تأثیر اجرای برنامه‌های خودمرافقتی اورم بر توان خودمرافقتی سالمندان

لیلا هاشمی‌نیا، دکتر معاوضه‌های تخصصی مشکه‌پذیر2، دکتر حمیدرضا خلخالی3

تاریخ دریافت 1391/09/21
تاریخ پذیرش 1391/12/24

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 نظربه‌های پرساری به ویژه نظربه اورم می‌تواند در ارتقای توان خودمرافقتی این افراد موجب باشد. این مطالعه با توجه به نتایج تاثیر اجرای برنامه‌های خودمرافقتی اورم بر توان خودمرافقتی سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان ارومیه انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر مطالعه‌ی نیمه تجربی از نوع قبل و بعد می‌باشد. ۲۰ نفر از سالمندان که شامل ۱۰ نفر از سالمندان به صورت راهنما انجام آموزش از نوع پنالی در گروه کنترل و به طور تصادفی به دو گروه کنترل (۵۰) و تجربی (۵۰) تقسیم شدند. این آزمون از طرف مشاوری‌های پرساری بر اساس مدل اورم و برنامه توانایی خودمرافقتی ساکن در خانه سالمندان ارومیه بود. این سالمندان به صورت نیمه تجربی از نوع پنالی در هفته نخست آموزش دریافت نموده و پس از آن با توجه به نتایج توان خودمرافقتی این افراد توانایی خودمرافقتی به سه دسته اولیه، دومی و سومی تقسیم شدند. در پایان مطالعه رتبه‌گیری توان خودمرافقتی این افراد به وسیله پرسش‌نامه توانایی خودمرافقتی سنجیده شد.

بتابتک: افزایش سطح نیاز به تعیین اجرای برنامه‌های خودمرافقتی در اثر ارزیابی پرساری این افراد بر اساس ارزیابی‌های پرساری و برنامه‌های پرساری در این افراد به سطح توانایی خودمرافقتی اورم در افزایش سطح توانایی خودمرافقتی سالمندان مصلحت دارد.

کلیدواژه‌ها: مدل خودمرافقتی اورم، توان خودمرافقتی، سالمندان

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره دوم، پی در پی ۴۳، اردیبهشت ۱۳۹۲

آدرس مکاتبات: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۳۱۲۶۵۴۹۴۶۷، ۹۲۰۲۴۰۲۴۰
Email: Hemmati_m@umsu.ac.ir

119 دوره بزارد، شماره دوم، پی در پی ۴۳، اردیبهشت ۱۳۹۲

مقاله پژوهشی


سازمان ملل متحد به تعداد 2006 تعداد کل افراد سالماند را 878 میلیون و ۲۳۲ هزار نفر ذکر کرده است که این تعداد در سال 2005 به 768 میلیار و ۹۶ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر افزایش رخ دیده است.

شناخت واژه نشان می‌دهد که سالماند جمعیت در کشورها نیز در حال کشتار است. طبق گزارش مزکوی اطلاعات سازمان ملل متحد در تهران تعداد افراد سالماند ایران چهار میلیون و یکصد و ون هزار نفر بود.

پرونده اصلی از جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهد.

سال پر شدن حق افراد بشر است و این بین اهمیت بیدار سالماندی و پیشگیری از مشکلات این می‌باشد. (۵) علمی توجه به سالماندی این است که این افراد دارای مشکلات عدیده سالماندی و افزایش جمعیت سالماندی با هزینه‌های معنی‌داری همراه است که یکی از شکست‌های این هزینه‌ها در بخش بهداشت و درمان می‌باشد. مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته است بر این واقعیت تاکید داده که باید بر مرحله سالماندی، هزینه‌های درمانی روند صمایی خواهد داشت. (۸)

بنا بر تحقیقی که ۶۸ درصد از افراد بالای ۶۵ سال برای انجام فعالیتی رویانه نزد علت به کمک داده‌اند. (۹) اخبار برگزاری با طور مبتنی توانایی مراقبت از خود را اضافه کرده‌اند. این مشکلات به علت چندین اصولی از جمله سالماندی و اکتشاف انسان مشترک با مراقبت از خود را به درستی راهنما برای کاهش هزینه‌های غذای خدمات پزشکی در نظر گرفته‌اند. (۱۰) با در نظر گرفتن نتایج قوت نیاز به مطالعه در مورد سالماندی افزایش می‌باشد. (۱۱) توانایی مراقبتی با افزایش سن کاهش می‌یابد هاوان یا همکاران در مطالعه‌های که در میان افراد سالماند نام داده نشان داده که توانایی مراقبتی در این افراد کاهش می‌یابد علاوه بر سن نیاز به درمان از کمک و نماینده به عنوان یک عامل اصلی برای توانایی مراقبتی باید در میان افراد سالماند در نظر گرفته شود. (۱۲) مدل‌های مفاهیمی که عملکرد پرسنسر را هدایت می‌کند، تأثیر مهیمی در

