

نگرش پرستاران نسبت به مراقبت از سالمند مبتلا به دلیریوم و عوامل مرتبط با آن در مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۶

آرزو قلی زاده^۱، *عزت جعفر جلال^۲، حمید حقانی^۳

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران از مهم‌ترین اعضای تیم مراقبت بهداشتی و درمانی هستند که مسئولیت مراقبت مستقیم از سالمندان را به عهده دارند. یکی از ارکان اصلی در ارائه هر مراقبت، داشتن نگرش مثبت در مورد دریافت‌کنندگان مراقبت است. کیفیت ارائه خدمت به سالمندان به خصوص سالمندان مبتلا به دلیریوم تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله نگرش پرستاران نسبت به این گروه است. این پژوهش نگرش پرستاران در چهار حیطه دانش، توانایی و اعتماد به نفس، قابلیت شناسایی و درک پیامدهای آن، تمایل به دانستن بیشتر و بار مراقبتی را نسبت به سالمندان مبتلا به دلیریوم بررسی نمود.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی بود. واحدهای مورد مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای با تخصیص متناسب به صورت در دسترس ۲۰۰ نفر از پرستارانی بودند که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند و در سه مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران مشغول به کار بودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشخصات فردی و ابزار نگرش پرستاران نسبت به دلیریوم با ۳۸ سوال بود. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد و مقادیر $P \leq 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نگرش پرستاران نسبت به مراقبت از سالمندان مبتلا به دلیریوم نشان داد نگرش سرپرستاران به طور معنی‌داری ($P=0/005$) بهتر از پرستاران است. نتایج آنالیز واریانس اختلاف معنی‌دار آماری ($P=0/003$) را با متغیر سابقه کار با سالمند نشان داد. همچنین سمت شغلی (سرپرستار) تنها متغیری بود که در مدل رگرسیون خطی معنی‌دار شد.

نتیجه‌گیری کلی: در این مطالعه، سمت شغلی و سابقه کار با سالمند بیشترین ارتباط معنی‌دار را با نگرش پرستاران نشان داد. برنامه ریزی کاربردی آموزش مداوم، مبتنی بر شواهد و عملکرد جهت ارتقاء نگرش و عملکرد پرستاران شاغل انجام شود. همچنین مراقبت از بیماران سالمند به کادری آموزش دیده، مجرب، مشتاق و علاقمند واگذار شود.

کلید واژه‌ها: دلیریوم، نگرش، مراقبت سالمندی

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۹۷/۴/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۷/۷/۲۳

۱. دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲. مربی، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (*نویسنده مسئول)

شماره تماس: Email: Jafarjalal.e@iums.ac.ir +۹۱۲۳۹۰۷۰۴۶

۳. استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

مقدمه

دلیریوم یک عارضه‌ی شایع و تهدیدکننده حیات است که غالباً در سالمندان بستری در بیمارستان ایجاد می‌شود^(۱). دلیریوم از نظر معنایی بیش از سی مترادف دارد که از آن جمله می‌توان به سندرم حاد مغزی، حالت گم‌گشتگی حاد، روان‌پریشی بخش مراقبت ویژه (سایکوز)، پریشانی (Confusion)، حاد، غروب زدگی (Sundowning)، نارسایی مغزی، انسفالیت لیمبیک (Limbic encephalitis) اشاره کرد^(۲،۳). این بیماری یک اختلال حاد و گذرا در عملکرد مغز است. سیر علائم در این سندرم کیفیت موج داشته و عصرها و همچنین ساعات اولیه شب از شدت بیشتری برخوردار است. مهمترین مشخصه این سندرم تغییرات سطح هوشیاری همراه با اختلالات شناختی، سیر نوسانی و اختلالات درکی (Perceptual disturbances) می‌باشد^(۴). این بیماری یکی از ناآشناترین اختلالات روان‌پزشکی است که شیوع آن در بخش مراقبت‌های ویژه حدود ۲۵-۱۵ درصد است^(۵،۶). شیوع دلیریوم بعد از عمل جراحی در سالمندان بستری شده در بیمارستان‌ها حدود ۴۸-۳۷ درصد بوده که اخیراً تا ۸۰ درصد در میان بیماران بستری واحدهای مراقبت ویژه نیز افزایش یافته است^(۱). همچنین دلیریوم در موقع پذیرش در بیمارستان ۲۴-۱۴ درصد و در طول مدت بستری در بیمارستان تا ۵۶ درصد افزایش می‌یابد^(۷). عوامل مختلفی مانند سن بالا، شدت بیماری، وجود بیماری مزمن، تهویه مکانیکی، محدودیت حرکتی، عفونت، اختلالات متابولیک، هایپوکسی، بستری طولانی مدت در بخش مراقبت‌های ویژه و تغییرات آزمایشگاهی به عنوان عوامل مرتبط با این بیماری معرفی شده‌اند^(۸). با توجه به سطح روان‌شناختی و هوشیاری، دلیریوم را می‌توان به سه دسته انفعالی، بیش‌فعالی و ترکیبی دسته‌بندی نمود^(۹).

دلیریوم در واقع نوعی اختلال شناختی نوسان‌دار بوده که طی مدت کوتاهی بروز کرده و می‌تواند بین چند ساعت تا چند روز طول بکشد. علائم مقدماتی مثل بی‌قراری و

هراسان بودن ممکن است در روزهای قبل از بروز علائم آشکارا وجود داشته باشد^(۱۰). دلیریوم با عوارضی مثل افزایش طول مدت اقامت در بیمارستان و بخش مراقبت ویژه، افزایش میزان مرگ و میر (۲۲ درصد تا ۷۶ درصد برابر با میزان مرگ و میر ناشی از سپسیس یا انفارکتوس میوکارد)، تأثیر منفی بر بقای شش ماهه، جداسازی از ونتیلاتور، بروز پنومونی بیمارستانی، افزایش خطر عود مجدد دلیریوم، خطر سقوط، بی‌اختیاری ادرار و اختلال پوستی، ناتوانی دایمی افزایش بار مراقبتی، افزایش هزینه‌ها، مرگ و میر و عوارض ناتوان کننده همراه و عدم بهبود در وضعیت شناختی همراه است^(۱۱-۱۳).

با توجه به شیوع بالای این بیماری و اثرات زیان‌بخش و تحمیل هزینه‌های زیاد آن، دلیریوم امروزه به عنوان یکی از نگرانی‌های اصلی در حوزه سلامت بیماران بستری شده در نظر گرفته می‌شود^(۸). یکی از موانع تشخیص در دلیریوم عدم شناخت علایم، ناآگاهی، درک و نگرش ناکافی مراقبت‌کنندگان از به کارگیری ابزارهای استاندارد در تشخیص و مراقبت از سالمندان مبتلا به دلیریوم است^(۱۴). از آنجا که پرستاران ارتباط مکرر و مداوم با بیماران سالمند بستری در بخش‌های مختلف دارند، می‌توانند نقش اساسی در پیشگیری، تشخیص زودرس، شناخت عوامل مرتبط، مراقبت و درمان سالمندان مبتلا به دلیریوم داشته باشند^(۱۵). مطالعات انجام شده در محیط‌های بیمارستانی نشان داده‌اند که تشخیص ندادن به موقع بیماری توسط پرستاران مشکلات عمده‌ای مربوط به کیفیت مراقبت، بار کاری و استراتژی‌های پیشگیری و مداخله‌ای بوجود می‌آورد^(۱۴). در ایران، دادگری و همکارانش در مطالعه خود نشان دادند که تنها نه درصد از پرستاران بخش‌های مختلف سطح دانش عالی در خصوص دلیریوم داشتند. ۲۷ درصد از آن‌ها نگرش منفی یا خنثی و ۴۵ درصد نیز مهارت اندک در پیشگیری از دلیریوم در واحد مراقبت ویژه داشتند^(۱۶). در کشورهای

بین جمعیت عموم رایج نیست بلکه کارکنان بهداشتی و درمانی (به خصوص پرستاران) نیز به علت تماس طولانی مدت و مداوم با مشکلات و مسائل سالمندان مستعد این نگرش منفی هستند. در سال ۲۰۵۰ تخمین زده شده است که حدود ۲۰ بلیون فرد ۶۰ ساله در جهان وجود خواهد داشت و با کمی توجه در می‌یابیم که این مسئله نشانگر آن است که نیاز به خدمات مراقبتی، حمایتی، بهداشتی و درمانی به شدت افزایش خواهد یافت و اهمیت کیفیت کار ارائه دهندگان این خدمات بیش از پیش آشکار خواهد شد^(۱۶).

