

Look at the phenomenon of rehabilitation in the elderly: A Review study

Gafourzadeh B¹, *Tabari F², Malemir S³, Abolfazli M⁴, Rostami S⁵, Eslami Z⁶

1- MSc Student, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Corresponding author)

Email: ftabari@tums.ac.ir

3- MSc Student, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- MSc Student, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5- MSc Student, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

6- MSc Student, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Increasing this population has its own physical and psychological problems. And has an important effect on the social and economic situation . Rehabilitation is one of the the basic components of health care in the elderly. The aim of this study is the importance of rehabilitation in elderly heath status.

Method: In this review study searching for articles were without time limitation between Cinahl, Pubmed, Science direct, Eevier, SID, Iran medex, Magiran and google scholar. and key words were: aging, rehabilitation, chronic disease, health and health condition. The selection of papers was conducted by York University Guidline.

Results: Rehabilitation has a significant effect on quality of life in elder people with musculoskeletal cardiovascular, respiratory, nervous system and hearing problems. rehabilitation has a significant effect on self care and in dependency of them.

Conclusion: 9 Paper was used from 25 Title obtained,that Five Iranian paper and reminder were foreign. papers stating that rehabilitation can increase the life expectancy and quality of life in olders and with this population growth focuse on rehabilitation can decrease physical and psychological problems and rehospitalization there fore the economic effects decreases and leads to happiness in them and their family.

Keywords: Elderly, rehabilitation, health.

Received: 4 April 2016

Accepted: 12 May 2016

نگاهی به پدیده باز توانی در سالمندی: مطالعه مروری

بهاره غفورزاده^۱، *فریبا تباری^۲، سحر ماله میر^۳، مینا ابوالفضل^۴، سعیده رستمی^۵، زینب اسلامی^۶

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۲- استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: ftabari@tums.ac.ir
- ۳- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۴- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۵- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۶- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نشریه پژوهش پرستاری دوره یازدهم، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۵، ۶۰-۵۲

چکیده

مقدمه: افزایش جمعیت سالمندان که مشکلات سلامتی و جسمی و روان خاص خود را دارند بر وضعیت اجتماعی و اقتصادی کشور ما تأثیر عمیقی دارد. توانبخشی یکی از اجزای اساسی مراقبت بهداشتی در سالمندان است. هدف از این مطالعه بررسی پدیده باز توانی در سالمندان می باشد.

روش: در مطالعه مروری حاضر جستجوی مقالات اینترنتی بدون محدودیت زمانی تا پایان سال ۲۰۱۵ در پایگاه های Cinahl, Pubmed, Science direct, Eevier, SID, Iran medex, Magiran و Google scholar انجام گردید و از کلید واژه های انگلیسی و فارسی Elderly, Rehabilitation, Health, Chronic diseases, , Health status، سالمندی، توانبخشی، باز توانی، بیماری های مزمن، سلامت و وضعیت سلامتی استفاده گردید. پروتکل براساس راهنمای دانشگاه یورک برای انتخاب مقالات در نظر گرفته شد.

یافته ها: از ۲۵ عنوان بدست آمده ۹ مقاله مورد استفاده قرار گرفت، که پنج مقاله ایرانی و بقیه خارجی بودند. مقالات حاکی از این مهم بودند که باز توانی توسط تیم حرفه ای تأثیرات بسزایی در افزایش کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به اختلالات عضلانی اسکلتی، تنفسی، قلبی عروقی و عصبی و شنوایی دارد و در خود مراقبتی و استقلال آنها سهم عمده ای را شامل می شود.

نتیجه گیری: باز توانی در سالمندان منجر به افزایش کیفیت زندگی و امید به زندگی سالمندی شده و با توجه به افزایش روز افزون جمعیت سالمندی دنیا تمرکز بر باز توانی این قشر و کاهش مشکلات جسمی - روانی و دفعات بستری آنها منجر به کاهش بار مالی جامعه و افزایش رضایتمندی سالمندان و خانواده های آنها می گردد.

کلید واژه ها: سالمندان، باز توانی، سلامتی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱/۱۵

