



# The Effect of Self-Management Education on Promoting Mental Health Behaviors in Older Women of West Tehran

Soraya Nejati <sup>1</sup>, Majideh Heravi-Karimooi <sup>2,\*</sup>, Nahid Rejeh <sup>3</sup>, Hamid Sharif Nia <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Shahed University, College of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Elderly Care Research Centre - Shahed University, College of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Professor, Elderly Care Research Centre - Shahed University, College of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran

<sup>4</sup> School of Nursing & Midwifery Amol, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

\* **Corresponding author:** Majideh Heravi-Karimooi, Associate Professor, Elderly Care Research Centre - Shahed University, College of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran. E-mail: heravi@shahed.ac.ir

Received: 13 May 2019

Accepted: 11 Jul 2019

## Abstract

**Introduction:** Self-management program, which is one of the methods of rehabilitation, emphasizes all care activities and the client has a central role. Its goal is to achieve maximum independence, self-decision and health improvement based on the person's abilities and lifestyle and the improvement of quality of life. The purpose of this study was to determine the effect of self-management education on mental health promotion in old age women.

**Methods:** This research is a quasi-experimental, pre-test and post-test study with control and randomized control group. In this study, 76 elderly women referred to neighborhoods west of Tehran. They were randomly divided into intervention and control groups. The instrument of the study was demographic questionnaire and short-lived health behaviors scale (SRAHPS). It was studied in three periods of time (before intervention, one month and three months after the intervention). SPSS software version 16 was used for data analysis of demographic characteristics and purpose of the study. For data analysis of the demographic characteristics and the objective of the study were t-test, Chi-square and Fisher's exact test.

**Results:** The results of the research on the demographic characteristics of the studied groups showed that there were no significant differences between the two groups (intervention and control) in terms of individual characteristics, before the intervention, there was no significant difference between the two groups. There was no significant difference in the mental health of the two groups before the intervention (P-value = 0.81). In other words, the two groups were homogeneous before the intervention, but one month and three months after the intervention for health mental was significant (P-value = 0.001).

**Conclusions:** According to the findings of the study, self-management program has been effective in promoting mental health behaviors in elderly women and the main goal is confirmed, therefore, it is suggested that nursing education to elders should be considered by nurses in health care centers.

**Keywords:** Self-management, Mental Health Behaviors, Elderly



## بررسی تأثیر آموزش توانمند سازی خود مدیریتی بر ارتقا رفتارهای سلامت روان در زنان سالمند

ثریا نجاتی<sup>۱</sup>، مجیده هروی کریموی<sup>۲\*</sup>، ناهید رژه<sup>۳</sup>، سیدحمید شریف نیا<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> استاد، مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران  
<sup>۴</sup> دانشکده پرستاری مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران  
\* نویسنده مسئول: مجیده هروی کریموی، دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. ایمیل: heravi@shahed.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۲۳

### چکیده

**مقدمه:** برنامه خودمدیریتی که یکی از روشهای توانبخشی است، که بر تمام فعالیت‌های مراقبتی تاکید دارد و مددجو نقش اصلی و محوری دارد، هدف آن دستیابی به حداکثر استقلال، خود تصمیم گیری و بهبود سلامت فرد مبتنی بر توانایی‌ها و شیوه زندگی فرد و افزایش کیفیت زندگی است لذا هدف این مطالعه، تعیین تأثیر آموزش توانمند سازی خود مدیریتی بر ارتقا رفتارهای سلامت روان در زنان سالمند می‌باشد.

**روش کار:** این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی، از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و تصادفی شده می‌باشد که در آن ۷۶ زن سالمند مراجعه کننده به سراهای تصادفی سازی شده محله منطقه دو غرب تهران، در دو گروه مداخله (۳۹ زن سالمند) و کنترل (۳۷ زن سالمند) وارد مطالعه شدند. ابتدا بعد از امضای رضایت نامه، پرسشنامه دموگرافیک و مقیاس کوتاه شده رفتارهای بهداشتی (SRAHPS) توسط دو گروه مورد ماله تکمیل گردید. سپس گروه مداخله در برنامه خودمدیریتی، هشت جلسه آموزشی دو ساعته شرکت نمودند. پس از اتمام مداخله، پیگیری تلفنی به مدت دوازده هفته انجام گردید. این مطالعه در سه مقطع زمانی مورد بررسی (قبل از مداخله، یک ماه و سه ماه بعد از مداخله) قرار گرفت که یک و سه ماه بعد از اتمام مداخله، پرسشنامه مقیاس کوتاه شده رفتارهای بهداشتی، مجدداً توسط دو گروه تکمیل گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری کای دو، دقیق فیشر، تی مستقل با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج مربوط به مشخصات فردی نشان می‌دهد دو گروه (مداخله و کنترل) مورد مطالعه از نظر این ویژگی‌ها قبل از مداخله تفاوت آماری معنی داری نداشته و به عبارتی دو گروه از این نظر قبل از مداخله با هم همگن بودند همچنین از نظر هدف پژوهش (رفتارهای سلامت روان) دو گروه قبل از مداخله تفاوت آماری معنی داری نداشته (P-value = ۰/۸۱) و به عبارتی دو گروه از این نظر قبل از مداخله با هم همگن بودند، ولی یک ماه و سه ماه بعد از مداخله از نظر هدف مطالعه معنی دار شد (P-value = ۰/۰۰۱).  
**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش، برنامه خود مدیریتی بر ارتقا رفتارهای سلامت روان در زنان سالمند مؤثر بوده است و هدف اصلی مورد تأیید می‌باشد لذا پیشنهاد می‌شود آموزش به سالمندان توسط پرستاران در خانه‌های سلامت در نظر گرفته شود.  
**واژگان کلیدی:** خود مدیریتی، رفتارهای سلامت روان، سالمندی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

سالمندی بدلیل کهولت، ضعف سیستم ایمنی و بیماری‌های مزمن، مستعد ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها است [۳]، جمعیت یک کشور بر اساس یک مدل پزشکی در یک زنجیره بهداشت باید متمرکز شوند از طرفی طبقه بندی جمعیت عموماً به ترکیبی از تشخیص بیماری مزمن و سطوح هزینه‌های بهداشتی متکی است. برای این بررسی، نشان داده

سالمندی دوران حساسی از زندگی است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است [۱] و با افزایش جمعیت سالمندان، توجه به نیازهای جسمی، روانی و عاطفی آنها اهمیت خاصی پیدا می‌کند [۲] آنچه مسلم است از سالمندی نمی‌توان پیشگیری کرد و همگان را شامل می‌شود، از طرفی در این دوره زندگی،

