۱ | ۰/۶۱۰ | ۰/۵۱۳ | ۰/۷۰۶ | ۰/۶۲۳ | ۰/۶۱۸ | ۸. مراقبت‌های پیشگیرانه  |
| ۱ | ۰/۷۶۲ | ۰/۶۵۴ | ۰/۸۲۸ | ۰/۸۰۸ | ۰/۷۹۸ | ۰/۹۲۸ | ۰/۸۸۲ | ۰/۸۶۱ | ۹. کل                    |

**جدول ۴- مدل نهایی (هشتمین مدل) رگرسیونی تأثیر متغیرهای مستقل (ابعاد فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت) بر متغیر وابسته (فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت) در پرستاران شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی مازندران و بابل، سال ۱۳۹۹ (n=۱۸۰)**

| فاصله اطمینان ۹۵٪ | حد پایین | حد بالا | p-value | آماره t | خطای استاندارد | ضریب بتا (β) |                        | متغیر |
|-------------------|----------|---------|---------|---------|----------------|--------------|------------------------|-------|
|                   |          |         |         |         |                | استاندارد    | غیراستاندارد           |       |
| ۶/۴۲              | ۰/۷۰۳    | ۰/۰۱۵   | ۲/۴۵    | ۱/۴۴    | -              | ۳/۵۶         | ضریب ثابت              |       |
| ۱/۰۲۲             | ۰/۹۷     | < ۰/۰۰۱ | ۸۳/۸۶   | ۰/۰۱۲   | ۰/۳۲           | ۰/۹۹         | آموزش خودمراقبتی       |       |
| ۱/۰۴۵             | ۱/۰۰۷    | < ۰/۰۰۱ | ۱۰۸/۶۷  | ۰/۰۰۹   | ۰/۳۱۰          | ۱/۰۲۶        | بررسی                  |       |
| ۱/۰۴۲             | ۰/۹۶     | < ۰/۰۰۱ | ۵۱/۴۷   | ۰/۰۱۹   | ۰/۱۷۱          | ۱/۰۰۴        | برنامه‌ریزی/مراقبت     |       |
| ۱/۵۵              | ۱/۳۸     | < ۰/۰۰۱ | ۳۳/۹۷   | ۰/۰۴۳   | ۰/۱۰۶          | ۱/۴۶         | حمایت اجتماعی/خانوادگی |       |
| ۱/۱۳              | ۰/۹۹     | < ۰/۰۰۱ | ۳۰/۶۶   | ۰/۰۳۵   | ۰/۰۷۷          | ۱/۰۶۳        | خودتوانمندسازی         |       |
| ۱/۰۵۷             | ۰/۹۶۰    | < ۰/۰۰۱ | ۴۱/۲۱   | ۰/۰۲۴   | ۰/۱۲۰          | ۱/۰۰۹        | ترک سیگار/مواد مخدر    |       |
| ۱/۱۱۳             | ۰/۹۲۸    | < ۰/۰۰۱ | ۲۱/۸۳   | ۰/۰۴۷   | ۰/۰۶۲          | ۱/۰۲۰        | مراقبت‌های پیشگیرانه   |       |
| ۱/۱۱              | ۰/۹۰۵    | < ۰/۰۰۱ | ۱۹/۲۷   | ۰/۰۳۸   | ۰/۰۵۷          | ۱/۰۱۵        | همکاری با تیم درمان    |       |

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که میانگین نمره فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت در بیمارستان‌های مورد مطالعه بالاتر از سطح متوسط بوده است (کسب نمره  $۱۹۷/۱۰ \pm ۳۷/۹۰$  از نمره قابل کسب ۲۷۵). نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Poitras و همکاران مطابقت دارد. در این مطالعه، فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت پرستاران در مراقبت از بیماران مبتلا به

COPD در سطح خوب گزارش شده است (۱۰). از اهداف پرستاری در مراقبت از سالمندان مبتلا به COPD، کاهش احتمال بستری مجدد، کاهش هزینه‌های درمان، کاهش وابستگی سالمند و افزایش توان مراقبت از خود است. برای دستیابی به این اهداف لازم است تا پرستاران، سطح دانش و عملکرد خود را در مراقبت از این گروه از بیماران ارتقا بخشند (۷). نیازسنجی آموزش توسط سوپروایزران

آموزشی در زمینه نحوه مراقبت از سالمندان مبتلا به COPD، می‌تواند به مشخص شدن شکاف عملکردی پرستاران در ارایه مراقبت به این افراد منجر شود. همچنین می‌تواند برنامه‌های آموزش ضمن خدمت این افراد را هدایت نماید.

