

Research Paper

Using the Backman Model in Determining the Dimensions of Self-Care and Its Factors Affecting the Elderly in Tehran City, Iran



Leili Salehi¹ , *Leila Keikavoosi-Arani²

1. Department of Promotion and Education, Research Center for Health, Safety and Environment, School of Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.
2. Department of Healthcare Services Management, Research Center for Health, Safety and Environment, School of Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.



Citation Salehi L, Keikavoosi-Arani L. [Using the Backman Model in Determining the Dimensions of Self-Care and Its Factors Affecting the Elderly in Tehran City, Iran (Persian)]. Quarterly of "The Horizon of Medical Sciences". 2020; 26(4):382-397. <https://doi.org/10.32598/hms.26.4.3251.1>

<https://doi.org/10.32598/hms.26.4.3251.1>



Received: 11 Sep 2019

Accepted: 22 Jun 2019

Available Online: 01 Oct 2020

ABSTRACT

Aims Self-care helps older people manage their own health and stay independent by delaying disability. This study aimed to apply the Backman Model in determining the dimensions of self-care and the factors affecting it in the elderly in Tehran.

Methods & Materials This cross-sectional study was performed on 400 elderly members of nursing homes by systematic random sampling. Data gathering tool included demographic characteristics and self-care behaviors, self-care orientation, life satisfaction assessment, self-confidence, social support, and functional capability. The Chi-square and Pearson correlation and regression analysis were used with a significance coefficient of 0.05. The data were analyzed in SPSS v. 19.

Findings The total mean ages of elderly were 69.11 ± 7.51 , 42.5% male. There was significant difference between the types of self-care and gender only in the dimensions of work habits ($P < 0.001$) and medical treatment ($P < 0.001$). Pearson correlation indicated there was a direct and positive relationship between self-care type and self-care orientation ($r = 0.662$, $P = 0.01$). The relationship between self-care type and social support was negative ($r = 0.075$, $P = 0.01$).

Conclusion Factors such as life satisfaction, functional capacity, social support and self-confidence are associated with self-care in the elderly. It is suggested that health system policymakers formulate support programs for the elderly in various forms, such as the elderly access to transportation program, facilities, tax exemptions, etc.

Key words:

Self Care, Elderly, Backman Model

English Version

1. Introduction

S

elf-care includes activities that human beings perform specifically for survival, healthy functioning, continuous improvement, and

feeling well [1]. By the aging of the world's population and the increasing prevalence of chronic diseases in the elderly [2], the importance of self-care and health-promoting behaviors is increasing day by day, regarding the maintenance of function, independence of individuals, and increasing their quality of life [3]. Self-care helps the elderly to manage their health and stay independent [4]. Self-care is one

* Corresponding Author:

Leila Keikavoosi-Arani, PhD.

Address: Department of Healthcare Services Management, Research Center for Health, Safety and Environment, School of Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

Tel: +98 (26) 3464355

E-mail: leila_keikavoosi@yahoo.com

of the main factors in the life of an elderly person in his own home, which is affected by many factors [5]. As people get older, they need more time to recover from the disease, which in turn affects their ability and motivation to take care of themselves [6].

Research shows that self-care in the elderly is directly related to factors such as education level, socio-economic status, and social support and is inversely related to stressful life events. The elderly people, people with low socioeconomic status, and minority groups need special attention in terms of self-care [7, 5]. These people are at the lowest level of health, have the minimum activity in self-care, and the least self-confidence in knowing and understanding how to take care of themselves. Self-efficacy improves self-care practices and reduces chronic disabilities [8]. Various studies have shown that elderly self-care is associated with several factors such as life satisfaction, self-esteem, functional capability, level of education, family reaction, and support from the family [9-12].

Tracy et al. in a study entitled "Outcome Clinic: An Innovative International Primary Care Model for the Elderly With Complex Health Care Needs" showed that the frequency of disability and its effects on living conditions are two important determinants of quality of life in the elderly [5].

Today, with the increase in the average life expectancy, the distribution of the elderly population worldwide has significantly changed [13], so that the fastest population growth is related to the elderly [14]. In this regard, it is predicted that the elderly population will reach two billion people by 2050. In Iran, according to the Statistics Center, the elderly population will grow to 10 million by 2019 [15]. Aging is one of the most important social developments of the 21st century and its consequences affect all sectors of society, including the labor market, demand for goods and services such as housing, transportation, social support, and intergenerational relations [16]. In Iran between 1956 and 2016, over a period of six decades the population aged 65 and over increased 542% (about 9% per year) [17].

Today, about 4500000 elderly people live in Iran. According to the National Census of Iran in 2016, about 8.5% of the total population of the country and more than 7.5% of Tehran City is over 65 years old. Given the current demographic structure, the unpredictable aging population trend in the coming years, from 7.27% in 2006 to more than 16% in 2050, is predicted to be a phenomenon that has never occurred before [18]. Old age does not mean disability, and providing self-management and self-care programs to control chronic illness to the elderly can prevent and even delay disability in people with chronic illnesses such as arthritis,

heart disease, or high blood pressure. Given the undeniable and key effects of self-care on aging with health, conducting more studies to promote self-care is one of the provisions of the health sector. Therefore, this study was performed using the Backman model in determining the dimensions of self-care and the factors affecting it in the elderly in Tehran City. This model is a systematic and integrated model that clarifies the self-care knowledge of the elderly.

2. Materials and Methods

This cross-sectional (descriptive-analytical) study was performed on 400 elderly members of 10 nursing homes in Tehran City. These ten homes were randomly selected among the elderly centers in Tehran City. Then, according to the number of elderly people in each home, they were examined and the subjects were systematically identified among the homes. The inclusion criteria were as follows: age over 60 years, speaking Persian, no hearing impairment or mental problems, and a desire to participate in the study. Assuming that 50% of the elderly had self-care, the sample size was determined to be about 385 with 80% power and 95% confidence level. Five questionnaires of self-care behaviors including self-care orientation, life satisfaction assessment, self-confidence, social support, and functional capability were used. At the beginning of the questionnaire, demographic characteristics of the elderly such as age, gender, occupation, lifestyle, and marital status were considered.

Elderly self-care behaviors were assessed by a self-care questionnaire that included 42 questions and 12 dimensions of awareness and willingness to self-care (4 questions), physical condition (5 questions), communication with health care staff (5 questions), communication with family (3 questions), meaningful and stimulating aging (3 questions), understanding the future (3 questions), treatment and medication management (2 questions), work habits (6 questions), past events (3 questions), confidence and trust (2 questions), medical treatment (2 questions), and future perspectives (4 questions). Scoring questions based on the 5-point Likert scale ranged from "strongly disagree" (score 1) to "strongly agree" (score 5). A higher score in this questionnaire indicated good status and a low score indicated a bad status. This tool was first designed by Backman and Hentinen based on their model [19].

The tendency to self-care was assessed based on a 14-item questionnaire by Backman and Hentinen (2001). The questions were scored on a 5-point Likert-type scale (strongly in favor of = 5 to strongly opposed to = 1). A higher score in this questionnaire indicated good status and a low score indicated a bad status [20]. To assess life satisfaction, the

5-item life satisfaction Diener et al. questionnaire was used that checks whether the person was in a position of cognitive judgment in two comparative states of estimating or not estimating wishes and desires [20].

Each statement had 7 options and was rated from “strongly oppose” (score 1) to “strongly agree” (score 7). The validity and reliability of this scale were measured by Bayani et al. (2007). The validity of this scale was obtained using the Cronbach α coefficient method as 0.83 and with a retest method as 0.69. The construct validity of the life satisfaction scale was assessed through convergent validity, using the Oxford Happiness Index (OHI) (Argyle, 2001) and the Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961). The result indicated the validity and reliability of the tool [21].

Self-confidence was assessed based on the 10-item self-confidence questionnaire of Rosenberg et al. [22]. This questionnaire consists of 10 questions. The answer to each question consists of 4 options (strongly agree, agree, disagree, and strongly disagree) which is given from 1-4 points, so the range of points is from 10-40. A higher score indicates a person’s higher self-confidence, with a score of 40 being the highest score. Scores higher than 25 indicate high self-confidence, scores between 15 and 25 indicate moderate self-confidence, and less than 15 indicate low self-confidence [23]. The self-confidence questionnaire is a standard questionnaire whose reliability has been determined based on the opinions of various manufacturers and preliminary studies [24]. Sharifi Ništanak et al. in their study reported the Cronbach α coefficient for this instrument as 0.91 [25]; Mohammadi and Sajjadinejad also reported the Cronbach α coefficients of the Rosenberg self-esteem scale on Shiraz University students at 0.78 [26]. In the study of Akhlaghi et al., this scale had a satisfactory internal validity and its reliability in the test-retest method ranged from 0.88 to 0.77 [27].

