

تأثیر اجرای برنامه‌ی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی سالمندان

لیلا هاشملو^۱، دکتر معصومه همتی مسلک پاک^۲، دکتر حمیدرضا خلخالی^۳

تاریخ دریافت 1391/09/13 تاریخ پذیرش 1391/11/24

چکیده

پیش زمینه و هدف: افزایش جمعیت سالمندان به خصوص در کشورهای در حال توسعه با مشکلات اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی فراوانی همراه است. بهره‌گیری از نظریه‌های پرستاری به ویژه نظریه اورم می‌تواند در ارتقاء توان خودمراقبتی این افراد موثر باشد. این مطالعه به منظور تعیین تأثیر اجرای برنامه‌ی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان ارومیه انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای نیمه تجربی از نوع قبل و بعد می‌باشد. ۵۰ نفر از سالمندان که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به صورت سرشماری انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه کنترل (۲۵) و تجربی (۲۵) تقسیم شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه نیازسنجی بر اساس مدل اورم و پرسشنامه توانایی خودمراقبتی سالمندان بود. در گروه مداخله برنامه خودمراقبتی به مدت ۴-۶ جلسه ۳۰-۴۵ دقیقه‌ای بر اساس نیازهای خودمراقبتی اجرا شد. توانایی خود مراقبتی در دو مرحله، قبل و ۱ ماه بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی به وسیله پرسشنامه توانایی خودمراقبتی سنجیده شد. تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها: نتیجه آزمون خی دو نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری در دو گروه کنترل و مداخله از نظر سطوح نیاز وجود ندارد ($P=0/76$). مقایسه اختلاف میانگین‌های توانایی خودمراقبتی قبل و بعد از مداخله در دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار نشان داد ($P=0/014$). به عبارت دیگر اجرای برنامه خودمراقبتی اورم باعث ارتقاء توان خودمراقبتی در سالمندان شده بود.

بحث و نتیجه گیری: اجرای برنامه خودمراقبتی اورم تأثیر مثبتی در افزایش توان خودمراقبتی سالمندان داشت. بنابراین توصیه می‌شود ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و پرستاران با تقویت خودمراقبتی در این افراد بر اساس تئوری‌های پرستاری و برنامه ریزی مراقبتی باعث بهبود توانایی خودمراقبتی در افراد سالمند ساکن خانه‌های سالمندان شوند.

کلیدواژه‌ها: مدل خودمراقبتی اورم، توان خودمراقبتی، سالمندان

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره دوم، پی در پی 43، اردیبهشت 1392، 119-126

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد می‌باشد.

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه؛ تلفن: ۰۴۴۱-۲۷۵۴۹۶۱

Email: Hemmati_m@umsu.ac.ir

مقدمه

سالمندی در نظر می‌گیرند. در برخی از کشورها سن ۶۰ سالگی مقبول می‌باشد. سازمان ملل متحد نیز سن ۶۰ سالگی را به عنوان نقطه برش پذیرفته است. (۳). ورود فرآورده‌های فنی، پیشرفت‌های پزشکی و بالا رفتن سطح بهداشت همگی افزایش طول عمر و به دنبال آن افزایش تعداد سالمندان را به همراه داشته است (۴).

پدیده سالمندی یکی از مراحل طبیعی عمر انسان می‌باشد که با تولد شروع شده و با پیر شدن خاتمه یافته (۱) و منجر به تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی می‌شود (۲). در کشورهای توسعه یافته سن ۶۵ سالگی را که در آن فرد شرایط دریافت حقوق بازنشستگی را پیدا می‌کند به عنوان شروع

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

^۲ دکترای آموزش پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ دکترای آمار حیاتی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

حمایت از مراقبت از خود دارد. الگوی خودمراقبتی اورم² یکی از کامل‌ترین نظریه‌های خودمراقبتی است که راهنمای بالینی مناسبی برای برنامه ریزی و اجرای اصول خودمراقبتی در اختیار می‌گذارد (۱۴). اورم انسان را عامل مراقبت از خود³ می‌داند که تمام مراقبت‌های لازم برای سلامتی را انجام می‌دهد تا بدین وسیله حیات و تندرستی خود را حفظ کند و به طور دائم احساس خوب بودن داشته باشد (۱۵).

