بررسی توان خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان کرج – سال ۱۳۹۷

دکتر مهناز صلحی [۱]، دکتر کوروش کبیر [۲]، فاطمه کردلو [۳،۴*]

۱. استاد گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. دانشیار گروه پزشکی اجتماعی و اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۳. کارشناس ارشد آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
٤. دانش آموخته MPH، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: فاطمه کردلو، Email: f.kordlou@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است افزایش میزان خودمراقبتی در دوران سلامتی می‌تواند از بار ابتلا به بیماری‌ها را بکاهد. هدف این مطالعه تعیین توانایی خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شرق و غرب کرج در سال ۱۳۹۷ انجام شده است.

روش‌شناسی: این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است که روی ۴۱۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال که به مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت مراجعه می‌کنند به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انجام شد. پرسشنامه استاندارد توانایی خودمراقبتی سالمندان و فرم مشخصات فردی مورد استفاده قرار گرفت. اطلاعات در SPSS نسخه ۲۰ وارد شده و با استفاده از شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های آماری تحلیلی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه (۶.۴۸ ± ۶۶.۸۶) بود. نمره میانگین توانایی خودمراقبتی کل در افراد مورد مطالعه (۱۳.۰۸ ± ۱۳۹.۰۳) و بالاتر از میانگین استاندارد بود. در این مطالعه متغیرهای زمینه‌ای وضعیت جسمانی، جنس، تحصیلات، شغل، میزان درآمد، محل زندگی و محل درآمد با توانایی خودمراقبتی ارتباط معنادار داشتند ($p<0.005$). منطقه جغرافیایی زندگی، تعداد فرزندان و بعد خانوار و هم‌چنین گروه‌های سنی با توانایی خودمراقبتی ارتباط معناداری نداشتند.

نتیجه‌گیری: اکثریت افراد مورد مطالعه از توانایی خودمراقبتی مطلوبی برخوردار بودند. به‌نظر می‌رسد که می‌توان با مداخله آموزشی توانایی خودمراقبتی سالمندان را افزایش داد.

واژگان کلیدی: سالمند، خودمراقبتی.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

مقدمه

سالمندی پدیده‌ای جهانی است که در آینده‌ای نزدیک به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی رفاهی کشورهای در حال توسعه مطرح خواهد گردید (۱). براساس آمار جهانی حدود ۱۰-۳۰٪ جمعیت دنیا را سالمندان بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دادند (۲). طبق سرشماری نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۵، ایران با داشتن حدود ۹.۲۸٪ سالمند (معادل حدود ۷.۴ میلیون نفر) کشوری سالمند شناخته شد و استان البرز با داشتن حدود ۸.۹۱٪ سالمند جزء استان‌های با جمعیت سالخورده است (۳). طبق محاسبات صورت‌گرفته تا حدود سال ۱۴۱۰ انفجار سالمندی درکشور 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). خودمراقبتی یکی از عوامل مؤثر بر روند بهبود بیماری‌های مزمن و ارتقای کیفیت زندگی بیمار است. هر انسانی، به‌طور ذاتی توان و استعداد مراقبت از خود را دارد، خودمراقبتی بخش جدایی‌ناپذیر تمام سطوح مراقبت‌های اولیه بهداشتی و تخصصی بوده و اندکی تسهیل در روند اجرای خودمراقبتی می‌تواند وضعیت بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی کل جمعیت را بهبود بخشد (۵). بنا بر تعاریف ارائه شده، خودمراقبتی عملی است که در آن، هر فردی از دانش، مهارت و توان خود به‌عنوان یک منبع استفاده می‌کند تا به‌طور مستقل از سلامت خود مراقبت کند. افزایش میزان خودمراقبتی در دوران سلامتی می‌تواند از بار ابتلا به بیماری‌ها را بکاهد. به‌کارگیری الگوی خودمراقبتی در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی می‌تواند نقش مهمی در افزایش سطح سلامت جامعه داشته باشد (۶). عوامل مؤثر بر خودمراقبتی در برخی از پژوهش‌های داخلی و خارجی وجود دارد. سودرهام در مطالعه‌ای که با هدف توصیف توانایی خودمراقبتی در سالمندان ساکن خانه سالمندان انجام داد، نتایج 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 احساس درماندگی از عوامل پیش‌گویی‌کننده توان خودمراقبتی پایین بودند (۷). در پژوهش باقری نسامی و همکاران که بر روی ۱۲۰ نفر از سالمندان زن و مرد ساکن شهرستان ساری انجام شد، نتایج نشان داد در سطوح خودمراقبتی فیزیکی ، روان شناختی، عاطفی و معنوی اکثر سالمندان در سطح مطلوبی بودند و بین سطوح خودمراقبتی ارتباط مستقیم و معناداری یافت شد و عوامل جمعیت‌شناختی نظیر سطح تحصیلات، کفایت اقتصادی و نحوه زندگی نظیر شرایط آب و هوایی مناسب، تغذیه سالم و ورزش‌های صبحگاهی بنا به عادات مردم منطقه بر ارتقای سطح خودمراقبتی سلامت سالمندان منطقه مؤثر بودند (۸). هم‌چنین در مطالعه سنگ سفیدی و همکاران که بر روی ۱۸۰ سالمند جامعه شهر بجنورد انجام شد، نتایج نشان داد مردان سالمند از میزان توان خودمراقبتی بالاتری نسبت به زنان سالمند برخوردار بودند. ۲۵٪ از سالمندان، توان خودمراقبتی بالا و ۷۵٪ توان خودمراقبتی پایین داشتند و

