

## بررسی تاثیر برنامه آموزش شیوه زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان شهر اراک

داود حکمت پو<sup>1</sup>، محسن شمسی<sup>2\*</sup>، مجید زمانی<sup>3</sup>

1- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

2- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

3- دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت: 91/8/22 تاریخ پذیرش: 92/2/4

### چکیده

**زمینه و هدف:** امروزه جمعیت سالمندان در سراسر دنیا رو به افزایش است و بیماری‌ها و مشکلات حاصل از این مرحله تکاملی می‌تواند به شدت بر کیفیت زندگی سالمندان تاثیرگذار باشد. لذا هدف از مطالعه حاضر تعیین تاثیر برنامه آموزش شیوه زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان شهر اراک می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی است که بر روی 60 نفر از سالمندان شهر اراک انجام پذیرفته است. نمونه‌ها در کلاس‌های آموزشی تغذیه، تحرک، مهارت‌های زندگی و بهداشت خواب به مدت یک ماه شرکت نموده و به مدت سه ماه بعد از مداخله پی‌گیری شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه استاندارد (فرم کوتاه) کیفیت زندگی (SF-36) در افراد سالمند بوده است.

**یافته‌ها:** میانگین کل نمره کیفیت زندگی  $61/06 \pm 7/42$  بود. بیشترین میانگین کیفیت زندگی در بعد سلامت اجتماعی  $74/5 \pm 15$  و کمترین در بعد سلامت جسمی  $46 \pm 17$  بود. از لحاظ شاخص کیفیت زندگی در قبل از مداخله آموزشی  $13/3$  درصد در سطح ضعیف، 30 درصد متوسط،  $41/7$  درصد در سطح خوب و 15 درصد در سطح عالی قرار داشتند که بعد از مداخله آموزشی اکثریت نمونه‌ها در سطح خوب ( $38/3$  درصد) و عالی (45 درصد) قرار داشتند که اختلاف معنی‌داری در قبل و بعد از مداخله آموزشی وجود داشت ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** با آموزش سالمندان در مورد شیوه زندگی سالم، می‌توان از بسیاری از مشکلات آنان پیش‌گیری و در جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان گام برداشت. لذا لزوم برگزاری کلاس‌های مختلف آموزشی جهت این گروه جمعیتی که مورد غفلت قرار می‌گیرند بسیار ضروری به نظر می‌رسد.

**کلمات کلیدی:** سالمند، شیوه زندگی سالم، کیفیت زندگی

\* نویسنده مسئول: اراک، سردشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده بهداشت، معاونت آموزشی و پژوهشی دانشکده بهداشت

Email: dr.shamsi@arakmu.ac.ir

## مقدمه

سالمندی یک مرحله طبیعی از زندگی یک انسان در ادامه حیات اجتماعی است که با دیگر مراحل زندگی تفاوت فراوان دارد (1) و بر پایه آخرین پژوهش‌های سازمان ملل، میزان مرگ و میر در کشورهای رو به رشد کاهش چشم‌گیری یافته است و همراه با آن تعداد افراد سالخورده و میزان متوسط عمر فزونی گرفته است (2) و این در حالی است که جمعیت افراد بالاتر از 60 سال در ایران، در آخرین سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال 1385، در حدود 5119000 نفر بوده است که 7/2 درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهد و پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال 1400، به حدود 10 درصد کل جمعیت (نزدیک به 10 میلیون نفر) برسد (3). سازمان ملل در سال 2006 تعداد کل سالمندان جهان را 687 میلیون و 923 هزار نفر برآورد کرد، که این تعداد در سال 2050 حدودا 2 میلیارد نفر خواهد رسید که این خود نشان دهنده سرعت پیر شدن جمعیت دنیا است (4). از آنجایی که جمعیت سالمندان یک جامعه به عنوان یک قشر آسیب پذیر تلقی می‌گردند، با مجموعه‌ای از مشکلات مخصوص به سن مواجه می‌باشند که البته با اصلاح سبک زندگی، قابل پیش‌گیری خواهند بود (5). در این خصوص سبک زندگی سالم (Healthy life style) روشی از زندگی است که سبب تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت و رفاه و کیفیت زندگی فرد می‌گردد (6).

کیفیت زندگی که جزء ذهنی بهزیستی می‌باشد نیز مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که به وسیله شخص و یا گروهی از افراد درک می‌شود و شادی، رضایت و افتخار، سلامتی، موفقیت‌های اقتصادی یا فرصت‌های آموزشی و خلاقیت را شامل می‌شود (7). سازمان جهانی بهداشت نیز کیفیت زندگی را درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علایق تعریف کرده است در سال‌های اخیر نیز کاربرد مفهوم کیفیت

زندگی به عنوان شاخص مهمی برای ارزیابی سلامت فردی تصمیم‌گیری و قضاوت در مورد سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد گوناگون زندگی افراد در پژوهش‌های پزشکی و پرستاری بوده است (8).

