

اثربخشی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی فردی و اجتماعی معلولین

الهام مقامی

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد مرودشت، صاحب امتیاز و مدیر مرکز توانبخشی و حرفه ای آموزی غدیر شهرستان آباءه استان فارس.

نام نویسنده مسئول:

الهام مقامی

چکیده

این پژوهش به منظور تعیین اثربخشی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی فردی و اجتماعی معلولین انجام پذیرفته است. این پژوهش از نوع آزمایشی و با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بوده و همچنین یک طرح نیمه تجربی بود که ۶۰ نفر به صورت تصادفی در سال ۱۳۹۹ انتخاب شدند. با توجه به رضایت توانخواهان و مددجویان و توضیحات کافی جهت انجام تحقیق و آزمایش، آنها به دو گروه مداخله (۳۰) نفر و شاهد (۳۰) نفر تقسیم شدند. برای جمع آوری اطلاعات از دو پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF-۳۶ استفاده شد. پرسشنامه SF-36 شامل هشت بعد عملکرد فیزیکی، ایفای نقش، درد بدن، درک کلی از سلامت، سر زندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روان می باشد. از لحاظ موقعیت مکانی و جغرافیایی شهرستان آباءه با تمامی افراد معلول آقا و خانم بالای ۱۸ سال تا ۵۰ سال که توانایی همکاری کردن و آزمایش را داشتند انتخاب و همچنین از لحاظ زمانی این پژوهش در دو ماه اردیبهشت، خرداد سال ۱۳۹۹ بررسی و انجام گرفت. پژوهشگر جهت تکمیل پرسشنامه در صورت لزوم برای افراد شرکت کننده سوالات را قرائت کرده و پاسخ هایشان را بدون هیچ گونه دخل و تصرفی در پرسشنامه ها ثبت نمود داده های به دست آمده با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۱۶ و محاسبه میانگین، انحراف معیار و آزمون آماری تی مستقل و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی پس از آموزش و اجرای خودمراقبتی در گروه مطالعه نسبت به گروه شاهد، از میانگین بالاتری برخوردار است.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی - خود مراقبتی - معلولین

مقدمه

در سال های اخیر شاهد افزایش رو به رشد تعداد معلولان در سراسر جهان بوده ایم. افراد مختلف به دلایل بی شماری به معلولیت های جدی دچار می شوند، به طوری که معلولان حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد از جمعیت کل جهان را تشکیل می دهند (رهبر و همکاران، ۱۳۹۲). عوارض ناشی از معلولیت در افراد مختلف، با توجه به نگرش آنها به آن و برداشتشان از آن، متفاوت است. این مسائل نه تنها بر معلولان بلکه بر خانواده ها و دوستان نزدیک آنان و تقریباً همه افراد جامعه تأثیر می گذارد (نوری، ۱۳۷۴). فربرگ و همکاران کیفیت زندگی را، آن دسته از خصوصیات تعریف می کنند که برای بیمار ارزشمند بوده و در راستای توسعه و حفظ منطقی عملکرد جسمانی، هیجانی و عقلانی او است، به طوریکه فرد بتواند توانائی هایش را در فعالیت های با ارزش زندگی حفظ کند. (فربرگ و همکاران ۱۹۹۹)

طبق آمارهای رسمی کشور در سال ۱۳۹۰، تعداد معلولان کشور یک میلیون و هفده هزار و ششصد و پنجاه و نه نفر، یعنی حدود ۱۰ درصد جمعیت کشور بوده است. (سالنامه آماری کشور، ۱۳۹۰).

اهداف تحقیق:

اهداف کلی

پشتیبانی و هدایت برنامه های خود مراقبتی، کمک به توسعه و گسترش زمینه های خود مراقبتی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی معلولین.

کیفیت زندگی:

فربرگ و همکاران کیفیت زندگی را، آن دسته از خصوصیات تعریف می کنند که برای بیمار ارزشمند بوده و در راستای توسعه و حفظ منطقی عملکرد جسمانی، هیجانی و عقلانی او است، به طوریکه فرد بتواند توانائی هایش را در فعالیتهای با ارزش زندگی حفظ کند (۱۳۹۹).