تردیدی نیست دانش، درک و نگرش پرستاران بر نحوه مراقبت و شایستگی حرفه‌ای آنان تأثیر می‌گذارد و به همین دلیل پرستاران جهت افزایش معلومات و مهارت های حرفه‌ای خود در زمینه سالمند شناسی باید دارای نگرش و درک مثبت نسبت به سالمندان بوده تا قادر به ارائه مراقبت صحیح برای سالمندان مبتلا به دلیریوم باشند. این پژوهش با هدف بررسی نگرش پرستاران نسبت به مراقبت از سالمند مبتلا به دلیریوم و عوامل مرتبط با آن در مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد تا با بررسی اهداف ویژه در چهار حیطه‌ی دانش، توانایی و اعتماد به نفس، قابلیت شناسایی و درک پیامدها، تمایل به دانستن بیشتر، بار مراقبتی و مشخصات جمعیت شناختی تکمیل گردد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی است که به منظور بررسی نگرش پرستاران نسبت به مراقبت از سالمند مبتلا به دلیریوم و عوامل مرتبط با آن در سه مرکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن مدرک تحصیلی کارشناسی و بالاتر، داشتن حداقل شش ماه سابقه کار با سالمندان و تمایل به شرکت در مطالعه و معیارهای خروج از آن عدم تکمیل کامل پرسشنامه توسط شرکت کنندگان بود. پرستاران از بخش‌های ویژه، جراحی

مختلف تحقیقاتی به منظور تعیین سطح آگاهی، درک و نگرش پرستاران در رابطه با دلیریوم و عوامل مرتبط، نیاز های آموزشی، راه‌های پیشگیری، استانداردهای مراقبتی و ابزارها صورت گرفته است^(۲۰-۱۷). تأثیر نگرش پرستاران در مراقبت از سالمندان مبتلا به دلیریوم اولین قدم برای تغییر مؤثر بر آگاهی، درک تعامل نگرش و فلسفه‌های مراقبت، عوامل مرتبط با محیط کار و روند مراقبت روزانه می‌باشد^(۲۱). در مطالعه Meako و همکاران در کشور نیجریه، پرستاران شرکت کننده، نگرش مثبتی به ارائه‌ی مراقبت از بیمار سالمند و بر آوردن نیازهای او داشتند و بیش از ۸۰ درصد پرستاران گزارش کرده بودند که نیازمند گذراندن دوره‌های آموزشی ویژه سالمندان و در نظر گرفتن بخش سالمندی در بیمارستان برای سالمندان بستری می‌باشند^(۲۲). نتایج پژوهش Mellor و همکاران در استرالیا نشان داد با وجود نگرش مثبت پرستاران در مراقبت از سالمندان، دانش و آگاهی ایشان در این زمینه محدود بود بنابراین ارائه‌ی برنامه‌های آموزشی و تقویت دانش پرستاری در مراقبت از سالمندان در استرالیا توصیه شده است^(۲۳). نگرش مثبت پرستاران نسبت به مراقبت و توجه دادن آن‌ها به اهمیت این موضوع می‌تواند بر عملکرد مناسب و مؤثر آن‌ها تأثیر بسزایی داشته باشد. از سوی دیگر در صورت عدم توجه به آموزش پرستاران در مورد فرآیند سالمندی و مراقبت‌های این دوره، سالمندان در معرض خطر مراقبت‌های نادرست پرستاری یا نادیده گرفته شدن قرار خواهند گرفت، این در حالی است که بیماران، مراقبت پرستاری با کیفیت را انتظار می‌کشند.

با وجود پیشرفت‌های علوم پزشکی و بهبود وضعیت سلامت و امید به زندگی به ویژه برای سالمندان، هنوز موانعی در ارائه خدمات دارای کیفیت بالا به سالمندان وجود دارد. یکی از این موانع وجود نگرش‌ها و باورهای کلیشه‌ای منفی نسبت به آن‌هاست که ممکن است کارایی و کیفیت این خدمات را کاهش دهد و اثرات مخربی بر رفاه و پیامدهای مراقبت‌های بهداشتی سالمندان داشته باشد. نگرش‌های منفی در مورد سالمندان فقط در

متخصص و آشنا با مفاهیم پزشکی و یک مترجم متخصص دو زبانه متن را به فارسی ترجمه نمودند. سپس بعد از اتفاق نظر، متن ترجمه شده توسط دو متخصص دو زبانه دیگر از فارسی به انگلیسی برگردانده شد. این مترجمین نسبت به پرسش‌نامه اصلی ناآگاه بودند. سپس در جلسه‌ای با حضور مترجمین و پژوهشگران، متن‌های ترجمه شده فارسی و انگلیسی با متن پرسش‌نامه اصلی مقایسه شد و در مورد مفاهیم و واژه‌ها اتفاق نظر حاصل شد. پس از تهیه پرسش‌نامه جمعیت شناختی توسط پژوهشگر با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای و منابع موجود در رابطه با موضوع پژوهش، پرسش‌نامه جمعیت شناختی و ابزار نگرش نسبت به دلیریوم در اختیار ۱۰ نفر از اعضای محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ایران قرار داده شد و نظرات اصلاحی آنها اعمال شد. جهت تعیین پایایی درونی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ و برای تکرار پذیری از روش آزمون-باز آزمون استفاده شد. بدین منظور پرسشنامه در دو نوبت با فاصله بیست روز در اختیار ۲۰ نفر از پرستاران (غیر از شرکت کنندگان اصلی پژوهش) قرار گرفت و همخوانی پاسخ‌های دو نوبت با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون برابر با ۰/۸۷ بدست آمد. همچنین پایایی آن به روش همسانی درونی نیز سنجیده شد که ضریب آلفای کرونباخ آن در کل ۰/۸۷، در حیطه دانش ۰/۷۵، در حیطه قابلیت شناسایی ۰/۷۹، در حیطه دانستن بیشتر ۰/۷۶ و در حیطه بار مراقبتی ۰/۸۷ بدست آمد.

پس از تصویب این طرح در شورای پژوهشی دانشگاه و کسب مجوز تأیید کمیته اخلاق (IR.IUMS.FMD.REC1396.9413580002) و کسب معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی ایران، پژوهشگر اقدام به نمونه‌گیری در بیمارستان‌های مورد پژوهش نمود. قبل از شروع تکمیل پرسشنامه‌ها به افراد واجد شرایط در مورد اهداف پژوهش و نحوه پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر توضیح داده شد، و پس از اخذ رضایت آگاهانه به شرکت‌کنندگان اطمینان داده

و داخلی سه بیمارستان آموزشی حضرت رسول اکرم (ص)، فیروزگر و شهید هاشمی نژاد انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعات قبلی و با ضریب خطای $d=0/05$ و در سطح $0/05$ برابر با ۲۰۰ نفر برآورد گردید. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، طبقه‌ای با تخصیص متناسب بود. به این ترتیب که ابتدا لیست بیمارستان‌های واجد شرایط مطالعه تهیه شد. سپس حجم نمونه به نسبت پرستاران شاغل در هر بیمارستان تعیین گردید و از بین پرستاران تعداد ۷۲ نفر از بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، ۷۶ نفر از بیمارستان فیروزگر و ۵۲ نفر از بیمارستان شهید هاشمی نژاد که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند به شکل در دسترس انتخاب شدند. ابزار گرد آوری داده‌ها در این پژوهش از دو قسمت تشکیل شد: قسمت اول مشخصات فردی واحدهای پژوهش را مورد بررسی قرار می‌داد و حاوی سئوالات جمعیت شناختی شامل جنس، سن، جایگاه شغلی، تحصیلات، سابقه کار، سابقه کار در بخش فعلی، سابقه کار با سالمند، گذراندن دوره آموزشی در رابطه با دلیریوم در سالمندی و منبع آموزش بود. قسمت دوم شامل ابزار نگرش پرستاران نسبت به دلیریوم بود. این ابزار از پایان نامه Hagerling، از دانشگاه ایالتی Colorado برای بررسی نگرش پرستاران از دلیریوم ارائه شده بود. این ابزار شامل ۳۸ گویه با مقیاس لیکرت ۵-۱ گزینه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) و دارای چهار حیطه دانش، توانایی و اعتماد به نفس (گویه‌های ۱-۱۵)، قابلیت شناسایی و درک پیامدها (گویه‌های ۱۶-۲۶)، تمایل به دانستن بیشتر (گویه‌های ۲۷-۳۰) و بار مراقبتی (گویه‌های ۳۱-۳۸) بود. در این پرسشنامه حداقل نمره ۳۸ و حداکثر آن ۱۹۰ می‌باشد. چون حیطه‌ها یکسان و همسان نیستند، قابل مقایسه با یکدیگر نمی‌باشند و در نتیجه بر اساس مقیاس لیکرت یک تا پنج مقایسه می‌شوند. طیف نمره در حیطه‌ها بر مبنای یک تا پنج می‌باشد^(۲۱).