لرزم توجه به ارتقاء سلامت افراد مسن، سالم و فعال ماندن آنان در سنین بالا متصدیان امر بهداشت را بر آن داشته تا واژه امید به زندگی را با مفهوم امید به زندگی سالم (نه به مفهوم نبود بیماری بلکه به معنای زندگی بدون محدودیت عملکردی) جایگزین کند. مهم‌ترین مسأله در ارتقاء سلامت سالمندان مربوط به حفظ استقلال آنان در فعالیت‌های روزمره، کارکرد روزانه و شناختی بالای آنها و ادامه زندگی به صورت فعال مربوط است کیفیت زندگی در سالمندان به معنای تاکید بیشتر بر سیاست اجتماعی و اصلاح اهداف اجتماعی به منظور ایجاد زندگی مولد برای سالمندان است (9). هم‌چنین ابعاد کیفیت زندگی سالم فرد سالمند عبارتند از: رعایت اصول تغذیه صحیح، رعایت بهداشت خواب، تحرک لازم در طول شبانه روز و عدم استعمال دخانیات، انجام معاینات دوره‌ای منظم، برخورداری از سلامت روحی و مشارکت فرد سالمند در فعالیت‌های اجتماعی در کنار خانواده (10).

با این که به کار بردن سبک صحیح زندگی باید از دوران جنینی شروع شود، اما هرگز برای تغییر دادن شیوه زندگی و ایجاد عادات پسندیده که منجر به سلامت و شادابی و در نهایت کیفیت زندگی می‌شوند دیر نیست (11). چرا که به دلیل قابلیت سبک زندگی در پیش‌گیری از بیماری‌ها، ارتقای سطح کیفی زندگی، افزایش امید به زندگی و بهبود سلامت جسم و روان، از اهمیت والایی برخوردار است (12). نجاتی و همکاران در بررسی وضعیت سلامت سالمندان استان قم بیان داشتند که از گروه سالمندان مورد مطالعه 48/3 درصد سالمندان افسردگی 86/7 درصد اضطراب، 8/6 درصد اختلال در عملکرد

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی می‌باشد که به صورت قبل و بعد بر روی 60 نفر از سالمندان شهر اراک در سال 1390 صورت پذیرفته است. در این پژوهش حجم نمونه با استفاده از نمودار آلتمن (Altman Nomogram) و پارامترهای  $a=0/05$ ،  $B=80\%$  و اندازه اثر (Size effect) برابر 50 درصد حجم نمونه‌ای معادل 55 نفر برای مطالعه تک گروهی تعیین شد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه‌ها (Attrition) حجم نمونه‌ای معادل 60 نفر سالمند در نظر گرفته شد. در این پژوهش روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای و به شیوه زیر بوده است نمونه‌گیری بر اساس انتخاب 5 مرکز بهداشتی به طور تصادفی در نواحی پنجگانه شمال، شرق، غرب، جنوب و مرکز شهر اراک انجام و سپس بر اساس نمونه‌گیری تصادفی و شماره خانوار مبتنی بر پرونده‌های بهداشتی موجود در مراکز بهداشتی تعداد 15-12 نفر از سالمندان محله‌های تحت پوشش مراکز بهداشتی نمونه انتخاب و پس از کسب رضایت آگاهانه و در صورت رضایتمندی و تمایل به شرکت در پژوهش، و دارا بودن معیارهای ورود به مطالعه تعداد خاصی از سالمندان تحت پوشش هر مرکز بهداشتی بر حسب جمعیت آن مرکز جهت مطالعه انتخاب گردیدند. معیار ورود شامل سالمندانی بودند که مشکلات روان‌شناختی نداشتند و هم‌چنین به لحاظ جسمانی نیز فاقد محدودیت‌های جسمانی بودند و معیار خروج نیز شامل ایجاد مشکلات جسمانی یا روان‌شناختی در حین مطالعه و یا غیبت بیش از 1 جلسه در مداخلات آموزشی بود (که با انجام پی‌گیری لازم و بیان اهداف مطالعه به نمونه‌ها در حین مداخله هیچ‌کدام از نمونه‌ها دچار ریزش نشدند). جهت انجام مطالعه ابتدا از کلیه افراد دعوت شد تا در تاریخ معین به مراکز بهداشتی محل خود مراجعه نمایند سپس با توجیه افراد و بیان اهداف مطالعه و مدت زمان اجرای مطالعه از

