

## The Study of Self-care and Related Factors in the Elderly with Chronic Diseases in 2018

Avazeh M<sup>1</sup>, Babaei N<sup>\*2</sup>, Farhoudi S<sup>3</sup>, Kalteh EA<sup>4</sup>, Gholizadeh B<sup>3</sup>

1. Department of Nursing, Kaleybar Branch, Islamic Azad University, Kaleybar, Iran

2. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

3. Students Research Committee, Meshginshahr Higher Institute of Health, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

4. Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

\* *Corresponding author.* Tel: +984532545936, E-mail: Nasib.babaei@yahoo.com

Received: Mar 8, 2019

Accepted: Jun 29, 2019

### ABSTRACT

**Background & objectives:** As people become older, the risk of life with chronic diseases increases, limiting the physical and mental activity of the elderly people and leads to a decline in quality of life. The World Health Organization recommends promoting of self-care for the prevention and treatment of chronic diseases. The aim of this study was to determine the level of self-care and related factors in the elderly with chronic diseases referring to specialty clinics of medical-educational centers of Ardabil.

**Methods:** In this cross-sectional study, 222 elderly people with chronic diseases (diabetes musculoskeletal, cardiovascular and renal diseases) referring to the specialty clinics of Imam Khomeini, Fatemi and Alavi Hospitals in Ardabil in 2018 were selected by convenience sampling method. Data were collected using a questionnaire including demographic characteristics and Self-care Ability Scale for the Elderly (SASE). Finally, the data were analyzed using descriptive statistics and multivariate logistic regression analysis in SPSS 16 software.

**Results:** 191 elderly people (86%) had unsatisfactory self-care ability and only 31 of them (14%) showed good self-care ability. Elderly woman showed better self-care than men ( $p=0.015$ ), while married ( $p=0.004$ ), divorced ( $p=0.045$ ), and widowed ( $p=0.013$ ) patients had poor self-care ability compared to single people.

**Conclusions:** According to the present study, self-care in the elderly with chronic diseases was assessed unsatisfactory, so planning and implementation of self-care promoting programs for elderly people seems necessary.

**Keywords:** Elderly, Chronic Diseases, Self-care

## بررسی توان خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن در سال ۱۳۹۷

مرضیه آوازه<sup>۱</sup>، نصیب بابایی<sup>۲\*</sup>، سامان فرهودی<sup>۳</sup>، احسان الله کلتی<sup>۴</sup>، بهاره قلی زاده<sup>۳</sup>

۱. گروه پرستاری، واحد کلیبر، دانشگاه آزاد اسلامی، کلیبر، ایران

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

۳. کمیته تحقیقات دانشجویی، موسسه آموزش سلامت مشکین شهر، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

۴. مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۴۵۳۲۵۴۵۹۳۶ ایمیل: Nasib.babaei@yahoo.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** با پیر شدن افراد، خطر زندگی با بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد که باعث محدودیت فعالیت جسمانی و روانی افراد سالمند شده و کاهش کیفیت زندگی را به دنبال دارد. سازمان بهداشت جهانی ترویج مراقبت از خود را برای پیشگیری و درمان بیماری‌های مزمن توصیه می‌کند. هدف از این مطالعه تعیین توان خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن مراجعه کننده به درمانگاه‌های تخصصی مراکز آموزشی درمانی اردبیل بود.

**روش کار:** در این مطالعه مقطعی، تعداد ۲۲۲ نفر از سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن (عضلانی- اسکلتی، دیابت، قلبی- عروقی و کلیوی) مراجعه کننده به درمانگاه‌های تخصصی مراکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)، فاطمی و علوی اردبیل در سال ۱۳۹۷ با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها با استفاده از فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه توانایی خودمراقبتی افراد سالمند (SASE) انجام شد. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آنالیز چندمتغیره رگرسیون لجستیک در نرم‌افزار آماری SPSS-16 تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** تعداد ۱۹۱ نفر (۸۶٪) از سالمندان، توان خودمراقبتی نامطلوب داشتند و تنها ۳۱ نفر (۱۴٪) از توان خودمراقبتی مطلوب برخوردار بودند. زنان سالمند، توان خودمراقبتی بهتری نسبت به مردان داشتند ( $p=0/015$ ) در حالی که بیماران متأهل ( $p=0/004$ )، مطلقه ( $p=0/045$ ) و بیوه ( $p=0/013$ ) در مقایسه با افراد مجرد، از توانایی خودمراقبتی نامطلوبی برخوردار بودند.

**نتیجه گیری:** بر اساس نتایج مطالعه حاضر، مراقبت از خود در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن نامطلوب بود. بنابراین تدوین و اجرای برنامه‌های ارتقای خودمراقبتی سالمندان یک ضرورت به نظر می‌رسد.