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

ارتباط متغیرهای جنس و تحصیلات با توان خودمراقبتی معنادار شده بود (۹). در مطالعه دیگری که سودرهام و همکاران با هدف بررسی توانایی خودمراقبتی و وضعیت تغذیه افراد سالمندان بالای ۶۵ سال انجام دادند، میانگین سنی (۶.۰ ±۷۷.۱) اکثریت افراد مورد مطالعه زن (۵۳٪) و متأهلین ۴۴٪ بودند و بیشترین سالمندان در منزل شخصی زندگی می‌کردند (۹۷٪) نتایج نشان داد که میانگین امتیاز توانایی خودمراقبتی سالمندان بعد از مداخله به ۶۸ افزایش یافت (۱۰). باتوجه به اهمیت مبحث خودمراقبتی در رشد و ارتقای سلامت سالمندان و پیشگیری از عوارض بلندمدت بیماری‌ها و هم‌چنین عدم وجود مطالعه‌ای کمی از بررسی میزان توان خودمراقبتی سالمندان ساکن کرج در پایگاه‌های دردسترس، پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که چه عواملی بر خودمراقبتی سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان کرج تأثیر دارد، صورت گرفت. به امید این‌که یافته‌های منتج از پژوهش اطلاعات بیشتری درباره توانایی خودمراقبتی سالمندان این استان فراهم نموده و هم‌چنین زمینه‌ساز طراحی در اجرای مداخلات آموزشی و حمایت مناسب در جهت ارتقای خودمراقبتی باشد.

روش‌شناسی

مطالعه حاضر در سال ۱۳۹۷ به روش توصیفی - تحلیلی در شهرستان کرج اجرا شد. جامعه پژوهش شامل سالمندان بالای ۶۰ سال مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان کرج بود. تعداد کل سالمندانی که حداقل یک بار به مراکز و پایگاه‌های سلامت مراجعه کرده و تا آن زمان دارای پرونده الکترونیکی سلامت بودند، ۶۰۰۸۰ نفر بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه با مشخص بودن تعداد جامعه ۳۷۳ نفر برآورد گردید. جهت بالابردن دقت مطالعه با احتساب ۱۰٪ ریزش ۴۱۰ نفر در نظر گرفته شد. شهرستان کرج دارای ۴۰ مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی ۱۱۴ پایگاه سلامت و ۱۱ خانه بهداشت بود و با توجه به پراکندگی مراکز خدمات جامع سلامت در مناطق مختلف جغرافیایی شهرستان کرج نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی چندمرحله‌ای صورت گرفت بدین صورت که از ۴۰ مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی، به‌صورت تصادفی ساده ۱۰ مرکز خدمات جامع سلامت شهری، ۱۰ پایگاه سلامت، ۵ مرکز خدمات جامع سلامت روستایی و ۱۱ خانه بهداشت انتخاب شدند. سپس افراد مورد مطالعه به‌صورت تصادفی ساده از بین سالمندان انتخاب شدند. معیارهای شرکت در مطالعه شامل سن بالای ۶۰ سال و نداشتن بیماری حاد و مزمن ناتوان کننده جسمی و روانی، آلزایمر، داشتن توانایی برقراری ارتباط و مصاحبه و تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل سالمند به همکاری و داشتن مشکل شنوایی، گفتاری و بیماری‌های ناتوان کننده جسمی و روانی بود. در ابتدا برای شرکت‌کنندگان اهداف پژوهش توضیح داده شد و اطمینان داده شد که پرسشنامه‌ها بی‌نام بوده و از اطلاعات افراد در جای دیگری استفاده نخواهد شد. هم‌چنین هیچ اجباری به شرکت در پژوهش و یا ادامه آن وجود ندارد. در مرحله بعد، از افراد شرکت‌کننده در