می‌گذارد، نوع و تعداد بیماری‌ها نیست بلکه ادراک آنها از ناتوانی است که بیماری برایشان ایجاد می‌کند. سالمندان افسرده، مشکلات طبی روز افزونی نسبت به غیر افسرده‌ها دارند به عنوان مثال اختلال خواب یکی از نشانه‌های ثابت در افسردگی است [۸، ۹]. رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان، تأثیر بالقوه‌ای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی خواهد شد. بر طبق مطالعات انجام شده، شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامت به کیفیت مثبت زندگی کمک می‌کند. آمار ارائه شده در مورد دلایل اصلی مرگ و میر، بیانگر آنست که ۵۳٪ از علل مرگ و میرها مربوط به سبک زندگی و رفتارهای غیر بهداشتی است بر این اساس چالش اصلی بهداشت در قرن بیستم زنده ماندن بود در حالی چالش قرن حاضر زندگی با کیفیت بهتر می‌باشد [۱۰، ۱۱]. با کنترل بیماری‌های خاص سن افراد، سالمند عمر طولانی‌تر همراه با سلامت خواهد داشت، به طوری که افراد ممکن است برای یک دوره طولانی از بیماری مزمن رنج ببرند، اما با اثرات جدی کمتری روبرو شوند. در چشم انداز کشورها سلامت و عدم ناتوانی در سنین سالمندی امکان پذیر است. باید مسئولان بدانند سلامتی در سنین سالمندی بسیار مهم است و باید سرمایه گذاری برای ارتقاء سلامت در طول زندگی نمایند. عوامل تعیین کننده سلامت در سنین سالمندی پیچیده است و فعالیت‌های ارتقای سلامت در هر مرحله از زندگی باید به اندازه کافی گسترده باشد تا عناصر اجتماعی و روانشناختی در رفتار و نتایج احتمالی مداخلات اولیه انتخاب شود. یک مطالعه‌ای اخیراً در فنلاند نشان داد که ارتباط بین ورزش منظم و فعالیت فیزیکی معنی دار بودن معیار سلامت ذهنی بهتر به دست می‌آید. در این مطالعه بین همه این عوامل افسردگی بیشتر از بقیه معنی دارتر بود و نتایج آن نشان داد که مشارکت در فعالیت‌های فیزیکی درک مثبت از سلامت روان را در افراد سالمندان افزایش داده است. از سوی دیگر، سلامت روان شناختی پیش بینی کننده مهمی برای زنده ماندن سالم در دوران سالمندی است. عوامل و پیامدهای سلامت جمعیت، ناشی از عملکرد سه حوزه رفاه عمومی است که شامل سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و خوشبختی (یک مفهوم ذهنی) رضایت عمومی از زندگی و احساسات مثبت و منفی در رابطه با وضعیت سلامت را توصیف می‌کند. نمونه‌هایی از عوامل تعیین کننده سلامت روان عبارتند از: فعالیت جسمی، حمایت اجتماعی درک شده، استرس، علائم افسردگی، شناخت و احساس تنهایی است [۴، ۵].

امروزه تحقیقات نشان داده است که علت بسیاری از بیمارهای مزمن، انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت سبک زندگی و رفتارهای انسان است. یکی از بهترین راه‌ها این است که مردم توسط آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل نمایند [۱۲]. آموزش برنامه‌های مناسب در خصوص بیماری و روش درمان و مواردی که باید توسط مددجو رعایت گردد، می‌تواند سبب بهبود عملکرد جسمی، سلامت عمومی، وضعیت عاطفی- روانی و اجتماعی بیمار و کاهش در محدودیت نقش‌ها گردد در واقع بهبود وضعیت سلامت (جسمی، روحی- روانی و اجتماعی) می‌شود [۱۳]. آموزش به مددجو از مهمترین وظایف پرستاری است. بنابراین پرستار می‌تواند بسته به شرایط فرد، نوع مشکل و امکانات در دسترس، از برنامه‌های آموزشی مختلفی استفاده کند. روش‌های مختلفی برای رسیدن به اهداف آموزشی وجود

شده است، سلامت افراد سالمند در زندگی در ارتباط با سلامت جمعیت بر اساس تعداد و شدت بیماری‌های مزمن تشخیص داده شده (مانند دیابت یا بیماری‌های قلبی) می‌باشد، از پایگاه داده‌های سازمانی به دست آمده است که افراد سالمند سالم و فعال فقط یک بیماری سرپایی دارند که این بیماری سرپایی با هزینه‌های مراقبت بهداشتی کم نامیده می‌شوند. این افراد سالمند دارای بیماری‌های مزمن نیستند. برای اقامت در منزل در وضعیت سالم و فعال برای سالمند بسیار مهم است. اکثریت سالمندان به دو گروه تقسیم می‌شوند: ۱- در معرض خطر بیماری‌های چندگانه، اما سالم و که مدیریت خوب، هزینه مراقبت بهداشتی نسبتاً پایین دارند، سالمند در معرض خطر، سالم، با یک بیماری مزمن (مانند فشار خون بالا) و این بیماری را مدیریت می‌کنند که تمرکز آنها بر این است که سالم بمانند، از پیشرفت بیماری خود جلوگیری کنند و از بیماری‌های مزمن آینده جلوگیری کنند. ۲- افرادی که بیمارند که چندین بیماری مزمن، هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی بالاتر دارند و این سالمندان ممکن است شرایط یا بیماری‌های مختلفی داشته باشند و تمرکز آنها بر کاهش پیشرفت این بیماری‌ها و یا جلوگیری از آسیب آن است، در نهایت گروه بسیار بیمار هزینه‌های بسیار بالا در هزینه‌های مراقبت بهداشتی نیاز دارند که افراد سالمندی که دارای بیماری‌های شدید هستند و نیاز به مداخله مداوم دارند [۴، ۵]. البته این مشکلات با اصلاح سبک زندگی و ارتقای وضعیت بهداشت فردی قابل پیشگیری خواهد بود، از سوی دیگر، یکی از مهم‌ترین و موثرترین اقدامات جهت ارتقاء وضعیت بهداشت فردی و کیفیت زندگی سالمندان، آموزش می‌باشد و آموزش صحیح مستلزم شناخت صحیح نیازهای سالمندان است [۶]. در روند پیری علاوه بر کاهش وضعیت سلامت به علت پیری، عوامل دیگر نیز، از جمله از دست دادن دوستان، جدایی از فرزندان، از دست دادن شغل، از دست دادن درآمد، کمبودها و تشدید عوامل خطر در روان شناختی، اجتماعی، زمینه‌های رفتاری و محیطی مانند کاهش حمایت و کنترل درک اجتماعی، سبک زندگی نا سالم و خطرات زیست محیطی تأثیر قابل توجهی بر سلامت افراد سالمند دارند [۷]. لذا با افزایش سن، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند در میان عوامل تعیین کننده. سلامت، رفتارهای خود مراقبتی و 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 [۱]. زیرا سلامت به عنوان مهمترین عامل تعیین کننده کیفیت زندگی سالمندان ذکر شده است که با افزایش سن کاهش می‌یابد. شرایط و شیوه زندگی سالم در فرد سالمند شامل، رعایت اصول رفتارهای تغذیه‌ای سالم، بهداشت فردی، بهداشت خواب، تحرک در طول شبانه روز و فعالیت‌های روزمره، مدیریت استرس، عدم استعمال دخانیات، ارتباطات بین فردی، رشد معنوی و مسئولیت پذیری می‌باشد و نقش روابط خانوادگی را به عنوان عامل میانجی در افزایش اعتماد به نفس سالمندان می‌دانند. از طرفی رابطه روشنی بین بیماری مزمن و سلامت روان وجود دارد. افرادی که بیماری مزمن دارند در معرض خطر بالاتر اختلالات خلقی و افسردگی قرار دارند، علیرغم رابطه منفی بین بیماری‌های مزمن و افسردگی تأیید شده ولی محققان بیان می‌کنند که مهم‌ترین عاملی که بر بروز افسردگی در افراد دارای بیماری مزمن تأثیر