Some researchers have reported the internal consistency coefficient of the Rosenberg self-esteem scale as 0.91 [28]. Social support was assessed based on the questionnaire of Zimet et al. (1988). The questionnaire assessed social support from three sources: family (4 questions), friends (4 questions), and important people (4 questions). It had 12 questions scoring based on a 5-point Likert-type scale. In this way, 5 points were given to “strongly agree” and 1 point to be “strongly oppose.” The score range was between 12 and 60. Performance capacity was assessed based on the ability to perform activities of daily living (ADL), which is a key indicator of long-term care [29]. If an elderly person is unable to care for himself/herself due to physical or mental health problems, this person needs to be cared for by another person. Long-term care Aims to empower the

elderly to maintain the highest possible level of independent functioning.

Functional dependence is the inability to perform one or more of the ADL without help. To assess the ADL status of the elderly were asked in terms of doing housework such as washing, vacuuming, dusting, cooking, home repair by themselves and the need for assistance or supervision in personal care such as showering/bathing, dressing, going to the toilet, as well as helping to trim nails. For each of the above cases, three closed answers “Yes completely,” “Yes with help,” and “No” were considered to measure the individual’s ability that scored as follow: was done by oneself (score 2), needed help (score 1) and complete dependence on the other person (score 0). A high score indicates less need for supervision or assistance in performing ADL and a low score indicates a need for more supervision or assistance in performing ADL. This questionnaire is valid and reliable in Iran [30].

The content validation method was used to determine the validity of data collection tools. Thus, for data collection tools, standard and valid scales available, according to the type of study and the study group, were used. Then the questionnaires were presented to various professors and experts and their suggestions were included in the final questionnaire. In this study, the Cronbach α was calculated to determine the reliability of the questionnaires. The following results were obtained for self-care questionnaires (0.70), willingness to self-care (0.71), life satisfaction (0.85), functional capability (0.71), self-confidence (0.69), and social support (0.85). The questionnaires were filled in several stages, taking into account the resting times of the elderly.

According to Farrell’s definition of aging [31], and regarding the comparison of self-care dimensions in different age groups, the elderly were arranged into three groups of young elderly (65-74), middle-aged elderly (75-84), and old elderly (above 85) years. The Chi-square, Pearson correlation and regression analysis were used with a significance coefficient of 0.05. The data were entered and analyzed in SPSS V. 19. The response rate was 96.25%.

3. Results

The Mean \pm SD ages of elderly women and men were 7.47 \pm 67.31 and 7.47 \pm 70.92 years, respectively. About 42.5% of the elderly were male and the rest were female. They lived 42.1% with a spouse and 26% alone (Table 1).

There was no significant difference between the types of self-care and gender except for the dimensions of work habits ($P<0.001$) and medical treatment ($P<0.001$) (Table 2).

Table 1. Mean score of self-care dimensions in the studied elderly

Dimensions of Self-Care	Mean±SD	Dimensions of Self-Care	Mean±SD
Awareness and willingness to take care of yourself	16.17±2.18	Treatment and medication management	2.18±8.06
Physical condition	24.94±3.37	Work habits	2.46±12.33
Communication with health care staff	23.17±3.04	Past events	2.42±8.59
Communication with family	14.35±1.40	confidence	6.24±2.87
Meaningful and stimulating aging	9.29±1.47	Medical treatment	4.90±0.58
Understanding the future	11.93±2.05	future perspectives	2.81±1.55

Quarterly of
The Horizon of Medical Sciences

Table 2. Investigating the relationship between self-care dimensions and the gender of the studied elderly

Dimensions of Self-care	Mean±SD		P
	Women	Men	
Awareness and willingness to take care of yourself	16.21±2.31	16.11±2.004	0.471
Physical condition	24.85±3.48	25.06±3.23	0.161
Communication with health care staff	23.19±3.09	23.15±2.96	0.553
Communication with the family	14.28±1.49	14.33±1.27	0.103
Meaningful and stimulating aging	9.17±1.58	9.43±1.29	0.352
Understanding the future	11.87±2.12	12.02±1.95	0.385
Treatment and medication management	7.78±2.33	8.44±1.89	0.064
Work habits	11.38±2.45	13.59±1.80	<0.001
Past events	8.50±2.42	8.7±2.4	0.579
Medical treatment	4.71±2.56	8.20±1.77	<0.001
Confidence	4.90±0.59	4.91±0.57	0.585
Future perspectives	2.75±1.51	2.89±1.60	0.235

Quarterly of
The Horizon of Medical Sciences

There was a significant relationship between different age groups of the elderly only in terms of knowledge and willingness to take care of themselves, work habits, and past events. However, the two groups were not significantly different in terms of other dimensions (Table 3).

There was a slight and positive statistical relationship between self-care and life satisfaction ($P=0.01$, $r=0.343$) and a weak and positive relationship between self-care and self-confidence ($P=0.01$, $r=0.289$) (Table 4).

4. Discussion

In this study, among the dimensions of self-care (awareness and desire to take care of themselves, physical condition, communication with health staff, communication with the family, aging with meaning and stimulation, understanding of the future, treatment and medication management, work habits, past events, and confidence), the highest average was related to “physical condition” and the lowest average was related to “medical treatment and foresight.” Therefore, the most important dimension of self-care in the

Table 3. The relationship between the dimensions of self-care and age groups in the elderly

Age groups of self-care dimensions	Mean±SD			P
	<75 y	75-84 y	>85 y	
Awareness and desire to take care of yourself	2.19±16.21	2.16±16.18	2.62±14.3	<0.001
Physical condition	3.45±24.76	3.10±25.83	2.79±25.7	0.8
Communication with health care staff	3.09±23.06	2.53±23.53	1.66±24.1	0.1
Communication with the family	1.48±14.3	1.13±14.46	0.94±14.7	0.96
Meaningful and stimulating aging	1.43±9.31	1.68±9.14	1.94±8.7	0.46
Understanding the future	2.05±12.0	2.25±11.77	1.07±11.4	0.1
Treatment and medication management	2.24±7.88	1.62±9.02	1.57±8.6	0.69
Work habits	2.45±12.10	1.82±61/13	3.44±11.1	<0.001
Past events	2.51±8.64	2.11±8.53	1.81±8.8	<0.001
Medical treatment	2.84±5.91	2.44±7.95	2.72±6.9	0.46
Confidence	0.55±4.91	0.89±4.78	0.1±5	0.99
Future perspectives	1.53±2.76	1.65±3.80	1.64±2.40	0.73

Quarterly of
The Horizon of Medical Sciences

elderly is their physical condition, because self-care is a practice in which each person uses their knowledge, skills, and abilities as a resource to “independently” take care of their health. In the meantime, the physical condition can be the key dimension in elderly self-care. Medical treatment in the elderly is often inappropriate and wrong, which can be attributed to the complexity and frequency of prescription treatments due to the presence of various chronic diseases. Also, in this study, the known effective factors on self-care of the elderly in Tehran City were “tendency to self-care,” “life satisfaction,” “self-confidence,” “functional capability,” and “social support.”

According to a 2003 Backman study [32] and studies by Rabiner et al. [33] and Blair, self-care in the elderly is associated with functional capacity, life satisfaction, and self-confidence. Therefore, in this study, these factors were addressed and it was shown that by increasing the types of self-care and the tendency to it, the level of life satisfaction and self-confidence increases [34-36].

Other studies have shown that the functional capacity of older people is dependent on self-care in them [10] and [31] in this study, a direct and significant relationship was found between social support and the tendency to self-care behaviors. Backman and Hentinen also showed that social

support promotes self-care activities in the elderly [10]. Regarding the role of social support, Isola et al. showed that relatives play a very important role in the self-care of the elderly [37].

The social support provided by the spouse and how it affects self-care behaviors has shown that the quality of marriage and marital intimacy leads to better self-care knowledge [38]. A study by Gallagher et al. (2011) found that higher social support in patients with heart failure compared with those with low or moderate social support increased consultation with health professionals about weight loss (P=0.01), fluid restriction (P=0.02), and drug use (P=0.017) [39].