مقدمه

جمعیت سالمندان احتمالاً مهمترین پدیده دموگرافیک جهان در پایان قرن بیست و شروع قرن بیست و یک می باشد. جمعیت سالمندان به عنوان افراد بالای شصت سال و بالاتر تعریف شده است که رشد ۲,۴٪ در مقایسه با رشد ۱,۷٪ کل جمعیت دنیا دارد. به نظر می رسد که این جمعیت در سال ۲۰۲۵ به یک میلیارد و دویست و نه میلیون نفر افزایش پیدا می کند که نشان دهنده این مطلب است که هر ۲۵ سال این گروه جمعیتی دو برابر می شود (۱). یکی از مسائل عمده جمعیتی سالخوردگی جمعیت و پیامدهای ناشی از آن است. در حال حاضر کشور ایران نیز مرحله انتقال ساختار سنی جمعیت از جوانی به سالخوردگی را تجربه می کند. در ایران نیز به کمک افزایش شاخص های بهداشتی و درمانی، اقتصادی و اجتماعی هم اینک شاخص امید به زندگی به ۷۴ سال رسیده و پیش بینی می شود جمعیت بالای ۶۰ سال ایران در سال ۲۰۲۱ به بیش از ۱۰٪ جمعیت کل کشور و در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۰٪ این جمعیت بالغ شود. نگاهی به روند افزایش جمعیت سالمندی در ایران در سالیان اخیر نشانگر این مطلب است که در سال ۱۳۳۵ که جمعیت بالای ۶۰ سال تنها ۳,۲٪ جمعیت کشور را تشکیل می داد در آخرین سرشماری سال ۱۳۸۵ حدود ۷٪ جمعیت ۷۰ میلیون نفری را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند (حدود ۵ میلیون نفر) که پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ میلادی به حدود ۱۰ میلیون نفر برسد. برآوردهای سازمان ملل نیز نشان دهنده این مطلب است که تا سال ۲۰۵۰ میلادی جمعیت افراد سالمند کشور ایران بیش از ۲۶ میلیون نفر خواهد شد. شدت این افزایش جمعیت کشور ایران از سال ۱۴۱۵ به بعد نمایان خواهد شد (۲).

ضمن اینکه سلامتی یک روند پویا است و با گذشت زمان مفهوم آن تغییر خواهد کرد برای افراد مختلف نیز معانی گوناگونی دارد حتی یک فرد هم در طول زندگی خود ممکن است تعاریف مختلفی از سلامتی داشته باشد (۳). اولویتها و انتظارات مربوط به مفاهیم سلامتی در یک انسان ۷۰ ساله با تفکرات او در ۳۰ سالگی به طور قطع متفاوت خواهد بود (۴). مطالعات نشان دادند که برای تعیین نیازهای سلامتی دو رویکرد اصلی وجود دارد که مدل های پزشکی و عملکردی نامیده می شوند. افرادی که به مدل پزشکی بر این اعتقادند که تعیین سلامت سالمندان و نیازهای سلامتی آنان انجام معاینات فیزیکی ضروری است و گروه دوم که بر مدل عملکردی اعتقاد دارند بر این باورند که همان مسائلی که یک سالمند شخصاً

بیان می کند می تواند بهترین معیار برای مشخص نمودن وضعیت سلامتی او و سیستم های حمایتی مورد نیازش باشد (۷۶,۵). در دوران سالمندی، سیستم های مختلف بدن تحلیل می رود و در عمل، توانایی های انسان کاهش می یابد. این روند موجب افزایش ناتوانی، کاهش تصاعدی و پیش رونده در توانایی حرکتی، عملکرد حافظه، کاهش استقلال، افزایش وابستگی سالمندان به دیگران و نیز افزایش هزینه های مراقبت و فشار اقتصادی بر سیستم های بهداشتی درمانی آنان می شود. بر این اساس، کیفیت زندگی سالمندان و خانواده های آنها را تحت تأثیر بار مراقبت یا فشار قرار می دهد که باعث شده توجه به توانمندسازی آنها یک ضرورت محسوب شود (۱۱,۱۰,۹,۸).

توانبخشی عبارت است از فرآیندی هدف گرا و دارای محدودیت زمانی که هدفش توانا ساختن یک شخص دارای اختلال برای رسیدن به یک سطح ذهنی، جسمی، اجتماعی و کارکردی مناسب است که در این راه او را برای تغییر دادن زندگی اش با ابزارهایی مجهز می سازد (سازمان بهداشت جهانی WHO) (۱۲). توانبخشی یکی از اجزای اساسی مراقبت بهداشتی در سالمندان است به دلیل اینکه شیوع ناتوانی با گذشت هر دهه از زندگی افزایش پیدا می کند و همچنین تشخیص و درمان ناتوانی تمرکز اولیه تیم حرفه ای بازتوانی می باشد و به دلیل وجود نیاز مداوم جهت شناسایی ناتوانی حاد مرتبط با بیماری مزمن در سالمندان از سایر خدمات بازتوانی متمایز است (۱۳).

