

تاثیر الگوی خود مراقبتی اورم بر کیفیت زندگی سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مسجد سلیمان در سال ۱۳۸۶-۱۳۸۷

مریم رستمی^۱، شهرام براز پردنجانی^{۲*}، دکتر فرشته فرزبان پور^۳، دکتر عبدالرحمن راسخ^۴

۱- مربی، کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مسجد سلیمان، اهواز، ایران

۲- مربی، کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۳- استادیار، دکترای علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، گروه مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۴- دانشیار، دکترای تخصصی آمار حیاتی، گروه آمار، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

تاریخ دریافت ۸۷/۷/۳، تاریخ پذیرش ۸۸/۴/۱۷

چکیده

مقدمه: مهم‌ترین عامل تعیین کننده کیفیت زندگی سالمندان سلامتی است. از آنجایی که سلامتی با افزایش سن کاهش می‌یابد، رعایت الگوی مراقبتی موثر در ارتقاء سطح سلامت از اهمیت خاصی برخوردار است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر الگوی خود مراقبتی اورم بر کیفیت زندگی سالمندان شهرمسجد سلیمان انجام گرفته است.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی که به صورت قبل و بعد در سال ۸۶-۸۷ انجام گرفت، تعداد ۳۴۹ سالمند به صورت در دسترس از تمام ۱۱ مرکز بهداشتی درمانی شهر مسجد سلیمان انتخاب شدند. سپس برنامه آموزشی خود مراقبتی اورم توسط کمک پژوهشگران در طول سه ماه در روزهایی که بیماران به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کردند اجرا شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه خصوصیات دموگرافیک و کیفیت زندگی بود. کیفیت زندگی با استفاده از پرسش‌نامه کوتاه ۳۶ سوالی در دو مرحله قبل و بعد از آموزش اندازه‌گیری شد. سپس داده‌ها با کمک آزمون آماری توصیفی و تی زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: تمامی ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامتی عمومی، عملکرد فیزیکی، ایفای نقش فیزیکی، ایفای نقش عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی، نیرو وانرژی، درک کلی از سلامتی و میانگین کل کیفیت زندگی نسبت به قبل از آموزش افزایش پیدا کرد و آزمون آماری تی زوجی در تمام ابعاد با ($p < 0/001$) تفاوت معنی‌داری نشان داد.

نتیجه گیری: نتایج حاکی از تاثیر مثبت الگوی خود مراقبتی اورم می‌باشد و از آنجا که مسائل و مشکلات مربوط به سالمندی اصولاً پیشرونده بوده و با گذشت زمان بیشتر می‌گردد، لذا اهمیت به کارگیری الگوهای خود مراقبتی دائم احساس می‌گردد.

واژگان کلیدی: الگوی خود مراقبتی اورم، کیفیت زندگی، سالمندی

*نویسنده مسئول: اهواز، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، دانشکده پرستاری مامایی، گروه پرستاری

Email: Shahrambaraz@ajums.ac.ir

مقدمه

جمعیت شناسان آغاز دوران پیری و دوران سالخوردگی را سنین ۶۰ یا ۶۵ سال محسوب می‌کنند (۱). نیمه دوم قرن بیستم جمعیت سالمندان (افراد بالای ۶۵ سال) رو به افزایش گذاشته است (۲). به گزارش مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد در تهران، در سال ۲۰۰۶ چهار میلیون و پانصد و شصت و دو هزار نفر یعنی ۶ درصد از کل جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دادند که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر یعنی ۲۶ درصد از کل جمعیت ایران خواهد رسید. تنگناهای اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، آموزشی، بهداشتی و عاطفی، استانداردهای پایین و سبک ناصحیح زندگی در کشور به ویژه در دهه‌های گذشته بیان‌گر وضعیت نامطلوب سالمندان کشور است که بر اثر آن افراد در کشور ما حدود ۱۵ سال زودتر از سن تقویمی پیر می‌شوند (۳). با افزایش سن سالمندی تغییراتی در ابعاد مختلف از جمله ضعف توان جسمانی، کاهش قوای مغزی، اختلالات روانی مثل تنهایی، بیماری‌های مزمن و تغییر در ساز و کارهای فعالیت جنسی، درد مفاصل، دیابت، پیرچشمی، انواع سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی، ضعف پیری، اختلالات بینایی، ضایعات اسکلتی-عضلانی، هیپوتانسیون وضعیتی، عدم تعادل در راه رفتن، کاهش بافت استخوانی و پوکی استخوان و مصرف داروها و غیره به وجود خواهد آمد. لذا با توجه به مشکلات فوق مستعد آسیب و کاهش کیفیت زندگی می‌باشند و نیازمند توجه و رعایت الگوی مراقبتی مؤثر در پیش‌گیری از حوادث است (۴-۶).