مدیریتی بر ارتقا رفتارهای سلامت روان زنان سالمند" با کد مصوبه کمیته اخلاقی IR shahed REC 1396.122 می‌باشد. برای نمونه پژوهش ۷۶ زنان سالمند مراجعه کننده به سراهای محله منطقه دو در غرب تهران، بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. تصادفی سازی به این صورت بود که از میان ۲۱ سراهای محله در منطقه دو تهران به صورت تصادفی برای دو گروه، مداخله (۴ سرای محله) و کنترل (۴ سرای محله) تخصیص داده شدند. ابزار مطالعه پرسشنامه دموگرافیک و مقیاس کوتاه شده رفتارهای بهداشتی (SRAHPS) بود. پس از تکمیل و امضاء رضایت نامه، ابتدا این دو ابزار توسط هر دو گروه تکمیل گردید. سپس گروه مداخله، برنامه خودمدیریتی که شامل هشت جلسه آموزشی دو ساعته و در هفته دو جلسه در گروه‌های شش الی هشت نفر شرکت نمودند، جلسات آموزشی به این صورت بود که ابتدا توضیحات لازم در مورد جلسات آموزشی، اهداف و روش کار بیان شد و به این ترتیب با سالمندان بر اساس مهارت شکل گیری ارتباط آموزشی بین پژوهشگر و سالمند برقرار شد و قرار جلسه اول تعیین گردید. در جلسه اول محتوای آموزشی حاوی اهداف، و توضیح کلی در رابطه مطالب آموزشی در حد قابل درک سالمند همچنین در رابطه با ماهیت سالمندی، مشکلات و عوارض ثانویه متعاقب سالمندی و شاد زیستن با پرسش و پاسخ ارائه شد، و زمان جلسه بعدی مشخص گردید. جلسه دوم مختصری در ارتباط با روش‌های پیشگیری و کنترل مشکلات و عوارض سپس در مورد بهداشت دهان و دندان و تغذیه در سالمندی با پرسش و پاسخ بر گزار گردید. جلسه سوم در رابطه با دیابت و افزایش فشار خون در سالمندی مطالب ارائه گردید سپس در مورد تغذیه در دیابت و فشارخون بحث، پرسش و پاسخ بر اساس مطالب علمی و تجربیات سالمندان به اتمام رسید. جلسه چهارم بحث و پرسش و پاسخ درباره مشکلات دفعی، چشم و گوش و خشکی پوست در سالمندی بود. جلسه پنجم در رابطه با مشکلات عصبی و روحی - روانی مطالب ارائه گردید و عواطفی مانند عصبانیت، ترس و ناامیدی، اضطراب، افسردگی، فقدان‌ها، ارتباطات و احساس تنهایی مورد بحث قرار گرفت. جلسه ششم در مورد آرتروز و استئوپروز (پوکی استخوان) در دوران سالمندی آموزش داده شد سپس چند سناریو در ارتباط با موقعیت‌هایی که سالمند ممکن است با آن مواجه شود تحت نظر پژوهشگر با بحث گروهی و راه حل‌های مناسب و روش اداره صحیح موقعیت‌های طرح شده جهت تقویت مهارت حل مسئله و مهارت تصمیم گیری ارائه شد. جلسه هفتم راه کارهای بهبود درد کمر و زانو در سالمندی و تمرینات ورزشی مخصوص سالمندی با چند سناریو مثل جلسه قبل اجرا شد. جلسه هشتم در رابطه با تمرینات ورزشی جهت حفظ تعادل در دروان سالمندی مثل دو جلسه قبل با چند طرح سناریو به اجرا گذاشته شد. علاوه بر این سالمندان اطلاعات کسب شده در جلسات را به کار گرفته شده و تجربیات خود را به روش بحث گروهی با یکدیگر مبادله کردند و بدین صورت سالمندان در انتخاب راه حل‌ها به صورت عملی مشارکت فعال داشتند. در پایان هر جلسه بر اساس یکی از پنج مهارت اصلی برنامه توانمند سازی خودمدیریتی که شامل: (۱) مهارت حل مسئله، مددجویان اساس حل مشکل را می‌آموختند بر اساس تعریف مشکل، پیدا کردن راه حل ممکن و اجرای راه حل و ارزیابی نتایج بود، (۲) مهارت تصمیم گیری: سالمند دچار مشکل برای تغییر در شرایط با تصمیم گیری روزانه، در این کلاس دانش مورد نیاز برای انجام این تغییرات را کسب می‌کرد، (۳) استفاده از منابع، که سالمند یاد می‌گرفت چگونه از منابعی که به او کمک می‌کند استفاده نماید. (۴) شکل گیری ارتباط بین مراقبت کننده و فرد، در این مرحله بر قراری ارتباط

دارد که یکی از آنان رسیدن مددجو به خودمدیریتی است [۱۴]. خودمدیریتی یک روش حمایتی، ساده، فرآیندی فعال و عملی است که توسط مددجو هدایت می‌شود و شامل فعالیتهای خاص به منظور دستیابی به اهداف مدیریت مشکلات است [۱۵، ۱۶]. برنامه خودمدیریتی که یکی از روشهای توانبخشی است، بر تمام فعالیتهای مراقبتی تاکید دارد و توانجو نقش اصلی و محوری دارد و هدف آن دستیابی به حداکثر استقلال، خود تصمیم گیری و بهبود سلامت فرد مبتنی بر توانایی‌ها و شیوه زندگی فرد و افزایش کیفیت زندگی است [۱۷، ۱۸]. آموزش خودمدیریتی باعث شرکت فعالانه مددجو در امر مراقبت از خود و افزایش مسئولیت پذیری فرد می‌شود و کمک می‌کند فرد بتواند تا حد زیادی استقلال خود را حفظ کند و همچنین باعث افزایش کارایی فرد می‌شود [۱۹]. همچنین این امر باعث می‌شود که وابستگی فرد به کادر درمانی و سایر افراد خانواده کاهش یابد [۱۶].