توانایی مراقبت از خود⁴، به وسیله اورم به عنوان یکی از اجزای تئوری پرستاری مراقبت از خود ارایه شده که عبارت از توانایی افراد برای انجام فعالیت‌های مراقبت از خود می‌باشد، به عبارت دیگر توانایی است که شخص برای ایجاد تعادلی بین توانایی‌های خود و نیازهای موجود برای مراقبت کسب می‌نماید (۱۶). اورم عقیده دارد در پیوستار سلامت بیماری، هرگونه عدم تعادل بین توانایی مراقبت از خود و میزان نیاز به این نوع مراقبت می‌تواند به آنچه که او آن را نقص در مراقبت از خود⁵ می‌خواند، منجر شود. پرستاری نقشی کلیدی در جبران این نقص دارد (۱۷). توانایی خودمراقبتی افراد سالمند با دریافت خدمات سلامتی در ارتباط می‌باشد (۱۸). افزایش توانایی خودمراقبتی در سالمندان می‌تواند منجر به خودشکوفایی شخص شود (۱۹). بسیاری از سازمان‌های بهداشتی و مراقبین سلامتی ارتقای مراقبت از خود را به عنوان یک راهکار برای کاهش هزینه‌های گزاف خدمات پزشکی در نظر گرفته‌اند (۲۰). با در نظر گرفتن نکات فوق نیاز به مطالعه در مورد برنامه خودمراقبتی موثر بر اساس نیاز افراد سالمند برای ارتقاء توانایی خود مراقبتی آنان احساس می‌شود. لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر اجرای برنامه خودمراقبتی مبتنی بر نظریه اورم بر توان خودمراقبتی سالمندان انجام شد.

سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۶ تعداد کل افراد سالمند جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر ذکر کرده است که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید (۵). شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که روند سالمند شدن جمعیت در کشور ما نیز در حال گسترش است. طبق گزارش مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد در تهران تعداد افراد سالمند در ایران چهار میلیون و پانصد و شصت و دو هزار نفر بود، یعنی ۶ درصد از کل جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دادند (۶).

سالم پیر شدن حق همه افراد بشر است و این بر اهمیت پدیده سالمندی و پیشگیری از مشکلات آن می‌افزاید (۷). علت توجه همه جانبه به سالمندان این است که این افراد دارای مشکلات عدیده سلامتی هستند و افزایش جمعیت سالمند با هزینه‌های متعددی همراه است که یکی از عمده‌ترین این هزینه‌ها در بخش بهداشت و درمان می‌باشد. مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته است بر این واقعیت تاکید دارند که با ورود به مرحله سالمندی، هزینه‌های درمانی روند تصاعدی خواهد داشت (۸).

نزدیک به ۵۸ درصد از افراد بالای ۶۵ سال برای انجام فعالیت‌های روزانه نیاز به کمک دارند (۹، ۱۰). اشخاص بزرگسال، به طور طبیعی توانایی مراقبت از خود را دارند اما کودکان، سالمندان و اشخاص بیمار و ناتوان نیازمند کمک در انجام فعالیت‌های خودمراقبتی می‌باشند (۱۱). توانایی خودمراقبتی با افزایش سن کاهش می‌یابد. هاومن^۱ و همکاران در مطالعه‌ای که در میان افراد سالمند انجام دادند نشان دادند که توانایی خودمراقبتی در این افراد کاهش می‌یابد. علاوه بر سن نیاز به دریافت کمک و ناتوانی به عنوان یک عامل خطر برای توانایی خودمراقبتی پایین در میان افراد سالمند در نظر گرفته می‌شود (۱۲، ۱۳). مدل‌های مفهومی که عملکرد پرستاران را هدایت می‌کند، تأثیر مهمی در

