



ارتقاء کیفیت زندگی مردان سالمند کهریزک بر اساس مداخله آموزشی

لیلا قهرمانی^{۱*} (Ph.D.)، مهین نظری^۱ (Ph.D.)، میرطاهر موسوی^۲ (Ph.D.)

۱- دانشگاه علوم پزشکی شیراز- مرکز تحقیقات علوم بهداشتی- استادیار، ۲- دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی- گروه رفاه اجتماعی- استادیار.

تاریخ دریافت: ۸۸/۳/۵، تاریخ پذیرش: ۸۸/۵/۱۵

چکیده

مقدمه: متوسط طول عمر در قرن اخیر در حال افزایش می‌باشد و در حال حاضر، حدود ۷٪ از جمعیت دنیا را افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دهند. تداوم و نگهداری سطح بالای کیفیت زندگی با افزایش سن از جمله نگرانی‌های بهداشت عمومی می‌باشد. در همین راستا افزایش کیفیت و سال‌های زندگی توأم با سلامت از اهداف مهم انسان سالم تا سال ۲۰۱۰ می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک مطالعه مداخله‌ای برای ارزشیابی تأثیر مداخله آموزشی در ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان ساکن آسایشگاه کهریزک می‌باشد. در این مطالعه یک نمونه ۶۰ نفری از سالمندان سنین ۶۰ تا ۸۵ پرسش‌نامه SF-36 را قبل و ده هفته پس از مداخله تکمیل نمودند. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش بازآزمایی سنجیده شد. نتایج با استفاده از آزمون t و کای-دو تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: بر اساس نتایج مطالعه حاضر، مداخله آموزشی تأثیر معناداری در تمام ابعاد کیفیت زندگی از قبیل: عملکرد جسمانی ($P < 0.05$)، محدودیت نقش جسمانی ($P < 0.0001$)، درد بدنی ($P < 0.001$)، سلامت عمومی ($P < 0.001$)، نیروی حیاتی ($P < 0.008$)، عملکرد اجتماعی ($P < 0.001$)، محدودیت نقش روانی ($P < 0.0001$) و سلامت روان ($P < 0.003$) داشته است.

نتیجه‌گیری: برنامه‌های آموزش بهداشت تأثیر مثبتی در ارتقاء کیفیت زندگی دارند. بنابراین توصیه می‌گردد برنامه آموزش بهداشت را در مداخلات ارتقاء کیفیت زندگی به‌کار بندیم.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، سالمند، مداخله، آموزش بهداشت.

Original Article

Knowledge & Health 2009;4(2):18-23

Improvement of Quality of Life in Elderly Men in Kahrizak Nursing Home Based on Educational Intervention

Leila Ghahremani^{1*}, Mahin Nazari¹, Mirtaher Mosavi²

1- Assistant Professor, Research Center for health Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. 2- Assistant Professor, Dept. of Social Welfare, University of social welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Abstract:

Introduction: Average life expectancy has improved in the last century. Currently about 7% of the world population is aged beyond 65 years old. Maintaining a high level of quality of life into advanced age is a growing public health concern as the older adult population continues to increase. Along these lines, one of the primary goals of Healthy People 2010 is to improve both the quality and the number of years of healthy life.

Methods: This interventional study aims to evaluate the effect of educational intervention in the improvement of health related quality of life in elderly people in Kahrizak nursing home. In this study, a sample of 60 healthy adults between the ages of 60 and 85 years old completed a SF-36 questionnaire before and ten weeks after of intervention. The reliability of the questionnaire was measures through retest method. The data were then analyzed with χ^2 and t-test.

Results: The statistical analysis of the results showed a significant difference for the effect of health education program on components of quality of life measures: physical functioning ($P < 0.05$), physical role limitation ($P < 0.00001$), bodily pain ($P < 0.001$), general health ($P < 0.01$), vitality ($P < 0.008$), social functioning ($P < 0.001$) and emotional role limitation ($P < 0.00001$) and mental health ($P < 0.03$).

Conclusions: Health education program have positive effect on promoting the quality of life. Thus, it is recommended that health education be used in quality of life interventions.

Keywords: Quality of life, Elderly people, Intervention, Health Education.