It seems that social support increases a person’s motivation to take care of themselves. Based on the Findings of this study, there was a direct and significant relationship between self-confidence and self-care behaviors. Self-confidence is the result of self-esteem as well as the self-esteem of others. Evidence suggests that receiving respect from others increases self-care behaviors, promotes health, and prevents disease [40] and low self-esteem is a deterrent to self-care behaviors [41]. Since self-care is one way to earn the respect of others, older people with higher self-esteem

Table 4. The relationship between Variabels in the elderly

Variabels	Types of self-care	Self-care Orientation	Life Satisfaction	Self Steem	Functional Ability	Social Support
Types of self-care	1					
Self-care Orientation	0.266	1				
Life Satisfaction	0.343	0.015	1			
Self Steem	0.289	0.186	0.424	1		
Functional Ability	-0.095	-0.033	-0.093	0.055	1	
Social Support	-0.075	0.073	0.132	0.047	0.183	1

Quarterly of
The Horizon of Medical Sciences

were more likely to engage in self-care behaviors. Gaining the respect of others is one way to gain self-confidence.

The results of this study showed no significant difference between the dimensions of self-care except occupational habits ($P < 0.001$) and medical treatment ($P < 0.001$) between men and women. Lantz study, on the other hand, showed that women are more inclined to self-care than men [42]. In this study, there was a correlation between gender and the self-care dimension of work habits. There was also a correlation between gender and the self-care dimension of medical treatment. The average man was higher than women. Perhaps this finding can be interpreted because jobs are more important to men and they are more accustomed to their jobs than women. In order not to lose their job, men show more job-appropriate self-care behaviors than women. Also, men do not believe in traditional medicine and self-medication more and prefer medical treatment, but women are more in favor of traditional medicine and self-medication.

Statistical tests showed a significant difference between different age groups of the elderly in terms of knowledge and willingness to take care of themselves, work habits, past events. In this study, “awareness and willingness to take care of themselves” and “work habits” among the elderly age groups, young elderly, and middle-aged elderly were more than the old elderly. A review of the literature in this field shows an inverse and significant relationship between “awareness and desire for self-care” with age [42, 43] so that with increasing age, “awareness and desire for self-care in the elderly” decreases, which can be partially the ability to reduce the ability to self-care in them and related cognitive problems and issues. Accordingly, a positive and significant relationship has been shown between

elderly awareness, self-care, and daily habits [43]. The relationship between awareness and self-care has also been shown by other studies [44, 45]. Studies and documents in this field show a significant relationship between increasing age and decreasing functional capacity [46, 47].

The average self-care dimension of “past events” was higher among the old elderly group than other age groups. Obviously, with increasing age and the decline in quality of life and the significant positive relationship that exists between all aspects of self-care and quality of life [48, 49], self-care of “past events” help the elderly to find their identity, alleviate discomfort, and disability.

This study was conducted in nursing homes in Tehran City and so the generalizability of its results to other elderly people is limited. Therefore, we recommended further studies at the national level to determine self-care challenges and factors affecting it [50].

5. Conclusion

Factors such as life satisfaction, functional capacity, social support, and self-confidence are associated with self-care in the elderly. It is suggested that health policymakers design programs support the elderly in various forms, such as designing programs for easy access of the elderly to transportation, facilities, tax exemptions, and so on.

It is suggested that national policies be developed with the aim of independence of the elderly and with an elderly-oriented approach. All measures to help the elderly should be exempt from taxes. The government should provide easy access to the community, proper housing, proper transportation services, as well as full-time home care services for

the elderly. The government should take measures in the fields of health, sports, and medicine for the elderly.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of Alborz University of Medical Sciences (Abzum. Rec.1396.207).

Funding

The study support financially by Alborz University of Medical Sciences.

Authors' contributions

All authors contributed equally in preparing all parts of the research.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

We would like to thank research committee of Alborz and Tehran University of Medical Sciences.

به کارگیری مدل Backman در تعیین ابعاد خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان شهر تهران

لیلی صالحی^۱، لیلی کیکاوسی آرانی^۲

۱. گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات بهداشت، ایمنی و محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۲. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت، ایمنی و محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۰ شهریور ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۰۲ تیر ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۱۰ مهر ۱۳۹۹

اهداف: خودمراقبتی با به تأخیر انداختن ناتوانی، به سالمندان کمک می‌کند اداره‌کننده شرایط بهداشتی خودشان باشند و مستقل بمانند. این مطالعه با هدف به کارگیری مدل Backman در تعیین ابعاد خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان شهر تهران انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی چهارصد نفر سالمند عضو کانون‌های سالمندی شهر تهران به انجام رسید که به روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مشخصه‌های جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه‌های رفتارهای خودمراقبتی، گرایش به خودمراقبتی، ارزیابی رضایت از زندگی، خوداعتمادی، ظرفیت عملکردی و حمایت اجتماعی بود. تحلیل با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ انجام شد و از آزمون‌های آماری کای‌دو، همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین کلی سنی سالمندان مورد مطالعه $69/11 \pm 7/51$ بود. ۴۲/۵ درصد از سالمندان، مرد بودند. بین انواع خودمراقبتی و جنسیت فقط در ابعاد عادات شغلی ($P < 0/001$) و درمان طبی ($P > 0/001$) اختلاف معنی‌دار بود. آزمون آماری پیرسون نشان داد ارتباط آماری معنی‌دار مستقیم و مثبتی بین نوع خودمراقبتی و گرایش به آن ($r = 0/662, P = 0/001$) وجود داشت. ارتباط بین نوع خودمراقبتی با حمایت اجتماعی ($r = 0/075, P = 0/001$) منفی بود.

نتیجه‌گیری: عواملی مانند رضایت از زندگی، ظرفیت عملکردی، حمایت اجتماعی و خوداعتمادی با خودمراقبتی در سالمندان در ارتباط هستند. پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران نظام سلامت به تدوین برنامه‌های حمایتی از سالمندان، به اشکال مختلف همچون برنامه دسترسی آسان سالمند به حمل و نقل، تسهیلات، معافیت مالیاتی و غیره اهتمام ورزند.

کلیدواژه‌ها:

خودمراقبتی، سالمندی

مقدمه

آنان برای مراقبت از خود اثر می‌گذارد [۶]. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که خودمراقبتی در سالمندان با عواملی چون سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی و برخوردارگی از حمایت اجتماعی رابطه مستقیم دارد و با وقایع پراسترس زندگی رابطه معکوس دارد. افراد مسن، افراد با سطح اجتماعی اقتصادی پایین و گروه‌های اقلیت نیازمند توجه ویژه در انجام خودمراقبتی هستند [۷، ۵]. این افراد در پایین‌ترین سطح سلامت به سر می‌برند و کمترین فعالیت را در خودمراقبتی و کمترین خوداعتمادی را در آگاهی و درک نحوه انجام خود مراقبتی دارند. خودکارآمدی باعث بهبود عملکردهای خودمراقبتی و کاهش ناتوانی‌های مزمن می‌شود [۸].

در مطالعات مختلف مشخص شده است، خودمراقبتی سالمندان با عوامل متعددی همچون رضایت از زندگی، عزت نفس و ظرفیت

خودمراقبتی دربرگیرنده فعالیت‌هایی است که انسان‌ها به طور مشخص برای ادامه حیات، عملکرد سالم، پیشرفت مداوم و احساس خوب بودن انجام می‌دهند [۱]. با پیر شدن جمعیت جهان و افزایش شیوع بیماری‌های مزمن در سالمندان [۲] اهمیت رفتارهای خودمراقبتی و ارتقادهنده سلامت با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آنان روزبه‌روز در حال افزایش است [۳]. خودمراقبتی به سالمندان کمک می‌کند که اداره‌کننده شرایط بهداشتی خودشان باشند و مستقل بمانند [۴]. خودمراقبتی از عوامل اصلی زندگی فرد سالمند در منزل شخصی‌اش و متأثر از عوامل زیادی است [۵]. همان‌گونه که افراد پیر می‌شوند، نیازمند زمان طولانی‌تری جهت بهبود از بیماری هستند که به نوبه خود بر روی توانایی‌ها و انگیزش

* نویسنده مسئول:

دکتر لیلی کیکاوسی آرانی

نشانی: کرج، دانشگاه علوم پزشکی البرز، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات بهداشت، ایمنی و محیط، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی.