² Orem³ Self care agent⁴ Self care agency⁵ Self care defect¹ Haveman

مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت یک مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعد، بر روی ۵۰ نفر از افراد سالمند ساکن در خانه‌های سالمندان الزهرا، خانه سبز، آرا و فردوس شهر ارومیه که شرایط شرکت در مطالعه از جمله آگاهی نسبت به مکان، زمان و اشخاص، تمایل به شرکت در مطالعه و نداشتن نابینایی و ناشنوایی، عدم غیبت در ۲ جلسه پشت سر هم و عدم غیبت در یک چهارم جلسات را داشته و فرم رضایت نامه را تکمیل نموده بودند، انجام شد. نمونه‌ها به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند و پس از تکمیل پرسشنامه نیازسنجی، بر اساس جنس، میزان تحصیلات، نوع مرکز سالمندی از نظر خصوصی یا دولتی بودن و نمره نیازهای مراقبت از خود در دو گروه ۲۵ نفری همانندسازی شدند. سپس این دو گروه به روش تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل سه بخش بود، بخش اول پرسشنامه مربوط به مشخصات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش، بخش دوم پرسشنامه مشتمل بر ۴۴ سؤال در مورد سطح نیازهای سالمندان بر اساس مدل اورم بود، که این بخش از پرسشنامه توسط پژوهشگران بر اساس مطالعات کتابخانه‌ای تهیه شده بود و حاوی سه طبقه نیازهای کم یا مستقل، نیازهای متوسط یا نیمه وابسته و نیازهای زیاد یا وابسته بود. به طور قراردادی کسب نمره ۱۵-۰ به معنای وابسته، ۳۰-۱۶ نیمه وابسته و ۴۴-۳۱ مستقل از نظر خودمراقبتی بود. برای به دست آوردن اعتبار علمی این پرسشنامه از روش روایی صوری^۱ و روایی محتوای کیفی^۲ استفاده شد. به منظور کسب اعتماد علمی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد، پایایی این پرسشنامه ۰/۸۹ بود.

بخش سوم، پرسشنامه روا و پایایی توانایی خودمراقبتی افراد سالمند (SASE)^۳ بود. این پرسشنامه مشتمل بر ۱۷ سؤال برای

ارزیابی توانایی خودمراقبتی افراد سالمند است. پاسخ هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت است که امتیازات بین ۱ تا ۵ تقسیم بندی می‌شوند. پاسخ به سؤالات به صورت کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم می‌باشد. بالاترین امتیاز ۸۵ و پایین‌ترین امتیاز ۱۷ می‌باشد نمره کمتر از ۶۹ نشان دهنده توان خودمراقبتی پایین و نمره مساوی و بیشتر از ۶۹ نشان دهنده توان خودمراقبتی بالا می‌باشد (۲۱). بعد از ترجمه پرسشنامه به فارسی با روش استاندارد رو به جلو- رو به عقب^۴ توسط پژوهشگران، اعتبار علمی پرسشنامه از طریق اعتبار محتوای کیفی و اعتماد علمی آن نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ تعیین گردید.

بعد از پیش‌آزمون^۵ افراد گروه مداخله، در برنامه خودمراقبتی اورم شرکت کردند، این برنامه بر اساس نیازسنجی انجام شده و بر اساس منابع پرستاری و پزشکی گردآوری و در قالب برنامه خودمراقبتی طراحی گردید. در مرحله برنامه ریزی و تعیین اهداف، زمان‌بندی اقدامات مورد نظر و مکان انجام اقدامات مشخص شد. برنامه مراقبتی شامل سیستم پرستاری جبرانی نسبی و سیستم پرستاری حمایتی آموزشی بود که فرد سالمند را در برآورده کردن نیازهای مراقبت از خود مشارکت می‌داد تا مراقبت از خود را بدون وابستگی به دیگران یا با کمک انجام دهد. قبل از مرحله اجرا، آموزش برنامه به صورت انفرادی چهره به چهره، همچنین در قالب سخنرانی و پخش جزوه آموزشی انجام شد. در پایان جلسه آخر آموزشی جهت استفاده هر چه بیشتر کتابچه آموزشی در اختیار مراکز و نمونه‌ها قرار گرفت. قبل از اجرای برنامه در مرحله ارزشیابی برنامه خودمراقبتی ارائه شده مورد بررسی قرار گرفته نقاط ضعف و قوت برنامه مشخص و رفع شد. در مرحله اجرا، انجام حرکات عملی به مدت ۶-۴ جلسه، ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای بر اساس سطح تحصیلات افراد، توسط پژوهشگر اجرا گردید (۶). علاوه بر