اجتماعی و 86/7 درصد علائم جسمانی داشتند که در نهایت محققین لزوم ارایه برنامه‌های آموزشی مدون را در این زمینه پیشنهاد نموده‌اند (13). در این رابطه مطالعه بذرافشان و همکاران بیان‌گر تاثیر مثبت ورزش بر روی کیفیت زندگی زنان سالمند (14) و مطالعه سالار و همکاران نیز بیان‌گر تاثیر مثبت الگوی مراقبت پی‌گیر بر روی کیفیت زندگی بوده است (15). در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است که بین فعالیت‌های روزمره زندگی، مصرف شیر و لبنیات و غذاهای گوشتی، مصرف میوه‌جات و سبزیجات تازه، مصرف غذاهای کم نمک و مصرف غذاهای کم چرب ارتباط معنی‌داری وجود داشته است (4).

از طرفی با توجه به تحقیقات متنوع انجام شده در زمینه سالمندی همراه با سلامت و کیفیت زندگی در این دوره به نظر می‌رسد تحقیقات مذکور هر کدام بخشی از شیوه زندگی سالم را در این گروه هدف به آزمون گذاشته‌اند و نتیجه آن را اعلام کرده‌اند. تحقیقات کمی در زمینه تاثیر یک بسته جامع و جامعه‌نگر شیوه زندگی سالم (فعالیت، ورزش، تغذیه، تمکین دارویی، رژیم غذایی، عادات صحیح بهداشتی از جمله بهداشت فردی و جمعی...) در ایران وجود دارد به همین دلیل پژوهشگران تصمیم به تدوین یک برنامه جامع شیوه زندگی سالم تا حد امکان و اجرای آن در بین سالمندان شهر اراک گرفتند تا نتایج این برنامه به عنوان یک برآیند مفید در اختیار مسولان بهداشتی استان و کشور قرار داده شود تا از این طریق از بروز بیماری‌های مزمن و یا افزایش بار این بیماری‌ها در سالمندان جلوگیری شود و این افراد نیز از زندگی سالم و با کیفیت بهره‌مند شده و رضایتمندی بیشتری از گذر عمر کسب نمایند. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش شیوه زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان شهر اراک صورت پذیرفته است تا گامی در جهت حفظ سلامت سالمندان باشد.

سبب تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت و رفاه در سالمندان مورد مطالعه گردد.

برنامه شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی به واحدهای مورد مطالعه طی چهار جلسه آموزشی دو ساعته با استفاده از وسایل کمک آموزشی و سمعی بصری ارایه گردید و سپس افراد مورد مطالعه به مدت سه ماه پی گیری شده و در این مدت نیز 2 جلسه حضوری تشکیل و مشکلات و ابهامات گروه مورد مطالعه بررسی و تعدیل شده است. هم چنین با در اختیار قرار دادن شماره تماس آموزش دهنده به سوالات و ابهامات احتمالی نمونه‌ها پاسخ داده شده است. سپس در پایان سه ماه بعد از مداخله آموزشی به طور مجدد ارزشیابی با استفاده از همان پرسش‌نامه‌های اولیه انجام شد و نتایج با یکدیگر مقایسه شدند.

لازم به ذکر است که طی جلسات مداخلات آموزشی، مجموعه 4 جلدی شیوه‌های زندگی سالم و کیفیت زندگی (شامل بهداشت فردی، تغذیه سالم، بهداشت روان، تقویت حافظه، نحوه برخورد با مشکلات و بیماری‌های مختلف، بهداشت دهان و دندان، پیش‌گیری از پوکی استخوان، پیش‌گیری از حوادث، انجام فعالیت فیزیکی در سالمندان، بهداشت تنفس، بهداشت گوش در سالمندان، بهداشت چشم، بهداشت دستگاه قلب و عروق، توصیه‌های مربوط به مشکلات سیستم ادراری در سالمندان، توصیه‌های مربوط به بهداشت خواب و ...) که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر شده بود (17، 18)، تدریس شد. در هر کدام از این جلسات یکی از مباحث مذکور با استفاده از روش‌های آموزش بحث گروهی، سخنرانی، پرسش و پاسخ و با استفاده از وسایل کمک آموزشی پروژکتور، کامپیوتر و نرم افزار پاورپوینت برگزار شد.

لازم به ذکر است که قبل از اجرا، طرح حاضر به تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اراک با کد 415 رسیده و هم چنین اخذ رضایت کتبی از نمونه‌ها و

آنان رضایت کتبی جهت شرکت در مطالعه اخذ گردید و سپس اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی (SF-36) که توسط منتظری و همکاران (16) در ایران بومی سازی شده و پایایی و روایی آن مورد تایید قرار گرفته است جمع‌آوری شد.

پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک شامل متغیرهای جنس، سن، تاهل، تحصیلات، سطح درآمد بوده است. پرسش‌نامه (SF-36) نیز شامل هشت مقیاس که هر یک از ترکیب 2 تا 10 سوال به دست آمدند که عبارت بودند از عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روحی و هم چنین دو سنجش خلاصه که شامل سلامت جسمی (شامل مقیاس‌های عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی) و سلامت روانی (شامل مقیاس‌های عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان و نشاط) به دست آمدند (16). شایان ذکر است که در مورد برخی سوالات امتیازها مجدداً کد بندی شده به گونه‌ای که تمامی مقیاس‌ها امتیاز یک جهت پیدا کرده‌اند امتیاز هر مقیاس از صفر تا صد متغیر بوده که صفر بدترین و صد بهترین وضعیت را گزارش می‌نماید.

در پژوهش حاضر از لحاظ شاخص کیفیت زندگی (SF-36) رتبه 1 به عنوان شاخص کیفیت زندگی خیلی ضعیف، رتبه 2 شاخص کیفیت زندگی ضعیف، رتبه 3 متوسط، رتبه 4 خوب و رتبه 5 به عنوان شاخص کیفیت زندگی عالی در نظر گرفته شده است (16).

شیوه زندگی سالم روشی از زندگی است که سبب تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت و رفاه فرد می‌گردد (6). در این پژوهش نیز شیوه زندگی سالم عبارت بود از اجرای برنامه تدوین شده سبک زندگی سالم که

زندگی در سلامت جسمی  $46 \pm 17$  بود. در مجموع 41 درصد افراد زندگی خوبی داشتند و 13 درصد از کیفیت زندگی نامناسبی برخوردار بودند.

**جدول 1. مشخصات دموگرافیک سالمندان مورد مطالعه**

گروه مورد مطالعه	تعداد	درصد
جنس		
زن	24	40
مرد	36	60
وضعیت		
مجرد	1	1/7
تاهل	45	75
بیوه	14	23/3
سطح		
بیسواد	31	51/7
تحصیلات		
ابتدایی	28	46/7
سیکل	1	1/7
درآمد خانوار		
ضعیف	19	31/7
متوسط	23	38/3
خوب	12	20
عالی	6	10
شیوع		
ضایعه گوارشی	5	9
اختلالات		
اختلال اسکلتی عضلانی	13	21
جسمانی		
ضایعه قلبی عروقی	11	18
مشکلات ربوی	6	10
اختلال حواس پنجگانه	7	12
اختلال خواب	26	43

از لحاظ شاخص کیفیت زندگی در قبل از مداخله آموزشی اکثریت در سطح خوب (41/7 درصد) و 9 نفر (15 درصد) نیز در سطح عالی قرار داشتند که در بعد از مداخله آموزشی هیچ کدام از نمونه‌ها در سطوح ضعیف و خیلی ضعیف قرار نداشتند که بر اساس آزمون کروسکال والیس اختلاف معنی داری در قبل و بعد از مداخله آموزشی وجود داشت ( $p < 0/001$ ) (جدول 2).

رعایت کلیه موارد اخلاقی در پژوهش مورد توجه قرار گرفته است. پس از جمع‌آوری اطلاعات از طریق نرم افزار SPSS نسخه 16 و با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و همچنین آزمون‌های آمار استنباطی با توجه به نرمال یا غیر نرمال بودن توزیع داده‌ها براساس آزمون کولموگروف اسمیرنوف بر حسب مورد از آزمون ناپارامتریک ویلکاکسون جهت مقایسه قبل و بعد و آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین نمرات بین دو گروه و آنوا برای مقایسه میانگین در بیش از 2 گروه در برخی از متغیرهای پژوهش استفاده گردیده است. سطح معنی داری نیز کمتر از 0/05 لحاظ گردید.

#### یافته‌ها

میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه  $67/61 \pm 5/02$  بود. از نظر توزیع جنسی نیز اکثریت مرد (60 درصد) و از نظر وضعیت تاهل اکثریت سالمندان متاهل (75 درصد) بودند. حدود 51/7 درصد از سالمندان تحت بررسی در این پژوهش بی‌سواد بوده و همچنین از نظر سطح درآمد خانوار نیز 19 نفر (31/7 درصد) دارای درآمد کم و تنها 6 نفر (10 درصد) در سطح عالی بودند (جدول 1). از نظر شیوع مشکلات جسمی مربوط به دستگاه‌های مختلف بدن 5 مورد (9 درصد) مبتلا به ضایعه گوارشی، 13 نفر (21 درصد) مبتلا به اختلال اسکلتی عضلانی و 26 نفر (43 درصد) نیز دچار اختلالات خواب بودند (جدول 1).