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

پژوهش رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و از افرادی که قادر به همکاری نبودند و یا تمایل به این کار را نداشتند صرف نظر شد. در صورتی‌که افراد مورد پژوهش کم‌سواد یا بی‌سواد بودند با کمک خود پژوهشگر پرسشنامه تکمیل شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه استاندارد توانایی خودمراقبتی سالمندان به همراه پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای بود. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط همتی و همکارانش اعتبارسنجی شده است (۱۱). این پرسشنامه دارای۴۰ گویه با طیف لیکرتی ۴ قسمتی و بر اساس ابعاد مختلف از واژگان متناسب بر هر گویه استفاده شده است. پرسشنامه ۵ حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. حیطه مراقبت از خود جسمی (۹ سؤال)، مراقبت از خود روزانه (۶ سؤال)، مراقبت از خود عاطفی (۶ سؤال)، مراقبت از خود اجتماعی (۹ سؤال)، مراقبت از خود به هنگام بیماری (۱۰سؤال) است. نمره کل مقیاس با محاسبه میانگین نمرات کل گویه‌ها تعیین می‌شود که دامنه نمره کل مقیاس بین ۴۰ تا ۱۶۰ بود و تفاضل این دو ۱۲۰ است. میانگین ابعاد توانایی خودمراقبتی ۸۰ بوده که نمرات بالاتر از ۸۰ نشان‌دهنده توانایی خودمراقبتی بالا و نمرات پایین‌تر از ۸۰ نشان‌دهنده توانایی خودمراقبتی پایین است. روش گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود که توسط مصاحبه تکمیل گردید. اطلاعات گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی (تعداد – درصد - میانگین و انحراف معیار) در محدوده اطمینان ۹۵٪ در جداول و نمودار نشان داده شدند و با استفاده از آزمون تی مستقل و تی زوجی - معادل‌های ناپارامتری - آنالیز واریانس - آزمون رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل گردید. سطح معناداری در تمامی آزمون ها کمتر از ۰.۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

تعداد کل آزمودنی‌ها در این مطالعه ۴۱۰ سالمند مرد و زن با میانگین سنی افراد مورد مطالعه (۶.۴۸±۶۶.۸۶) با حداقل ۶۰ سال و حداکثر ۹۷ سال بود. اکثریت سالمندان مورد مطالعه زن (۶۳.۲٪) و متأهل (۷۲.۲٪) بودند. بیشتر سالمندان مورد مطالعه خانه‌دار (۵۶.۶٪) و اکثراً با سطح تحصیلات زیر دیپلم (۴۹.۷٪) بودند. با توجه به این‌که تعداد زنان در این مطالعه بیشتر بود محل درآمد اکثر افراد مورد مطالعه توسط همسر بود (۵۲٪) و میزان درآمد آن‌ها بیشتر در محدوده متوسط (۵۲.۷٪) بوده و اکثریت افراد حداقل دارای یک بیماری مزمن یا بیماری حاد بودند (۶۰.۵٪). باتوجه به نسبت جمعیت مورد مطالعه بیشتر افراد در منطقه شهری (۷۱.۵٪) زندگی می‌کردند و اکثریت دارای منزل شخصی بودند (۸۳.۹٪) بودند. میانگین سابقه کار آن‌ها (۱۷.۴۲±۱۳.۷۶) سال با حداقل بدون سابقه کار و حداکثر ۶۰ سال بود. تعداد افراد خانوار با میانگین و انحراف معیار (۲.۶±) با حداقل خانوار یک نفره و حداکثر ۸ نفره بودند و میانگین تعداد فرزندان (۱.۹۱±۴.۳۱)که بین بدون

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

فرزند تا ۱۲ فرزند متغیر بودند. جدول شماره۱ مشخصات شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲ نمره میانگین و انحراف معیار و حداقل و حداکثر نمره حیطه‌های خودمراقبتی را نشان می‌دهد. طبق نتایج به‌دست آمده نمره میانگین توانایی خودمراقبتی در تمام حیطه‌ها از متوسط استاندارد بالاتر بود. بر اساس آزمون چولگی مقدار کشیدگی متغیر توانایی خودمراقبتی در تمام حیطه‌ها منفی بود و علامت منفی آن، نشان‌دهنده آن است که توزیع داده‌ها حول میانگین متمرکز نبوده و از پراکندگی بیشتری برخوردارند.

نمودار شماره ۱ نشانگر آن است که توانایی خودمراقبتی سالمندان مورد مطالعه از منحنی نرمال طبعیت نمی‌کند و چولگی دارد. لذا برای تجزیه و تحلیل نتایج توانایی خودمراقبتی و بررسی رابطه آن با مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان از آزمون ناپارامتریک (تست من ویتنی[1] - کروسکال والیس[2]) و از رگرسیون خطی و ضریب همبستگی اسپیرمن[3] استفاده شده است.

