CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

Investigation of the effects of a self-management program on the life satisfaction of older women in West Tehran

Sorayya Nejati(BSc)[1], Majideh Heravi-Karimooi(PhD)[2*], Nahid Rejeh(PhD)[2]

1. Faculty of Nursing & Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.
2. Department of Nursing, Elderly Care Research Center, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: S. Nejati (PhD)
Address: Tohid square - East Nosrat street- Faculty of Nurse Midwifery of Tehran University of Medical Sciences Tehran Iran.
Tel: +98 (9122013880) **E-mail:** nejatiso@tums.ac.ir

Article Info

Article Type:
Research Article

Received:
Aug 8th 2025

Revised:
Sep 11th2025

Accepted:
Sep 20th2025

Published:
Nov 28th 2025

ABSTRACT

Background and Objective: Experiencing happiness and life satisfaction is considered the highest goal of life. By examining life satisfaction, it is possible to identify risk groups and take necessary measures to prevent deterioration of health. The self-management program is one of the rehabilitation methods whose goal is to achieve maximum independence and happiness. The aim of the study was to determine the effects of the self-management program on the life satisfaction of older women in West Tehran.

Methods: In this randomized quasi-experimental study, 78 elderly people visiting nursing homes were randomly assigned to two intervention groups (39) and control groups (39). First, the demographic questionnaire and the Life Satisfaction Index-Z (LSI-Z) for the Elderly were completed by the samples. The experimental group participated in a self-management program (8 training sessions). One and three months after the intervention, the life satisfaction questionnaire was completed by both groups. Data were statistically analyzed using Chi-square, Fisher's exact and independent t-tests with SPSS 16.

Findings: According to the results, there was no significant difference between the two groups before the intervention in terms of demographic characteristics (they were homogeneous). In terms of life satisfaction before the intervention, the control group had a mean of 8.59 and the intervention group had a mean score of 10.6, and the statistical difference between the two groups was not significant ($p<0.802$) (they were homogeneous), but one month after the intervention, the control group had a mean score of 9.87 and the intervention group had a mean score of 19.67, and three months after the intervention, the control group had a mean of 10.6 and the intervention group had a mean score of 23.96, and the statistical difference between the two groups was significant ($p < 0.001$).

Conclusion: The findings indicate that training self-management skills for the elderly in West Tehran is effective on life satisfaction. Based on the results of the study, it is suggested that organizations responsible for the elderly should pay attention to empowering the elderly for self-management.

Keywords: *Self-management program, Life satisfaction, Old age*

Cite this article: Nejati S, Heravi-Karimoo , Rejeh N. Investigation of the effects of a self-management program on the life satisfaction of older women in West Tehran. *Caspian Journal of Health and Aging*. 2025; 10 (2): 5-17.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-10-08]

Copyright© 2025 The Authors, published by Babol University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/.) Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

بررسی تأثیر برنامه خود مدیریتی بر رضایتمندی از زندگی زنان سالمند غرب تهران

ثریا نجاتی(BSc)[1]، مجیده هروی کریمو(PhD) [2]، ناهید رژه(PhD) [2]

۱.دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲.گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله پژوهشی

دریافت:
۱۴۰۴/۵/۱۷

اصلاح:
۱۴۰۴/۶/۲۰

پذیرش:
۱۴۰۴/۶/۲۹

انتشار:
۱۴۰۴/۷/۹

چکیده

سابقه و هدف: تجربه شادکامی و رضایت از زندگی هدف برتر زندگی به شمار می‌رود. از طریق بررسی رضایت از زندگی می‌توان گروه‌های در معرض خطر را شناسایی و تدابیر لازم برای پیشگیری از نزول سلامتی را به کار بست. برنامه خودمدیریتی یکی از روش‌های توان‌بخشی است، هدف آن دستیابی به حداکثر استقلال و شادکامی می‌باشد. هدف مطالعه تعیین تأثیر برنامه خودمدیریتی بر رضایتمندی از زندگی سالمندان زن غرب تهران می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه–تجربی تصادفی، ۷۸ سالمند مراجعه‌کننده به سراها به صورت تصادفی به دو گروه مداخله (۳۹) و کنترل (۳۹) تخصیص یافتند. ابتدا پرسشنامه دموگرافیگ و مقیاس رضایت از زندگی سالمندان (LSI-Z) توسط نمونه‌ها تکمیل گردید ،گروه مداخله در برنامه خودمدیریتی (۸ جلسه آموزشی) شرکت نمودند. یک و سه ماه بعد از اتمام مداخله، پرسشنامه رضایت از زندگی، توسط دو گروه تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها، از طریق آزمون آماری کای دو، دقیق فیشر، تی مستقل با SPSS16 انجام شد.