نتایج نشان داد که در بعد «بررسی»، کم‌ترین میانگین نمره مربوط به رفتار «سیستم‌های حمایتی بیمار (حمایت مراقبتی، مالی، عاطفی، روانی و ...) را ارزیابی می‌کنم» بود. این یافته ممکن است به این دلیل باشد که نیازهای بعد از ترخیص بیماران سالمند کمتر مورد توجه پرستاران قرار دارد. این در حالی است که سالمندان مبتلا به COPD به دلیل ماهیت مزمن بیماری به حمایت‌های مراقبتی، مالی و عاطفی وسیعی از طرف سیستم‌های حمایتی موجود در جامعه و خانواده نیاز دارند (۱۰). پرستاران می‌توانند بیماران سالمند را به سیستم‌های حمایتی اجتماعی ارجاع داده و در زمان بستری، آموزش‌هایی را جهت تبیین نیازهای همه جانبه بیمار به خانواده و به ویژه مراقبان آنان ارایه دهند.

نتایج نشان داد که میانگین نمره فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت در بعد «خودتوانمندسازی» در مقایسه با سایر ابعاد پایین است. این یافته ممکن است به این دلیل باشد که کار در بخش‌های مراقبت ویژه مانند ICU و CCU فرصت شرکت در برنامه‌های آموزش ضمن خدمت توسط پرستاران را محدود می‌سازد. همچنین ممکن است موضوعات آموزش ضمن خدمت و یا سمینارها برای پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه، بیش‌تر بر موضوعاتی مانند مشکلات قلبی و کار با تجهیزات از قبیل ونتیلاتور

و ... متمرکز باشد. این در حالی است که یکی از راهکارهای مهم در ارتقای کیفیت مراقبت از سالمندان مبتلا به COPD، برخورداری پرستاران از دانش، نگرش و عملکرد خوب در زمینه رفع نیازهای مراقبتی این گروه از بیماران است (۶). این یافته با نتایج مطالعه Dobrowolska و همکاران همخوان نیست. در مطالعه Dobrowolska، ۴۰٪ از پرستاران بیمارستان و ۹/۵٪ از پرستاران کلینیک در برنامه‌های توانبخشی ریوی جهت توانمندسازی خود شرکت کرده بودند (۶). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که چالش‌های متعدد ناشی از ابتلا به COPD، سالمند بودن و بیماری‌های مزمن همراه موجب شده است تا حیطه مراقبتی این افراد وسیع گردد (۱۶ و ۲). لذا لازم است تا مداخلاتی جهت افزایش دانش پرستاران صورت گیرد. تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی براساس نیازهای مراقبتی سالمندان مبتلا به COPD و فراهم کردن فرصت شرکت پرستاران در کنفرانس‌ها، کارگاه‌ها و سمینارهای مرتبط و همچنین دسترسی آنان به منابع به روز و جامع می‌تواند به توانمندی آنان در ارایه خدمات همه جانبه به بیماران کمک نماید.

نتایج نشان داد که فعالیت «ارجاع بیماران سیگاری و بیماران سوء مصرف‌کننده مواد به مراکز ترک»، کم‌ترین میانگین نمره را به خود اختصاص داده است. این یافته ممکن است به این دلیل باشد که در محیط پژوهش حاضر، کلینیک‌های اختصاصی برای ترک سیگار وجود ندارد. علاوه بر این، سالمند بودن نمونه‌ها و ترس از عوارض ترک مواد مخدر، عدم توانایی ارایه مشاوره به این گروه از بیماران و باور به

مصرف مواد و دخانیات قرار می‌دهند. یافته‌های مطالعه Dobrowolska و همکاران، نشان داد که مشاوره ترک سیگار به بیماران مبتلا به COPD توسط ۶۹٪ از پرستاران کلینیک و بخش‌ها انجام گرفته است (۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت در زنان پرستار بیش‌تر از مردان بوده است. این یافته ممکن است به این دلیل باشد که ۸۴/۴٪ از نمونه‌های مطالعه حاضر زن بودند. این یافته با نتایج مطالعه Dobrowolska و همکاران، مطابقت دارد (۶).

نتایج نشان داد که پرستاران مجرد بیش‌تر از پرستاران متأهل، فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت را در مراقبت از سالمندان مبتلا به COPD داشته‌اند. دلیل این یافته ممکن است به داشتن فرصت برای ارتقای دانش و عملکرد در مراقبت از این گروه از سالمندان در پرستاران مجرد مرتبط باشد.