به طور کلی خودمدیریتی نوعی آموزش نوین در امر مراقبت از خود است که توسط خود فرد، مشکل یابی صورت گرفته و با کمک تیم بهداشتی مهارت لازم برای مقابله با مشکل، آموزش داده می‌شود. در نتیجه مددجو با تکیه بر مهارت‌های خود و با اعتماد به نفس، زمینه کنترل مشکلات را از طریق حل مسئله می‌آموزد. در نهایت می‌توان گفت که هدف اصلی در آموزش برنامه خودمدیریتی، مدیریت بر مشکلات توسط خود فرد است [۲۰]. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که برنامه‌های آموزش ویژه مددجویان مبتنی بر خودمدیریتی می‌تواند در جهت افزایش دانش، مهارت و اصلاح رفتارهای مرتبط با مشکلات در جهت کمک به خویش مؤثر باشند [۲۱-۲۳]. بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و پشتکار دربرداشته و در برابر مشکلات، ایستادگی و بر امور کنترل بیشتری دارند. از این رو تقویت خودکارآمدی می‌تواند باعث حفظ و نگه داری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی شود، براین باور فرد به توانایی انجام عملکردهای مورد نظر و یا اطمینان فرد برای رفتار مورد نظر برای رسیدن به یک هدف مطلوب تعریف می‌شود [۲۴]. با توجه به این که آموزش عنصر کلیدی فعال کردن مددجو و جلب اعتماد وی است؛ زمانی اثرگذارتر می‌شود که با کسب مهارت‌های برنامه خودمدیریتی همراه باشد [۲۵].

با توجه به ماهیت سالمندی که نیازمند توانمندی سالمند در تصمیم گیری جهت مدیریت خود و اینکه بهبود کیفیت زندگی و استقلال از طریق افزایش مسئولیت پذیری در قبال سلامتی روان آنان، به عنوان یک هدف مهم برای تیم سلامت مطرح است، و از طرفی با توجه به اینکه یکی از رسالت‌های اصلی تیم سلامت، ارتقاء سلامت روان و توانمندی سالمندان می‌باشد و همچنین در ایران اثربخشی برنامه خودمدیریتی در مورد سالمندان ساکن در منزل مورد توجه و تحقیق قرار نگرفته است، لذا لازم بود در این زمینه به تحقیق پرداخته شود. امیدواریم این برنامه گامی در جهت کمک به سالمندان ساکن در منزل باشد و سبب کاهش عوارض و مشکلات ثانویه ناشی از سالمندی و افزایش مسئولیت پذیری در نتیجه بهبود کیفیت زندگی سالمندان شود.

## روش کار

این مطالعه نیمه تجربی، از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و تصادفی شده می‌باشد که هدف آن "تعیین تاثیر توانمند سازی خود

نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. به منظور بررسی همگن بودن گروه‌ها از نظر مشخصات دموگرافیک از آزمون آماری تی مستقل برای آنالیز داده‌های کمی و از آزمون آماری کای اسکور و تست دقیق فیشر برای آنالیز داده‌های کیفی و از آزمون تی مستقل برای آنالیز داده‌های بهداشت روان استفاده گردید.

### یافته‌ها

نتایج مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش نشان می‌دهد دو گروه (مداخله و کنترل) مورد مطالعه قبل از مداخله از نظر ویژگی‌های فردی، تفاوت آماری معنی داری نداشته و به عبارتی دو گروه از این نظر با هم همگن بودند. بعضی از این دموگرافیک‌ها در جدول ۱ آورده شده است. نتایج یافته‌های مطالعه نشان داد که، سلامت روان قبل از مداخله در دو گروه مورد بررسی اختلاف معنی دار آماری ندارد ( $P\text{-value}=0/81$ ). لذا قبل از مداخله دو گروه از این نظر همگن بودند ولی یک و سه ماه بعد از مداخله از نظر آماری معنی دار شد ( $P=0/001$ ). که این نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است همچنین نتایج تغییرات میانگین‌ها با آنالیز کواریانس قبل و یک ماه بعد از مداخله و قبل و سه ماه بعد از مداخله در جداول ۳ و ۴ نشان داده شده است.

صحیح با دیگران را از همدیگر یاد می‌گرفتند. (۵) برنامه عملیاتی، فعالیت‌هایی که منجر به افزایش توانمندی و افزایش اعتماد به نفس برای اداره مشکل توسط خود فرد با جمع بندی از مباحث انجام می‌گرفت. در پایان دوره آموزشی کتابچه آموزشی که حاوی کلیه مطالب ارائه شده در جلسات بود به سالمندان شرکت کننده ارائه شد. جلسات آموزشی در محل کلاس‌های آموزشی سراهای محله به صورت گروهی و چهره به چهره، با تاکید بر نیازهای سالمندان و از طریق فرایند حل مسئله برگزار می‌شد. پس از اتمام مداخله، برنامه پیگیری تلفنی به مدت دوازده هفته جهت تشویق کلامی، پرسش و پاسخ، تقویت آموزه‌ها و ارزیابی روند تغییرات به صورت هفته‌ای یکبار به مدت ده دقیقه (بر اساس نیاز سالمند)، توسط پژوهشگر برای آنها انجام می‌گرفت. تماس‌های تلفنی در طول روز و طبق توافق پژوهشگر واحدهای مورد پژوهش صورت می‌گرفت، در صورت نیاز مجدداً مطالب چند جلسه تعیین می‌گردید که مطالعه نمایند و کلاس مجدداً به صورت پرسش و پاسخ برگزار می‌شد قبل از پس آزمون برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای به جز کلاس‌های معمول سرا صورت نمی‌گرفت ولی بعد از پس آزمون برای گروه کنترل نیز کتابچه آموزشی ارائه گردید و برای آنها در گروه‌های شش تا هشت نفر برای هر گروه دو جلسه پرسش و پاسخ در هفته یک جلسه برگزار گردید.