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، درصد بالایی از نیاز به استفاده از خدمات بهداشتی در مقایسه با کل جمعیت، مربوط به سالمندان می‌باشد (۷، ۸). هم‌چنان که طول عمر سالمندان افزایش یافته است، بهبود رضایت روانی-اجتماعی و کیفیت زندگی و هم‌چنین حفظ سلامتی فیزیکی سالمند اهمیت فراوانی پیدا می‌کند (۹). مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی افراد سالمند سلامتی است، در حالی

که مطالعات نشان داده است که سلامتی با افزایش سن کاهش می‌یابد (۱۰). یافته‌های پژوهشی مختلف شان داد که میزان ناتوانی در فعالیت و بیماری‌های مزمن رابطه‌ای معکوس با میزان عملکردهای شناختی و خلقی سالمندان و کیفیت زندگی دارد (۱۱، ۱۲).

مطالعات نشان می‌دهد که یک پنجم افراد ناتوان برای انجام فعالیت‌های روزانه نیاز به کمک دارند و نزدیک به ۵۸ درصد از افراد بالای ۶۵ سال را شامل می‌شوند (۱۳). براساس نتایج مطالعه‌ای در این زمینه، سالمندانی که در زندگی روزمره نیاز به کمک اطرافیان و مراقبان دارند از سطح کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند (۱۴). با توجه به افزایش جمعیت سالمند و نیازهای خاص این مرحله از زندگی ضرورت بررسی کیفیت زندگی اهمیت می‌یابد. وجود بیماری‌های مختلف در سالمندان لزوم تغییر در شیوه زندگی سالم با تغذیه مناسب، استفاده از مکمل‌های تغذیه‌ای، ورزش منظم، کاهش وزن و استرس، کاهش دریافت چربی، الکل، عدم استفاده از دود، کاهش مصرف نمک، خود داری از خود درمانی و یا قطع و تغییر دوز دارو و استفاده از میوه و سبزیجات، دریافت غذاهای پرفیبر و افزایش مصرف آب، کنترل روزانه فشار خون، کلسترول و غربالگری بهداشتی، ویزیت پزشکی و دریافت مرتب دارو به عنوان قسمت‌هایی از عادات و مراقبت‌های بهداشتی سالمندان در نظر گرفته می‌شود (۱۵، ۱۶).

دمورا به نقل از کویل و همکاران ذکر می‌کند که افرادی که سبک زندگی فعالی دارند نسبت به افراد کم‌تحرک و بی‌تحرک از متغیرهای روانی مانند افسردگی، رضایت‌مندی، تعامل اجتماعی و روابط اعتماد آمیز مثبت‌تری برخوردار بوده و لذا کیفیت زندگی بهتری دارند. برای نگهداری کیفیت زندگی سالمندان در سطح بالا، فعالیت فیزیکی و سلامت روانی مهم می‌باشند (۱۷). اوسادا در سال ۱۹۹۵ نشان داد که سالمندانی که توانایی انجام فعالیت بدنی و فعالیت‌های روزانه زندگی به همراه فعالیت‌های تفریحی و اوقات فراغت را دارند سطوح پایین‌تری از

افسردگی و سطوح بالایی از کیفیت زندگی را دارند (۱۸). کیفیت زندگی به وسیله عوامل متعددی نظیر فرهنگ، سن، تشخیص و پیش‌آگهی و... تحت تأثیر قرار می‌گیرد و پرستاران بر روی این عوامل نمی‌توانند کنترل و تأثیر داشته باشند. اما عوامل دیگر موثر بر کیفیت زندگی وجود دارند که پرستاران توانایی تأثیر بر آن را دارند نظیر عوامل محیطی، موقعیت‌های اجتماعی و فردی، تغذیه، فعالیت فیزیکی و کنترل علائم. این اقدامات از طریق دادن اطلاعات لازم به سالمندان و اعضای خانواده و کنترل علائم و عوارض و اقدامات پرستاری امکان‌پذیر است. کنترل مشکلات و عوارض از جمله بهبود کیفیت زندگی نیاز به مشارکت مددجو در روند درمان و مراقبت است و لازمه این کار نیز افزایش آگاهی افراد می‌باشد (۱۹).

