

تأثیر برنامه خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران

زهره سادات میرسعیدی: دانشجوی دوره‌ی MPH، مربی، گروه بهداشت مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی

تهران، تهران، ایران

حسن افتخار اردبیلی: استاد، گروه ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده

رابطه: Eftkhara@tums.ac.ir

کرامت ا. نوری جلیانی: دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۳/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۷/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: مهمترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی سالمندان سلامتی است، مطالعات نشان داده که سلامتی با افزایش سن کاهش می‌یابد. از آنجا که سالمندان به علت مشکلات فراوان مستعد آسیب می‌باشند، نیازمند توجه و رعایت برنامه خود مراقبتی موثر در ارتقاء سلامت می‌باشند. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی سالمندان مرکز بهداشت جنوب تهران و تأثیر بکارگیری برنامه خود مراقبتی بر آن صورت پذیرفته است.

روش کار: مطالعه از نوع مداخله‌ای با گروه شاهد می‌باشد. تعداد افراد مورد مطالعه ۱۳۲ نفر بودند که در دو گروه تجربی (نفر ۵۲) و شاهد (نفر ۸۰) قرار گرفتند و به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از ۵ مرکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند. سپس برنامه آموزشی خود مراقبتی در طول سه ماه اجرا شد گردآوری داده‌ها به روش مصاحبه ساختاری و ابزار آن پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک و ابزار استاندارد بررسی کیفیت زندگی از نوع فرم کوتاه بود. کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه کوتاه در دو مرحله قبل و دوماه بعد از آموزش در دو گروه اندازه‌گیری شد. سپس داده‌ها با کمک آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج: در این مطالعه ابعاد کیفیت زندگی در گروه تجربی پس از مداخله آموزشی افزایش یافت و میانگین مجموع نمرات بعد فیزیکی از $52/75 \pm 25/50$ در قبل از مداخله به $66/11 \pm 18/96$ پس از مداخله افزایش یافت. همچنین میانگین مجموع نمرات بعد روانی از $53/61 \pm 24/46$ در قبل از مداخله به $70/85 \pm 15/07$ پس از مداخله افزایش یافت ولی نمرات ابعاد کیفیت زندگی گروه شاهد پس از مطالعه نسبت به قبل از مطالعه تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از تأثیر مثبت برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان است.

واژگان کلیدی: سالمندی، کیفیت زندگی، خود مراقبتی، مرکز بهداشت جنوب تهران

مقدمه

افزایش جمعیت سالمند، مختص کشورهای پیشرفته نیست بلکه پدیده‌ای است که کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه هر دو با آن مواجه‌اند (Gavril and Heuveline 2003) در کشور ایران نیز بررسی‌ها و شاخص‌های آماری حکایت از رشد پر شتاب جمعیت سالمند بطوری که پیش بینی می‌شود که جمعیت سالمند

افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری باعث افزایش تعداد افراد سالمند در سراسر جهان گردیده است. به گونه‌ای که پیر شدن جمعیت به یکی از مهمترین چالش‌های بهداشت عمومی در سال‌های کنونی تبدیل گشته است (Islam et al. 2002)

استعمال دخانیات، فعالیت فیزیکی، داشتن تغذیه مناسب و با کیفیت بالا باعث افزایش میزان بقا و وضعیت سلامتی بهتر در سنین سالمندی میگردد. در واقع از فاکتورهای روش زندگی به عنوان شاخصی برای سلامتی و بقاء نام برده می‌شود (Haveman et al. 2003)

شیوه زندگی سالم، تاثیرات مثبتی بر روی افراد در هر سنی دارد. تغذیه مناسب، ورزش و مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه یک وسیله اصلی برای حفظ سلامتی است (Dillard 2003) تغذیه نامناسب و فعالیت فیزیکی ناکافی از علل اصلی معلولیت و مرگ و میر زودرس می‌باشند (Walker et al. 2006) شی نی چی دمورا به نقل از کویل و همکاران ذکر می‌کند که افرادی که سبک زندگی فعالی دارند نسبت به افراد کم تحرک و بی تحرک از متغیرهای روانی مانند افسردگی، رضایت‌مندی، تعامل اجتماعی و روابط اعتمادآمیز مثبت‌تری برخوردار بودند و لذا کیفیت زندگی بیشتری دارند. برای نگهداری کیفیت زندگی سالمندان در سطح بالا، فعالیت فیزیکی و سلامت روانی مهم می‌باشند (Demura and Sato 2003) تغذیه مناسب نیز نقش مهمی در سلامتی سالمندان بازی می‌کند و سبب به تاخیر افتادن خطر بیماری‌ها می‌گردد (Unosson 1993) گرچه احتمال ایجاد بیماری‌های مزمن با افزایش سن بیشتر است، سالمندی به معنی ناتوانی نیست. از این رو برنامه‌های خودمدیریتی و خودمراقبتی برای کنترل بیماری‌های مزمن ارائه گردیده است، این برنامه باعث پیشگیری و حتی تاخیر انداختن ناتوانی در افرادی که بیماری‌های مزمنی چون آرتروز، بیماری‌های قلبی یا فشارخون دارند، می‌شود (Lorig et al. 1999). خودمراقبتی، اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و هدف داری است که توسط فرد به منظور حفظ حیات و تامین و ارتقای سلامت خود و خانواده‌اش انجام می‌شود (Levin et al. 1977).

ایران تا سال ۲۰۲۵ به ۱۰/۵ و تا سال ۲۰۵۰ به ۲۱/۷ درصد برسد (UN 2002) با پیر شدن جمعیت، خطر زندگی با بیماری‌های مزمنی همچون دیابت، بیماری‌های قلبی- عروقی و استئوپروز افزایش می‌یابد. بیماری‌های مزمن با مشکلات طبی و اجتماعی و روانی فراوانی همراهند. که این مشکلات به نوبه خود باعث محدودیت فعالیت جسمانی افراد سالمند شده و کاهش کیفیت زندگی را به دنبال دارد (Canbaz et al. 2003).

مهمترین عامل تعیین کننده کیفیت زندگی افراد سالمند سلامتی است، در حالیکه مطالعات نشان داده است که سلامتی با افزایش سن کاهش می‌یابد (Chan et al. 1998).