یافته‌ها: براساس یافته‌ها، قبل از مداخله از نظر مشخصات دموگرافیک، بین دو گروه اختلاف معنادار نشد (همگن بودند). از نظر رضایتمندی از زندگی قبل از مداخله، گروه کنترل با میانگین ۸/۵۹ و گروه مداخله ۱۰/۶، اختلاف آماری بین دو گروه معنادار نشد ($p > ۰/۸۰۲$) همگن بودند، ولی یک ماه بعد از مداخله، گروه کنترل با میانگین ۹/۸۷ و گروه مداخله ۱۹/۶۷ و سه ماه بعد از مداخله گروه کنترل با میانگین ۱۰/۶ و گروه مداخله ۹۶/ ۲۳، بین دو گروه تفاوت آماری معنادار شد ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد، آموزش مهارت‌های خودمدیریتی سالمندان غرب تهران بر رضایت از زندگی مؤثر است با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود سازمان‌های متولی سالمندان در توانمندسازی سالمندان جهت خودمدیریتی توجه داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: *برنامه خود مدیریتی، رضایتمندی از زندگی، سالمندی*

استناد: ثریا نجاتی، مجیده هروی کریمو ، ناهید رژه. بررسی تأثیر برنامه خود مدیریتی بر رضایتمندی از زندگی زنان سالمند غرب تهران. مجله سلامت و سالمندی خزر، ۱۴۰۴؛ ۱۰ (۲): ۱۷–۵.

▣ این مقاله مستخرج از پایان نامه دانشجوی رشته پرستاری سالمندی با کد اخلاق IR shahed REC 1396.122 دانشگاه شاهد می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر ثریا نجاتی

آدرس: میدان توحید–خیابان میرخانی(نصرت شرقی) دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران تلفن: ۰۹۱۲۲۰۱۳۸۸۰ رایانامه: nejatiso@tums.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-10-08]

سابقه و هدف

درک هر فرد از توانمندی خود، قوی‌ترین عامل پیشگویی‌کننده در توانایی انجام تغییر در رفتارهای پرخطر است (۱،۲،۳) از طرفی باور هر فرد به توانایی خود برای انجام اموری که با مدیریت روزانه او مرتبط می‌باشد (۴) و احساس توانمندی می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی را تحت تأثیر قرار دهد و قادر می‌شوند به‌طور مؤثری از عهده کنترل رویدادهای زندگی خود برآیند؛ و حساس رضایتمندی افزایش یابد (۱ و ۵). رضایت از زندگی یکی از پیش‌بینی کننده‌های سلامت روانی است (۶) همچنین یکی احساس رضایتمندی از مؤلفه‌های بهزیستی درونی شامل نگرش فرد، ارزیابی عمومی فرد نسبت به کلیت زندگی خود و یا برخی از جنبه‌های زندگی است. اگر کسی اغلب از زندگی خود راضی باشد و خوشی را تجربه نماید، بهزیستی درونی بالایی خواهد داشت. برعکس، اگر فرد پیوسته منفی را احساس نماید دارای بهزیستی درونی پایینی است (۷) زیرا تجربه شادکامی و رضایت از زندگی هدف برتر زندگی به شمار می‌رود (۸). هر فردی جنبه‌های مثبت و منفی زندگی خود را ارزش‌گذاری کرده و سپس به یک قضاوت کلی در مورد میزان رضایت از زندگی خود دست می‌یابد (۹) زیرا رضایت از زندگی ارزیابی کلی هر فرد از زندگی‌اش نیز تعریف شده است (۱۰). رضایت از زندگی زمانی می‌تواند حاصل شود که افراد ارزیابی مثبت از خود و رسیدن به یک آرامش کلی را در درون خود درک کنند (۱۱). بنابراین رضایت از زندگی یکی از پیش‌بینی کننده‌های سلامت افراد است (۱۲).

در بسیاری از تحقیقات گزارش شده است که رضایت از زندگی با تعدادی از رفتارها و حالت‌های روحی و روانی مهم از جمله افسردگی، عزت‌نفس، خشم و اضطراب ارتباط دارد (۱۳). از طرفی، کیفیت زندگی وابسته به سلامت، به عنوان یک مفهوم ذهنی، چند بعدی و پویا از عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی، در ارتباط با یک وضعیت پزشکی می‌باشد (۱۴).

