

بررسی تأثیر برنامه آموزشی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان

محمد حیدری^۱ * سارا شهبازی^۲

چکیده

زمینه و هدف: امروزه جمعیت سالمندان در سراسر دنیا رو به افزایش است و بیماری‌ها و مشکلات حاصل از این مرحله تکاملی می‌تواند هزینه‌های زیادی را بر دولت‌ها وارد نموده و ناتوانی‌های زیادی را موجب گردد که شدیداً بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیرگذار است. هدف از انجام این مطالعه تعیین تأثیر آموزش برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی تصادفی کنترل شده می‌باشد که بر روی ۶۰ نفر از سالمندان مراجعه‌کننده به مرکز مراقبتی سالمندان امید بروجن انجام شده است. شیوه نمونه‌گیری در دسترس بوده و شرکت‌کنندگان به طور تصادفی به دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) تقسیم شدند. سپس، گروه مداخله، در یک دوره سه ماهه تحت برنامه آموزشی مراقبت از خود قرار گرفتند. برای بررسی کیفیت زندگی، پرسشنامه SF-36 به کار برده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات نرم افزار SPSS نسخه ۱۱ استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده در این مطالعه نشان دهنده افزایش کیفیت زندگی سالمندان پس از مداخله نسبت به قبل از آن می‌باشد ($p < 0.05$). نتیجه‌گیری کلی: اگر سالمندان در مورد شیوه‌های صحیح تغذیه، ورزش، خواب و استراحت و مصرف صحیح داروها اطلاعات درستی داشته باشند، می‌توان از بسیاری از مشکلات آنان پیشگیری نمود یا در صورت ایجاد، به نحو مطلوبی آنها را کنترل کرده و در جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان گام برداشت.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، مراقبت از خود، سالمندی، سالمند، آموزش

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۱/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱/۱۸

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری بروجن دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران
^۲ کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری بروجن دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران (نویسنده مسئول)
شماره تماس: ۰۹۱۳۲۸۴۷۷۹۸ Email: Shahbazi@skums.ac.ir

مقدمه

پیشرفت‌های پزشکی و بهداشتی در نیمه دوم قرن بیستم باعث افزایش نسبی طول عمر انسانها گردید^(۱).

افزایش جمعیت سالمندان، یک پدیده جهانی است که به یک بحران تبدیل شده است^(۲). در حال حاضر جمعیت افراد سالمند بالای ۶۰ سال جهان بیش از رشد جمعیت کودکان، می باشد^(۳،۴). به گزارش مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد در تهران، در سال ۲۰۰۶، چهار میلیون و ۵۶۲ هزار نفر یعنی تقریباً شش درصد از کل جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می دادند که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر خواهد رسید^(۵).

با افزایش سن سالمندی تغییراتی در ابعاد مختلف سلامتی آنان از جمله ضعف جسمی، روانی، عقلی و انواع بیماری‌ها، به وجود خواهند آمد، لذا با توجه به این تغییرات، سالمند مستعد آسیب و کاهش کیفیت زندگی بوده و نیازمند توجه و رعایت و همچنین برخورداری از الگوی مراقبتی ویژه می باشد^(۶،۷).

نتایج مطالعات گوناگون نشان داده اند که با افزایش سن، به علت اختلالاتی که در سیستم های مختلف بدن فرد صورت می گیرد، به خصوص به علت محدودیت های حرکتی، وابستگی فرد به دیگران در انجام کارهای روزانه افزایش می یابد، که این عوامل می تواند در احساس خوب بودن و در نتیجه بر کیفیت زندگی فرد، تاثیر زیادی داشته باشد^(۸).

یافته‌های تحقیقات حاکی از آن است که ۵۸ درصد افراد سالمند بالای ۶۵ سال برای انجام فعالیت های روزانه خود نیازمند کمک می باشند^(۹). و سالمندانی که در زندگی روزمره نیاز به کمک اطرافیان دارند، از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار می باشند^(۱۰).