در نهایت جهت دست یابی به مشخصات دموگرافیک همچنین اهداف پژوهش، داده‌های جمع آوری شده با نرم افزار SPSS

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات فردی زنان سالمند در گروه‌های تحت مطالعه

| مشخصات دموگرافیک                              | کنترل     |      | مداخله     |      |
|---|-----------|------|------------|------|
|   | فراوانی   | درصد | فراوانی    | درصد |
| <b>سن</b>                                     |           |      |            |      |
| بیشترین                                       | ۱۳        | ۳۵/۱ | ۲۰         | ۵۱/۳ |
| کمترین  | ۱۰        | ۲۷   | ۶          | ۱۵/۴ |
| انحراف معیار ± میانگین                        | ۷۰/۱±۷/۸۱ |      | ۶۸/۸۲±۶/۶۵ |      |
| <b>تأهل</b>                                   |           |      |            |      |
| کمترین  | ۱         | ۲/۷  | ۲          | ۵/۱  |
| بیشترین                                       | ۲۵        | ۶۷/۶ | ۲۴         | ۶۱/۵ |
| <b>تحصیلات</b>                                |           |      |            |      |
| کمترین  | ۴         | ۱۰/۸ | ۱          | ۲/۶  |
| بیشترین                                       | ۱۸        | ۴۸/۶ | ۱۸         | ۴۶/۲ |
| <b>تعداد افراد که با سالمند زندگی می‌کنند</b> |           |      |            |      |
| بیشترین                                       | ۱۷        | ۵۰   | ۲۲         | ۶۱/۱ |
| کمترین  | ۴         | ۱۱/۸ | ۲          | ۵/۶  |
| <b>مراقب در خانه</b>                          |           |      |            |      |
| کمترین  | ۱۱        | ۲۹/۷ | ۱۵         | ۳۸/۵ |
| بیشترین                                       | ۲۶        | ۷۰/۳ | ۲۴         | ۶۱/۵ |
| <b>درآمد</b>                                  |           |      |            |      |
| بیشترین                                       | ۱۷        | ۴۵/۹ | ۲۱         | ۵۳/۸ |
| کمترین  | ۶         | ۱۶/۲ | ۸          | ۲۰/۵ |
| <b>بیمه درمانی</b>                            |           |      |            |      |
| بیشترین                                       | ۳۵        | ۹۴/۶ | ۳۵         | ۸۹/۷ |
| کمترین  | ۲         | ۵/۴  | ۴          | ۱۰/۳ |
| <b>سابقه بیماری مزمن</b>                      |           |      |            |      |
| بیشترین                                       | ۱۶        | ۴۴/۴ | ۱۱         | ۳۰/۶ |
| کمترین  | ۵         | ۱۳/۹ | ۴          | ۱۱/۱ |
| <b>سابقه مصرف دارو</b>                        |           |      |            |      |
| بیشترین                                       | ۳۶        | ۹۷/۳ | ۳۷         | ۹۴/۹ |
| کمترین  | ۱         | ۲/۷  | ۲          | ۵/۱  |

جدول ۲: مقایسه میانگین سلامت روان زنان قبل از، یک ماه و سه ماه بعد از مداخله آزمون تی مستقل با دو گروه تحت مطالعه

| گروه بهداشت روان     | کنترل   |              | مداخله  |              | آزمون تی مستقل |         |
|----------------------|---------|--------------|---------|--------------|----------------|---------|
|                      | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | t              | P-value |
| قبل از مداخله        | ۱۷/۵۴   | ۶/۱۰         | ۱۷/۸۷   | ۵/۸۵         | -۰/۲۴          | ۰/۸۱    |
| یک ماه بعد از مداخله | ۱۷/۵۴   | ۶/۰۳         | ۲۵      | ۵/۱۵         | -۵/۶۶          | ۰/۰۰۱   |
| سه ماه بعد از مداخله | ۱۷/۵۴   | ۶/۱۰         | ۲۸/۵۸   | ۳/۶۱         | -۹/۶۴          | ۰/۰۰۱   |

جدول ۳: مقایسه شاخص‌های عددی سلامت روان زنان سالمند قبل و یک ماه بعد از مداخله، در تغییرات میانگین‌ها با آنالیز کواریانس در دو گروه تحت مطالعه

| عنوان      | قبل     |              | یک ماه بعد |              | نتیجه آنالیز کواریانس |       |
|------------|---------|--------------|------------|--------------|-----------------------|-------|
|            | میانگین | انحراف معیار | میانگین    | انحراف معیار | F                     | P     |
| سلامت روان | ۱۷/۵۴   | ۶/۱۰         | ۱۷/۷۲      | ۶/۰۳         | ۳۲۱/۲۵                | ۰/۰۰۱ |
| کنترل      | ۱۷/۵۴   | ۶/۱۰         | ۲۵         | ۵/۱۵         |                       |       |
| مداخله     | ۱۷/۸۷   | ۵/۸۵         | ۲۸/۵۸      | ۳/۶۱         |                       |       |

جدول ۴: مقایسه شاخص‌های عددی سلامت روان زنان سالمند قبل و سه ماه بعد از مداخله، در تغییرات میانگین‌ها با آنالیز کواریانس در دو گروه تحت مطالعه

| عنوان      | قبل     |              | یک ماه بعد |              | نتیجه آنالیز کواریانس |       |
|------------|---------|--------------|------------|--------------|-----------------------|-------|
|            | میانگین | انحراف معیار | میانگین    | انحراف معیار | F                     | P     |
| سلامت روان | ۱۷/۵۴   | ۶/۱۰         | ۱۷/۹۴      | ۵/۷۱         | ۳۳۳/۲۶                | ۰/۰۰۱ |
| کنترل      | ۱۷/۵۴   | ۶/۱۰         | ۲۵         | ۵/۱۵         |                       |       |
| مداخله     | ۱۷/۸۷   | ۵/۸۵         | ۲۸/۵۸      | ۳/۶۱         |                       |       |

