

عوامل مرتبط با خود مراقبتی سالمندان ساکن منازل شهرستان ساری در سال ۱۳۹۳

معصومه باقری نسامی^۱، امیر حسین گودرزیان^۲، محمد اردشیری^۲، محمد بابایی هولاری^{۲*}

^۱دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران؛ ^۲آناشجو، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۱۳ تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۱۴

چکیده:

زمینه و هدف: با افزایش سن در دوران سالمندی تغییراتی در ابعاد مختلف از جمله ضعف توان جسمانی، کاهش قوای مغزی، اختلالات روانی در سالمند رخ خواهد داد. یکی از بهترین اقدامات در راستای ارتقای سلامت سالمندان خود مراقبتی است. این مطالعه با هدف تعیین میزان رفتارهای خود مراقبتی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان ساکن منازل شهرستان ساری در سال ۱۳۹۳ اجرا شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۹۳ بر روی ۱۲۰ نفر از سالمندان شهرستان ساری اجرا شد. نمونه گیری به روش تصادفی چند مرحله ای از ۱۰ مرکز بهداشت شهرستان ساری صورت گرفت. گردآوری داده ها توسط پرسشنامه محقق ساخته خود مراقبتی (برگرفته از وزارت بهداشت) انجام شد. در انتها داده ها توسط نرم افزار SPSS و با بهره مندی از آزمون های آماری توصیفی (میانگین، فراوانی و میانه) و ضریب همبستگی پیرسون، اسپیرمن، T مستقل و کای دو سطح معنی داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از میان ۱۲۰ سالمند ۵۰٪ مرد بوده که اکثر آنان متأهل (۶۴/۵٪)، دارای وضعیت اقتصادی متوسط (۵۶/۷٪) و بی سواد (۶۰ نفر) بودند. میانگین و انحراف معیار کلی خود مراقبتی $128/42 \pm 11/98$ بود که در سطح خوب است. میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد خود مراقبتی فیزیکی، روان شناختی، عاطفی و معنوی سالمندان به ترتیب $39/10 \pm 4/22$ ، $18/15 \pm 3/07$ ، $34/75 \pm 4/35$ و $36/40 \pm 5/16$ بودند. میان بعد خود مراقبتی روان شناختی با سطح تحصیلات ($P=0/001$) و نحوه زندگی سالمندان ($P=0/026$) ارتباط مستقیم و معنی داری یافت شد؛ همچنین رابطه ی معنی داری میان خود مراقبتی معنوی با تحصیلات سالمندان ($P=0/001$) و نحوه زندگی آنان ($P=0/003$) وجود داشت.

نتیجه گیری: طبق نتایج حاصل شده سطح خود مراقبتی سالمندان مطالعه خوب بوده و عوامل جمعیت شناختی نظیر سطح تحصیلات، کفایت اقتصادی و نحوه زندگی بر میزان خود مراقبتی مؤثر بودند. با توجه به اثرات احتمالی این متغیرهای جمعیت شناختی بر جنبه های متفاوت خود مراقبتی پیشنهاد می شود، تمهیداتی در راستای بهبود کیفیت زندگی و آموزشی این قشر از افراد جامعه فراهم شود.

واژه های کلیدی: سالمند، خود مراقبتی، عوامل مرتبط.

مقدمه:

و روانی همراه است و به عبارتی یک سرنوشت زیست شناختی است که واقعیت طولانی تری از تاریخ دارد، معمولاً سالمندی در بسیاری از کشورها برابر مقررات از حدود سن بازنشستگی ۶۰ تا ۶۵ سالگی آغاز می شود (۱). بر اساس آمار جهانی حدود ۳۰-۱۰٪ جمعیت دنیا را

در بررسی هایی که به وسیله جامعه شناسان، روانشناسان، زیست شناسان و محققان علوم رفتاری در مورد مراحل و مقاطع مختلف زندگی صورت گرفته در تشریح سالمندی آمده است، پیری به عنوان یکی از دوران های عمر انسان با نوعی بلوغ و کمال زیستی، جسمی