**واژه‌های کلیدی:** سالمندان، بیماری‌های مزمن، خودمراقبتی

دریافت: ۹۷/۱۲/۱۷ پذیرش: ۹۸/۴/۸

### مقدمه

امروزه افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری باعث افزایش تعداد افراد سالمند در سراسر جهان گردیده است. به گونه‌ای که سالمندی به یکی از مهمترین چالش‌های بهداشت عمومی جهان در

سال‌های کنونی تبدیل شده است (۱). جمعیت‌شناسان آغاز دوران سالمندی را سنین بین ۶۰ و ۶۵ سالگی محسوب می‌کنند (۲). 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 (۳). شاخص‌های آماری نشان می‌دهند روند سالمندشدن جمعیت در کشور ایران نیز در حال گسترش است، به طوری که در سال ۱۳۸۵، ۷/۳ درصد از جمعیت کل ایران، بالای ۶۰ سال سن داشتند که نشان‌دهنده گذر ساختمان سنی جمعیت از جوانی به سالمندی می‌باشد (۴). پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۰۰، جمعیت افراد بالای ۶۰ سال ایران به رقمی حدود ۱۰ میلیون نفر برسد (۵). با پیر شدن جمعیت، خطر زندگی با بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی-عروقی و دیابت افزایش می‌یابد (۶). این بیماری‌ها بر فعالیت‌های معمول و روزانه زندگی اثر می‌گذارند. از طرفی درمان‌های پزشکی هر چند علایم را کاهش می‌دهند ولی خود باعث اختلال در الگوی زندگی می‌شوند (۷). بیماری‌های مزمن برای مدت‌های طولانی با فرد همراه هستند لذا نیازمند دوره طولانی درمان بوده و سطح تقاضا برای دریافت خدمات درمانی تا زمانی که بیماری‌های مزمن کاملاً کنترل نشده، افزایش خواهد یافت و این امر می‌تواند منجر به افت کیفیت زندگی سالمندان گردد (۸،۹). از سوی دیگر با افزایش سن، تغییراتی در ابعاد مختلف از جمله ضعف توان جسمانی، کاهش قوای مغزی، اختلالات روانی مثل تنهایی، بیماری‌های مزمن، انواع سرطان‌ها، کاهش تعادل در هنگام راه رفتن، کاهش بافت استخوانی، مصرف داروها و غیره به وجود می‌آید. بنابراین، سالمندان مستعد آسیب و کاهش کیفیت زندگی بوده و نیازمند توجه و رعایت الگوی مراقبتی مؤثر در پیشگیری از حوادث و بیماری‌ها هستند (۱۲-۱۰).

یکی از عوامل تعیین‌کننده و مؤثر در حفظ سلامت و پیشگیری از تشدید علائم و نشانه‌های بیماری به ویژه در بیماری‌های مزمن، انجام رفتارهای مراقبت از خود می‌باشد (۱۳). مفهوم «مراقبت از خود» اولین

بار توسط اورم<sup>۱</sup> مطرح و در سال ۱۹۵۹ انتشار یافت (۱۴). طبق این تعریف، مراقبت از خود رفتارهای آموخته شده‌ای هستند که شخص برای حفظ یا ارتقای زندگی، سلامت، خوب بودن، پیشگیری و درمان انجام می‌دهد (۱۵). پابندی به رفتارهای مراقبت از خود علاوه بر پیشگیری از تشدید علائم و نشانه‌ها در کاهش دفعات بستری، احساس سلامت بیشتر در بیماران مزمن و کاهش هزینه‌های درمان آنان ضروری و حیاتی می‌باشد (۱۶،۱۷). بیماران می‌توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود، بر میزان احساس آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند (۱۸). شجاعت و همکاران در مطالعه خود بر آموزش بیماران در خصوص انجام خودمراقبتی تأکید نموده است (۱۹). ابوطالبی و همکاران نیز طی مطالعه‌ای توان خودمراقبتی واحدهای مورد مطالعه را ضعیف گزارش کرده و ارتقای رفتارهای مراقبت از خود بیماران را حائز اهمیت برشمردند (۲۰).

خودمراقبتی ساختاری چند بعدی است که انجام آن نیازمند رفتارهای دیگری است که خود تحت‌تأثیر عواملی چون باورهای سلامتی، موقعیت‌های اقتصادی و وقایع زندگی قرار دارد (۲۱) و شامل تمام فعالیت‌های مربوط به حفظ سلامت، پیشگیری و درمان بیماری‌ها توسط خود فرد می‌شود. مدیریت سبک زندگی سالم، درمان ناخوشی‌های جزئی، مدیریت بیماری‌های مزمن طولانی‌مدت و مراقبت بعد از ترخیص از بیمارستان، چهار جزء مهم خودمراقبتی هستند. خودمراقبتی باعث می‌شود تا مردم توانایی لازم برای مدیریت بر بیماری مزمن را کسب نموده و روی سلامت خود کنترل بیشتری داشته باشند (۲۲). امروزه در بین کشورهای توسعه یافته و درحال توسعه، خودمراقبتی یکی از مهمترین اشکال مراقبت اولیه بوده و تقریباً ۶۵ تا ۸۵ درصد از فعالیت‌های مراقبتی بیماران توسط خود فرد یا

<sup>1</sup> Orem

در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن مراجعه کننده به درمانگاه‌های مراکز آموزشی درمانی اردبیل انجام گردید.