کیفیت زندگی با تجربه انسان از زندگی در ارتباط است (زان، ۱۹۹۲). از آنجا که توجه صرف بر طولانی کردن عمر بیماران بدون در نظر گرفتن کیفیت زندگی آنان به فراموشی سپردن رفاه و سلامتی آنان است، بنابراین، باید کیفیت زندگی این بیماران و قدرت تطابق یافتن آنان مورد توجه بیشتری قرار گیرد و استفاده از روش های آموزشی مختلف در دسترس ممکن است در این زمینه مفید واقع شود. یکی از موضوعاتی که در اعتباربخشی سازمان های ارائه دهنده خدمات بهداشتی نقش دارد، نحوه ارائه برنامه آموزشی بیمار است (دکاچ و آجولات، ۲۰۰۱؛ کتهام و کنپ، ۱۹۸۲).

توانایی جسمانی و معلولیت، بر سازگاری و سلامت روانی شخص تأثیر می گذارد و در مجموع همه این مسائل کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. (مرادی و همکاران، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی بخش مهمی از احساس سلامت عمومی و مفهومی پویا و چند بعدی است که جنبه های فیزیکی، روان شناختی و اجتماعی زندگی را دربردارد (پوچادی، ۲۰۱۳). سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۳) در تعریف کیفیت زندگی، به درک هر فرد از موقعیت خود در بافتی از نظام های فرهنگی و ارزشی پیرامون و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و علاقه مندی آنها تأکید دارد. در این نگاه، کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که از سلامت جسمانی، رشد شخصی، حالات روان شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط بانهادهای برجسته محیط تأثیر می پذیرد و بر ادراک فرد نیز مبتنی است. بوند ابعاد موثر و سازنده کیفیت زندگی را چنین تعریف می کند: حیطة های جسمی، اجتماعی و روانی سلامت که متاثر از تجارب، باورها، انتظارات و ادراک فرد است. (بوند ۲۰۰۷).

خود مراقبتی:

فعالیت های خود مراقبتی (care-Self)، فعالیت هایی هستند که افراد به منظور حفظ خویشتن و کسب استقلال در زندگی روزمره انجام میدهند. فعالیتهای خود مراقبتی و استقلال در آن تا حد امکان، برای تمام بیماران یکی از مهمترین مسائل می باشد (هلم و رگرس، ۲۰۰۸).

معلول: معلولیت عبارت است از محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد که پیامد نقص و ناتوانی است و مانع از انجام نقشی می شود که برای فرد، با توجه به شرایط سنی، جنسی، اجتماعی، فرهنگی، نرمال و طبیعی تلقی می گردد. (میرخانی، ۱۳۹۵، ص ۴۵).

با توجه به اینکه معلولیت بر ابعاد مختلف اجتماعی و اقتصادی جامعه تاثیر می گذارد، توجه به جنبه های مختلف زندگیاين افراد از جمله بعد سلامت و برنامه ریزی صحیح به منظور مراقبت و تامین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنان ضروری به نظر می رسد. انسان ها موجودی چندبعدی هستند که بی اعتنائی به هر یک از این وجوه، بخشی حیاتی از زندگی افراد را به مخاطره می اندازد و پیامدهای قابل توجهی نیز بر کل زندگی آنان خواهد داشت. (کارسون ۲۰۱۱).

انواع معلولیت

- ۱ - معلول جسمی حرکتی: دچار فقدان، فلج و یا ضعف در دست ها یا پاها و یا هر دو اندام ها گردد.
- ۲ - معلول عقب مانده ذهنی: نقص مغزی موجب ناتوانی فرد در انجام اموری می گردد که سایرین قادر به انجام آن هستند.
- ۳ - معلول حسی: شامل معلولین نابینا و ناشنوا می باشد که دچار فقدان یا نقص در بینایی و یا شنوایی می باشند و قادر به رفع نیازهای ارتباطی نمی باشند.
- ۴ - بیماران روانی مزمن: درست عمل نکردن مغز موجب اختلال در قوه قضاوت فرد می گردد به نحوی که شخصیت و وضعیت فعلی خلقی فرد گاه غیر قابل کنترل می گردد (معطوفی، ۱۳۸۹).