بعضی از پژوهش‌ها بعد از آموزش الگوی خود مراقبتی اورم، در سالمندان بوده است؛ مانند پژوهش همتی مسلک پاک که نشان دادند ۴۸٪ سالمندان نیازشان به مراقبت کم، ۴۴٪ متوسط و ۸٪ زیاد بوده است و اجرای برنامه‌های آموزش خود مراقبتی تأثیر مثبتی بر روی عزت نفس سالمندان داشت (۱۱)؛ همچنین Nir و همکاران نشان داده‌اند تأثیر آموزش پرستاری بر اساس مدل اورم در سالمندان مبتلا به سکنه مغزی باعث بهبود یافتن این افراد می‌شود (۱۲). در پژوهشی که Lord و Castell انجام داده‌اند، به این نتیجه رسیدند که اجرای برنامه‌های خود مراقبتی باعث افزایش قدرت عضلانی و حفظ تعادل می‌گردد (۱۳). البته مطالعات پراکنده‌ای ارتباط برخی از پارامترهای جمعیت شناختی را با خود مراقبتی مورد توجه قرار دادند. به عنوان نمونه در مطالعه‌ای بر سالمندان ساکن روستا، همبستگی مشخصی میان سطح تحصیلات و میزان خود مراقبتی یافت شد (۱۴). با توجه به اهمیت مبحث خود مراقبتی در رشد و ارتقای سلامت سالمندان و پیشگیری از عوارض بلند مدت بیماری‌ها و همچنین عدم وجود مطالعه‌ای کمی از بررسی میزان خود مراقبتی سالمندان ساکن شهر در پایگاه‌های در دسترس، این پژوهش برای مشخص شدن سطح رفتارهای خود مراقبتی در سالمندان صورت گرفت. امید است با انجام این پژوهش سطح رفتارهای خود مراقبتی در گروه سالمندان به روشنی مشخص بشود تا مبنای برنامه‌ریزی برای آموزش به این قشر قرار گیرد.

روش بررسی:

مطالعه حاضر در سال ۱۳۹۳ به روش توصیفی-تحلیلی در شهرستان ساری اجرا شد. با توجه به مشخص نبودن واریانس، تعداد نمونه با فرمول حجم نمونه کوکران ۱۲۰ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی چند مرحله‌ای صورت گرفت. با توجه به پراکنده‌گی مراکز بهداشت در شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر ساری از ۲۰ مرکز به صورت تصادفی ساده، ۱۰ مرکز انتخاب شد و سپس به نسبت

سالمندان بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دادند (۲). طبق سرشماری در سال ۱۳۹۰، ایران با داشتن حدود ۸/۲٪ سالمند (معادل ۶/۲ میلیون نفر) کشوری سالمند شناخته شد (۳). طبق محاسبات صورت گرفته تا حدود سال ۱۴۱۰ انفجار سالمندی در کشور ایران رخ خواهد داد که پیامد آن در حدود ۲۰ تا ۲۵٪ جمعیت کشور در محدوده سن ۶۰ سال به بالا قرار خواهند گرفت (۴). این قشر از جامعه با توجه به شرایط خود نیازهای بهداشتی زیادی دارند، زیرا با افزایش سن سالمندی تغییراتی در ابعاد مختلف از جمله ضعف توان جسمانی، کاهش قوای مغزی، اختلالات روانی مانند تنهایی، تغییر در ساز و کارهای فعالیت جنسی، درد مفاصل، دیابت، پیرچشمی، انواع سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی، ضعف پیری، اختلالات بینایی، ضعف اسکلتی-عضلانی، هیپوتانسیون وضعیتی، عدم تعادل در راه رفتن، کاهش بافت استخوانی، پوکی استخوان و مصرف داروهای متعدد به وجود می‌آید؛ لذا با توجه به مشکلات فوق سالمندان مستعد آسیب و کاهش کیفیت زندگی می‌باشند و نیازمند توجه و رعایت الگوی خود مراقبتی برای پیشگیری از حوادث هستند (۷-۵)؛ اما طبق برخی از تحقیقات انجام شده این قشر رفتارهای خود مراقبتی کمتری انجام می‌دهند (۷، ۸)؛ لذا توجه به این قشر از جامعه اهمیت دارد. عوامل مؤثر بر خود مراقبتی در برخی از پژوهش‌های فارسی و انگلیسی وجود دارد؛ به طور مثال حبیبی و همکاران که بیان کرده‌اند، چون در سالمندی کیفیت زندگی به راحتی مورد تهدید قرار می‌گیرد رفتارهای ارتقا دهنده در سالمندان از اهمیت به ویژه‌ای برخوردار است (۹). در پژوهش دیگر اسحاقی و همکاران بیان کرده‌اند ۳۷٪ از سالمندان در خطر سوء تغذیه و ۳٪ دارای سوء تغذیه بارز بودند. با توجه به اینکه شیوع نسبتاً بالایی در اختلال تغذیه سالمندان وجود دارد، توجه به اصلاح تأمین معاش سالمندان و تدارک برنامه‌های مناسب تغذیه‌ای و ورزشی و همچنین کنترل وزن آن‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است (۱۰)؛ همچنین کنترل رفتارهای خود مراقبتی در

