





**دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی**

**گروه آموزشی پرستاری**

**رساله دکتری**

تبیین فرایند توانمندسازی درسالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه

**نگارنده:** زهرا فتوکیان

**استاد راهنما:** دکتر فرحناز محمدی شاهبلاغی

**اساتید مشاور:**

دکتر مسعود فلاحی خشکناز

دکتر عیسی محمدی

بهار ۱۳۹۴

شماره ثبت: ۲۷۱-۵۰۰



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی  
تاییدیه اعضای هیات داوران

خانم زهرا فتوکیان

دانشجوی رشته: پرستاری مقطع: دکتری به شماره دانشجویی: ۸۹۲۵۰۱۰۰۵ از پایان نامه خود تحت عنوان:

" تبیین فرآیند توانمندسازی در سالمندان مبتلا به COPD "

در تاریخ: ۹۴/۰۳/۱۷ در حضور هیات داوران دفاع نموده و بر اساس مصوبات شورای تحصیلات تکمیلی نمره ( ۲۰ ) با امتیاز: عالی به ایشان تعلق گرفت.

هیات داوران

۱. استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر فرحناز محمدی شاهبلاغی

۲. استاد مشاور:

جناب آقای دکتر مسعود فلاحی خشکناز

۳. استادمشاور:

جناب آقای دکتر عیسی محمدی

۴. اساتید داور:

سرکار خانم دکتر ناهید رژه

سرکار خانم دکتر ندا مهرداد

جناب آقای دکتر احمد علی اکبری کامرانی

سرکار خانم دکتر مریم شریفیان ثانی

۵. مدیر گروه:

جناب آقای دکتر اصغر دالوندی

۶. کارشناس تحصیلات تکمیلی: سرکار خانم هما صبور

## تعهد نامه چاپ مطالب و مقالات مستخرج از پایان نامه / رساله دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

با عنایت به اینکه هر گونه مقاله استخراج شده از پایان نامه یا رساله و/ یا چاپ و انتشار بخشی یا تمام مطالب آن مبین قسمتی از فعالیتهای علمی- پژوهشی دانشگاه می باشد، بنابراین اینجانب زهرا فتوکیان دانش آموخته رشته پرستاری متعهد می شوم که موارد ذیل را کاملاً رعایت نمایم:

۱. در صورت اقدام به چاپ هر مقاله ای از مطالب پایان نامه/ رساله، خود را بعنوان دانش آموخته دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و مقاله را برگرفته از پایان نامه دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی معرفی نموده و از درج نام و آدرس دیگر خودداری کنم.

۲. در صورت اقدام به چاپ بخشی از /یا تمام پایان نامه یا رساله خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به اطلاع "انتشارات" و "دفتر تحصیلات تکمیلی" دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برسانم.

۳. در صورت اقدام به چاپ هر گونه متن علمی اعم از مقاله، کتاب، پمفلت و ... مستخرج از تمام یا بخشی از پایان نامه/ رساله خود، حتماً اسامی کلیه افرادی را که در انجام آن به صورت راهنما، مشاور، مشاور آمار و افتخاری بطور رسمی همکاری داشته اند، ذکر می کنم.

۴. در صورت اقدام به چاپ پایان نامه یا رساله در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را درج نمایم:

" کتاب حاضر حاصل پایان نامه/ رساله دکتری زهرا فتوکیان رشته پرستاری می باشد که در سال ۱۳۹۱ که در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به راهنمایی خانم دکتر فرحناز محمدی شاهیلاهی و مشاوره آقایان دکتر مسعود فلاحی خشکتاب و دکتر عیسی محمدی انجام و در سال ۱۳۹۴ از آن دفاع شده است."

۵. به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اهداء نمایم. (دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد).

۶. در صورت عدم رعایت بند ۵، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تادیه می کنم.

۷. قبول می کنم که در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، یا عدم رعایت هر یک از مواد این تعهدنامه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می تواند مورد را از طریق دفتر حقوقی دانشگاه مطالبه و پیگیری قانونی نماید.

اینجانب زهرا فتوکیان دانشجوی رشته پرستاری مقطع دکتری کلیه مفاد تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را بدون قید و شرط قبول می نمایم، به انجام آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی  
امضاء و تاریخ

فتوکیان زهرا  
۹۴/۳/۲۴

تقدیم به:

پدر عزیزم

مادر فداکارم

و همه سالمندان مبتلا به

**COPD** کشور عزیزم؛ ایران

## سپاس و تشکر

پروردگارا، ای هستی بخش وجود، مرا به نعمات بیکرانت توان شکر نیست. ذره ذره وجودم برای تو و نزدیک شدن به تو می تپد. الهی مرا مدد کن تا دانش اندکم نه نردبانی باشد برای فزونی تکبر و غرور، نه حلقه ای برای اسارت و نه دست مایه ای برای تجارت، بلکه گامی باشد برای تجلیل از تو و متعالی ساختن زندگی خود و دیگران. خداوندا تو را سپاس می گویم که در لحظه لحظه زندگی یاورم بودی و از دریچه لطف و رحمت خود بر من منت نهاده، وجود تشنه ام را جرعه ای از علم و معرفت حیات بخشیدی.