بحث اصلی

خود مراقبتی

تغییر در شیوه زندگی و گرایش به زندگی سالم، با تغذیه مناسب، استفاده از مکمل های غذایی، ورزش منظم، کاهش وزن، کاهش استرس، کاهش دریافت چربی، عدم استفاده از دود، کاهش مصرف نمک، خودداری از خود درمانی، مصرف میوه ها و سبزیجات در رژیم غذایی، کنترل روزانه فشارخون و افزایش مصرف آب، امکا نپذیر خواهد بود. (وان ملدرون، ۲۰۱۲).

یادگیری رفتارهای خودمراقبتی می تواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را با بیماری افزایش دهد، و توان مراقبت از خود را در فرد افزایش دهد. تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به بیماری های مزمن از اهمیت به سزایی برخوردار است. بیماران می توانند با کسب مهارت های مراقبت از خود بر آسایش، توانایی های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تاثیرگذار باشند (تولیجامو و هنتینن، ۲۰۰۱). ارتقای رفتارهای مراقبت از خود می تواند به بیماران کمک کند تا بر روی زندگی خود کنترل داشته باشند و با عوارض ناشی از بیماری خود سازگار شوند که این سازگاری منجر به ارتقاء کیفیت زندگی بیماران می گردد (جارسما و همکاران، ۲۰۰۰). ایفای نقش مراقبت از خود و مشارکت بیمار در درمان از عوامل موثر در بهبود کیفیت زندگی می باشد (کودیات و همکاران، ۲۰۰۵). رفتارهای مراقبت از خود مناسب سبب ارتقاء توانایی ها، انجام بهتر فعالیت های روزانه و دستیابی به استقلال در بیمار می شود و به این ترتیب وی در انجام عملکردهای اجتماعی توانا تر و برای زندگی امیدوارتر می شود و نهایتا از کیفیت زندگی مطلوب تری برخوردار می گردد (جارسما و همکاران، ۲۰۰۰). یکی از بخش های مهم برنامه های کنترل بیماری های مزمن، آموزش و کمک به بیمار جهت انجام رفتارهای مراقبت از خود است و معمولا این آموزش و حمایت توسط پرستاران انجام می گردد. با توجه به نقش کلیدی پرستاران در آموزش رفتارهای مراقبت از خود، شناسایی رفتارهایی که به بهبود کیفیت زندگی می انجامد، راهنمایی برای تنظیم و تدوین بهتر مداخلات پرستاری می باشد (دیتون و گریدی، ۲۰۰۴).

خودمراقبتی بر اساس بررسی مهارتها و نقصهای حرکتی بیمار و مسائل درکی- حسی و شناختی وی برنامه ریزی می گردد. این امر به معلول کمک می کند مهارتهای از دست رفته را باز آموزد و نقصهای موقتی یا دائمی را جبران نماید. هر مهارتی که به بیمار آموزش داده می شود، وی با حمایت و تشویق پرستار و مددکار آن را انجام می دهد. بیمار جهت رفع وابستگی در مراقبت از خود تشویق می گردد و اگر در تعاملات اجتماعی مستقل گردد، درک مثبت از خود تقویت می شود. با حمایت

پرستار و مددکار از خودمراقبتی و انجام آن توسط معلول، وی کنترل خود را دوباره بدست آورده و احساس ارزش نفس می نماید. وقتی مددجو بتواند خودمراقبتی را درک نماید و در آن شرکت نماید، احساس کنترل بیماری مزمن و تغییرات بدنی متعاقب آن در وی ایجاد می شود.