معنوی (۹ سؤال) است. روش امتیاز بندی به سؤالات به روش لیکرت (از برنامه ای در این مورد ندارم تا همیشه) به ترتیب ۱ تا ۵ بود (۱۵). به طوری که هر فرد می تواند نمره بین ۳۴ تا ۱۷۰ را اتخاذ نماید. بر این اساس خود مراقبتی به ۴ طبقه تقسیم بندی شدند. نمره ۶۷-۳۴ خود مراقبتی کم یا ضعیف، نمره ۱۰۱-۶۸ خود مراقبتی متوسط، نمره ۱۳۵-۱۰۲ خود مراقبتی خوب و نمره ۱۷۰-۱۳۶ خود مراقبتی عالی است. روایی محتوایی پرسشنامه پس از انجام اصلاحات ۱۰ تن از اساتید صاحب نظر دانشگاه علوم پزشکی مازندران مورد تأیید واقع شد. پایایی ابزار نیز با بررسی بر روی ۳۰ نفر از سالمندان انتخاب شده به روش تصادفی ساده با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ تأیید شد. بعد از جمع آوری اطلاعات، داده ها توسط نرم افزار SPSS و با بهره مندی از آزمون های آماری توصیفی (میانگین، فراوانی، میانه و نما) و آزمون های آماری استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، اسپیرمن، T مستقل و کای دو) در سطح معنی داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت؛ همچنین نرمال بودن داده ها توسط آزمون کولموگروف اسمیرنوف تأیید شد.

یافته ها:

از میان ۱۲۰ سالمند مورد مطالعه ۶۰ نفر مرد (۵۰٪) و ۶۰ نفر زن (۵۰٪) با میانگین و انحراف معیار سنی $72/75 \pm 6/92$ سال بودند. از این میان ۱۰ نفر مجرد (۸/۶٪)، ۷۷ نفر متأهل (۶۴/۵٪)، ۲ نفر مطلقه (۱/۹٪) و ۳۰ نفر بیوه (۲۵٪) بودند. ۶۰ سالمند بی سواد (۵۰٪)، ۳۰ نفر زیر دیپلم (۲۵٪)، ۲۱ نفر دیپلم (۱۷/۵٪)، ۸ نفر لیسانس (۶/۷٪) و ۱ نفر فوق لیسانس (۰/۸٪) بودند. اکثر سالمندان (۵۶/۷٪) دارای کفایت اقتصادی متوسط بودند و ۷۷ سالمند (۶۴/۲٪) با همسر خود زندگی می کردند. اکثریت غالب سالمندان (۸۳/۳٪) صاحب منازل شخصی بوده و به طور میانگین صاحب ۵ فرزند بودند. ۵۴ سالمند (۴۵٪) خانه دار و ۲۲ نفر (۱۸/۳٪) بازنشسته بودند. از میان

سالمندان در هر مرکز بهداشت، نمونه ها به صورت تصادفی از مناطق جغرافیایی ۱۰ مرکز بهداشت گزینش شد. در ابتدا برای افراد مورد پژوهش اهداف پژوهش توضیح داده شد تا هر کدام از نمونه ها در صورت عدم تمایل به همکاری از پژوهش حذف و با نمونه دیگری جایگزین شود. در مرحله بعد از افراد شرکت کننده در پژوهش رضایت نامه کتبی گرفته شد. این رضایت نامه شامل مواردی از قبیل اطمینان از عدم افشای اطلاعات، دادن نتیجه کلی اطلاعات به سالمندان در صورت درخواست و در صورت عدم رضایت خروج از مطالعه در هر زمان بود. معیار ورود سن بالای ۶۵ سال در هر دو جنس به تعداد مساوی، رضایت و علاقه به شرکت در این طرح، داشتن توان کافی برای همکاری در پر کردن پرسشنامه بود معیارهای خروج شامل داشتن سابقه مشکلات شناختی و روانی مانند افسردگی، آلزایمر و اختلالات دوقطبی بود. اطلاعات با استفاده از فرم پرسشنامه دموگرافیک و طبی (نوع بیماری و داروی مصرفی) و پرسشنامه محقق ساخته جمع آوری شد. در صورتی که افراد مورد پژوهش کم سواد یا بی سواد بودند با کمک خود پژوهشگر فرم ها تکمیل شد. پژوهشگر تا زمان تکمیل کامل فرم ها در محل حضور داشت تا پاسخگوی تمام سؤالات و ابهامات برای افراد باشد. پرسشنامه دموگرافیک و طبی شامل متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، کفایت وضعیت اقتصادی برای گذراندن زندگی، با چه کسی زندگی می کند، وضعیت مسکن، تعداد فرزندان، سن ازدواج، شغل قبلی، شغل فعلی، سابقه بیماری و نام داروهای مصرفی بود که ارتباط آن با خود مراقبتی مورد سنجش قرار گرفت. پرسشنامه خود مراقبتی شامل ۳۴ سؤال در ۴ بعد است (اصل پرسشنامه ۵ بعد و ۴۵ سؤال داشت که سؤالات بعد پنجم مربوط به خود مراقبتی شغلی در محل کار، جهت مطالعه سالمندی حذف شد) این ۴ بعد شامل خود مراقبتی فیزیکی (۱۰ سؤال)، خود مراقبتی روان شناختی (۶ سؤال)، خود مراقبتی عاطفی (۹ سؤال) و خود مراقبتی روحی-

