

مقاله پژوهشی

بررسی تأثیر برنامه آموزشی خودمراقبتی در بهبود کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر زنجان

فاطمه سلیمی^{۱*}، غلامرضا گرمارودی^۲، سید مصطفی حسینی^۳، عزیزاله باطبی^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۲ دکتری تخصصی، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۳ دکتری تخصصی، گروه آمارزیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۶/۳۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۵/۲۹

چکیده

سابقه و هدف: سالمندان به علت مشکلات فراوان جسمی و روانی مستعد ابتلا به آسیب‌های مختلفی می‌باشند، لذا نیازمند توجه و رعایت برنامه خودمراقبتی موثر در ارتقاء سلامت خود می‌باشند. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی برنامه خودمراقبتی بر روند کیفیت زندگی سالمندان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بود که بر روی ۱۶۰ نفر از سالمندان تحت پوشش ۸ مرکز بهداشتی درمانی شهر زنجان انجام شد. نمونه‌ها به روش خوشه‌ای انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه آزمون (۸۰ نفر) و کنترل (۸۰ نفر) تقسیم شدند. برای گروه آزمون ۶ جلسه آموزشی یک ساعته در زمینه برنامه خود مراقبتی برگزار گردید. ابزارهای مورد استفاده شامل اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 بود. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۰ و با به کارگیری آزمون‌های کای دو، دقیق فیشر، تی مستقل و تی زوجی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان دهنده افزایش میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی سالمندان گروه آزمون پس از انجام مداخله آموزشی بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: اگر سالمندان در مورد شیوه‌های صحیح زندگی اطلاعات درستی داشته باشند، می‌توان از بسیاری از مشکلات آنها پیشگیری نمود یا به نحو مطلوبی آنها را کنترل کرده و در جهت ارتقاء کیفیت زندگی آنان برنامه‌ریزی نمود.

واژگان کلیدی: سالمندی، کیفیت زندگی، خود مراقبتی

مقدمه

مزمّن، افزایش مراقبت‌ها و رشد چشمگیر هزینه‌های بهداشتی درمانی همراه است. در حال حاضر تخمین زده می‌شود که ۸۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال حداقل از یک بیماری مزمن و ۵۰ درصد آنان از دو بیماری مزمن رنج می‌برند (۲). همچنین سالمندان در معرض تنهایی و انزوا و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی در موارد زیادی استقلال

افزایش طول عمر و فزونی جمعیت سالمندان یکی از دستاوردهای قرن ۲۱ است. سالخورده‌گی جمعیت پدیده‌ای است که برخی کشورها در حال حاضر با آن مواجه هستند و برخی دیگر در آینده‌ای نزدیک با آن روبرو خواهند شد (۱). فرآیند پیر شدن جمعیت با افزایش شیوع بیماری‌های

* نویسنده مسئول: فاطمه سلیمی؛ زنجان چهار راه امیر کبیر مرکز بهداشت شهرستان زنجان.

تلفن: ۰۲۴-۳۳۳۶۳۰۰۶، ایمیل: fsalimi111@yahoo.com

انجام شده نشان داده‌اند که خود مراقبتی مهم‌ترین شکل مراقبت اولیه چه در کشورهای توسعه یافته و چه در کشورهای در حال توسعه می‌باشد و جز لاینفک تمام سطوح مراقبت بهداشتی اولیه و تخصصی بوده و اندکی تسهیل در روند اجرای خود مراقبتی، می‌تواند وضعیت بهداشتی و اقتصادی کل جمعیت را بهبود بخشد (۱۱).

مهم‌ترین رویکرد برای تقویت خود مراقبتی، طراحی و اجرای برنامه‌های خود مراقبتی مبتنی بر شواهد است که در آن یک یا چند واسطه ایجاد خود مراقبتی نظیر خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، سواد بهداشتی و دانش سلامتی به روش‌های مختلف تقویت می‌شود و به دنبال تقویت این واسطه‌ها، تغییر در رفتار سلامتی و نتایج سلامتی حاصل می‌شود (۱۲). با توجه به اهمیت ارتقاء سطح کیفیت زندگی سالمندان، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر مداخله آموزشی برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان انجام گردید.

مواد و روش‌ها

پژوهش مداخله‌ای حاضر یک مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه کنترل بود که در سال ۱۳۹۳ در شهر زنجان انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه افراد بالای ۶۰ سال تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر زنجان بود. با توجه به اینکه در مطالعات مشابه (۱۳) مقدار تغییرات میانگین کیفیت زندگی و همچنین میانگین امتیاز مربوط به ابعاد روانشناختی کیفیت زندگی حدود ۱۰ با انحراف معیار تقریبی ۲۲ بود، با احتساب $\alpha=0/05$ و توان آزمون ۸۰ درصد، حجم نمونه ۷۶ فرد در هر گروه برآورد گردید که جهت بالا بردن دقت مطالعه ۸۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد.