یکی از الگوهایی که می‌تواند بیمار را در مراقبت از خود سهیم کند الگوی خود مراقبتی اورم (Orem) است که یک مدل پرستاری می‌باشد که توسط یکی از پژوهشگران پرستاری بنام دورتی اورم ارائه شده است و بیشتر بر روی جنبه‌های مراقبت از خود بحث می‌کند. مراقبت از خود فعالیت‌هایی است که انسان‌ها به طور فردی برای وجود خود آنها را تشخیص و انجام می‌دهند تا بدین وسیله حیات و تندرستی خود را حفظ کنند و به طور دائم احساس خوب بودن داشته باشند (۲۰). این الگو در افراد مختلف یا سنین مختلف و بیماری‌های مختلف کاربرد دارد و قبلاً در بیماری‌های مزمن مانند دیالیز و سالمندان در ایران مورد استفاده قرار گرفته است (۲۱-۲۰). با توجه به وجود مشکلات فوق در سالمندان و عدم بررسی کیفیت زندگی این قشر در استان خوزستان و به خصوص شهر مسجد سلیمان پژوهش‌گر در صدد برآمد تا این مطالعه را با هدف تعیین تأثیر الگوی خود مراقبتی اورم بر کیفیت زندگی سالمندان شهر مسجد سلیمان در سال ۸۶-۸۷ انجام دهد.

روش کار

این تحقیق یک مطالعه نیمه تجربی به صورت قبل و بعد می‌باشد که به منظور بررسی تأثیر الگوی مراقبت از

خود بر روی سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مسجد سلیمان در سال ۸۶-۸۷ انجام گرفته است. محورهای مورد توجه در الگوی مراقبت از خود که بر روند کیفیت زندگی افراد اهمیت زیادی دارد شامل چگونگی رعایت رژیم غذایی مناسب، نوع غذای مصرفی، محدودیت مصرف نمک، تعدیل وزن، چگونگی رعایت رژیم دارویی تجویز شده، تنظیم زمان استفاده از داروها، چگونگی تحرک فیزیکی شامل پیاده روی منظم، استفاده از ابزار کمکی، روند بالا رفتن از پله، ضرورت تحرک فیزیکی منظم و محدودیت‌های مربوطه، روند حذف عادات مضر مثل سیگار کشیدن، چگونگی به کارگیری رفتارهای مراقبتی مداوم در خصوص حفاظت از خود و چگونگی تعدیل فاکتورهای خطر ساز قابل کنترل می‌باشد. همه محورهای فوق در قالب ۴ کتاب مصوب وزارت بهداشت بوده که توسط پژوهشگران و دو کمک پژوهش‌گر آموزش دیده به مددجویان در روزهایی که به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کردند به صورت تئوری و عملی در قالب سخنرانی، پخش اسلاید و انجام حرکات عملی آموزش داده شد. این آموزش‌ها در تمام ۱۱ مرکز به صورت جداگانه و یکسان و توسط پژوهش‌گران و دو کمک پژوهش‌گر اجرا گردید. برنامه آموزشی در هر مرکز طی ۴-۶ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای در طول ۴ ماه اجرا گردید. پرسش‌نامه کیفیت زندگی دو بار قبل از آموزش به فاصله ۲ هفته و در هفته‌های ششم و هشتم بعد از آموزش تکمیل شده و میانگین آنها به عنوان داده‌های قبل و بعد از آموزش گزارش گردید. جامعه پژوهش شامل کلیه سالمندان مراجعه کننده به ۱۱ مرکز بهداشتی درمانی شهر مسجد سلیمان که در حدود ۶۱۸۸ نفر بودند می‌شد. از این تعداد ۳۴۹ سالمند به صورت در دسترس از تمام ۱۱ مرکز بهداشتی درمانی براساس فرمول آماری "یک بیستم کل سالمندان" انتخاب شدند و همه از افرادی بودند که حداقل ۶۵ سال داشته و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند. سپس یک مطالعه پایلوت با ۲۰ سالمندی که در مطالعه حضور نداشتند انجام

خارج به تایید رسیده است (۲۰-۲۳). به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های حاصله از نرم افزار SPSS واز آزمون آماری توصیفی و تی زوجی استفاده شد.