انواع خود مراقبتی برای معلولین: ۱. سلامت عمومی ۲. عملکرد جسمانی ۳. محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی ۴. محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی ۵. درد بدنی ۶. عملکرد اجتماعی ۷. انرژی و شادابی ۸. سلامت روانی

روش های موثر در افزایش خود مراقبتی افراد معلول:

۱. سلامت عمومی

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۸)، سلامت روانی را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف کرده و بیان می دارد که سلامت روان، صرفاً نداشتن بیماری روانی نیست؛ بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی بصورت انعطاف پذیر و معنی دار است (صالحی و دیگران، ۱۳۸۶). دیماتئو (۱۳۸۳) معتقد است که سلامت صرفاً عدم بیماری نیست، شخص ممکن است از نظر آسیب شناسی هیچ گونه مشکل عینی نداشته باشد ولی با وجود این سالم هم نباشد. یعنی هر گونه انحرافی که در حالت احساسی یا کنشی فرد رخ دهد و فرد آن را غیر طبیعی بداند، حاکی از آن خواهد بود که فرد سالم نیست. چاهن (۱۹۹۱) نیز سلامت روانی را وضعیتی از بلوغ روان شناختی تعبیر می کند که عبارت است از حداکثر اثربخشی و رضایت به دست آمده از تقابل فردی و اجتماعی که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به خود و دیگران می شود. چاهن به ذکر پنج الگوی رفتاری در ارتباط با سلامت روان مبادرت کرده است: ۱. حس مسؤولیت پذیری: کسی که دارای سلامت روان است، نسبت به نیازهای دیگران حساس بوده و در جهت ارضای خواسته ها و ایجاد آسایش آنان می کوشد. ۲. حس اعتماد به خود: کسی که واجد سلامت روانی است، به خود و توانایی هایش اعتماد دارد و مشکلات را پدیده ای مقطعی می انگارد که حل شدنی است. از این رو، موانع، خدش های به روحیه او وارد نمی سازد. ۳. هدف مداری: به فردی اشاره دارد که واجد مفهوم روشنی از آرمان های زندگی است و از این رو، تمامی نیرو و خلاقیتش را در جهت دست یابی به این اهداف هدایت می کند. ۴. ارزش های شخصی: چنین فردی در زندگی خود، از فلسفه ای خاص مبتنی بر اعتقادات، باورها و اهدافی برخوردار است که به سعادت و شادکامی خود یا اطرافیانش می انجامد و خواهان افزایش مشارکت اجتماعی است. ۵. فردیت و یگانگی: کسی که دارای سلامت روان است، خود را جدا و متمایز از دیگران می شناسد و می کوشد بازخوردها و الگوهای رفتاری خود را توسعه دهد، به گونه ای که نه همنوایی کور و ناهشیارانه با خواسته ها و تمایلات دیگران دارد و نه توسط دیگران مطرود و متروک می شود (چاهن، ۱۹۹۱، به نقل از گنجی، ۱۳۷۶).

۲. عملکرد جسمانی

آمادگی جسمانی عبارت است از توانایی انجام موثر کارهای فیزیکی و آموزشی و سایر فعالیت ها به نحوی که هنوز قوای جسمانی باقی مانده باشد و در شرایط اضطراری از عهده انجام وظیفه برآیند. عناصر تشکیل دهنده آمادگی جسمانی: ۱. توانایی قلبی و تنفسی ۲. قدرت عضلانی ۳. استقامت عضلانی ۴. قابلیت انعطاف ۵. ترکیب بدنی. توانایی قلبی - تنفسی (استقامت هوازی). مهمترین عنصر تشکیل دهنده آمادگی جسمانی، توانایی قلبی و تنفسی است. دستگاه قلبی، تنفسی از دو سیستم ۱. قلبی عروقی ۲. تنفس تشکیل شده است

۳. محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی

خوردن منظم غذای سالم: صبحانه، نهار، شام و میان وعده های سالم، مصرف ۵ وعده میوه و سبزی در روز، انجام ورزش روزانه: پیاده روی، دویدن، شنا و... انجام معاینات پزشکی ادواری و منظم پیشگیرانه، دریافت خدمات و مراقبت های پزشکی مورد نیاز، استراحت کافی هنگام بیماری، انجام فعالیت های جسمی منظم، داشتن خواب و استراحت کافی، رعایت پوشش مناسب و بر اساس فصول سال، رفتن به تعطیلات، اجتناب از وسایل، لوازم و رفتارهای پرخطر.

۴. محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی

معاشرت و مراوده با دیگران، برقراری ارتباط با خانواده و دوستان، مهربانی با خود و دیگران، افتخار به خود، گریه کردن وقتی که لازم است، جستجوی چیزهایی برای خندیدن، بیان خشم خود به روشی سازنده، اختصاص وقت برای بودن در کنار والدین و برادر و خواهر، مطالعه کتاب هایی که دوست شان داریم.