اینک که به لطف پروردگار مهربان، این تحقیق به پایان رسیده است، بر خود لازم می دانم از تمامی اساتید محترمی که در طول تحصیل از محضر ایشان کسب فیض نمودم و همچنین از سایر بزرگواران و سرورانی که مرا در انجام این تحقیق یاری نموده اند، تشکر و قدردانی کنم.

خالصانه ترین مراتب قدردانی و سپاس خود را حضور استاد محترم راهنما، سرکار خانم دکتر فرحناز محمدی شاهبلاغی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که همواره با روی گشاده و با تلاش فراوان در جهت تصحیح و تنظیم مطالب این پژوهش مرا یاری نموده و با دریای علم و صبر خویشتن و نیز با رهنمودهای ارزنده شان در جهت دستیابی به اهداف این پژوهش نهایت کوشش خود را ابراز نمودند، تقدیم می دارم.

مراتب سپاس و تشکر خود را حضور اساتید محترم مشاور، جناب آقای دکتر مسعود فلاحی خشکناز، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و جناب آقای دکتر عیسی محمدی، عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت مدرس که با تلاش بیدریغ و راهنماییهای اندیشمندانه خود، اینجانب را در دستیابی به اهداف این پژوهش یاری نمودند، تقدیم می دارم.

از اساتید محترم ناظر، سرکار خانم دکتر ندا مهرداد، سرکار خانم دکتر ناهید رژه، سرکار خانم دکتر شریفیان ثانی و جناب آقای دکتر کامرانی که به دلیل ارائه نظرات و راهنماییهای اصلاحی خود به بنده راهنمایی نمودند، بسیار سپاسگزارم.

از معاونت محترم پژوهشی، آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، به دلیل حمایت هایشان در دوران تحصیل، بسیار سپاسگزارم.

از گروه آموزشی پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، سرکار خانم دکتر ملیحه سادات مداح، جناب آقای دکتر دالوندی و تمامی اساتیدی که در طول دوران تحصیل از محضرشان کسب فیض نموده ام، بسیار سپاسگزارم.

از خانواده عزیزم، پدر مهربان و مادر فداکارم، بخاطر همه محبت های بی چشمداشتشان تشکر می کنم. مهربانانی که همواره صمیمی ترین پشتیبان و بهترین همدم و مشوق در دوران زندگیم بوده اند.

از برادر عزیز و مهربانم، همسر و فرزندش (علی نازنینم) که به گرمی پذیرای من در دوران تحصیل بودند، کمال تشکر را دارم و برایشان سلامتی، سعادت و موفقیت روزافزون را از ایزد منان خواهانم.

## چکیده:

**مقدمه:** بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD)<sup>۱</sup> یکی از مشکلات جدی سلامت است که تأثیرات مهمی بر وضعیت زندگی سالمندان مبتلا و سیستم های ارائه مراقبت بهداشتی دارد. برای ارتقاء سلامت و کسب توانایی کنترل بیماری، رویکرد توانمندسازی در سالمندان مبتلا به COPD، یک ضرورت محسوب می شود. با وجود اهمیت توانمندسازی و کاربرد زیاد این مفهوم در بیماری های مختلف، به همه ی ابعاد آن در مدیریت بیماری های مزمن بخصوص COPD توجه نمی شود. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تبیین فرایند توانمندسازی در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن ریوی انجام شد.

**مواد و روش ها:** مطالعه حاضر از نوع کیفی و با استفاده از روش تئوری زمینه ای<sup>۲</sup> انجام گرفت. روش اصلی برای جمع آوری داده ها، مصاحبه عمیق، باز و نیمه ساختاریافته و یادداشت عرصه می باشد. براساس نمونه گیری هدفمند، ۲۴ مشارکت کننده در مطالعه شرکت داشتند. از ۱۵ سالمند مبتلا به COPD، ۵ نفر از افراد تیم درمان و ۴ نفر از مراقبین خانوادگی آنان مصاحبه به عمل آمد. از معیار AMT<sup>۳</sup> با امتیاز ۶ و بالاتر برای بررسی و غربالگری سالمندان دارای اختلالات شناختی استفاده شد. پژوهشگر تلاش کرد تا افرادی که دارای تجارب متفاوتی از توانمندسازی بودند از نظر سن، جنس، تأهل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، وضعیت اشتغال، طول مدت ابتلاء به بیماری و شدت بیماری در پژوهش وارد کند تا اشباع نظری نیز حاصل گردد. همزمان با جمع آوری داده ها، تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل کوربین و استراوس ۲۰۰۸ انجام شد. جهت تحلیل داده ها از ابزارهای تحلیلی مانند پرسیدن سؤال از داده ها، مقایسه مداوم و مقایسه نظری<sup>۴</sup> و معانی مختلف یک کلمه استفاده شد. پس از استخراج کدها و زیرطبقات، طبقات اصلی یا مفاهیم استخراج شد. سپس با تشکیل مفاهیم، ساختارها و تعیین ارتباط بین آنها، نظریه مرتبط با آن ارائه شد. در این مطالعه سعی شد با رعایت مواردی از قبیل دقت در انتخاب مشارکت کنندگان، تلفیق و بازنگری ناظرین، از صحت یافته های پژوهش اطمینان حاصل شود.