به منظور تعیین روایی، در ابتدا ابزار نگرش پرستاران نسبت به دلیریوم ترجمه شد. بدین منظور دو مترجم

متغیر	تعداد (درصد)
جنسیت	زن (۵۷) ۱۱۴
	مرد (۴۳) ۸۶
سن	۳۵-۴۵ (۴۸/۳) ۲۹
	۴۶-۵۵ (۲۵) ۱۵
	۵۶-۶۵ (۸/۳) ۵
جایگاه شغلی	بدون پاسخ (۱۸/۳) ۱۱
	سرپرستار (۱۰/۵) ۲۱
میزان تحصیلات	پرستار (۸۹/۵) ۱۷۹
	کارشناسی (۹۲/۵) ۱۸۵
بخش محل فعالیت	کارشناسی ارشد (۷/۵) ۱۵
	بخش ویژه (۴۸/۵) ۹۷
	بخش داخلی (۳۰/۵) ۶۱
سابقه کار	بخش جراحی (۲۱) ۴۲
	۱-۵ (۳۷/۵) ۷۵
	۶-۱۰ (۴۰/۵) ۸۱
	۱۱-۱۵ (۱۳/۵) ۲۷
سابقه کار در بخش فعلی	بیش از ۱۵ (۸/۵) ۱۷
	۱-۵ (۷۳) ۱۴۶
	۶-۱۰ (۲۲/۵) ۴۵
سابقه کار با سالمند	۱۱-۱۵ (۳) ۶
	بیش از ۱۵ (۱/۵) ۳
	۱-۵ سال (۴۹/۵) ۹۹
	۶-۱۰ سال (۳۴/۵) ۶۹
گذراندن دوره آموزشی	۱۱-۱۵ سال (۹/۵) ۱۹
	بیش از ۱۵ سال (۶/۵) ۱۳
درباره دلیریوم	بله (۵) ۱۰
	خیر (۹۵) ۱۹۰
روش آموزشی	حضور (۲۰) ۲
	رسانه (۱۰) ۱
	کارگاه آموزشی (۴۰) ۴
	پمفلت (۱۰) ۱
	سایر (۲۰) ۲

نتایج آماری این پژوهش نشان داد که از نظر پرستاران حیطة تمایل به دانستن بیشتر بالاترین میانگین $\pm ۰/۵۱$ (۳/۸) را دارا بود. پس از آن حیطة‌های قابلیت شناسایی و درک پیامدها ($۰/۳۴ \pm ۳/۴۳$)، دانش، توانایی و اعتماد به نفس با میانگین $۰/۲۹ \pm ۳/۳۵$ و در آخر حیطة بار مراقبتی با میانگین $۰/۳۳ \pm ۳/۳۲$ محاسبه گردید (جدول شماره ۲). نمره کل نگرش در چهار حیطة $۹/۸۸ \pm ۱۲۹/۹۷$ و میانه ۱۱۴ بدست آمد.

شد که اطلاعات آنها محرمانه مانده و نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نیست. پژوهشگر در زمان تکمیل پرسشنامه ها به سوالات شرکت کنندگان پاسخ داده و ابهامات را رفع می نمود. تکمیل هر پرسشنامه بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه زمان نیاز داشت. نمونه گیری در فاصله‌ی زمانی مهر تا اسفند سال ۱۳۹۶ انجام شد.

جهت توصیف داده‌ها از میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی، جهت تعیین ارتباط بین مشخصات دموگرافیک و نگرش پرستاران نسبت به دلیریوم از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس و من ویتنی و جهت پیش بینی نگرش از رگرسیون خطی استفاده شد. داده‌ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل گردید. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بیشتر واحدهای مورد پژوهش زن (۵۷٪) بودند و در رده سنی ۳۵-۴۵ سال (۴۸/۳٪) قرار داشتند. جایگاه شغلی بیشتر شرکت کنندگان (۸۹/۵٪) پرستار بود. از نظر مدرک تحصیلی بیشتر شرکت کنندگان در مقطع کارشناسی (۹۲/۵٪) بودند و تنها ۷/۵ درصد آنها مدرک کارشناسی ارشد داشتند. پرستاران بخش ویژه با ۴۸/۵ درصد دارای بیشترین فراوانی در این مطالعه بودند. بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۴۰/۵٪) بین شش تا ۱۰ سال سابقه کار داشتند. بیشتر شرکت کنندگان (۷۳٪) بین یک تا پنج سال در بخش فعلی سابقه کار داشتند. مشاهده شد که نزدیک به نیمی از پرستاران مورد پژوهش (۴۹/۵٪) بین یک تا پنج سال سابقه کار با سالمند را داشتند. بیش از ۹۰ درصد از واحدهای مورد پژوهش دوره آموزشی در رابطه با دلیریوم سالمندی را نگذرانده بودند. بیشترین روش آموزشی در رابطه با دلیریوم سالمندی از طریق کارگاه آموزشی (۴۰٪) و کمترین توسط رسانه و پمفلت (۱۰٪) بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نگرش پرستاران نسبت به مراقبت سالمند مبتلا به دلیریوم در حیطه‌های دانش، توانایی و اعتماد به نفس، قابلیت شناسایی و درک پیامدها، تمایل به دانستن بیشتر و بار مراقبتی به تفکیک گویه‌ها

ردیف	گویه‌ها	کاملاً مخالف	مخالف	نه مخالف، موافق	کاملاً موافق	میانگین (انحراف معیار)
	دانش، توانایی و اعتماد به نفس	۶	۸	۸۰	۹۵	۳/۳۵ (۰/۲۹)
۱	برای من مراقبت از بیماران سالمند موهبت است.	۳	۴	۱۱۹	۹۵	۳/۴۸ (۰/۷۸)
۲	در مراقبت از بیماران سالمند، از این که نمی‌توانم بهترین راه برای ادامه کار همراه با اطمینان و اعتماد به نفس را بیابم، خسته و ناامید می‌شوم.	۴	۲۹	۱۱۹	۴۳	۳/۰۸ (۰/۷۳)
۳	مراقبت از بیماران سالمند برای من آسان تر است.	۱۳	۵۶	۱۰۱	۲۴	۲/۷۷ (۰/۸۵)
۴	منابع و مهارت کافی جهت کمک به بهبودی بیماران سالمند مبتلا به دلیریوم در اختیار ندارم.	۱	۱۳	۴۲	۱۰۴	۳/۸۴ (۰/۸۳)
۵	وجود دلیریوم در بیمار را با اطمینان می‌توانم تشخیص دهم.	۵	۴۳	۱۰۸	۳۹	۲/۹۸ (۰/۷۸)
۶	دلیریوم در بیماران سالمند را جدی گرفته و سعی می‌کنم به موقع برای رسیدگی به آن اقدام کنم.	۱	۱۰	۷۴	۱۰۳	۳/۵۷ (۰/۷۱)
۷	در پیگیری روش‌های مناسب برای بیماران سالمند مبتلا به دلیریوم به خودم اعتماد دارم.	۱	۲۲	۱۰۷	۶۲	۳/۲۷ (۰/۷۲)
۸	می‌دانم که دلیریوم چیست.	۰	۳۹	۸۳	۶۵	۳/۲۶ (۰/۸۴)
۹	آموزش کافی برای مراقبت از بیماران سالمند مبتلا به دلیریوم ندیده‌ام.	۴	۸	۱۶	۱۲۶	۴/۰۱ (۰/۸۱)
۱۰	اگر سؤالی درباره بیماران مبتلا به دلیریوم داشته باشم همکاران پرستار به من کمک می‌کنند.	۲	۲۰	۱۸	۱۱۳	۳/۹۱ (۰/۹)
۱۱	زیر مجموعه‌های وضعیت‌های دلیریوم را می‌شناسم.	۷	۵۷	۹۶	۳۸	۲/۸۵ (۰/۷۹)
۱۲	مراقبت از بیماران سالمندی که مبتلا به دلیریوم هستند، احساس دستپاچگی به من می‌دهد.	۵	۴۶	۱۱۸	۲۶	۲/۹ (۰/۷۴)
۱۳	استفاده روزانه از ابزار غربالگری دلیریوم دارای اهمیت می‌باشد.	۰	۷	۳۶	۱۰۶	۴ (۰/۷۵)
۱۴	هنگامی که بیماری مبتلا به دلیریوم است، از شاخص‌های ویژه‌ای استفاده می‌کنند، برای مثال تشخیص موقعیت، عینک، سمعک، رویکرد آرام و غیره.	۱	۷	۱۰۲	۸۰	۳/۴۵ (۰/۶۷)
۱۵	از تأثیر دلیریوم بر میزان مرگ و میر اطلاع دارم.	۳	۴۷	۱۱۴	۳۱	۲/۹۴ (۰/۷۴)
	قابلیت شناسایی و درک پیامدها	۳/۴۳				(۰/۳۴)