^۱ Face Validity

^۲ Qualitative Content Validity

^۳ Self-care Ability Scale for the Elderly

^۴ forward-backward

^۵ Pre test

این سالمندان گروه مداخله به مدت یک ماه این برنامه را خودشان نیز انجام دادند (۲)، در این مدت در صورتی که با سؤالی مواجه شدند جهت رفع اشکال با شماره تلفنی که در اختیار آن‌ها گذاشته شده بود، رفع اشکال می‌کردند.

بعد از اتمام زمان مداخله پس آزمون انجام گرفت و وضعیت خودمراقبتی هر دو گروه مجدداً ارزیابی شد. داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۶) و آمار توصیفی و آزمون‌های تی مستقل، خی دو، ویلکاکسون و من ویتنی در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه نشان داد که اکثریت نمونه‌های گروه کنترل و مداخله به ترتیب (۸۸ و ۸۴ درصد) را زنان تشکیل می‌دادند. میانگین سن شرکت کنندگان در پژوهش در گروه کنترل $73/28 \pm 9/15$ و در گروه مداخله $73/8 \pm 10/2$ بود. نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داد که در دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای سن، مدت زمان اقامت و تعداد ملاقات از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود ندارد (جدول شماره ۱).

نتایج آزمون خی دو نشان داد که در دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و منبع درآمد از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود

ندارد (جدول شماره ۲).

نتایج این مطالعه نشان داد که در گروه کنترل ۴۸ درصد سالمندان نیازهایشان در سطح کم، ۴۴ درصد متوسط و ۸ درصد زیاد بود. در گروه مداخله ۴۴ درصد سالمندان نیازهایشان در سطح کم، ۵۲ درصد متوسط و ۴ درصد زیاد بود. آزمون آماری خی دو تفاوت معنی‌داری در دو گروه کنترل و مداخله از نظر سطوح نیاز نشان نداد ($P=0/76$) (جدول شماره ۳).

یافته‌های این مطالعه بیانگر آن بود که در هر دو گروه اکثریت افراد توان خودمراقبتی پایین یعنی نمره کمتر از ۶۹ داشتند. به طوری که در گروه کنترل (۷۶ درصد) و در گروه مداخله (۸۰ درصد) از نظر توان خودمراقبتی در سطح پایینی قرار داشتند. نتیجه آزمون خی دو نشان داد که تفاوت معنی‌داری در دو گروه کنترل و مداخله از نظر توانایی خودمراقبتی وجود ندارد ($P=0/73$).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین امتیاز توانایی خودمراقبتی در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله به ترتیب ($59/68$ و $60/16$) بود. در گروه مداخله میانگین امتیاز توانایی خودمراقبتی قبل از مداخله $60/52$ بود که پس از مداخله به $62/64$ افزایش یافت. نتایج آزمون ویلکاکسون نشان داد که در گروه کنترل میانگین نمرات توان خودمراقبتی قبل و بعد تفاوت معنی‌دار آماری ندارد. در گروه مداخله این تفاوت معنی‌دار بود (جدول ۴).

جدول شماره (۱): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کمی سالمندان در دو گروه کنترل و مداخله

| متغیر | گروه کنترل | | گروه مداخله | | نتیجه آزمون تی مستقل |
|----------------------|------------|--------------|-------------|--------------|----------------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| سن (سال) | ۷۳/۲۸ | ۹/۱۵ | ۷۳/۸ | ۱۰/۲ | $P=0/84$ |
| مدت زمان اقامت (سال) | ۳/۳ | ۲ | ۳/۲ | ۱/۷ | $P=0/8$ |
| تعداد ملاقات | ۹/۸ | ۱۳ | ۱۲/۸ | ۱۲/۶ | $P=0/52$ |