تلفن: ۳۴۶۴۳۵۵ (۲۶) +۹۸

پست الکترونیکی: leila_keikavoosi@yahoo.com

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی (توصیفی تحلیلی) بر روی چهارصد نفر سالمند (عضو ده کانون سالمندی) شهر تهران انجام شد. این ده کانون به صورت تصادفی از بین کانون‌های سالمندی شهر تهران انتخاب شدند. سپس برحسب تعداد سالمندان هر کانون، به تعداد سالمندان موجود در هر کانون وزن داده شد و افراد مورد مطالعه به طور تصادفی سیستماتیک از بین افراد کانون‌ها مشخص شدند. معیارهای ورود به مطالعه، سن بالای ۶۰ سال، صحبت به زبان فارسی، عدم داشتن مشکل شنوایی یا مشکلات ذهنی و تمایل به شرکت در مطالعه بود. حجم نمونه با فرض اینکه ۵۰ درصد افراد سالمند خودمراقبتی داشتند، با قدرت ۸۰ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد، حدود ۲۸۵ نفر تعیین شد. از پنج پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی، گرایش به خودمراقبتی، ارزیابی رضایت از زندگی، خوداعتمادی، حمایت اجتماعی و ظرفیت عملکردی استفاده شد. در ابتدای پرسشنامه، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سالمندان مانند سن، جنسیت، شغل، نحوه زندگی با دیگران، وضعیت تأهل در نظر گرفته شد.

رفتارهای خودمراقبتی سالمندان توسط پرسشنامه خودمراقبتی مورد ارزیابی قرار گرفت که شامل ۴۲ سؤال و دوازده بُعد آگاهی و تمایل برای مراقبت از خود (چهار سؤال)، شرایط جسمی (پنج سؤال)، ارتباط با کادر بهداشتی درمانی (پنج سؤال)، ارتباط با خانواده (سه سؤال)، سالمندی با معنا و تحریک‌کننده (سه سؤال)، درک از آینده (سه سؤال)، مدیریت درمان و دارو (دو سؤال)، عادات شغلی (شش سؤال)، وقایع گذشته (سه سؤال)، اطمینان و اعتماد (دو سؤال)، درمان طبی (دو سؤال) و دیدگاه‌های آینده (چهار سؤال) بود. امتیازدهی به سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌تایی لیکرت از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) بود. نمره بالاتر در این پرسشنامه بیانگر وضعیت خوب و نمره پایین بیانگر وضعیت بد بود. این ابزار ابتدا توسط بکمن و هنتینن طراحی شد و بر اساس مدل آن‌ها پایه‌گذاری شده بود [۱۹].

گرایش به خودمراقبتی بر اساس پرسشنامه چهارده‌سؤالی بکمن و هنتینن بررسی شد. امتیازدهی به سؤالات بر اساس لیکرت پنج‌تایی (کاملاً موافق با امتیاز ۵ و کاملاً مخالف با امتیاز ۱) بود. نمره بالاتر در این پرسشنامه بیانگر وضعیت خوب و نمره پایین بیانگر وضعیت بد بود [۲۰].

برای ارزیابی رضایت از زندگی از پرسشنامه پنج‌سؤالی رضایت از زندگی داینرز و همکاران استفاده شد که فرد در موقعیت قضاوت شناختی در دو حالت مقایسه برآورد یا عدم برآورد آرزوها و امیالش قرار گرفت [۲۰].

هر گزاره دارای هفت گزینه بود و از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۷) امتیاز داده می‌شد. اعتبار و روایی این

عملکردی، سطح تحصیلات، واکنش خانواده و حمایت خانواده مرتبط است [۹-۱۲].

تریسی و همکاران در پژوهش دیگری با عنوان «کلینیک پیامد: مدل نوآورانه مراقبت اولیه بین المللی برای سالمندان مبتلا به نیازهای مراقبت‌های بهداشتی پیچیده»، نشان دادند تواتر ناتوانی و اثر آن بر شرایط زندگی، دو عامل مهم تعیین‌کننده کیفیت زندگی در سالمندان است [۵].

امروزه با افزایش میانگین امید به زندگی، تغییر معنی‌داری در توزیع جمعیت سالمندی در سراسر جهان به وجود آمده است [۱۳]. به صورتی که سریع‌ترین رشد جمعیتی مربوط به سالمندان است [۱۴]. در همین زمینه، پیش‌بینی شده که تا سال ۲۰۵۰ میلادی جمعیت سالمندان دو میلیارد نفر خواهد شد. در ایران نیز بر اساس گزارشات مرکز آمار در آینده نزدیک جمعیت سالمندان به ۱۰ میلیون نفر خواهد رسید [۱۵].

سالمندی جمعیت و افزایش سهم افراد سالخورده در جمعیت، یکی از مهم‌ترین تحولات اجتماعی قرن ۲۱ است و پیامدهای آن روی همه بخش‌های جامعه از جمله بازار کار، تقاضا برای کالا و خدمات مانند مسکن، حمل و نقل، حمایت‌های اجتماعی و روابط بین‌نسلی تأثیرگذار است [۱۶]. در ایران بین سال‌های ۱۹۵۶ تا ۲۰۱۶، در طول شش دهه جمعیت ۶۵ سال و بالاتر به میزان ۵۴۲ درصد (حدود ۹ درصد در سال) افزایش یافت [۱۷].

امروزه حدود ۴۵۰۰۰۰۰ سالمند در ایران زندگی می‌کنند. بر اساس سرشماری ملی ایران، در سال ۲۰۱۶، حدود ۸/۵ درصد کل جمعیت کشور و بیش از ۷/۵ درصد از تهران، بیش از ۶۵ سال سن دارد. با توجه به ساختار جمعیت‌شناختی فعلی، پیش‌بینی می‌شود روند پیش‌بینی‌نشده جمعیت پیری در سال‌های آینده، از ۷/۲۷ درصد در سال ۲۰۰۶ به بیش از ۱۶ درصد در سال ۲۰۵۰ برسد و این پدیده‌ای است که قبلاً هرگز رخ نداده است [۱۸].

سالمندی به معنی ناتوانی نیست و ارائه برنامه‌های خودمراقبتی و خودمراقبتی برای کنترل بیماری‌های مزمن به سالمندان، باعث پیشگیری و حتی تأخیر انداختن ناتوانی در افرادی که بیماری‌های مزمنی چون آرتریت، بیماری‌های قلبی یا فشارخون دارند، می‌شود.

با توجه اثرات انکارناپذیر و کلیدی خودمراقبتی بر سالمندی توأم با تندرستی، انجام هرچه بیشتر مطالعاتی جهت ارتقای زمینه‌های خودمراقبتی از ضروریات بخش بهداشت محسوب می‌شود. از این رو مطالعه حاضر با به‌کارگیری الگوی Beckman در تعیین ابعاد خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان شهر تهران انجام شد. این مدل یک مدل نظام‌مند و یکپارچه است که به شفاف‌سازی دانش خودمراقبتی سالمندان می‌پردازد.

وابستگی عملکردی به عنوان ناتوانی در انجام یک یا چند فعالیت روزمره زندگی بدون کمک است. جهت سنجش وضعیت ADL از سالمندان مورد مطالعه در خصوص انجام کارهای منزل مثل شست و شو، جارو، گردگیری، آشپزی، تعمیرات منزل / باغبانی به وسیله خود و نیاز به کمک یا نظارت در خصوص مراقبت‌های شخصی از قبیل دوش گرفتن / حمام کردن، لباس پوشیدن، توالت رفتن و همچنین کمک برای کوتاه کردن ناخن‌ها سؤال شد. برای هر یک از موارد فوق سه پاسخ بسته بلی کاملاً بلی با کمک و خیر برای سنجش میزان توان فردی سالمند در نظر گرفته شد. که انجام فعالیت توسط خود امتیاز ۲، نیاز به کمک امتیاز ۱ و وابستگی کامل به فرد دیگر امتیاز ۰ داشت. امتیاز بالا نمایانگر نیاز کمتر به نظارت یا کمک در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی بود و امتیاز کمتر نشانگر نیاز بیشتر به نظارت یا کمک در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی بود. این پرسش‌نامه در ایران روایی و پایایی شده است [۳۰].

جهت تعیین اعتبار ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین ترتیب که در تدوین ابزار گردآوری داده‌ها، از مقیاس‌های استاندارد و معتبر در دسترس متناسب با نوع مطالعه و گروه مورد مطالعه استفاده شد سپس پرسش‌نامه‌ها در اختیار اساتید و متخصصین مختلف قرار داده شد و پیشنهادات ایشان در پرسش‌نامه نهایی لحاظ شد. در این مطالعه جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه‌های مورد استفاده، آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای پرسش‌نامه‌های خودمراقبتی ۰/۷۰، گرایش به خودمراقبتی ۰/۷۱، رضایت از زندگی ۰/۸۵، ظرفیت عملکردی ۰/۷۱، خوداعتمادی ۰/۶۹ و حمایت اجتماعی ۰/۸۵ به دست آمد. پرسش‌نامه‌ها با در نظر گرفتن راحتی سالمندان، در طی چند مرحله و با در نظر گرفتن زمان‌های استراحت پر شدند.