اصلاح الگوی زندگی و توجه به کیفیت آن تا حد بسیار زیادی می تواند باعث افزایش کارایی و استقلال سالمندان گردد و آنها را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان های مختلف آن کمک نماید^(۱۱).

تغییر در شیوه زندگی و گرایش به زندگی سالم، با تغذیه مناسب، استفاده از مکمل های غذایی، ورزش منظم، کاهش وزن، کاهش استرس، کاهش دریافت چربی، عدم استفاده از دود، کاهش مصرف نمک، خودداری از خود درمانی، مصرف میوه ها و سبزیجات در رژیم غذایی، کنترل روزانه فشارخون و افزایش مصرف آب، امکان پذیر خواهد بود^(۱۲،۱۳).

دو رکن مهم و اساسی برای حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان، فعالیت فیزیکی و سلامت روانی، می باشند^(۱۴). Usada در سال ۲۰۰۵ نشان داد که سالمندانی که توانایی انجام فعالیت های بدنی و فعالیت های روزانه را دارند، از سطح بالاتری از کیفیت زندگی برخوردارند و کمتر دچار افسردگی می شوند^(۱۵).

مطالعات نشان می دهد که یک پنجم افراد ناتوان برای انجام فعالیت های روزمره نیاز به کمک دارند و نزدیک به ۵۸ درصد آنان افراد بالای ۶۵ سال را شامل می شود. از طرفی همواره در روند درمان و مراقبت از سالمندان باید به عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی آنها توجه شود و زمانی استراتژی های مراقبتی، درمانی مفید واقع می شوند که کیفیت زندگی سالمندان را بهبود ببخشند^(۱۶).

مطالعات متعددی بر روی کیفیت زندگی سالمندان صورت گرفته است ولی پژوهش های قبلی سالمندان را در محور اصلی آموزش و خودمراقبتی قرار نمی دادند، لذا هدف از این مطالعه تعیین تاثیر آموزش برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان بوده است.

روش بررسی

این پژوهش، یک طرح کارآزمایی تصادفی کنترل شده بود که پس از دریافت مصوبه کمیته اخلاق دانشگاه و کسب مجوز ورود به محیط پژوهش بر روی ۶۰ نفر از سالمندان مراجعه کننده به مرکز سالمندان امید بروجن در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. روش نمونه گیری، به شیوه در دسترس بود و لذا کلیه افرادی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، در جلسه توجیهی شرکت نمودند و رضایت

خود را برای شرکت در مطالعه اعلام نمودند. سپس نمونه ها به طور تصادفی در دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) تقسیم شدند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بودند از: دارا بودن سن بالای ۵۵ سال، نداشتن زوال عقل، نداشتن معلولیت و اقامت در شهر بروجن و امکان مراجعه به مرکز سالمندان امید در تاریخ و ساعات مشخص شده توسط مرکز، زندگی با همسر، فرزندان و یا سایرین در یک خانه.

معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: عدم حضور در جلسات تعیین شده برای برنامه آموزشی، ابتلا به بیماری ها و اختلالات حاد نظیر عفونت های تنفسی و گوارشی و تنها شدن در طول مطالعه به هر دلیل.

برای جمع آوری اطلاعات از دو پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF-36 استفاده شد.

پرسشنامه SF-36 شامل هشت بعد عملکرد فیزیکی، ایفای نقش، درد بدن، درک کلی از سلامت، سر زندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روان می باشد. هر کدام از این هشت بعد، صفر تا ۱۰۰ امتیاز دارد. امتیاز بالاتر، نشانه عملکرد بهتر است. سوالات سه گزینه ای با نمره های (صفر، ۵۰، ۱۰۰)، سوالات پنج گزینه ای با نمره های (۱۰۰، ۷۵، ۵۰، ۲۵، صفر) و سوالات شش گزینه ای با نمره های (صفر، ۱۰۰، ۸۰، ۶۰، ۴۰، ۲۰) در نظر گرفته شده اند. میانگین ابعاد کیفیت زندگی ۵۰ بوده که نمرات بالاتر و پایین تر از ۵۰ نشاندهنده عملکرد بالا و پایین می باشند. این پرسشنامه به چندین زبان مختلف دنیا ترجمه شده است و روایی و پایایی آن در مطالعات متعدد داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته است^(۱۷). در همین رابطه جهت تعیین ثبات درونی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد ($r=0/83$) همچنین برای تعیین پایایی این ابزار از آزمون مجدد استفاده شد و ضریب پایایی پیرسون بین دو مرحله با ($r=0/87$) تایید شد.