طبق نتایج به‌دست آمده از آزمون‌های ناپارامتریک کروسکال- والیس نشان‌دهنده آن است که میانگین نمره توانایی خودمراقبتی با وضعیت تأهل ارتباط معنادار نبود. به‌عبارت دیگر وضعیت تأهل تاثیر چندانی روی توان خودمراقبتی افراد نداشت. ابعاد توانایی خودمراقبتی براساس جنس به‌استثنای حیطه مراقبت از خود به هنگام بیماری درسایر حیطه‌ها ارتباط معناداری داشتند ($p<0.005$). به‌طوری‌که مردان از توان خودمراقبتی بالاتری برخوردار بودند. تمامی ابعاد توانایی خودمراقبتی با وضعیت جسمانی ارتباط معنادار داشت ($p<0.005$). افرادی که از نظر جسمانی سالم بودند، توان خودمراقبتی بالاتری نسبت به افراد بیمار داشتند. ابعاد توانایی خودمراقبتی براساس شهری و روستایی بودن تفاوت معناداری نداشت. سطوح تحصیلات با ابعاد مراقبت از خود جسمی و مراقبت از خود عاطفی و مراقبت از خود اجتماعی رابطه معناداری داشت بطوری‌که با افزایش سطح تحصیلات در سالمندان به میزان قابل‌توجهی ابعاد خودمراقبتی افزایش می‌یافت. محل درآمد سالمندان به‌استثنای حیطه‌های مراقبت از خود روزانه و مراقبت از خود به هنگام بیماری در سایر حیطه‌های توانایی خودمراقبتی رابطه معناداری داشت. به طوری‌که سالمندانی که حقوق بازنشستگی داشتند و یا شاغل بودند از توان خودمراقبتی بالاتری برخوردار بودند. شغل سالمندان با کلیه حیطه‌های توانایی خودمراقبتی رابطه معناداری داشت. میزان درآمد در کلیه حیطه‌ها به‌استثنای حیطه مراقبت از خود روزانه ارتباط معناداری داشت. افراد هرچه از میزان درآمد بیشتری بهره‌مند بودند، توان خودمراقبتی بالاتری داشتند. محل زندگی با حیطه‌های مراقبت از خود روزانه، مراقبت از خود عاطفی و مراقبت از خود اجتماعی رابطه معناداری داشت بطوری‌که افرادی که در منزل شخصی

[1] Mann-Whitney
[2] Kruskal-Wallis
[3] Spearman's correlation

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

ساکن بودند توان خودمراقبتی بالاتری داشتند. جدول شماره ۳ نشان می‌دهد در بررسی همبستگی بین توانایی خودمراقبتی با متغیرهای گروه های سنی، تعداد اعضای خانوار و تعداد فرزندان نتایج حاکی از آن بود که بین آن‌ها هم‌بستگی خطی وجود ندارد.

به‌طوری‌که سن و تعداد اعضای خانوار و تعداد فرزندان تأثیری روی توان خودمراقبتی افراد نداشت. اما بین متغیر مدت اشتغال با ابعاد توانایی خودمراقبتی در تمام حیطه‌ها به‌جز حیطه مراقبت از خود به هنگام بیماری همبستگی خطی وجود داشت ($p<0.005$).

جدول شماره ۱- فراوانی سالمندان برحسب مشخصات دموگرافیک

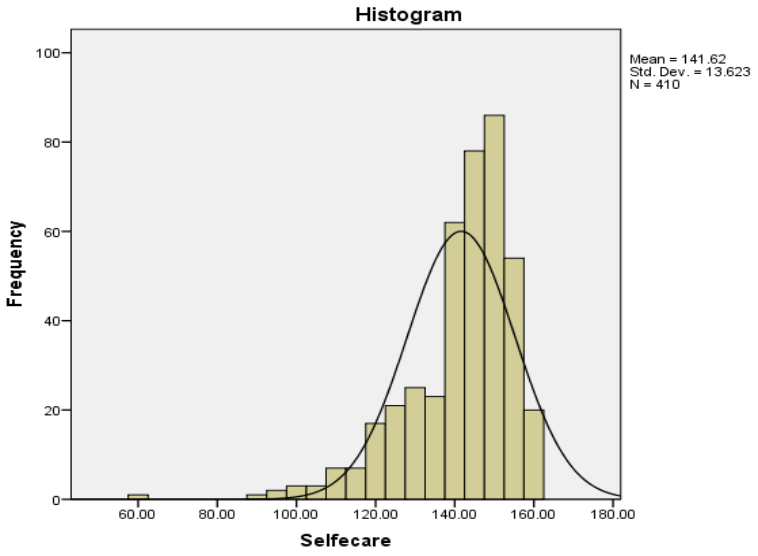
متغیر	حالات متغیر	تعداد	فراوانی به درصد
جنسیت	مرد	۱۵۱	۳۶.۸
	زن	۲۵۹	۶۳.۲
تأهل	مجرد	۱	۰.۲
	متأهل	۲۹۶	۷۲.۲
	مطلقه	۱۰	۲.۴
	همسر مرده	۱۰۳	۲۵.۲
شغل	شاغل	۳۸	۹.۳
	خانه دار	۲۳۲	۵۶.۶
	بیکار	۱۴	۳.۴
	بازنشسته	۱۲۶	۳۰.۷
تحصیلات	بیسواد	۱۳۷	۳۳.۴
	زیر دیپلم	۲۰۴	۴۹.۷
	دیپلم و بالاتر	۶۹	۱۶.۹
محل درآمد	هیچ	۱۳	۳.۲
	بازنشسته	۱۳۱	۳۲
	شاغل	۳۴	۸.۳
	فرزند	۲۶	۶.۳
	در آمد همسر	۱۶۴	۴۰
	تحت پوشش سازمان های دولتی	۴۲	۱۰.۲
میزان درآمد	فاقد درآمد	۱۶	۳.۹
	کم	۷۱	۱۷.۳
	متوسط	۲۱۶	۵۲.۷
	خوب	۹۲	۲۲.۴
	خیلی خوب	۱۵	۳.۷
محل زندگی	منزل شخصی	۳۴۴	۸۳.۹
	منزل اجاره ای	۴۷	۱۱.۵
	منزل غیر اجاره ای	۹	۳.۲
	منزل فرزند	۱۰	۲.۴
وضعیت جسمانی	سالم	۱۶۲	۳۹.۵
	بیماری مزمن	۲۳۶	۵۷.۶
	بیماری حاد	۱۲	۲.۹
	شهری	۲۹۳	۷۱.۵