۳/۰۹	۴	۵۶	۹۵	۴۵	۰	می‌توانم نشانه‌های دلیریوم را تشخیص بدهم.	۱۶
(۰/۷۶)	(/۰/۲)	(/۰/۲۸)	(/۰/۴۷/۵)	(/۰/۲۲/۵)	(/۰/۰)		
۳/۴۳	۱۳	۷۴	۱۰۰	۱۲	۱	زمانی که یک بیمار سالمند دچار گیجی می‌باشد، می‌دانم که مشکل دیگری وجود دارد.	۱۷
(۰/۷۲)	(/۰/۶/۵)	(/۰/۳۷)	(/۰/۵۰)	(/۰/۶)	(/۰/۰/۵)		
۳/۶	۹	۱۱۹	۵۷	۱۳	۲	تعیین این که دلیریوم بیمار سالمند به دلیل بستری در بیمارستان ایجاد شده باشد، سخت است.	۱۸
(۰/۷۲)	(/۰/۴/۵)	(/۰/۵۹/۵)	(/۰/۲۸/۵)	(/۰/۶/۵)	(/۰/۱)		
۳/۶۴	۱۸	۱۲۸	۲۵	۲۲	۷	اختلال حواس برای بیماران سالمند امری طبیعی است.	۱۹
(۰/۹۱)	(/۰/۹)	(/۰/۶۴)	(/۰/۱۲/۵)	(/۰/۱۱)	(/۰/۳/۵)		
۳/۶۲	۱۳	۱۳۰	۳۰	۲۲	۵	برای کمک به بیماران دچار دلیریوم، غیر از این که آنها را ساکت و دور از خطر نگهدارم، کار زیاد دیگری نمی‌توانم انجام دهم.	۲۰
(۰/۸۵)	(/۰/۶/۵)	(/۰/۶۵)	(/۰/۱۵)	(/۰/۱۱)	(/۰/۲/۵)		
۳/۲۳	۱۰	۵۱	۱۱۸	۱۸	۳	عدم آگاهی بهترین شاخص دلیریوم در بیمار است.	۲۱
(۰/۷۴)	(/۰/۵)	(/۰/۲۵/۵)	(/۰/۵۹)	(/۰/۹)	(/۰/۱/۵)		
۴/۳۶	۸۵	۱۰۵	۷	۳	۰	اگر سالمند بنظر گیج برسد، برای این که بفهمم به تازگی تغییری برای او ایجاد شده یا نه، با خانواده و دوستانش صحبت می‌کنم.	۲۲
(۰/۶۲)	(/۰/۴۲/۵)	(/۰/۵۲/۵)	(/۰/۳/۵)	(/۰/۱/۵)	(/۰/۰)		
۳/۱۱	۹	۵۰	۹۶	۴۵	۰	با عوامل خطرایجاد دلیریوم، آشنا هستم.	۲۳
(۰/۸)	(/۰/۴/۵)	(/۰/۲۵)	(/۰/۴۸)	(/۰/۲۲/۵)	(/۰/۰)		
۴/۰۹	۷۱	۹۱	۲۵	۱۱	۲	تعیین این که بیمار سالمند دچار دمانس (زوال عقل) است یا دلیریوم برایم دشوار است.	۲۴
(۰/۸۸)	(/۰/۳۵/۵)	(/۰/۴۵/۵)	(/۰/۱۲/۵)	(/۰/۵/۵)	(/۰/۱)		
۲/۸۶	۶	۴۶	۷۶	۵۹	۱۳	در واحد کاری من پروتکلی برای شناسایی و رسیدگی به دلیریوم جهت بیماران سالمند موجود می‌باشد.	۲۵
(۰/۹۴)	(/۰/۳)	(/۰/۲۳)	(/۰/۳۸)	(/۰/۲۹/۵)	(/۰/۶/۵)		
۳/۷۶	۳	۱۵	۱۲۴	۴۷	۱۱	مراقبت از بیماران گیج این احساس را به من می‌دهد که پرستاری شایسته نیستم.	۲۶
(۰/۷۳)	(/۰/۱/۵)	(/۰/۷/۵)	(/۰/۶۲)	(/۰/۲۳/۵)	(/۰/۵/۵)		
۳/۸						تمایل به دانستن بیشتر	حیطه
(۰/۵۱)							
۳/۲۴	۵	۷۴	۹۱	۲۴	۶	اطلاعات کافی در رابطه با دلیریوم در افراد سالمند ندارم، تا بتوانم تشخیص آشکاری بدهم.	۲۷
(۰/۸۱)	(/۰/۲/۵)	(/۰/۳۷)	(/۰/۴۵/۵)	(/۰/۱۲)	(/۰/۳)		
۴/۲۳	۷۵	۱۰۲	۱۷	۶	۰	آموزش های مداوم در زمینه مراقبت از بیماران سالمند مبتلا به دلیریوم را ترجیح می‌دهم.	۲۸
(۰/۷۲)	(/۰/۳۷/۵)	(/۰/۵۱)	(/۰/۸/۵)	(/۰/۳)	(/۰/۰)		
۴/۱۵	۷۲	۹۴	۲۷	۶	۱	به روش استاد- شاگردی (مربی‌گری) آموزش مداوم در حین مراقبت از بیماران سالمند مبتلا به دلیریوم، علاقه‌مندم.	۲۹
(۰/۸)	(/۰/۳۶)	(/۰/۴۷)	(/۰/۱۳/۵)	(/۰/۳)	(/۰/۰/۵)		
۳/۵۹	۱۵	۱۰۵	۶۹	۶	۵	مراقبت از بیماران سالمند مبتلا به دلیریوم، انگیزه یادگیری بیشتر در رابطه با چگونگی مراقبت بهتر را به من می‌دهد.	۳۰
(۰/۷۷)	(/۰/۷/۵)	(/۰/۵۲/۵)	(/۰/۳۴/۵)	(/۰/۳)	(/۰/۲/۵)		
۳/۳۲						بار مراقبتی	حیطه
(۰/۳۳)							
۳/۲۲	۱۸	۳۸	۱۲۱	۱۶	۷	ترجیح می‌دهم از بیماران کمتر از ۶۵ سال مراقبت کنم	۳۱
(۰/۸۵)	(/۰/۹)	(/۰/۱۹)	(/۰/۶۰/۵)	(/۰/۸)	(/۰/۳/۵)		

۳/۵۲	۲۷	۵۹	۱۰۷	۶	۱	مراقبت از بیماران سالمند کار سختی است.
(۰/۷۸)	(/۱۳/۵)	(/۲۹/۵)	(/۵۳/۵)	(/۳)	(/۰/۵)	
۳/۸۳	۲۵	۱۲۰	۵۲	۳	۰	اگر منابع بهتر و حمایت بیشتری از واحد کاری من فراهم و ارائه شود، می‌توانم مراقبت بهتری را برای بیماران سالمندی که مبتلا به دلیریوم هستند ارائه دهم.
(۰/۶۴)	(/۱۲/۵)	(/۶۰)	(/۲۶)	(/۱/۵)	(/۰)	
۳/۳۱	۵	۸۳	۸۳	۲۷	۲	احساس می‌کنم زمان زیادی را صرف برنامه ریزی برای مراقبت از بیماران سالمند مبتلا به دلیریوم کرده‌ام.
(۰/۷۷)	(/۲/۵)	(/۴۱/۵)	(/۴۱/۵)	(/۱۳/۵)	(/۱)	
۳/۵	۱۹	۱۰۲	۴۶	۲۶	۷	احساس می‌کنم زمانی که می‌گویم فرد سالمند، مبتلا به دلیریوم هست پزشکان از من حمایت می‌کنند.
(۰/۹۵)	(/۹/۵)	(/۵۱)	(/۲۳)	(/۱۳)	(/۳/۵)	
۲/۸۱	۳	۳۰	۱۰۹	۴۳	۱۵	مراقبت از سالمندان مبتلا به دلیریوم برایم آسان است.
(۰/۸۳)	(/۱/۵)	(/۱۵)	(/۵۴/۵)	(/۲۱/۵)	(/۷/۵)	
۳/۳۱	۶	۸۱	۸۵	۲۵	۷	مدیر بخش، اهمیتی به نگرانی‌های من در مورد بیماران سالمند مبتلا به دلیریوم نمی‌دهد.
(۰/۷۸)	(/۳)	(/۴۰/۵)	(/۴۲/۵)	(/۱۲/۵)	(/۱/۵)	
۳/۰۹	۳	۶۸	۸۷	۲۹	۱۳	برای مراقبت مناسب از بیماران سالمند مبتلا به دلیریوم، زمان کافی دارم.
(۰/۸۹)	(/۱/۵)	(/۳۴)	(/۴۳/۵)	(/۱۴/۵)	(/۶/۵)	

($P=0/012$) و همچنین شش تا ۱۰ سال ($P=0/008$) بود. بین سن، بخش محل فعالیت، سابقه کار، سابقه کار در بخش فعلی و سابقه کار با سالمند با نگرش ارتباط معنی داری مشاهده نشد ($P>0/05$) (جدول شماره ۳). برای بررسی آن که کدام متغیر بیشترین اثر را بر نگرش داشته است متغیرهایی که با نگرش ارتباط معنی دار آماری داشتند، وارد مدل رگرسیونی شدند. نتایج نشان داد جایگاه شغلی تنها متغیری بود که در مدل رگرسیون خطی معنی دار شد (جدول شماره ۴).