## بحث

نتیجه آزمون آماری در گروه کنترل و مداخله وجود اختلاف معنی‌دار بین میانگین نمرات میزان عزت نفس ( $P < 0.01$ ) و رضایت از زندگی ( $P < 0.05$ ) سالمندان مورد بررسی با برنامه ورزشی منظم بود [۲۷]، خصالی و همکاری در پژوهش خود بیان کرده‌اند، میانگین نمرات اضطراب قبل از انجام مداخله در گروه مداخله ۷۹/۴۱ و در گروه شاهد ۵۴/۳۹ بود که با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند ( $P = 0.368$ )، پس از اجرای مداخله، میانگین نمرات اضطراب در گروه مداخله ۴۱/۲۹ و در گروه شاهد ۳۸/۳۹ بود. بر اساس نتایج تحلیل کواریانس مداخله به طور معنی‌داری منجر به کاهش اضطراب زنان سالمند شده بود ( $P = 0.001$ ). در بررسی بررسی نیازهای رفاهی، بهداشتی و درمانی سالمندان توسط نجاتی و عشایری نمره سلامت روانی در زنان سالمند ۹۱/۴، مردان ۹۷/۳ و در کل ۹۴/۴ بود [۲۸]. لذا مطالعه حاضر هم راستا با این مطالعات می‌باشد. مطالعه‌ای توسط سلیمی و همکاران در سال ۱۳۹۵ در زنجان با "هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی برنامه خودمراقبتی بر روند کیفیت زندگی سالمندان" انجام گرفته است. مطالعه فوق نیمه تجربی بوده که بر روی ۱۶۰ نفر از سالمندان تحت پوشش ۸ مرکز بهداشتی درمانی شهر زنجان انجام شده است. شاخص‌های آماری مربوط به ابعاد کیفیت زندگی افراد گروه آزمون و کنترل در مرحله پس از مداخله با استفاده از آزمون آماری تی مستقل با یکدیگر مقایسه شده‌اند. ملاحظه می‌شود که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر میانگین ابعاد کیفیت زندگی وجود دارد ( $P < 0.05$ ) به عبارتی مداخله انجام شده باعث افزایش کیفیت زندگی در سالمندان مورد مطالعه شده است و وضعیت سلامت روانی سالمندان مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله نسبت به ابعاد دیگر کیفیت زندگی بالاترین نمره را داشت [۸]. محمدی مهر و همکاران تحقیقی در اصفهان سال ۱۳۹۷ با هدف "تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر سبک زندگی سالم بر شادکامی و رضایت از زندگی سالمندان" انجام داده‌اند. این پژوهش از نوع کارآزمایی کنترل شده تصادفی است. جامعه

نتایج یافته‌های مطالعه در رابطه با هدف پژوهش نشان داد که، از نظر سلامت روان قبل از مداخله دو گروه مورد بررسی اختلاف معنی‌دار آماری نداشته است ( $P\text{-value} = 0.81$ ) لذا قبل از مداخله دو گروه از این نظر همگن بودند ولی یک ماه بعد از مداخله دو گروه مورد بررسی از نظر میانگین نمره در گروه مداخله (۲۵) به طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل (۱۷/۵۴) بود و اختلاف معنی‌دار آماری دارند ( $P\text{-value} = 0.001$ ). همچنین سه ماه بعد از مداخله دو گروه مورد بررسی، از نظر میانگین نمره در گروه مداخله (۲۸/۵۸) به طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل (۱۷/۵۴) بود و اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت ( $P\text{-value} = 0.001$ ).

مقایسه شاخص‌های عددی سلامت روان زنان سالمند قبل و بعد از مداخله، در تغییرات میانگین‌ها با آنالیز کواریانس در گروه مداخله و کنترل نشان می‌دهد که قبل و یک ماه بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0.001$ ) همچنین قبل و سه ماه بعد از مداخله، در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0.001$ ).

مرتضوی و همکاران در مطالعه خود با عنوان "تأثیر فعالیت بدنی منظم بر سلامت روان سالمندان" بیان کرده‌اند، پس از انجام مداخله در گروه مداخله میانگین جمع نمرات حاصل از کل پرسشنامه سلامت عمومی، به طور قابل ملاحظه‌ای نسبت به قبل کاهش یافته (از  $8/01 \pm 5/5$  به  $4/1 \pm 4/8$ ) این تغییرات پایداری خود آر حفظ کرد که از نظر آماری نیز معنی‌دار بود ( $P < 0.01$ ) در هر یک از چهار خرده مقیاس جسمانی سازی علائم، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی نیز، میانگین نمرات پس از مداخله کاهش معنی‌داری داشت و تغییرات ایجاد شده پایدار بود [۲۶]. در مطالعه حکمتی پور و همکاران تحت عنوان "بررسی تأثیر یک دوره فعالیت ورزشی منظم بر عزت نفس و رضایت از زندگی سالمندان" در سال ۱۳۹۰ نشان داده شده است که

چشمگیر وضعیت سلامت و رضایت از زندگی شود. یکی از دلایل استفاده از این مداخله این است که افراد مسن فرآیند ساختار یافته‌ای دارند که به آنها امکان می‌دهد تا زمانی که با دوستان نزدیک خود بیرون می‌آیند، کمک می‌کنند تا بتوانند اجتماعی شدن و دوستی جدید را شروع کنند همچنین اجرای این مدل امکان استفاده بهتر برای مداخله پرستاران با اصول گروهی برای کار با گروه‌های اجتماعی برای ارائه تغییرات بهداشتی می‌دهد [۳۱]. ارکی و همکاران مطالعه‌ای تحت عنوان " تأثیر توانمندی مراقبت از خود بر رضایت از زندگی و سطح امید در سالمندان"، سال ۲۰۱۵ در مالیزی انجام داده‌اند. این پژوهش یک مطالعه توصیفی است. رابطه بین توانایی خود مراقبتی، رضایت از زندگی و نمره امید. ارتباط مثبت و معناداری ( $P < 0/05$ ) مشاهده شده است. اختلاف آماری معنی داری بین توانایی خود مراقبت و جنس وجود داشته و به نظر می‌رسد زنان توانایی خود مراقبتی بیشتری در مقایسه با مردان دارند به عبارت دیگر در مقایسه با مردان، زنان فعالیت‌های مربوط به خودشان را بیشتر انجام می‌دادند.