نمونه‌های پژوهش به روش خوشه‌ای از بین سالمندان مراجعه کننده به ۸ مرکز بهداشتی درمانی شهر زنجان انتخاب و با تخصیص تصادفی به دو گروه آزمون (۸۰ نفر) و کنترل (۸۰ نفر) تقسیم شدند. معیارهای شرکت در مطالعه شامل سن بالای ۶۰ سال، نداشتن بیماری زوال عقلی یا دمانس، سکونت در شهر زنجان و تمایل به شرکت در

فردیشان مورد تهدید قرار می‌گیرد. مجموعه این شرایط منجر به افت کیفیت زندگی در سالمندان می‌شود (۳). زابری و همکاران در مطالعه خود در تهران نشان دادند که در تمامی ابعاد کیفیت زندگی به جز عملکرد اجتماعی، میانگین نمرات کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن جسمی و افراد دارای اختلال عملکردی جسمانی، پایین‌تر بود (۴).

با افزایش سن، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند (۵). در میان عوامل تعیین کننده سلامت، رفتارهای خود مراقبتی ارتقاء دهنده سلامت به عنوان اساسی‌ترین راه پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های مزمن شناخته شده است. از این رو رفتارهای خودمراقبتی ارتقاء دهنده سلامت باید به عنوان راهبرد اصلی جهت حفظ و ارتقاء سلامت مورد توجه قرار گیرند (۶). مهم‌ترین رفتارهای خود مراقبتی ارتقاء دهنده سلامت شامل رفتارهای تغذیه‌ای سالم، فعالیت‌های جسمانی، مدیریت استرس، ارتباطات بین فردی، رشد معنوی و مسئولیت پذیری در قبال وضعیت سلامتی می‌باشد (۷). توجه به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی می‌تواند باعث افزایش کارایی و استقلال سالمندان شده و آنان را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان‌های مختلف آن کمک کند (۸). اگرچه احتمال ایجاد بیماری‌های مزمن با افزایش سن بیشتر است، سالمندی به معنی ناتوانی نیست. از اینرو برنامه‌های خود مدیریتی و خود مراقبتی برای کنترل بیماری‌های مزمن ارایه شده که می‌تواند باعث پیشگیری و یا به تاخیر انداختن ناتوانی در سالمندان شود (۹). بررسی‌های انجام شده در انگلستان حاکی از این است که رفتارهای خود مراقبتی ارتقاء دهنده سلامت به طور مستقیم با سلامت سالمندان و کیفیت زندگی آنان ارتباط دارد و موجب کاهش میزان‌های ابتلا و مرگ می‌گردد (۶).

در همین راستا، مطالعه Osada و همکاران نشان داد سالمندانی که توانایی انجام فعالیت‌های بدنی و فعالیت‌های روزانه را دارند، از سطح بالاتری از کیفیت زندگی برخوردارند و کمتر دچار افسردگی می‌شوند (۱۰). مطالعات

جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشت گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می‌آید. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. حیطه‌های مورد بررسی در این پرسشنامه شامل موارد زیر است:

عملکرد جسمانی (۱۰ سوال)، محدودیت ایفای نقش به واسطه مشکلات جسمانی (۴ سوال)، درد (۲ سوال)، سلامت عمومی (۵ سوال)، وضعیت سلامت عمومی روانی (۵ سوال)، محدودیت ایفای نقش به واسطه مسایل روانی و هیجانی (۳ سوال)، عملکرد اجتماعی (۲ سوال)، سرزندگی (۴ سوال) و یک سوال که در هیچ کدام از زیر مقیاس‌ها وجود نداشته و با نمره کل جمع می‌شود. نحوه نمره دهی بر اساس معیار سنجش استاندارد مخصوص پرسشنامه SF-36 بود. سوالات دو گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۱۰۰) و سوالات ۳ گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۵۰، ۱۰۰)، سوالات ۵ گزینه‌ای با (۰، ۲۵، ۵۰، ۷۵، ۱۰۰) و سوالات ۶ گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰، ۱۰۰) در نظر گرفته شده بود. همچنین این پرسشنامه شامل ۲ بخش مجموع ابعاد روانی و مجموع ابعاد جسمی می‌باشد. میانگین استاندارد مجموع ابعاد جسمی و روانی ۵۰ است که بالاتر و پایین‌تر از ۵۰ به ترتیب نشان دهنده میانگین عملکرد بالا و پایین می‌باشد (۱۶).

زیر مقیاس‌های عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به واسطه مشکلات جسمانی، درد و سلامت عمومی مربوط به بعد فیزیکی و زیر مقیاس‌های وضعیت سلامت عمومی روانی، محدودیت ایفای نقش به واسطه مسایل روانی و هیجانی، عملکرد اجتماعی و سرزندگی مربوط به بعد روانی کیفیت زندگی است که می‌توان با محاسبه میانگین نمرات زیر مقیاس‌های بعد فیزیکی و روانی، کیفیت زندگی کلی را محاسبه نمود.