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

منطقه جغرافیایی	روستایی	۱۱۷	۲۸.۵
سن به سال	۶۰-۶۹	۲۹۵	۷۱.۹
	۷۰-۷۹	۹۴	۲۳
	۸۰ و بیشتر	۲۱	۵.۱

جدول شماره۲- میانگین و انحراف معیار ابعاد توان خودمراقبتی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	چولگی
مراقبت از خود جسمی	۳۰.۶۷	۴.۳۲	۹	۳۶	-۱.۱۴۳
مراقبت از خود روزانه	۲۳.۲۴	۱.۷۴	۱۳	۲۴	-۲.۹۹۳
مراقبت از خود عاطفی	۲۱.۰۳	۳.۱۴	۷	۲۴	-۱.۴۹۴
مراقبت از خود اجتماعی	۲۷.۲۶	۳.۶۳	۱۲	۳۲	-۱.۱۹۲
مراقبت از خود به هنگام بیماری	۳۶.۴۴	۴.۳۶	۱۰	۴۰	-۱.۸۳۵
توانایی خودمراقبتی کل	۱۳۹.۰۳	۱۳.۰۸	۵۹	۱۵۶	-۱.۶۳۲



نمودار شماره ۱- نمودار توزیع غیرنرمال توانایی خودمراقبتی سالمندان

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

جدول شماره ۳- رگرسیون خطی توانایی خودمراقبتی با تعداد اعضای خانواده و تعداد فرزندان و مدت اشتغال

متغیر	تعداد اعضای خانواده		تعداد فرزندان		مدت اشتغال	
	ضریب همبستگی	سطح معناداری*	ضریب همبستگی	سطح معناداری*	ضریب همبستگی	سطح معناداری*
مراقبت از خود جسمی	۰.۰۷۸	۰.۱۱۶	-۰.۰۷۳	۰.۱۴۰	۰.۲۱۵	۰.۰۰۰۱
مراقبت از خود روزانه	۰.۱۱۳	۰.۰۲۲	۰.۰۴۰	۰.۴۲۰	۰.۱۲۴	۰.۰۱۲
مراقبت از خود عاطفی	۰.۱۱۶	۰.۰۱۹	۰.۰۱۱	۰.۸۱۷	۰.۱۴۰	۰.۰۰۵
مراقبت از خود اجتماعی	۰.۰۴۳	۰.۳۸۲	۰.۰۱۲	۰.۸۱۰	۰.۲۸۲	۰.۰۰۰۱
مراقبت از خود به هنگام بیماری	-۰.۰۲۶	۰.۵۹۸	-۰.۰۴۸	۰.۳۲۸	۰.۰۶۴	۰.۱۹۶

بحث و نتیجه‌گیری

با افزایش امید به زندگی و افزایش قابل‌توجه جمعیت سالمندان لازم است که توان خودمراقبتی سالمندان نیز ارتقا پیدا کند تا زندگی طولانی‌تر همراه با فرصت‌های همیشگی برای سلامتی، مشارکت و امنیت باشد از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی توان خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان کرج در سال ۱۳۹۷ انجام شد. باتوجه به این‌که این مطالعه از بین سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت بوده، لذا از ۴۱۰ نمونه مورد پژوهش اکثریت سالمندان مورد مطالعه زن (۶۳.۲٪)، متأهل (۷۲.۲٪) و میانگین سنی افراد مورد مطالعه (۶.۴۸±۶۶.۸۶) بود که با مطالعه سلیمی و همکاران و هم‌چنین با یافته‌های پژوهش حیدری و همکاران، پژوهش همتی و همکاران، پژوهش باقری نسامی و همکاران هم‌سو بود (۸، ۱۱-۱۳). اکثریت سالمندان در مطالعه حاضر دارای منزل شخصی (۸۳.۹ ٪) بودند که با مطالعه باقری نسامی و همکاران که۸۳.۳٪ سالمندان صاحب منزل شخصی بود هم‌سو است (۸). یافته‌ها نشان دادند افرادی که دارای منزل شخصی بودند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند و افرادی که در منزل فرزندشان زندگی می‌کردند کیفیت زندگی پایین‌تری داشتندکه می تواند نشان از عدم استقلال فرد در نوع زندگی باشد. نظر به این‌که بیشتر افراد مورد مطالعه زنان خانه‌دار بودند، میانگین سابقه کار (۱۳.۷۶±۱۷.۴۲) سال بود . میانگین و انحراف معیار بعد خانوار در این مطالعه (۱.۴۰±۲.۶) و میانگین دارای ۴ فرزند بودند و هم‌چنین در متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سطح تحصیلات - جنسیت - وضعیت جسمانی - شغل - کفایت وضعیت اقتصادی و محل زندگی با توانایی خودمراقبتی ارتباط معنادار بود که با مطالعه باقری نسامی و همکاران هم‌سو بود (۸). بیشتر افراد مورد مطالعه دارای سواد پایین‌تر از دیپلم (۴۹.۷٪) و بی‌سواد (۳۳.۴٪) بودند که با مطالعه سلیمی و همکاران که بیشتر افراد در گروه آزمون و کنترل بی‌سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی بودند