مدل who ناتوان شدن را به صورت بیماری، نقص عملکرد، ناتوانی و معلولیت تعریف می کند. بیماری، فرآیند تشخیصی و پاتولوژیکی است. نقص عملکرد، کمبود ظرفیت یا کارایی در سطح عملکرد عضو می باشد و به هر نوع ناهنجاری یا کمبود در ساختار یا کارکرد روانی، فیزیولوژی و کاربردی را اختلال یا نقص عملکرد می گویند. ناتوانی، محدودیت یا فقدان توانایی برای انجام فعالیت های روزمره زندگی است و هر نوع کمبود یا فقدان توانایی که فعالیت فرد را برای انجام کار به روشی که افراد عادی انجام می دهند، محدود سازد یا دامنه فعالیتها را از حالت طبیعی خارج سازد را ناتوانی می گویند. معلولیت، ناتوانی ناشی از نقص عملکرد است که ایفای نقش فرد را دچار محدودیت می سازد علاوه بر این معلولیت پیامد محدودیت هایی است که فرد به عنوان نتیجه اختلالات یا ناتوانی ها تجربه می کند، معلولیت ها انکاس تعامل انطباق فرد با محیط است. معلولیت ایفای عادی نقش فرد را با توجه به سن،

Health status: سالمندی، توانبخشی، بازتوانی، بیماریهای مزمن، سلامت و وضعیت سلامتی استفاده گردید. انتخاب مقالات براساس راهنمای دانشگاه یورک انجام شد. در این پروتکل جهت معیارهای ورود شامل سؤال مرور، معیار ورود و خروج، راهکارهای جستجوی مقالات، انتخاب مطالعات، استخراج داده ها، ارزیابی کیفیت مقالات و تحلیل داده ها و انتشار و بکارگیری مقالات استفاده شد.

مرحله غربالگری :

در جستجوی اصلی ۲۵ مقاله یافت شد، بررسی اولیه ای انجام شد که طی آن، ۹ مقاله تکراری حذف گردید. در غربالگری مرحله دوم موضوعات و خلاصه مقالات و کلید واژه ها بررسی شدند و ۷ مقاله غیر مرتبط نیز از محدوده بررسی خارج شد و در نهایت کار با ۹ مقاله مرتبط که پنج مقاله ایرانی و بقیه خارجی بودند مطابق جدول شماره یک انجام گردید.

جنس و عوامل اجتماعی و فرهنگی وی محدود می سازد و یا از آن جلوگیری می کند. اختلال یا نقص در سطح ارگان اتفاق می افتد در حالی که ناتوانی در سطح شخص و معلولیت در سطح جامعه رخ می دهد (۱۴و۱۵). با توجه به مطالب فوق، هدف از این مطالعه مروری بررسی پدیده بازتوانی در سالمندی می باشد.

روش مطالعه

در مطالعه حاضر جستجوی اینترنتی مقالات بدون محدودیت زمانی از پایگاه های اطلاعاتی خارجی Cinahl, Pubmed, Eevier, Science direct و Google scholar و پایگاه فارسی Magiran, Iranmedex, SID انجام گردید. درجستجوی فوق از کلید واژه های انگلیسی و فارسی Elderly, Rehabilitation, Chronic diseases, Health

جدول ۱: مقالات استفاده شده در مرور

عنوان	ویژگی های محیط و نمونه پژوهش	ترکیب و میزان مداخله	معیارهای برآیند	نتایج/نتیجه گیری
تاثیر مداخلات کاردرمانی مراجع مدار بر رضایتمندی و عملکرد سالمندان مبتلا به سکته مغزی در فعالیتهای خودمراقبتی (۱۶)	جامعه مورد بررسی افراد مبتلا به سکته مغزی کلینیک توانبخشی بیمارستان توانبخشی رفیده در تابستان ۱۳۸۸ بودند. بدون ناتوانی جسمی و روانی، و توانایی برقراری ارتباط و تکلم و درک دستورات کلامی را نیز دارا بودند .	مطالعه از نوع تجربی بوده و جهت بررسی عملکرد و رضایتمندی بیمار در حیطه های عملکرد کاری مانند فعالیت خودمراقبتی طراحی شده است . افراد در گروه مداخله به مدت ۸ هفته ، هر جلسه ۲۵ دقیقه تحت درمان مداخلات کاردرمانی مراجع مدار قرار گرفتند .	معیانه مختصر وضعیت روانی MMSE و آزمون بارتل انجام شد . از مقیاس ارزیابی عملکرد کاری کانادایی COPM و از آزمون T زوجی و t مستقل و کلموگروف اسمیرنوف استفاده شده است .	مداخله کاردرمانی مراجع مدار بر رضایتمندی عملکرد و استقلال فعالیتهای خودمراقبتی افراد مبتلا به سکته مغزی اثر دارد و می تواند روش ترجیحی کاردرمانی باشد .
تاثیر پروتکل تمرین های عملکردی، تعادلی و تقویتی در درمان اختلال های کنترل وضعیت و تعادل در بیماران همی پارزی (۱۷)	از بین بیماران آسایشگاه سالمندان کهریزک تهران ۳۴ بیمار همی پارزی ثانویه مبتلا به سکته مغزی از طریق نمونه گیری در دسترس و انتخاب شدند. که بیش از یک سال از سکته مغزی آنها گذشته بود و سنین ۴۰ تا ۶۰ سال، که دارای اختلالاتی مانند همی پارزی ثانویه به سکته مغزی، توانایی ایستادن با چشمان باز و پاهای جدا از هم حداقل به مدت ۳۰ ثانیه بودند ، واز توانایی فهم آموزش ها و تغییر جهات ساده برخوردار بودند و برنامه فیزیوتراپی در طی مطالعه نداشتند . بیماران به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند.	کارآزمایی بالینی است که پس ارزیابی به مدت ۱۲ جلسه ، هر هفته سه جلسه و هر جلسه به مدت ۳ ساعت تمرین انجام شد و در هر جلسه ۱۰ بار تمرینات تکرار شدند و در بین تمرینات استراحت در نظر گرفته شد .	از مقیاس تعادلی FBSS استفاده شد . و آزمون های t زوجی و t مستقل و آزمون من ویتنی و ویلکاکسون استفاده شده است .	نتایج این مطالعه از موثر بودن تمرین های تقویتی عضلات در بهبود کنترل پروسچر و تعادل در مراحل مزمن توانبخشی بعد از سکته مغزی حمایت می کند.