Received: 26 May 2009

Accepted: 6 August 2009

*Corresponding author: L. Ghahremani, Email: ghahremanil@yahoo.com

مقدمه

در جوامع پیشرفته امروز به دلیل پیشرفت‌های شگرف دانش پزشکی و بهداشت عمومی روند رشد جمعیت افراد سالمند در حال افزایش است و همین امر سبب شده تا انگیزه و میانگین امید به زندگی در انسان بیش-تر و بیش‌تر گردد. نمودهای عمده این روند افزایش در نسبت جمعیت، قطعاً یک سری پیامدهای اقتصادی و اجتماعی را در بر خواهد داشت که در توسعه همه کشورهای پیشرفته و یا در حال توسعه با توجه با ساختار اجتماعی و پیشینه‌های فرهنگی مختلف و نیز ترتیبات مربوط به بهداشت عمومی و تأمین اجتماعی بسیار حائز اهمیت خواهد بود (۱).

شواهد زیادی نشان می‌دهند که بر خلاف تصور گذشته، پیری بدنی تحت تأثیر ژن‌ها نیست، بلکه عناصر مربوط به شیوه زندگی نیز به همان نسبت تأثیر قدرتمندی بر پیری دارند. این مفهوم مهمی است که باید در ذهن داشته باشیم که می‌توانیم و باید مسوولیت شیوه‌ای را که برای گذران عمر خود به کار می‌گیریم به عهده بگیریم (۲).

همانطور که طول عمر افزایش می‌یابد، اهمیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نیز با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها روز به روز بیش‌تر آشکار می‌شود (۳).

سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر برآورد کرد که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید (۴). در ایران نیز هم اکنون نزدیک به ۷٪ جمعیت کشور را گروه سنی ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهد. هم‌چنین میانگین عمر در ایران نیز در سه دهه گذشته افزایش چشمگیری یافته است (۵).

آشکار است که با افزایش تعداد سالمندان مسایل و مشکلات حمایتی، اجتماعی، توانبخشی و بهداشتی-درمانی آن‌ها نیز افزایش خواهد یافت (۶). به طوری که در حال حاضر بیش از ۳۶ درصد هزینه‌های مراقبت-های بهداشتی صرف افراد مسن می‌گردد (۷).

سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶) برنامه‌هایی را با تمرکز بر فرآیندهای توانمندسازی در سالمندان در سه حوزه افراد سالمند و توسعه، بهبود سلامتی و رفاه در سالمندان و اطمینان بخشی در ایجاد محیط‌های توانمندکننده و حمایتی را مورد توجه قرار داده است (۸).

سازمان خدمات بهداشتی و انسانی آمریکا، جهت ارتقاء سلامتی در سالمندان به ورزش منظم، عدم مصرف سیگار، اجتناب از مصرف الکل، تغذیه مناسب و ایمن‌سازی متناسب با سن تأکید می‌کند (۳).

در همین راستا، اهداف سلامت تا سال ۲۰۱۰ "انسان سالم تا سال ۲۰۱۰" که توسط گروهی از متخصصان از بیش از ۱۵۰ سازمان ملی تدوین گردیده شامل دو هدف عمده ۱- افزایش سال‌ها و کیفیت زندگی بهداشتی. ۲- حذف نابرابری‌های بهداشتی می‌باشد. این اهداف برای

کمک به استراتژی سازمان بهداشت جهانی در مورد «بهداشت برای همه» طراحی شده است (۹).

کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که در برگیرنده ابعادی چون سلامت بدنی، سلامت روانی، شرایط اقتصادی، باورهای شخصی و تعامل با محیط می‌باشد (۱۰).

طبق اعلان سازمان بهداشت جهانی بیش‌ترین میزان نیاز به تسهیلات و خدمات بهداشتی درمانی مربوط به سالمندان می‌باشد، اما متأسفانه اکثر اقداماتی که تاکنون به منظور کمک‌رسانی به سالمندان انجام گرفته، معمولاً پس از بروز مشکل ارایه گردیده و در زمینه پیشگیری اقداماتی کم‌تری انجام گرفته است. به طور کلی خدمات بهداشتی درمانی جهت سالمندان در مقایسه با خدماتی که برای افراد در سایر مراحل زندگی در نظر گرفته شده است رقم بسیار اندکی را به خود اختصاص می‌دهد (۱۱). به همین دلیل است که امروزه با وجود پیشرفت علم و تکنولوژی پزشکی و ظهور گرایش‌های تخصصی پیری شناسی هم‌چنان بسیاری از ابعاد شخصیتی و روانی سالمندان ناشناخته مانده و بسیاری از مسایل روانی و مشکلات جسمی سالمندان لاینحل مانده است (۱۲).