در ابتدا کلیه نمونه ها پرسشنامه ها را با همکاری و مساعدت کارشناسان پرستاری همکار مطالعه (خصوصاً جهت نمونه هایی که قدرت خواندن و نوشتن نداشتند) و تکمیل کردند. سپس جهت گروه مداخله، دوره های آموزش خود مراقبتی با محوریت تغذیه صحیح، مصرف صحیح داروها، سلامت روان، سالمندی و ورزش، مراقبت از فشارخون، عوارض سالمندی و کنترل آنها، توسط کارشناس تغذیه، متخصص روانپزشک، کارشناسان پرستاری و پزشکان مستقر در مرکز سالمندی و با استفاده از کتب و جزوات منتشره وزارت بهداشت، در طول ۱۲ جلسه و در مدت ۳ ماه، هفته ای یک جلسه ۲ ساعته همراه با برنامه های روتین در مرکز، برگزار گردید. جهت برگزاری کلاس های آموزشی، از روش های آموزش گروهی، پرسش و پاسخ، بارش افکار و سخنرانی و با استفاده از پوستره های آموزشی، عکس ها و جزوه های ساده و مصور استفاده شد. از سالمندان خواسته شد که اصولی که آموزش می بینند را، در زمان حضور در منزل به کار گیرند. برای اطمینان از ماندگاری برنامه های آموزشی، در ابتدای هر جلسه، یک سناریو مطرح می شد و نظر ایشان در مورد مسئله مطرح شده گرفته می شد. سوالات در راستای مطالبی بود که در جلسه گذشته به آنها آموزش داده شده بود. این مسئله موجب بکارگیری مطالب یادگرفته شده و تکرار و تمرین بیشتر و پایایی ذهنیت جدید در مورد مسائل مطرح شده بود. در این راستا، در طول مدت مداخله، برای گروه شاهد، هیچ برنامه آموزشی برگزار نگردید و ایشان فقط در برنامه های روتین مرکز سالمندان شرکت می نمودند.

برای جلوگیری از تبادل اطلاعات، بین اعضای دو گروه، از کلیه افراد گروه آزمون خواسته شد که جزوه های آموزشی، پوسترها و شعارها را به افراد گروه شاهد ندهند و در خصوص موارد یاد گرفته شده با آنان صحبت نکنند. بعلاوه، طبق برنامه ریزی انجام شده، روزهای مراجعه گروه شاهد و آزمون از یکدیگر جدا شد. برای حفظ ملاحظات اخلاقی، پس از پایان مطالعه، کلاس آموزشی

($p > 0/05$)، لذا هر دو گروه از نظر متغیرهای مذکور همگن بودند (جدول شماره ۱). میانگین کلی کیفیت زندگی، در مردان بالاتر از زنان بود ($p < 0/05$). همچنین این میانگین در بین شرکت کنندگان متاهل و افرادی که دارای تحصیلات بالاتر بودند، بیشتر از سایرین بود ($p < 0/05$).

نمرات کیفیت زندگی، در گروه آزمون، قبل از مداخله $15/42 \pm 55/26$ و در گروه شاهد $16/29 \pm 54/93$ بود. نتایج آزمون من ویتنی نشان داد که بین دو گروه از نظر آماری، تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p > 0/05$) ولی پس از مداخله، این تفاوت بطور قابل ملاحظه ای معنی دار است ($p < 0/05$).