**یافته ها:** تحلیل داده ها نشان داد که پس از مواجهه سالمندان با ماهیت پیچیده COPD، سه راهکار توسط سالمندان، مراقبین خانوادگی آنان و افراد تیم درمان برای "ساماندهی زندگی با COPD" بکار گرفته می شد؛ "تقلای بودن در مسیر زندگی"، "آماده سازی برای نبرد با بیماری" و "کمک به تثبیت زندگی سالمند". پیامد این راهکارها، "همزیستی با بیماری" بود. این راهکارها در بستری از عوامل موثر مانند "همبودی با سالمندی"، "پتانسیل های درونی"، "نظام سلامت چالش دار" و "ضعف حمایت اجتماعی" اتفاق می افتاد. در این فرایند، عامل تسهیل گری مانند "پتانسیل های درونی" باعث شده بود تا برخی سالمندان بتوانند به "همزیستی کنترل شده" دست یابند و برخی دیگر به دلیل موانعی مانند "نظام سلامت چالش دار" و "ضعف حمایت اجتماعی"، "همزیستی معلق شده" داشته باشند.

<sup>۱</sup>- Chronic Obstructive Pulmonary Disease

<sup>۲</sup>-Grounded Theory

<sup>۳</sup>- Abbreviated Mental Test

<sup>۴</sup>-Theoretical

**نتیجه گیری:** نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در فرایند توانمندسازی سالمندان مبتلا به COPD، عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی نقش مهمی دارند. این عوامل گاهی فرایند توانمندسازی را تسهیل کرده و گاهی به دلیل ضعف در آن اختلال ایجاد می کردند. با شناخت این عوامل، کارکنان تیم درمان می توانند سالمندان COPD را در دستیابی به حفظ استقلال در مراقبت از خود و همزیستی کنترل شده با بیماری یاری نمایند. کاهش سرعت پیشرفت بیماری، کاهش تعداد بستری شدن های سالمندان COPD، کاهش مراجعه بیماران به مراکز درمانی، کاهش هزینه های درمان و بهبود کیفیت زندگی می تواند از ثمرات اجرای توانمندسازی باشد. از سوی دیگر نتایج این مطالعه با بیان مفاهیم مهم و ایجاد یک دانش بنیادی در فرایند توانمندسازی سالمندان مبتلا به COPD می تواند در تدوین خط مشی و استانداردهای مراقبتی سالمندان مبتلا به COPD کشورمان مورد استفاده قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** توانمندسازی، سالمندی، بیماری مزمن انسدادی ریه، تئوری زمینه ای



## فهرست مطالب

### فصل اول: کلیات تحقیق

مقدمه.....	۱
بیان مساله، اهمیت و ضرورت.....	۳
تعریف واژه ها.....	۱۲
اهداف و سوالات پژوهش.....	۱۴

### فصل دوم: پیشینه تحقیق

فلسفه پژوهش.....	۱۵
دانستنی ها درباره مفهوم و مدل های توانمندسازی.....	۱۹
مروری بر متون.....	۲۶

### فصل سوم: روش شناسی تحقیق

روش پژوهش.....	۳۶
جامعه پژوهش.....	۳۷
روش نمونه گیری.....	۳۸
محیط پژوهش.....	۴۲
روش جمع آوری داده ها.....	۴۲
روش اجرا.....	۴۷
روش تحلیل داده ها.....	۴۸
صحت و استحکام داده ها.....	۵۷
محدودیت های پژوهش و نحوه کنترل.....	۵۹
ملاحظات اخلاقی.....	۵۹

### فصل چهارم: توصیف و تحلیل داده ها

یافته های پژوهش.....	۶۰
معرفی مشارکت کنندگان.....	۶۰

۶۲	.....	معرفی طبقات
۶۵	.....	طبقات زمینه
۶۵	.....	روپارویی با پیچیدگی بیماری
۶۷	.....	۱-ویژگی های بیماری
۷۰	.....	۲-وابستگی و درس
۷۲	.....	۳-تاثیر روانی بیماری
۷۵	.....	۴-فشار بر خانواده
۷۸	.....	همبودی با سالمندی
۸۰	.....	۱-افت عملکرد جسمی
۸۱	.....	۲-کاهش مشارکت اجتماعی
۸۲	.....	۳-کاهش عملکرد روان شناختی
۸۴	.....	۴-بیماری های دوره ی سالمندی
۸۵	.....	پتانسیل های درونی
۸۶	.....	۱-ظرفیت های فردی
۹۱	.....	۲-ویژگی های فردی
۹۵	.....	نظام سلامت چالش دار
۹۶	.....	۱-نگرش سنتی
۱۰۰	.....	۲-ساختار معیوب
۱۰۳	.....	۳-عملکرد غیر حرفه ای
۱۰۴	.....	ضعف حمایت اجتماعی
۱۰۵	.....	۱-کمبود حمایت اجتماعی غیر رسمی
۱۰۷	.....	۲-نقص حمایت اجتماعی رسمی
۱۰۹	.....	طبقات فرایند
۱۱۰	.....	تقلای بودن در مسیر زندگی
۱۱۲	.....	۱-جستجوی اطلاعات
۱۱۴	.....	۲-یادگیری زندگی با COPD