نتایج

تعداد افراد مورد مطالعه ۳۴۹ سالمند بودند که محدوده سنی آنها بین ۶۵-۹۲ سال با میانگین سنی ۷۴/۵۱±۶/۸۱ سال بود. ۴۸/۷ درصد نمونه‌ها مرد و ۵۱/۳ درصد آنها زن بودند. ۴۸/۶ درصد سالمندان بی‌سواد، ۴۴/۸ درصد سالمندان تحصیلات زیر دیپلم و ۶/۶ درصد سالمندان بالاتر از دیپلم بودند. ۶۹/۳ درصد نمونه‌ها متأهل، ۱۳/۵ درصد سالمندان کارمند، ۱۱/۵ درصد کارگر، ۷/۲ درصد کشاورز، ۴/۳ درصد نظامی، ۴۰/۱ درصد خانه‌دار و ۲۳/۵ درصد شغل‌های دیگر داشتند. یافته‌ها در زمینه هدف پژوهش یعنی تأثیر الگوی خود مراقبتی اورم بر کیفیت زندگی سالمندان در جدول ۱ آمده است.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین ابعاد کیفیت زندگی در بعد از آموزش خود مراقبتی نسبت به قبل از آموزش افزایش یافته و در همه ابعاد با آزمون تی زوجی تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده شده است ($p < 0/001$). میانگین کلی ابعاد کیفیت زندگی $16/01 \pm 49/16$ در قبل از آموزش بود که به $17/56 \pm 58/95$ بعد از آموزش افزایش یافت و آزمون آماری تی زوجی ($p < 0/001$) تفاوت معنی‌دار آماری را نشان داد.

شد. معیارهای شرکت در مطالعه شامل سن بالای ۶۵ سال، نداشتن بیماری زوال عقلی یا دمانس، مقیم بودن در شهر مسجد سلیمان، تمایل به شرکت در مطالعه و به دست آوردن اطلاعات جدید بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل داشتن بیماری قلبی، ریوی، متابولیک، عضلانی - اسکلتی، نابینایی و ناشنوایی می‌گشت. در انجام این مطالعه کلیه موازین اخلاق در پژوهش رعایت شد. ابزار بررسی شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی بود. کیفیت زندگی با استفاده از پرسش‌نامه کوتاه ۳۶ سؤالی (Short Form 36-SF-36) اندازه‌گیری شد (۲۳، ۲۴).

این پرسش‌نامه شامل ۸ بعد عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش فیزیکی، درد بدن، درک کلی از سلامتی، نیرو و انرژی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش عاطفی و سلامت روان می‌باشد. هر کدام از ۸ بعد، امتیاز ۰ تا ۱۰۰ را دارد. این نمره گذاری براساس معیار سنجش استاندارد مخصوص SF-36 به دست آمده است. امتیاز بالاتر نشان دهنده عملکرد بهتر می‌باشد. سؤالات ۳ گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۵۰، ۱۰۰)، سؤالات ۵ گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰ و ۱۰۰) در نظر گرفته شده است. میانگین استاندارد ابعاد کیفیت زندگی ۵۰ می‌باشد (۲۰) که بالاتر و پایین‌تر از نمره ۵۰ به ترتیب نشان دهنده میانگین عملکرد بالا و پایین می‌باشد. اعتبار (validity) و اعتماد علمی (Reliability) پرسش‌نامه SF-36 در مطالعات داخل و