در این پژوهش میانگین کل نمره کیفیت زندگی در 61/06  $\pm$  7/42 بود. بیشترین میزان میانگین کیفیت زندگی در داشتن سلامت اجتماعی  $74/5 \pm 15$  و کمترین مقدار کیفیت

**جدول 2. توزیع فراوانی شاخص کیفیت زندگی در سالمندان مورد مطالعه در قبل و 3 ماه بعد از مداخله آموزشی**

شاخص‌ها	قبل از مداخله		بعد از مداخله		p
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
خیلی	0	0	0	0	
شاخص کیفیت					
ضعیف	8	13/3	0	0	0/001
زندگی (36-)					
متوسط	18	30	10	16/7	
(SF)					
خوب	25	41/7	23	38/3	
عالی	9	15	27	45	

در ابعاد سلامت اجتماعی ( $p < 0/016$ )، درد جسمی ( $p < 0/025$ ) آزمون کولموگروف اسمیرنوف حاکی از عدم توزیع نرمال داده‌ها بود که از آزمون ناپارامتریک ویلکاکسون جهت مقایسه میانگین نمرات در قبل و بعد از مداخله در این ابعاد استفاده گردید بر اساس نتایج به دست آمده میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در قبل و سه ماه بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ( $p < 0/05$ ) (جدول 3).

بر اساس آزمون کولموگروف اسمیرنوف در قسمت سلامت عمومی ( $p > 0/163$ )، نشاط و سلامت روان ( $p > 0/458$ )، سلامت جسمی ( $p > 0/281$ )، سلامت روحی ( $p > 0/708$ )، داده‌ها از توزیع نرمال تبعیت نمودند لذا جهت مقایسه اختلاف میانگین در قبل و بعد بر اساس آزمون تی زوجی اقدام گردید که نتایج قبل و بعد حاکی از اختلاف معنی‌دار این ابعاد به دنبال مداخله آموزشی بوده است (جدول 3).

جدول 3. مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف شاخص کیفیت زندگی (SF-36) در قبل و 3 ماه بعد از مداخله آموزشی در سالمندان شهر اراک

p	بعد از مداخله		قبل از مداخله		مداخله آموزشی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	ابعاد شاخص کیفیت زندگی (SF-36)
0/001	61/33	16/69	51/83	20/54	سلامت عمومی
0/001	71/62	12/32	60/37	15/06	نشاط و سلامت روان
0/001	58/94	12/79	46/59	17/65	سلامت جسمی
0/001	72/46	9/94	58/54	15/76	سلامت روانی
0/001	88/12	10/38	74/58	15	سلامت اجتماعی
0/001	76/71	12/5	86/5	16	درد جسمی
0/001	75/66	12/87	61/06	17/42	کیفیت زندگی کلی

آزمون آماری من ویتنی ارتباط معنی‌داری بین سن و فعالیت فیزیکی ( $p < 0/001$ )، فعالیت اجتماعی ( $p < 0/001$ ) و درد جسمی ( $p < 0/001$ ) در بین سالمندان زن و مرد نشان داد.

### بحث

در پژوهش حاضر جمعیت سالمندان از کیفیت زندگی نسبتاً مناسبی برخوردار بودند. نتایج تحقیق نشان داد که جمعیت مورد مطالعه سلامت روانی بهتری را نسبت به سلامت جسمی گزارش نموده بودند. علت این امر می‌تواند حمایت شبکه‌های اجتماعی و خانوادگی از افراد سالمند باشد و از طرفی طیف بالای بیماری‌های جسمی همراه با سالمندی می‌باشد که موجب اعتلای سلامت روانی نسبت به سلامت جسمی در گروه مورد مطالعه شده است. سالار و

هم‌چنین یافته‌های این مطالعه در مقایسه عوامل دموگرافیک و کیفیت زندگی، نشان داد که از نظر محدودیت فعالیت جسمانی، وضعیت تأهل تاثیری نداشت ولی سالمندان شاغل نیز نسبت به بیکاران و بازنشستگان از نظر سلامت عمومی وضعیت بهتری داشتند. هم‌چنین تغییر در بعضی از عوامل رفتاری از جمله شرکت در گروه‌های خاطره‌گویی، رفتن به پارک و تعداد گروه‌های طرف معاشرت گروه‌های متعدد سنی که سالمند با آنها معاشرت می‌کند، ورزش و فعالیت‌های جسمانی، استقلال در انجام کارهای شخصی در قبل و بعد از مداخله معنی‌دار بود ( $p < 0/001$ ). هم‌چنین بعضی از عوامل رفتاری از جمله شرکت در مجالس مذهبی و نوع روابط با همسر و فرزندان با هدف؛ تغییر از روابط سرد یا سازشی به رابطه صمیمی در قبل و بعد از مداخله، بدون تغییر باقی ماندند.