اکثر مطالعات در زمینه کیفیت زندگی سالمندان فقط به صورت بررسی بوده و کم‌تر مداخلات آموزشی مشاهده می‌گردد. بر همین اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر کیفیت زندگی سالمندان آسایشگاه کهریزک طراحی شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه مداخله‌ای با روش نمونه‌گیری تمام‌شماری است که در سال ۱۳۸۶ در آسایشگاه کهریزک و با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی طراحی شده بر کیفیت زندگی سالمندان انجام شده است. جامعه آماری همه افراد ۶۰ ساله و بالاتر مرد بودند که در آسایشگاه کهریزک اقامت داشتند. آزمودنی‌های پژوهش ۶۰ سالمند مرد با میانگین سنی ۷۳ سال در گروه شاهد و ۷۰ سال در گروه مداخله بود. که این تعداد در واقع تعداد کل سالمندان مرد در آسایشگاه بودند که در دو بخش مجزا سکونت داشتند. جهت عدم ارتباط بین افراد گروه مداخله و کنترل یک بخش به تصادف در گروه آزمون و بخش دیگر در گروه شاهد قرار گرفت. تعداد ساکنین هر بخش ۳۰ نفر بود. معیارهای ورود به مطالعه نیز شامل تأیید سلامت سالمندان برای انجام فعالیت جسمانی توسط پزشک بود.

جمع‌آوری داده‌ها به کمک پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی بود. برای سنجش کیفیت زندگی از پرسش‌نامه ۳۶ سؤالی کیفیت زندگی (Sf-36) استفاده شد. این پرسش‌نامه نیز ۸ بعد را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به روش لیکرت انجام می‌شود که در دامنه صفر تا صد می‌تواند نوسان داشته باشد. صفر نشان-دهنده پایین‌ترین سطح و صد بالاترین سطح کیفیت زندگی است.

ملاحظات اخلاقی دو جلسه آموزشی به همراه مواد آموزشی به گروه شاهد ارائه گردید.

نتایج

نتایج یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین سن افراد در گروه مداخله ۷۰ و در گروه شاهد ۷۳ سال بود. اکثر سالمندان در دو گروه مجرد بودند. از لحاظ وضعیت شغل قبلی اکثر افراد در گروه مداخله آزاد و در گروه شاهد کارگر بودند. اکثر سالمندان گروه مداخله و شاهد قبلاً دارای مسکن اجاره‌ای بودند. بیش‌ترین افراد در دو گروه بی‌سواد بودند. دو گروه از نظر این متغیرها و همچنین از نظر میانگین نمرات کیفیت زندگی قبل از آموزش تفاوت معناداری نداشتند.

در جدول ۱ متغیرهای دموگرافیک سالمندان دو گروه آورده شده است. نتایج آزمون آماری کای-دو نشان داد که بین میزان تحصیلات، شغل قبلی، وضعیت تأهل، نوع مالکیت مسکن قبلی و نوع بیمه در دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت. ضمناً آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین سن، تعداد بیماری، مدت اقامت در آسایشگاه، فشارخون و BMI در دو گروه وجود نداشت.

در جدول ۲ نیز به مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به ابعاد کیفیت زندگی سالمندان دو گروه قبل و بعد از مداخله پرداخته شده است. بر اساس نتایج این جدول، با استفاده از آزمون آماری تی زوجی بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و شاهد قبل از آموزش اختلاف معناداری مشاهده نگردید اما بعد آموزش همین آزمون آماری اختلاف معناداری را در بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و شاهد نشان داد.

در جدول ۳ نیز به مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله (آزمون آماری تی زوجی) پرداخته شده است. که بین نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی در گروه مداخله در قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود داشت اما در گروه شاهد در قبل و بعد از مداخله اختلافی مشاهده نگردید.