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

هم‌سو بود (۱۳) نتایج به‌دست آمده از مطالعه حاکی از آن است که توانایی خودمراقبتی در بین افرادی که دارای تحصیلات بالاتری بودند بیشتر از سایرین بود. که با مطالعه حیدری و همکاران و همچنین مطالعه ترکی و همکاران هم‌سو بود (۱۲، ۱۴). بر اساس نتایج یافته‌ها توانایی خودمراقبتی در افراد سالم بالاتر از افراد بیمار نشان داده شدکه با مطالعه دیکسون و همکاران همچنین با مطالعه باقری نسامی و همکاران هم‌سو است (۸، ۱۵).

باتوجه به گستردگی شهرستان کرج بیشتر جمعیت مورد مطالعه در منطقه شهری (۷۱.۵٪) زندگی می‌کردند ولی توانایی خودمراقبتی بین افراد شهری و روستایی تفاوت معناداری نداشت که با مطالعه اوسادا[1] و همکاران که بر روی ۳۰۸ مرد و زن ۷۵ ساله و بیشتر که در یک جامعه روستایی زندگی می‌کردند انجام شده متناقض بود (۱۶). از علل احتمالی این تناقض می‌توان به شرایط متفاوت فرهنگی - اقتصادی، آب و هوایی اشاره کرد. اکثریت افراد روستایی این مطالعه در روستاهای جاده چالوس زندگی می‌کردند و در فصول مختلف سال جابجایی با مناطق شهری دارند و از نظر وضعیت اقتصادی از شرایط بهتری برخوردارند. افراد بازنشسته و شاغل از توانایی خودمراقبتی بالاتری برخوردار بودند و افراد بیکار کمترین توانایی خودمراقبتی را داشتند. افرادی که تحت حمایت فرزندانشان بودند با افراد شاغل و بازنشسته که منبع درآمد مستقلی داشتند اختلاف معناداری داشتند و از توانایی خودمراقبتی کمتری برخوردار بودند که می‌تواند به‌دلیل استقلال فرد از نظر شغلی و میزان درآمدشان باشد. هرچه میزان درآمد بیشتر بود افراد سالمند از توانایی خودمراقبتی بالاتری برخورداربودند ($p<۰.۰۰۰۱$).

گروه‌های سنی بر روی توانایی خودمراقبتی تأثیر نداشت. فقط نتایج حاکی از آن بود که با افزایش سن، توانایی خودمراقبتی کاهش یافته بود که با مطالعات سودرهام[2]، هاومن[3] و همکاران که در یک مطالعه ۱۰ ساله بر روی ۲۱۶ مرد و ۲۶۴ زن انجام شد هم‌سو بود (۱۰، ۱۷).

طبق نتایج به‌دست آمده نمره میانگین توانایی خودمراقبتی کل در افراد مورد مطالعه (۱۳.۰۸±۱۳۹.۰۳) بود که با نتایج مطالعه باقری نسامی و همکاران با نمره میانگین کلی خودمراقبتی افراد مورد مطالعه (۱۱.۹۸±۱۲۸.۴۲) و هم‌چنین با یافته های دیکسون و همکاران در نیویورک سال ۲۰۱۲ و با مطالعه اوسادا و همکاران هم‌سو بود (۸، ۱۵، ۱۶) ولی با مطالعه همتی و همکارانش که اکثریت افراد توان خودمراقبتی پایین یعنی نمره کمتر از ۶۹ داشتند و هم‌چنین با یافته‌های مطالعه سنگ سفیدی و همکاران که ۴۵ نفر (۲۵٪) از سالمندان مورد پژوهش، توان خودمراقبتی بالا و ۱۳۵ نفر (۷۵٪) توان خودمراقبتی پایین داشتند هم‌خوانی نداشت (۹، ۱۱). نمره میانگین توانایی خودمراقبتی مطالعه حاضر در تمام حیطه‌ها از متوسط استاندارد بالاتر بود و نشان‌دهنده توانایی خودمراقبتی مطلوب افراد مورد مطالعه است که می‌تواند به‌دلیل شرایط

[1] Osada
[2] Soderhamn
[3] Haveman

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

جسمانی بدون معلولیت فیزیکی سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت باشد.