نتایج نشان می دهد که در زمان قبل از مداخله، بیشترین میانگین نمره در گروه آزمون، به ترتیب، مربوط به ابعاد عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی و درد و در گروه شاهد مربوط به ابعاد عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی و عملکرد عاطفی بود. در زمان پس از مداخله، در گروه آزمون، عملکرد فیزیکی، سلامت عمومی، سرزندگی و شادابی و عملکرد اجتماعی ارتقا یافت ولی در گروه شاهد، در زمان پس از مداخله، هیچ کدام از ابعاد کیفیت زندگی، تغییر نداشت.

فشرده برای گروه شاهد نیز برگزار گردید. پس از پایان مداخله، مجدداً نمونه ها پرسشنامه های کیفیت زندگی را تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها نیز از تست های آماری توصیفی و استنباطی Mann-whitney و کای دو در نرم افزار SPSS نسخه ۱۱ استفاده شد.

یافته ها

این مطالعه بر روی ۶۰ سالمند مراجعه کننده به مرکز سالمندان امید انجام گرفت که همگی در محدوده سنی ۵۵-۸۵ سال قرار داشتند. میانگین سنی نمونه ها $5/34 \pm 72/52$ سال بود. $63/33$ درصد (۳۸ نفر) از شرکت کنندگان مونث و $36/66$ درصد (۲۲ نفر) از آنان مذکر بودند. $71/66$ درصد نمونه ها متاهل، $3/33$ درصد آنان مجرد و 25 درصد بیوه بودند.

50 درصد نمونه ها خانه دار و بدون شغل مشخص، 20 درصد دارای شغل آزاد و 30 درصد بازنشسته بودند. $49/5$ درصد نمونه ها بی سواد، $43/9$ درصد زیر دیپلم و $6/6$ درصد بالاتر از دیپلم بودند.

آزمون آماری کای دو و من ویتنی، تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه مداخله و شاهد، از نظر سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و شغل نشان نداد

جدول شماره ۱: مقایسه گروه های آزمون و شاهد از نظر متغیر های دموگرافیک

متغیر	گروه	آزمون		شاهد		Chi square
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	زن	۲۰	۶۶.۶۶	۱۸	۶۰	۰/۳۲
	مرد	۱۰	۳۳.۳۳	۱۲	۴۰	
سن	۵۵-۶۵ سال	۵	۱۶.۶۶	۵	۱۳.۳۳	۰/۴۵
	۶۶-۷۵ سال	۱۸	۶۰	۱۸	۶۶.۶۶	
	۷۶-۸۵ سال	۷	۲۳.۳۳	۷	۲۰	
وضعیت تاهل	متاهل	۲۲	۷۳.۳۳	۲۱	۷۰	۰/۲۱
	مجرد	۱	۳.۳۳	۱	۳/۳۳	
	بیوه	۷	۲۳.۳۳	۸	۲۶/۶۶	

ادامه جدول شماره ۱: مقایسه گروه های آزمون و شاهد از نظر متغیر های دموگرافیک

Chi square	شاهد		آزمون		گروه	متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
۰/۲۵	۵۳/۳۳	۱۶	۴۶/۶۶	۱۴	بدون شغل و خانه دار	شغل
	۱۶/۶۶	۵	۲۳/۳۳	۷	شغل آزاد	
	۲۶/۶۶	۹	۳۳/۳۳	۱۰	بازنشسته	
۰/۳۳	۵۰	۱۵	۵۰	۱۵	بیسواد	سطح تحصیلات
	۴۳/۳۳	۱۳	۴۶/۶۶	۱۴	زیر دیپلم	
	۶/۶۶	۲	۶/۶۶	۱	بالتر از دیپلم	

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی سالمندان قبل و بعد از مداخله بین دو گروه