همزمان با تکمیل پرسشنامه، قد و وزن سالمندان جهت محاسبه شاخص توده بدنی اندازه‌گیری شد و براساس برنامه ادغام یافته سلامت سالمندان تفسیر گردید. پس از جمع‌آوری داده‌ها جهت گروه آزمون، دوره‌های آموزشی خود مراقبتی با محوریت تغذیه سالم، چگونگی تحرک

مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به بیماری قلبی، بیماری ریوی، بیمارهای متابولیک و بیمارهای عضلانی-اسکلتی در نظر گرفته شد. در مصاحبه اولیه، سالمندان از نظر وجود بیماری‌های مذکور بررسی شده و با توجه به اینکه در این مطالعه تمرینات ورزشی کششی آموزش داده می‌شد، برای پیشگیری از هرگونه آسیب احتمالی، سالمندان مبتلا به این بیماری‌ها از مطالعه خارج شدند. با این حال جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش‌های آموزشی در اختیار آنها گذاشته شد.

در ابتدا اهداف پژوهش و نحوه برگزاری کلاس‌های آموزشی برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و اطمینان داده شد که پرسشنامه‌ها بی‌نام بوده و از اطلاعات افراد در جای دیگری استفاده نخواهد شد. همچنین هیچ اجباری به شرکت در پژوهش و یا ادامه آن وجود ندارد.

ابتدا داده‌ها با استفاده از ابزار جمع‌آوری اطلاعات قبل از مداخله آموزشی در هر دو گروه آزمون و کنترل، با روش مصاحبه با سالمندان جمع‌آوری گردید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی و زمینه‌ای بود و برای بررسی کیفیت زندگی پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی استفاده شد. پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ سوالی به طور وسیعی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن و در سالمندان در داخل و خارج از ایران مورد استفاده قرار گرفته است. درویش‌پور در بررسی مقالات مربوط به کیفیت زندگی گزارش کرد که پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ سوالی، بیشترین ابزار مورد استفاده در مطالعات مربوط به کیفیت زندگی است (۱۴). همچنین نتایج مطالعات منتظری و همکاران نشان می‌دهد که گونه فارسی این ابزار در اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است (۱۶-۱۵). 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 (۱۷).

مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از نظر وضعیت

بررسی قرار گرفت. سطح معنی داری در تمامی آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده بود.

یافته‌ها

تعداد کل آزمودنی‌ها در این مطالعه ۱۶۰ سالمند مرد و زن با میانگین سنی $66/18 \pm 4/70$ در گروه آزمون و $66/30 \pm 4/85$ در گروه کنترل بود. در جدول شماره ۱ متغیرهای جمعیت‌شناختی در دو گروه آزمون و کنترل با یکدیگر مقایسه شده‌اند. $61/25$ درصد سالمندان در گروه مداخله و $57/50$ درصد در گروه کنترل زن بودند. همچنین بیشتر اکثریت افراد در گروه آزمون و کنترل بیسواد یا دارای تحصیلات ابتدایی بودند. یافته‌های به دست آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که اکثریت افراد مورد مطالعه در هر دو گروه آزمون و کنترل به ترتیب $62/5$ و $75/78$ درصد متاهل بودند. $51/25$ درصد در سالمندان گروه آزمون و $56/25$ درصد از سالمندان گروه کنترل از نظر شاخص توده بدنی در محدوده اضافه وزن قرار داشتند. از لحاظ استعمال دخانیات $81/25$ درصد در گروه آزمون و $83/75$ درصد در گروه کنترل غیر سیگاری بودند. با توجه به نتایج آزمون آماری کای دو و آزمون دقیق فیشر اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی مشاهده نشد ($P > 0/05$).

در جدول شماره ۲ شاخص‌های آماری مربوط به ابعاد کیفیت زندگی افراد گروه آزمون و کنترل در مرحله پیش از مداخله با استفاده از آزمون آماری تی‌مستقل با یکدیگر مقایسه شده‌اند. نتایج نشان داد که اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر میانگین ابعاد کیفیت زندگی وجود نداشت به عبارت دیگر دو گروه از نظر ابعاد کیفیت زندگی باهم مشابه بودند ($P > 0/05$).

در جدول شماره ۳ شاخص‌های آماری مربوط به ابعاد کیفیت زندگی افراد گروه آزمون و کنترل در مرحله پس از مداخله با استفاده از آزمون آماری تی‌مستقل با یکدیگر مقایسه شده‌اند. ملاحظه می‌شود که اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر میانگین ابعاد کیفیت زندگی وجود دارد ($P < 0/05$)، به عبارتی مداخله آموزشی انجام شده باعث افزایش کیفیت زندگی در سالمندان مورد مطالعه گردید.

فیزیکی شامل پیاده‌روی منظم و نرمش‌های دوران سالمندی، پیشگیری از حوادث، چگونگی به کارگیری رفتارهای مراقبتی مداوم در خصوص حفاظت از خود و چگونگی تعدیل عوامل خطر ساز قابل کنترل، روند حذف عادات مضر مثل سیگار کشیدن، راه‌های مقابله با استرس و توصیه‌هایی برای خواب راحت‌تر، توصیه‌هایی برای پیشگیری از کمر درد و مراقبت از زانو‌ها و پاها و پوکی استخوان بود که توسط کارشناس ارشد تغذیه، کارشناس ارشد سلامت روان و محقق با استفاده از کتب منتشره وزارت بهداشت در طول ۶ جلسه یک ساعته برگزار گردید.