مطالعه حاضر نشان داد نمره کل کیفیت زندگی شامل خرده مقیاس جسمی و روانی در گروه آزمون که برنامه باز توانی ریه را به کار می بردند نسبت به گروه شاهد تفاوت معنی داری یافته است.	برای تعیین شدت بیماری از اسپیرومتری استفاده شد. هم چنین پرسشنامه دموگرافیک و سنجش میزان کیفیت زندگی (SF-۱۲) دیگر ابزارهای سنجش بودند.	یک تحقیق نیمه تجربی است. ابتدا کیفیت زندگی دو گروه توسط پرسشنامه SF-۱۲ سنجیده شد و سپس در گروه آزمون برنامه باز توانی ریه در طول ۲ ماه هر روز صبح و عصر به مدت ۲۰ دقیقه انجام گرفت. در پایان دو ماه مجدداً کیفیت زندگی دو گروه سنجیده شد.	مطالعه در بیمارستان های آموزشی شهر اصفهان در سال های ۸۶-۸۵ بر روی ۸۰ سالمند بالای ۶۰ سال که به روش نمونه گیری تصادفی در دو گروه ۴۰ نفره آزمون و شاهد قرار گرفتند، انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش: هوشیار بودن بیمار و توانایی انجام فعالیت، ابتلا به شدت متوسط بیماری براساس نتایج اسپیرومتری، بستری بودن در زمان تشخیص بیماری در بیمارستان، سن بالای ۶۰ سال، عدم استفاده از دیگر برنامه های باز توانی به جز اسپیرومتری تشویقی و فیزیوتراپی قفسه سینه، عدم دریافت برنامه آموزشی از منابع دیگر، مبتلا نبودن به بیماری زمینای دیگر مانند سرطان و بیماری قلبی.	تأثیر برنامه باز توانی ریه بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه (۱۸)
نتایج مطالعه نشان داد افزایش در زمان راه رفتن در گروهی که تحت باز توانی ریه با گام شمار بودند بیشتر از گروهی بود که فقط باز توانی ریه داشتند.	از شتاب سنج سه محوره برای اندازه گیری فعالیت فیزیکی و گام شمار برای باز خورد آنها جهت سنجش تأثیر مداخلات استفاده شد. فعالیت فیزیکی، عملکرد ریه و ظرفیت ورزش (۶ دقیقه پیاده روی)، قدرت عضله چهار سر ران قبل از توانبخشی ریوی در وضعیت پایه و یک سال بعد ارزیابی شدند.	در این مطالعه کار آزمایی بالینی یک گروه فقط تحت باز توانی ریه مبتنی بر منزل قرار گرفتند و گروه دیگر علاوه بر باز توانی ریه باز خورد آنها توسط گام شمار ارزیابی می شد. فعالیت فیزیکی، عملکرد ریه و ظرفیت ورزش (۶ دقیقه پیاده روی)، قدرت عضله چهار سر ران قبل از توانبخشی ریوی در وضعیت پایه و یک سال بعد ارزیابی شدند.	مطالعه روی ۵۲ بیمار سالمند مبتلا به COPD با شدت متوسط تا شدید در بیمارستان شهر آکیتا در ژاپن انجام شد. این بیماران به طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. معیارهای ورود این بود که بیماران در وضعیت پایداری بدون عفونت یا تشدید COPD حداقل در سه ماه قبلی باشند. بتوانند بدون کمک راه بروند، بیماری شدید و ناپایدار قلبی، بیماری ارتوپدی، اختلال ذهنی که باعث اختلال در فعالیت فیزیکی زندگی روزانه شود، نداشته باشند.	تأثیر ورزش با شدت کم و باز توانی ریه مبتنی بر منزل با گام شمار روی فعالیت فیزیکی در بیماران سالمند دارای بیماری مزمن انسدادی ریه (۱۹)