بر اساس آزمون تی مستقل، بین نگرش پرستاران با جنس و تحصیلات و بر اساس آزمون من ویتنی، بین نگرش و گذراندن دوره آموزشی رابطه معنی داری مشاهده نشد ($P>0/05$). اما نگرش در سرپرستاران به طور معنی داری بالاتر از پرستاران بود ($P<0/05$). همچنین نتایج آنالیز واریانس نشان دهنده آن بود که نگرش در حداقل یکی از سطوح سابقه کار با سالمند با بقیه اختلاف معنی دار آماری داشت ($P>0/05$). آزمون تعقیبی LSD نشان داد که نگرش در پرستاران با ۱۱ تا ۱۵ سال سابقه کار به طور معنی داری بالاتر از پرستاران با سابقه کار یک تا پنج سال

جدول شماره ۳: شاخص‌های عددی نگرش پرستاران نسبت به مراقبت سالمند مبتلا به دلیریوم برحسب مشخصات جمعیت شناختی

عوامل فردی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	نتایج آزمون
جنسیت	زن ۱۱۴	۱۳۰/۳۱	۱۰/۴۹	$t=0/566$ df=198
	مرد ۸۶	۱۲۹/۵۱	۹/۰۶	$P=0/572$
سن	۲۵-۳۰ ۱۰۸	۱۲۹/۲۵	۸/۴۳	$F=0/553$
	۳۱-۳۵ ۵۰	۱۳۰/۶۶	۱۱/۱۷	$P=0/647$
	۳۶-۴۰ ۲۵	۱۳۱/۸	۱۲/۹۲	
	۴۱ سال و بالاتر ۱۷	۱۲۹/۷۶	۹/۸۵	
جایگاه شغلی	سرپرستار ۲۱	۱۳۵/۶۱	۱۰/۶۵	$t=2/815$ df=198
	پرستار ۱۷۹	۱۲۹/۳۱	۹/۶۱	$P=0/005$
میزان تحصیلات	کارشناسی ۱۸۵	۱۲۹/۸۱	۹/۴۷	$t=0/582$ df=1501
	کارشناسی ارشد ۱۵	۱۳۲	۱۴/۳۵	$P=0/57$
بخش محل	بخش ویژه ۹۷	۱۲۹/۰۴	۹/۷۱	$F=1/28$

نگرش پرستاران نسبت به مراقبت از سالمند مبتلا به دلیریوم و عوامل...

آرزو قلی زاده و همکاران

فعالیت	بخش داخلی	۶۱	۱۳۰/۰۸	۹/۴۴	P=۰/۲۸
	بخش جراحی	۴۱	۱۳۱/۹۵	۱۰/۸۱	
سابقه کار (سال)	۱-۵ سال	۷۵	۱۲۸/۸۴	۷/۹۱	** F=۲/۲۰۲
	۶-۱۰ سال	۸۱	۱۲۹/۲۹	۹/۸۷	P=۰/۰۸۹
	۱۱-۱۵ سال	۲۷	۱۳۴/۰۷	۱۳/۹۷	
	بیش از ۱۵ سال	۱۷	۱۳۱/۶۴	۹/۰۲	
سابقه کار در بخش فعلی	۱-۵ سال	۱۴۶	۱۲۹/۵۴	۹/۲۵	** F=۲/۳۹۶
	۶-۱۰ سال	۴۵	۱۳۲/۲۸	۱۱/۳۹	P=۰/۰۹۴
	بیش از ۱۰ سال	۹	۱۲۵/۳۳	۱۰/۳۴	
سابقه کار با سالمند	۱-۵ سال	۹۹	۱۲۹/۳۲	۸/۶۹	** F=۳/۰۵۱
	۶-۱۰ سال	۶۹	۱۲۸/۷۵	۱۰/۳۹	P=۰/۰۳
	۱۱-۱۵ سال	۱۹	۱۳۵/۵۲	۱۳/۶۴	
	بیش از ۱۵ سال	۱۳	۱۳۳/۲۳	۶/۲۶	
دوره آموزشی در رابطه با دلیریوم	بله	۱۰	۱۲۴/۲۲	۱۳/۰۳	# Z=۱/۶۸۱
	خیر	۱۹۰	۱۳۰/۲۴	۹/۶۷	P=۰/۰۹۳
*آزمون تی مستقل **آنالیز واریانس #من ویتنی					

جدول شماره ۴: تحلیل رگرسیون خطی عوامل مؤثر بر نگرش پرستاران نسبت به مراقبت سالمند مبتلا به دلیریوم سالمندی

متغیرهای مستقل	ضریب	ضریب استاندارد	آماره آزمون	سطح معنی داری
سمت پرستار			رده مرجع	
سرپرستار	۵/۴۲۷	۰/۱۶۹	۲/۳۷۵	۰/۰۱۹
بیش از ۱۵ سال			رده مرجع	
۱-۵ سال	-۲/۵۰۹	-۰/۱۲۷	-۰/۸۶۵	۰/۳۸۸
۶-۱۰ سال	-۳/۴۳۷	-۰/۱۶۶	-۱/۱۶۸	۰/۲۴۴
سابقه کار با سالمند				
۱۱-۱۵ سال	۲/۸۲۳	۰/۰۸۴	۰/۸۱۳	۰/۴۱۷

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که نگرش پرستاران در چهار حیطه دانش، توانایی و اعتماد به نفس، قابلیت شناسایی و درک پیامدها، تمایل به دانستن بیشتر و بار مراقبتی در حد متوسط قرار داشت. پرستاران متمایل به کسب دانش بیشتر در خصوص بیماری دلیریوم و پس از آن دارای قابلیت شناسایی و درک پیامدها بودند. به اعتقاد پرستاران در حیطه دانش، توانایی و اعتماد به نفس بیشتر آنها برای مراقبت از بیماران سالمند مبتلا به دلیریوم آموزش کافی ندیده و مراقبت از بیماران سالمند برای آنها دشوار بود. در این راستا Ribeiro و همکاران در آمریکا نشان دادند که در پرستاران مراقبت‌های ویژه کمبود دانش در مورد مراقبت از سالمند مبتلا به دلیریوم وجود داشت^(۲۰).