مباحثی که در این جلسات ارائه شد عبارت بودند از دو جلسه اصول صحیح تغذیه، دو جلسه تمرینات بدنی، یک جلسه سلامت روان و یک جلسه مربوط به توصیه‌های بهداشتی. در هر جلسه آموزشی ۱۰ نفر از سالمندان شرکت داشتند. برای هماهنگی جلسات و تسهیل در رفت و آمد سالمندان، داوطلبین سلامت هر مرکز آنها را همراهی کردند. در برگزاری جلسات آموزشی از روش‌های آموزشی گروهی، پرسش و پاسخ، بارش افکار و سخنرانی استفاده گردید. همچنین پوستره‌های آموزشی، عکس، پمفلت و فیلم آموزشی به عنوان ابزار کمک آموزشی استفاده شد و توصیه شد مطالب آموزش داده شده را در منزل به کار گیرند. در این راستا، در طول مدت مداخله برای گروه کنترل، هیچ برنامه آموزشی برگزار نگردید و برای حفظ ملاحظات اخلاقی پس از پایان مطالعه، یک جلسه آموزشی فشرده برای گروه کنترل برگزار گردید. همچنین پمفلت‌های آموزشی در اختیار آنها قرار داده شد. مرحله دوم جمع آوری اطلاعات سه ماه پس از اتمام مداخله آموزشی انجام گرفت و پرسشنامه مجدداً در هر دو گروه تکمیل شد. اطلاعات گردآوری شده با مرحله قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تحلیل قرار گرفت.

جهت تحلیل داده‌های توصیفی از آزمون‌های آماری کای دو و دقیق فیشر استفاده گردید. همچنین اختلاف در ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون‌های تی‌مستقل و تی‌زوجی مورد

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی سالمندان شرکت کننده در مطالعه

سطح معنی داری	گروه کنترل (n=۸۰)		گروه آزمون (n=۸۰)		متغیرهای جمعیت شناختی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۶۲۹	۵۷/۵	۴۶	۶۱/۲۵	۴۹	زن
	۴۲/۵	۳۴	۳۸/۷۵	۳۱	مرد
۰/۶۴۳	۳۸/۷۵	۳۱	۴۲/۵	۳۴	۶۰ - ۶۴
	۳۶/۲۵	۲۹	۳۵	۲۸	۶۵ - ۶۹
	۱۸/۷۵	۱۵	۱۵	۱۲	۷۰ - ۷۴
	۳/۷۵	۳	۶/۲۵	۵	۷۵ - ۷۹
	۲/۵	۲	۱/۲۵	۱	۸۰ - ۸۴
۰/۸۲۵	۳۷/۵	۳۰	۴۰	۳۲	بیسواد
	۴۰	۳۲	۳۶/۲۵	۲۹	ابتدایی
	۱۱/۲۵	۹	۱۵	۱۲	راهنمایی
	۲/۵	۲	۲/۵	۲	متوسطه
	۳/۷۵	۳	۲/۵	۲	دیپلم
۰/۶۱۴	۵	۴	۳/۷۵	۳	فوق دیپلم
	۶۸/۷۵	۵۵	۶۵	۵۲	متاهل
	۳۱/۲۵	۲۵	۳۵	۲۸	بیوه
۰/۶۶۸	۱/۲۵	۱	۳/۷۵	۳	لاغر
	۲۷/۵	۲۲	۲۶/۵	۲۱	وزن طبیعی
	۵۶/۲۵	۴۵	۵۱/۲۵	۴۱	اضافه وزن
۰/۶۷۷	۱۵	۱۲	۲۰	۱۶	چاق
	۱۶/۲۵	۱۳	۱۸/۷۵	۱۵	بلی
	۸۳/۷۵	۶۷	۸۱/۲۵	۶۵	خیر

جدول شماره ۲. مقایسه ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی در گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله

سطح معنی داری	گروه کنترل (n=۸۰)		گروه آزمون (n=۸۰)		ابعاد کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۶۵۴	۲۶/۴۸	۵۳/۸۱	۲۶/۳۰	۵۵/۶۹	عملکرد جسمانی
۰/۵۷۰	۳۴/۱۴	۵۳/۱۹	۳۳/۸۷	۵۶/۲۵	محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمانی
۰/۵۶۱	۲۲/۹۷	۵۸/۷۰	۱۹/۷۸	۵۶/۷۳	درد بدنی
۰/۱۹۱	۱۳/۶۲	۴۹/۸۶	۱۴/۵۱	۴۶/۹۴	سلامت عمومی
۰/۸۹۲	۲۰/۱۲	۵۳/۵۰	۱۷/۱۰	۵۲/۹۰	میانگین ابعاد جسمانی
۰/۱۶۰	۱۲/۹۵	۶۳/۵۵	۱۶/۷۹	۶۶/۱۹	سلامت روانی
۰/۴۲۶	۳۵/۵۵	۵۸/۴۸	۳۹/۰۶	۵۴/۲۱	محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات روانی
۰/۳۰۳	۲۰/۷۴	۶۳/۸۸	۱۷/۱۵	۶۰/۲۰	عملکرد اجتماعی
۰/۲۸۱	۱۴/۳۸	۵۷/۸۸	۱۶/۹۴	۵۵/۹۹	سرزندگی و نشاط
۰/۵۱۱	۱۶/۶۳	۶۰/۹۴	۱۷/۸۸	۵۹/۱۵	میانگین ابعاد سلامت روانی
۰/۷۸۴	۱۷/۰۴	۵۷/۲۲	۱۵/۱۰	۵۶/۵۲	نمره کل کیفیت زندگی