۱۱۸.....	۳-مشارکت در مراقبت.....
۱۲۱.....	۴-استقلال جویی.....
۱۲۲.....	۵-ارتقاء ظرفیت های روانی-اجتماعی.....
۱۲۶.....	آماده سازی برای نبرد با بیماری.....
۱۲۸.....	۱-بکارگیری شگردهای موثر آموزشی.....
۱۳۲.....	۲-پذیرش نقش سالمند-خانواده در تیم درمان.....
۱۳۶.....	۳-توسعه دانش و مهارت‌های حرفه ای.....
۱۴۳.....	کمک به تثبیت زندگی سالمند.....
۱۴۴.....	۱-همکاری با تیم درمان.....
۱۴۷.....	۲-حمایت از سالمند.....
۱۵۰.....	۳-ارتقاء مهارت مراقبت از بیمار.....
۱۵۲.....	همزیستی با بیماری.....
۱۵۳.....	۱-همزیستی کنترل شده.....
۱۵۵.....	۲-همزیستی معلق شده.....
۱۵۷.....	تعیین متغیر مرکزی.....
۱۶۰.....	نگارش خط داستان نظری فرایند توانمندسازی در سالمندان مبتلا به COPD.....
۱۶۵.....	مفاهیم اصلی.....
۱۶۷.....	قضا یا.....
<b>فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری</b>	
۱۷۰.....	بحث و تفسیر یافته های پژوهش.....
۱۹۹.....	نتیجه گیری نهایی.....
۲۰۱.....	کاربرد یافته ها.....
۲۰۶.....	پیشنهادات برای پژوهش های بعدی.....
۲۰۷.....	<b>فهرست منابع</b> .....

## فهرست جداول:

- جدول شماره ۱: نمونه ای از کدگذاری باز..... ۵۱
- جدول شماره ۲: پذیرش نقش سالمند خانواده در تیم سلامت..... ۵۴
- جدول شماره ۳: ویژگی های فردی سالمندان مبتلا به COPD مشارکت کننده در پژوهش..... ۶۱
- جدول شماره ۴: ویژگی های فردی مراقبین خانوادگی مشارکت کننده در پژوهش..... ۶۱
- جدول شماره ۵: ویژگی های فردی افراد تیم درمان مشارکت کننده در پژوهش..... ۶۱
- جدول شماره ۶: طبقات، زیر طبقات و طبقات اصلی فرایند توانمندسازی سالمندان مبتلا به COPD..... ۶۳-۶۴

## فهرست دیاگرام ها:

- شکل ۴-۱: رویارویی با پیچیدگی بیماری..... ۶۷
- شکل ۴-۲: همبودی با سالمندی..... ۷۹
- شکل ۴-۳: پتانسیل های درونی..... ۸۶
- شکل ۴-۴: نظام سلامت چالش دار..... ۹۶
- شکل ۴-۵: ضعف حمایت اجتماعی..... ۱۰۵
- شکل ۴-۶: تقلای بودن در مسیر زندگی..... ۱۱۱
- شکل ۴-۷: آماده سازی برای نبرد با بیماری..... ۱۲۷
- شکل ۴-۸: کمک به تثبیت زندگی سالمند..... ۱۴۴
- شکل ۴-۹: همزیستی با بیماری..... ۱۵۳
- شکل ۴-۱۰: ساماندهی زندگی با COPD..... ۱۵۹
- شکل ۴-۱۱: مدل شماتیک تئوری "ساماندهی زندگی با COPD" در سالمندان مبتلا به COPD..... ۱۶۹

## فهرست پیوست ها

- پیوست (۱): پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و ATM..... ۲۲۳
- پیوست (۲): فرم راهنمای مصاحبه..... ۲۲۴
- پیوست (۳): فرم رضایت آگاهانه ی شرکت در پژوهش..... ۲۲۵
- پیوست (۴): گواهی شرکت در کنگره..... ۲۲۶-۲۲۷
- پیوست (۵): مقالات چاپ شده..... ۲۲۸-۲۳۰
- پیوست (۶): گواهی شرکت در کارگاه سالمندشناسی..... ۲۳۱

A decorative border with a repeating geometric pattern surrounds the central text.