ارتقا سلامت، علم و هنر کمک به مردم برای تغییر شیوه زندگی و حرکت به سوی مناسب‌ترین حالت سلامتی است. تغییرات شیوه زندگی بواسطه کوشش‌های افزایش آگاهی، تغییر رفتار و خلق محیط حمایتگر می‌تواند به عملکرد مناسب بهداشتی منجر شود. از آنجائیکه ۵۰ درصد بیماری‌های مزمن قابل پیشگیری می‌باشند، رفتار بهداشتی در مرکز ثقل برنامه‌های ارتقای سلامت قرار دارد. اجتناب از سوء مصرف مواد، الکل، ترک سیگار، ورزش کردن، کنترل وزن و خود مراقبتی همه از طریق تغییر رفتار امکان پذیر است (lee 2001) ارتباطات محکمی بین عملکرد فیزیکی، روانی، شناختی و اجتماعی و شیوه زندگی افراد وجود دارد. اگر افراد شیوه زندگی خود را به روش صحیح تغییر دهند، فواید قابل توجهی در رابطه عملکرد بهتر در آنها حاصل میگردد. (Mc Carney et al. 2003) رفتارهای شیوه زندگی به عنوان شاخص‌های سلامتی باعث افزایش کیفیت زندگی افراد می‌گردند (Walker et al. 2006) در جستجوی تعیین کننده‌های سالمندی همراه با تندرستی، مشخص شده است که فاکتورهای روش زندگی همچون عدم

بر اساس فراهم نمودن اطلاعات خودمراقبتی صورت گیرد باعث تغییرات مثبتی در نگرش و باورهای بهبود اطلاعات بهداشتی مرتبط و توسعه مهارت‌های بهداشتی و عملکرد در گروه مداخله می‌شود (Coons et al. 1989; Benson et al. 1989). از آنجائیکه انجام هرچه بیشتر مطالعاتی جهت ارتقای زمینه‌های خودمراقبتی از ضرورت‌های بخش بهداشت محسوب می‌گردد و با توجه به روند صعودی افزایش میانگین سنی جمعیت کشور ایران و اثرات انکارناپذیر و کلیدی فعالیت فیزیکی و تغذیه‌ای بر عوامل جسمی و روانی در سالمندان این مطالعه با هدف تعیین تاثیر برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان انجام شد تا در صورت مشخص شدن تاثیر مثبت آن با ارائه نتایج به مسئولین و پرسنل مراکز بهداشتی درمانی در جهت برنامه‌ریزی صحیح برای استفاده از این برنامه و افزایش آگاهی و راهنمایی سالمندان و فراهم کردن زمینه مشارکت آنها در تامین سلامت و مراقبت از خود و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی سالمندان جامعه گامی برداشته شود.

روش کار

این مطالعه از نوع مداخله‌ای باگروه شاهد می‌باشد که به منظور بررسی تاثیر آموزش شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی بر کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران در سال ۸۹ انجام شد.

جامعه پژوهش کلیه سالمندان بالای ۶۰ سال تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران می‌باشند. با توجه به اینکه در مطالعات مشابه مقدار تغییرات میانگین ابعاد جسمی کیفیت زندگی و همچنین میانگین امتیاز مربوط به ابعاد روانشناختی کیفیت زندگی حدود ۱۰ نمره با انحراف معیار تقریبی ۱۵ بود و با احتساب $\alpha=5\%$ و توان آزمون ۹۰٪ به ۲۰ نمونه در گروه تجربی و همین تعداد در گروه شاهد نیاز بود. اما

با اجرای برنامه‌های خودمراقبتی میتوان توانایی عملکرد افراد سالمند را حفظ و بهبود بخشید (Lorig et al. 2001) فعالیت‌های روزانه زندگی مانند ورزش، تغذیه، استراحت اغلب به عنوان متغیرهای خود مراقبتی مورد استفاده قرار می‌گیرند. (Backman and Hentinen 1999). با توجه به رسالت‌های بخش سلامت در کاهش بار مالی خدمات درمانی تحمیل شده به مردم، رعایت حقوق و کرامت انسانی افراد گیرنده خدمت، ارتقای کیفیت خدمات و ارتقای سلامت، طراحی برنامه‌های آموزشی متناسب با افراد سالمند جهت ارتقای فرآیند خود مراقبتی و کیفیت زندگی جزو اولویت‌های بهداشتی محسوب می‌گردد. آموزش یک تعیین کننده اصلی سلامتی است و به خوبی مشخص گردیده افرادی که از عدم سلامتی و بیماری رنج می‌برند تنها فقیرترین افراد از نظر مالی نیستند بلکه کم اطلاع‌ترین افراد از نظر آگاهی می‌باشند. بر طبق تجارب بدست آمده در کشورهای پیشرفته و در حال پیشرفت، آموزش و برنامه‌های آموزشی باعث بهبود بهداشت و سلامتی عمومی می‌گردد (salehi 2006) و این مسئله بر نیاز به همکاری متخصصین بهداشتی برای طراحی مداخلات آموزشی و برنامه‌های تغییر رفتار موثرتر جهت ارتقای رفتارهای سلامتی بخش تاکید دارد (Jorden et al. 2002). مطالعه روزانه مراقبت‌های بهداشتی مشخص نموده‌اند که فقط قسمت کوچکی از بیماری‌ها بوسیله کادر تخصصی درمان می‌شود در حالیکه اکثر بیماری‌ها توسط خود فرد و خانواده‌شان درمان می‌شود. تعداد بسیاری از اطلاعات از کشورهای متفاوت با استفاده روش‌های مطالعه گوناگون نشان می‌دهد که خود مراقبتی یکی از فرم‌های غالب مراقبت‌های بهداشتی هم در کشورهای پیشرفته و هم در کشورهای در حال پیشرفت است (Demers et al. 1989; Tonai et al. 1980) مداخلاتی که

ابتدا داده‌ها با استفاده از ابزار جمع‌آوری اطلاعات قبل از مداخله با روش مصاحبه با سالمندان مورد مطالعه جمع‌آوری شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک و پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی از نوع فرم کوتاه ۳۶ سوالی می‌باشد (Ware et al. 1994; Ware et al. 1993; Beddhu et al. 2000) که به طور وسیعی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن و در سالمندان در داخل و خارج از ایران مورد استفاده قرار گرفته است (Albokerdi et al. 2007; Valderrabano et al. 2004; Salar 2001) پرسشنامه فرم کوتاه بهداشتی ۳۶ حالت کلی سلامتی را ارزیابی می‌کند.