همکاران در بررسی وضعیت اشتغال به کار مجدد بازنشستگان و شاخص‌های کیفیت زندگی نشان داد که بازنشستگان شاغل از نظر شاخص‌های کیفیت زندگی نسبت به بازنشستگان غیر شاغل وضعیت بهتری داشتند که این امر خود می‌تواند به دلیل ایجاد روابط اجتماعی با دیگران و افزایش شاخص کیفیت زندگی به خصوص در بعد سلامت روانی گردد (15). با این وجود در مطالعه بنامزاده سلامت جسمی سالمندان وضعیت بهتری نسبت به سلامت روحی آنان داشت (2). در پژوهش حاضر به دنبال برگزاری جلسات آموزشی نحوه شیوه زندگی سالم و پی‌گیری گروه هدف پس از 3 ماه مداخله آموزشی سالمندان مورد مطالعه از کیفیت زندگی بهتری برخوردار شدند حبیبی و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که بین کیفیت زندگی و رفتارهایی نظیر ورزش یا پیاده‌روی، مصرف شیر، لبنیات، غذاهای گوشتی، مصرف میوه و سبزیجات تازه، مصرف غذاهای کم نمک، مصرف غذاهای کم چرب، کنترل وضعیت سلامت و کنترل فشار خون ارتباط معنی‌داری وجود دارد (4).

حیدری و همکاران نیز در پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر برنامه آموزشی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان که بر روی 60 نفر از سالمندان مراجعه کننده به مرکز مراقبتی سالمندان امید بروجن انجام شده بود نشان دادند که در تمام ابعاد کیفیت زندگی سالمندان پس از مداخله نسبت به قبل از آن افزایش یافته است (5). در پژوهش حاضر بعد از انجام مداخله آموزشی اکثریت سالمندان از لحاظ فعالیت‌های روزمره توانمند شده و به شکل مستقل فعالیت‌های خویش را انجام می‌دادند که حاکی از اثربخشی برنامه‌های آموزشی در این قسمت بوده است بذرافشان و همکاران نیز در مطالعه‌ای با عنوان بررسی تاثیر ورزش بر کیفیت زندگی زنان سالمند شهر شیراز نشان دادند که نمره کیفیت زندگی قبل از به کارگیری برنامه ورزشی و پس از اجرای برنامه ورزشی میانگین نمره کیفیت زندگی 75 بود که اختلاف بین آنها معنی‌دار بود (14).

در مطالعه حاضر اجرای برنامه آموزشی منظم و پی‌گیری سالمندان در نهایت منجر به افزایش و بهبود کیفیت زندگی سالمندان گردیده بود که حاکی از اثربخشی انجام مداخله بوده است سالار و همکاران نیز در مطالعه‌ای نیمه تجربی با هدف ارزیابی تاثیر الگوی مشاوره مراقبت پی‌گیری بر کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان نشان دادند که پس از 4 ماه پی‌گیری امتیاز کیفیت زندگی از 40 نمره در قبل از مداخله به 56/5 نمره بعد از مداخله افزایش یافته بود که خود حاکی از تاثیر مثبت الگوی مشاوره مراقبت پی‌گیری بوده است در این مطالعه نیز، بیشترین ابعادی دست‌خوش تغییر مثبت شدند عبارت بودند از سلامت عمومی، فعالیت فیزیکی و سرزندگی و شادابی که با نتایج مطالعه اخیر هم‌خوانی دارد (15).

حمیدزاده و همکاران نیز در مطالعه‌ای نیمه تجربی در مرکز سالمندان شهر بروجن با هدف بررسی تاثیر برنامه ورزش گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان نشان دادند که با به کارگیری برنامه ورزشی گروهی سطح کیفیت زندگی افراد سالمند در ابعاد مختلف مانند، عملکرد فیزیکی، ایفای نقش، کاهش درد، سلامت عمومی، سرزندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روانی به طور معنی‌داری نسبت به قبل از اجرای برنامه افزایش یافت و این در حالی است که در مدت زمان مشابه، در گروه شاهد تغییر معنی‌داری در ابعاد کیفیت زندگی آنان ایجاد نشده است (19). در مطالعه حاضر سالمندان از نقطه نظر سلامتی روانی بیش از سالمندان مطالعه قم با میانگین 42/6 از سطح سلامت روانی برخوردار بودند (13) اما نسبت به سلامت روانی در سالمندان شهر کاشان (با میانگین 94/4) از سلامت روان پایین‌تری برخوردار بودند (20) اما نتایج در مجموع نشان دهنده آن است که مسئولین مراکز بهداشتی به ارتقاء ارائه خدمات بهداشت روانی در زمینه مشکلات روانی سالمندان باید توجه ویژه‌ای داشته باشند هم‌چنین در ابعادی از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در مقایسه با مطالعات لبنان و ترکیه (22)، (21) از وضعیت بهتری برخوردار است؛ یکی از دلایل تبیین

این یافته‌ها را می‌توان تاثیر فرهنگ‌ها و حمایت‌های اجتماعی در جوامع مختلف نسبت به سالمندان و هم‌چنین گرایش‌ها و باورهای دین سالمندان دانست.