نتایج حاصل از رگرسیون چندگانه نشان داد که بعد «آموزش خودمراقبتی»، بالاترین تأثیر رگرسیونی را روی فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت داشته است. آموزش خودمراقبتی به سالمند مبتلا به COPD و مراقبان خانوادگی وی در زمان بستری در بیمارستان و به ویژه در زمان ترخیص می‌تواند به استقلال بیمار، کاهش هزینه‌های درمان، کاهش تعداد بستری‌های مجدد و کاهش عوارض بیماری منجر شود (۵ و ۲). یافته‌های مطالعه Dobrowolska و همکاران نشان داد که ۶۶/۶٪ از پرستاران شاغل در کلینیک و ۷۶/۸٪ پرستاران شاغل در بیمارستان، آموزش‌هایی را با هدف ارتقای سلامت به بیماران مبتلا به COPD ارائه داده‌اند (۶).

این که رایج مشاوره درباره ترک سیگار و مواد مخدر از وظایف روان‌شناس است، ممکن است از دلایل عدم تمایل پرستاران به ارجاع سالمندان به مراکز ترک سیگار و مواد مخدر موجود در جامعه مانند مراکز درمان نگه‌دارنده با متادون، کمپ و NA و عدم رایج مشاوره در این خصوص باشد. نتایج مطالعه سهرابی و همکاران نشان می‌دهد که یکی از دلایل عدم تمایل پرستاران به ارائه خدمات به افراد سالمند سوء مصرف‌کننده مواد مخدر، ترس از عوارض ترک، دیدگاه منفی نسبت به سالمندی و باور نادرست نسبت به پیامدهای مثبت مصرف مواد در سالمندان است (۲۱). مصرف مواد مخدر و دخانیات به دلیل پیامدهای بسیار وسیعی که بر عملکرد ریوی دارد، می‌بایست توسط پرستاران در زمان پذیرش سالمندان مبتلا به COPD در بیمارستان‌ها و یا کلینیک‌ها بررسی شود و اقدامات لازم با هدف ارتقای سلامت این افراد صورت گیرد (۱۱). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که رایج‌دهندگان خدمات سلامت به ویژه پرستاران، نقش عمده‌ای را در تغییر سبک زندگی بیماران برعهده دارند. لذا عملکرد آن‌ها در زمینه تغییر سبک زندگی غیربهداشتی این افراد می‌تواند پیامدهای درمان را اثربخش کرده و همچنین طول عمر و کیفیت زندگی بیماران را ارتقا دهند (۱۰، ۱۸، ۲۴-۲۲). سالمندان مبتلا به COPD به دلیل مشکلات ناشی از بیماری ریوی و یا سایر بیماری‌های مزمن همراه به دفعات متعدد در بیمارستان بستری می‌شوند و فرصت بسیار خوبی را در اختیار پرستاران جهت ارائه فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت به ویژه در زمینه عوارض

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش یک واحد در بعد «بررسی»، ۳۱ واحد افزایش در فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت ایجاد می‌شود. بررسی جامع در زمان پذیرش سالمند در بیمارستان و یا بررسی روزانه وی توسط پرستاران منجر به اقدامات مبتنی بر شواهد توسط پرستاران شده، زمان بستری بیمار در مراکز درمانی را کاهش و کیفیت مراقبت‌های پرستاری را ارتقا می‌دهد (۶).

به طور کلی در این مطالعه سطح فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت بالاتر از حد متوسط بوده است. با این حال مدیران پرستاری می‌توانند با ایجاد و افزایش انگیزه در پرستاران به منظور توسعه فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت، به افزایش بقا و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به COPD کمک کنند. تشویق پرستاران به جستجوی اطلاعات به روز و گزارش فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت در جلسات گروهی، می‌تواند به توانمندی پرستاران در مراقبت از سالمندان مبتلا به COPD کمک کند. به علاوه نیاز است مداخلات آموزشی به ویژه برای پرستاران مرد و متأهل از طریق برنامه‌های آموزش ضمن خدمت و کنفرانس‌های داخل بخشی به منظور ارتقای دانش و صلاحیت حرفه‌ای آنان در تمامی ابعاد نیازهای مراقبتی سالمندان مبتلا به COPD به ویژه در بعد رفتارهای مشاوره‌ای و آموزش ترک سیگار صورت گیرد. از نقاط قوت مطالعه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. طراحی و بررسی شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه «فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت».