در خصوص مقایسه ابعاد خودمراقبتی در گروه‌های سنی متفاوت بر اساس تعریف فارل از انواع پیری [۳۱]، افراد سالمند مورد مطالعه در سه گروه پیران جوان ۴۵-۷۴ سال، پیران میانسال ۷۵-۸۴ سال و پیران پیر ۸۵ سال به بالا گروه‌بندی شدند. تحلیل با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ انجام شد. از آزمون‌های آماری کای‌دو، همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون با ضریب معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ وارد شدند. ضریب پاسخ‌گویی ۹۶/۲۵ درصد بود.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان سالمند $67/47 \pm 67/31$ و میانگین سنی مردان سالمند $70/92 \pm 70/47$ سال بود. ۴۲/۵ درصد از سالمندان، مرد و بقیه زن بودند. ۲۶ درصد سالمندان به‌تنهایی و ۴۲/۱ درصد با همسر زندگی می‌کردند (جدول شماره ۱).

بین انواع خودمراقبتی و جنسیت به جز در ابعاد عادات شغلی

مقیاس توسط بیانی و همکاران سنجیده شد. اعتبار این مقیاس با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و با روش بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آمد. روایی سازه مقیاس رضایت از زندگی از طریق روایی هم‌گرا با استفاده از فهرست شادکامی آکسفورد OHI و فهرست افسردگی بک BDI برآورد شد و نتیجه حاکی از اعتبار و روایی مطلوب ابزار بود [۲۱].

خوداعتمادی بر اساس پرسش‌نامه ده‌سؤالی خوداعتمادی روزنبرگ و همکاران (۱۹۶۵) مورد ارزیابی قرار گرفت [۲۲] این پرسش‌نامه، شامل ده سؤال است. پاسخ هر سؤال از چهار گزینه (کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم) تشکیل شده است که از ۱ تا ۴ امتیاز داده می‌شود؛ بنابراین دامنه امتیازات از ۱۰ تا ۴۰ است. نمره بالاتر، بیانگر اعتماد به نفس بالاتر فرد است و نمره ۴۰ بالاترین نمره به حساب می‌آید. نمرات بالاتر از ۲۵ نشان‌دهنده اعتماد به نفس بالا، نمرات ۱۵ تا ۲۵ نشان‌دهنده اعتماد به نفس متوسط و کمتر از ۱۵ نشان‌دهنده اعتماد به نفس پایین هستند [۲۳].

پرسش‌نامه خوداعتمادی یک پرسش‌نامه استاندارد است که پایایی آن بر اساس نظر سازندگان و مطالعات مقدماتی مختلف تعیین شده است [۲۴]. شریفی نیستانک و همکاران در مطالعه خود ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار را ۰/۹۱ گزارش کردند [۲۵]؛ همچنین محمدی و سجادی‌نژاد ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس خوداعتمادی روزنبرگ را روی دانشجویان دانشگاه شیراز ۰/۷۸ گزارش کردند [۲۶].

در مطالعه اخلاقی و همکاران نیز این مقیاس از روایی درونی رضایت‌بخشی برخوردار بود، پایایی آن به روش آزمون بازآزمون در دامنه ۰/۷۷-۰/۸۸ قرار داشت [۲۷].

برخی محققین ضریب همسانی درونی مقیاس خوداعتمادی روزنبرگ را ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند [۲۸]. حمایت اجتماعی بر اساس پرسش‌نامه زیمیت و همکاران ارزیابی شد. این پرسش‌نامه حمایت اجتماعی را از سه منبع خانواده (چهار سؤال)، دوستان (چهار سؤال) و افراد مهم (چهار سؤال) مورد ارزیابی قرار می‌دهد و دارای ۱۲ سؤال بود که امتیازدهی به سؤالات آن بر اساس مقیاس پنج‌تایی لیکرت بود به این صورت که به کاملاً موافق امتیاز ۵ و کاملاً مخالف امتیاز ۱ تعلق گرفت. دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۶۰ بود. ظرفیت عملکردی بر اساس ابزار توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی (ADL) مورد ارزیابی قرار گرفت که یک شاخص اساسی برای مراقبت‌های طولانی‌مدت است [۲۹].

اگر سالمندی نتواند به دلیل مشکلات جسمی یا روانی از خود مراقبت کند، این فرد نیاز به دریافت مراقبت توسط فرد دیگری دارد. هدف از ارائه مراقبت‌های طولانی‌مدت توانمند کردن سالمند برای حفظ بالاترین حد ممکن عملکرد مستقل است.

1. Activity of daily living

عملی است که در آن، هر فردی از دانش، مهارت و توان خود به عنوان یک منبع استفاده می‌کند تا «به طور مستقل» از سلامت خود مراقبت کند، بُعد شرایط جسمی می‌تواند مهم‌ترین بُعد در خودمراقبتی سالمندان باشد. درمان طبی و دارویی در سالمندان در اغلب اوقات نامناسب و اشتباه است که علت را می‌توان به پیچیدگی‌ها و تواتر درمان‌های تجویزی در آنان به سبب وجود بیماری‌های مزمن متعدد مربوط دانست.

همچنین در این پژوهش عوامل مؤثر شناخته شده بر خودمراقبتی سالمندان شهر تهران عبارت بود از «گرایش به خودمراقبتی، رضایت از زندگی، خوداعتمادی، ظرفیت عملکردی و حمایت اجتماعی».

بر اساس مطالعه بکمن در سال ۲۰۰۳ [۳۲] و مطالعات انجام گرفته توسط رابینز و همکاران [۳۳] و بلیر^۲ خودمراقبتی در سالمندان با ظرفیت عملکردی، رضایت از زندگی و خود اعتمادی مرتبط است. از این رو در این مطالعه نیز به این عوامل پرداخته شده و نشان داده شد که با افزایش انواع خودمراقبتی و گرایش به آن بر میزان رضایت از زندگی و خوداعتمادی افزوده می‌شود [۳۶-۳۴].

سایر مطالعات نیز نشان داده‌اند که ظرفیت عملکردی افراد

Blair .2

($P < 0/001$) و درمان طبی ($P > 0/001$) اختلاف معنی‌دار نبود (جدول شماره ۲).

بین گروه‌های سنی مختلف از سالمندان فقط از نظر آگاهی و تمایل به مراقبت از خود، عادت شغلی و وقایع گذشته رابطه معنی‌دار وجود داشت. این امر بدان معناست که دو گروه از نظر سایر ابعاد اختلاف معنی‌داری نداشته‌اند و شبیه هم بوده‌اند (جدول شماره ۳).

بین خودمراقبتی با رضایت از زندگی ارتباط آماری خفیف و مثبت ($r=0/343$ $P=0/01$) و ارتباط ضعیف و مثبتی بین خودمراقبتی با خوداعتمادی ($r=0/289$ ، $P=0/01$) وجود داشت (جدول شماره ۴).

بحث

در این پژوهش ابعاد خودمراقبتی شامل «آگاهی و تمایل برای مراقبت از خود، شرایط جسمی، ارتباط با کادر بهداشتی، ارتباط با خانواده، سالمندی با معنا و تحریک، درک از آینده، مدیریت درمان و دارو، عادات شغلی، وقایع گذشته، اطمینان، درمان طبی و آینده‌نگری» بود که بیشترین میانگین مربوط به «شرایط جسمی» و کمترین میانگین مربوط به «درمان طبی و آینده‌نگری» بود. بنابراین می‌توان گفت مهم‌ترین بُعد خودمراقبتی در سالمندان شرایط جسمی آنان است. از آنجا که خودمراقبتی،

جدول ۱. میانگین امتیاز ابعاد خودمراقبتی در سالمندان مورد مطالعه

میانگین \pm انحراف معیار	ابعاد خودمراقبتی
۱۶/۱۷ \pm ۲/۱۸	آگاهی و تمایل برای مراقبت از خود
۲۴/۹۴ \pm ۳/۳۷	شرایط جسمی
۲۳/۱۷ \pm ۳/۰۴	ارتباط با کادر بهداشتی درمانی
۱۴/۳۵ \pm ۱/۴۰	ارتباط با خانواده
۹/۲۹ \pm ۱/۴۷	سالمندی با معنا و تحریک‌کننده
۱۱/۹۳ \pm ۲/۰۵	درک از آینده
۸/۰۶ \pm ۲/۱۸	مدیریت درمان و دارو
۱۲/۳۳ \pm ۲/۴۶	عادات شغلی
۸/۵۹ \pm ۲/۴۲	وقایع گذشته
۶/۲۴ \pm ۲/۸۷	اطمینان
۴/۹۰ \pm ۰/۵۸	درمان طبی
۲/۸۱ \pm ۱/۵۵	آینده‌نگری