### روش کار

این مطالعه مقطعی با روش نمونه‌گیری در دسترس روی ۲۲۲ نفر سالمند مبتلا به بیماری مزمن مراجعه کننده به درمانگاه‌های تخصصی مراکز آموزشی درمانی اردبیل در تابستان ۱۳۹۷ انجام شد. پژوهشگر پس از تأیید کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش و کسب مجوزهای لازم به درمانگاه‌های تخصصی مراکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)، فاطمی و علوی اردبیل مراجعه نمود و سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن (عضلانی- اسکلتی، دیابت، قلبی- عروقی و کلیوی) واجد معیارهای ورود به مطالعه را شناسایی و مورد بررسی قرار داد. حداقل حجم

نمونه با کمک فرمول 
$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2})^2 \times p(1-p)}{d^2}$$
 و با در نظر گرفتن مقدار خطای نوع اول ۰/۰۵، شیوع بیماری‌های مزمن در سالمندان به میزان ۹۲/۲ درصد (۳۲) و خطای برآورد ۰/۰۵، ۱۳۸ نفر محاسبه گردید که به منظور افزایش قدرت مطالعه، ۲۲۲ نفر از سالمندان حائز معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۶۰ سال، ابتلا به بیماری مزمن و توانایی پاسخگویی به سوالات، وارد مطالعه شدند. پیش از توزیع پرسشنامه، کسب رضایت آگاهانه از واحدهای پژوهشی صورت گرفته و به نمونه‌ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه خواهد بود. پرسشنامه بیماران کم سواد یا بی‌سواد با روش مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل شد. بیماران که حین مطالعه با مشکل بالینی مواجه شده، توانایی تکمیل پرسشنامه را نداشته یا از کامل کردن آن خودداری می‌نمودند از مطالعه خارج گردیدند. ابزار مورد استفاده در این مطالعه، پرسشنامه دو قسمتی بود. قسمت اول شامل سوالاتی در مورد مشخصات دموگرافیک افراد و

اعضای خانواده انجام می‌گیرد (۲۳، ۲۴). توان خودمراقبتی تحت تأثیر سن، جنس، وضعیت تکامل، وضعیت سلامت، تجربیات زندگی، آگاهی‌های اجتماعی- فرهنگی، عوامل مرتبط با سیستم مراقبت مثل تشخیص‌های پزشکی و چگونگی درمان، الگوی زندگی، عوامل خانوادگی، عوامل محیطی و منابع در دسترس می‌باشد. طبق اظهارات اورم در جوامع و شرایط مختلف، علاوه بر موارد ذکر شده، عوامل جدیدی نیز شناسایی می‌شوند که می‌توانند بر توان خودمراقبتی تأثیرگذار باشند (۲۷-۲۵). در مطالعه‌ای توسط باکدانو<sup>۱</sup> و همکاران مشخص شد که بین توان خودمراقبتی با سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی دار و مستقیم و با مذهب و طول مدت تشخیص بیماری ارتباط آماری معنی‌دار و معکوس وجود داشت (۲۸). در مطالعه دیگر، باقری نسامی و همکاران نشان دادند که برخی متغیرهای جمعیت شناختی همچون سن، تحصیلات، شبکه زندگی و کفایت وضعیت اقتصادی بر میزان خودمراقبتی سالمندان موثر است (۲۹). همچنین شیخ شرفی و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که بین سن، سطح تحصیلات و شغل با خودمراقبتی رابطه مستقیم و مثبت وجود دارد (۳۰).

نظر به اینکه در ایران به حمایت و تشویق مراقبت از خود توسط مردم و تلاش در جهت درک تأثیر آن بر سلامتی و همچنین کاهش اتلاف منابع، توجهی نشده است و مرور متون حاکی از اهمیت زیاد این نوع مطالعات در سطح دنیا و حصول نتایج متفاوت در جوامع مختلف می‌باشد (۳۱، ۳۲)، از طرفی تعیین سطح مراقبت از خود در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن می‌تواند زمینه را جهت برنامه‌ریزی مدون‌تر به منظور افزایش ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی سالمندان جامعه فراهم سازد، این مطالعه با هدف تعیین توان خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن

<sup>1</sup> Baquedano

دموگرافیک سالمندان به همراه نوع بیماری مزمن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک و نوع بیماری مزمن سالمندان مبتلا به بیماری مزمن مراجعه کننده به درمانگاه های تخصصی مراکز آموزشی درمانی اردبیل در سال ۱۳۹۷

متغیر	تعداد	درصد
سن (سال)	کمتر از ۷۰	۷۱/۲
	۷۰ - ۸۰	۱۹/۴
	بیشتر از ۸۰	۹/۴
جنس	مرد	۵۲/۳
	زن	۴۷/۷
نوع بیماری مزمن	عضلانی- اسکلتی	۱۲/۲
	دیابت	۲۸/۴
	قلبی- عروقی	۴۴/۶
	کلیوی	۱۴/۹
سطح تحصیلات	بی سواد و ابتدایی	۷۱/۵
	راهنمایی	۱۰/۷
	دیپستان	۱۲/۶
	دانشگاهی	۵/۱
وضعیت تاهل	مجرد	۲/۸
	متاهل	۸۲/۸
	مطلقه	۳/۳
	بیوه	۱۱/۲
شغل	شاغل	۴۱/۵
	بازنشسته	۱۳/۱
	از کار افتاده	۱۱/۷
	خانه دار	۳۳/۸
سطح درآمد	بسیار خوب	۲/۶
	خوب	۲۹/۶
	بد نیست	۴۳/۴
	بد	۸/۵
محل سکونت	بسیار بد	۱۵/۹
	شهر	۶۶/۲
	روستا	۳۳/۸
شبکه زندگی	تنها	۵/۴
	با همسر	۱۶/۷
	با همسر و فرزندان	۶۴/۹
	با سایر افراد	۱۳/۱

توزیع فراوانی سالمندان مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی اردبیل بر حسب سطوح توان

همچنین سوال در مورد سابقه ابتلا به بیماری های مزمن بود. قسمت دوم پرسشنامه مربوط به سطح مراقبت از خود بود که به این منظور از پرسشنامه توانایی خودمراقبتی افراد سالمند<sup>۱</sup> (SASE) ساخته شده توسط سودرهام<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۶) استفاده شد (۳۳). این پرسشنامه مشتمل بر ۱۷ سوال برای ارزیابی توانایی خودمراقبتی افراد سالمند می باشد. پاسخ هر سوال براساس مقیاس لیکرت است که به صورت کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم می باشد. به مطلوب ترین پاسخ از نظر توانایی خودمراقبتی نمره ۵ و به نامطلوب ترین پاسخ، نمره ۱ تعلق می گیرد. بنابراین بالاترین امتیاز ۸۵ و پایین ترین امتیاز، ۱۷ می باشد. نمره کمتر از ۶۹ نشان دهنده توان خودمراقبتی پایین و نمره مساوی و بالای ۶۹ نشان دهنده توان خودمراقبتی بالا است. روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه توانایی خودمراقبتی توسط هاشم لو و همکاران (۲۰۱۳) بررسی شده طوری که بعد از ترجمه پرسشنامه به فارسی توسط پژوهشگران، اعتبار علمی پرسشنامه از طریق اعتبار محتوای کیفی و اعتماد علمی آن نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ تعیین گردیده است (۳۴).

در نهایت، داده های حاصل از پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و آنالیز رگرسیون لوجستیک چندمتغیره در نرم افزار آماری SPSS-16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تمام موارد نسبت خطر با فاصله اطمینان ۹۵٪ محاسبه و p-value کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

## یافته ها

میانگین سن سالمندان مورد پژوهش  $68/25 \pm 7/65$  سال بود (با دامنه سنی ۶۰-۹۴ سال). سایر مشخصات

<sup>۱</sup> Self-care Ability Scale for the Elderly

<sup>۲</sup> Soderhamn

خودمراقبتی نشان داد که ۱۹۱ نفر (۸۶٪) از سالمندان مراجعه کننده، توان خودمراقبتی نامطلوب (کمتر از ۶۹) داشتند و تنها ۳۱ نفر (۱۴٪) آنها از توان خودمراقبتی مطلوب (۶۹ و بالاتر) برخوردار بودند. براساس نتایج مطالعه حاضر، بیشتر شرکت کنندگان با گویه‌های «می‌توانم در حد رضایت بخشی بهداشت شخصی‌ام را رعایت کنم» و «می‌توانم در حد

رضایت بخشی بهداشت دهان و دندانم (دندان مصنوعی) را رعایت کنم» کاملاً موافق بودند. در حالی که عبارات «نمی‌دانم چقدر توانایی دارم»، «نمی‌توانم تنهایی‌ام را مدیریت کنم» و «هنگام حرکت در محیط اطرافم احساس امنیت نمی‌کنم» با کمترین موافقت توسط شرکت کنندگان، همراه بودند (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع فراوانی توان مراقبت از خود سالمندان مراجعه کننده به درمانگاه‌های تخصصی مراکز آموزشی درمانی اردبیل در سال ۱۳۹۷