۵. درد بدنی

درد تجربه ای احساسی و عاطفی است که با آسیبهای شدید بافتی و روانی توأم است یا برحسب چنین معیاری ارزیابی میشود.

۶. عملکرد اجتماعی

خوردن ناهار یا میان وعده روزانه با دوستان، گفتگوی روزانه با دوستان، اختصاص وقت کافی برای انجام کامل تکالیف محوله، چیدمان کلاس و مدرسه به صورت مطبوع و زیبا، متعادل نمودن حجم مطالعه برای کاهش فشار تحصیلی، نظارت فردی و مشورت منظم، شناسایی و استفاده از روش های ارتقای تحصیلی، شرکت در برنامه های فرهنگی هنری و ورزشی، شرکت در دوره های فنی و حرفه ای و مهارت های زندگی و...

۷. انرژی و شادابی

شادی و نشاط نوعی سرمایه اجتماعی است که می توان با سیاست های اجرایی صحیح به نهادینه سازی آن در جامعه کمک کرد تا اینگونه سبب ارتقای کیفیت زندگی افراد و ایجاد نشاط در میان قشرهای گوناگون شد و در سایه چنین فضایی، بالندگی کشور در عرصه های مختلف را به نظاره نشست. یکی از ویژگی های جامعه امروزی گسترش شهرنشینی، دسترسی بیشتر به فناوری، تحمیل استرس های مختلف بر افراد، تعامل بالا و مستعد شدن برای تضعیف هویت فرهنگی، کاهش ارتباطات عاطفی میان مردم، افزایش اختلال های روانی و ... است.

۸. سلامت روانی

اختصاص وقت و زمان روزانه برای تفکر و تأمل، مراجعه به روانپزشک یا روانشناس در صورت بروز مشکل یا ناراحتی روانی، انجام اقدامات لازم برای کاهش تنش و استرس، توجه به تجارب، آرزوها، افکار و احساسات خود، مطالعه شاهکارهای ادبی و هنری، اختصاص زمان مناسب برای رفتن به دامن طبیعت، مهارت های ارتباطی در خانواده، مهارت های حل تعارض، سرسختی و تاب آوری روانی، مشکلات سازگاری و انطباق و ...

نقش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه (CBR) در خود مراقبتی:

CBR، استراتژی جهت افزایش و بهبود کیفیت زندگی افراد معلول از طریق ارتقاء خدمات ارائه شده، ایجاد فرصت های مساوی و حمایت از حقوق انسانی افراد معلول می باشد و در واقع راهبردی جهت توجه به نیازهای افراد کم توان در درون جامعه در تمام کشورهاست(۱). در این برنامه تأکید بر آن است که بخش وسیعی از نیازهای افراد معلول از جمله تحرک، فعالیت های زندگی روز مره زندگی و فعالیت های اجتماعی با توانمند سازی، آموزش و درگیر نمودن فرد معلول، خانواده وی و جامعه محلی مرتفع گردد(نصیری پور و همکاران ۱۳۷۸).

اجرای توان بخشی مبتنی بر جامعه، باعث بهبود وضعیت زندگی و بهبود کارآیی و توانمندی آن دسته از معلولانی شده است که به دلیل بیماری، هزینه و مسافت، قادر به دسترسی به خدمات سازمانی نبودند. از سوی دیگر، باعث گسترش خدمات از کانون توان بخشی پزشکی به جامعه و توجه به تمامی نیازهای روزمره زندگی، اجتماعی و استخدامی معلولین گردیده است. امید است با اجرای توان بخشی مبتنی بر جامعه در کلیه شهرهای کشور به همراه پشتیبانی مالی دولت، سازمان های حمایت کننده، ترویج

و تشویق برخوردهای اجتماعی مثبت و سازنده، مشارکت های اجتماعی و به کارگیری منابع انسانی و مالی در پروژه های علاوه بر بهبود وضعیت زندگی معلولین، بتوان زمین ههای CBR توانمندسازی و ارتقای سطح سلامت آنان را نیز فراهم نمود.