جدول شماره ۳. مقایسه ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی در گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله

سطح معنی داری	گروه کنترل (n=۸۰)		گروه آزمون (n=۸۰)		ابعاد کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<۰/۰۰۱	۲۶/۸۳	۵۴/۳۱	۱۹/۱۹	۶۸/۴۴	عملکرد جسمانی
<۰/۰۱۱	۳۲/۸۲	۵۴/۶۹	۳۱/۶۲	۶۷/۸۱	محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمانی
<۰/۰۰۱	۲۲/۲۵	۵۹/۰۶	۱۶/۲۵	۷۱/۹۶	درد بدنی
<۰/۰۰۱	۱۱/۵۱	۵۱/۲۵	۸/۱۴	۵۸/۵۳	سلامت عمومی
<۰/۰۰۱	۱۸/۸۵	۵۴/۸۳	۱۴/۴۹	۶۶/۶۸	میانگین ابعاد جسمانی
<۰/۰۰۱	۱۲/۳۸	۶۵/۵۰	۸/۳۴	۷۷/۹۸	سلامت روانی
۰/۰۳۵	۳۴/۰۷	۵۴/۱۴	۳۳/۹۹	۶۵/۵۵	محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات روانی
<۰/۰۰۱	۲۰/۵۳	۶۴/۲۸	۱۶/۳۶	۷۲/۳۸	عملکرد اجتماعی
<۰/۰۰۱	۱۳/۷۹	۵۹/۰۰	۹/۰۸	۶۸/۱۹	سرزندگی و نشاط
<۰/۰۰۱	۱۵/۶۴	۶۰/۷۳	۱۳/۵۹	۷۱/۰۲	میانگین ابعاد سلامت روانی
<۰/۰۰۱	۱۵/۷۵	۵۷/۷۸	۱۳/۱۵	۶۸/۸۵	نمره کل کیفیت زندگی

جدول شماره ۴. مقایسه میانگین ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی در گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

سطح معنی داری	گروه کنترل (n=۸۰)		گروه آزمون (n=۸۰)		ابعاد کیفیت زندگی	
	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله		
۰/۹۰۶	۵۴/۳۱	۵۳/۸۱	<۰/۰۰۱	۶۸/۴۴	۵۵/۶۹	عملکرد جسمانی
۰/۷۷۷	۵۴/۶۹	۵۳/۱۹	<۰/۰۲۷	۶۷/۸۱	۵۶/۲۵	محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمانی
۰/۹۱۹	۵۹/۰۶	۵۸/۷۰	<۰/۰۰۰۱	۷۱/۹۶	۵۶/۷۳	درد بدنی
۰/۴۸۸	۵۱/۲۵	۴۹/۸۶	<۰/۰۰۰۱	۵۸/۵۳	۴۶/۹۴	سلامت عمومی
۰/۶۶۷	۵۴/۸۳	۵۳/۵۰	<۰/۰۰۰۱	۶۶/۶۸	۵۲/۹۰	میانگین ابعاد جسمانی
۰/۳۳۲	۶۵/۵۰	۶۳/۵۵	<۰/۰۰۰۱	۷۷/۹۸	۶۶/۱۹	سلامت روانی
۰/۴۳۲	۵۴/۱۴	۵۸/۴۸	<۰/۰۴۳	۶۵/۵۵	۵۴/۲۱	محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات روانی
۰/۹۰۳	۶۴/۲۸	۶۳/۸۸	<۰/۰۰۰۱	۷۲/۳۸	۶۰/۲۰	عملکرد اجتماعی
۰/۶۱۴	۵۹/۰۰	۵۷/۸۸	<۰/۰۰۰۱	۶۸/۱۹	۵۵/۹۹	سرزندگی و نشاط
۰/۹۳۳	۶۰/۷۳	۶۰/۹۴	<۰/۰۰۰۱	۷۱/۰۲	۵۹/۱۵	میانگین ابعاد سلامت روانی
۰/۸۰۹	۵۷/۷۸	۵۷/۲۲	<۰/۰۰۰۱	۶۸/۸۵	۵۶/۵۲	نمره کل کیفیت زندگی

ابعاد کیفیت زندگی اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات قبل و پس مداخله مشاهده نمی‌شود ($P > ۰/۰۵$).