جدول ۲. بررسی ارتباط بین ابعاد خودمراقبتی با جنسیت سالمندان مورد مطالعه

P	جنسیت		ابعاد خودمراقبتی
	مردان	زنان	
۰/۴۷۱	۱۶/۱۱±۲/۰۰۴	۱۶/۲۱±۲/۳۱	آگاهی و تمایل برای مراقبت از خود
۰/۱۶۱	۲۵/۰۶±۲/۲۳	۲۴/۸۵±۳/۴۸	شرایط جسمی
۰/۵۵۳	۲۳/۱۵±۲/۹۶	۲۳/۱۹±۳/۰۹	ارتباط با کادر بهداشتی درمانی
۰/۱۰۳	۱۴/۳۳±۱/۲۷	۱۴/۲۸±۱/۴۹	ارتباط با خانواده
۰/۳۵۲	۹/۴۳±۱/۲۹	۹/۱۷±۱/۵۸	سالمندی با معنا و تحریک کننده
۰/۳۸۵	۱۲/۰۲±۱/۹۵	۱۱/۸۷±۲/۱۲	درک از آینده
۰/۰۶۴	۸/۴۴±۱/۸۹	۷/۷۸±۲/۳۳	مدیریت درمان و دارو
<۰/۰۰۱	۱۳/۵۹±۱/۸۰	۱۱/۳۸±۲/۴۵	عادات شغلی
۰/۵۷۹	۸/۷±۲/۴	۸/۵۰±۲/۴۲	وقایع گذشته
<۰/۰۰۱	۸/۲۰±۱/۷۷	۴/۷۱±۲/۵۶	درمان طبی
۰/۵۸۵	۴/۹۱±۰/۵۷	۴/۹۰±۰/۵۹	اطمینان
۰/۳۳۵	۲/۸۹±۱/۶۰	۲/۷۵±۱/۵۱	آیندهنگری

افق دانش

جدول ۳. بررسی ارتباط بین ابعاد خودمراقبتی و گروه‌های سنی در سالمندان مورد بررسی

P	انحراف معیار ± میانگین			ابعاد خودمراقبتی
	۸۵ <	۷۵-۸۴	۷۵ >	
<۰/۰۰۱	۱۴/۳±۲/۶۲	۱۶/۱۸±۲/۱۶	۱۶/۲۱±۲/۱۹	آگاهی و تمایل برای مراقبت از خود
۰/۱۸	۲۵/۷±۲/۷۹	۲۵/۸۳±۳/۱۰	۲۴/۷۶±۳/۴۵	شرایط جسمی
۰/۱	۲۴/۱±۱/۶۶	۲۳/۵۲±۲/۵۳	۲۳/۰۶±۳/۰۹	ارتباط با کادر بهداشتی درمانی
۰/۹۶	۱۴/۷±۰/۹۴	۱۴/۴۶±۱/۱۳	۱۴/۳±۱/۴۸	ارتباط با خانواده
۰/۴۶	۸/۷±۱/۹۴	۹/۱۴±۱/۶۸	۹/۳۱±۱/۴۳	سالمندی با معنا و تحریک کننده
۰/۱	۱۱/۴±۱/۰۷	۱۱/۷۷±۲/۲۵	۱۲/۰±۲/۰۵	درک از آینده
۰/۶۹	۸/۶±۱/۵۷	۹/۰۲±۱/۶۲	۷/۸۸±۲/۲۴	مدیریت درمان و دارو
<۰/۰۰۱	۱۱/۱±۳/۴۴	۱۳/۶۱±۱/۸۲	۱۲/۱۰±۲/۴۵	عادات شغلی
<۰/۰۰۱	۸/۸±۱/۸۱	۸/۵۳±۲/۱۱	۸/۶۴±۲/۵۱	وقایع گذشته
۰/۴۶	۶/۹±۲/۷۲	۷/۹۵±۲/۴۴	۵/۹۱±۲/۸۴	درمان طبی
۰/۹۹	۵±۰/۱	۴/۷۸±۰/۸۹	۴/۹۱±۰/۵۵	اطمینان
۰/۷۳	۲/۴۰±۱/۶۴	۳/۰۸±۱/۶۵	۲/۷۶±۱/۵۳	آیندهنگری

افق دانش

جدول ۴. ارتباط بین خودمراقبتی، گرایش به خودمراقبتی، رضایت از زندگی، خوداعتمادی و ظرفیت عملکردی و حمایت اجتماعی در سالمندان مورد بررسی

متغیرها	نوع خودمراقبتی	گرایش به خودمراقبتی	رضایت از زندگی	خوداعتمادی	ظرفیت عملکردی	حمایت اجتماعی
نوع خودمراقبتی	۱					
گرایش به خودمراقبتی	۰/۲۶۶۰۰	۱				
رضایت از زندگی	۰/۳۴۳۰۰	۰/۰۱۵	۱			
خوداعتمادی	۰/۲۸۹۰۰	۰/۱۸۶۰۰	۰/۴۲۴۰۰	۱		
ظرفیت عملکردی	-۰/۰۹۵	-۰/۰۳۳	-۰/۰۹۳	-۰/۰۵۵	۱	
حمایت اجتماعی	-۰/۰۷۵	۰/۰۷۳	۰/۱۳۳۰۰	۰/۰۴۷	۰/۱۸۳۰۰	۱

افتخ دانش

یافته‌های این مطالعه نشان داد اختلاف معنی‌داری بین ابعاد خودمراقبتی به جز عادات شغلی ($P < 0/001$) و درمان طبی ($P > 0/001$) بین زنان و مردان وجود نداشت. در حالی که مطالعه لانتز نشان داد زنان بیش از مردان تمایل و گرایش به خودمراقبتی دارند [۴۲]. در این پژوهش بین جنسیت و بُعد خودمراقبتی عادات شغلی، همبستگی وجود داشت همچنین بین جنسیت و بُعد خودمراقبتی درمان طبی، همبستگی وجود داشت. میانگین مردان بیشتر از زنان بود. شاید بتوان این یافته را این‌گونه تفسیر کرد که از نظر مردان شغل دارای اهمیت بیشتری است و مردان نسبت به زنان به شغل خودشان بیشتر عادت دارند و به منظور از دست ندادن شغل خود رفتارهای خودمراقبتی متناسب با شغل را بیشتر از زنان از خود نشان می‌دهند. همچنین مردان نسبت به زنان چندان اعتقادی به طب سنتی و خوددرمانی ندارند، بلکه آنان درمان طبی را ترجیح می‌دهند، اما زنان بیشتر پیرو طب سنتی و خوددرمانی هستند.

آزمون‌های آماری نشان داد تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های سنی مختلف سالمندان مورد مطالعه در خصوص آگاهی و تمایل برای مراقبت از خود، عادات شغلی و وقایع گذشته وجود دارد. در این مطالعه «آگاهی و تمایل به مراقبت از خود و عادات شغلی» در بین گروه‌های سنی سالمندی پیر جوان و پیر میانسال بیشتر از پیر پیر بود. مرور ادبیات موجود در این زمینه نشان می‌دهد که بین آگاهی و تمایل به خودمراقبتی با سن رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد [۴۳]: به طوری که با افزایش سن، آگاهی و تمایل به خودمراقبتی در سالمندان کاهش می‌یابد که می‌توان تا حدودی آن را به توانایی کاهش توانایی خودمراقبتی در سالمندان و مشکلات و مسائل شناختی مربوط دانست. بر همین اساس رابطه مثبت و معنی‌داری بین آگاهی سالمندان و خودمراقبتی و عادات روزمره نشان داده شده است [۴۳]. رابطه بین آگاهی و خودمراقبتی توسط سایر مطالعات نیز نشان داده شده است

سالمند با خودمراقبتی در آنان وابسته است [۱۰، ۳۱]. در این مطالعه رابطه مستقیم و معناداری بین حمایت اجتماعی و گرایش به رفتارهای خودمراقبتی به دست آمد. بکمن و هنتینن نیز نشان دادند که حمایت اجتماعی باعث ارتقای فعالیت‌های خودمراقبتی در سالمندان می‌شود [۱۰]. در خصوص نقش حمایت اجتماعی، ایسولا و همکاران نشان دادند که اقوام و خویشاوندان نقش بسیار مهمی را در خودمراقبتی افراد سالمند ایفا می‌کنند [۳۷].