نمره کل کیفیت زندگی در گروه مداخله قبل از آموزش $12/9 \pm 6/8$ بوده و بعد از مداخله به $12/6 \pm 7/1$ رسید که آزمون آماری تی زوجی اختلاف معناداری را در این گروه نشان داد و نمره کل کیفیت زندگی در گروه شاهد قبل از مداخله $12/6 \pm 5/7$ و بعد از مداخله $12/6 \pm 5/2$ به دست آمد که اختلاف آن‌ها معنادار نمی‌باشد.

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که طراحی و اجرای مداخله آموزشی، می‌تواند تفاوت معناداری در میزان کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه در گروه آزمون به وجود آورد.

در مطالعه حاضر در قبل از آموزش نمرات کیفیت زندگی سالمندان در آسایشگاه در سطح پایینی بود که با مطالعه احمدی همخوانی دارد (۱۴)

همچنین برای تک تک ابعاد کیفیت زندگی نیز به صورت جداگانه بین مقیاس صفر و صد اندازه‌گیری گردید. نمره کل کیفیت زندگی نیز از جمع ابعاد مختلف کیفیت زندگی به دست آمد.

پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر با روش بازآزمایی (Test-retest) با فاصله زمانی ۲ هفته سنجیده شد و ضریب همبستگی پیرسون $0/75$ به دست آمد.

اشاقی و همکاران در سال ۲۰۰۶ روایی و پایایی این پرسش‌نامه را برای سالمندان به روش ثبات درونی بالای $0/70$ و ضریب آلفای کرونباخ برای آن‌ها $0/70$ گزارش نمودند (۱۳). احمدی و همکاران نیز در سال ۱۳۸۳ ضریب آلفای کرونباخ برای پیوستگی درونی و روایی آن را به ترتیب $0/84$ و $0/86$ و میانگین پایایی ابعاد هشت گانه را $0/86$ به دست آوردند (۱۴).

پس از تجزیه و تحلیل پرسش‌نامه اولیه نیازهای آموزشی بر اساس آن تشخیص داده شده و محتوای آموزشی بر اساس نیازهای آموزشی جامعه مورد مطالعه طراحی گردید. مداخله آموزشی در گروه آزمون به مدت هشت هفته انجام شد. سپس دو ماه پس از اتمام مداخله آموزشی مجدداً پرسش‌نامه‌ها از افراد جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. استراتژی آموزشی مورد استفاده در این بخش شامل آموزش شروع انجام فعالیت جسمانی منظم برای حداقل ۳ روز در هفته بود که متناسب با توانایی فرد شروع می‌شد و هدف آن افزایش تدریجی تا رسیدن به ۳۰ دقیقه پیاده‌روی در روز بود. برای هر شرکت‌کننده در این مرحله ۳ جلسه مشاوره فردی به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه در ۳ هفته متوالی و ۳ جلسه بحث گروهی به منظور تأمین مشارکت فعالانه در یادگیری برگزار گردید. مدت جلسات بحث گروهی ۶۰-۴۵ دقیقه بود. در جهت افزایش آگاهی سالمندان، جلسات سخنرانی و پرسش و پاسخ پیش‌بینی شد. استراتژی‌های آموزشی در مداخله آموزشی جهت افزایش کیفیت زندگی سالمندان عبارت بود از: جلب توجه نسبت به برنامه از طریق آگاه‌سازی در خصوص فعالیت جسمانی و نیز پیامدهای اتخاذ یک شیوه زندگی بی‌تحرک، ایجاد ارتباط بین سالمندان جهت ارتقاء کیفیت زندگی، تنظیم اهداف کوچک پیشرونده برای افراد، تهیه و ارائه آموزش‌های ساده برای فهمیدن و انجام دادن، ترغیب شرکت‌کنندگان به ادامه برنامه از طریق تأمین بازخوردهای مناسب و تشویق کلامی و تأمین پشتیبانی اجتماعی از سالمندان در جهت افزایش کیفیت زندگی توسط پرسنل آسایشگاه بود.