جدول شماره (۲): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کیفی سالمندان در دو گروه کنترل و مداخله

| نتیجه آزمون خی دو | گروه مداخله | | گروه کنترل | | متغیر | |
|---|-------------|-------|------------|-------|-------------------------|--------------|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | | |
| $X^2=0/17$ $d.f=1$ $P=0/68$ | ۱۶ | ۴ | ۱۲ | ۳ | مرد | جنس |
| | ۸۴ | ۲۱ | ۸۸ | ۲۲ | زن | |
| $X^2=3/2$ $d.f=3$ $P=0/37$ | ۲۴ | ۶ | ۱۲ | ۳ | متاهل | وضعیت تأهل |
| | ۸ | ۲ | ۴ | ۱ | مجرد | |
| | ۴ | ۱ | ۱۶ | ۴ | طلاق گرفته | |
| | ۶۴ | ۱۶ | ۶۸ | ۱۷ | فوت همسر | |
| $X^2=0/25$ $d.f=3$ $P.Value=0/97$ | ۳۶ | ۹ | ۳۶ | ۹ | الزهرا | مراکز |
| | ۳۶ | ۹ | ۴۰ | ۱۰ | خانه سبز | |
| | ۱۶ | ۴ | ۱۶ | ۴ | آرا | |
| | ۱۲ | ۳ | ۸ | ۲ | فردوس | |
| $X^2=0/23$ $d.f=2$ $P=0/89$ | ۶۰ | ۱۵ | ۵۶ | ۱۴ | بی سواد | تحصیلات |
| | ۳۲ | ۸ | ۳۲ | ۸ | زیر دیپلم | |
| | ۸ | ۲ | ۱۲ | ۳ | دیپلم و بالاتر از دیپلم | |
| $X^2=0/67$ $d.f=2$ $P=0/72$ | ۳۶ | ۹ | ۳۶ | ۹ | خانه دار | وضعیت اشتغال |
| | ۵۲ | ۱۳ | ۴۴ | ۱۱ | بیکار | |
| | ۱۲ | ۳ | ۲۰ | ۵ | بازنشسته | |
| $X^2=0/15$ $d.f=2$ $P.Value=0/93$ | ۳۶ | ۹ | ۳۶ | ۹ | کمیته امداد و مردم | منبع درآمد |
| | ۴۸ | ۱۳ | ۴۴ | ۱۲ | خانواده | |
| | ۱۶ | ۴ | ۲۰ | ۵ | خود فرد | |

جدول شماره (۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی سالمندان بر حسب نیازهایشان در دو گروه کنترل و مداخله قبل از انجام برنامه خود مراقبتی اورم

| نتیجه آزمون خی دو | گروه مداخله | | گروه کنترل | | سطح نیازها |
|-------------------|-------------|-------|------------|-------|---------------------|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| $P=0/76$ | ۴۴ | ۱۱ | ۴۸ | ۱۲ | کم (مستقل) |
| | ۵۲ | ۱۳ | ۴۴ | ۱۱ | متوسط (نیمه وابسته) |
| | ۴ | ۱ | ۸ | ۲ | زیاد (وابسته) |
| | ۱۰۰ | ۲۵ | ۱۰۰ | ۲۵ | جمع |

جدول شماره (۴): مقایسه میانگین نمرات توانایی خودمراقبتی قبل و بعد از انجام برنامه خود مراقبتی اورم در دو گروه مداخله و کنترل

| P_Value | بعد از مداخله | | قبل از مداخله | | توانایی خودمراقبتی (نمره بین ۱۷ تا ۸۵) |
|-----------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---|
| | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | |
| $P=0/69$ | ۳۴۲۵ | $60/16 \pm 10/06$ | ۲۵/۶۶ | $59/68 \pm 9/85$ | گروه کنترل |
| $P=0/001$ | ۲۶/۹۸ | $62/64 \pm 9/04$ | ۲۴/۰۲ | $60/52 \pm 10/10$ | گروه مداخله |

میانگین امتیاز توانایی خودمراقبتی در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌دار دارد، یعنی اجرای برنامه خودمراقبتی اورم باعث افزایش توان خود مراقبتی در سالمندان شده بود ($P=0/014$) (جدول ۵).