سطح توان مراقبت از خود				
کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم
فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
۹۵ (۴۲/۸)	۶۰ (۲۷/۰)	۱۴ (۶/۳)	۴۸ (۲۱/۶)	۵ (۲/۳)
۹۳ (۴۱/۹)	۹۱ (۴۱/۰)	۶ (۲/۷)	۲۷ (۱۲/۲)	۵ (۲/۳)
۸۸ (۳۹/۶)	۹۶ (۴۳/۲)	۱۴ (۶/۳)	۲۲ (۹/۹)	۲ (۰/۹)
۶۳ (۲۸/۴)	۹۶ (۴۳/۲)	۱۸ (۸/۱)	۴۵ (۲۰/۳)	۰ (۰)
۵۷ (۲۵/۷)	۹۵ (۴۲/۸)	۱۵ (۶/۸)	۵۰ (۲۲/۵)	۵ (۲/۳)
۳۵ (۱۵/۸)	۸۴ (۳۷/۸)	۲۰ (۹/۰)	۶۱ (۲۷/۵)	۲۲ (۹/۹)
۵۸ (۲۶/۱)	۹۷ (۴۳/۷)	۱۷ (۷/۷)	۴۹ (۲۲/۱)	۱ (۰/۵)
۷۴ (۳۳/۳)	۸۷ (۳۹/۲)	۱۲ (۵/۴)	۴۳ (۱۹/۴)	۶ (۲/۷)
۵۹ (۲۶/۶)	۹۸ (۴۴/۱)	۲۹ (۱۳/۱)	۳۴ (۱۵/۳)	۲ (۰/۹)
۴۹ (۲۲/۱)	۱۱۰ (۴۹/۵)	۲۵ (۱۱/۳)	۳۲ (۱۴/۴)	۶ (۲/۷)
۵۳ (۲۳/۹)	۱۱۱ (۵۰/۰)	۲۶ (۱۱/۷)	۳۱ (۱۴/۰)	۱ (۰/۵)
۳۶ (۱۶/۲)	۱۰۲ (۴۵/۹)	۴۵ (۲۰/۳)	۳۸ (۱۷/۱)	۱ (۰/۵)
۴۰ (۱۸/۰)	۱۱۴ (۵۱/۴)	۲۴ (۱۰/۸)	۴۳ (۱۹/۴)	۱ (۰/۵)
۲۴ (۱۰/۸)	۴۳ (۱۹/۴)	۱۰۰ (۴۵/۰)	۲۷ (۱۲/۲)	۲۸ (۱۲/۶)
۵۱ (۲۳/۰)	۱۰۶ (۴۷/۷)	۲۸ (۱۲/۶)	۳۶ (۱۶/۳)	۱ (۰/۵)
۲۹ (۱۳/۱)	۸۴ (۳۷/۸)	۱۹ (۸/۶)	۶۲ (۲۷/۹)	۲۸ (۱۲/۶)
۳۴ (۱۵/۳)	۹۰ (۴۰/۵)	۱۶ (۷/۲)	۵۵ (۲۴/۸)	۲۷ (۱۲/۲)
توان خودمراقبتی				
(درصد) تعداد				
مطلوب				
۱۹۱ (۸۶٪)				
نامطلوب				
۳۱ (۱۴٪)				

نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک چندمتغیره نشان داد که جنسیت زن، تأثیر معنی دار و مستقیمی در توان خودمراقبتی مطلوب سالمندان داشت. به عبارتی شانس توان خودمراقبتی مطلوب در زنان، ۳/۴۹۲ برابر مردان بود. در حالی که متأهل، مطلقه و بیوه بودن، تأثیرات معنی دار و معکوسی در شانس

توان خودمراقبتی مطلوب داشتند. سایر متغیرهای مورد نظر شامل سن، نوع بیماری مزمن، تحصیلات، شغل، سطح درآمد، محل سکونت و شبکه زندگی، تأثیر معنی داری روی توان خودمراقبتی نداشتند (جدول ۳).

جدول ۳. عوامل مرتبط با توان خودمراقبتی براساس مدلسازی رگرسیون لجستیک چندمتغیره در سالمندان مراجعه کننده به درمانگاه های تخصصی

مراکز آموزشی درمانی اردبیل در سال ۱۳۹۷

متغیر	B*	SE**	Wald	p	OR (95% CI)
جنس زن	۱/۲۵۰	۰/۵۱۵	۵/۸۸۵	۰/۰۱۵	۳/۴۹۲ (۱/۲۷۱ - ۹/۵۸۰)
متاهل	-۲/۸۴۴	۰/۹۹۶	۸/۱۴۶	۰/۰۰۴	۰/۰۵۸ (۰/۰۰۸ - ۰/۴۱۰)
مطلقه	-۲/۹۸۰	۱/۴۸۷	۴/۰۱۷	۰/۰۴۵	۰/۰۵۱ (۰/۰۰۳ - ۰/۹۳۶)
بیوه	-۲/۹۸۱	۱/۲۰۲	۶/۱۵۵	۰/۰۱۳	۰/۰۵۱ (۰/۰۰۵ - ۰/۵۳۵)