# فصل اول:

## کلیات تحقیق

سالمندی به کاهش پیشرونده عملکرد هموستاز بدن اطلاق می شود که از سن ۶۰ سالگی شروع شده و منجر به افزایش خطر بروز بسیاری از بیماری های جسمی یا روحی و مرگ در انسان می شود (۱). یکی از بیماری های شایع در سالمندان که در سه دهه گذشته، میزان شیوع، بیماریزایی و مرگ و میر ناشی از آن افزایش یافته است، بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD) است. این بیماری که با انسداد ناکامل و برگشت پذیر راه هوایی، سرفه، تنگی نفس، ضعف و ناتوانی بیمار مشخص می شود، قابل پیشگیری و درمان است و اغلب به علت مصرف سیگار، استنشاق دود تنباکو، آلوده کننده های محیط و هوا ایجاد می شود. نقص ارثی آلفا-آنتی تریپسین<sup>۱</sup> و یا عوامل ناشناخته نیز در بروز بیماری نقش دارند (۲،۳) و شواهد بسیاری مبنی بر ارتباط نزدیک بین افزایش سن و بیماری های التهابی مزمن ریه وجود دارد. این عوامل خطر در کنار بالا رفتن سن جمعیت، مسئول رشد سریع COPD هستند (۴،۵). براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، در حال حاضر این بیماری چهارمین عامل مرگ محسوب می شود و تخمین زده می شود که تا سال ۲۰۳۰، سومین علت اصلی مرگ و چهارمین عامل مسبب عوارض در جهان باشد (۶-۸). شیوع بیماری در کشورهای مختلف دنیا متفاوت است. در حال حاضر، حدود شش درصد از جمعیت بزرگسال جهان به آن مبتلا هستند (۹). برآورد می شود حدود ۱۴ درصد مردان و هشت درصد زنان بالغ در جهان به این بیماری مبتلا باشند (۱۰،۱۱). شیوع این بیماری در جنوب شرقی آسیا، ۱۲/۵ درصد است و میزان ابتلاء به آن بخصوص در کشورهای در حال توسعه از روند رشد صعودی برخوردار است (۱۱). در ایران، براساس آمار سال ۱۳۸۰ در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال در هیجده استان کشور، تعداد مبتلایان به COPD به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۱۰۵ نفر و در گروه سنی ۵۰ سال به بالا به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر، ۱۰۵۷ نفر تخمین زده شده است (۱۲). در بیشتر افراد، علائم بیماری در سنین میانسالی بروز می کند و شیوع بیماری با افزایش سن بیشتر می شود. آمارها در مورد میزان ابتلاء به COPD در رده های سنی مختلف نشان می دهد که بیشترین توزیع فراوانی COPD در گروه سنی ۷۴-۶۵ سال (۴۱/۳۴ درصد) و افراد بالای ۶۵ سال (۶۹ درصد)

---

<sup>1</sup> -  $\alpha$ -Anti-trypsin

می باشد (۱۱، ۱۵-۱۳). مدارک نشان می دهد که ماهیت پاتوفیزیولوژی بیماری به گونه ای است که از زمان شروع فرایند التهابی تا زمان ظهور علائم، نیاز به زمان طولانی است. لذا ظهور علائم و تشخیص بیماری معمولا در سنین بالای ۵۰ سال اتفاق می افتد (۵). از آنجائی که سیر پیشرفت این بیماری به آرامی صورت می گیرد، لذا در افراد دارای عوامل خطر بیماری، از زمان بروز التهاب ریه تا زمان بروز علائم بیماری و تشخیص، سالها طول می کشد. به همین علت اکثر بیماران در گروه سنی ۵۰ سال به بالا قرار دارند. بعلاوه با افزایش سن، میزان اتساع آلوئولها و راههای هوایی افزایش و سطح تبادل گازها کاهش می یابد. کاهش خاصیت ارتجاع پذیری<sup>۱</sup>، افزایش حجم باقیمانده ریه، کاهش ظرفیت حیاتی و کاهش قدرت عضلات تنفسی از علائم دیگر اختلال عملکرد ریه ناشی از سالمندی می باشد (۱۶). این علائم پاتوفیزیولوژیکی، باعث ایجاد ناتوانی می شود و لذا سالمند را محتاج استفاده از رژیم درمانی و استفاده از دستگاههای کمک تنفسی می کند (۱۷). عوارض ریوی و خارج ریوی<sup>۲</sup> در بیماران مبتلا به COPD بطور چشمگیری بالا است که منجر به سختی مدیریت بیماری در مبتلایان می شود (۱۸). از سویی دیگر وقوع همزمان بیماری های شایع در سالمندان باعث تشدید علائم و ناتوانی ناشی از بیماری می شود (۱۹). بیماری هایی مانند نارسایی احتقانی قلب، افزایش فشار خون، بیماری عروق کرونر قلب و آتروفی عضلات اسکلتی منجر به تشدید علائم COPD و ناتوانی عملکردی سالمندان می شوند (۲۱-۲۰).