### نتیجه‌گیری

با توجه به ماهیت سالمندی که نیازمند توانمندی سالمند در تصمیم‌گیری جهت مدیریت خود و اینکه بهبود کیفیت زندگی و استقلال از طریق افزایش مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت روان آنان، به عنوان یک هدف مهم برای تیم سلامت مطرح است، و از طرفی با توجه به اینکه یکی از رسالت‌های اصلی تیم سلامت، ارتقاء سلامت روان و توانمندی سالمندان می‌باشد در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های خودمدیریتی زنان سالمند بر سلامت روان بعد از مداخله بسیار مؤثر بوده است. به طوری که اجرای مهارت‌های خودمدیریتی با افزایش میزان سلامت روان زنان سالمند همراه است، لذا می‌توان ادعا کرد که انجام این مهارت‌ها توسط سالمندان می‌تواند منجر به سلامت روان و بهبود رضایت از زندگی شده در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آنان شود. با توجه به نتایج این پژوهش و تأثیرات مطلوب برنامه خودمدیریتی بر سلامت روان و بر اساس تجربه پژوهشگران در این مطالعه پیشنهاد می‌شود. برای مطالعات بعدی تأثیر این برنامه بر متغیرهای دیگری چون کاهش استرس و اضطراب و ارتباط زناشویی سالمندان سنجیده شود.

### سپاسگزاری

این مقاله قسمتی از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی ثریا نجاتی مصوب دانشگاه شاهد به راهنمایی خانم دکتر مجیده هروی است. اینجانب مراتب سپاس خود را از کمیته اخلاق دانشگاه شاهد، مسئولین آموزش دانشکده پرستاری شاهد، معاونت اجتماعی و فرهنگی شهرداری منطقه دو غرب تهران، شهرداری‌های ناحیه‌ای نه گانه منطقه دو غرب تهران، سراهای محله منطقه دو غرب تهران و عزیزان سالمند سراهای محله منطقه دو غرب تهران که بدون همکاری آنان انجام این پژوهش میسر نبود اعلام نموده و تشکر و قدردانی می‌نمایم

مطالعه شامل سالمندان ۶۰ تا ۷۰ سال تحت پوشش مرکز جامع سلامت خانه اصفهان می‌باشد. تعداد ۹۶ سالمند به صورت نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند که میانگین در پیش‌آزمون نمره رضایت از زندگی در گروه مداخله  $52/42 \pm 12/96$  و در گروه کنترل  $45/55 \pm 12/2$  بود که در هر دو گروه کمتر از نصف حداکثر نمره قابل احتساب [۲۴] بود. نمره شادکامی نیز در گروه مداخله  $14/61 \pm 36/80$  و در گروه کنترل  $10/68 \pm 37/02$  بود که هر دو کمتر از میانگین حداکثر نمره قابل احتساب (۸۷) بود. قبل از مداخله، میانگین نمره رضایت از زندگی و شادکامی بین دو گروه تفاوت معنی داری نداشت ( $P > 0/05$ ) اما پس از مداخله، میانگین نمره رضایت از زندگی  $3/06$  واحد و میانگین نمره شادکامی  $6/31$  واحد در گروه مداخله افزایش پیدا کرده بود که این افزایش‌ها از نظر آماری معنی دار ( $P < 0/01$ ) می‌باشد [۲۹].

آدگبولا و همکاران پژوهشی در سال ۲۰۱۱ با هدف "تعیین معنویت، خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بزرگسالان مبتلا به بیماری سلولهای داسی شکل" در تکزاس انجام داده‌اند. این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی می‌باشد. برای بررسی ارتباط بین مقادیر از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که پراکندگی را برای این سه متغیر معنویت، خودکارآمدی و کیفیت زندگی نشان می‌دهد که بین این سه متغیر رابطه مستقیم، مثبت، خطی وجود دارد و تمام همبستگی‌ها معنی دار بود ( $P < 0/05$ )، و در هر دو مورد، همبستگی‌ها متوسط یا بزرگ بودند. همبستگی بین معنویت و کیفیت زندگی مثبت و معنی دار است ( $r(88)=65$ ،  $P < 0/05$ )، بین خودکار و معنویت، رابطه مثبت و معنی دار بود ( $r(88)=63$ ،  $P < 0/05$ )، تجزیه و تحلیل رگرسیون خطی نشان داد که معنویت و خودکارآمدی، کیفیت زندگی را با  $R^2 = 56$  (=  $R2$  پیش‌بینی کرده است. معنویت و خودکارآمدی بیش از نیمی از واریانس در گزارش‌های کیفیت زندگی در این نمونه را شامل می‌شد یعنی افرادی که سطوح بالایی از معنویت و خودکارآمدی را داشتند از کیفیت زندگی بالاتری نیز برخوردار بودند [۳۰]. مطالعه‌ای سال ۲۰۱۷ جونایتی و همکاران در جاکارتا با هدف "بهبود وضعیت سلامت و رضایت از زندگی با مداخله خودآموز در سالمندان" انجام داده‌اند. این مطالعه کارآزمایی بالینی با گروه مداخله و کنترل است. که جامعه مطالعه همه افراد سالمند در شش منطقه شهر جاکارتا می‌باشد و حجم نمونه ۹۴ سالمند برآورد شده است. از آزمون تی مستقل تغییرات نمرات وضعیت سلامت فردی به عنوان متغیرهای وابسته مورد استفاده قرار گرفته که نتایج اولیه وضعیت سلامت فردی نشان داد که میانگین نمره پیش‌آزمون در گروه مداخله،  $41/68$  و در گروه شاهد  $43/24$  بوده و معنی دار نشد ( $P = 0/07$ )، از نظر تفاوت میانگین نمره وضعیت سلامت فردی در دو گروه، قبل از اجرا، میانگین و انحراف معیار گروه مداخله به ترتیب  $41/68 \pm 5/27$  بوده، پس از اجرا میانگین نمره به  $44/50 \pm 6/52$  افزایش یافته است. و در گروه کنترل قبل از اجرا  $43/24 \pm 8/60$  بوده و پس از اجرا، نمره به  $42/29 \pm 5/15$  رسید. اختلاف معنی داری در نمره وضعیت سلامت فردی بعد از مداخله بین دو گروه وجود داشت ( $P < 0/05$ ) نتایج این مطالعه نشان داده است که اجرای خودآموزی گروهی برای افراد سالمند می‌تواند منجر به افزایش