در تحقیقات انجام شده در خارج از کشور نیز، نتایج با یافته‌های این مطالعه هم راستا می‌باشد. هر چند که در مجموع نمره کیفیت زندگی از سطح بالاتری برخوردار است دلیل این تفاوت در کیفیت زندگی را می‌توان وجود سیستم‌های حمایتی متفاوت از طرف دولت، شرایط زندگی راحت‌تر و آسان‌تر و سبک زندگی متفاوت دانست. در مطالعه‌ای که دیکسون و همکاران در نیویورک انجام دادند، مشخص شد که اجرای برنامه خود مراقبتی، ورزش و انجام کار، باعث افزایش کیفیت زندگی می‌گردد هم‌چنین در شرایطی که افراد با بیماری و یا ناتوانی رو به رو می‌شوند، جنبه ناملایم زندگی نقش تعیین کننده‌ای در کیفیت زندگی پیدا می‌کند (23) از این رو ایجاد حمایت‌های رسمی و غیر رسمی از افراد سالمند باید یکی از اهداف اصلی در جلب حمایت اجتماعی جهت افزایش کیفیت زندگی سالمندان باشد.

نتایج مطالعه علی پور و همکاران نیز به بررسی نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان پرداخت و نشان داد که کیفیت زندگی در مردان بالاتر از زنان می‌باشد و حمایت‌های اجتماعی مادی، عاطفی، کارکردی و ساختاری در افزایش کیفیت زندگی سالمندان نقش زیادی داشته است (24).

دستاورد اصلی این مطالعه این است که اگر سالمندان بیاموزند که چگونه باید باقیمانده عمر خود را در آرامش و آسایش بگذرانند، می‌توانند عوامل کاهش‌دهنده کیفیت زندگی خود را به نحو مطلوب‌تری متعادل سازند. به نظر می‌رسد به کارگیری برنامه‌های آموزشی مرتبط با سلامتی برای سالمندان یک ضرورت بوده و می‌تواند کلیه ابعاد زندگی آنان را بهبود بخشد. لذا با توجه به افزایش میزان جمعیت سالمند کشورمان در سال‌های آتی، ضروری است برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری مناسب توسط مسئولین ذیربط برای این مهم، انجام پذیرد.

پرسنل بهداشتی و درمانی به عنوان قشری که در حیطه کاری خود، ارتباط زیادی با سالمندان، چه در حیطه بیمارستان، خانه‌های سالمندان و دیگر مراکز بهداشتی و غیره دارند، اگر بتوانند آموزش‌های ساده خود مراقبتی را به سالمندان ارائه نمایند، نه تنها در جهت افزایش کیفیت زندگی سالمندان گام برمی‌دارند، بلکه در جهت ارتقای سلامت جامعه، کاهش هزینه‌ها و انجام مسئولیت‌های حرفه‌ای خود، مؤثرتر خواهند بود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر جمع‌آوری داده‌ها از طریق خود گزارش دهی می‌باشد که باید در تعمیم نتایج آن دقت کرد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج تحقیق حاضر مبنی بر پایین بودن کیفیت زندگی و سطح فعالیت‌های روزانه زندگی سالمندان شهر اراک می‌توان با برپایی کلاس‌های شیوه زندگی سالم گامی کوچک جهت ارتقاء سطح سلامتی و کیفیت زندگی این گروه آسیب‌پذیر جامعه برداشت. زیرا که هدف غایی بهداشت و درمان بهبود سلامتی در همه گروه‌های اجتماعی است و این امر در مورد سالمندان با افزایش این گروه جمعیتی ضروری به نظر می‌رسد. در نهایت باید توجه داشت که بسیاری از عوامل می‌توانند بر روی کیفیت زندگی تاثیرگذار باشند که این عوامل در هر جامعه‌ای متفاوت می‌باشد لذا پیشنهاد می‌گردد که هر جامعه‌ای کیفیت زندگی را مختص به افراد جامعه خود تعریف و سنجش نماید هم‌چنان که از مقایسه نتایج پژوهش‌های فوق نیز چنین برداشتی حاصل می‌گردد.