مطالعه حاضر نشان داد، بیشترین نمره تست و بیشترین بهبود در بیماران مبتلا به استوار تریت هیپ و زانو مشاهده شد. درمان کینتیک، الکتروتراپی و همچنین دارویی منجر به بیشترین بهبود شدند و درمان دستی تأثیر کمتری نسبت به درمانهای دیگر داشته است.	برای بررسی بیماران از تست تعدیل شده عملکرد فیزیکی استفاده شد. همچنین ابزار آنالیز داده ها و نمودار ها مورد استفاده قرار گرفت.	همه بیماران تحت درمان دارویی و همچنین توانبخشی طبی قرار گرفتند که شامل الکتروتراپی با فرکانس کم، متوسط و زیاد، درمان دستی و درمان کینتیک می باشد و از تست عملکرد فیزیکی برای بررسی توانایی انجام فعالیتهای روزانه بعد از پذیرش و قبل از ترخیص استفاده شد.	مطالعه در مرکز روماتولوژی و توانبخشی طبی اورژانس بیمارستان شهر تیموسوارا بر روی ۵۰ بیمار مبتلا به استوار تریت ستون مهره های کمری، هیپ، زانو و قوزک پا انجام شده است.	”بهبود بیومکانیکی مفاصل درگیر در راه رفتن توسط افزایش تأثیر درمان توانبخشی طبی” (۱۵)
نتایج مطالعه بیانگر پیشرفت معنادار قدرت اندام تحتانی هر دو گروه بود. اما نتایج نهایی آزمون قدرت، بر برتری ۲۵ درصدی گروه برخوردار از شدت فشار از گروه دیگر دلالت داشتند. در نتیجه یافته ها نشان میدهند که افزایش تدریجی شدت فشار تمرین بعد از عمل تعویض زانو، هم از بروز وقفه در روند پیشرفت قدرت اندام تحتانی جلوگیری میکند و هم موجب افزایش اثر تمرین میشود.	برای اندازه گیری قدرت اندام تحتانی (متغیر وابسته) از آزمون نشست و برخاست از صندلی استفاده شد. همچنین آزمونهای کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون تحلیل واریانس دوسویه و یک سویه، آزمون تعقیبی LSD و آزمون t مستقل برای تجزیه تحلیل آماری داده ها مورد استفاده قرار گرفت.	مطالعه از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون برای دو گروه کنترل و تجربی بود که به صورت تصادفی به دو گروه پانزده نفر کنترل و تجربی تقسیم شدند. رژیم تمرینی یکی از گروهها، اجرای تمرینات بدنی معمول برای بیماران بعد از عمل آرتروپلاستی بود. اما در پروتکل تمرینی گروه دیگر، شدت فشارها مرحله ای افزایش مییافت. قدرت اندام تحتانی گروههای کنترل و تجربی در سه مرحله پیش آزمون، پایان مرحله اول تمرینی، پایان مرحله دوم تمرینی اندازه گیری شد.	مطالعه بر روی ۳۰ سالمند ۶۵-۷۰ ساله ای انجام شد که به علت ابتلا به آرتروز پیشرفته در یک پا، در بیمارستانهای جم، پارسیان، بانک ملی و اختر شهر تهران توسط پزشکی معین با روشی مشابه تحت عمل تعویض زانو قرار گرفته بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل، انجام عمل TKA یکطرفه در اثر ابتلا به آرتروز پیشرفته، موافقت با شرکت در پژوهش، برخورداری از دامنه سنی ۶۵ تا ۷۰ سال، کسب اولین تجربه در عمل TKA، انجام عمل جراحی توسط پزشک مورد نظر در پژوهش، حضور در تهران بود.	تأثیر یک برنامه باز توانی با شدت فزاینده بر پویایی رشد قدرت اندام تحتانی سالمندان مبتلا به آرتروز، پس از عمل تعویض زانو (۲۰)