کردند و بقیه دسته های دیگر دارویی مانند ضد التهاب های غیر استروئیدی، دیورتیک و آنتی بیوتیک را مصرف می نمودند. میانگین و انحراف معیار نمرات خود مراقبتی فیزیکی، روان شناختی، عاطفی و معنوی به شرح جدول شماره ۱ است.

سالمندان تحت مطالعه ۲۳ نفر (۱۹/۲٪) فاقد هر گونه بیماری و ۲۲ نفر (۱۸/۳٪) بیماری های قلبی داشته و بیشتر سالمندان (۳۰٪) دارو مصرف نمی کردند و به ترتیب ۱۹ نفر (۱۵/۸٪) و ۱۰ نفر (۸/۳٪) داروهای دسته قلبی- عروقی و نارکوتیک ها را مصرف می

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات خود مراقبتی فیزیکی، روان شناختی، عاطفی و معنوی

| مقیاس | متغیر | خود مراقبتی فیزیکی | خود مراقبتی روان شناختی | خود مراقبتی عاطفی | خود مراقبتی معنوی | خود مراقبتی کلی |
|----------------------|------------|--------------------|-------------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| میانگین±انحراف معیار | ۳۹/۱۰±۴/۲۲ | ۱۸/۱۵±۳/۰۷ | ۳۴/۷۵±۴/۳۵ | ۳۶/۴۰±۵/۱۶ | ۱۲۸/۴۲±۱۱/۹۸ | |

همبستگی معنی داری وجود داشت. همچنین افراد با سنین بالاتر به مراتب سطح خود مراقبتی فیزیکی پایین تری را نشان می دادند ($P=0/246$). همبستگی پیرسون میان متغیرهای سن، خود مراقبتی کلی، فیزیکی، روان شناختی، عاطفی و معنوی طبق جدول شماره ۲ شرح داده شده است.

فراوانی نسبی خود مراقبتی ضعیف، متوسط، خوب و عالی در سالمندان مورد مطالعه به ترتیب ۰، (۱) ۰/۸٪، (۸۷) ۷۲/۵٪ و (۳۲) ۲۶/۷٪ بود. تمامی ابعاد خود مراقبتی (جدول شماره ۲) شامل فیزیکی، روان شناختی، عاطفی و معنوی با همدیگر

جدول شماره ۲: ماتریس معکوس همبستگی میان سن، خود مراقبتی فیزیکی، روان شناختی، عاطفی و معنوی

| | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ |
|---------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---|
| ۱ سن | ۱ | | | | | |
| ۲ خود مراقبتی فیزیکی | $P=0/246$ $r=-0/107$ | ۱ | | | | |
| ۳ خود مراقبتی روان شناختی | $P=0/016$ $r=-0/221$ | $P=0/002$ $r=0/284$ | ۱ | | | |
| ۴ خود مراقبتی عاطفی | $P=0/432$ $r=-0/072$ | $P<0/001$ $r=0/358$ | $P=0/001$ $r=0/312$ | ۱ | | |
| ۵ خود مراقبتی معنوی | $P=0/419$ $r=0/074$ | $P=0/046$ $r=0/183$ | $P<0/001$ $r=0/461$ | $P<0/001$ $r=0/428$ | ۱ | |
| ۶ خود مراقبتی کلی | $P=0/96$ $r=-0/153$ | $P<0/001$ $r=0/634$ | $P<0/001$ $r=0/669$ | $P<0/001$ $r=0/753$ | $P<0/001$ $r=0/769$ | ۱ |