آزمون آماری من ویتنی بیانگر آن بود که بین گروه‌های کنترل و مداخله قبل و بعد از انجام برنامه خودمراقبتی اورم، از نظر میانگین توانایی خودمراقبتی تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد، اما نتیجه آزمون من ویتنی نشان داد که بعد از مداخله تفاضل

جدول شماره (۵): مقایسه میانگین نمرات مربوط به توانایی خود مراقبتی در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از انجام برنامه خود مراقبتی اورم

| P_Value | گروه مداخله | | گروه کنترل | | توانایی خود مراقبتی (نمره بین ۱۷ تا ۸۵) |
|-----------|-----------------|------------------------|-----------------|------------------------|--|
| | میانگین رتبه‌ها | میانگین و انحراف معیار | میانگین رتبه‌ها | میانگین و انحراف معیار | |
| $P=0/94$ | ۲۵/۳۴ | $60/16 \pm 10/06$ | ۲۵/۶۶ | $59/68 \pm 9/85$ | توانایی خودمراقبتی قبل از مداخله |
| $P=0/47$ | ۲۶/۹۸ | $62/64 \pm 9/04$ | ۲۴/۰۲ | $60/52 \pm 10/10$ | توانایی خودمراقبتی بعد از مداخله |
| $P=0/014$ | ۳۰/۴۸ | $2/48 \pm 2/63$ | ۲۰/۵۲ | $0/84 \pm 2/24$ | تفاضل میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله |

۶۰-۶۹ ساله از نظر توان خودمراقبتی خوب و ۲۰/۷ درصد متوسط بودند. در سالمندان ۷۰ تا ۸۰ ساله ۱۰ درصد افراد توانایی خودمراقبتی خوب و ۲۳/۹ درصد توان خودمراقبتی متوسطی داشتند (۲۳). خودمراقبتی مستلزم وجود آگاهی و عملکرد مناسب در کنترل نیازها است پس لازم است اعضای تیم درمانی با توجه به نتایج این مطالعه توجه ویژه‌ای به ارتقاء سطح آگاهی و بهبود عملکرد سالمندان در امر خودمراقبتی داشته باشند.

در مطالعه‌ی حاضر نمره توانایی خودمراقبتی نمونه‌های گروه مداخله قبل از اجرای برنامه خودمراقبتی اورم از ۶۰/۱۶ به ۶۴/۶۲ بعد از مداخله افزایش یافت. که این نتایج همسو با مطالعه‌ی سودرهام و همکاران بود که با هدف بررسی توانایی خودمراقبتی و وضعیت تغذیه افراد سالمند انجام دادند که نتایج آن مطالعه نشان داد میانگین امتیاز توانایی خودمراقبتی سالمندان بعد از مداخله در گروه مداخله به ۶۸ افزایش یافت (۲۱). سودر هام همچنین مطالعه‌ای با هدف توصیف توانایی خود مراقبتی در سالمندان ساکن خانه سالمندان انجام داد، نتایج آن مطالعه نشان داد توان خودمراقبتی به مرور در سالمندان بالای ۷۵ سال کاهش پیدا می‌کند. در این مطالعه دریافت کمک از دیگران و افزایش سن و

بحث و نتیجه گیری

مسئله سالمندی جمعیت جهان، پدیده نسبتاً نوینی است، لذا مقابله با چالش‌های فرا راه این پدیده و اتخاذ سیاست‌های مناسب در جهت ارتقای وضعیت سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار بوده و در دستور کار سازمان‌های بین‌المللی قرار گرفته است (۲۲). این مطالعه به بررسی تأثیر اجرای برنامه‌ی خود مراقبتی اورم بر توان خود مراقبتی سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان ارومیه پرداخت. در این مطالعه نتایج نشان داد ۷۶ درصد افراد در گروه کنترل توان خودمراقبتی پایین و ۲۴ درصد توان خودمراقبتی بالایی داشتند. در گروه مداخله ۸۰ درصد توان خودمراقبتی پایین و ۲۰ درصد توان خودمراقبتی بالایی داشتند. در مطالعه سودرهام^۱ و همکاران که با هدف بررسی توانایی خودمراقبتی و وضعیت تغذیه افراد سالمند انجام شد نتایج نشان داد که ۷۲ درصد سالمندان توانایی خودمراقبتی پایین و ۱۸ درصد توانایی خود مراقبتی بالایی داشتند (۲۱)، که با نتایج حاصل از مطالعه ما هم خوانی دارد. رومرو^۲ مطالعه‌ای با هدف خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر آن در افراد دیابتی انجام داد. نتایج مطالعه نشان داد ۸/۸ درصد سالمندان