### تشکر و قدردانی

از سالمندان و مدرسین آموزش دهنده و همکاران مراکز بهداشتی درمانی که بدون کمک‌های ارزنده آنان این طرح قابل انجام نبود تقدیر و تشکر می‌گردد. هم‌چنین از معاونت محترم آموزش و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی



among Elderly People in Tehran. Iranian Journal of Epidemiology. 2010;6(2):7-15.[Persian]

10. Samadi s, Bayat A. Knowledge, attitude and practice of healthy lifestyle in the elderly than in old age in 2002. Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2006 (1) :83-4.[Persian]

11. Dadkhah A. System Services Aging in America, and Japan's Strategic Plan for Senior Services Civic and indicators in Iran in 2006. Senior Journal.2008;(1):166-76. [Persian]

12. 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 research reviews. 2012; 1 (6): 72-7.

13. Nejati V. Assessing the health status of elderly people in the province of Qom (2007). The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2009;13(1):67-72. [Persian]

14. Bazrafshan M. The effect of exercise on quality of life of elderly women a daily member Jahandydgan Shiraz 2006. Senior Journal. 2007 (3) :196-204. [Persian]

15. Salar A. Effect ongoing consultation on quality of life of elderly people in Zahedan in 2002. Tabib East J. 2005 ;2(4) :261-7. [Persian]

16. Motamed N, Ayatollahi A, Zare N, Sadeghi-Hassanabadi A. Validity and reliability of the Persian translation of the SF-36 version 2 questionnaire. East Mediterr Health J. 2005;11(3):349-57.

17. Salehi L, Ardebili H, Mohammad K. Facilitating factors and barriers to healthy lifestyle in elderly people: a qualitative study. Journal of School of Public Health And Institute of Public Health Researches.2008;6(2): 49-57.

18. Rostami M, Baraz Sh, Farzianpour F, Rasekh A. Effect of Orem self care model on Elderly's quality of life in care centers of Masjed Suleiman. J Arak Uni Med Sci. 2009; 12 (2):51-9. [Persian]

اراک که این طرح را با شماره 520 مورد تصویب و حمایت مالی قرار داده تشکر می گردد.

#### منابع

1. Vahdaninia M, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoun F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: a population-based study. Payesh. 2005;4(2): 113-20.[Persian]

2. Banazadeh N. The survey of social relationships and mental health nursing 2002. Tazkyh and Medicine journal. 2002;1 (5): 41-37.[Persian]

3. Albukardi M, Ramezani R, Arizi F. Assessment of quality of life in Shahin shahr's elders. Sci Med J. 2007;5(4):703-7.[Persian]

4. Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. Health promotion behaviours and Quality of life among elderly people: A crosssectional survey 2006. Journal of Ardabil University of Medical Sciences & Health Services. 2008;8(1): 29-36.[Persian]

5. 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.

6. Eshaghi SR, Shahsanai A, Mellat M. Assessment of the Physical Activity of Elderly Population of Isfahan, Iran. Journal of Isfahan Medical School. 2011;29(147): 939-46.[Persian]

7. Hajbabaee H, Jalali A, Zohori H. The Study of Senior Citizen's Life Quality. Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery. 2005;(7): 22-8.[Persian]

8. Jafarzade FM, Vashani B, Vahedian Shahroudi M. The Quality of Life of the Elderly in Sabzevar, Iran. Asrar, Journal of Sabzevar School of Medical Sciences. 2010;17(3): 213-7.[Persian]

9. Salehi L, Taghdisi M, Ghasemi H, Shokervash B. To Identify the Facilitator and Barrier Factors of Physical Activity

- Women are more disabled in basic activities of daily living than men only in very advanced ages: A study on disability, morbidity, and mortality from the Kungsholmen Project. *Journal of clinical epidemiology*. 2003;56(7):669-77.
23. 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: The Journal of Acute and Critical Care*. 2012;41(1):5-14.
24. Alipur F, Sajjadi H, Foruzan A, Biglarian A. Role of social quiet on elder's quality of life. *Soc Welfare Quart*. 2010; 4(33):147-65. [Persian]
19. Hamidzadeh S. The effect of the group exercise program on quality of life of seniors in the year 2005-2006. *Journal of Medical Sciences and Health Services-Health martyr Sadoughi*. 2007; 16 (1) :81-6. [Persian]
20. Jaghtae M. The survey of health elder in kashan city. *Elder journal*. 2005; 1 (9): 14-21. [Persian]
21. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2003;33(5):335-40.
22. Von Strauss E, Agüero-Torres H, Karelholt I, Winblad B, Fratiglioni L.

Archive of SID