جدول ۱. مقایسه نمرات ابعاد کیفیت زندگی سالمندان قبل و بعد از آموزش خود مراقبتی

p	بعد آموزش میانگین (انحراف معیار)	قبل آموزش میانگین (انحراف معیار)	ابعاد کیفیت زندگی
< 0/001	۴۳/۱ (۱۷/۹۳)	۳۶/۸۱ (۱۷/۷۰)	سلامت عمومی
< 0/001	۵۷/۴۱ (۳۱/۴۷)	۴۸/۸۴ (۲۶/۶۲)	عملکرد فیزیکی
< 0/001	۶۶/۳۳ (۴۰/۴۵)	۵۵/۳۴ (۱۷/۹۸)	ایفای نقش فیزیکی
< 0/001	۶۲/۲۶ (۱۶/۶۶)	۵۲/۱۷ (۱۷/۵۰)	ایفای نقش عاطفی
< 0/001	۶۸/۵۵ (۵۴/۱۴)	۵۷/۴۷ (۱۸/۹۵)	عملکرد اجتماعی
< 0/001	۴۷/۴۵ (۲۱/۸)	۵۳/۳۹ (۱۹/۹۸)	درد بدنی
< 0/001	۵۷/۶۵ (۱۱/۵۶)	۴۹/۹۸ (۱۲/۶۶)	نیرو و انرژی حیاتی
< 0/001	۶۱/۹۴ (۴۰/۶)	۴۷/۱۷ (۱۸/۲۹)	درک کلی از سلامتی
< 0/001	۵۸/۹۵ (۱۷/۵۶)	۴۹/۱۶ (۱۶/۰۱)	میانگین کلی ابعاد کیفیت زندگی

بحث

با افزایش امید به زندگی در دنیا و در نتیجه افزایش قابل توجه سالمندان، می‌طلبند که سالمندان نه تنها از نظر طول مدت عمر بلکه از نظر کیفیت آن نیز ارتقا پیدا کنند. اگر قرار است سالمندی یک رویداد مثبت باشد زندگی طولانی‌تر باید همراه با فرصت‌های همیشگی برای سلامتی، مشارکت و امنیت باشد. سالمندی پویا فرآیند بهینه سازی فرصت‌ها برای سلامتی، مشارکت و امنیت به منظور افزایش کیفیت زندگی افراد رو به سالمندی است (۲۴). برای داشتن سلامتی پویا کیفیت زندگی یک جزء تفکیک ناپذیر می‌باشد.

میانگین کلی کیفیت زندگی در این مطالعه از ۴۹/۱۶ قبل از آموزش به ۵۸/۹۵ بعد از آموزش افزایش یافت که نشان دهنده تأثیر الگوی خود مراقبتی می‌باشد. در تایید این نتیجه علیرضا سالار در سال ۸۲-۸۳ در مطالعه‌ای با عنوان تأثیر الگوی مشاوره مراقبت پی‌گیر بر کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان نشان داد که میانگین کلی ابعاد کیفیت زندگی از ۴۰/۶ قبل از آموزش به ۵۶/۵ بعد از آموزش افزایش یافت ($p < 0/001$) (۲۲). اما در کشورهای دیگر نمرات کیفیت زندگی سالمندان نسبت به مطالعه ما بالاتر می‌باشد. برای مثال نتایج مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۴ در تایوان که کشوری در حال توسعه است نشان دهنده نمرات فعالیت جسمانی ۸۴/۶، ایفای نقش فیزیکی ۷۷/۸، سلامت عمومی ۷۰/۶، ایفای نقش عاطفی ۹۰/۶ است که همگی آنها نسبت به مطالعه ما و مطالعات دیگر انجام شده در کشور بالاتر می‌باشد (۲۵). علت بالا بودن کیفیت زندگی در تایوان را می‌توان به حمایت‌های دولت از سالمندان و شرایط زندگی بهتر و داشتن خدمات آسایشی رفاهی بیشتر مرتبط دانست. ابرسول در سال ۱۹۹۵ نشان داد که رضایت زندگی و کیفیت زندگی افراد سالمند به طور چشم‌گیری تحت تأثیر داشتن اوقات فراغت کافی، انجام دادن فعالیت‌های روزانه زندگی به طور مستقل، پیاده روری منظم، رژیم غذایی مناسب و زندگی در کنار دیگر افراد خانواده