۲. توصیف فعالیت‌هایی که توسط پرستاران در مراقبت از سالمندان مبتلا به COPD در زمینه فرهنگی و نظام‌های رایج دهنده خدمات درمانی متفاوت از سایر کشورهای جهان به منظور ارتقای سلامت بیمار صورت می‌گیرد.

اما، از سوی دیگر پرسشنامه فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت، یک ابزار خودگزارش‌دهی است و این می‌تواند یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر باشد. به علاوه تفاوت در سطح دانش پرستاران با سطح تحصیلات کارشناسی با کارشناسی ارشد ممکن است بر نتایج مطالعه تأثیرگذار باشد.

نمونه‌های مطالعه، از بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران دعوت به همکاری شدند. لذا لازم است تا مطالعه‌ای در مورد فعالیت‌های پرستاری ارتقا دهنده سلامت در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های خصوصی و یا غیرآموزشی صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که مطالعه‌ای، با روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی برای تعیین روایی ساختاری پرسشنامه استفاده شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی و طرح مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل و کلیه عزیزان شرکت‌کننده در مطالعه تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

## References

- 1 - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD. Available at: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14Nov2018-WMS.pdf>. 2019.
- 2 - Fotokian Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Fallahi-Khoshknab M, Pourhabib A. The empowerment of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease: managing life with the disease. *PLoS One*. 2017 Apr 3; 12(4): e0174028. doi: 10.1371/journal.pone.0174028.
- 3 - Sharifi H, Ghanei M, Jamaati H, Masjedi MR, Aarabi M, Sharifpour A, et al. Burden of obstructive lung disease study in Iran: first report of the prevalence and risk factors of COPD in five provinces. *Lung India*. 2019 Jan-Feb; 36(1): 14-19. doi: 10.4103/lungindia.lungindia\_129\_18.
- 4 - Mirbagher Ajorpaz N, Memarian R. [The effects of rehabilitation techniques on the pulmonary function tests in moderate severity COPD patients]. *Quarterly of the Horizon of Medical Sciences (HMS)*. 2009; 14(4): 19-25. (Persian)
- 5 - Jafari Shirvani N, Ghaffari F, Fotokian Z, Monadi M. Association between perceived family social support and self-care behaviors in elders with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a medical center-based study from Iran. *The Open Nursing Journal*. 2020; 14: 1-7. doi: 10.2174/1874434602014010001.
- 6 - Dobrowolska B, Mazurek H, Slusarska B, Zarzycka D, Charzynska-Gula M, Cuber T. Health-promoting activities performed by nurses for patients with COPD. *Pneumonol Alergol Pol*. 2014; 82(2): 125-32. doi: 10.5603/PiAP.2014.0018.
- 7 - Verbrugge R, de Boer F, Georges JJ. Strategies used by respiratory nurses to stimulate self-management in patients with COPD. *J Clin Nurs*. 2013 Oct; 22(19-20): 2787-99. doi: 10.1111/jocn.12048.
- 8 - Kemppainen V, Tossavainen K, Turunen H. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promot Int*. 2013 Dec; 28(4): 490-501. doi: 10.1093/heapro/das034.
- 9 - Khademi Z, Banaei M, Mahdaviifar M, Imani E, Tayari N. [Health promotion behaviors in Iranian nurses: a review study]. *Journal of Preventive Medicine*. 2018; 5(1): 64-73. (Persian)
- 10 - Poitras ME, Chouinard MC, Gallagher F, Fortin M. Nursing activities for patients with chronic disease in primary care settings: a practice analysis. *Nurs Res*. 2018 Jan/Feb; 67(1): 35-42. doi: 10.1097/NNR.0000000000000253.
- 11 - Fletcher MJ, Dahl BH. Expanding nurse practice in COPD: is it key to providing high quality, effective and safe patient care? *Prim Care Respir J*. 2013 Jun; 22(2): 230-3. doi: 10.4104/pcrj.2013.00044.