در نهایت داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تعیین وجود تفاوت معنادار میان نمرات برای متغیرهای کمی در مرحله قبل و بعد در دو گروه از آزمون‌های آماری تی مستقل و تی زوجی و برای متغیرهای کیفی از آزمون کای-دو استفاده شد. در مواردی که بیش از ۲۰ درصد خانه‌های جدول دارای فراوانی کمتر از ۵ بودند، نتایج جدول ادغام شده است. در پایان مطالعه جهت رعایت

کند درحالی که بیماری‌های مزمن بیش‌تر شایع هستند. پیشرفت فرآیند بیماری استقلال و کیفیت زندگی فرد را به‌وسیله کند کردن انجام مراقبت شخصی به خطر می‌اندازد (۱۶).

یافته‌ها حاکی از آن است که مداخله آموزشی توانسته است به‌طور معناداری همه ابعاد کیفیت زندگی گروه مداخله را، به نسبت گروه شاهد افزایش دهد. این امر نشان‌دهنده ضرورت استفاده از مداخلات آموزشی برنامه‌ریزی شده در جهت ارتقاء ابعاد جسمانی، اجتماعی و روانشناختی کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد.

آنچه باید مورد توجه قرار گیرد، تنها طولانی کردن دوران نیست، بلکه باید به این نکته بسیار مهم توجه داشت که این سال‌های اضافی عمر انسان در نهایت آرامش، سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی سپری گردد. در صورتی که چنین شرایطی به‌وجود نیاید پیشرفت‌های علمی برای تأمین زندگی طولانی‌تر بی‌نتیجه و مخاطره‌آمیز خواهد بود.

اما پس از اجرای مداخله آموزشی در این دسته از افراد، میانگین نمرات آنان نیز افزایش پیدا کرده است.

گروه سالمندان مقیم آسایشگاه از آسیب‌پذیرترین قشر سالمندان می‌باشند، از این رو باید در برنامه‌ها بر بهبود و کیفیت زندگی در این گروه تأکید بیش‌تری نمود. کیفیت زندگی را درجاتی از رضایت‌مندی و نیل به نیازها در زمینه‌های فیزیکی، اجتماعی، روانشناسی، ساختاری، رفتاری، فعالیتی و از آن مهم‌تر احساس خوب بودن، تعریف می‌نمایند (۱۵).

بدیهی است چون هدف از زندگی سالمندان فقط عمر طولانی و زنده بودن نیست، بلکه نوع و کیفیت زندگی آن‌ها نیز مهم است و از این رو تعیین و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان در مرحله اول نیاز اساسی محسوب می‌گردد. اگرچه بیش‌تر سالمندان تصور می‌کنند که از سلامتی خوبی برخوردارند اما از هر ۵ نفر ۴ نفر آن‌ها حداقل مبتلا به یک بیماری مزمن می‌باشند. در دوران پیری حالت حاد کم‌تر بروز پیدا می‌

جدول ۱- شاخص‌های دموگرافیک دو گروه مورد مطالعه

P.V	گروه شاهد		گروه مداخله		شاخص‌ها
	تعداد (%)	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد (%)	میانگین \pm انحراف معیار	
۰/۱	---	۷۳/۰ \pm ۶/۸	---	۷۰/۰ \pm ۷/۳	سن
۰/۳	---	۱۲۹/۰ \pm ۱۹/۵	---	۱۳۳/۳ \pm ۱۷/۷	فشارخون
۰/۷	---	۱/۶ \pm ۱/۶	---	۱/۴۳ \pm ۱/۳	تعداد بیماری
۰/۸	---	۵۷/۸ \pm ۴۲/۴	---	۴۶/۹ \pm ۴۱/۰	مدت اقامت در آسایشگاه به ماه
					میزان تحصیلات
	۲۱ (۷۰/۰)	---	۱۲ (۴۰/۰)	---	بی‌سواد
	۳ (۱۰/۰)	---	۵ (۱۶/۶)	---	ابتدایی
۰/۳	۵ (۱۶/۶)	---	۸ (۲۶/۶)	---	راهنمایی
	۱ (۳/۴)	---	۳ (۱۰/۰)	---	دیپلم
	.	---	۲ (۶/۷)	---	فوق دیپلم و بالاتر
					مالکیت مسکن قبلی
	۲۲ (۷۳/۳)	---	۲۰ (۶۶/۷)	---	اجاره‌ای
۰/۵	۷ (۲۳/۴)	---	۹ (۳۰/۰)	---	ملکی
	۱ (۳/۳)	---	۱ (۳/۳)	---	وابسته به فرزند
					وضعیت تأهل
	۱۴ (۴۶/۷)	---	۱۲ (۴۰/۰)	---	مجرد
	۳ (۱۰/۰)	---	۲ (۶/۷)	---	متاهل
۰/۸	۶ (۲۰/۰)	---	۷ (۲۳/۳)	---	همسر مرده
	۷ (۲۳/۳)	---	۹ (۳۰/۰)	---	مطلقه
					شغل قبلی
	۷ (۲۳/۴)	---	۱۶ (۵۳/۴)	---	آزاد
	۲ (۶/۶)	---	۶ (۲۰/۰)	---	کارمند
۰/۱	۱۹ (۶۳/۴)	---	۷ (۲۳/۳)	---	کارگر
	۲ (۶/۶)	---	۱ (۳/۳)	---	کشاورز
					بیمه
---	۲۵ (۱۶/۶)	---	۲۵ (۱۶/۶)	---	بیمه دارد
---	۵ (۱۶/۶)	---	۵ (۱۶/۶)	---	بیمه ندارد