واحد های توانبخشی و مراکز قلبی دانمارک، و نمونه ها شامل ۴۰ سالمند بالای ۶۵ سال مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب بوده اند. معیارهای ورود شامل: بیماران بالای ۶۵ سال با حوادث عروق کرونری اخیر که تشخیص MI داشتند، بیماران که PCI و یا CABG انجام دادند و یا بیماران که توانبخشی در مراکز را رد نمودند.	توانبخشی قلبی مبتنی بر منزل جایگزین جذاب نسبت به توانبخشی غیر قلبی برای بیماران عروق کرونری (۲۱)	در این مطالعه کارآزمایی بالینی که در ۴۰ بیمار بالای ۶۵ سال انجام شد بیماران به طور تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. بیماران توسط فیزیوتراپ ۲ بار در مدت ۶ هفته آموزش داده شدند. در طی این مدت به سوالات آنها بصورت تلفنی پاسخ داده می شد و بازتوانی به مدت ۶ روز در هفته و به مدت ۳۰ دقیقه انجام شد. ۵۰ دقیقه صرف گرم کردن و ۱۰ دقیقه صرف سرد کردن می شد سپس بیماران در ابتدا بعد از ۳، ۶ و ۱۲ ماه توسط کاردیولوژیست مشاوره شدند.	نتایج نشان داد بیماران که بازتوانی قلبی مبتنی بر منزل داشتند در ۳ ماه اول بهبود در عملکرد (۶ دقیقه پیاده روی) داشتند. ولی در ۱۲ ماه بعد تفاوت معناداری در سطح عملکردی دو گروه وجود نداشت و در پیامدهای ثانویه (فشارخون، توده بدنی، سطح کلسترول، ترک سیگار، کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی) نیز بعد از ۳-۶-۱۲ ماه تفاوت معناداری در دو گروه مشاهده نشد.
بیماران با نارسایی قلبی با سن بیش از ۶۰ سال و عضو انجمن قلب نیویورک.. معیارهای ورود شامل: بیماران با نارسایی تیپ ۲ و ۳ و اختلال عملکردی سیستول بطن چپ و بیماران که EF کمتر از ۴۰٪ دارند.	بازتوانی قلبی در بیماران مسن با نارسایی قلبی (۲۲)	کارآزمایی بالینی که در آن ۲۰۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی تیپ ۲ و ۳ مورد بررسی قرار گرفتند و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند و مداخلات شامل: تجویز ورزش، آموزش، رژیم و شغل درمانی و مشاوره های روانشناسی می باشد.	نتایج در گروه مداخله بهبود معناداری در کیفیت زندگی و سطح عملکردی (۶ دقیقه پیاده روی) آنها نشان داد. و هم چنین در گروه مداخله میزان پذیرش و بستری شدن در بیمارستان کاهش یافت
روی ۵۲ سالمند ۵۱ تا ۹۷ ساله مطابق با برنامه غربالگری شنوایی انجمن گفتار و شنوایی آمریکا (۱۹۹۷) صورت گرفت تا شیوع اختلال شنوایی و نیاز به سمعک در آنها بررسی شود. به منظور بررسی ناتوانی شنیداری از خود ارزیاب معلولیت شنوایی سالمندان - نسخه غربالگری استفاده شد. معیار ورود به مطالعه عبارت بود از عدم ابتلا به آلزایمر و پر خورداری از توانایی جسمی به حدی که امکان همکاری در ادیومتری وجود داشته باشد.	غربالگری شنوایی و نیاز به بررسی نیاز به سمعک در سالمندان (۲۳)	این مطالعه یک پژوهش مقطعی تحلیلی بوده روی ۵۲ سالمند ۵۱ تا ۹۷ ساله مطابق با برنامه غربالگری شنوایی انجمن گفتار و شنوایی آمریکا (۱۹۹۷) صورت گرفت.	نتایج مطالعه نشان داد که بالغ بر ۸۶ درصد افراد مورد مطالعه دچار درجات مختلفی از کم شنوایی هستند همچنین یافته های پژوهش حاکی از شیوع بالای کم شنوایی در سالمندان است.