مردان و افرادی که از نظر جسمانی سالم بودند، توان خودمراقبتی بالاتری نسبت به افراد بیمار داشتند که با اکثر مطالعات انجام شده در داخل و خارج کشور هم‌سو بود (۸، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸). تأهل و منطقه جغرافیایی زندگی تأثیری روی توان خودمراقبتی افراد نداشت که با مطالعه سنگ سفیدی و همکاران و مطالعه ترکی و همکاران در مورد تأهل هم‌سو بود (۹، ۱۴). توانایی خودمراقبتی با گروه‌های سنی همبستگی خطی نداردکه با نتایج اوسادا و همکاران که بر روی ۳۰۸ مرد و زن ۷۵ ساله و بیشتر که در یک جامعه روستایی انجام شد هم‌سو بود (۱۶) ولی با نتایج هاومن و همکاران در یک مطالعه ۱۰ ساله بر روی ۲۱۶ مرد و ۲۶۴ زن سالمند (۷۵ تا ۸۰ ساله) انجام دادند و نشان داد که توانایی خودمراقبتی در این افراد کاهش می‌یابد و هم‌چنین با مطالعه سودرهام و همکاران در سال ۲۰۰۸ که بر روی سالمندان ساکن خانه سالمندان انجام شد و نتایج نشان داد که توان خودمراقبتی به مرور در سالمندان بالای ۷۵ سال کاهش یافته، متناقض بود (۱۰، ۱۷) که علت آن را می‌توان در تفاوت گروه‌های سنی این مطالعات دانست. توانایی خودمراقبتی با تعداد اعضای خانوار و تعداد فرزندان هم‌بستگی خطی ندارد که با نتایج مطالعه باقری نسامی و همکاران متناقض می باشد (۸). در یافته‌های به‌دست آمده مطالعه حاضر، توانایی خودمراقبتی با شغل، محل درآمد، محل زندگی، میزان در آمد و تحصیلات ارتباط معناداری داشتند سالمندان بازنشسته و شاغل و افرادی که از میزان درآمد بیشتری بهره‌مند بودند و کسانی که منزل شخصی داشتند از توان خودمراقبتی بالاتری برخوردارند که با نتایج مطالعات باقری نسامی و همکاران و ترکی و همکاران و سنگ سفیدی و همکاران هم‌خوانی دارد (۸، ۹، ۱۴).

اکثریت افراد مورد مطالعه از توانایی خودمراقبتی مطلوبی برخوردار بودند. که علت آن را می‌توان به‌دلیل شرایط مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت دانست. افراد سالم، مردان، افراد تحصیل‌کرده، شاغلین و بازنشسته‌ها و افرادی که درآمد بیشتری دارند و کسانی‌که در منزل شخصی زندگی می‌کردند، از توانایی خودمراقبتی بالاتری برخوردار بودند. تأهل، منطقه جغرافیایی زندگی، تعداد فرزندان، بعد خانوار و هم‌چنین گروه‌های سنی بر توانایی خودمراقبتی تأثیری نداشت. نداشتن ارتباط معنادار منطقه جغرافیایی زندگی افراد مورد مطالعه را می‌توان شرایط متفاوت فرهنگی-اقتصادی و آب و هوایی نام برد. اکثریت افراد روستایی این مطالعه در روستاهای جاده چالوس زندگی می‌کردند و در فصول مختلف سال جابجایی با مناطق شهری دارند و از نظر وضعیت اقتصادی نسبتاً شرایط مطلوبی دارند. باتوجه به اهمیت سلامت سالمندان، پیشنهاد می‌شود مدیران و مسئولین با طراحی و اجرای مداخلات آموزشی خودمراقبتی موجب تقویت مهارت‌های خودمراقبتی در سالمندان شوند.

تشکر و قدردانی

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

این مقاله منتج از پایان نامه تحقیقاتی دوره MPH بهداشت سالمندان و مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره ۱۲۳۰۵-۲-۲-۱۳۹۷ است و دارای کد اخلاق به شماره IR.IUMS.REC.1397.1229 از کمیته اخلاق پزشکی است.

از مساعدت‌های ریاست و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی البرز، سرپرستان مراکز بهداشت شهرستان کرج، همکاران شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت و کلیه سالمندانی که در انجام این مطالعه همکاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.

فهرست منابع

1. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. Instrument Development to Measure Elderly Health-Related Quality of Life (EHRQoL). *Hakim Research Journal*. 2012; 15 (1): 30- 37. [In Persian].

2. Ghazanfari M, Zamani E. The Relationship Between Memory Self-Efficacy and Life Expectancy with the Quality of Life of the Elderly in Isfahan Province. *Nasim Tandorosti Quarterly*. 2016; 4 (4): 29-34. [In Persian].

3. Bagheri Nesami M, Hamzehgardeshi Z. Experiencing the Onset of Aging: a qualitative study. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2013; 23 (102): 26-38. [In 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): 203-216. [In Persian].