¹Soderhamn

²Romero Baquedano

خودمراقبتی در سالمندان می‌تواند منجر به خود شکوفایی شود (۱۹).

شرایط جسمی و روانشناختی سالمندان در زمان تکمیل پرسشنامه در پاسخگویی به سؤالات تأثیر داشت که کنترل آن‌ها از اختیار پژوهشگر خارج بود. از سوی دیگر با وجود آموزش‌ها و مداخلات صورت گرفته احتمال داشت ایشان مراقبت‌ها را به درستی پیگیری و رعایت نکنند. بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش در صورتی که برنامه خودمراقبتی بر اساس نیازهای آموزشی سالمندان و متناسب با سطح درک آن‌ها طراحی گردد به طوری که قابلیت اجرایی و مشارکت همه جانبه سالمندان را در امر مراقبت به همراه داشته باشد، موجب دستیابی به نتایج مثبت در زمینه توان خودمراقبتی آن‌ها خواهد شد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد لذا از مسئولین محترم دانشگاه، هم چنین از همه کارکنان مراکز نگهداری سالمندان به ویژه مدیریت محترم و همین طور سالمندان ارجمند و بزرگوار که انجام این پژوهش را میسر نمودند، تشکر و قدرانی می‌شود.

احساس درماندگی از عوامل پیش گویی کننده توان خود مراقبتی پایین بودند (۱۹).

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن بود که اجرای برنامه خودمراقبتی اورم باعث افزایش توان خودمراقبتی در سالمندان شد. نتایج پژوهش حاضر در خصوص اجرای برنامه خودمراقبتی اورم با نتایج بسیاری از تحقیقات انجام شده در زمینه خودمراقبتی مطابقت دارد از جمله این مطالعات، مطالعه‌ی نیر و همکاران بود که تأثیر مداخلات پرستاری بر اساس مدل اورم را در سالمندان مبتلا به سکته مغزی انجام دادند. نتایج آن مطالعه نشان داد که توانایی انجام مهارت‌های روزانه در این افراد بهبود پیدا کرد (۲۴). مطالعه‌ی کو و یانگ نیز نشان داد که در سالمندان دیابتی نوع ۲ افزایش خود کارآمدی منجر به افزایش توان خودمراقبتی می‌شود (۲۵). یافته‌های مطالعه رستمی و همکاران نیز تأثیر مثبت اجرای برنامه خود مراقبتی اورم در سالمندان را تایید می‌کند (۶). هم چنین حمیدی زاده و همکاران نشان دادند که برنامه خودمراقبتی و ورزشی باعث افزایش توانایی سالمندان در انجام کارهای روزانه بدون وابستگی به دیگران می‌گردد (۲۶). به منظور افزایش توانایی خودمراقبتی سالمندان باید محدودیت‌ها و قابلیت‌های آن‌ها شناسایی شده و مورد پذیرش قرار گیرد. افزایش توانایی

References:

1. Sahebzamani N, Mehrabiyan F, Asgharzadeh AR. Determine the Satisfaction Level of Services which are given to Elderly in Rasht Disabled and Elderly Residential. J of Guilan University of Medical Sciences 2008;68: 34-41. (Persian)
2. Shhbazzadgan B, Frmanbr R, Ghanbari A, Atrkar Z, Adib M. The effect of regular exercise on self-esteem in elderly residents in nursing homes. J Ardabil Univ Med Sci 2009;4(8): 387-93. (Persian)
3. Herbert, Rosamund. The Normal process Reviewed. J Nursing Research. 1992;39(3): 93-6.
4. Kinsella K, Phillips DR. Global Aging: The Challenge of Success. Population Bulletin, Population Reference Bureau 2005;60(1): 1-5.
5. Mellor D, Russo S, McCabe MP, Davison TE, George K. Depression training program for caregivers of elderly care recipients: implementation and qualitative evaluation. J Gerontol Nurs 2008;34(9): 8-15.
6. Rostami M, Baraz Pordanjani Sh, Farzianpour F, Rasekh A. Effect of Orem Self Care Model on