جلسه اول: شامل معارفه، جلب همکاری و اطمینان بخشی، ذکر قوانین گروه و تعداد و اهداف جلسات.

جلسه دوم: بحث راجع به سلامت عمومی و عملکرد جسمانی بود.

در جلسات سوم، چهارم و پنجم: درباره محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی و محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی صحبت شد و تمرینات عملی در گروه اجرا و به اعضا بازخورد ارائه شد.

جلسات ششم، هفتم و هشتم: ضمن بررسی تکالیف جلسات قبل درباره درد بدنی و عملکرد اجتماعی آموزشی داده شد.

جلسه نهم، دهم و یازدهم: شامل آموزش انرژی و شادابی و سلامت روانی بود.

جلسات دوازدهم و سیزدهم: به بررسی تکالیف و آموزشهای قبلی گروه و نظارت بر اجرای درست تمرینها پرداخته شد و ضمن رفع مشکلات اعضا به شکل گروهی تکالیف تمرین شد.

جلسه چهاردهم و پانزدهم: به بررسی پیشرفت آزمودنیها، مرور مهارتهای آموخته شده در جلسات قبل و تعمیم آموخته ها پرداخته شد. نهایتاً پس از آزمون اجرا گردید و از اعضا خواسته شد در جلسه پیگیری حضور یابند.

روش تحقیق

روش تحقیق در این پژوهش، یک طرح نیمه تجربی بود که ۶۰ نفر به صورت تصادفی در سال ۱۳۹۷ انتخاب شدند. با توجه به رضایت توانخواهان و مددجویان و توضیحات کافی جهت انجام تحقیق و آزمایش، آنها به دو گروه مداخله (۳۰ نفر و شاهد (۳۰ نفر) تقسیم شدند. برای جمع آوری اطلاعات از دو پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF-36 استفاده شد. پرسشنامه SF-36 شامل هشت بعد عملکرد فیزیکی، ایفای نقش، درد بدن، درک کلی از سلامت، سرزندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روان می باشد. هر کدام از این هشت بعد، صفر تا ۱۰۰ امتیاز دارد. امتیاز بالاتر، نشانه عملکرد بهتر است. میانگین ابعاد کیفیت زندگی ۵۰ بوده که نمرات بالاتر و پایین تر از ۵۰ نشان دهنده عملکرد بالا و پایین می باشند. این پرسشنامه به چندین زبان مختلف دنیا ترجمه شده است و روایی و پایایی آن در مطالعات متعدد داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته است. در همین رابطه جهت تعیین ثبات درونی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد ($r=0.83$) همچنین برای تعیین پایایی این ابزار از آزمون مجدد استفاده شد ضریب پایایی پیرسون بین دو مرحله با ($r=0.87$) تایید شد. (براز و همکاران، ۱۳۸۴). در این پژوهش از پرسشنامه SF-36 و تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های توصیفی و تحلیلی استفاده گردید.

روزهای مراجعه گروه شاهد و آزمون از یکدیگر جدا شد. هویت و اسامی مراجعه کنندگان طبق ملاحظات اخلاقی ناشناس و مخفی ماند. در سال ۱۳۹۹ شهرستان شاهین دژ نیز حدود ۱۰۰۰ معلول (جسمی، ذهنی، ناشنوا، بینایی) وجود داشته است. جامعه آماری شامل ۶۰ نفر از انواع معلولیت های شهر آباد به با دوجنس مذکر و مونث به نسب مساوی و باسواد انتخاب شدند. پرسش شوندگان بین سنین ۱۸ تا ۵۰ سال بودند. این پژوهش در سال ۱۳۹۹ انجام گردید.

محدوده تحقیق: عنوان پژوهش اثربخشی خود مراقبتی بر معلولین شهرستان آباد می باشد. از لحاظ موقعیت مکانی و جغرافیایی شهرستان آباد به تمامی افراد معلول آقا و خانم بالای ۱۸ سال تا ۵۰ سال که توانایی همکاری کردن و آزمایش را داشتند انتخاب و همچنین از لحاظ زمانی این پژوهش در دو ماه اردیبهشت، خرداد سال ۱۳۹۹ بررسی و انجام گرفت.