می‌باشد (۲۶). سوباسی در سال ۲۰۰۴ نشان داد که سالمندانی که اوقات فراغت کافی دارند و قادر به انجام دادن فعالیت‌های روزانه زندگی خود هستند رضایت زندگی بالاتری را دارند (۲۷). سکاندو فاسینو و همکاران در سال ۲۰۰۲ در مطالعه‌ای با عنوان کیفیت زندگی سالمندان مقیم در خانه نشان دادند که سالمندانی که قادر به انجام فعالیت‌های روزانه زندگی هستند درجات کمتری از افسردگی و اضطراب را دارند و ارتباط بین فعالیت‌های روزانه زندگی و اضطراب ($r=0/185$) هم چنین ارتباط بین فعالیت‌های روزانه زندگی و افسردگی ($r=0/263$) از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد. در مطالعه فوق سالمندان در طی مصاحبه‌هایی که با آنها شده بود ابراز کرده بودند که تحرک فیزیکی و انجام دادن فعالیت‌های روزانه، داشتن اوقات فراغت، تماشای تلویزیون، خواندن کتاب و روزنامه، پیاده روی روزانه، نگاه کردن به بیرون از پنجره خانه و زندگی با دیگر اعضای خانواده در کیفیت زندگی آنها موثر می‌باشد. نتایج تمام مطالعات فوق مطابق با نتایج مطالعه ما و نشان دهنده اثرات مثبت برنامه آموزشی بر روی کیفیت زندگی است (۲۸). هم چنین حمیدی زاده و همکاران در سال ۱۳۸۵-۸۶ نشان دادند که برنامه خود مراقبتی و ورزشی منظم و هوازی باعث افزایش توانایی شخص در انجام کارهای روزانه بدون وابستگی به دیگران و افزایش کیفیت زندگی می‌گردد. در این مطالعه ابعاد کیفیت زندگی مانند ایفای نقش، کاهش درد جسمانی، سلامت عمومی، سر زندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روانی در فرد افزایش یافته و سطح کیفیت زندگی در افراد توسعه و پیشرفت یافت که هم سو با نتایج مطالعه ماست (۲۹). در تحقیقی که کاستال و لورد و کاستال در سال ۲۰۰۴ انجام دادند نشان داده شد که اجرای برنامه خود مراقبتی و ورزش باعث افزایش قدرت عضلانی، توانایی در حفظ تعادل بدن و در نهایت افزایش ابعاد مختلف کیفیت زندگی می‌شود (۳۰). هم چنین بارت و همکاران در سال ۲۰۰۲ به نتایج مشابهی دست یافتند (۳۱). براچ و همکاران

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اهواز می‌باشد.

بدینوسیله از مسئولین محترم دانشگاه، هم‌چنین پرسنل محترم مراکز بهداشتی درمانی شهر مسجد سلیمان و همکار گرامی سرکار خانم رستمی و سالمندان عزیز که با حضور به موقع در تمام برنامه‌های آموزشی ما را در انجام این تحقیق یاری رساندند تشکر و سپاسگزاری می‌شود.

منابع

1. 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.
2. Gureje O, Ogunniyi A, Kola L, Afolabi E. Functional disability in elderly Nigerians: results from the Ibadan Study of Aging. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54(11):1784-9.
3. Donmez L, Gokkoca Z, Dedeoglu N. Disability and its effects on quality of life among older people living in Antalya City Center, Turkey. *Gerontology and Geriatrics*. 2005; 40:213-23
4. kun LG. Telehealth and the global health network in the 21 st century. From homecare to public health informatics. *Comput Methods Programs Biomed* 2001; 64(3):155-67.
5. lawes D. A retrospective review of emergency admission for head injury in the over 75s. *Injury* 2002; 33(4):349-51.
6. Rao R. Cerebrovascular disease and late life depression: an age old association revisited. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15(5):419-33.
7. Raji MA, Al Snih S, Ray LA, Patel KV, Markides KS. Cognitive status and incident disability in Older Mexican Americans: findings from the Hispanic established population for the epidemiological study of the elderly. *Ethn Dis* 2004; 14(1):26-31.
8. Medhi GK, Hazarika NC, Borah PK, Mahanta J. Health problems and disability of elderly individuals in two population groups from same geographical location. *J Assoc Physicians India* 2006; 54:539-44.