- 12 - Jokar Z, Mohammadi F, Khankeh HR, Fallah Tafti S, Koushesh F. [Comparing home-based pulmonary rehabilitation nursing on fatigue and quality of life in patients with COPD]. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2014; 4(2): 168-176. (Persian)
- 13 - Moullec G, Lavoie KL, Rabhi K, Julien M, Favreau H, Labrecque M. Effect of an integrated care programme on re-hospitalization of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology*. 2012 May; 17(4): 707-14. doi: 10.1111/j.1440-1843.2012.02168.x.
- 14 - Pham L, Ziegert K. Ways of promoting health to patients with diabetes and chronic kidney disease from a nursing perspective in Vietnam: a phenomenographic study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2016 May 10; 11(1): 30722. doi: 10.3402/qhw.v11.30722.
- 15 - Fotoukian Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Fallahi Khoshknab M, Mohammadi E. Barriers to and factors facilitating empowerment in elderly with COPD. *Med J Islam Repub Iran*. 2014 Dec 27; 28: 155.
- 16 - Sam Khanian Z, Ghaffari F, Jannat Alipoor Z, Fotokian Z. Designing and validating the empowerment scale for the older individuals with chronic obstructive pulmonary disease (ESOCOPD). *Heliyon*. 2020 May 5; 6(5): e03909. doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e03909.
- 17 - Bergh AL, Friberg F, Persson E, Dahlborg-Lyckhage E. Registered nurses' patient education in everyday primary care practice: managers' discourses. *Glob Qual Nurs Res*. 2015 Aug 16; 2: 2333393615599168. doi: 10.1177/2333393615599168.
- 18 - Robinson T. Empowering people to self manage COPD with management plans and hand held records. *Nursing Times*. 2010 Sep; 106(38): 12-14.
- 19 - Ayre C, Scally AJ. Critical values for lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2014; 47(1): 79-86. doi: 10.1177/0748175613513808.
- 20 - Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007 Aug; 30(4): 459-67. doi: 10.1002/nur.20199.
- 21 - Sohrabi A, Shamsalinia A, Ghaffari F. The pathology of drug abuse in elderly women: a qualitative study. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2018 Dec; 17(4): 173-185. doi: 10.1097/ADT.000000000000139.
- 22 - Hosseini SV, Tahrekhani M. Senile health promotion strategies from nurses and health workers' points of view in Iran. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015; 185: 327-332. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.03.445.
- 23 - Pourhabib A, Fotokian Z, Nasiri M, Abrotan S. Effects of a group-based aerobic and resistance exercise program on physiological-psychological adaptation in elderly with heart failure. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2018; 9(2): 59-66. doi: 10.24816/jcgg.2018.v9i2.05.
- 24 - Jannat Alipoor Z, Fotokian Z. [COVID-19 and the elderly with chronic diseases: narrative review]. *Journal of Military Medicine*. 2020; 22(6): 632-640. doi: 10.30491/JMM.22.6.632. (Persian)

# Health promotion nursing activities for the elderly with chronic obstructive pulmonary disease: A cross-sectional study

Soodabeh Lotfi Palangy<sup>1</sup>, Fatemeh Ghaffari<sup>2</sup>, Zahra Fotokian<sup>2\*</sup>, Ali Zabihi<sup>3</sup>

**Article type:**  
**Original Article**

Received: Oct. 2021  
Accepted: Dec. 2021  
e-Published: 13 Feb. 2022

Corresponding author:  
Zahra Fotokian  
e-mail:  
zfatokian@yahoo.com

## Abstract

**Background & Aim:** Health promotion nursing activities for the elderly with COPD is different in various health care structures, and research in this area can help to identify the existing knowledge gap. The aim of this study was to determine health promotion nursing activities for the elderly with COPD.

**Methods & Materials:** This descriptive, cross-sectional study was conducted in 2020. A total of 180 nurses working in teaching hospitals affiliated to Mazandaran University of Medical Sciences were selected using the convenience sampling method. Data collection tools included a demographic questionnaire and a researcher-made questionnaire on health promotion nursing activities for the elderly with COPD. The data was analyzed through the SPSS software version 18 using *t*-test, ANOVA and multivariate regression.

**Results:** The mean age of nurses was 34.58±8.05 years, 84.4% were female and 70.6% were married. The mean score of health promotion nursing activities was 197.10±37.90. Among the dimensions related to health promotion activities, “drugs/smoking cessation” (34.4%) and “self-empowerment” (32.8%) had the lowest frequency. There was a significant relationship between health promotion nursing activities with the work place ( $P=0.034$ ), age ( $P<0.001$ ), gender ( $P=0.022$ ) and marital status ( $P=0.014$ ).

**Conclusion:** The health promotion nursing activities for the elderly with COPD was above moderate levels. In-service training programs and internal conferences are needed especially in the area of counseling behaviors and smoking cessation in order to improve the professional competency of nurses.

**Key words:** health promotion, chronic obstructive pulmonary disease, elderly, nursing care

## Please cite this article as:

Lotfi Palangy S, Ghaffari F, Fotokian Z, Zabihi A. [Health promotion nursing activities for the elderly with chronic obstructive pulmonary disease: A cross-sectional study]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2022; 27(4): 416-430. (Persian)

1 - Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran; Student Research Committee, Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

2 - Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran; Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

3 - Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran; Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