پژوهشگر جهت تکمیل پرسشنامه در صورت لزوم برای افراد شرکت کننده سوالات را قرائت کرده و پاسخ هایشان را بدون هیچ گونه دخل و تصرفی در پرسشنامه ها ثبت نمود داده های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و محاسبه میانگین، انحراف معیار و آزمون آماری تی مستقل و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته های تحقیق

مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی معلولین قبل و بعد از مداخله بین دو گروه

زمان	قبل از مداخله		p-value	پس از مداخله		p-value
	آزمون	کنترل		آزمون	کنترل	
عملکرد فیزیکی	۵۰/۳±۱۶/۸	۴۷/۲±۱۲/۷	۰/۵۲۱	۶۸/۸±۱۳/۳	۴۳/۱±۱۰/۸	۰/۰۰۱
ایفای نقش	۵۳/۳±۲۴/۶	۵۶/۲±۱۹/۳	۰/۰۹۲	۶۰/۳±۱۲/۲	۵۸/۲±۱۶/۸	۰/۰۰۱
درد	۷۹/۷±۱۹/۴	۷۶/۷±۱۸/۳	۰/۲۴۶	۹۳/۴±۷/۸	۷۸/۳±۱۷/۵	۰/۰۰۱
سلامت عمومی	۴۹/۳±۱۸/۶	۵۲/۳±۱۷/۳	۰/۱۴۷	۸۲/۳±۹/۷	۵۴/۲±۱۳/۴	۰/۰۰۱
سرزندگی و شادابی	۵۰/۳±۱۴/۶	۴۸/۶±۱۳/۹	۰/۱۲۱	۸۰/۲±۱۰/۸	۴۶/۳±۱۲/۵	۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۵۸/۹±۱۶/۷	۵۶/۹±۱۵/۳	۰/۲۵۱	۶۷/۷±۱۰/۳	۵۳/۷±۱۴/۸	۰/۰۰۱
عملکرد عاطفی	۴۴/۸±۲۸/۵	۴۰/۳±۲۰/۴	۰/۳۲۷	۶۲/۳±۲۴/۲	۴۲/۳±۱۹/۳	۰/۰۰۱
سلامت روانی	۶۳/۵±۱۶/۲	۶۵/۲±۱۶/۳	۰/۵۲۰	۸۹/۲±۱۵/۳	۶۶/۷±۱۵/۸	۰/۰۰۱
نمره کل کیفیت زندگی	۵۵/۲۶±۱۵/۴۲	۵۴/۹۳±۱۶/۲۹	۰/۶۴۸	۷۵/۵۲±۱۷/۵۶	۵۴/۸۵±۱۷/۳۸	۰/۰۰۱

نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمون، قبل از مداخله ۵۵/۲۶±۱۵/۴۲ و در گروه شاهد ۷۵/۵۲±۱۷/۵۶ بود. پس از مداخله مشخص شد تفاوت معناداری ($P<0/005$) بین معلولینی که آموزش خود مراقبتی را دریافت کرده بودند با گروه کنترل در متغیر کیفیت زندگی وجود دارد و خود مراقبتی بر کیفیت زندگی معلولین مؤثر است.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی پس از آموزش و اجرای خودمراقبتی در گروه مطالعه نسبت به گروه شاهد، از میانگین بالاتری برخوردار است.

راهکارها و پیشنهادها

- ۱- پیشنهاد می گردد نسبت به آموزش دوره های خود مراقبتی برای مراکز معلولین و مددکاران و تسهیلگران اقدام گردد.
- ۲- نبود کتب با موضوع خود مراقبتی به صورت تخصصی برای معلولین و مراکز معلولین و مددکاران و تسهیلگران.
- ۳- تغییر در نگرش منفی جامعه و خانواده به معلولین، و تشریح برنامه های خود مراقبتی برای آنها.
- ۴- تهیه و ارائه بروشورهای خودمراقبتی به توانخواهان.

محدودیت های پژوهش

- ۱- با توجه به بی سوادی معلولین آموزش و آگاه سازی و آزمایش با تاخیر به پایان رسید.
- ۲- عدم انجام چنین تحقیقی در شهرستان و استان آذربایجان فارس.