اگرچه COPD درمان قطعی ندارد، اما درمان مناسب همراه با خودمدیریتی<sup>۳</sup> و توانمندسازی سالمندان مبتلا در کاهش شدت بیماری، پیشگیری از بستری شدن و بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنان موثر است. بسیاری از اقدامات خودمدیریتی و توانمندسازی نیاز به تلاش و مشارکت بیمار دارند. این اقدامات شامل منع استعمال سیگار، تکنیک های تنفس و سرفه موثر، انجام تمرینات ورزشی، استفاده منظم از داروهای استنشاقی، استفاده از آنتی بیوتیک و کورتیکواستروئید در صورت نیاز، بکارگیری مهارت های رفتاری موثر و حضور در اجتماع می باشد (۱۶)، در کنار اقدامات فوق، تکنیک های نحوه مدیریت و کنترل بیماری برای توانمندسازی

---

<sup>1</sup>-Elasticity

<sup>2</sup>-Extrapulmonary

<sup>3</sup>-Self-management

سالمندان مبتلا موثر هستند و به توسعه دانش و مهارت های فردی، کاهش نگرانی، ترس، افسردگی، ناامیدی و انزوای اجتماعی ناشی از بیماری، کاهش هزینه های ناشی از درمان و بستری شدن در بیمارستان، افزایش رفاه و کیفیت زندگی سالمند مبتلا به COPD کمک می کنند (۲۲).

### بیان مسئله، اهمیت و ضرورت تحقیق

سالمندی از پدیده های مطرح در عرصه بهداشت و سلامت جهانی می باشد که با افزایش ابتلاء به بیماری های مزمن همراه است (۲۳). با رشد سریع جمعیت سالمندی تخمین زده می شود که تا ۴۰ سال آینده، جمعیت بالای ۶۵ سال جهان دو برابر شود. به طوری که ۵۲ درصد آنان در کشورهای آسیایی و ۴۰ درصد در کشورهای پیشرفته به سرخواهند برد (۱). ایران نیز به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه، از این تغییرات جمعیتی مستثنی نیست. به طوری که روند پیرشدن در کشور، از رشد جمعیت سالمندی حکایت دارد. براساس سرشماری سال ۱۳۹۰، سالمندان ۸/۲۴ درصد جمعیت کشور را (معادل ۶۲۰۴۷۲۰ نفر) شامل می شوند. برآورد شده است تا سال ۱۴۰۰، این رقم به ۱۰ درصد برسد (۲۴) که بسیاری از آنان نیز به دلیل ابتلاء به بیماری های مزمن، نیاز به مراقبت بهداشتی دارند (۲۳،۱). یکی از بیماری های مزمن شایع در سالمندان، COPD است که باعث کاهش توانایی انجام فعالیت های روزمره زندگی و اختلال در خودکارآمدی سالمندان مبتلا می شود (۵،۱۴،۲۵)، به طوری که لیدی<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) بیان می کند؛ خودکارآمدی به عنوان هسته مرکزی تمامیت فردی و برآیند "توانایی"<sup>۲</sup> در COPD تغییر می یابد (۲۶). فعالیت هایی مانند راه رفتن، بالا رفتن از پله و هیجانی شدن باعث تشدید تنگی نفس می شود. خستگی ناشی از بیماری نیز به اختلال بیشتر در عملکرد بیمار منجر می شود (۱۱). از آنجائی که بیشتر افراد مبتلا، سالمند هستند، لذا بیماری های همراه نیز در آنان شایع است. به همین دلیل آنان با ناتوانی زیادی مواجه هستند (۲۷). این ناتوانی ها موجب کاهش ظرفیت های سالمند شده،

---

<sup>۱</sup>-Leidy

<sup>۲</sup>-Being able



وابستگی را در آنان می‌افزاید (۲۸-۳۰). به طوری که در سالمندان مبتلا، انجام وظایف سنگین تر با کمک افراد خانواده یا فرد دیگری انجام می‌شود. برای زنان سالمند مبتلا به COPD، حس مالکیت و تعهد در امور خانه داری ضعیف می‌شود (۱۸). اغلب سالمندان مبتلا به کمک خانواده، دوستان یا خدمات مراقبت در منزل<sup>۱</sup> وابسته هستند (۳۱،۳۲). بعلاوه مشکلات روحی و ایزولاسیون اجتماعی<sup>۲</sup> در مراحل پیشرفته بیماری، تصویر منفی از خود<sup>۳</sup> و عدم سازش با محدودیت های ناشی از بیماری در آنان شایع است (۳۱،۳۳).

گیجی، فراموشی و احساس ناتوانی در برابر انبوهی از اطلاعات مرتبط با مراقبت از خود، از مشکلات دیگر سالمندان مبتلا به COPD است (۳۴) که باعث درک ضعیف از نحوه کنترل بیماری می‌شود. این درک ضعیف باعث می‌شود تا اکثر سالمندان آموخته های خود راجع به نحوه مدیریت و کنترل بیماری را فراموش کنند (۲۲). این در حالیست که می‌توان از طریق ایجاد زمینه مناسب در جهت کسب مهارت ها و دانش مورد نیاز و حصول موفقیت در آن، خودکارآمدی و توانمندی فردی را در مبتلایان به COPD افزایش داد (۳۵).