---

1 Orem
2 Self care agent
3 Self care agency
4 Self care defect

---

† Haveman

---

HELLA HAMZ "Afkar Mousoum Hentil-Salak Pak, Dottor Generala"
مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت یک مطالعه نیمه تجهیزی از نوع قبل و بعد، بر روی 50 نفر از افراد سالمند ساکن در خانه‌های سالمندان شهر طهران انجام شد که شرکت در مطالعه از جمله اگهی نسبت به مکان، زمان، و اشخاص تمایل به تعداد در جمله پیش و بعد غیبت در 4 جلسه یک چهارم جلسات را داشته و در فرم رضا نامه را تکمیل نموده بودند، انجام شد توانهایی به صورت سریالی وارد مطالعه شدند و پس از تکمیل پرسشنامه نیازمندی نیازمندی، برجس جنس، میزان تحصیلات، نوع مرکز سالمندی از نظر خصوصی دو劣تی بود و نمره نیازهای مراقبت از خود در دو گروه 35 تا 34 و 14 تا 13 و 13 تا 12 و 12 زیر می‌باشد. 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 جمعیتی شامل نام و تیزرسی انجام شده و بر اساس معیار پرستاری و پزشکی گردآوری و در قالب پرسشنامه خودروبایی طراحی گردیده در مرحله پرسش نیز برای تهیه اهداف، زمان نبده اقدامات مورد نظر و مکان انجام اقدامات مشخص شد. بر اساس مراقبت شامل پرسش‌نامه جنبشی جمعیتی بود که فرد سالمند را در برآورد کردن نیازهای خاصی از دو همانند از خوش را بدون واسکنگ به دیگری با یا اگر میزان اقدام گردیده در مرحله اجرای آزمون پرسش نیز به صورت انحرافی به چهار، همچنین در قالب سخنرانی و پیش جوی آزمونی انجام شد. پس از پایان جلسه آخر آزمونی جهت استفاده هر چه کمتر بینها آزمونی در اختیار مراکز و نمونه‌ها قرار گرفت. قبل از اجرا بررسی در مرحله ارزشبانی پرسش‌نامه از محور سود بررسی قرار گرفته نقطه پیروی بررسی مشخص و رفع شد. در مرحله اجرا، انجام حرکات عملی به مدت 200 جلسه. 30 تا 25 دقیقه‌ی بر اساس سطح تحصیلات افراد، توسط پژوهشگر اجرا گردید.

4) Forward-backward
5) Pre test

1) Face Validity
2) Qualitative Content Validity
3) Self-care Ability Scale for the Elderly
نادراد (جدول شماره ۱)

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 داخلی ۴۴ درصد سالمندان نیاز‌هایشان در سطح کم، ۴۵ درصد متوسط و ۴ درصد زیاد بود از این آماری با تفاوت معنی داری در دو گروه کنترل و داخلی از نظر سطوح نیاز

نتایج نداد (p=۸/۴۳ (جدول شماره ۲)

نتایج این مطالعه نشان داد که اکثریت نمونه‌های گروه کنترل و داخلی بهتر (۸۸ و ۸۴ درصد) از نظر آزمون تشکیل می‌دادند. میانگین سن شرکت کنندگان در گروه کنترل ۲۳/۲۸/۳۵/۱۵/۴۷/۱۹/۱۴/۳۸ و در گروه داخلی ۲۳/۰۸/۵۴/۱۴/۰۸ بود. نتایج آزمون آماری نشان داد که در دو گروه داخلی و کنترل از نظر متغیرهای سن، مدت زمان اقامت و تعداد ملاقات از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود ندارد (جدول شماره ۲).

نتایج آزمون خی دو نشان داد که در گروه داخلی و کنترل از نظر متغیرهای جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال و معنی‌دار استفاده از دو نشان داد که در گروه داخلی و کنترل

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>گروه کنترل</th>
<th>گروه داخلی</th>
<th>تفاوت معنی‌داری (p)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td>۷۳/۳۸</td>
<td>۹۳/۱۵</td>
<td>۰/۰۴</td>
</tr>
<tr>
<td>مدت زمان اقامت (سال)</td>
<td>۳۳</td>
<td>۲۳</td>
<td>۰/۰۸</td>
</tr>
<tr>
<td>تعداد ملاقات</td>
<td>۱۲/۸</td>
<td>۱۲/۸</td>
<td>۰/۰۲</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ملیه دانشگاه پرستاری و مامایی ارومیه

۲۲۲ دوره پزشک، نشر دهم، بی در پی ۴۳، اردیبهشت ۱۳۹۲
جدول شماره (۳): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کیفی سالمندان در دو گروه کنترل و مداخله