p-value	پس از مداخله		p-value	قبل از مداخله		زمان	متغیر
	کنترل	آزمون		کنترل	آزمون		
< ۰/۰۰۱	۶۶/۷±۱۵/۸	۸۹/۲±۱۵/۳	۰/۵۲۱	۶۵/۲±۱۶/۳	۶۳/۵±۱۶/۲	عملکرد فیزیکی	
< ۰/۰۰۱	۴۲/۳±۱۹/۳	۶۲/۳±۲۴/۲	۰/۰۹۲	۴۰/۳±۲۰/۴	۴۴/۸±۲۸/۵	ایفای نقش	
< ۰/۰۰۱	۵۳/۷±۱۴/۸	۶۷/۷±۱۰/۳	۰/۲۴۶	۵۶/۹±۱۵/۳	۵۸/۹±۱۶/۷	درد	
< ۰/۰۰۱	۴۶/۳±۱۲/۵	۸۰/۲±۱۰/۸	۰/۱۴۷	۴۸/۶±۱۳/۹	۵۰/۳±۱۴/۶	سلامت عمومی	
< ۰/۰۰۱	۵۴/۲±۱۳/۴	۸۲/۳±۹/۷	۰/۱۲۱	۵۲/۳±۱۷/۳	۴۹/۳±۱۸/۶	سرزندگی و شادابی	
< ۰/۰۰۱	۷۸/۳±۱۷/۵	۹۳/۴±۷/۸	۰/۲۵۱	۷۶/۷±۱۸/۳	۷۹/۷±۱۹/۴	عملکرد اجتماعی	
< ۰/۰۰۱	۵۸/۲±۱۶/۸	۶۰/۳±۲۱/۲	۰/۳۲۷	۵۶/۲±۱۹/۳	۵۳/۳±۲۴/۶	عملکرد عاطفی	
< ۰/۰۰۱	۴۳/۱±۱۰/۸	۶۸/۸±۱۳/۳	۰/۵۲۰	۴۷/۲±۱۲/۷	۵۰/۳±۱۶/۸	سلامت روانی	
< ۰/۰۰۱	۵۴/۸۵±۱۷/۳۸	۷۵/۵۲±۱۷/۵۶	۰/۶۴۸	۵۴/۹۳±۱۶/۲۹	۵۵/۲۶±۱۵/۴۲	نمره کل کیفیت زندگی	

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان دهنده افزایش کیفیت زندگی سالمندان، پس از اجرای برنامه آموزشی خود مراقبتی بود. همچنین میانگین کلی کیفیت زندگی در مردان نسبت به زنان از حد بالاتری برخوردار بود و در افراد متأهل، بالاتر از سایرین بود که این نتایج با نتایج مطالعات آلبوکردی و همکاران و علی پور و همکاران و براز و همکاران همسو می باشد (۱۰،۱۸،۱۷).

در تایید این یافته، رستمی و همکاران نیز با آموزش الگوی خودمراقبتی اورم به سالمندان در مسجد سلیمان، توانستند کیفیت زندگی آنان را به نحو چشم گیری افزایش دهند. از میان ابعاد مختلف کیفیت زندگی، در این مطالعه هم، ابعاد عملکرد اجتماعی، ایفای نقش و سلامت

عمومی افزایش مشخص تری نسبت به سایر ابعاد داشتند که مؤید نتایج مطالعه اخیر نیز هست (۱۹).

نتایج مطالعه سالار و همکاران که به بررسی تاثیر الگوی مشاوره مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی سالمندان زاهدان پرداخته بودند نیز نشان دهنده افزایش این متغیر می باشد. 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 (۱۶).

حمیدی زاده و همکاران نیز با آموزش ورزش های سبک به سالمندان، موفق به افزایش کیفیت زندگی آنان گردیدند. در این مطالعه، ابعاد عملکرد فیزیکی، سلامت

می گردد^(۲۲). این نتایج موید نتیجه مطالعه Barret و همکارانش نیز می باشد^(۲۳).

دستاورد اصلی این مطالعه این است که اگر سالمندان بیاموزند که چگونه باید باقیمانده عمر خود را در آرامش و آسایش بگذرانند، می توانند عوامل کاهش دهنده کیفیت زندگی خود را به نحو مطلوب تری متعادل سازند.

به نظر می رسد به کارگیری برنامه های آموزشی مرتبط با سلامتی برای سالمندان یک ضرورت بوده و می تواند کلیه ابعاد زندگی آنان را بهبود بخشد. لذا با توجه به افزایش میزان جمعیت سالمند کشورمان در سال های آتی، ضروری است برنامه ریزی و سیاست گذاری مناسب توسط مسئولین ذیربط برای این مهم، انجام پذیرد.