این مقیاس ۳۶ سئوالی جهت بررسی وضع سلامتی افراد تدوین گردیده است و سلامتی را از هشت بعد متفاوت، بوسیله هشت زیر مقیاس اندازه‌گیری می‌کند که ۴ زیر مقیاس این پرسشنامه مربوط به بعد فیزیکی و ۴ زیر مقیاس آن مربوط به بعد روانی است که می‌توان با محاسبه میانگین نمرات زیر مقیاس‌های بعد فیزیکی، این بعد را بصورت کلی محاسبه کرده و گزارش نمود و با محاسبه میانگین نمرات زیر مقیاس بعد روانی این بعد را نیز بصورت کلی گزارش نمود. صفر کمترین امتیاز زیر مقیاس‌ها و ۱۰۰ بالاترین آن است. امتیاز هر یک از زیر مقیاس‌ها مستقل از دیگری در دامنه صفر تا ۱۰۰ متغیر است.

نحوه امتیازدهی و محاسبه نمره کیفیت زندگی در این مقیاس، با دادن امتیازات مساوی برای گزینه‌های هر سئوال (که با استفاده از روش لیکرت تدوین شده است) برای تمام زیر مقیاس‌ها می‌باشد. سپس امتیازات حاصله به یک مقیاس صفر (پایین ترین سطح کیفیت زندگی تا صد (بالاترین سطح کیفیت زندگی) برای کلیه زیر مقیاس‌ها تبدیل می‌شود. (Berwick et al. 1991).

این نمره‌گذاری براساس معیار سنجش استاندارد مخصوص SF-36 بدست آمده است. سوالات ۳ گزینه‌ای بانمره‌های (۰، ۵۰، ۱۰۰)، سوالات ۵ گزینه‌ای با

با توجه به اینکه تعداد متغیرهای مورد مقایسه در این مطالعه زیاد بوده‌اند و با توجه به خوشه‌ای بودن نمونه‌گیری تعداد ۵۲ نفر در گروه تجربی و ۷۸ نفر در گروه شاهد به صورت تصادفی انتخاب شدند.

به دلیل گستردگی جامعه آماری و محدودیت‌های پژوهشگر، این مطالعه به روش خوشه‌ای تصادفی می‌باشد. مطالعه مورد بررسی در ۵ مرکز بهداشتی درمانی شامل ۱ مرکز واقع در ناحیه مرکزی، یک مرکز در ناحیه شمال غربی، یک مرکز در شمال شرقی، و یک مرکز در جنوب شرقی و یک مرکز در جنوب غربی منطقه تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران که به طور تصادفی از بین مراکز بهداشتی درمانی مرکز بهداشت جنوب تهران که از لحاظ جمعیت تحت پوشش مشابه بودند انتخاب شدند. با توجه به اینکه حجم نمونه محاسبه شده ۱۳۰ مورد بود هر خوشه شامل ۲۶ سالمند می‌باشد. تعداد ۵۲ نفر مورد و ۷۸ نفر شاهد که واجد شرایط بودند به صورت تصادفی به شرح زیر انتخاب شدند. دو خوشه در گروه تجربی ۵۲ نفر و ۳ خوشه در گروه شاهد ۷۸ نفر که در نهایت ۸۰ نفر در گروه شاهد بررسی شد.

معیارهای شرکت در مطالعه شامل: ۱- سن بالای ۶۰ سال ۲- نداشتن بیماری زوال عقلی یا دمانس ۳- تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی مرکز بهداشت جنوب تهران ۴- مایل به شرکت در مطالعه و بدست آوردن اطلاعات جدید بودند.

معیارهای خروج از مطالعه شامل: داشتن بیماری قلبی، ریوی و متابولیک و عضلانی- اسکلتی بوده است.

پرسشگران که کارشناسان بهداشت خانواده مراکز محل پژوهش بودند در یک جلسه توجیهی با موضوع، هدف و اهمیت تحقیق و شرایط شرکت کنندگان در پژوهش آشنا شدند و به آنها آموزش‌های لازم در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها داده شد.

عادات مضر مثل سیگار کشیدن، راه‌های مقابله با استرس و تقویت حافظه، توصیه‌هایی برای خواب راحت‌تر و راه‌های شاد زیستن می‌باشد. همه محورهای فوق در قالب ۴ کتاب مصوب وزارت بهداشت بوده که توسط کارشناسان بهداشت خانواده مراکز محل پژوهش به سالمندان آموزش داده شد.

سپس مرحله دوم جمع آوری داده‌ها دو ماه پس از مداخله آموزشی جهت بررسی پایداری آموزش انجام شد. این داده‌ها کدگذاری شده و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS نگارش ۱۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و آزمون‌های آماری استفاده گردید. جهت بررسی معنی‌دار بودن تفاوت در نتایج در دو مرحله قبل و بعد از مداخله آموزشی از آمار استنباطی و t زوجی استفاده شد.

سپس جهت مقایسه گروه‌ها از آزمون‌های X^2 Paired t test, independent t test استفاده شد.

نتایج

این مطالعه بصورت کارآزمایی با گروه شاهد بر روی ۱۳۲ سالمند مرد و زن مرکز بهداشت جنوب تهران انجام گرفت که ۵۲ نفر در گروه (تجربی) و ۸۰ نفر در گروه شاهد با محدوده سنی بین ۶۱-۸۸ سال (با میانگین و انحراف معیار $71/16 \pm 7/27$ در گروه تجربی و $67/80 \pm 6/69$ در گروه شاهد) بودند. در جدول ۱ متغیرهای دموگرافیک در دو گروه تجربی و شاهد با یکدیگر مقایسه شده‌اند. ۵۰ درصد افراد مورد مطالعه در گروه تجربی و ۴۸/۸ درصد در افراد در گروه شاهد زن و اکثریت نمونه‌های مورد مطالعه متاهل و بیسواد بودند و براساس یافته‌های حاصل از این مطالعه، ۵۳/۸ درصد افراد گروه تجربی و ۴۸/۸ درصد افراد گروه شاهد شاخص توده بدنی کمتر از ۲۵ داشتند. ۸۲/۷ درصد افراد مورد مطالعه در گروه تجربی و ۸۳/۸ درصد در افراد در گروه شاهد غیر سیگاری بودند که آزمون X^2

نمره‌های (۱۰۰،۷۵،۵۰،۲۵،۰)، سوالات ۶ گزینه‌ای با نمره‌های (۱۰۰،۸۰،۶۰،۴۰،۲۰،۰) در نظر گرفته شده است.

همچنین شامل ۲ بخش مجموع ابعاد روانی و مجموع ابعاد جسمی می‌باشد. میانگین استاندارد مجموع ابعاد جسمی و روانی ۵۰ می‌باشد که بالاتر و پایین‌تر از ۵۰ به ترتیب نشان دهنده میانگین عملکرد بالا و پایین می‌باشد (Valderrabano et al. 2001).

این مقیاس از سطح قابلیت اعتماد و اعتبار بالایی برخوردار است و در بسیاری از کشورهای جهان آزمون شده است (Loge and Kaasa 1998; Ware et al. 1994). این مقیاس در ایران هنجاریابی شده است (Montazeri et al. 2005).