\*B: regression coefficient; \*\*SE: standard error

## بحث

مطابق یافته های پژوهش حاضر، اغلب سالمندان مراجعه کننده به کلینیک تخصصی مراکز آموزشی درمانی اردبیل، توان خودمراقبتی نامطلوب داشتند و تنها ۱۴ درصد سالمندان از توان خودمراقبتی مطلوب برخوردار بودند. در مطالعه سودرهام و همکاران، ۷۲ درصد بیماران سالمند بستری در بیمارستان نمره خودمراقبتی کمتر از ۶۹ اخذ کردند که حاکی از توانایی خودمراقبتی نامطلوب آنها بود و فقط ۲۸ درصد توان خودمراقبتی بالایی داشتند (۳۳). در مطالعه هاشم لو و همکاران که با هدف تعیین تأثیر اجرای برنامه خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی سالمندان ساکن در خانه های سالمندان ارومیه انجام گرفت، نتایج نشان داد قبل از مداخله در گروه کنترل، ۷۶ درصد افراد سالمند توان خودمراقبتی پایین و ۲۴ درصد توان خودمراقبتی بالایی داشتند و در گروه مداخله ۸۰ درصد سالمندان توان خودمراقبتی پایین و ۲۰ درصد توان خودمراقبتی بالایی داشتند (۳۴). شجاعی و همکاران طی مطالعه ای با هدف تعیین رفتارهای مراقبت از خود و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نشان دادند که تنها ۲۶ درصد بیماران، رفتارهای خودمراقبتی مناسبی داشتند و بقیه بیماران (۷۴٪) در حد متوسط و ضعیف از این رفتارها پیروی می کردند (۱۹). در مطالعه باکدانو و همکاران نیز که با هدف تعیین خودمراقبتی و عوامل موثر بر آن در افراد دیابتی انجام شد نتایج نشان داد که در مجموع ۲۹/۵

درصد از سالمندان ۶۹-۶۰ ساله، توان خودمراقبتی خوب یا متوسطی داشتند (۲۸). خوش تراش و همکاران نیز طی پژوهش خود گزارش کردند که فقط ۶/۱ درصد از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، رفتارهای خودمراقبتی خوب و اکثر آنها رفتارهای خودمراقبتی در حد متوسط داشتند (۳۵). در حالی که باقری نسامی و همکاران طی مطالعه ای روی سالمندان ساکن منازل شهرستان ساری نشان دادند سطح خودمراقبتی اکثر سالمندان در سطح مطلوبی بود (۲۹). علت احتمالی این تناقض می تواند این مسئله باشد که در این مطالعه سالمندان مورد بررسی لزوماً مبتلا به بیماری خاصی نبودند.

در این مطالعه یکی از عوامل مرتبط با توان خودمراقبتی، مساله جنسیت گزارش شد به طوری که توان خودمراقبتی مطلوب در زنان، ۳/۴۹۲ برابر بیشتر از مردان بود. در مطالعه باکدانو و همکاران نیز زنان دیابتی مورد مطالعه، توان خودمراقبتی بهتری نسبت به مردان داشتند (۲۸) که همسو با مطالعه حاضر می باشد. در مقابل، نتایج مطالعه شجاعی و همکاران نشان داد که مردان نسبت به زنان، رفتار خودمراقبتی مناسب تری داشتند (۱۹). همچنین اسماعیلی و همکاران در مطالعه خود روی بیماران تحت همودیالیز نشان دادند که میانگین امتیاز خود کارآمدی مردان بالاتر از زنان بوده و بیماران مذکر به توانایی خود در اجرای رفتار خودمراقبتی، اطمینان بیشتری داشتند (۳۶). با این حال، مطالعات خوش تراش و همکاران، شیخ شرفی و

همکاران، و ابوطالبی و همکاران ارتباط معنی‌داری را بین جنس و خودمراقبتی نشان نداد (۲۰، ۳۰، ۳۵). به نظر می‌رسد تاثیر تفاوت جنسیتی بر توان خودمراقبتی، می‌تواند متاثر از متغیرهای دیگر از جمله سطح دانش یا وضعیت فیزیکی و روانی افراد باشد.