جدول ۲- مقایسه میانگین و ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه قبل و بعد از مداخله (آزمون آماری تی تست)

P.V	بعد از مداخله		P.V	قبل از مداخله		ابعاد کیفیت زندگی
	شاهد	مداخله		شاهد	مداخله	
۰/۰۱	۳۵/۲ ± ۱۴/۴	۵۳/۷ ± ۲۰/۳	۰/۳	۳۵/۰ ± ۱۵/۳	۳۸/۹ ± ۱۶/۴	سلامت عمومی
۰/۰۵	۹۳/۵ ± ۶/۶	۹۶/۳ ± ۴/۰	۱/۰	۹۳/۳ ± ۶/۷	۹۳/۳ ± ۹/۸	عملکرد جسمانی
۰/۰۰۰۰۱	۷۰/۸ ± ۱۴	۸۵/۸ ± ۱۱/۷	۰/۹	۷۲/۵ ± ۱۴/۴	۷۲/۰ ± ۱۳/۸	محدودیت نقش جسمانی
۰/۰۰۰۰۱	۵۹/۴ ± ۱۴/۳	۷۶/۱ ± ۱۶/۱	۱/۱	۵۷/۲ ± ۱۲/۸	۶۱/۶ ± ۱۱/۷	محدودیت نقش روانی
۰/۰۰۱	۵۵/۰ ± ۱۴/۵	۶۹/۳ ± ۱۵/۷	۰/۲	۵۴/۰ ± ۱۵/۴	۵۸/۳ ± ۱۶/۲	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	۶۵/۱ ± ۱۹/۱	۸۰/۰ ± ۱۴/۶	۰/۳	۶۳/۰ ± ۱۷/۶	۶۷/۲ ± ۱۸/۱	درد بدنی
۰/۰۳	۴۸/۰ ± ۹/۶	۵۴/۱ ± ۹/۸	۰/۷	۴۷/۷ ± ۹/۹	۴۸/۴ ± ۸/۳	سلامت روانی
۰/۰۰۸	۴۶/۵ ± ۸/۱	۵۳/۳ ± ۸/۵	۰/۹	۴۶/۶ ± ۸/۱	۴۶/۹ ± ۹/۰	نیروی حیاتی

جدول ۳- مقایسه میانگین و ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه قبل و بعد از مداخله (آزمون آماری تی زوجی)