پس از جمع‌آوری داده‌ها در مرحله اول، مداخله که شامل برنامه آموزشی شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی بود در طی ۶-۴ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در هر کلاس حداقل ۱۱ سالمند شرکت داشتند.

محورهای مورد توجه در این برنامه آموزشی خود مراقبتی که بر روند کیفیت زندگی افراد تاثیرگذار است شامل چگونگی رعایت رژیم غذایی مناسب و تغذیه سالم، آشنایی با نیازهای غذایی روزانه و گروه‌های اصلی مواد غذایی و توصیه‌های مفید از جمله محدودیت مصرف نمک و غذاهای چرب و سرخ شده، تعدیل وزن، چگونگی تحرک فیزیکی شامل پیاده‌روی منظم و نرمش‌های دوران سالمندی، ضرورت تحرک فیزیکی، توصیه‌هایی برای پیشگیری از کمردرد و مراقبت از زانوها و پاها و پوکی استخوان و پیشگیری از حوادث، چگونگی بکارگیری رفتارهای مراقبتی مداوم در خصوص حفاظت از خود و چگونگی تعدیل فاکتورهای خطر ساز قابل کنترل، بهداشت دهان و دندان در سالمندی و بیوست و مشکلات ادرازی، یائسگی و سالمندی روند حذف

شود و باعث شد نتیجه آزمون برای ابعاد عملکرد جسمانی و محدودیت ایفای نقش به علت مسائل جسمانی و سرزندگی و فعالیت در دو گروه پس از مداخله معنی‌دار شود ($p < 0.001$)

همچنین اختلاف معنی‌داری از لحاظ میانگین نمره مجموع اجزاء بعد فیزیکی و روانی بین دو گروه پس از مداخله مشاهده شد.

بحث

در این مطالعه، افراد مورد مطالعه از نظر خصوصیات دموگرافیک در دو گروه تجربی و شاهد همسان بوده و تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند. بر اساس یافته‌های این مطالعه، میانگین و انحراف معیار سن افراد مورد مطالعه در دو گروه تجربی و شاهد به ترتیب $67/16 \pm 7/27$ و $67/80 \pm 6/690$ بود. اکثریت افراد مورد مطالعه مرد (۲۶ در گروه تجربی و ۴۱ در گروه شاهد) و بیسواد (۲۴ نفر گروه تجربی و ۳۴ نفر گروه شاهد) بودند. سطح سواد از عوامل مهم دموگرافیکی موثر بر کسب رفتارهای بهداشتی در افراد می‌باشند.

در مطالعه‌ای که به همین منظور در ۱۵ کشور اروپایی انجام گرفت همچنین رابطه بین سطح تحصیلات و مصرف میوه و سبزی نشان داده شده است (Irala-Estévez et al. 2000) افزایش درک افراد از منافع و موانع رفتار می‌گردد. علاوه بر این سطح تحصیلات بالاتر باعث برخورداری از منابع مالی بیشتر و طبقه اقتصادی اجتماعی بالاتر می‌گردد (Beydon and Wang 2008) سطح تحصیلات بالاتر با عملکردهای مطلوب تغذیه‌ای و رفتارهای مناسب کسب اطلاعات همراه است از اینرو در مداخلات آموزشی توجه بیشتر به افرادی با سطح تحصیلات پایین تر ضروری است.

یافته‌های این مطالعه در زمینه سایر مشخصات نشان داد که اکثریت افراد مورد مطالعه در هر دو گروه تجربی و شاهد به ترتیب $56/6$ و $63/8$ درصد متاهل

در هیچ کدام از مشخصات دموگرافیک مورد بررسی اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه نشان نداد.

در جدول ۲ شاخص‌های آماری مربوط به ابعاد کیفیت زندگی افراد گروه تجربی و شاهد در مرحله پیش از مداخله با یکدیگر مقایسه شده‌اند، ملاحظه می‌شود که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر میانگین ابعاد کیفیت زندگی وجود نداشت به عبارت دیگر دو گروه از نظر ابعاد کیفیت زندگی با هم همگن بودند.

جدول ۳ نشان می‌دهد در گروه تجربی در تمامی ابعاد کیفیت زندگی اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات آزمون قبل و پس از مداخله وجود دارد و میانگین نمره مجموع اجزاء بعد فیزیکی از $52/50 \pm 25/50$ به $66/11 \pm 18/96$ در گروه تجربی افزایش یافته است و میانگین نمره اجزاء روانی نیز از $53/61 \pm 24/46$ به $70/85 \pm 15/07$ افزایش یافته است.

بر اساس جدول ۴ در گروه شاهد اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات آزمون قبل و پس از مداخله در بیشتر ابعاد کیفیت زندگی وجود ندارد و در بعضی از ابعاد حتی میانگین نمرات پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش یافته است. میانگین نمره مجموع اجزاء بعد فیزیکی از $55/50 \pm 23/79$ به $54/90 \pm 23/38$ کاهش یافته است و میانگین نمره اجزاء روانی نیز در گروه شاهد از $56/21 \pm 23/85$ به $55/35 \pm 23/36$ کاهش یافته است.

بر اساس جدول ۵ دو گروه در تمامی ابعاد کیفیت زندگی به جز عملکرد جسمانی و محدودیت ایفای نقش به علت مسائل جسمانی و سرزندگی و فعالیت در آزمون پس از مداخله با هم اختلاف معنی‌داری داشتند البته این بدون در نظر گرفتن میانگین نمرات قبل از مداخله بوده است. متعاقباً آنالیز صحیح کوواریانس را بکار بردیم که در آن میانگین نمره قبل از مداخله به عنوان متغیر مخدوش کننده کنترل می‌-

زندگی قبل از مداخله در گروه تجربی ۳۷/۲ و در گروه شاهد ۴۰/۷ بوده که این میزان پس از مداخله در گروه تجربی به ۵۵/۷ افزایش و در گروه شاهد به ۴۰/۶ کاهش یافته است و میانگین نمرات ابعاد روانی کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه تجربی ۴۳/۲ و در گروه شاهد ۴۵/۲ بوده که این میزان پس از بکارگیری الگو در گروه تجربی به ۵۷/۲ افزایش و در گروه شاهد به ۴۲/۲ کاهش یافته است آزمون آماری T با $p < 0.001$

تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه از نقطه نظر ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله نشان داد یعنی بکارگیری الگوی مشاوره مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی سالمندان موثر بوده است (Salar 2004). حمیدی زاده و صالحی نیز در مطالعه - ای دیگر در تهران کیفیت زندگی سالمندان را در حد متوسط ذکر کرده اند. آنها بهترین نمره در معیار درد جسمانی و بدترین نمره را مربوط به سلامت روانی، داشتن نیرو و انرژی و محدودیت های روانی و عاطفی دانستند. (Hamidizade and Salehi 2005).