در مطالعه حاضر متأهل، مطلقه و بیوه بودن جزء عوامل کاهنده توان خودمراقبتی سالمندان برآورد گردید، طوری که مجردها بالاترین توان خودمراقبتی را گزارش نمودند. در مطالعه شجاعی و همکاران نیز مجردها بهترین امتیاز را در رفتارهای خودمراقبتی کسب نمودند که احتمالاً مجردها به دلیل مسئولیت‌های خانوادگی کمتر نسبت به افراد متأهل، فرصت بیشتری برای اجرای رفتارهای خودمراقبتی داشته‌اند (۱۹). اما در مطالعه ابوطالبی و همکاران که به بررسی توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی اختصاص داشت نشان داده شد که بیماران متأهل دارای توان خودمراقبتی بهتری نسبت به افراد غیرمتاهل بودند (۲۰). به نظر می‌رسد حضور همسر در کمک به ارتقای خودمراقبتی افراد تاثیر گذار باشد. نتایج مطالعه خوش‌تراش و همکاران رابطه معنی‌داری بین وضعیت تاهل و متابعت از رفتارهای خود مراقبتی نشان نداد (۳۵).

این مطالعه نشان داد متغیرهایی نظیر سن، تحصیلات، شغل، سطح درآمد، شبکه زندگی، محل سکونت و نوع بیماری مزمن تأثیر معنی‌داری روی توان خودمراقبتی نداشتند. در مطالعه خوش‌تراش و همکاران نیز بین متغیرهای دموگرافیک و رفتارهای خودمراقبتی هیچ ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (۳۵). سودرهام و همکاران نیز ارتباط معنی‌داری بین سن و توان خودمراقبتی شرکت کنندگان نیافتند (۳۳). نتایج مطالعه باقری نسامی و همکاران حاکی از آن است که برخی متغیرهای جمعیت شناختی همچون تحصیلات، شبکه زندگی و وضعیت اقتصادی بر میزان خودمراقبتی موثر است و تمامی ابعاد

خودمراقبتی باهم در ارتباطند (۲۹). در مطالعه ابوطالبی و همکاران نیز ارتباط معنی‌داری بین سن، میزان درآمد ماهیانه، شغل، تحصیلات، سابقه آموزش و ابتلا به بیماری مزمن دیگر با توان خودمراقبتی نشان داده شد اما بین محل سکونت با توان خودمراقبتی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد (۲۰). شجاعی و همکاران بین رفتارهای خودمراقبتی با سن و دفعات بستری قبلی ارتباط آماری معنی‌دار و معکوس و با سایر متغیرها شامل طول مدت ابتلا به بیماری، تحصیلات و ابتلا به بیماری مزمن دیگر ارتباط آماری معنی‌دار و مستقیم نشان دادند (۱۹).

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است که تعمیم یافته‌های آن را محدود می‌سازد. اولاً این یافته‌ها بر اساس خودگزارش‌دهی شرکت کنندگان بوده است که ممکن است کاملاً منطبق بر واقعیت نباشد. دوماً به خاطر امکان پذیر نبودن انتخاب تصادفی، نمونه‌های مورد مطالعه به روش در دسترس انتخاب شدند که می‌تواند روایی خارجی آن را تهدید نماید، اگر چه سعی شد که با انتخاب حجم نمونه بالا تا حدی مشکل فوق برطرف شود.

### نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که توان خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن مطلوب نیست. بنابراین تدوین و اجرای برنامه‌های ارتقای خودمراقبتی سالمندان یک ضرورت به نظر می‌رسد. برگزاری کارگاه‌هایی مبنی بر آشنایی با دوران سالمندی و مشکلات خاص این دوران و راهکارهای مقابله با آن می‌تواند در جهت ارتقای توان خودمراقبتی سالمندان موثر باشد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب با کد اخلاق IR.ARUMS REL.1396.64 می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی اردبیل اجرا شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمام افرادی که به نوعی در انجام پژوهش حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