حمایت اجتماعی مبذول‌شده از سوی همسر و نحوه تأثیر آن بر رفتارهای خودمراقبتی نشان داده است که کیفیت ازدواج و صمیمیت زناشویی باعث عملکرد بهتر خودمراقبتی می‌شود [۳۸]. مطالعه انجام‌گرفته توسط گالاگر و همکاران در سال ۲۰۱۱ نشان داد حمایت اجتماعی بالاتر در بیماران با نارسایی قلب در مقایسه با افراد با حمایت اجتماعی کم یا متوسط باعث افزایش مشاوره با متخصصین سلامت در خصوص کاهش وزن ($P = 0/01$)، محدودیت دریافت مایعات ($P = 0/02$) و استفاده از دارو ($P = 0/017$) می‌شود [۳۹] که چنین به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی باعث افزایش انگیزش فرد در مراقبت از خود می‌شود. بر اساس یافته‌های این مطالعه، ارتباط مستقیم و معنادار بین خوداعتمادی و رفتارهای خودمراقبتی وجود داشت. خوداعتمادی نتیجه احترام به خود و همچنین احترام سایرین به خود است. شواهد موجود در این زمینه نشان می‌دهد دریافت احترام از سایرین باعث افزایش رفتارهای خودمراقبتی، ارتقای سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها می‌شود [۴۰] و خوداعتمادی پایین، عامل بازدارنده‌ای جهت انجام رفتارهای خودمراقبتی است [۴۱]. از آنجایی که خودمراقبتی یکی از راه‌های جلب احترام سایرین نسبت به خود است، از این رو سالمندان با میزان بالاتر اعتماد به خود، تمایل بیشتری به رفتارهای خودمراقبتی داشتند. در واقع دست‌یابی به احترام سایرین یکی از راه‌های کسب خوداعتمادی است.

[۴۵، ۴۶].

منبع مالی این طرح پژوهشی توسط دانشگاه علوم پزشکی البرز تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان به یک اندازه در نگارش اثر مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیریت کانون‌های سالمندی شهر تهران و کلیه مشارکت‌کنندگان در این مطالعه و همکاران معاونت پژوهشی دانشگاه‌های البرز و تهران تشکر و سپاس‌گزاری می‌شود.

مطالعات و مستندات موجود در این زمینه گویای رابطه معنی‌داری بین افزایش سن و کاهش ظرفیت عملکردی هستند [۴۷، ۴۶].

میانگین بُعد خودمراقبتی وقایع گذشته در بین گروه سنی پیر پیر بیشتر از سایر گروه‌های سنی بود. بدیهی با افزایش سن و افت کیفیت زندگی به موازات آن و رابطه مثبت معنی‌داری که بین تمام ابعاد خودمراقبتی و ابعاد کیفیت زندگی وجود دارد [۴۸، ۴۹]. خودمراقبتی وقایع گذشته به سالمندان در یافتن هویت خود، تسکین ناراحتی‌ها و ناتوانی‌ها کمک می‌کند. کنلی در این رابطه می‌نویسد که مرور خاطرات موجب معنی پیدا کردن هویت فردی، احساس لذت و شادی، رفع غمگینی، نگرانی و احساس گناه و ایجاد حس احترام و گاه موجب رسیدن به یک درک جدید از خود در سالمندان می‌شود [۵۰].

نتیجه‌گیری

عواملی مانند رضایت از زندگی، ظرفیت عملکردی، حمایت اجتماعی و خوداعتمادی با خودمراقبتی در سالمندان در ارتباط هستند پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران نظام سلامت به تدوین برنامه‌های حمایتی از سالمندان به اشکال مختلف همچون برنامه دسترسی آسان سالمند به حمل و نقل، تسهیلات، معافیت مالیاتی و غیره اهتمام ورزند.

پیشنهاد می‌شود سیاست‌های ملی با هدف استقلال سالمندان و با رویکرد سالمندمحور تدوین شود و تمامی اقدامات در راستای کمک به زندگی سالمندان از پرداخت‌های مالیاتی معاف شود. دولت امکانات دسترسی آسان به جامعه، منزل مناسب، خدمات حمل و نقل مناسب و همچنین خدمات کمک در منزل را به صورت کامل برای سالمندان فراهم کند. همچنین دولت تمهیداتی در بخش‌های درمانی، ورزشی، پزشکی برای سالمندان در نظر گیرد.

این مطالعه در کانون‌های سالمندی شهر تهران انجام گرفت و با محدودیت‌هایی در تعمیم‌پذیری نتایج آن به سایر سالمندان مواجه است. از این رو مطالعات گسترده در سطح ملی برای تعیین چالش‌های خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر آن توصیه می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه با کد اخلاق Abzum.Rec.1396.207 به تصویب دانشگاه علوم پزشکی البرز رسیده است.

حامی مالی

References

- [1] Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *European Journal of Heart Failure*. 2008; 10(10):933-89. [DOI:10.1016/j.ejheart.2008.08.005] [PMID]
- [2] van Oostrom SH, Gijzen R, Stirbu I, Korevaar JC, Schellevis FG, Picavet HSJ, et al. Time trends in prevalence of chronic diseases and multimorbidity not only due to aging: Data from general practices and health surveys. *PLoS One*. 2016; 11(8):e0160264. [DOI:10.1371/journal.pone.0160264] [PMID] [PMCID]
- [3] Lin W, Lee YW. Nutrition Knowledge, attitudes, and dietary restriction behavior of the Taiwanese elderly. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2005; 14(3):221-9. [PMID]
- [4] Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community dwelling elderly in Korea. *International Journal of Nursing Studies*. 2005; 49(2):129-37. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2005.06.009] [PMID]
- [5] Tracy CS, Bell SH, Nickell LA, Charles J, Upshur REG. The IMPACT clinic: Innovative model of interprofessional primary care for elderly patients with complex health care needs. *Canadian Family Physician*. 2013; 59(3):e148-55. [PMID] [PMCID]
- [6] Toye C, White K, Rooksby K. Fatigue in frail elderly people. *International Journal of Palliative Nursing*. 2006; 12(5):202-8. [DOI:10.12968/ijpn.2006.12.5.21172] [PMID]
- [7] Awang H, Mansor N, Nai Peng T, Nik Osman NA. Understanding ageing: Fear of chronic diseases later in life. *Journal of International Medical Research*. 2018; 46(1):175-84. [DOI:10.1177/0300060517710857] [PMID] [PMCID]
- [8] Macabasco-O'Connell A, Crawford MH, Stotts N, Stewart A, Froelicher ES. Self-care behaviors in indigent patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2008; 23(3):223-30. [DOI:10.1097/01.JCN.0000317427.21716.5f] [PMID]
- [9] Räsänen PM, Kanste O, Elo S, Kyngäs H. Factors associated with the self-care of home-dwelling older people. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2014; 4(8):90-6. [DOI:10.5430/jnep.v4n8p90]
- [10] Zeleznik D. Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia [PhD dissertation]. Oulu: University of Oulu. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514286377.pdf>
- [11] Vasli P, Eshghbaz F. [Survey condition regarding self-caring of children suffering from diabetes type 1 and its relation with family reaction (Persian)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2009; 19(69):38-44. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-536-fa.html>
- [12] Morovati Sharif Abadi MA, Rouhani Tonekaboni N. [Social support and self-care behaviors in diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center (Persian)]. *Zahadan Journal of Research in Medical Sciences*. 2007; 9 (4): 275-84. <https://sites.kowsarpub.com/zjrms/articles/94760.html>
- [13] Iliaz R, Ozturk GB, Akpınar TS, Tufan A, Sarihan I, Erten N, et al. Approach to pain in the elderly. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*. 2013; 2(3):e1000125. [DOI:10.4172/2167-7182.1000125]
- [14] Kaye AD, Baluch AR, Kaye RJ, Niaz RS, Kaye AJ, Liu H, et al. Geriatric pain management, pharmacological and nonpharmacological considerations. *Psychology Neuroscience*. 2014; 7(1):15-26. [DOI:10.3922/j.psns.2014.1.04]
- [15] Eshaghi SR, Shahsanai A, Mellat Ardakani M. [Assessment of the physical activity of elderly population of Isfahan, Iran (Persian)]. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011; 29(147):939-46. <http://jims.mui.ac.ir/index.php/jims/article/view/630>
- [16] Safarkhanlou H, Rezaei Ghahroodi Z. [Elderly population developments in Iran and worldwide (Persian)]. *Statistical Centre of Iran*. 2017; 5(3):8-16. <http://amar.srtc.ac.ir/article-1-298-fa.html>
- [17] United Nations Publication. Addressing the Challenges of Population Ageing in Asia and the Pacific: Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing [Internet]. 2017 [Updated 2017 Sep 13]. Available from: <https://www.unescap.org/publications/addressing-challenges-population-ageing-asia-and-pacific-implementation-madrid>
- [18] Irudaya Rajan S, Sankara Sarma P, Mishra US. Demography of Indian aging, 2001-2051. *Journal of Aging & Social Policy*. 2003; 15(2-3):11-30. [DOI:10.1300/J031v15n02_02] [PMID]
- [19] Räsänen PM, Kanste O, Elo S, Kyngäs H. Factors associated with the self-care of home-dwelling older people. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2014; 4(8):90-6. [DOI:10.5430/jnep.v4n8p90]
- [20] Backman K, Hentinen M. Factors associated with the self care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2001; 15(3):195-202. [DOI:10.1046/j.1471-6712.2001.00007.x] [PMID]
- [21] Bayani AA, Mohammad Koocheky A, Goodarzi H. [The reliability and validity of the satisfaction with life scale (Persian)]. *Developmental Psychology (Journal of Iranian Psychologists)*. 2007; 3(11):259-60. http://jip.azad.ac.ir/article_512406_fa.html
- [22] Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Pennsylvania: Diane Publishing Company; 1989. <https://books.google.com/books?id=YR3WCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=>
- [23] Barkhordary M, Jalalmanesh S, Mahmodi M. [The relationship between critical thinking disposition and self-esteem in third and fourth year bachelor nursing students (Persian)]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2009; 9(1):13-9. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-925-fa.html>
- [24] Arzani A, Zahedpasha Y, Ahmadpour-Kacho M, Khafri S, Khaikrah F, Aziznejad P. [Kangaroo care effect on self-esteem in the mothers of low birth weight infants (Persian)]. *Journal of Babol University of Medical Science*. 2012; 14(3):52-8. <http://jbums.org/article-1-4090-fa.html>
- [25] Sharifi Neyestanak ND, Ghodoosi Borojeni M, Seyedfatemi N, Heydari M, Hoseini AF. [Self-esteem and associated factors in patients with multiple sclerosis (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2012; 25(78):14-22. <http://ijn.iums.ac.ir/article-1-1364-fa.html>
- [26] Mohammadi N, Sajadinegad M. [The Evaluation of psychometric properties of Body Image Concern Inventory and examination of a model about the relationship between body mass index, body image dissatisfaction and self-esteem in adolescent girls (Persian)]. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2007; 1(3):83-99. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=67343>
- [27] Akhlaghi F, Mokhber N, Shakeri MT, Shamsa F. [Relation between depression, anxiety, self-esteem, marital satisfaction, demographical factor and maternal complications with fear of childbirth in nulliparous women (Persian)]. *Journal of Mental Health Principle*. 2013; 14(2):122-33. [DOI:10.22038/JFMH.2012.982]