بحث

در مطالعات انجام شده مشخص گردید که بیماران سالمند اغلب مشکلات خاص و نیازهای مربوط به افزایش سن را دارند، همچنین آنها گرایش به سمت مشکلات چند عضوی، روحی، شناختی و اجتماعی را دارا می باشند که در نهایت سبب کاهش عملکردشان می گردد. بنابراین یک برنامه توانبخشی موثر برای بهبود وضعیت عملکردی و حرکتی افراد سالمند ضروری است تا بتوانند برای ادامه زندگی به خانه های خودشان بازگردند (۲۴). همچنین تحقیقات انجام گرفته حاکی از این مهم نیز می باشند که توانبخشی سالمندان به عنوان یک رشته مورد علاقه امید بخش به وجود آمده است و به

عنوان مداخلات ارزش گذارانه، تشخیصی و درمانی تعریف گردیده که هدفش حفظ توانایی فیزیکی یا افزایش ظرفیت عملکردی باقی مانده در سالمندان مبتلا به اختلالات ناتوان کننده می باشد. بنابر این توانبخشی نقش ضروری و غیر قابل جایگزین در خنثی نمودن آسیبها و بهبود توانایی ها دارد (۲۵). در واقع هدف اصلی مداخلات توان بخشی در سالمندان حفظ استقلال حرکت و فعالیت های روزانه زندگی است. برنامه های صحیح و اهداف، رویکردی بر توانایی باقی مانده و نیازهای عملکردی سالمندان دارند، به دلیل اینکه محدودیت ها و ناتوانایی ها می توانند مختلف و پیچیده باشند، مداخلات توانبخشی فردی و چند هدفی برنامه ریزی شده اند که

تطبیق دهند (۲۹). با توجه به تمام مسائل فوق بازتوانی تاثیر مثبتی در افزایش کیفیت زندگی افراد سالمند داشته و منجر به جلوگیری از آسیب های احتمالی که آنها را در معرض خطر قرار می دهد می گردد؛ شرکت سالمند به همراه اعضای خانواده نقش مهمی در نیل به اهداف فوق دارد.

نتیجه گیری

به طور کلی بازتوانی در سالمندان در تمام ابعاد جسمی، روانی، خانوادگی، معنوی و اجتماعی صورت گرفته است، که برای پرداختن به تمام این ابعاد دانش و مهارت کافی مورد نیاز می باشد و پرستاران نقش بسیار پررنگی در این زمینه دارند. به طوری که متعهد بودن پرستاران به اجرای دقیق برنامه بازتوانی سبب ایجاد انگیزه برای بیماران جهت مشارکت می گردد و همچنین می تواند نقش مؤثری در ارتقای کیفیت زندگی این مددجویان نسبت به قبل از انجام این برنامه ها داشته باشد. بنابر این با در نظر گرفتن افزایش سن جمعیت جهان و افزایش تعداد سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن، نیاز رو به رشدی برای برنامه های توانبخشی خصوصا در بیماران سالمند وجود دارد.

شامل مشارکت خانواده و مراقبت دهندگان، خصوصا در افراد سالمند تحیف هستند (۲۶).

پرستارانی که در زمینه بازتوانی (به خصوص بازتوانی سالمندان) فعالیت می کنند، نقش های متعددی را برای تداوم مراقبت سلامت بر عهده دارند و برای کمک به بیماران جهت دستیابی به بالاترین سطح سلامت، می توانند مهارت های خود را در ارتباطات موثر بین بیمار و خانواده و تیم بازتوانی به کار گیرند و به وسیله آموزش، فرآیند بازتوانی را ارتقا دهند و ناتوانی را به حداقل ممکن کاهش دهند. پرستاران متخصص بازتوانی با بهره گیری از درمان های تجویز شده و حمایت های اجتماعی، بهترین نتایج را کسب می کنند. در فرآیند بازتوانی پرستار مراقبت و آموزش خود مراقبتی را توسط استفاده از داروهای تجویزی، خواب، تغذیه، ایمنی و مراقبت پوست، روده و مثانه اجرا می نماید و عملکردهای باقیمانده را حفظ نموده و از ایجاد عوارض جدید پیشگیری می نماید (۲۷).

بازتوانی در سالمندان یک فرآیند مادام العمر است و تاثیر بسزایی بر بازگشت به زندگی و اجتماع دارد. بازتوانی را می توان به عنوان احیا فرد در نظر گرفت که هدف آن قادر ساختن افراد مسن برای بالا بردن پتانسیل باقیمانده زندگی خود است (۲۸). در بازتوانی سالمندان باید همراهان وی آگاه و فعال بوده و خود را با او

References

1. Ocampo JM. Self-rated health: Importance of use in elderly adults. Colombia Médica. 2010;41(3):275-89.
2. Statistical Centre of Iran: National Population and Housing Census. 2011. [Cited 2015 March 26]. Available from www.amar.org.ir/Portals/1/Iran/90.pdf.
3. Rob B. Public Health Policy and Politics. London: Mac Millan press, 2000.
4. Eliopoulos c., Gerontological Nursing. Philadelphia: lippincotte, 2010.
5. Shanas E. Measuring the home health needs of the aged in five countries. J Gerontol. 1971 Jan;26(1):37-40.
6. Haber LD. Identifying the disabled: concepts and methods in the measurement of disability. Soc Sec Bull. 1967;30:17.
7. Lawton MP. The functional assessment of elderly people. J Am Geriatr Soc. 1971 Jun;19(6):465-81.
8. Adib M. Evaluation of disability and its related factors in elderly Kashan. Iranian Journal of Ageing. 2008;3(8):547-55. 3.
9. Graciani A, Banegas JR, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. Prevalence of disability and associated social and health-related factors among the elderly in Spain: a population-based study. Maturitas. 2004;48(4):381-92.
10. What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be

prevented? [Internet]. 2003 [cited 2013 Oct 28] Available from: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/74708/E82970.pdf. Accessed: May 5 2011-10-2011.