از دیگر مشکلات شایع در سالمندان مبتلا به COPD بخصوص در مراحل پیشرفته بیماری، عدم استقلال است. عدم استقلال در مراقبت از خود باعث از دست دادن حس امید، عزت نفس، اختلال در تصویر ذهنی از خود، افسردگی و از دست دادن قدرت سالمند می‌شود (۳۹-۳۵). در سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند، عدم توانایی مراقبت از خود و وابستگی به افراد خانواده باعث بروز مشکلاتی برای افراد خانواده می‌شود (۳۴). در این رابطه، نتایج مطالعه واندروالک<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد؛ ۳۵ درصد این بیماران، با تشدید علائم بیماری دچار کاهش وزن غیر ارادی می‌شوند که ناشی از اختلال در تعادل توزیع انرژی و تغییر در متابولیسم بدن به علت هیپوکسی است (۴۰). بعلاوه هیپوکسی باعث ایجاد تغییرات شناختی و شخصیتی می‌شود که در نتیجه سالمند را از حضور در جامعه و معاشرت با دیگران دور کرده (۳۹-۳۵)، زمینه بی حرکتی و افسردگی را فراهم می‌کند (۴۱-۴۳)، به طوری که تحقیقات میزان افسردگی را در مبتلایان به COPD، ۴۰ درصد گزارش کرده

---

<sup>1</sup>-Home help services

<sup>2</sup>-Social Isolation

<sup>3</sup>-Negative self-image

<sup>4</sup>-Vander valk

است. این عامل هم به عدم حضور و مشارکت کمتر سالمند در جامعه و فعالیت های اجتماعی وی کمک می کند و در ایجاد وابستگی، انزوای اجتماعی، محدودیت در انجام فعالیت های اجتماعی و تفریحی، ناامیدی، ناتوانی در کنترل بیماری، کیفیت زندگی نامطلوب، افزایش هزینه های درمان و مرگ و میر نقش مهمی دارد (۲۲، ۴۳). در این رابطه نتایج مطالعه شریدن<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که سالمندان مبتلا به COPD، مشکلاتی مانند "زندگی با علائم ناتوان کننده، ناامیدی، درک ضعیف از بیماری، خودمدیریتی ضعیف، آموزش ناکافی و نبرد با خود" را تجربه می کنند (۲۲).

در حالیکه عوارض جسمی و محرومیت اجتماعی-اقتصادی ناشی از COPD باعث اختلال در توانایی کنترل بیماری و زندگی سالمندان مبتلا می شود، بررسی ها نشان می دهد که اجرای برنامه های توانمندسازی<sup>۲</sup> به سازش و کنترل موثر بیماری کمک می کند. منظور از توانمندسازی یعنی "کمک به سالمند بیمار تا با توسعه و کشف ظرفیت ذاتی، مسئولیت زندگی خود را برعهده گیرد"<sup>(۴۰)</sup>. در تعریف دیگری، "پذیرش مسئولیت مراقبت مرتبط با سلامتی از سوی بیمار" به عنوان تعریف "توانمندسازی در مبتلایان به بیماری مزمن" بیان شده است (۴۴). توانمندسازی در مراقبت های بهداشتی، یک فرایند پویا<sup>۳</sup> است که در شکل گیری آن عوامل متعددی دخیل هستند. آن باعث می شود تا افراد با کسب اطلاعات بهداشتی و مشارکت در تصمیم گیری به توانایی مراقبت از خود دست یابند. توانمندسازی دارای دو بعد جسمی و روان شناختی می باشد، لذا وقتی سالمند توانمند می شود که در هر دو بعد جسمی و روان شناختی وی تغییر ایجاد شده باشد (۴۵). بر اساس این تعاریف، راهبردهایی برای کنترل بیماری در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن تدوین شده است که برای اجرای آن، همکاری و مشارکت بین سالمند، سازمانهای ارائه دهنده خدمات و اعضای تیم درمان لازم است تا باعث توانمندی سالمند شوند (۴۴). در اجرای این راهبردها، موانع و تسهیل کننده هایی وجود دارد که شناخت آن به