بحث

با افزایش امید به زندگی و افزایش قابل توجه سالمندان، لازم است که کیفیت زندگی سالمندان نیز ارتقاء پیدا کند تا زندگی طولانی‌تر، همراه با فرصت‌های همیشگی برای

در جدول شماره ۴ شاخص‌های آماری مربوطه به ابعاد کیفیت زندگی در هر یک از گروه‌های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون تی‌زوجی مقایسه شده‌اند. طبق یافته‌ها اختلاف معنی‌داری در میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی گروه آزمون قبل و بعد از مداخله مشاهده گردید ($P < ۰/۰۵$). ولیکن در گروه کنترل در تمامی

امید به آینده و داشتن تفکر معنوی و مذهبی، ابراز احساسات به ویژه هنگام رویارویی با استرس، داشتن سرگرمی و تفریح از رفتارهای مهم ارتقاء سلامت به حساب می‌آید (۲۱). در این مطالعه نیز سعی بر این بود که در طی برگزاری جلسات آموزشی گروهی، سالمندان بیشتر با وضعیت سلامتی یکدیگر آشنا شوند و در نهایت دریابند که می‌توانند با خودمراقبتی وضعیت سلامت خود را حفظ و بهبود بخشند لذا این بعد کیفیت زندگی پس از مداخله ۱۱/۵۹ نمره افزایش داشت.

وضعیت سلامت روانی سالمندان مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله نسبت به ابعاد دیگر کیفیت زندگی بالاترین نمره را داشت که با بعضی تحقیقات انجام شده در کشور همخوانی دارد (۲۲-۲۳). بالاتر بودن سلامت روانی در مطالعه حاضر و برخی مطالعات دیگر را می‌توان ناشی از شان و جایگاه سالمندان نزد خانواده‌های ایرانی دانست. به طور کلی یافته‌ها حاکی از بالا بودن میانگین ابعاد سلامت روانی نسبت به میانگین ابعاد جسمانی کیفیت زندگی در گروه آزمون و همچنین در گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله می‌باشد.

بعد از مداخله، بیشترین افزایش در ابعاد کیفیت مربوط به بعد درد بدنی بود. اکثر سالمندان از درد مفاصل زانو شکایت داشتند و نتایج این مطالعه نشان داد که انجام تمرینات کششی منظم در کاهش درد موثر می‌باشد. طبق مطالعات انجام شده تقریباً نیمی از افرادی که یک برنامه صحیح ورزشی را شروع می‌کنند در ۳ تا ۶ ماه اولیه از ادامه برنامه باز می‌مانند، از این رو نتایج سلامتی بخش اینگونه برنامه‌ها کاهش می‌یابد (۲۴). Brach و همکاران نشان دادند که انجام تمرینات ورزشی با شدت متوسط (۲۰-۳۰ دقیقه در روز)، در کم کردن محدودیت‌های فعالیت و افزایش ایفای نقش و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی و احساس خوب بودن سودمند است (۲۵). همچنین نتایج تحقیق حسن پور دهکردی نشان داد که برنامه ورزشی منظم باعث افزایش توانایی سالمندان در انجام کارهای روزانه بدون وابستگی به دیگران می‌شود و ابعاد کیفیت

سلامتی، مشارکت و امنیت باشد. سالمندی پویا فرآیند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامتی، مشارکت و امنیت به منظور افزایش کیفیت زندگی افراد رو به سالمندی است (۱۸). از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش برنامه خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر زنجان انجام گرفت.

در این مطالعه، افراد از نظر خصوصیات جمعیت‌شناختی در دو گروه آزمون و کنترل همسان بوده و تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان‌دهنده افزایش کیفیت زندگی سالمندان، پس از اجرای مداخله آموزشی خود مراقبتی بود. در همین راستا در مطالعه حیدری و همکاران نیز پس از اجرای برنامه آموزشی، کیفیت زندگی سالمندان مراجعه‌کننده به مرکز مراقبتی امید بروجن به نحو چشمگیری (از ۵۵/۲۶ قبل از مطالعه به ۷۵/۵۲ پس از مطالعه) افزایش یافت (۱۹). در تحقیقات انجام شده در کشورهای توسعه یافته نیز، نتایج با یافته‌های این مطالعه همسو می‌باشد. هر چند که در کشورهای توسعه یافته، در مجموع نمره کیفیت زندگی از سطح بالاتری برخوردار است که دلیل این تفاوت در کیفیت زندگی را می‌توان به وجود سیستم‌های حمایتی متفاوت از طرف دولت، شرایط زندگی مناسب‌تر و سبک زندگی متفاوت مرتبط دانست. از آن جمله مطالعه Dickson و همکاران در نیویورک که در آن اجرای برنامه خود مراقبتی، ورزش و انجام کار، باعث افزایش کیفیت زندگی سالمندان شده بود (۲۰).