11. Joakar Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Khanke HR, Tafti S. [Effects of pulmonary rehabilitation home-based on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease]. (Theses of master of nursing). Welfare & Rehabilitation University. 2012 (Persian).

12. www.who.int.

13. cutson TM, Bongiorno DR: Rehabilitation of the older lower limb amputee : a brief review . J Am Geriatr SOC 44 :1388, 1996.

14. McBride KL, White CL, Sourial R, Mayo N. Postdischarge nursing interventions for stroke survivors and their families. Journal of advanced nursing. 2004 Jul 1;47(2):192-200.

15. Surducan D, Neme° D, Huþ F, Andrei F, Folescu R, Popa C. THE BIOMECHANIC IMPROVEMENT OF JOINTS INVOLVED IN GAIT BY INCREASING OF MEDICAL REHABILITATION TREATMENT EFFICIENCY. Romanian Journal of Functional & Clinical, Macro-& Microscopical Anatomy & of Anthropology/Revista Româna de Anatomie Functionala si Clinica, Macro si Microscopica side Antropologie. 2013 Apr 1;12 (2).

16. Ghavami M. The effect of client-centered occupational therapy on the self-care satisfaction and performance of older adults with cerebrovascular accidents . Salmand. 2011; 6 (3) :26-33.

17. Akbari, A., HOSSEIN KARIMI, ANOUSHIRAVAN KAZEMNEJAD, and M. GHABAEI. "The effect of functional, balance and strengthening exercises protocol in treatment of postural control and balance problems in hemi paretic patients." (2004): 11-21.

18. Mirbagher-Ajorpaz N, Rezaei M. The effect of pulmonary rehabilitation program on quality of life of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2010; 13(1): 30-35.

19. Kawagoshi, A. Kiyokawa, N. Sugawara, K. Takahashi, H. Sakata, Sh. Satake, M. Shioya, T. . Effects of low-intensity exercise and home-based pulmonary rehabilitation with pedometer feedback on physical activity in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. Respiratory medicine (2015) 104, 364-371.

20. ghaeeni s, amirkhani f. The Effect of a Rehabilitation Program with Progressive Intensity on Dynamic Growth of Lower Extremity Strength in the Elderly with Osteoarthritis after Total Knee Arthroplasty. Journal of Sport Medicine. 2015;7(1):69-84.

21. Oerkild B, Frederiksen M, Hansen JF, Prescott E. Home-based cardiac rehabilitation is an attractive alternative to no cardiac rehabilitation for elderly patients with coronary heart disease: results from a randomised clinical trial. BMJ open. 2012 Jan 1;2(6):e001820.

22. Austin J, Williams R, Ross L, Moseley L, Hutchison S. Randomised controlled trial of cardiac rehabilitation in elderly patients with heart failure. European Journal of Heart Failure. 2005 Mar 1;7(3):411-7.

23. Jalilvand Karimi L, Ashrafi M, Khosravi E, Shahidipour Z, Vafae F. Hearing screening

in the elderly and evaluating the need for hearing aid. *Audiology*. 2007 Jun 15;16(2):38-45.

24. Soares D, Magalhaes S, Viamonte S. Home-Based Programs and Application of New Technologies in Cardiac Rehabilitation. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2013 Oct 24;2013.

25. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, et al. Heart disease and stroke statistics—2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2009;119: 480–6.

26. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997;349:1498–504

27. Razavi-Kia M, Ansari M. Review: Patients pivoted Nursing Rehabilitation for Older People with Dementia. *RJ*. 2007; 8 (1) :79-86

28. Mackay-Lyons MJ, Makrides L. Exercise capacity early after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;83:1697e702.

29. Naghdi S, Ansari NN, Mansouri K, Hasson S. A neurophysiological and clinical study of Brunnstrom recovery stages in the upper limb following stroke. *Brain Inj* 2010;24:1372e8

30. Yap SG , Chua KS , Rehabilitation outcomes in elderly patient with traumatic brain injury in singapore , 2008 May-Jun;23(3):158-63. Doi: 10.1097/01.HTR.0000319932.15085.fe