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر ازون خو</th>
<th>گروه مداخله</th>
<th>گروه کنترل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>جنس</td>
<td>تعداد</td>
<td>درصد</td>
</tr>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>۳</td>
<td>۴</td>
</tr>
<tr>
<td>زن</td>
<td>۴۴</td>
<td>۲۲</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر ازون خو</th>
<th>گروه مداخله</th>
<th>گروه کنترل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مناخ</td>
<td>تعداد</td>
<td>درصد</td>
</tr>
<tr>
<td>محله‌آباد</td>
<td>۳۴</td>
<td>۶۲</td>
</tr>
<tr>
<td>مرجع</td>
<td>۴</td>
<td>۷</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر ازون خو</th>
<th>گروه مداخله</th>
<th>گروه کنترل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>وضعیت تأثیر</td>
<td>تعداد</td>
<td>درصد</td>
</tr>
<tr>
<td>تأثیر غیر انسانی</td>
<td>۴</td>
<td>۱۶</td>
</tr>
<tr>
<td>تأثیر انسانی</td>
<td>۱۶</td>
<td>۶۴</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر ازون خو</th>
<th>گروه مداخله</th>
<th>گروه کنترل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ظرفیت</td>
<td>تعداد</td>
<td>درصد</td>
</tr>
<tr>
<td>فوت همسر</td>
<td>۱۷</td>
<td>۶۸</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول شماره (۴): توزیع فراوانی محل و نسبی سالمندان بر حسب نیازهایان در دو گروه کنترل و مداخله قبل از انجام برنامه خود مراقبتی

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر ازون خو</th>
<th>گروه مداخله</th>
<th>گروه کنترل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>نیاز</td>
<td>تعداد</td>
<td>درصد</td>
</tr>
<tr>
<td>یارداری</td>
<td>۴۰</td>
<td>۸۰</td>
</tr>
<tr>
<td>درمان</td>
<td>۱۵</td>
<td>۳۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر ازون خو</th>
<th>گروه مداخله</th>
<th>گروه کنترل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>توانایی خود مراقبتی</td>
<td>تعداد</td>
<td>درصد</td>
</tr>
<tr>
<td>قبل از مداخله</td>
<td>۶</td>
<td>۹۰</td>
</tr>
<tr>
<td>بعد از مداخله</td>
<td>۶</td>
<td>۸۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر ازون خو</th>
<th>گروه مداخله</th>
<th>گروه کنترل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>انحراف میانگین</td>
<td>تعداد</td>
<td>درصد</td>
</tr>
<tr>
<td>قبل از مداخله</td>
<td>۶</td>
<td>۸۵</td>
</tr>
<tr>
<td>بعد از مداخله</td>
<td>۸</td>
<td>۹۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>
بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه سالمندی جمعیت جهان، بی‌درد نسبتاً توئیت است، لذا مقابله با چالش‌های فرا راه این یک‌پدیده و اتخاذ سیاست‌های مناسب در چگونگی وضعیت سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار بوده و در دستور کار سازمان‌های بین‌المللی قرار گرفته است (۲۲). این مطالعه به بررسی تأثیر اجرای برنامه خود مراقبتی از رو بیاناد. خود مراقبتی سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندی ارومیه پرداخت. در این مطالعه نتایج نشان داد ۶۲ درصد افراد در گروه کنترل توان خود مراقبتی پایین و ۲۴ درصد توان خود مراقبتی بالایی داشتند در گروه مداخله ۸۰ درصد توان خود مراقبتی بالایی و ۲۰ درصد توان خود مراقبتی پایین داشتند در مطالعه سوده‌ها و همکاران یک‌پدیده با توجه به داده‌های فراگیران ارمند اسکندراند که نتایج این مطالعه نشان داد میزان امتیاز توانایی خود مراقبتی سالمندان بعد از مداخله در گروه مداخله به ۶۸ افزایش یافت (۳۱)، سوده‌ها همچنین مطالعه‌های با هدف توصیف توانایی خود مراقبتی در سالمندان ساکن خانه سالمندی انجام داد، نتایج آن مطالعه نشان داد توان خود مراقبتی به موز و به ۵۱٪ کاهش پیدا می‌کند در این مطالعه دریافت گزارش‌کننده دیگر و افزایش سند و

<table>
<thead>
<tr>
<th>P_Value</th>
<th>گروه مداخله</th>
<th>گروه کنترل</th>
<th>میانگین و انحراف معیار</th>
<th>میانگین و انحراف معیار</th>
<th>(سره با ۱۷ تا ۸۸)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>P=.64</td>
<td>۲۵/۳۳</td>
<td>۶/۲۱۵۶</td>
<td>۶/۱۵۲۶/۶</td>
<td>۶/۱۵۲۶/۶</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P=.77</td>
<td>۲۷/۸۵</td>
<td>۶/۴۱۵۶</td>
<td>۶/۱۵۲۶/۶</td>
<td>۶/۱۵۲۶/۶</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P=.۱۴</td>
<td>۳۰/۸۸</td>
<td>۶/۱۵۲۶</td>
<td>۶/۱۵۲۶/۶</td>
<td>۶/۱۵۲۶/۶</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Soderhamn
Romero Basquedano
References:

1. Sahebzamani N, Mehrabiyani 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)


6. Rostami M, Baraz Pordanjani Sh, Farzianpour F, R a s e k h A. Effect of Orem Self Care Model on خودمراقبی در سالمندان. پایان نوشت (94).