همبستگی معنی دار در سطح ۰/۰۵؛ **: همبستگی معنی دار در سطح ۰/۰۱؛ *

به مراتب خود مراقبتی عاطفی بالاتری (شامل شادی و ارتباطات خانوادگی) داشتند (جدول شماره ۳). همبستگی بین برخی متغیرهای جمعیت شناختی با خود مراقبتی فیزیکی، روان شناختی، عاطفی و معنوی با آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

با افزایش سطح تحصیلات در سالمندان به میزان قابل توجهی ابعاد خود مراقبتی روان شناختی، عاطفی و معنوی افزایش یافت و سالمندانی که در منازل شخصی خود با همسر زندگی می کردند به مراتب خود مراقبتی روان شناختی و معنوی بالاتری را نشان دادند. سالمندان با وضعیت اقتصادی مناسب تر

جدول شماره ۳: همبستگی میان برخی متغیرهای دموگرافیک (عوامل مرتبط) با ابعاد خود مراقبتی

| مقیاس | متغیر | تحصیلات | کفایت اقتصادی | نحوه زندگی (زندگی با چه کسی) |
|-------------------------|-------------|-----------|---------------|------------------------------|
| خود مراقبتی فیزیکی | $P=0/437$ | $r=0/072$ | $P=0/067$ | $P=0/267$ |
| | $r=0/072$ | $r=0/072$ | $r=0/168$ | $r=-0/102$ |
| خود مراقبتی روان شناختی | $**P=0/001$ | $r=0/288$ | $P=0/243$ | $*P=0/026$ |
| | $r=0/288$ | $r=0/288$ | $r=0/108$ | $r=-0/203$ |
| خود مراقبتی عاطفی | $*P=0/031$ | $r=0/197$ | $*P=0/029$ | $P=0/524$ |
| | $r=0/197$ | $r=0/197$ | $r=0/199$ | $r=-0/059$ |
| خود مراقبتی معنوی | $**P=0/001$ | $r=0/292$ | $P=0/697$ | $**P=0/003$ |
| | $r=0/292$ | $r=0/292$ | $r=0/036$ | $r=0/269$ |

همبستگی معنی دار در سطح ۰/۰۵؛ **: همبستگی معنی دار در سطح ۰/۰۱؛ *

بحث:

همکاران بر سالمندان مقیم سرای سالمندان انجام شد، ۳۷٪ سالمندان اختلال شناختی شدیدی داشته‌اند که به نظر می‌رسد میزان رفتارهای خود مراقبتی روان شناختی آن‌ها با مطالعه ما متناقض است (۱۹). علت احتمالی این اختلاف مکان سکونت سالمند است که سالمندان مقیم منازل احتمالاً شرایط روانی بهتری به دلیل حمایت‌های روحی و روانی خانواده خواهند داشت؛ اما در مطالعه‌ی دیگر میزان سلامت روان در سالمندان ساکن منازل شهر تهران در سطح مناسبی ارزیابی شد که با مطالعه ما همسو بوده است (۲۰).

طبق نتایج مطالعه حاضر میزان خود مراقبتی عاطفی در سالمندان در سطح خوبی ارزیابی شده است. در مطالعه‌ی ای که میزان شادکامی و سلامت روان سالمندان ساکن منازل صورت گرفته است، شادکامی سالمندان به میزان خوبی ارزیابی شد که با مطالعه حاضر همسو است (۲۱). نتایج حاصله در سطح خود مراقبتی معنوی نشان داد که بیشتر افراد دارای خود مراقبتی معنوی عالی هستند. در مطالعه‌ی ای که توسط علی اکبری و همکاران صورت گرفت، جهت گیری نسبت به مرگ و درونی سالمندان استان تهران مناسب ارزیابی شد که با مطالعه حاضر همسو است (۲۲). در مطالعه‌ی حاضر میان خود مراقبتی فیزیکی و سطح فعالیت بدنی با خود مراقبتی روان شناختی ارتباط مستقیم و معنی داری وجود