مطالعه مصطفی آبوکردی نیز در تحقیق خود با عنوان بررسی کیفیت زندگی سالمندان شاهین شهر در سال ۱۳۸۳ میانگین کل کیفیت زندگی سالمندان را در حدود ۶۰ گزارش کردند. که با نتایج مطالعه ما مطابقت دارد. (میانگین کل در گروه تجربی ۵۳/۱۸ و در گروه شاهد ۵۵/۸۵ در قبل از مداخله (۲۸). اما در کشورهای دیگر نمرات کیفیت زندگی سالمندان نسبت به مطالعه ما بالاتر می باشد. برای مثال در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۴ در تایوان که کشوری در حال توسعه است این نتایج گزارش شده است: فعالیت جسمانی ۸۴/۶، ایفای نقش فیزیکی ۷۷/۸، سلامت عمومی ۷۰/۶، ایفای نقش عاطفی ۹۰/۶ که همگی این نمرات نسبت به مطالعه ما و مطالعات دیگر انجام شده در کشور ما بالاتر می باشد (Tasi et al. 2004)

ابرسول در سال ۱۹۹۵ نشان داد که رضایت زندگی افراد سالمند به طور چشمگیری تحت تاثیر

بودند. تاهل از جمله عوامل مهمی است که باعث پیروی افراد از دستورات بهداشتی (Ehsanpour et al. 2007) و کیفیت زندگی بهتر در سالمندان می گردد.

بر طبق نتایج حاصل از این مطالعه، اکثریت نمونه های مورد مطالعه، شاخص توده بدنی کمتر از ۲۵ (۵۳/۸) درصد افراد گروه تجربی، ۴۸/۸ درصد گروه شاهد) داشتند. براساس نتایج حاصل از مطالعات متعدد، ترکیب برنامه ورزشی مطلوب همراه با تغذیه مناسب باعث کاهش موثرتر وزن در افراد می گردد (Department of Health 2004)

برای داشتن سلامتی پویا کیفیت زندگی یک جزء تفکیک ناپذیر می باشد.

در این مطالعه ابعاد کیفیت زندگی مانند عملکرد جسمانی، محدودیت عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی، سلامت روانی، محدودیت ایفای نقش به علت مسائل روانی، سرزندگی و سلامت عمومی در افراد گروه تجربی افزایش داده شد و سطح کیفیت زندگی افراد گروه تجربی نسبت به گروه شاهد افزایش یافت.

میانگین نمرات ابعاد جسمانی کیفیت زندگی در این مطالعه در گروه تجربی از ۵۲/۷۵ قبل از آموزش به ۶۶/۱۱ بعد از آموزش افزایش یافت و در گروه شاهد از ۵۵/۵۰ قبل از آموزش به ۵۴/۹۰ بعد از آموزش کاهش یافت. میانگین نمرات ابعاد روانی کیفیت زندگی قبل از آموزش در گروه تجربی ۵۳/۶۱ و در گروه شاهد ۵۶/۲۱ بوده که این میزان پس از آموزش در گروه تجربی به ۷۰/۸۵ افزایش و در گروه شاهد به ۵۵/۳۵ کاهش یافته است. که نشان دهنده تاثیر برنامه آموزشی خود مراقبتی می باشد.

مشابه این نتیجه علیرضا سالار در سال ۸۲-۸۳ در مطالعه ای با عنوان تاثیر الگوی مشاوره مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان نشان داد که میانگین امتیاز مربوط به ابعاد جسمانی کیفیت

خواندن کتاب و روزنامه، پیاده‌روی روزانه، نگاه کردن به بیرون از پنجره خانه، زندگی با دیگر اعضای خانواده در کیفیت زندگی آنها مؤثر می‌باشد (Fassino et al. 2002).

در مطالعه باری سالمندان تقریباً ۶۰ درصد هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را به خود اختصاص می‌دهند. ۳۵ درصد از ترخیص‌های بیمارستانی و ۴۷ درصد روزهای بستری را شامل می‌شوند. در این گروه ۸ درصد حداقل یک بیماری مزمن مثل آرتروز، فشار خون، بیماری‌های قلبی یا اختلال حسی داشته‌اند. با افزایش سن اختلال عملکرد بیشتر می‌شود و اثر معکوس بر توانایی حفظ استقلال داشته و نیاز به کمک را افزایش می‌دهد که این خود می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی آنان مؤثر باشد (Patricia 2000).

نتیجه گیری

بررسی‌ها نشان می‌دهد که تاکنون در جامعه ما، شاخص مبنائی یا معیار طبیعی از کیفیت زندگی افراد سالمند و دیگر اقشار جامعه تعیین نگردیده است. با توجه به میانگین‌های ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی جمعیت مورد مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که در مجموع کیفیت زندگی در جمعیت سالمندان مورد مطالعه پایین‌تر از حد طبیعی می‌باشد و این مهم ضرورت اقدام عملی در خصوص توجه به کیفیت زندگی سالمندان و آگاه کردن آنها از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی ایشان و آموزش شیوه زندگی سالم شامل فعالیت بدنی منظم و تغذیه سالم و توجه به مسائل عاطفی و سایر مسائل بهداشتی سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران را مورد تأیید و تأکید قرار می‌دهد.

با توجه به موارد فوق به نظر می‌رسد که توجه خاص به سالمندان و معاینات دوره‌ای آنها و آموزش‌های خود مراقبتی لازم و ایجاد کلینیک‌های سالمندی و

داشتن اوقات فراغت کافی، انجام دادن فعالیت‌های روزانه زندگی به طور مستقل توسط سالمندان از جمله حمام گرفتن، لباس پوشیدن، پیاده‌روی منظم، رژیم غذایی مناسب و زندگی در کنار دیگر افراد خانواده می‌باشد. همچنین مطالعه فوق نشان داد که وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و داشتن اوقات فراغت به طور چشمگیری بر کیفیت زندگی و رضایت زندگی سالمندان تاثیر دارد (به ترتیب با $p=0/02$ ، $p=0/03$ و $p=0/02$) (Ebersole 1995). سوباسی در سال ۲۰۰۴ نشان داد که سالمندانی که اوقات فراغت کافی دارند و قادر به انجام دادن فعالیت‌های روزانه زندگی خود هستند رضایت زندگی بالاتری را دارند. همچنین این مطالعه نشان داد که وضعیت تاعل و سطح تحصیلات به همراه اوقات فراغت کافی می‌توانند رضایت زندگی را تحت تاثیر قرار دهند (Subasi and Heyran 2005). همچنین مطالعات دیگری نیز ارتباط بین اوقات فراغت و انجام دادن فعالیت‌های روزانه زندگی با رضایت زندگی را نشان داده‌اند (Iwatsubo et al. 1996; Franchignoni et al. 1999).