- ederies' quality of life in health care centers of Masjed Solaiman in 2007-2008. *J Arak Univ of Medl Sci* 2009;12 (2): 51-9.
7. Burghardt M. Exercise at menopause: a critical difference. *J Medscape Womens Health* 1999;4(1): 1.
 8. Dausch J. Aging issues moving mainstream. *J AM Diet* 2003;103(6): 683-84.
 9. Hassani Mehraban A, Hosseini F. Elderly Grip Strength in Nursing Homes in Tehran. *J Iran Univ Med Sci* 2004;11(39): 23-30. (Persian)
 10. Fassino S, Leombruni P, Abbate Daga G, Brustolin A, Rovera GG, Fabris F. Quality of life in dependent older adults living at home. *J Arch Gerontol Geriatr* 2002;35(1): 9-20.
 11. George JB. *Nursing Theories: the base for professtional nursing practice*. 6th ed. Pearson Education; 2011. P.685.
 12. Haveman-Nies A, Groot LCPGM, Staveren WA. Relation of dietary quality, physical activity and smoking habits to 10-year changes in health status in older Europeans in the SENECA study. *Am J Public Health* 2003;93: 318-23.
 13. Söderhamn O. Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian. J Occup Ther* 2000;7: 183-9.
 14. Meleis A. *Nursing Theories*. Philadelphia: lippincot co; 2005.
 15. Tomey AM, Aligood MR. *Nursing theorists and their work*. 6th ed. Elsevier Health Sciences; 2006. P. 828,125,176,112.
 16. Akyol A. Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. *J Clin Nurs* 2007;16(4): 679-87.
 17. Aggleton P, Khalmary H. *Nursing Modeles and Nursing Practice*. Traslated by Tabari R.1st ed. Boshra Publication; 2003. P.446-64. (Persian)
 18. So'derhamn U, So'derhamn. Developing and testing the nutritional form for the elderly. *J Nurs Pract* 2001;7: 336-41.
 19. Soderhamna O, Lindencronaa C ,Christina A. Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden. *J Nursing Studies* 2000;37: 361-8.
 20. Strauser DR, Kets K, Keim J. The relationship between self efficacy locus of control and work personality. *J Rehabilitation* 2002;68: 7-20.
 21. So'derhamn U, Bachrach-Lindstro M, Ek A-C. Self-care ability and sense of coherence in older nutritional at-risk patients. *J Clin Nutr* 2008;62: 96-103.
 22. Masoodi R, Khayeri F, Safdari A. Effect of self-care program based on the Orem frame work on self concept in multiple sclerosis patients. *J Gorgan Univ Med Sci* 2010;12(3): 37-44. (Persian)
 23. Romero Baquedano I, Antônio dos Santos M, Aparecida Martins T, Lúcia Zanetti M. Self-Care of Patients with Diabetes Mellitus Cared for at an Emergency Service in Mexico. *Latino-Am Enfermagem* 2010;18(6): 1195-2202.
 24. Nir Z, Zolotologorsky Z, Sugarman H. Structured nursing intervention versus routine rehabilitation after stroke. *Am J Med Rehabilitation* 2004;83(7): 522-9.
 25. Kuo L. C, Yang H. Y. An experience use self-efficacy in caring for a newly diagnosed diabetes mellitus type II outpatients. *J Tung Kang Ann-Tai Medical and Nursing* 2005;11(1): 49-59.
 26. Hamidzadeh SAF, AslaniY, Etemadifar Sh, Salehi K, Kordeyazd R,. Study effect of a group-based exercise program on the quality of life in older men and woman in. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci And Health Services* 2007. 2006-2007;15(1): 81-6. (Persian)