از بین ابعاد کیفیت زندگی قبل از مداخله، سلامت عمومی نسبت به سایر ابعاد از وضعیت ضعیف‌تری برخوردار بود که این امر بیشتر ناشی از نگرش منفی سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه نسبت به وضعیت سلامت خود در مقایسه با وضعیت سلامت همسالان بود، به طوریکه افراد مورد مطالعه، همسالان خود را سالم‌تر تجسم می‌کردند و نسبت به وضعیت سلامت خود در آینده چشم‌انداز روشنی نداشته و انتظار بدتر شدن وضعیت سلامتی شان را داشتند. در حوزه سلامت روانشناختی داشتن تفکر مثبت به زندگی و

بودجه و زمان امکانپذیر نبود. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به روش خود گزارش‌دهی جمع‌آوری اطلاعات اشاره داشت. همچنین به دلیل عدم مراجعه اکثر سالمندان طبقه برخوردار جامعه به مراکز بهداشتی درمانی دولتی، تعمیم‌دادن نتایج مطالعه به کل جمعیت سالمندان را تحت الشعاع قرار می‌دهد.

نتیجه‌گیری

دست‌آورد اساسی این مطالعه، موثر بودن برنامه آموزش خود مراقبتی در کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد. اگر سالمندان بیاموزند که چگونه باید خود را با زندگی سالمندی تطبیق دهند، می‌توانند عوامل کاهش دهنده کیفیت زندگی خود را به نحو مطلوب‌تری تعدیل نمایند. از دیگر نتایج مهم این مطالعه، تاثیر برنامه آموزش گروهی در ایجاد تغییر رفتار در سالمندان می‌باشد که منجر به اشتراک‌گذاری تجربیات مثبت و بالا بردن عملکرد اجتماعی در آنها می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران است. بدین وسیله نهایت سپاس و قدردانی از اساتید محترم، کلیه سالمندانی که در این مطالعه همکاری نمودند و همچنین همکاران مراکز بهداشتی درمانی شهر زنجان به عمل می‌آید.

زندگی مانند ایفاء نقش، کاهش درد جسمانی، سلامت عمومی، سرزندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روانی سالمندان را افزایش می‌دهد (۲۶).

اگر معیار صفر تا صد را که مربوط به پرسشنامه حاضر می‌باشد در نظر بگیریم، به طوری که میانگین ۵۰ با انحراف معیار ۱۰ شاخص پایه طبیعی برای جامعه ما باشد، این مبنا می‌تواند معیاری قابل قبول و تعیین کننده برای وضعیت کیفیت زندگی سالمندان محسوب گردد (۲۷). میانگین کل کیفیت زندگی در این مطالعه قبل از مداخله ۵۶/۵۲ می‌باشد که نشان می‌دهد در مجموع کیفیت زندگی در جمعیت سالمندان مورد مطالعه در حد مطلوبی نیست. این یافته، ضرورت اقدام عملی در خصوص توجه به کیفیت زندگی سالمندان را مورد تایید و تاکید قرار می‌دهد. بنابراین به نظر می‌رسد که توجه خاص به سالمندان و معاینات دوره‌ای آنها و آموزش‌های خود مراقبتی لازم و ایجاد کلینیک‌های سالمندی و تقویت محیط‌های حمایتی، همکاری‌های بین‌بخشی و سیاست‌گذاری‌های دولتی برای ارتقاء وضعیت سلامت سالمندان و ارتقاء کیفیت زندگی آنها لازم است.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که سالمندان بیمار و دارای محدودیت حرکتی وارد مطالعه نشدند. جمع‌آوری اطلاعات از سالمندان بیمار و همچنین ارایه آموزش‌های خود مراقبتی از جمله تمرینات کششی و قدرتی، نیاز به هماهنگی با پزشک مربوطه داشت که با توجه به محدودیت

References

1. Majd M, Delavar B, Zhiani-Yaghoobi P. National program for elderly health and women prevalent cancers. 1thed. Mashhad: Vaghefi Publication; 2002. (Persian)
2. Wilcox S, Sharkey JR, Mathews AE, Laditka JN, Laditka SB, Logsdon RG, et al. Perceptions and beliefs about the role of physical activity and nutrition on brain health in older adults. *Gerontologist*.2009; **49**(1):S61-71.
3. Vahdaninia MS, Gashtasbi A, Montazeri A, Maftoon F. [Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population-based study]. *Payesh*.2005; **4**(2):113-20. (Persian)
4. Zaeri S, Asgharzadeh S, Zaeri M, Holakouie-Naeini K, Rahimi-Foroushani A. [The quality of life and its effective factors in the elderly living population of Azarbaijan District, Tehran, Iran]. *Iranian Journal of Epidemiology*.2014; **9**(4):66-74. (Persian)
5. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*.2006; **43**(3):293-300.
6. Davies N. Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle. *Nurs Stand*.2011; **25**(19):43-9.
7. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nurs Res*.1987; **36**(2):76-81.
8. Patterson SL, Rodgers MM, Macko RF. Effect of treadmill exercise training on spatial and temporal gait parameters in subject with chronic stroke: a pre-