نشان دادند که انجام تمرینات ورزشی با شدت متوسط (۲۰-۳۰ دقیقه در روز) به کم کردن محدودیت‌های فعالیتی و افزایش ایفای نقش و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی و احساس خوب بودن کمک بسیار زیادی دارد (۳۲). تمامی مطالعات فوق نیز اثرات مثبت برنامه آموزشی بر روی کیفیت زندگی را تایید نمودند.

دستاورد اساسی در این مطالعه بیان‌گر تاثیر مثبت الگوی خود مراقبتی و به نوعی ضرورت پرداختن به امور مراقبتی و استفاده از الگوهایی است که قادر به ترغیب و توجه به خود مراقبتی و تعدیل عوامل موثر در بروز کاهش کیفیت زندگی می‌باشد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که تاکنون در جامعه ما، شاخص مبنائی یا معیار طبیعی از کیفیت زندگی افراد سالمند و دیگر اقشار جامعه تعیین نگردیده است. اما اگر معیار صفر تا صد را که مربوط به پرسش‌نامه حاضر می‌باشد در نظر بگیریم، به طوری که میانگین ۵۰ با انحراف معیار ۱۰ شاخص پایه طبیعی برای جامعه ما باشد، می‌تواند معیاری قابل قبول و تعیین کننده برای وضعیت کیفیت زندگی سالمندان محسوب گردد (۲۲). لذا بر این اساس میانگین‌های ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی جمعیت مورد مطالعه اغلب پائین‌تر از این مبنای هستند و میانگین کل کیفیت زندگی نمونه ما در حدود ۵۹ می‌باشد. بنابر این می‌توان نتیجه گرفت که در مجموع کیفیت زندگی در جمعیت سالمندان مورد مطالعه پایین‌تر از حد طبیعی می‌باشد و این مهم ضرورت اقدام عملی در خصوص توجه به کیفیت زندگی سالمندان را مورد تأیید و تأکید قرار می‌دهد.

نتیجه گیری

به نظر می‌رسد که توجه خاص به سالمندان، معاینات دوره‌ای آنها، آموزش‌های خود مراقبتی لازم، ایجاد کلینیک‌های سالمندی، همکاری‌های بین بخشی و سیاست گذاری‌های دولتی برای ارتقا وضعیت سلامت سالمندان و ارتقا کیفیت زندگی آنها لازم است.

9. Matsuo M, Nagasawa J, Yoshino A, Hiramatsu K, Kurashiki K. Effects of activity participation of the elderly on quality of life. *Yonago Acta Medica* 2003;46:17-24.
10. Chan KM, Pang WS, Ee CH, Ding YY, Choo P. Self-perception of health among elderly community dwellers in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*. 1998; 27(4):461-7.
11. Rao R. Cerebrovascular disease and late life depression: an age old association revisited. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000; 15(5):419-33.
12. Felker B, Katon W, Hedrick SC, Rasmussen J, McKnight K, McDonnell MB, Fihn SD. The association between depressive symptoms and health status in patients with chronic pulmonary disease. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23(2):56-61.
13. Fassino S, Leombruni P, Abbate Daga G, Brustolin A, Rovera GG, Fabris F. Quality of life in dependent older adults living at home. *Arch Gerontol Geriatr* 2002;35(1):9-20.
14. Hellstrom Y, Persson G, Hallberg IR. Quality of life and symptoms among older people living at home. *J Adv Nurs* 2004; 48(6):584-93.
15. Shatenstein B, Kergoat MJ, Reid I. Poor nutrient intakes during 1-year follow-up with community-dwelling older adults with early-stage alzheimer dementia compared to cognitively intact matched controls. *J Am Diet Assoc* 2007; 107(12):2091-9.
16. Tannenbaum C, Shatenstein B. Exercise and nutrition in Older Canadian Women: opportunities for community intervention. *Can J Public Health* 2007; 98(3):187-93.
17. Demura S, Sato S. Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci* 2003; 22(3):159-66.
18. Osada H, Shibata H, Haga H, Yasumura S. Relationship of physical condition and functional capacity to depressive status in person aged 75 years *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 1995;42(10):897-909.
19. Marta Muszalik M, Dziora-Kornatowska KK, Kornatowski T. Functional assessment and health-related quality of life (HRQOL) of elderly patients on the basis of the functional assessment of chronic illness therapy (FACIT)-F questionnaire. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2009; [in press]
20. Baraz Pordanjani Sh, Mohammadi E, Broumand B. [The effect of self-care educational program on decreasing the problems and improving the quality of life of dialysis patients]. *J of Kordestan University of Medical Sciences* 2006; 10:69-79.
21. Alboukordi M, Ramazani MA, Arizi Fa. Study on the quality of life among elderly shahinshahr area of Isfahan Province in year 2004. *Scientific Medical J* 2007; 5(4 (51)):701-7.
22. Salar AR, Ahmadi F, Faghihzadeh S. [Study of effectiveness of continuous care consultation on the quality of life of elderly clients]. *Tabib-e-Shargh* 2004; 5(4):261-67.
23. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey manual and interpretation guide. Boston MA: The Health Institute New England Medical Center 1993; 246-7
24. Crogan NL, Evans B, Velasquez D. Measuring nursing home resident satisfaction with food and food service: initial testing of the FoodEx-LTC. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59(4):370-7.
25. Tasi SYL, Chi LY, Lee LS, Choa P. Health related quality of life among urban, rural and esland community elderly in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2004;103:196-204.
26. Ebersole P. Quality life: what is it? *Geriatr Nurs* 1995; 16, 49-50.
27. Subasi F, Hayran O. Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2005; 41: 23-9.
28. Secondo F, Paolo L, Giovanni AD, Annalisa B, Giovanni GR, Fabrizio F. Quality of life in dependent older adults living at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2002; 35:9-20.
29. Hamidzadeh S, Ahmadi FA, Aslani Y, 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