پرستاران به عنوان قشری که در حیطه کاری خود، ارتباط زیادی با سالمندان، چه در حیطه بیمارستان، خانه های سالمندان و دیگر مراکز بهداشتی و ... دارند، اگر بتوانند آموزش های ساده خود مراقبتی را به سالمندان ارائه نمایند، نه تنها در جهت افزایش کیفیت زندگی سالمندان گام بر می دارند، بلکه در جهت ارتقای سلامت جامعه، کاهش هزینه ها و انجام مسئولیت های حرفه ای خود، مؤثرتر خواهند بود.

تقدیر و تشکر

از کلیه مسئولان محترم دانشکده پرستاری بروجن و مسئولان و پرسنل عزیز و سالمندان گرانقدر مرکز مراقبت سالمندان امید بروجن که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و تقدیر را داریم.

عمومی و عملکرد اجتماعی از افزایش بارزتری برخوردار بودند که هم راستای نتایج مطالعه حاضر می باشد^(۲۰).

در مطالعه آلبوکردی و همکاران، که به بررسی کیفیت زندگی سالمندان شاهین شهر پرداخت، مشخص شد که درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، عملکرد روانی از میزان بالاتری برخوردارند^(۱).

سجادی و همکاران، نیز به بررسی کیفیت زندگی سالمندان زن در کهریزک پرداختند و نشان دادند که کیفیت زندگی بیشتر این سالمندان در ابعاد فیزیکی، خود مراقبتی، عملکرد اجتماعی و رضایت از زندگی در سطح خوبی قرار دارد^(۲۱).

نتایج مطالعه علی پور و همکاران به بررسی نقش حمایت های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان پرداخت و نشان داد که کیفیت زندگی در مردان بالاتر از زنان می باشد و حمایت های اجتماعی مادی، عاطفی، کارکردی و ساختاری در افزایش کیفیت زندگی سالمندان نقش زیادی داشته است^(۱۸).

در تحقیقات انجام شده در خارج از کشور نیز، نتایج با یافته های این مطالعه هم راستا می باشد. هر چند که در مجموع نمره کیفیت زندگی از سطح بالاتری برخوردار است دلیل این تفاوت در کیفیت زندگی را می توان وجود سیستم های حمایتی متفاوت از طرف دولت، شرایط زندگی راحت تر و آسان تر و سبک زندگی متفاوت دانست. در مطالعه ای که Dickson و همکاران در نیویورک انجام دادند، مشخص شد که اجرای برنامه خود مراقبتی، ورزش و انجام کار، باعث افزایش کیفیت زندگی

فهرست منابع

1. Albukardi M, Ramezani R, Arizi F. [Assessment of quality of life in Shahin shahr's elders]. *Sci Med J*. 2007;5(4):703-707. Persian
2. Tinker A. The social implications of an ageing population. Introduction. *Mech Ageing Dev*. 2002 Apr;123(7):729-35.
3. Tonn B, Eisenberg J. The aging US population and residential energy demand. *Energy policy*. 2007;35(1):743-5.
4. Donmez L, Gokkoca Z, Dedeoglu N. Disability and its effects on quality of life among older people living in Antalya city center, Turkey. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005 Mar-Apr;40(2):213-23.