طبق نتایج حاصل شده از این مطالعه سطح خود مراقبتی فیزیکی، روان شناختی، عاطفی و معنوی اکثر سالمندان در سطح مطلوبی بود. میان تمامی زیر مجموعه‌های خود مراقبتی با یکدیگر ارتباط معنی داری وجود داشت؛ همچنین برخی از متغیرهای جمعیت شناختی نظیر کفایت وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات ارتباط معنی داری با خود مراقبتی سالمندان داشتند. طبق نتایج مطالعه‌ی ای که توسط فخار و همکاران صورت گرفت اکثر سالمندان تحت مطالعه (۵۳/۳٪) در خطر سوء تغذیه بودند که با نتایج مطالعه ما متناقض است (۱۶). احتمالاً سالمندانی که در منزل بودند حمایت اجتماعی و تغذیه‌ای بهتری داشتند که می‌تواند علت احتمالی این تناقض باشد. مطالعه‌ی اسحاقی و همکاران که بر روی سالمندان اصفهانی صورت گرفت، نشان داد ۴۰٪ سالمندان وضعیت تغذیه‌ای نامناسب داشتند (۱۷) که با نتایج حاصل از این مطالعه جاری هم خوانی نداشت. از علت احتمالی این تفاوت می‌توان شرایط متفاوت فرهنگی و آب و هوایی را نام برد که شاید در نحوه تغذیه مؤثر بود؛ اما در مطالعه پاسدار و همکاران وضعیت تغذیه‌ای سالمندان مقیم منازل کرمانشاه به میزان ۴۶/۴٪ نرمال سنجیده شد که با مطالعه جاری همسو است (۱۸). در مطالعه حاضر سطح خود مراقبتی روان شناختی سالمندان خوب ارزیابی شد. در مطالعه‌ی ای که توسط سهرابی و

بیمارستان و کاهش درماندگی این قشر سنی در جامعه خواهد شد. خود مراقبتی روحی، روانی و عاطفی سبب کاهش چشمگیر عوارض روانی عزت نفس خواهد شد. خود مراقبتی تغییر دهنده مثبت گرایش فرد به مذهب و خداوند خواهد بود. مطالب آموزشی در کارگاه های اختصاصی و صدا و سیما به سالمندان و خانواده هایشان ارائه شود تا شاهد رشد روز افزون ابعاد همه جانبه ی سلامتی در سالمندان باشیم. با توجه به پایین بودن ضرایب همبستگی در برخی از زیر مجموعه های خود مراقبتی و اثرات مطلوب این دسته از مطالعات، پیشنهاد می شود در آینده چنین مطالعاتی به صورت استانی و کشوری به اجرا درآید.

کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

بر اساس نتایج حاصل شده و مشخص شدن میزان ابعاد خود مراقبتی در سالمندان، در راستای بهبود هر چند بیشتر خود مراقبتی در سالمندان، برنامه ریزی و ارائه خدمات مناسب به مراکز بهداشتی و مشاوران امور بهداشت توصیه و پیشنهاد می شود. در این میان نقش خانواده ها و سایر ارگان های مرتبط با وزارت بهداشت جهت ایجاد انگیزه یادگیری و مراقبت فردی ملموس است. این مطالعه می تواند راه گشای سایر پژوهش ها در راستای کشف میزان خود مراقبتی و پارامترهای دیگر مرتبط با آن با هدف ارتقای سطح سلامت سالمندان جامعه باشد.

تشکر و قدردانی:

مطالعه ی حاضر حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مازندران به شماره ۱۱۶ سال ۹۳ مصوب تاریخ ۱۳۹۳/۸/۴ است. از تمامی سالمندان شرکت کننده در مطالعه و مراکز بهداشتی شهرستان ساری جهت همکاری صمیمانه و معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران جهت حمایت مالی قدردانی شود.

داشت. مطالعه ی کوشیار و همکاران بیانگر این موضوع بود که افزایش فعالیت سالمندان موجب کاهش ابتلا به اختلالات روان شناختی خواهد شد (۲۳). در مطالعه ی دیگر در سالمندان، میان انجام فعالیت های ورزشی (بعد فیزیکی) و کاهش میزان اختلالات روان شناختی هیچ ارتباط خاصی یافت نشد که با مطالعه ی حاضر ناهمسو است (۲۴). علت احتمالی این تناقض می تواند در محل سکونت سالمندان دو مطالعه باشد که در مطالعه ی فوق از سالمندان ساکن منازل مورد ارزیابی قرار گرفتند.

میان خود مراقبتی روان شناختی، عاطفی و معنوی ارتباط مستقیم و معنی داری یافت شد. همسو با یافته های حاضر، مطالعات Rodriguez و همکاران و Thoits نیز ارتباط سلامت روان را با مهارت های ارتباطی (از موارد خود مراقبتی عاطفی) به اثبات رساندند (۲۶، ۲۵). طبق یافته های مطالعه حاضر میان سن با خود مراقبتی فیزیکی ارتباط مستقیمی موجود داشت که با یافته های Scholes و همکاران همسو است (۲۷)؛ همچنین همسو با یافته های مطالعه حاضر تحصیلات و دانش اثر مثبت و مؤثری بر خود مراقبتی در مطالعه O'Connell داشت (۲۸). البته علت احتمالی عدم ارتباط خود مراقبتی فیزیکی با سطح تحصیلات را می توان در عدم صداقت کامل پاسخ دهندگان یا شرایط متفاوت زندگی آنان با سالمندان این مطالعه دانست.