- [28] Rajabi GR, Bohlol N. [Self-Esteem Scale reliability and validity assessment in first year students martyr Chamran University (Persian)]. *Journal Educational and Psychological Research*. 2006; 3(2):33-48. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=138197>
- [29] Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 1988; 52(1):30-41. [DOI:10.1207/s15327752jpa5201_2]
- [30] Tanjani PT, Azadbakht M. [Psychometric properties of the Persian version of the activities of daily living scale and instrumental activities of daily living scale in elderly (Persian)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016; 25(132):103-12. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-6766-fa.html>
- [31] Farrell J. *Nursing care of the older person*. Michigan: Lippincott; 1990. <https://books.google.vu/books?id=o2NsAAAAMAAJ&dq>
- [32] Backman K. Self-care of home-dwelling elderly persons from the view of their vulnerability. In: Mičetić-Turk D, Kokol P, editors. *International Symposium "New Trends in Modern Nursing"*. Maribor: University College of Nursing Studies; 2003. pp. 29-34.
- [33] Rabiner DJ, Konrad TR, DeFries GH, Kincade J, Bernard SL, Woomert A, et al. Metropolitan versus nonmetropolitan differences in functional status and self-care practice: Findings from a national sample of community-dwelling older adults. *The Journal of Rural Health*. 1997; 13(1):14-28. [DOI:10.1111/j.1748-0361.1997.tb00830.x] [PMID]
- [34] Blair CE. Effect of self-care ADLs on self-esteem of intact nursing home residents. *Issues in Mental Health Nursing*. 1999; 20(6):559-70. [DOI:10.1080/016128499248367] [PMID]
- [35] Lehtola S, Koistinen P, Luukinen H. Falls and injurious falls late in home -dwelling life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2006; 42(2):217-24. [DOI:10.1016/j.archger.2005.07.002] [PMID]
- [36] Fialová D, Onder G. Medication errors in elderly people: Contributing factors and future perspectives. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2009; 67(6):641-5. [DOI:10.1111/j.1365-2125.2009.03419.x] [PMID] [PMCID]
- [37] Isola A, Backman K, Voutilainen P, Rautsiala T. Family members' experiences of the quality of geriatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003; 17(4):399-408. [DOI:10.1046/j.0283-9318.2003.00246.x] [PMID]
- [38] Trief PM, Ploutz-Snyder R, Britton KD, Weinstock RS. The relationship between marital quality and adherence to the diabetes care regimen. *Annals of Behavioral Medicine*. 2004; 27(3):148-54. [DOI:10.1207/s15324796abm2703_2] [PMID]
- [39] Gallagher R, Luttk ML, Jaarsma T. Social support and self-care in heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011; 26(6):439-45. [DOI:10.1097/JCN.0b013e31820984e1] [PMID]
- [40] McWilliam CL, Stewart M, Brown JB, McNair S, Donner A, Desai K, et al. Homebased health promotion for chronically ill older persons: Results of a randomized controlled trial of a critical reflection approach. *Health Promotion International*. 1999; 14(1):27-41. [DOI:10.1093/heapro/14.1.27]
- [41] Li F, Harmer P, Chaumeton NR, Duncan TE, Duncan SC. Tai Chi as a means to enhance self-esteem: A randomized controlled trial. *Journal of Applied Gerontology*. 2002; 21(1):170-89. [DOI:10.1177/073346480202100105]
- [42] Lantz JM. In search of agents for self-care. *Journal of Gerontology Nursing*. 1985; 11(7):10-4. [DOI:10.3928/0098-9134-19850701-06] [PMID]
- [43] Koirala J, Raddi SA, Shivaswamy MS, Koirala D, Koirala A, Koirala S, Koirala N. The knowledge and practices of self-care capabilities among geriatric population. *International Journal of Biochemistry & Physiology*. 2019; 4(1):000144. [DOI:10.23880/ijbp-16000144]
- [44] Geboers B, de Winter AF, Spoorenberg SLW, Wynia K, Reijneveld SA. The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Quality of Life Research*. 2016 25(11):2869-77. [DOI:10.1007/s11136-016-1298-2] [PMID] [PMCID]
- [45] Mahdizadeh M, Solhi M. Relationship between self-care behaviors and health literacy among elderly women in Iran, 2015. *Electronic Physician*. 2018; 10(3):6462-9. [DOI:10.19082/6462] [PMID] [PMCID]
- [46] Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003; 51(4):451-8. [DOI:10.1046/j.1532-5415.2003.51152.x] [PMID]
- [47] Bongard V, McDermott AY, Dallal GE, Schaefer EJ. Effects of age and gender on physical performance. *Age*. 2007; 29(2-3):77-85. [DOI:10.1007/s11357-007-9034-z] [PMID] [PMCID]
- [48] Salehi L, Salaki S, Alizadeh L. [Health-related quality of life among elderly Member of elderly centers in Tehran (Persian)]. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2020; 8(1):14-20. <http://irje.tums.ac.ir/article-1-15-fa.html>
- [49] Goudarzi H, Salehi L. [Self-care and relevant factors shaping quality of life among the elderly with and without chronic disease (Persian)]. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*. 2017; 7(2):25-32. <http://zums.ac.ir/nmcjournal/article-1-499-fa.html>
- [50] Mackinlay E, Trevitt C. Living in aged care: using spiritual reminiscence to enhance meaning in life for those with dementia. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2010; 19(6):394-401. [DOI:10.1111/j.1447-0349.2010.00684.x] [PMID]