---

<sup>1</sup>-Sheridan

<sup>2</sup>-Empowerment

<sup>3</sup>-Dinamic

برنامه ریزان در اجرای مداخلات توانمندسازی کمک می کند. از آنجمله؛ نتایج مطالعه سوهانپال<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که در سالمندان مبتلا به COPD، "مشکلات جسمی و عاطفی ناشی از بیماری"، عاملی برای حضور ضعیف آنان در برنامه های توانمندسازی محسوب می شود. در حالیکه، دسترسی به عوامل فردی و حمایت اجتماعی به ارتقاء سلامت و توانمندسازی سالمندان کمک می کند (۴۶). نتایج مطالعه شریدن (۲۰۱۱) نیز نشان داد که "معنویت و حس قدرت" به عنوان ابزارهای موثر و عواملی مانند ترس، افسردگی، انزوای اجتماعی و ناامیدی ناشی از COPD به عنوان بازدارنده های فرایند توانمندسازی محسوب می شوند (۲۲). در مطالعه روانی پور<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۸)، "معنویت، افزایش تجربیات، کنترل بر منابع، خودکارآمدی، استقلال، سازش با تغییر، رضایت از زندگی گذشته و داشتن دانش روز" به عنوان تسهیل کننده های قدرت<sup>۳</sup> در سالمندان معرفی شده است (۴۷). تحقیقات دیگر نشان می دهد که مشارکت هدفمند بیمار در درمان و مراقبت از خود یکی از لازمه های ارتقاء کیفیت درمان و کسب توانمندی بیمار سالمند است (۴۴،۴۹،۴۸). در این رابطه سوهانپال (۲۰۱۲) می نویسد؛ ۷۰-۸۰ درصد بیماران مبتلا به بیماری مزمن می توانند بار مالی و هزینه های ناشی از درمان را با مشارکت فعال در روند درمان و مراقبت از خود<sup>۴</sup> و خودمدیریتی مناسب کاهش داده، از پذیرش مجدد در بیمارستان و پیشرفت بیماریشان بکاهد (۴۶). لذا مداخلات توانمندسازی می تواند فرد را به سمت سلامتی و خوب بودن سوق دهد، سازگاری وی را بیشتر کند و میزان ازکارافتادگی و هزینه های درمانی ناشی از بیماری را کاهش دهد (۲۲). برای کسب برایندهای مطلوب ناشی از توانمندسازی، لازم است که سالمندان مبتلا، آگاهی، حق انتخاب، آزادی در اخذ تصمیمات مربوط به سلامتی و مشارکت فعال در درمان و مراقبت از خود داشته باشند (۵۳-۵۰). اما با وجود اهمیت نقش مشارکت سالمند در فرایند توانمندسازی، معمولاً پزشکان و پرستاران با چالش عدم مشارکت سالمند مواجه هستند (۳۸). آنان معتقدند؛ انزوا و سستی ناشی از ماهیت COPD باعث انزوا و عدم مشارکت در درمان و فعالیت های اجتماعی سالمندان مبتلا می شود

---

<sup>1</sup>- Sohanpal

<sup>2</sup>-Ravanipour

<sup>3</sup>-Power

<sup>4</sup>-Self-care

(۴۱،۴۲). این یافته نشان می دهد که برای توانمندسازی، علاوه بر عوامل فردی، حمایت اجتماعی نیز لازم است (۵۴). زیرا کاهش یا فقدان عملکرد شبکه های اجتماعی با کاهش سطح عملکرد و خطر وابستگی در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن همراه است (۵۲). در مطالعه روانی پور و همکاران (۲۰۰۸) بر روی سالمندان سالم جامعه، سیستم های حمایت اجتماعی ناکافی به عنوان یک مانع در توانمندسازی سالمندان شناخته شده است (۴۷). در این رابطه نتایج مطالعه شی رر<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) و کینچ و جاکوب<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) نشان می دهد که منابع اجتماعی با حمایت و قابلیت دسترسی مداوم، به افزایش توانمندی مرتبط با سلامت در سالمندان کمک می کند. قابلیت های این منابع حمایتی شامل ارائه اطلاعات، افزایش دانش و معلومات، مشارکت افراد در فعالیت های اجتماعی، بهره گیری از توانائی و تجربیات سالمندان جهت دستیابی به خودکارآمدی است (۵۴،۵۵).

با در نظر گرفتن روند رو به رشد جمعیت سالمندی کشور (۲۴) و کاهش توانائی های جسمی، روانی و فراوانی بیشتر بیماریهای مزمن در سالمندان (۲۳)، توجه به توانمندسازی آنان یک ضرورت محسوب می شود. زیرا فراوانی بیماری های مزمن در سالمندان باعث شده است که بیشتر بودجه بهداشتی و درمانی صرف درمان و مراقبت آنها شود. از سویی دیگر، افزایش هزینه های بستری در بیمارستان، مشکلات ناشی از دوری از خانواده و خطر ابتلاء به عفونتهای بیمارستانی موجب شده که امروزه، مراقبت در منزل مورد استقبال بیشتری قرار گیرد (۵۶). به همین دلیل، اهمیت طراحی راههای خلاقانه و معنی دار برای کسب برآیندهای سلامتی با توانمندکردن سالمندان در همه ابعاد مراقبتی لازم است. این مداخلات، مشارکت سالمند را در اخذ تصمیمات مرتبط با سلامتی و ارتقاء سلامت افزایش می دهد (۵۷).

ازسویی دیگر، شیوع بالای بیماری در سالمندان و ایجاد ناتوانی ناشی از ماهیت بیماری، باعث شده است تا هزینه هایی که به طور مستقیم (ناشی از مراقبت های درمانی) یا غیرمستقیم (هزینه هایی که در نتیجه غیبت از کار به خانواده و جامعه تحمیل می شود) صرف این بیماری می شود، بار اقتصادی-اجتماعی فراوانی بر جوامع

---

<sup>1</sup>-Shearer

<sup>2</sup>- Kinch&Jakubec