نتیجه گیری

طبق نتایج حاصل شده میزان کلی خود مراقبتی در سالمندان این شهرستان نسبتاً مناسب ارزیابی شد. به نظر می رسد مواردی نظیر شرایط آب و هوایی مناسب، تغذیه سالم و ورزش های صبحگاهی بنا به عادات مردم منطقه بر ارتقای سطح خود مراقبتی و سلامت سالمندان منطقه بی اثر نباشد. پیشنهاد می شود در راستای بهبود هر چند بیشتر خود مراقبتی جسمانی که سبب کاهش قابل توجه عوارض جسمی، کمک به بهبود در روند درمان سالمند، کوتاه شدن مدت زمان بستری سالمند در

منابع:

1. Sharifi DP, Panahali A. A comparison between the level of happiness among the elderly living at home and that of senior home residents. *Iranian Journal of Ageing*. 2011; 6 (21): 49-55. [Persian]
2. Berger NA, Savvides P, Koroukian SM, Kahana E, Deimling GT, Rose JH, et al. Cancer in elderly. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*. 2006; 117: 147-56.3.
3. Bagheri-Nesami M, Hamzehgardeshi Z. Experiencing the onset of aging: a qualitative study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013; 23(102): 31-43. [Persian]
4. Bagheri-Nesami M. Exploration of elderly women lived experiences about psychological-emotional changes: a qualitative study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012; 21(1): 204-15. [Persian]
5. Kun LG. Telehealth and the global health network in the 21st century. From home care to public health informatics. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*. 2001; 64(3): 155-67.
6. Lawes D. A retrospective review of emergency admission for head injury in the over 75s. *Injury*. 2002; 33(4): 349-51.
7. Rao R. Cerebrovascular disease and late life depression: an age old association revisited. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2000; 15(5): 419-33.
8. Shojaei F, Asemi S, Najaf YA, Hosseini F. Self-care behaviors in patients with heart failure. *Payesh*. 2009; 8(4): 361-9. [Persian]
9. Habibi A, Neekpoor S, Seyedolshohda M, Haghani H. Health promotion behaviours and Quality of life among elderly people: A crosssectional survey 2006. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2008; 8(1): 29-36. [Persian]
10. Eshaghi R, Babak A, Manzori L, Marasi MR. The nutritional status of the elderly and their associated factors in Isfahan. *Iranian Journal of Ageing*. 2007; 2 (5): 340-5. [Persian]
11. Hemati Maslakkpak M, Hashemlo L, Khalkhali H. Effect of implementing Orem,s self-care program on the self- esteem of elderlies based in residents of nursing home in Urmia. *Journal Nursing of Medical Surgical*. 2012; 1(1): 18-23. [Persian]
12. Nir Z, Zolotogorsky Z, Sugarman H. Structured nursing intervention versus routine rehabilitation after stroke. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2004; 83(7): 522-9.
13. Lord SR, Castell S. Physical activity program for older persons: effect on balance, strength, neuromuscular control, and reaction time. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1994; 75(6): 648-52.
14. Dale B, Soderhamn U, Soderhamn O. Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012; 26(1): 113-22.
15. The sound of health. Ministry of Health and Medical Education. Available on: Islamic Republic of IRAN: Health Education and Promotion Dept. Available from: <http://iec.behdasht.gov.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=143&pageid=52912>. [Persian]
16. Esmaili M, Zand S. Nutritional status and associated factors in elderly residents in nursing homes. *Payesh*. 2012; 12: 143-9. [Persian]
17. Eshaghi SR, Babak A, Manzori L, Maraiee MR. Nutritional status of the elderlies in Esfahan. *Iranian Journal of Ageing*. 2007; 2(3): 340-5. [Persian]
18. Pasdar Y, Gharetapeh A, Pashaie T, Alghasi S, Niazi P, Haghazari L. Nutritional status using multidimensional assessment in Iranian elderly. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2011; 15(3): 178-85. [Persian]
19. Sohrabi MB, Zolfaghari P, Mahdizade F, Aghayan S-M, Ghasemian-Aghmashhadi M, Shariati Z, et al. Evaluation and comparison of cognitive state and depression in elderly