## References

- 1- Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43(3):293-300.
- 2- Rostami M, Baraz PS, Farzianpour F, Rasekh AAR. Effect of Orem self care model on ederies' quality of life in health care centers of MasjedSolaiman in 2007-2008. *Arak Medical University Journal*. 2009;12(2):51-59 [Persian].
- 3- Mellor D, Russo S, McCabe MP, Davison TE, George K. Depression training program for caregivers of elderly care recipients: implementation and qualitative evaluation. *Journal of Gerontological Nursing*. 2008;34(9):8-15.
- 4- Mirzaei M, Shams Ghahfarokhi M. Demography of elder population in Iran over the period 1956 to 2006. *Iranian Journal of Ageing*. 2007;2(3):326-31 [Persian].
- 5- Malayeri S, Jafari Z. Frequency distribution of hearing loss among nursing home residents of Tehran province. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2004;11(40):299-306 [Persian].
- 6- Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic disease and quality of life in elderly people in Samsun. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2003;33(5):335-40.
- 7- Fitzgerald MJ. Coping with chronic illness. Philadelphia: Davis Company; 2000.
- 8- Witham MD, Crighton LJ, McMurdo MET. Using an individualised quality of life measure in older heart failure patients. *International Journal of Cardiology*. 2007;116(1):40-45.
- 9- Lima MG, Barros MB, Csar CL, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of Sao Paulo, Brazil: a population-based study. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2009;25:314-21.
- 10- Kun LG. Telehealth and the global health network in the 21st century: from homecare to public health informatics. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*. 2001;64(3):155-67.
- 11- Lawes D. A retrospective review of emergency admission for head injury in the over 75s. *Injury*. 2002;33(4):349-51.
- 12- Rao R. Cerebrovascular disease and late life depression: an age old association revisited. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2000;15(5):419-33.
- 13- Sidani S. Self-care. In: D.M. Dorane (Ed.). *Nursing Sensitive Outcomes: The state of the science* (2th ed.). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett; 2011.
- 14- Owayolu OU, Owayolu N, Karadag G. The relationship between self-care agency, disability levels and factors regarding these situations among patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(1-2):101-10.
- 15- Akyol AD, Chetinkaya Y, Bakan G, Yarali S, Akkush S. Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(4):679-87.
- 16- Heo S, Moser DK, Lennie TA, Riegel B, Chung ML. Gender differences in and factors related to self-care behaviors: a cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(12):1807-15.
- 17- Coyle KM. The relationship of depressive symptom over time on self care behavior in patient who experience a MI [PhD Thesis]. Washington: The Catholic University of America; 2009
- 18- Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing*. 2001;10(5):618-27.
- 19- Shojaei F, Asemi S, Najaf YA, Hosseini F. Self-care behaviors in patients with heart failure . *Payesh*. 2009;8(4):361-69 [Persian].
- 20- Abootalebi Daryasari Gh, Vosoghi Karkezlou N, Mohammadnejad E, Namadi Vosooghi M, Akbari Kagi M. Study of the self-care agency in patients with heart failure. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2012;4(4):203-208 [Persian].

- 21- Stys AM, Kulkarni K. Identification of self-care behaviors and adoption of lifestyle changes result in sustained glucose control and reduction of comorbidities in type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2007;20(1):55-58.
- 22- Gohar F, Greenfield SM, Beevers DG, Lip GYH, Jolly K. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2008;8(1):4.
- 23- Nilvarangkul K, Wongprom J, Tumnong C, Supornpun A, Surit P, Srithongchai N. Strengthening the self-care of women working in the informal sector: local fabric weaving in Khon Kaen, Thailand (Phase I). *Industrial Health*. 2006;44(1):101-7.
- 24- Yeom HA. Self-care in elders with dementia. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2004;34(8):1402-8.
- 25- Tabari R. *Nursing theories*. Tehran: Boshra; 2003 [Persian].
- 26- Aggleton P, Chalmers H. *Nursing models and nursing practice*. Translated by: Tabari R. Tehran: Boshra; 2003 [Persian].
- 27- Sakhayi S. The study of applying rate of life style healthy promotion method in medical personal. *Journal of Tabibe Shargh*. 2005;7(2):95-100 [Persian].
- 28- Baquedano IR, Santos MA, Martins TA, Zanetti ML. Self-care of patients with diabetes mellitus cared for at an emergency service in Mexico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010;18(6):1195-202.
- 29- Bagheri Nesami M, Ardeshiri M, Holari B. Self-care behavior and its related factors in the community-dwelling elderlies in Sari, 2014. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014;4(4):48-56 [Persian].
- 30- Sheikh Sharafi H, Seyed amini B. Assessment of health literacy and self-care in heart failure patients. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(4):203-219 [Persian].
- 31- Senst BL, Achusim LE, Genest RP, Cosentino LA, Ford CC, Little JA, et al. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2001;58(12):1126-32.
- 32- Esmaeili Shahmirzadi S, Shojaeizadeh D, Azam K, Salehi L, Tol A, Moradian Sorkhkolaei M. The impact of chronic diseases on the quality of life among the elderly people in the east of Tehran. *Payavard*. 2012;6(3):225-35 [Persian].
- 33- Soderhamn U, Bachrach-Lindstrom M, Ek A-C. Self-care ability and sense of coherence in older nutritional at-risk patients. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2008;62(1):96-103.
- 34- Hashemlo L, Hemmati Maslampak M, Khalkhali H. The effect of Orem self-care program performance on the self-care ability in elderly. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2013;11(2):119-126 [Persian].
- 35- Khoshtarash M, Momeni M, Ghanbari Khanghah A, Salehzadeh A, Rahmatpour P. Self-care behaviors and related factors in patients with heart failure referring to medical & educational center of heart in Rasht. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2013;23(1):22-29 [Persian].
- 36- Esmaeli M, Alikhani M, Gholamaragi M, Hosseini F. The quality of life and self efficacy of the patients under hemodialysis. *Iran Journal of Nursing*. 2005;18(41):77-84 [Persian].