منابع و مراجع

- [۱] اژدری، آ و مقامی، ا. (۱۳۹۷)، بررسی مسائل اشتغال و بیکاری معلولان با تاکید بر اثربخشی مشاوره شغلی (مطالعه موردی شهرستان شاهین دژ) فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران، شماره ۱۴، تابستان ۱۳۹۷، ص ۹۷ - ۸۵.
- [۲] براز، ش و محمدی، ع و برومند، ب. (۱۳۸۴). تاثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده. فصلنامه حیات. سال یازدهم شماره ۲۴ و ۲۵ بهار و تابستان ۱۳۸۴ صص ۶۲-۵۱.
- [۳] رهبر، ف، ممیز، آ. و محمدی، ش. (۱۳۹۲). "شناسایی عوامل موثر فعالیت شرکت های کوچک و متوسط مبتنی بر فناوری در حوزه خدمات معلولین (مطالعه موردی: مدیریت شهری)". مجله توسعه اجتماعی ایران، سال پنجم، شماره چهارم.
- [۴] زندی پور، طیبه (۱۳۸۲). نظام مطلوب اطلاع رسانی شغلی، همایش نقش اطلاع رسانی شغلی در بازار کار.
- [۵] دیماتئو، ام رابین (۱۳۸۳). روانشناسی سلامت. ترجمه محمد کاویانی، محمد عباسپور و دیگران. تهران: انتشارات سمت.
- [۶] سازمان بهداشت جهانی، (۱۳۹۳). توانبخشی مبتنی بر جامعه - راهنمای CBR - مولفه امرار معاش، ترجمه علی مشیری رود سری، تهران، سازمان بهزیستی کشور.
- [۷] صالحی، لیلی و دیگران (۱۳۸۶). رابطه بین اعتقاد های مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۱ (۱)، صص ۱-۱۰.
- [۸] معطوفی، رضا (۱۳۸۹) مجله مددکاری اجتماعی، انجمن مددکاری اجتماعی ایران، تهران.
- [۹] میرخانی، سید مجید (۱۳۹۵). مبانی توانبخشی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- [۱۰] نوری، ا. (۱۳۷۴). "جنبه های روانشناختی ناتوانی جسمی: اشتغال به عنوان مهم ترین عامل". جامعه شناسی کاربردی، شماره ۷: ۸۵-۱۰۶.
- [11] Carson J. components social support and quality of life in severely ill , low income individuals and general population group . community Mental health Journal. 2011;34(5) :459-750
- [12] Chauhan, S.S. (1991). *Mental Hygiene*. New Delhi Alliedpublishers.
- [13] Deaton, C., Grady, K.L. (2004). State of science for cardiovascular nursing outcomes. Journal of Cardiovascular Nursing, 19(5), 329-338.
- [14] Deccache, A., & Aujoulat, I.A. (2001). European perspective: common developments, differences and challenges in patient education. Patient Education, (44), 7-14
- [15] Ferburg K. , Gerontological Rehabilitation Nursing, Philadelphia, W. B. Saunders Com., 1999, PP:199-200
- [16] Holm MB, Rogers JC, Hemphill-Pearson B. The performance assessment of self-care skills (PASS), Assessments in Occupational Therapy Mental Health. 2nd ed: SLACK; 2008.
- [17] Hwang, S.K., & Roulstone, A. (2015). "Enterprising? Disabled? The status and potential for disabled people, s microenterprise in South Korea". Disability & Society, 30(1): 114-129
- [18] Jaarsma, T. et al. (2000). Self care and quality of life in patient with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. Heart Lung, 29(5), 319-330.
- [19] Kodiath, M., Kelly, A., & Shively, M. (2005). Improving quality of life in patient with heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing, 20(1), 43-4.
- [20] Tolijamo, M., & Hentinen, M. (2001). Adherence to self care and social support. Journal of Clinical Nursing, 10(5), 618-628.
- [21] Van Malderen L, Mets T, Gorus E. Interventions to enhance the quality of life of older people in residential long-term care: A systematic review. Ageing Res Rev. 2012 Apr 6.
- [22] Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. Journal of Advanced Nursing, 17, 795-800.