P.V	شاهد		P.V	مداخله		ابعاد کیفیت زندگی
	بعد از مداخله	قبل از مداخله		بعد از مداخله	قبل از مداخله	
۰/۷	۳۵/۲ ± ۱۴/۴	۳۵/۰ ± ۱۵/۳	۰/۰۰۰۰۱	۵۳/۷ ± ۲۰/۳	۳۸/۹ ± ۱۶/۴	سلامت عمومی
۰/۶	۹۳/۵ ± ۶/۶	۹۳/۳ ± ۶/۷	۰/۰۴	۹۳/۳ ± ۴/۰	۹۳/۳ ± ۹/۸	عملکرد جسمانی
۰/۲	۷۰/۸ ± ۱۴	۷۲/۵ ± ۱۴/۴	۰/۰۰۰۰۱	۸۵/۸ ± ۱۱/۷	۷۲/۰ ± ۱۳/۸	محدودیت نقش جسمانی
۰/۱	۵۹/۴ ± ۱۴/۳	۵۷/۲ ± ۱۲/۸	۰/۰۰۰۰۱	۷۶/۱ ± ۱۶/۱	۶۱/۶ ± ۱۱/۷	محدودیت نقش روانی
۰/۱	۵۵/۰ ± ۱۴/۵	۵۴/۰ ± ۱۵/۴	۰/۰۰۰۰۱	۶۹/۳ ± ۱۵/۷	۵۸/۳ ± ۱۶/۲	عملکرد اجتماعی
۰/۱	۶۵/۱ ± ۱۹/۱	۶۳/۰ ± ۱۷/۶	۰/۰۰۰۰۱	۸۰/۰ ± ۱۴/۶	۶۷/۲ ± ۱۸/۱	درد بدنی
۰/۶	۴۸/۰ ± ۹/۶	۴۷/۷ ± ۹/۹	۰/۰۰۰۰۱	۵۴/۱ ± ۹/۸	۴۸/۴ ± ۸/۳	سلامت روانی
۰/۸	۴۶/۵ ± ۸/۱	۴۶/۶ ± ۸/۱	۰/۰۰۰۰۱	۵۳/۳ ± ۸/۵	۴۶/۹ ± ۹/۰	نیروی حیاتی

تغییر نگرش می‌باشد عامل ایجاد این افزایش بوده است. این موضوع نشان می‌دهد که طراحی و اجرای مداخله‌های آموزشی حتی می‌تواند ویژگی‌های شخصیتی پایدار را نیز تا حدودی تحت تأثیر قرار دهد.

گرچه پیر شدن جمعیت از نتایج مثبت توسعه به شمار می‌آید ولی اگر برای مواجهه با آن در جهانی توسعه یافته آماده نباشیم عوارض و پیامدهای منفی بسیاری در پی خواهد داشت. از جمله تغییر ساختار خانواده از نوع گسترده به نوع هسته‌ای و جذب زنان به بازار کار سبب می‌شود که امکانات خانواده‌ها برای نگهداری از سالمندان به شدت کاهش یابد و باری که خانواده‌ها قبلاً به تنهایی به دوش می‌کشیدند را به ناچار با دولت‌ها تقسیم کنند. در این زمینه نقش و مشارکت سازمان‌های غیر دولتی بسیار با اهمیت تلقی می‌شود.

با توجه به اینکه سالمندان، از نظر عاطفی، اجتماعی و فیزیکی نیازمند حمایت هستند و مانند بقیه مردم، میل و رغبت زیادی به زندگی سالم در جامعه دارند و ناتوانی‌هایی که با افزایش سن احساس می‌کنند نیاز آن‌ها را به این حمایت بیش‌تر می‌کند، توانمند کردن آن‌ها جهت ورود به مراحل مختلف سالخوردگی، می‌تواند از مشکلات آن‌ها بکاهد و دستیابی آن‌ها را به زندگی مستقل امکان‌پذیر سازد. شرکت در تمرینات ورزشی گروهی و پیاده‌روی، در ایجاد سلامتی و کاهش خستگی جسمی و روحی هم‌چنین ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها نقش به‌سزایی دارد.

اصولاً پیشگیری از دوران سالمندی اجتناب‌ناپذیر است و این دوره یکی از مراحل زندگی است، اما می‌توان با استفاده از برخی دستورات بهداشتی، از عوارض و مشکلات آن کاست و آن را به دوره‌ای مطلوب، بدون دغدغه و لذت‌بخش تبدیل نمود (۱۷).

در مطالعه‌ای توسط رجسکی و همکارانش این نتیجه به‌دست آمد که فعالیت جسمانی می‌تواند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را ارتقاء دهد. نویسنده پیشنهاد می‌کند که تأثیر مداخله فعالیت جسمانی بر رضایتمندی از فعالیت جسمی ممکن است به‌وسیله اهمیت یا ارزش توانایی فعالیت در زندگی شخصی تعدیل شود (۱۸).