- liminary report. *J Rehabil Res Dev*.2008; **45**(2):221-8.
9. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW Jr, Bandura A, Ritter P, et al. Evidence suggesting that chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care*.1999; **37**(1):5-14.
 10. Osada H, Shibata H, Haga H, Yasumura S. Relationship of physical condition and functional capacity to depressive status in person aged 75 years. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*.1995; **42**(10):897-909.
 11. Roos V, Klopper H. Older persons' experiences of loneliness: a South African perspective. *J Psychol Afr*.2010; **20**(2):281-9.
 12. Rafieifar Sh, Attarzadeh M, Ahmadzadeh M. Comprehensive system of empowering people to take care of your health. 1thed. Qom: Qom University of Medical Sciences Publication; 2005. pp:13. (Persian)
 13. Mirsaedi Z, Eftekhari-Ardabili H, Nouri K. [Effect of a self-care program on quality of life of the elderly clients covered by health centers of Southern of Tehran]. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*.2012; **10**(4):17-32. (Persian)
 14. Darvshpoor-Kakhi A, Abed-Saedi J, Delavar A, Saeed-O-zakerin M. [Tools for measurement of health status and quality of life of elderly people]. *Research in Medicine*.2009; **33**(3):162-73. (Persian)
 15. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia MS. [Translation, reliability and validity of Persia type of SF-36 Standard instrument]. *Payesh*.2004; **5**(1):49-56. (Persian)
 16. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form healthy survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*.2005; **14**(3):875-82. (Persian)
 17. Baraz Sh, Mohammadi E, Brumand B. [The effect of self-care educational program on decreasing the problems and improving the quality of life of dialysis patients]. *Journal of Hayat*.2005; **11**(1&2):69-79. (Persian)
 18. Crogan NL, Evans B, Velasquez D. Measuring nursing home resident satisfaction with Food ExLTC. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*.2004; **59**(4):370-7.
 19. Heidari M, Shahbazi S. [Effect of self-care training program on quality of life of elders]. *Iran Journal of Nursing*.2012; **25**(75):1-8. (Persian)
 20. Dickson VV, Howe A, Deal J, McCarthy MM. The relationship of work, self-care, and quality of life in a sample of older working adults with cardiovascular disease. *Heart Lung*.2012; **41**(1):5-14.
 21. ThanakWang K, Soonthorndhada K, Mongkolprasoeet J. Perspectives on healthy aging among Thai elderly: A qualitative study. *Nurs Health Sci*.2012; **14**(4):472-9.
 22. Aghanouri A, Mahmoudi M, Salehi H, Jafarian K. [Quality of life in the elderly people covered by health centers in the urban areas of Markazi Province, Iran]. *Iranian Journal of Ageing*.2012; **6**(4):20-9. (Persian)
 23. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of Health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*.2008; **8**:323.
 24. Edwardson SR, Dean KJ. Appropriateness of self-care response to symptom among elders: identifying pathway of influence. *Res Nurs Health*.1999; **22**(4):329-39.
 25. Brach JS, Simiosick EM, Krithcevsy S, Yaffe K, Newman AB. The association between physical function and lifestyle activity and quality of life. *J AM Geriatr Soc*.2002; **50**(11):401-16.
 26. Hassan poor A. [Effect of exercise training on quality of life in Shahrekourd elders]. *Iranian Journal of Aging*.2008; **2**(4):437-44. (Persian)
 27. Salar AR, Ahmadi F, Faghihzadeh S. [Study of effectiveness of continuous care consultation on the quality of elderly clients]. *Zahedan J Res Med Sci*.2004; **5**(4):261-7. (Persian)

*Research Article***Effect of Self-Care Educational Program to Improving Quality of Life among Elderly Referred to Health Centers in Zanjan**

Fatemeh Salimi (MSc)^{1*}, Golamreza Garmaroudi (MD, PhD)¹, Seyed Mustafa Hosseini (PhD)², Azizollah Batebi (MD, MPH)¹

¹ Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received 20 Aug. 2015

Accepted 22 Sep. 2015

Abstract

Background and Objectives: Since elderlies are susceptible to various impairments due to different physical and mental problems, they need more attention and abiding and efficient self-care program for their health promotion. The present study investigated the effect of self-care training program on quality of life of elderlies.

Materials and Methods: This pre- and post-quasi-experimental study was carried out on 160 elderly clients selected from eight health care centers in Zanjan, Iran. The elderlies were selected by randomized sampling and assigned to two groups of experimental (n = 80) and control (n = 80) groups. The experimental group participated in the self-care training program for six sessions of one hour. The study instruments were questionnaires regarding demographic information and short-form health survey (SF-36). Data analysis was performed using SPSS-22 software by independent t-test, Mann-Whitney and chi-squared.

Results: The finding showed a significant difference in mean scores of quality of life between the experimental and control groups after the intervention ($P < 0.001$).

Conclusions: Self-care education to elderlies about the practices of proper nutrition, exercise, rest and medication can prevent several problems and help them to improve their quality of lives.

Keywords: Aged; Quality of life; Self-care

Corresponding Author: Fatemeh Salimi, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: fsalimi111@yahoo.com, Tel: +982433363006.

Please cite this article as: Salimi F, Garmaroudi G, Hosseini M, Batebi A. [Effect of Self-Care Educational Program to Improving Quality of Life among Elderly Referred to Health Centers in Zanjan]. *Journal of Education and Community Health*.2015; 2(2):28-37.