5. Donmez L, Gokkoca Z, Dedeoglu N. Disability and its effects on quality of life among older people living in Antalya city center, Turkey. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005 Mar-Apr;40(2):213-23.
6. Kun LG. Telehealth and the global health network in the 21st century. From homecare to public health informatics. *Comput Methods Programs Biomed*. 2001 Mar;64(3):155-67.
7. Rao R. Cerebrovascular disease and late life depression: an age old association revisited. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000 May;15(5):419-33.
8. Mellor D, Russo S, McCabe MP, Davison TE, George K. Depression training program for caregivers of elderly care recipients: implementation and qualitative evaluation. *J Gerontol Nurs*. 2008 Sep;34(9):8-15; quiz 6-7.
9. Fassino S, Leombruni P, Abbate Daga G, Brustolin A, Rovera GG, Fabris F. Quality of life in dependent older adults living at home. *Arch Gerontol Geriatr*. 2002 Jul-Aug;35(1):9-20.
10. Hellström Y, Persson G, Hallberg IR. Quality of life and symptoms among older people living at home. *J Adv Nurs*. 2004;48(6):584-93.
11. 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 Res Rev*. 2012 Apr 6.
12. Shatenstein B, Kergoat MJ, Reid I. Poor nutrient intakes during 1-year follow-up with community-dwelling older adults with early-stage Alzheimer dementia compared to cognitively intact matched controls. *J Am Diet Assoc*. 2007 Dec;107(12):2091-9.
13. Tannenbaum C, Shatenstein B. Exercise and nutrition in older Canadian women: opportunities for community intervention. *Can J Public Health*. 2007 May-Jun;98(3):187-93.
14. Demura S, Sato S. 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*. 2003 May;22(3):159-66.
15. Osada H, Shibata H, Haga H, Yasumura S. [Relationship of physical condition and functional capacity to depressive status in person aged 75 years]. *Nihon Kosshu Eisei Zasshi*. 1995 Oct;42(10):897-909.
16. Salar A, Ahmadi F, Faghihzadeh S. [The effect of continuous care consultation on quality of life in elders]. *Zahedan J Research Med Sci*. 2002; 5(4):261-267.Persian
17. Baraz Sh, Mohammadi E, Broumand B. [The effect of self-care educational program on decreasing the problems and improving the quality of life of dialysis patients]. *J Kurdistan Uni Med Sci*. 2006;10:69-79.Persian
18. Alipur F, Sajjadi H, Foruzan A, Biglarian A. [Role of social quiet on elder's quality of life]. *Soc Welfare Quart*. 2010; 4(33):147-165.Persian
19. 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):51-59. Persian
20. Hamidzadeh S, Ahmadi F, Aslani Y, Eatemadifar Sh. [Assessment the effect of group exercise on quality of life in older adults]. *J Saddughy Uni Yazd*. 2009; 16(1): 81-86.Persian
21. Sajjadi M, Biglarian A. [Quality of life of elders in Kahrizak]. *Soc Welfare Quart*. 2007; 5(2):105-108.Persian
22. Dickson VV, Howe A, Deal J, McCarthy MM. The relationship of work, self-care, and quality of life in a sample of older working adults with cardiovascular disease. *Heart Lung*. 2012 Jan-Feb;41(1):5-14.
23. Barrett C, Smerdely P. A comparison of community-based resistance exercise and flexibility exercise for seniors. *Aust J Physiotherap*. 2002;48(3):215-20.

Effect of Self-Care Training Program on Quality of Life of Elders

Heidari M¹ MSc.

Shahbazi S² MSc.

Abstract

Background & Aims: Nowadays the elderly population is growing all over the world. Diseases and conditions resulting from this evolutionary process can be costly to governments and cause many disabilities which severely affect the elderly's quality of life. This study aims to determine the effect of self-care training program on quality of life of elderly.

Material & Methods: It is a controlled randomized trial which was carried out on 60 elderly referred to Omid's elderly care center in Boroujen city. After convenience sampling, the elderly were randomly assigned to two groups of experimental (n=30) and control (n= 30) groups. The experimental group participated in a three months self- care training program. Data was collected by the Short Form Health Survey (SF-36) and analyzed using SPSS-PC (v.11).

Results: The findings showed a significant difference in the mean scores of quality of life between the experimental and control groups (P<0.05) after intervention.

Conclusion: Self- care education to elderly about the practices of proper nutrition, exercise, rest and medication can prevent a lot of problems and help them to improve their quality of life.

Key words: Quality of Life, Self- Care, Aging, Elderly, Training

Received: 1 Feb 2012

Accepted: 6 Apr 2012

¹ MSc in Medical-Surgical Nursing, Borujen Nursing Faculty, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

² MSc in Medical-Surgical Nursing, Borujen Nursing Faculty, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. (*Corresponding Author) Tell: 09132847798 Email: shahbazi@skums.ac.ir