5. Asgari H, Kheirmand M, Yarmohamadian M, Rohani M, Ansaripour S. Training Needs Assessment of Health Care Providers (Behvarzan) Working in Health Networks in Isfahan Province. *Iranian Journal of Medical Education*. 2011; 10 (5): 668-674. [In Persian].

6. Ghotbi T. The Effect of Education of Self Care Behaviors Based on Family-Centered Empowerment Model on Self-Care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes in Lamerd. [master's thesis]. A Thesis Presented for the Degree of Master of Sciences in Psychiatric Nursing Tehran, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2013. [In Persian].

7. Söderhamn O, Lindencrona C, Ek A-C. Ability for Self-Care Among Home dwelling Elderly People in a Health District in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*. 2000; 37 (4): 361-368. doi: 10.1016/s0020-7489(00)00015-

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

8. Bagheri Nesami M, Goudarzian AH, Ardeshiri M, Babaie Holari M. Self-Care Behavior and its Related Factors in the Community-Dwelling Elderlies in Sari, 2014. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2016; 4 (4): 48-56. [In Persian].

9. SangSefidi S, Ghanbari Moghaddam A, Mohamadzadeh M, Karbalaee Z, Mohammadi M. Self-Care and Its Predictive Role in the Quality of Life of the Elderly Living in the Community. *Journal of Gerontology*. 2018; 3 (1): 64-70. [In Persian].

10. Söderhamn U, Bachrach-Lindström 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. doi: 10.29252/joge.2.4.64.

11. Hashemlo L, Khalkhali H, Hemmati Maslak Pak M. The Effect of Orem Self-Care Program Performance on the Self-Care Ability in Elderly. *Nursing and Midwifery Journal*. 2013; 11 (2): 119-126. [In Persian].

12. Heidari M, Shahbazi S. Effect of Self-Care Training Program on Quality of Life of Elders. *Iran Journal of Nursing*. 2012; 25 (75): 1-8. [In Persian].

13. Salimi F, Garmaroudi G, Hosseini, M, Batebi, A. Effect of Self–Care Educational Program to Improving Quality of Life Among Elderly Referred to Health Centers in Zanjan. *Journal of Education and Community Health*. 2015; 2 (2): 28-37. [In Persian].

14. Torki Y, Hajikazemi ES, Bastani F, Haghani H. General Self Efficacy in Elderly Living in Rest-Homes. *Iran Journal of Nursing*. 2011; 24 (73): 55-62. [In Persian].

15. Dickson VV, Howe A, Deal J, McCarthy MM. The Relationship of Work, Self-Care, and Quality of Life in a Sample of Older Working Adults with Cardiovascular Disease. *Heart Lung*. 2012; 41 (1): 5-14. doi: 10.1016/j.hrtlng.2011.09.012.

16. Osada H, Shibata H, Haga H, Yasumura S. Relationship of Physical Condition and Functional Capacity to Depressive Status in Person Aged 75 Years. [Nihon koshu eisei zasshi] *Japanese Journal of Public Health*. 1995; 42 (10): 897-909. [In Japanese].

17. Haveman-Nies A, De Groot LC, Van 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. *American Journal of Public Health*. 2003; 93 (2): 318-323. doi: 10.2105/ajph.93.2.318.

18. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health Promotion Behaviors and Quality of Life

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

Among Community-Dwelling Elderly in Korea: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43 (3): 293-300. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.06.009.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

The Study of Self Care Ability and Its Effective Factors in Elderly Referring to Comprehensive Health Centers in Karaj -2019

Mahnaz Solhi [1], Kouroosh Kabir [2], Fatemeh Kordlou [3, 4*]

1. Professor, Department of Health Services, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Associate Prof. Department of Community Medicine and Epidemiology, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
3. MSPH in Medical Education, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
4. MPH, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* Corresponding Author: Fatemeh Kordlou, Email: f.kordlou@yahoo.com

Abstract

Background & Objectives: Elderly is a critical period of human life increasing the amount of selfcare in health can reduce the burden of disease. The purpose of this study was to determine self-care ability and its effective factors in elderly referring to comprehensive health centers in Karaj in 1397.

Material & Methods: This is a cross- sectional descriptive analytical study that was performed on 410 elderly people over 60 years who referred to comprehensive health services by multistage random sampling method. A standard questionnaire self-care ability and demographic profile form were used. Data was entered into SPSS version 20 and were analyzed be descriptive and analytic tests.

Results: The mean age of the subjects was (66.86±6.48). The mean score of total self-care ability was (139.03±13.08) and above the standard average. In this study, the underlying variables of physical status, sex, education, occupation, income, place of living and income were significantly correlated with self-care ability dimensions ($p<0.005$). Geographic area of life, number of children and family size as well as age groups had no significant relationship with the dimensions of self-care ability.

Conclusions: The majority of subjects had good self-care ability. It seems that the educational intervention can improve the self-care ability of the elderly.

Keywords: Aged, Self Care.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]