مطالعه Mellor و همکاران در استرالیا نیز نشان داد که اگر چه پرستاران نگرش‌های بسیار مثبتی نسبت به افراد سالمند داشتند اما آنها در زمینه‌های کلیدی بالینی پرستاری و درک اجتماعی و اقتصادی جمعیت سالمند از دانش کافی برخوردار نبودند. این کمبود دانش، بیشتر در زمینه‌های تغییرات فیزیولوژیک در سالمندی، فرایند بررسی بیمار، عوارض دارویی و عوامل اقتصادی اجتماعی در سالمندان بود^(۲۳). در پژوهش عرب و همکاران در بخش‌های داخلی جراحی بیمارستان زنجان مشخص شد که دانش پرستاران در مورد فرایند سالمندی ناکافی است^(۲۴). دانش سالمندی بیشتر پرستاران در مطالعه روانی پور و همکاران در سطح متوسط قرار داشت^(۲۵). Bleijenberگ و همکاران در

در صورت مشاهده گیج بودن سالمند، با خانواده و دوستان آنها صحبت کرده و همچنین اظهار داشتند که در واحد کاری‌شان پروتکلی برای شناسایی و رسیدگی به دلیریوم جهت بیماران سالمند وجود ندارد. در این راستا Elfyky و Ali در مطالعه خود در مصر تلاش برای شناسایی علل عدم ارزیابی دلیریوم توسط پرستاران عنوان کردند که بیش از نیمی از پرستاران به عدم وجود پروتکل واحدی که توسط پرستاران مورد استفاده قرارگیرد اشاره کرده‌اند^(۷). در همین راستا و بر اثر نبودن پروتکلی جهت شناسایی و رسیدگی به بیماران مبتلا به دلیریوم، Fraser و Fong، Devlin نشان دادند که بعضی اوقات تفکیک علائم درد، اضطراب و دلیریوم به علت همپوشانی علائم بیماران مبتلا به دلیریوم با بیماران دیگر دشوار است^(۲۸). پژوهشگر بر اساس تجارب بالینی وجود پروتکل و راهنمای بالینی در این خصوص را ضروری دانسته است. Hamdan-Mansour و همکاران و همچنین Riekerk و همکاران بخش ویژه نشان دادند که پرستاران از مدیریت مناسب پرستاری جهت بیماران مبتلا به دلیریوم برخوردار نیستند^(۲۷،۲۹). مطالعه Christensen و همکاران در انگلیس نشان دادند ۹۶ درصد از شرکت کنندگان قادر به تشخیص علائم و نشانه های دلیریوم بودند اما تنها ۱۲ درصد از شرکت کنندگان بعضی از ویژگی‌های بالینی شامل درصد کم توهم (دلیریوم) را تشخیص دادند^(۳۰). دلیل این امر را می‌توان به خاطر ماهیت نوسانی بیماری دلیریوم و عدم وجود پروتکل خاصی جهت تشخیص این بیماری عنوان کرد. برخلاف نتایج Christensen و همکاران در انگلستان Fick و همکاران نشان دادند که حداقل ۹۰ درصد از پرستاران می‌توانند علائم شدید دلیریوم (توهم بالا) را تشخیص دهند و حداقل ۷۷ درصد می‌توانند علائم خفیف دلیریوم (توهم پایین) را شناسایی کنند^(۳۱). توجه به نگرش پرستاران بر حسب مشخصات جمعیت شناختی و اهمیت حمایت واحد کاری از ایشان در حین مراقبت از گروه سالمندان و اهمیت مراقبت‌های درمانی و تأکید

هلند نشان دادند که بیشتر دانشجویان پرستاری در سال اول و چهارم دانشگاه، دارای سطح دانش متوسط در مورد مراقبت از سالمند مبتلا به دلیریوم بودند. نتایج این مطالعه نشان داد آموزش می‌تواند نقش مؤثری در افزایش آگاهی و نگرش دانشجویان پرستاری در زمینه سالمندی داشته باشد^(۳۶). مطالعه Hamdan-Mansour و همکاران در کشور اردن نشان داد که به طور کلی دانش عمومی پرستاران بخش مراقبت ویژه از دلیریوم در سطح بالایی قرار داشت. آنها بیان کردند که پرستاران در واحدهای مراقبت ویژه نیاز به دانش دقیق و معتبر دارند تا بتوانند مراقبت پرستاری مطلوب به سالمندان ارائه دهند^(۳۷). دانش، نگرش، خصوصیات فردی و اعتقادات بر رفتار افراد مؤثر است. اندازه‌گیری سطح دانش و رفع کمبودهای اطلاعاتی از طریق برنامه‌های آموزشی می‌تواند منجر به ایجاد الگوهای صحیح رفتاری و در نتیجه کاهش بروز بیماری و بستری در بیمارستان شود. مطالعات نشان داده است که دانشجویان پرستاری و پرستارانی که تجربه و ارتباط بیشتری با جمعیت سالمند دارند، نگرش مثبت‌تر و سطوح بالاتری از دانش را در این زمینه دارا هستند^(۳۳). دانش، نگرش، خصوصیات فردی و اعتقادات بر رفتار افراد مؤثر است. اندازه‌گیری سطح دانش و رفع کمبودهای اطلاعاتی از طریق برنامه‌های آموزشی می‌تواند منجر به ایجاد الگوهای صحیح رفتاری و در نتیجه کاهش بروز بیماری و بستری در بیمارستان شود. مطالعات نشان داده است که دانشجویان پرستاری و پرستارانی که تجربه و ارتباط بیشتری با جمعیت سالمند دارند، نگرش مثبت‌تر و سطوح بالاتری از دانش را در این زمینه دارا هستند. بنابراین یکی از دلایل تفاوت در نتایج را می‌توان تفاوت در تجربه پرستاران در مراقبت از سالمندان مبتلا به دلیریوم در مطالعات فوق با مطالعه حاضر دانست. یافته‌های پژوهش در حیطه قابلیت شناسایی دلیریوم و درک پیامدهای آن نشان داد که پرستاران معتقد بودند که

بهبود یابد^(۳۵). این تحقیقات نشانگر نیاز آموزشی پرستاران در زمینه گذرانندگان دوره‌هایی در جهت تغییر نگرش و عملکرد آنان در زمینه مراقبت از سالمند مبتلا به دلیریوم می‌باشد.

یافته‌های پژوهش در راستای دستیابی به هدف تعیین نگرش پرستاران نسبت به مراقبت سالمند مبتلا به دلیریوم در حیطه بار مراقبتی نشان داد بیشتر پرستاران عنوان کردند که در صورت حمایت بیشتر از واحد کاری و همچنین منابع مالی، می‌توانند مراقبت بهتری را برای بیماران سالمندی که مبتلا به دلیریوم هستند ارائه دهند. همچنین بیان کردند که مراقبت از سالمندان مبتلا به دلیریوم برایشان دشوار است. در راستای حمایت از پرستاران در خصوص بیماران مبتلا به دلیریوم، **Akechi** و همکاران مطالعه‌ای جهت بررسی مفید بودن یک برنامه آموزشی جدید برای افزایش خودکفایی و اعتماد به نفس پرستاران در مراقبت از بیماران مبتلا به دلیریوم انجام دادند. این برنامه نتایج مثبتی را در افزایش اعتماد به نفس پرستاران در این زمینه نشان داد^(۳۶). یافته‌های **Agar** و همکاران در استرالیا حاکی از آن بود که پرستاران تظاهرات شناختی یا رفتارهای نشانگر دلیریوم را درک می‌کنند اما معیارهای تشخیصی را نمی‌شناسند^(۳۷). در همین راستا **Gillis** و همکاران در پژوهش خود که با هدف بررسی دانش و نگرش پرستاران در مورد پیشگیری و درمان عوارض بی‌حرکتی در سالمندان بستری در کانادا انجام شد سطح دانش را ضعیف ارزیابی نمودند. کمترین پاسخ صحیح مربوط به سوالات تشخیص عوارض ناشی از بی‌حرکتی بود^(۳۸). یافته‌های حاصل از مطالعه **Rice** و همکاران که به منظور بررسی افزایش تشخیص بالینی دلیریوم در سالمندان انجام گرفت نشان داد که پرستاران در تشخیص رفتارهای روانی مزمن و حاد این بیماران مشکل دارند و دانش مورد استفاده پرستاران برای ارزیابی بیماران مبتلا به دلیریوم، منطقی و تحلیلی نیست و پرستاران در هنگام ارزیابی این بیماران اشتباه می‌کنند^(۳۹).

اعتبار بخشی بر توجه و ارزیابی خطرات مخصوص این دوره از زندگی، انجام مطالعات گسترده در این زمینه الزامی به نظر می‌رسد. همچنین انجام مطالعه تأثیر آموزش بر دانش، نگرش و عملکرد پرستارانی که مسئولیت مراقبت از سالمندان را به عهده دارند، ضروری است. امکان سنجی با پروتکل‌های استاندارد و تهیه راهنمای بالینی جهت مدیریت مراقبت از سالمندان مبتلا به دلیریوم را می‌توان از الزامات ضروری در اعتبار بخشی در نظر داشت.