سکاندو فاسینو و همکاران در سال ۲۰۰۲ در مطالعه‌ای با عنوان کیفیت زندگی سالمندان مقیم در خانه نشان دادند که سالمندانی که قادر به انجام فعالیت‌های روزانه زندگی هستند درجات کمتری از افسردگی و اضطراب را دارند. و ارتباط بین فعالیت‌های روزانه زندگی و اضطراب $(Spearman = 0/185$ و $p = 0/031$) ارتباط بین فعالیت‌های روزانه زندگی و افسردگی $(Spearman = 0/263$ و $p = 0/002$) از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد. در مطالعه فوق سالمندان در طی مصاحبه‌هایی که با آنها شده بود ابراز کرده بودند که تحرک فیزیکی و انجام دادن فعالیت‌های روزانه زندگی، داشتن اوقات فراغت، تماشای تلویزیون،

جدول ۲- شاخص‌های آماری ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران قبل از مداخله - ۱۳۸۹

شاخص ها ابعاد	گروه تجربی		گروه شاهد		آزمون t مستقل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	p
عملکرد جسمانی	۶۲/۱۱	۳۰/۵۴	۶۷/۳۱	۲۸/۱۶	t= -۱/۰۰۲	p=۰/۲۰۷
محدودیت عملکرد جسمانی	۴۳/۲۶	۴۲/۳۳	۴۵/۰۰	۴۱/۴۱	t= -۰/۲۳۳	p=۰/۷۰۶
عملکرد اجتماعی	۶۲/۹۸	۲۳/۳۴	۶۶/۷۱	۲۳/۶۹	t= -۰/۸۹۱	p=۰/۹۱۵
درد بدنی	۶۰/۳۳	۲۵/۲۱	۶۳/۵۹	۲۴/۲۱	t= -۰/۷۴۳	p=۰/۷۲۲
سلامت عمومی روانی	۵۹/۴۶	۱۷/۵۱	۶۰/۴۰	۱۸/۴۵	t= -۰/۲۹۱	p=۰/۷۶۶
محدودیت ایفای نقش به علت مسائل روانی	۴۴/۲۳	۴۵/۵۹	۴۷/۵۰	۴۵/۲۴	t= -۰/۴۰۴	p=۰/۸۶۸
سرزندگی و فعالیت	۴۷/۷۸	۲۰/۷۷	۵۰/۲۵	۱۹/۵۹	t= -۰/۶۸۹	p=۰/۴۱۸
سلامتی عمومی	۴۵/۲۸	۱۸/۷۴	۴۶/۱۲	۱۷/۴۸	t= -۰/۲۶۱	p=۰/۴۷۳
مجموع ابعاد جسمانی	۵۲/۷۵	۲۵/۵۰	۵۵/۵۰	۲۳/۷۹	t= -۰/۶۳۲	p=۰/۴۵۸
مجموع ابعاد روانی	۵۳/۶۱	۲۴/۴۶	۵۶/۲۱	۲۳/۸۵	t= -۰/۶۰۶	p=۰/۶۵۳

جدول ۳- شاخص‌های آماری ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران در گروه تجربی قبل و پس از مداخله - ۱۳۸۹

شاخص ها	قبل از مداخله		پس از مداخله		آزمون t مستقل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	p
عملکرد جسمانی	۶۲/۱۱	۳۰/۵۴	۷۲/۳۰	۲۳/۸۹	t=-/۳۹	p<۰/۰۰۱
محدودیت ایفای نقش به علت مسائل جسمانی	۴۳/۲۶	۴۲/۳۳	۶۱/۵۳	۳۵/۵۱	t=-۵/۴۱	p<۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۶۲/۹۸	۲۲/۳۴	۷۹/۵۶	۱۳/۳۳	t=-۸/۷۱	p<۰/۰۰۱
درد بدنی	۶۰/۳۳	۲۵/۲۱	۷۳/۷۹	۱۷/۰۱	t=-۷/۷۱	p<۰/۰۰۱
سلامت عمومی روانی	۵۹/۴۶	۱۷/۵۱	۶۹/۹۲	۱۲/۱۵	t=-۸/۵۱	p<۰/۰۰۱
محدودیت ایفای نقش به علت مسائل روانی	۴۴/۲۳	۴۵/۵۹	۷۳/۷۱	۳۱/۸۸	t=-۵/۷۲	p<۰/۰۰۱
سرزندگی و فعالیت	۴۷/۷۸	۲۰/۷۷	۶۰/۱۹	۱۴/۸۱	t=-۷/۱۴	p<۰/۰۰۱
سلامتی عمومی	۴۵/۲۸	۱۸/۷۴	۵۶/۸۲	۱۲/۰۰	t=-۷/۱۹	p<۰/۰۰۱
مجموع ابعاد جسمانی	۵۲/۷۵	۲۵/۵۰	۶۶/۱۱	۱۸/۹۶	t=-۸/۳۲	p<۰/۰۰۱
مجموع ابعاد روانی	۵۳/۶۱	۲۴/۴۶	۷۰/۸۵	۱۵/۰۷	t=-۸/۹۲	p<۰/۰۰۱

جدول ۴- شاخص‌های آماری ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران در گروه شاهد قبل و پس از مداخله - ۱۳۸۹