## References

1. Bagheri-Nesami M, Sohrabi M, Heidari-Fard J, Yanj J, Golchinmehr S. [The relationship between life satisfaction with social support and self-efficacy in community-dwelling Elderly in Sari, Iran, 2012]. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2013;23(101):38-47.
2. Khesali Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Khankeh H, Biglarian A. Effect of "Tai Chi Chuan" on Anxiety among elderly women. *Sci J Nurs.* 2018;3(4):15-23. doi: [10.29252/sjnmp.3.4.15](https://doi.org/10.29252/sjnmp.3.4.15)
3. Nabavi SH, Shoja M, Mohammadi S, Rashedi V. Health-related quality of life in community-dwelling older adults of Bojnurd in 2014. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2014;6(2):433-9. doi: [10.29252/jnkums.6.2.433](https://doi.org/10.29252/jnkums.6.2.433)
4. Rifky T. Health Management for Older Adults. *Gerontol Geriatr Med.* 2019.
5. Bao Y, Casalino LP, Pincus HA. Behavioral health and health care reform models: patient-centered medical home, health home, and accountable care organization. *J Behav Health Serv Res.* 2013;40(1):121-32. doi: [10.1007/s11414-012-9306-y](https://doi.org/10.1007/s11414-012-9306-y) pmid: 23188486
6. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008;372(9650):1661-9. doi: [10.1016/s0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61690-6)
7. Barzegar N, Niknami M, Mirhadian L, Kazem Nejad Leili E, Pakseresht S, M. Meghachandra Singh M. Lifestyle and Factors Associated with the Elderly People Referred to the Pension Fund. *J Holistic Nurs Midwifery.* 2017;27(2):1-8. doi: [10.18869/acadpub.hnmj.27.2.1](https://doi.org/10.18869/acadpub.hnmj.27.2.1)
8. Salimi F, Garmaroudi G, Hosseini SM, Batebi A. [Effect of self-care educational program to improving quality of life among elderly referred to health centers in Zanjan]. *J Educ Community Health.* 2015;2(2):28-37.
9. Dehghani M, Mansouri N, Arakashi Z, Panaghi L. Quality of life and its related demographic characteristics in the elderly of Tehran. *J Elder Iranian.* 2009;12:28-37.
10. Habibi Sola N, S S, M H. Health promotion behaviors and Quality of life among elderly people: A cross-sectional survey 2006. *J Ardabil Univ Med Sci.* 2006;1(8).
11. 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. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2005.06.009](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.06.009) pmid: 16105668
12. Morovati-SharifAbad M, Ghofranipour F, Heidarnia A. Perceived religious support of the health promoting behavior and performance of behaviors in the elderly 65 years and older city of Yazd. *Persian J Med Sci Yazd.* 2003;1(45):28-3.
13. Kafami F, Mohammadi F, Norouzi K, Rahgozar M. The effect of self-management program on the health status of multiple sclerosis patients. *J Res Dev Nurs Midwifery.* 2012;9(1):24-33.
14. Zakerimoghdam M, Ebrahimi S, Shahsavari H, Haghani H. [The effect of self-management program after discharging on therapeutic adherence in patient with ischemic heart disease]. *Iran J Nurs Res.* 2016;11(1):17-25.
15. Pourverdi S, Mohammadi Shahboulaghi F, Kashaninia Z, Rezasoltani P. Effects of self-management program on glycemic control in patients with type 2 diabetes and glycosylated hemoglobin. *J Holistic Nurs Midwifery.* 2015;25(4):19-28.
16. Holman H, Lorig K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Rep.* 2004;119(3):239-43. doi: [10.1016/j.phr.2004.04.002](https://doi.org/10.1016/j.phr.2004.04.002) pmid: 15158102
17. Mohamed SS, Salem GM, Mohamed HA. Effect of self-care management program on self-efficacy among patients with colostomy. *Am J Nurs Res.* 2017;5(5):191-9.
18. Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW, Jr., Bandura A, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care.* 2001;39(11):1217-23. doi: [10.1097/00005650-200111000-00008](https://doi.org/10.1097/00005650-200111000-00008) pmid: 11606875
19. Nolte S, Elsworth GR, Sinclair AJ, Osborne RH. The extent and breadth of benefits from participating in chronic disease self-management courses: a national patient-reported outcomes survey. *Patient Educ Couns.* 2007;65(3):351-60. doi: [10.1016/j.pec.2006.08.016](https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.08.016) pmid: 17027221
20. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002;288(19):2469-75. doi: [10.1001/jama.288.19.2469](https://doi.org/10.1001/jama.288.19.2469) pmid: 12435261
21. Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(4):CD005108. doi: [10.1002/14651858.CD005108.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005108.pub2) pmid: 17943839
22. Siu AM, Chan CC, Poon PK, Chui DY, Chan SC. Evaluation of the chronic disease self-management program in a Chinese population. *Patient Educ Couns.* 2007;65(1):42-50. doi: [10.1016/j.pec.2006.04.013](https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.04.013) pmid: 16872789
23. Azadmanjir Z, Safdari R, Ghazisaeidi M. From self-care for healthy people to self-management for cancer patients with cancer portals. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(4):1321-5. doi: [10.7314/apjcp.2015.16.4.1321](https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.4.1321) pmid: 25743792
24. Carlson JJ, Norman GJ, Feltz DL, Franklin BA, Johnson JA, Locke SK. Self-efficacy, psychosocial factors, and exercise behavior in traditional versus modified cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil.* 2001;21(6):363-73. pmid: 11767810
25. Pavot W, Diener E, Suh E. The Temporal Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess.* 1998;70(2):340-54. doi: [10.1207/s15327752jpa7002\\_11](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7002_11)
26. Mortazavi SS, Ardebili HE, Eshaghi SR, Beni RD, Shahsiah M, Botlani S. The Effectiveness of Regular Physical Activity on Mental Health in Elderly. *J Isfahan Med Sch.* 2012;29(161).
27. Hojjati H, Farhadi S, Sharifnia S, Manouchehr B, Kouchaki G, MirabolHasani M. Effect of a regular exercise program on self-consistency and life satisfaction among elderly in Gorgan and Gonbad (2011). *J Geriatr Nurs.* 2014;1(1):73-82.
28. Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in the elderly in Kashan. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol.* 2008;14(1):56-61.
29. Mohammadi Mehr M, Zamani-Alavijeh F, Hasanzadeh A, Fasihi T. Effect of Healthy Lifestyle Educational Programs on Happiness and Life Satisfaction in the Elderly: A



- Randomized Controlled Trial Study. *Salmand*. 2019;440-51. doi: [10.32598/sija.13.4.440](https://doi.org/10.32598/sija.13.4.440)
30. Adegbola M. Genomics and pain research in sickle cell disease: an explanation of heterogeneity? *ISRN Nurs*. 2011;2011:672579. doi: [10.5402/2011/672579](https://doi.org/10.5402/2011/672579) pmid: [21808743](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21808743/)
31. Sahar J, Riasmini NM, Kusumawati DN, Erawati E. Improved Health Status and Life Satisfaction among Older People following Self-Help Group Intervention in Jakarta. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2017;2017:3879067. doi: [10.1155/2017/3879067](https://doi.org/10.1155/2017/3879067) pmid: [29225621](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29225621/)