نتایج در حیطه تمایل به دانستن بیشتر نشان داد که پرستاران ترجیح می‌دادند آموزش‌های مداوم در زمینه مراقبت از بیماران سالمند داشته باشند. آنها بیان کردند که اطلاعات کافی در رابطه با دلیریوم در افراد سالمند ندارند تا بتوانند تشخیص آشکاری بدهند. **Devlin** و همکاران در انگلیس نشان دادند که به علت پیچیدگی ناشی از تشخیص دلیریوم در بخش مراقبت‌های ویژه، بیش از یک سوم از پرستاران گزارش دادند که هیچ آموزشی درباره دلیریوم دریافت نمی‌کنند^(۳۲). از سوی دیگر، یافته‌های مطالعه **Elliott** نشان داد که ۴۴ درصد از پاسخ دهندگان در خصوص دلیریوم در بخش مراقبت‌های ویژه آموزش ندیده بودند و به برگزاری این دوره‌ها در این مطالعه تأکید داشتند^(۳۳). در مطالعه منفرد و همکاران در تهران توصیه شد که در دوره‌های دانشگاهی و برنامه‌های توسعه حرفه‌ای پس از فارغ التحصیلی در محل کار، به مراقبت از سالمند به عنوان یک استراتژی بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی در سطح جهانی، اهمیت بیشتری داده شود^(۳۴). **Meako** و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که پرستاران در بخش ارتوپدی درک مناسبی در مورد دلیریوم نداشتند و بنابراین نیازمند جلسات آموزشی بودند^(۳۲). جالب توجه است که **Steege** و همکاران با استفاده از یک مطالعه تجربی پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای بررسی اثربخشی یک دوره یادگیری الکترونیکی بر دانش دلیریوم پرستاران، نشان دادند که پرستاران دانش محدودی در مورد دلیریوم دارند اما این می‌تواند به وضوح از طریق اجرای یک دوره آموزشی الکترونیکی

آماری معنی‌داری وجود نداشت^(۲۱). در مطالعه Gillis و همکاران نیز ارتباط معنی‌داری بین نمره دانش با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران گزارش نشد^(۳۸).

نگرش پرستاران از مجموع عوامل گوناگونی همچون باورها و اعتقادات فردی، بافت فرهنگی جامعه، اعتقادات مذهبی مردم، تجربیات شغلی و فردی هر شخص و میزان درک آنان از بیماران سالمند تأثیر می‌پذیرد. در دین اسلام توصیه‌های زیادی در خصوص رعایت حال سالمندان شده است. انتظار می‌رود در جامعه ایران که دین بیشتر مردم اسلام است، سالمندان و مهمتر از آن بیماران سالمند بیشتر مورد توجه قرار گیرند. به همین دلیل پرستاران این مطالعه نیازمند حمایت‌هایی از منابع گوناگون بودند تا بتوانند به بیماران سالمند خدمات بهینه ارائه دهند. بنابراین افزایش تعداد واحدهای ارايه شده در درس پرستاری مربوط به سالمندی و بیماری‌های مرتبط با آن، تدوین برنامه‌های کارآموزی به صورت بازدید از سرای سالمندان، سالمندان ساکن در منازل و بیماران سالمند بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه به منظور آشنایی هر چه بیشتر این دانشجویان با این گروه از افراد و بیماری‌های آنها می‌تواند به عنوان منابع و حمایت از پرستاران در راستای افزایش انگیزه و کارایی آنها در مراقبت از بیماران مبتلا به دلیریوم صورت پذیرد. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که نگرش کلی پرستاران از سندرم دلیریوم در سطح متوسط می‌باشد. با توجه به نقش نگرش در پیشگیری، به تعویق انداختن، کند نمودن روند پیشرفت سندرم و کاهش بار مراقبتی ناشی از آن، پیشنهاد می‌گردد مطالعه‌ای مداخله‌ای با استفاده از ابزارهای استاندارد بررسی دلیریوم با هدف تعیین تأثیر آموزش بر میزان نگرش پرستاران در مراقبت از سالمند مبتلا به دلیریوم صورت گیرد. مطالعه مذکور می‌تواند از نوع آموزشی به طور مثال با برگزاری کارگاه آموزش سندرم دلیریوم با هدف افزایش آگاهی از این سندرم صورت گیرد.

با توجه به اینکه پرستاران از جمله اعضاء تیم بهداشتی و درمانی هستند که مراقبت از بیمار سالمند به ویژه بیماران مبتلا به دلیریوم را عهده دار می‌باشند، لازم است خصوصیات این گروه سنی را کاملاً شناخته و نیازهای این گروه را پایه‌ای برای مداخلات پرستاری قرار دهند. کمبود دانش اصولی در زمینه تغییرات طبیعی فیزیولوژیک در پیری موجب نارسایی در تطبیق مراقبت‌های ارائه شده متناسب با تغییرات طبیعی ناشی از سن شده و این امر می‌تواند سالمندان را در معرض خطر قرار دهد. از سویی فقدان دانش کافی و نگرش منفی بر روی عملکرد پرستاران اثر می‌گذارد و باعث می‌شود نتوانند در زمینه سالمندی مراقبت‌های مورد نیاز را ارائه دهند^(۴۴).

بررسی مشخصات فردی و نگرش پرستاران نشان داد نگرش پرستاران نسبت به مراقبت سالمند مبتلا به دلیریوم با سمت شغلی و سابقه کار آنها با سالمند رابطه معنی‌دار آماری داشته بدین ترتیب که هر چه سمت شغلی مرتبط تر و سابقه مراقبت از سالمند مبتلا به دلیریوم بیشتر بود، نگرش آنان نیز مثبت‌تر بود. در حالی که با جنس، سن، تحصیلات، بخش محل خدمت، سابقه کار در بخش فعلی و گذراندن دوره آموزشی در رابطه با دلیریوم رابطه‌ای یافت نشد. Hashim و Ismail نشان دادند بین سابقه کاری و دانش پرستاران در مورد دلیریوم یک همبستگی مثبت قابل توجهی وجود دارد^(۴۰). این در حالی است که Donahue و همکاران نشان دادند ارتباط معنی‌دار و معکوسی بین دانش و سابقه کاری وجود داشت^(۴۱). در مطالعات Lambrinou و همکاران و Al-Obeisat نیز بین پارامترهای سنوات کاری و تجربه مراقبت از سالمند و سطح دانش و آگاهی پیرامون حقایق سالمندی ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت به طوری که پرستاران دارای سنوات کاری بالاتر و تجربه بالینی بیشتر و همچنین داشتن تجربه مراقبت از سالمند در خانواده، امتیاز بالاتری کسب نمودند^(۴۲،۴۳). در مطالعه Hagerling بین امتیاز آگاهی از بیماری سالمندی با هیچ یک از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ارتباط

می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مسئولین بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم (ص)، فیروزگر و شهید هاشمی نژاد، پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه و تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده‌اند تشکر نمایند.

تعارض منافع: نویسندگان هیچگونه تعارض منافی را گزارش نکرده‌اند.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران با شماره مجوز IR.IUMS.FMD.REC1396.9413580002

فهرست منابع

1. Richardson SJ, Fisher JM, Teodorczuk A. The Future Hospital: a blueprint for effective delirium care. *Future Hospital Journal*. 2016;3(3):178-81.
2. Wells LG. Why don't intensive care nurses perform routine delirium assessment? A discussion of the literature. *Aust Crit Care*. 2012;25(3):157-61.
3. Rezaee F. Translation of Kaplan & Sudock Synopsis of Psychiatry Behavioral Science. Tehran: Arjmand Publications. 2007:405-18. [Persian]
4. Sadrollahi a, Khalili z. Psychology of Elderly. tehran: jamenegar. pp .1902-15.
5. Karimi V, Hanifi N, Bahraminejad N, Faghihzadeh S. The Effect of Family-Centered Orientation Program on Prevention of Delirium Prevalence in Patients with Coronary Artery Disease: A Clinical Trial. *Military Caring Sciences*. 2015;2(2):104-14. [Persian]
6. Detroyer E, Dobbels F, Debonnaire D, Irving K, Teodorczuk A, Fick DM, et al. The effect of an interactive delirium e-learning tool on healthcare workers' delirium recognition, knowledge and strain in caring for delirious patients: a pilot pre-test/post-test study. *BMC Med Educ*. 2016;16(1):17.
7. Elfeky HA, Ali FS. Nurses' practices and perception of delirium in the intensive care units of a selected university hospitals in Egypt. *Journal of Education and Practice*. 2013;4(19):61-70.
8. Heidari A, Dianati M, Mousavi G. Prevalence of delirium, its related factors and short-term outcomes in ICU wards of Kashan Shahid-Beheshti and Isfahan Kashani hospitals during 2012-2013. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences*. 2014;18(1). [Persian]
9. Holly C, Cantwell ER, Jadotte Y. Acute delirium: differentiation and care. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2012;24(1):131-47.
10. Tse L, KW Schwarz S, B Bowering J, L Moore R, D Burns K, M Richford C, et al. Pharmacological risk factors for delirium after cardiac surgery: a review. *Curr Neuropharmacol*. 2012;10(3):181-96.
11. Devlin JW, Fong JJ, Howard EP, Skrobik Y, McCoy N, Yasuda C, et al. Assessment of delirium in the intensive care unit: nursing practices and perceptions. *Am J Crit Care*. 2008;17(6):555-65.
12. Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(5):823-30.
13. Young J, Leentjens AF, George J, Olofsson B, Gustafson Y. Systematic approaches to the prevention and management of patients with delirium. *J Psychosom Res*. 2008;65(3):267-72.
14. Hall RJ, Meagher DJ, MacLulich AM. Delirium detection and monitoring outside the ICU. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2012;26(3):367-83.
15. Jannati Y, Sohrabi M, Bagheri-Nesami M. Delirium and its diagnostic tools: A new approach to nursing. *Clinical Excellence*. 2013;1(2):85-96. [Persian]
16. Dadgari A, YAGHMAEI F, Shahnazarian J, Dadvar L. Nurses knowledge, attitude and practice in prevention of ICU syndrome. 2007. [Persian]
17. Skrobik Y, Ahern S, Leblanc M, Marquis F, Awissi DK, Kavanagh BP. Protocolized intensive care unit management of analgesia, sedation, and delirium improves analgesia and subsyndromal delirium rates. *Anesth Analg*. 2010;111(2):451-63.

18. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *The Lancet*. 2014;383(9920):911-22.
19. Özşaban A, Acaroglu R. Delirium assessment in intensive care units: practices and perceptions of Turkish nurses. *Nurs Crit Care*. 2016;21(5):271-8.
20. Ribeiro SCL, Nascimento ERPd, Lazzari DD, Jung W, Boes AA, Bertonecello KC. Knowledge of nurses about delirium in critical patients: collective subject discourse. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2015;24(2):513-20.
21. Hagerling FL. Nurse Attitudes Toward Caring for Older Patients With Delirium: Colorado State University. Libraries; 2015.
22. Meako ME, Thompson HJ, Cochrane BB. Orthopaedic nurses' knowledge of delirium in older hospitalized patients. *Orthop Nurs*. 2011;30(4):241-8.
23. Mellor P, Chew D, Greenhill JA. Nurses' attitudes toward elderly people and knowledge of gerontic care in a multipurpose health service (MPHS). 2007.
24. Arab M, Mohammadalizade S, Haghdoost A. Staff nurses knowledge of aging process and their attitude toward elder people. *Iran Journal of Nursing*. 2008;21(55):19-27 [Persian]
25. Ravanipour M, Dadaeen A, Jahanpour F, Husseini S. Evaluating nurses' knowledge on aging-related facts at educational hospitals in Bushehr; 2012. 2018. [Persian]
26. Bleijenberg N. Dutch nursing students' knowledge and attitudes towards older people-A longitudinal cohort study. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2012;2(2):1.
27. Hamdan-Mansour AM, Othman EH, Yacoub MI. Knowledge and nursing practice of critical care nurses caring for patients with delirium in intensive care units in Jordan. *J Contin Educ Nurs*. 2010;41(12):571-6.
28. Devlin JW, Fong JJ, Fraser GL, Riker RR. Delirium assessment in the critically ill. *Intensive Care Med*. 2007;33(6):929-40.
29. Riekerk B, Pen EJ, Hofhuis JG, Rommes JH, Schultz MJ, Spronk PE. Limitations and practicalities of CAM-ICU implementation, a delirium scoring system, in a Dutch intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2009;25(5):242-9.
30. Christensen M. An exploratory study of staff nurses' knowledge of delirium in the medical ICU: an Asian perspective. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014;30(1):54-60.
31. Fick DM, Hodo DM, Lawrence F, Inouye SK. Recognizing delirium superimposed on dementia: assessing nurses' knowledge using case vignettes. *J Gerontol Nurs*. 2007;33(2):40.
32. Devlin JW, Marquis F, Riker RR, Robbins T, Garpestad E, Fong JJ, et al. Combined didactic and scenario-based education improves the ability of intensive care unit staff to recognize delirium at the bedside. *Critical Care*. 2008;12(1):R19.
33. Elliott SR. ICU delirium: a survey into nursing and medical staff knowledge of current practices and perceived barriers towards ICU delirium in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014;30(6):333-8.
34. Monfared A, Soodmand M, Ghasemzadeh G. Knowledge and attitude of Intensive care units nurses towards Delirium working at Guilan University of Medical Sciences in 2015. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*. 2017;7(1):1-7. [Persian]
35. Van De Steeg L, IJkema R, Wagner C, Langelaan M. The effect of an e-learning course on nursing staff's knowledge of delirium: a before-and-after study. *BMC Med Educ*. 2015;15(1):12.
36. Akechi T, Ishiguro C, Okuyama T, Endo C, Sagawa R, Uchida M, et al. Delirium training program for nurses. *Psychosomatics*. 2010;51(2):106-11.
37. Agar M, Draper B, Phillips P, Phillips J, Collier A, Harlum J, et al. Making decisions about delirium: a qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. *Palliat Med*. 2012;26(7):887-96.
38. Gillis A, MacDonald B, MacIsaac A. Nurses' knowledge, attitudes, and confidence regarding preventing and treating deconditioning in older adults. *J Contin Educ Nurs*. 2008;39(12):547-54.
39. Rice KL, Bennett MJ, Clesi T, Linville L. Mixed-methods approach to understanding nurses' clinical reasoning in recognizing delirium in hospitalized older adults. *J Contin Educ Nurs*. 2014.
40. Hashim HY, Ismail MS. Impact of A Scenario- Based Educational Intervention about Delirium Assessment in Critically Ill Patients on Nurses' Knowledge and Practices. The International Nursing Research Conference, Royal College of Nursing of the United Kingdom, April; 2012.

41. Donahue M, Kazer MW, Smith L, Fitzpatrick JJ. Effect of a geriatric nurse education program on the knowledge, attitudes, and certification of hospital nurses. *T J Contin Educ Nurs*. 2011;42(8):360-4.
42. Hweidi IM, Al-Obeisat SM. Jordanian nursing students' attitudes toward the elderly. *Nurse Educ Today*. 2006;26(1):23-30.
43. Lambrinou E, Sourtzi P, Kalokerinou A, Lemonidou C. Attitudes and knowledge of the Greek nursing students towards older people. *Nurse Educ Today*. 2009;29(6):617-22.
44. Mellor P, Chew D, Greenhill JA. Nurses' attitudes toward elderly people and knowledge of gerontic care in a multipurpose health service (MPHS). *Aust J Adv Nurs*. 2007;24(4):37.

Attitude of Nurses toward the Care of Elderly Patients with Delirium and the Influential Factors in the Teaching Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Sciences (2017)

Arezou Gholizadeh¹, *Ezzat Jafar Jalal², Hamid Haghani³

Abstract

Background & Aims: Nurses are one of the most important members of healthcare teams, who are directly responsible for the care of the elderly. Positive attitude toward the recipients of care plays a fundamental role in the provision of care. The quality of care provision to the elderly, especially those with delirium, is influenced by several factors, including the attitude of nurses toward this patient group. The present study aimed to assess the attitude of nurses toward the care of elderly patients with delirium in the dimensions of knowledge, ability and self-confidence, ability to identify and understand the consequences, willingness to enhance knowledge, and burden of care.

Materials & Methods: This cross-sectional, descriptive-analytical study was conducted on 200 nurses employed in three teaching hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences, Iran, who were selected via convenience, proportionate stratification sampling in case they met the inclusion criteria. Data were collected using questionnaires of demographic data and attitude of nurses toward delirium consisting of 38 items. Data analysis was performed in SPSS version 16 at the significance level of $P \leq 0.05$.

Results: The attitude of head nurses toward the elderly patients with delirium was significantly better compared to nurses ($P=0.005$). The results of the analysis of variance indicated a significant difference with the variable of work experience with the elderly ($P=0.003$). In addition, occupational position (head nurse) was the only significant variable in the linear regression model.

Conclusion: According to the results, occupational position and work experience with the elderly had the most significant associations with the attitude of the nurses toward the elderly patients with delirium. It is suggested that continuous training, evidence-based, and performance-based education be implemented to improve the attitude and practice of nurses. Furthermore, the care of elderly patients must be assigned to trained, experienced, enthusiastic, and interested personnel.

Keywords: Delirium, Attitude, Elderly Care

Conflict of Interest: No

How to Cite: Gholizadeh A, Jafar Jalal E, Haghani H. Attitude of Nurses toward the Care of Elderly Patients with Delirium and the Influential Factors in the Teaching Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Sciences (2017). *Iran Journal of Nursing*. 2018; 31(114):49-64.

Received: 16 Jul 2018

Accepted: 15 Oct 2018

¹. MS in Geriatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

². Lecturer, Department of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding author) Tel: 09123907046 Email: jafarjalal.e@iums.ac.ir

³. Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.