شاخص ها	قبل از مداخله		پس از مداخله		آزمون t مستقل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	p
عملکرد جسمانی	۶۷/۳۱	۲۸/۱۶	۶۷/۰۶	۲۸/۰۴	t=۱/۴۲	p=۰/۱۵۹
محدودیت ایفای نقش به علت مسائل جسمانی	۴۵/۰۰	۴۱/۴۱	۴۴/۳۷	۴۰/۷۵	t=۱/۴۲	p=۰/۱۵۹
عملکرد اجتماعی	۶۶/۷۱	۲۳/۶۹	۶۵/۶۲	۲۳/۳۲	t=۱/۹۷	p=۰/۰۵۲
درد بدنی	۶۳/۵۹	۲۴/۲۱	۶۲/۸۱	۲۳/۹۴	t=۱/۹۲	p=۰/۰۵۸
سلامت عمومی روانی	۶۰/۴۰	۱۸/۴۵	۶۰/۲۰	۱۸/۳۱	t=۲/۰۳	p=۰/۰۴۵
محدودیت ایفای نقش به علت مسائل روانی	۴۷/۵۰	۴۵/۲۴	۴۵/۸۳	۴۴/۸۰	t=۱/۶۵	p=۰/۱۰۳
سرزندگی و فعالیت	۵۰/۲۵	۱۹/۵۹	۴۹/۷۵	۱۹/۱۰	t=۱/۶۵	p=۰/۱۰۳
سلامتی عمومی	۴۶/۱۲	۱۷/۴۸	۴۵/۳۷	۱۶/۹۶	t=۱/۷۹	p=۰/۰۷۷
مجموع ابعاد جسمانی	۵۵/۵۰	۲۳/۷۹	۵۴/۹۰	۲۳/۳۸	t= ۲/۲۰	p=۰/۰۳
مجموع ابعاد روانی	۵۶/۲۱	۲۳/۸۵	۵۵/۳۵	۲۳/۳۶	t= ۲/۰۱	p=۰/۰۳

جدول ۵- شاخص‌های آماری ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران

پس از مداخله - ۱۳۸۹

t	p	گروه شاهد		گروه تجربی		شاخص‌ها ابعاد
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
t=۱/۱۱	p=۰/۲۱۱	۲۸/۰۴	۶۷/۰۶	۲۳/۸۹	۷۲/۳۰	عملکرد جسمانی
t=۲/۴۸	p=۰/۰۹۵	۴۰/۷۵	۴۴/۳۷	۳۵/۵۱	۶۱/۵۳	محدودیت عملکرد جسمانی
t=۴/۳۶	p<۰/۰۰۱	۲۳/۳۲	۶۵/۶۲	۱۳/۳۳	۷۹/۵۶	عملکرد اجتماعی
t=۳/۰۷	p<۰/۰۰۱	۲۳/۹۴	۶۲/۸۱	۱۷/۰۱	۷۳/۷۹	درد بدنی
t=۳/۶۶	p=۰/۰۰۱	۱۸/۳۱	۶۰/۲۰	۱۲/۱۵	۶۹/۹۲	سلامت روانی
t=۴/۷۳	p<۰/۰۰۱	۴۴/۸۰	۴۵/۸۳	۳۱/۸۸	۷۳/۷۱	محدودیت ایفای نقش به علت مسائل روانی
t=۳/۴۰	p=۰/۰۹۱	۱۹/۱۰	۴۹/۷۵	۱۴/۸۱	۶۰/۱۹	سرزندگی و فعالیت
t=۴/۳۷	p=۰/۰۰۸	۱۶/۹۶	۴۵/۳۷	۱۲/۰۰	۵۶/۸۲	سلامتی عمومی
t=۳/۲۳	p=۰/۰۳۸	۲۳/۳۸	۵۴/۹۰	۱۸/۹۶	۶۶/۱۱	مجموع ابعاد جسمانی
t=۴/۳۲	p<۰/۰۰۱	۲۳/۳۶	۵۵/۳۵	۱۵/۰۷	۷۰/۸۵	مجموع ابعاد روانی

References

- Albokerdi, M., Ramezani, M. and Arizi, F., 2007. Study of quality of life of elderly clients in shahinshahr. *journal of ami medical*, 4 [In Persian].
- Backman, K. and Hentinen, M., 1999. Model for the self-care of home-dwelling Elderly. *J Adv Nurs*, **30**(3), pp: 564-572.
- Beddhu, S., Bruns, FJ., Saul, M., Seddon, P. and Zeidel, ML., 2000. A simple co morbidity scale. Predicts clinical outcomes and costs in dialysis patients. *Am J Med*, **108**(8), pp: 609-613.
- Benson, L., Nelson, EC., Napps, SE., Roberts, E., Kane-Williams, E. and Salisbury, ZT., 1989. Evaluation of the Staying Healthy after Fifty educational program: impact on course participants. *Health Educ Q*, **16**(4), pp:485-508.
- Berwick, DM., Murphy, JM., Goldman, PA., Ware, JE Jr., Barsky, AJ. and Weinstein, MC., 1991. Performance of five-item mental health screening test. *Medical Care*, **29**(2), p:169.
- Beydon, MA. and Wang, Y., 2008. Do nutrition Knowledge and beliefs modify the association of socio-economic factors and diet quality among US adults? *Prev Med*, **46**(2), pp:145-153.
- Canbaz, S., Sunter, AT., Dabak, S. and Peksen, Y., 2003. The prevalence of chronic Disease and quality of life in elderly people in Samsun. *Turk J med Sci*, **33**(5), pp: 335-340.
- Glanz, K., Rimer, BK., Lewis, FM., Champion, VL. and Skinner, CS., 2008. *The Health Belief Model, Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice*, Jossey-Bass, San franciso, pp:50.
- Chan, KM., Pang, WSEe, CH., Ding, YY. And Choo, P., 1998. Self-perception of health among elderly community dwellers in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*, **27**(4), pp: 461-467.
- Coons, SJ., McGhan, WF., Bootman, JL. And Larson, LN., 1989. The effect of self care information on health-related attitudes and beliefs of college students. *J Am Coll Health*, **38**(3), pp:121-124.
- Department of Health., 2004. *A Report of the Chief Medical Officer: At least five a week:*

- Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health.* Department of Health London: HSMO.
- Demers, RY., Altamore, R., Mustin, H., Kleinman, A. and Leonardi, D., 1980. An exploration of the dimensions of illness behavior. *J Fam Pract*, **11**(7), pp:1085-1092.
- Demura, S. and Sato, S., 2003. Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci*, **22**(3), pp:159-166.
- Ebersole, P., 1995. Quality life: what is it? *Geriatr Nurs*, **16**(2), pp: 49–50.
- Ehsanpour, S., Eivazi, M. and Davazdah Emami, S., 2007. Quality of life after the menopause and its relation with marital status. *Iranian journal of Nursing and Midwifery Research*, **12**(4), pp:130-135.
- Fassino, S., Leombruni, P., Abbate Daga, G., Brustolin, A., Rovera, GG., Fabris, F., 2002. Quality of life in dependent older adults living at home. *Arch Gerontol Geriatr*, **35**(1), pp: 9-20.
- Franchignoni, F., Tesio, L., Ottonello, M. and Benevolo, E., 1999. Life satisfaction index: Italian version and validation of short form. *Am. J. Med. Rehabil*, **78**(6), pp: 509–515.
- Gavril, LA. and Heuveline, P., 2003. *Aging of Population. In The Encyclopedia of Population.* In: Demeny, P., McNicoll, G., ed. New York: Macmillan, pp: 32-37.
- Hamidzade, S. and Salehi, k., 2005. *Study of quality of life of elderly person's in Tehran.* Aging and Medicine congress, Isfahan, Iran.
- Haveman, NA., De groot, L CPGM. and Van Staveren, WA., 2003. Quality Dierty, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: The SENECA study. *oxford journals medicine Age and Ageing*, **32**(4), pp:427-434.
- Irala-Estévez, JD., Groth, M., Johansson, L., Oltersdorf, U., Prättälä, R. and Martínez-González, MA., 2000. A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *Eur J Clin Nutr*, **54**(9), pp:706-14.
- Islam, A. and Zaffar Tahir, M., 2002. Health sector reform in South Asia: New challenges and constraints. *Health policy*, **60**(2), pp: 151-169.
- Iwatsubo, Y., Derriennic, F., Cassou, B. and Pottrenaud, J., 1996. Predictors of life satisfaction amongst retired people in Paris. *Int. J. Epidemiol*, **25**(1), pp:160–170.
- Jorden, PG., Nigg, CR., Norman, GJ. and Rossi, JS., 2002. Does the trance theoretical model need an attitude adjustment? *Psychology of Sport and Exercise*. **3**(1), pp: 65-83.
- Lee, EO., 2001. Health promotion for the chronic patients. *Seoul National University College of Nursing*, **2**(2), pp: 25–31.
- Levin, LS., Katz, AH. and Holst, E., 1977. *Self care: lay initiatives in health*, Croom Helm, London.
- Lorig, KR., Ritter, Ph., Stewart, AL., Sobel, DS., Brown, BJr., Bandur, A., Gonzalez, VM., Laurent, DD. and Holman, HR., 2001. Chronic Disease Self- Management Program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care*, **39**(11), pp:1217-1223.
- Lorig, KR., Sobel, DS., Stewart, AL., Brown, BJr., Bandur, A., Ritter, Ph., Gonzalez, VM., Laurent, DD. and Holman, HR., 1999. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization. A randomized trial. *Med Care*, **37**(1),pp: 5-14.
- Loge, JH. and Kaasa, S., 1998. Short form 36 (SF-36) health survey normative data from the general Norwegian population. *Scand J of Soc Med*, **26**(4), pp: 250–258.
- Mc Carney, MA., Hawthorne, NA., Reddy, S., Lombardo, M., Cress, ME. and Johnson, MA., 2003. A Statewide Educational Intervention to Improve Older Americans' Nutrition and Physical Activity. *Family Economics and Nutrition Review*, us department of agriculture.
- Montazeri, A., Goshtasbi, A. and Vojdaninia, M., 2005. Translation of validity and reliability Persian version sf36

- questionnaire. *Journal of payesh*, **5**(1), pp:49-56 [In Persian].
- Patricia, PB., 2000. An overview of special considerations in the evaluation and management of the Geriatric patient. *The American Journal of Gastroenterology*, **95**, pp: 8-10.
- Salar, A., 2004. Study of effectiveness of continuous care consultation on the quality of life of elderly clients. *tabibe shargh*, **4**, pp: 261-267 [In Persian].
- Salehi, I., 2006. Empowerment of adults above 60 years in physical activity and nutritional habits based on self care process. Ph.D. Thesis, Tehran University Medical Science of Health.
- Subasi, F. and Hayran, O., 2005. Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **41**(1), pp: 23-29.
- Tasi, SYL., Chi, L.Y., Lee, L.S. and Choa, P., 2004. Health related quality of life among urban, rural and island community elderly in Taiwan. *J Formosan Med Assoc*, **103**(3), pp:196-204.
- Tonai, S., Maezawa, M., Kamei, M., Satoh, T. and Fukui, T., 1989. Illness behavior of housewives in a rural area in Japan: a health diary study. Pubmed Abstract. *Cult Med Psychiatry*, **13**, pp: 405-417.
- UN ., 2002. World population ageing: 1950-2050/ countries of area: Iran, Un.
- Unosson, M., 1993. Malnutrition in 31 hospitalized elderly patients. Doctoral dissertation, Linkping University, Sweden.
- Valderrabano, F., Jofre, R. and Lopez-Gomez, JM., 2001. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis*, **38**(3), pp: 443-464.
- Walker, SN., Pullen, CH., Hertzog, M., Boeckner, L. and Hageman, PA., 2006. Determinants of older Rural women's Activity and eating. *Western Journal of Nursing research*, **28**(4), pp:449-468.
- Ware, JE Jr., Kosinski, M. and Keller, SD., 1994. *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*, Health Assessment Laboratory, New England Medical Center, Boston, MA.
- Ware, JE Jr., Snow, KK. and Kosinski, M., Gandek, B., 1993. *SF-36 Health Survey manual and interpretation guide*. The Health Institute, New England Medical Center, Boston, MA.

Effect of a self care program on quality of life of the elderly clients covered by health centers of Southern of Tehran.

Mirsaeidi, ZS., MPH. Student, Instructor, Department of Maternal-child health, Nursing and Midwifery Faculty, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Eftekhare Ardabili, H., MD., Professor, Department of health Education, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran-Corresponding author: Eftkhara@Tums.ac.ir

Nori Jeliani, K., Ph.D. Associated Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: May 26, 2012

Accepted: Oct 11, 2012

ABSTRACT

Background and Aim: The most important single determinant of the quality of life of the elderly is health. Studies have shown that health declines with age. Because of high vulnerability of the elderly due to many problems, they need particular attention and self-care programs for their health promotion. The objective of this study was to assess the quality of life of elderly clients under coverage of the Southern Tehran Health Center and determine the effects of a self-care program on it.

Materials and Methods: This was a controlled interventional study conducted in 2010-2011. A total of 132 elderly clients (52 in the intervention, and 80 in the control, group) were selected by randomised cluster sampling from 5 Health Care Centers in Southern Tehran. A 3-month educational program was prepared with contents based on books published by the Ministry of Health and Medical Education and implemented. The quality of life was assessed in both groups at the beginning and 2 months after the intervention using a short questionnaire (sf36). Data were collected through a structured interview (demographic characteristics) and analyzed using descriptive and analytical statistical tests.

Results: The mean quality-of-life score of the experimental group increased after education; the mean score of physical domain of the quality of life increased from 52.75 in 66.11 and that of the emotional domain from 53.61 to 70.85. The scores of different domains of quality of life of the control subjects did not change significantly.

Conclusion: The findings show that a self-care educational program can have a positive affect on quality of life of the elderly.

Key words: The elderly, Quality of life, Self care, Health center of southern of Tehran