2006-2007]. J of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences And Health Services 2007; 15(1):81-6.

30. Lord SR, Castal S. Physical activity program for older persons: effect on balance ,strength and qualityof life. Arc Phy Med Rehabili 2004; 75(93)648-52.

31. Barrett C, Semerdely P. A comparison of community-based resistance exercise and flexibility exercise for older adults. Aust J Phsio 2002; 48(20):218-23.

32. Brach GS, Simiosick CM, Krichevsty S. The association between physical function and lifestyle activity and quality of life. J Am Geriatr Scio 2002; 50(11):401-16.

Effect of Orem Self Care Model on ederies' quality of life in health care centers of Masjed Solaiman in 2007-2008

Rostami M¹, Baraz Pordanjani Sh^{2*}, Farzianpour F³, Rasekh A⁴

1- Lecturer, MSc of Midwifery, Azad University of Masjed Solaiman, Masjed Solaiman, Iran

2- Lecturer, MSc of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ahwaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

3- Assistant Professor, PhD of Health Management and Economic, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Associate Professor, PhD of Biostatistics, Ahwaz Chamran University, Ahwaz, Iran

Received 24 Sep, 2008 Accepted 8 Jul, 2009

Abstract

Background: The most important determinant factor in elder's quality of life is healthy. Since health can be declined by aging, in health promotion consider an effective model of care can be very important. We surveyed the effect of Orem Self Care Model on quality of life (QOL) of elderly in Masjed Solaiman.

Methods and Materials: This is a pre and post quasi-experimental study was carried out on 349 elderly clients which were selected from 11 health care centers in Masjed Solaiman in 2007-2008. Orem Self Care program was performed during a 3 months in days that the clients came to health care centers. Data were gathered by a short form questionnaire (SF36) before and after the intervention and was analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

Results: Results showed a significant increase in mean scores of different dominations of QOL including; health, physical performance, physical role- performance, emotional role- performance, social performance, body pain, power and energy, general health perception, and overall mean of QOL. Paired t-test showed a significant difference ($p < 0.001$) between all of dominations of the quality of life.

Conclusion: Performing Orem Self Care educational program had a positive influence on improving QOL of elderly.

Key words: Orem Self Care Model, Quality of Life, Elderly

*Corresponding author;

Email: shahrambaraz@yahoo.com

Address: School of nursing and midwifery, Ahwaz Jundishapur University of medical sciences (AJUMS), Golestan Street, Ahwaz, Iran.