علی‌رغم وجود مدارک واضح مبنی بر تأثیر فعالیت جسمانی بر رفاه جسمانی و کیفیت زندگی سالمندان تعداد زیادی از سالمندان زندگی بی‌تحرك دارند و مهم است که مراقبین سالمندان بیمار از قبیل دیابت و آرتروز، توصیه‌هایی را برای فعالیت جسمانی به‌عنوان بخشی روتین از درمان آن‌ها داشته باشند و این نیازمند به افزایش آگاهی ما درباره تداوم و افزایش سطح فعالیت جسمانی سالمندان در سطح جمعیت، دارد (۱۹). علت تأثیر مداخله حاضر بر افزایش کیفیت زندگی سالمندان شاید این امر باشد که در مداخله آموزشی سعی شد که عوامل فردی مؤثر بر کیفیت زندگی بررسی شود و متناسب با مرحله فرد، محتوا و استراتژی-های آموزشی تهیه شود. شاید برگزاری جلسات بحث گروهی که عامل

9. Corbin CB, Welk GJ, Lindsey R, Carobin WR. Concepts of fitness and wellness: A comprehensive lifestyle approach with powerweb. 4nd ed. McGraw-Hill;2002.p.2-56.
10. Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR. Quality of life measures. *British Journal of Rheumatology* 1996;35:275-281.
11. Shajari G. Healthy attitude on older problem. Tehran: Iranian student book agency;1994.p.20-45.[Persian].
12. Saghafi A. Psychological problems of elders and present new nurse care. First Congress Nurse Compressive; Tehran: Nursing Faculty of Baqiyatallah University of Medical Sciences;1996.p.44.[Persian].
13. Eshaghi SR, Ramezani MA, Shahsanaee A, Pooya A. Validity and reliability of the short form-36 items questionnaire as a measure of quality of life in elderly Iranian population. *American Journal of Applied Sciences* 2006;3:1763-1766.[Persian].
14. Ahmadi F, Salar AR, Faghihzadeh S. Quality of life in Zahedan elderly population. *Hayat* 2004;22:61-67.[Persian].
15. Sajadi H, Biglarian A. Quality of life in woman's older at Kahrizak nursing home. *Payesh* 2006;5(8):105-108.[Persian].
16. Brunner S. Medical surgical nursing: healthy care in older. Translated to Persian by: Ghorbani A. Tehran: Boshra;2001.p.4-20.[Persian]
17. Noori M. Physical and psychological health education in the elderly. 1st ed. Tehran: 2000.p.429. [Persian].
18. Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. *J Gerontol Series A Biol Sci Med Sci* 2001;56:23-35.
19. Lim K, Taylor L. Factors associated with physical activity among older people_a population based study. *Prev Med* 2005;40(1):33-40.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از زحمات و همکاری مسوولان، کارکنان و سالمندان آسایشگاه کهریزک که در اجرای این طرح مشارکت داشته‌اند کمال تشکر و قدردانی را بنمایند.

References

1. Mahdizadegan E. Abuse and neglected of elders. 1st ed. Isfahan: Pardaj;2001.p.7-8.
2. Motamedi A. The role of life events on successful, aging. *Journal of Social Sciences & Humanities of Shiraz University* 2005;22(4):189-203.
3. Lee TW, Ko Is, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea. *International Journal of Nursing Studies* 2005;49(2):129-137.
4. Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. Health promotion behaviors and Quality of life among elderly people:A cross-sectional survey. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences & Health Services* 2008;8(1):36-39.[Persian].
5. Niknam M. Medical moral and special cares older. *Teb & Tazkieh* 2004;8:97-101.[Persian].
6. Goldi A. Rehabilitation nursing and older welfare. Second National Congress on Rehabilitation Nursing;2003 Feb.24-26; Iran, Tehran: 2003.p.48.
7. Nesbitt BJ, Heidrich SM. Sense of coherence and illness appraisal in older women's quality of life. *Res Nurs Health* 2000;23(1):25-34.
8. World Health Organization. Division of Mental Health: Field Trial WHOQOL-100.Geneva:WHO;2006.