- admitted in sanitarium with elderly sited in personal home. *Knowledge and Health*. 2008; 3(2): 27-31. [Persian]
20. Rezaie S, Manouchehri M. Comparison of mental disorders between home owner residents and nurse homes elders. *Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(1): 16-25. [Persian]
21. Kianpour Ghahfarokhi F, Hooman F, Yazdi Mazidi S, Ahmadi V. The relationship between demographic characteristics and retirement satisfaction in elderly retirement. *Iranian Journal of Ageing*. 2011; 6(21): 40-8. [Persian]
22. Ali Akbari DM, Oraki M, Barghi IZ. Relation between religious orientation with anxiety about death, and alienation in aged peoples (seniors) in Tehran. *Social Psychology Research*. 2011; 1(2): 140-159. [Persian]
23. Koushyar H, Najafi Z, Azhari A, Mazloun R. Comparison of the effect of fun and regular physical activity on the changes in the incidence of depression and cognitive disorders of elderly women living in nursing homes at Mashhad. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2015; 17(132): 1-9. [Persian]
24. Underwood M, Lamb SE, Eldridge S, Sheehan B, Slowther AM, Spencer A, et al. Exercise for depression in elderly residents of care homes: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2013; 382(9886): 41-9.
25. Rodriguez EM, Nichols SR, Javdani S, Emerson E, Donenberg GR. Economic hardship, parent positive communication and mental health in urban adolescents seeking outpatient psychiatric Care. *Journal of Child and Family Studies*. 2015; 24(3): 617-27.
26. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*. 2011; 52(2): 145-61.
27. Scholes S, Coombs N, Pedisic Z, Mindell JS, Bauman A, Rowlands AV, et al. Age- and sex-specific criterion validity of the health survey for England physical activity and sedentary behavior assessment questionnaire as compared with accelerometry. *American Journal of Epidemiology*. 2014; 179(12): 1493-502.
28. Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *Journal of General Internal Medicine*. 2011; 26(9): 979-86.

Related factors of self-care in the community-dwelling elderlies in Sari city, 2014

Bagheri Nesami M¹, Goudarzian AH², Ardeshiri M², Babaie Holari M^{2*}

¹Department of Medical Surgical Nursing, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, I.R. Iran; ²Nursing Student, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, I.R. Iran.

Received: 3/Jun/2015 Accepted: 5/Aug/2015

Background and aims: With increasing age in old era, it happens some changes in different dimensions including physical weakness; reduce in brain power, and mental disorders in elderlies. One of the best actions is self-care to promote elderlies health. The aim of this study was to determine the level of self-care behaviors and its related factors in community dwelling elderlies in Sari, 2014.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2014 on 120 elderlies in Sari city. Multi-stage randomized sampling method was done from 10 health centers. Data were collected using a self-care questionnaire made by researcher (adoption from Ministry of Health). Reliability of this questionnaire was calculated 0.83 with Cronbach's alpha test on 30 elderlies. Data were analyzed using SPSS16 software with using descriptive statistics (mean, frequency and median) and t-test, Spearman and Pearson correlation and chi-square tests at significant level of $P < 0.05$.

Results: Of 120 elderlies, 50% were man that the most of them were married (64.5%), with average economic status (56.7%) and illiterate (60 persons). The mean and standard deviation of total self-care were 128.42 ± 11.98 and the mean and standard deviation of physical, mental, emotional and spiritual dimensions were: 39.10 ± 4.22 , 18.15 ± 3.07 , 34.75 ± 4.35 and 36.40 ± 5.16 , respectively. There is a significant relationship among psychological self-care with education level ($P=0.001$), and lifestyle of elderlies ($P=0.026$). Also, there is a significant and meaningful relationship among spiritual self-care with educational level of elderlies ($P=0.001$) and lifestyle of them ($P=0.003$).

Conclusion: According to results of this study, the most level of elderly's self-care was good and demographic factors such as level of education, economic efficiency and life style were effective on self-care. Regarding to the possible effects of education and economic efficiency on aspects of self-care, it is recommended to provide some actions to improve quality of life and education of this peoples.

Keywords: Elderly, Self-care, Related factors.

Cite this article as: Bagheri Nesami M, Goudarzian AH, Ardeshiri M, Babaie Holari M. Related factors of self-care in the community-dwelling elderlies in Sari city, 2014. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2015; 4(4): 48-56.

***Corresponding author:**

Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, I.R. Iran, Tel: 00989335778880,
E-mail: mbh1372@yahoo.com