باقری و همکاران در این مورد در تحقیق خود نشان دادند که بیشتر سالمندان ساکن در منزل خودکارآمدی متوسطی داشتند و از نظر آماری نیز میان خودکارآمدی با رضایت از زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱۵). این پدیده هشداری به جوامع برای توجه بیشتر به مسائل این جمعیت رو به رشد است (۱۶). افزایش جمعیت سالمندان در عصر حاضر تا آن اندازه مهم است که سازمان بهداشت جهانی متذکر گردیده که امروزه در سطح جهان، انقلابی در جمعیت‌شناسی در شرف وقوع است (۱۷). در ایران نیز به دنبال افزایش چشمگیر جمعیت در دهه ۶۰، هرم جمعیتی کشور تا مدت‌ها با قاعده‌ای بزرگ (نماینده افراد کم سن و سال جامعه) ترسیم می‌شد اما کمترشدن باروری و افزایش امید به زندگی، سالمندان به تدریج سهم قابل توجهی از جامعه را تشکیل دادند (۱۸). عدم دانش کافی سالمند و خانواده او در رابطه با بیماری، عوارض و نحوه کنترل و مراقبت آن مشکلات سالمند را دو چندان نموده و باعث اضطراب و افسردگی سالمند می‌گردد، متعاقباً کیفیت زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۹) البته با اصلاح سبک زندگی و ارتقای وضعیت بهداشت فردی قابل پیشگیری خواهد بود از طرفی یکی از مؤثرترین اقدامات جهت ارتقاء وضعیت بهداشت فردی و کیفیت زندگی سالمندان، آموزش می‌باشد، آموزش صحیح مستلزم شناخت صحیح نیازهای سالمندان است. در این زمینه مطالعات گوناگونی انجام شده است از جمله صمدی و همکاران نیز با بررسی ۷۵۰ سالمند به این نتیجه رسیدند که میزان آگاهی، نگرش و عملکرد سالمندان درباره شیوه زندگی سالم پایین است (۱۷).

افزایش سن نه تنها ضعف توان جسمانی ایجاد می‌کند بلکه کاهش قوای مغزی، اختلالات روانی در سالمند رخ خواهد داد (۲۰)، لذا سلامتی با افزایش سن کاهش می‌یابد، رعایت الگوی خود مدیریتی مؤثر در ارتقاء سطح سلامت از اهمیت خاصی برخوردار است (۲۱) که موجب می‌شود فرد احساس خوب بودن داشته باشد (۲۲)، چون فعالیت‌ها توسط خود فرد مدیریت می‌شود (۲۳). 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 دارد که یکی از آنان رسیدن مددجو به خودمدیریتی است (۲۴). خود مدیریتی یک روش حمایتی، ساده، فرآیندی فعال و عملی است که توسط مددجو هدایت می‌شود (۲۵). خودمدیریتی، توانایی افراد برای کاهش یا مدیریت بر علائم، درمان مشکلات جسمی، روحی و روانی، تغییر سبک زندگی در نهایت زندگی مطلوب از طریق به کارگیری مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری تعریف می‌شود (۲۶).

برنامه خود مدیریتی که یکی از روش‌های توان‌بخشی است که بر تمام فعالیت‌های مراقبتی تأکید دارد و توان‌جو نقش اصلی و محوری دارد و هدف آن دستیابی به حداکثر استقلال، خود تصمیم‌گیری و بهبود سلامت فرد مبتنی بر توانایی‌ها و شیوه زندگی فرد و افزایش کیفیت زندگی است (۲۷). آموزش خودمدیریتی باعث شرکت فعال مددجو در امر مراقبت از خود و افزایش مسئولیت‌پذیری فرد کمک می‌کند تا فرد بتواند تا حد زیادی استقلال خود را حفظ کرده و افزایش کارآیی فرد شود (۲۸) و وابستگی فرد به کادر درمانی و سایر افراد خانواده کاهش یابد (۲۹). خودمدیریتی یک استراتژی اصلاح رفتار است که به فرد کمک می‌کند تا مشکل را کنترل کرده و سلامتی‌اش را در حد مطلوب حفظ کند (۳۰). برنامه خودمدیریتی

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-10-08]

دارای پنج مهارت اصلی است: ۱) مهارت حل مسئله: مددجویان اساس حل مشکل را می‌آموزند، پیدا کردن راه‌حل ممکن و اجرای راه‌حل و ارزیابی نتایج می‌باشد. ۲) مهارت تصمیم‌گیری: شخص دچار مشکل باید برای تغییر در شرایط بتواند تصمیم‌گیری نماید. ۳) استفاده از منابع: آموختن این نکته که مددجو بداند چگونه از منابعی که قادر است به او کمک کند به خوبی استفاده نماید. ۴) شکل‌گیری ارتباط درمانی بین مراقبت‌کننده و فرد است. ۵) برنامه عملیاتی: فعالیت‌هایی است که منجر به افزایش اعتماد به نفس برای اداره مشکل توسط مددجو می‌گردد (۳۱). وقتی توانایی انجام این فعالیت‌ها در مددجو تقویت شود از طریق تغییر رفتارهایی در کنترل مشکلات موفق‌تر می‌باشد (۳۲) چون خودمدیریتی روشی را برای مراقبت از سلامتی ارائه می‌کند که در آن بیمار در ارتقای سطح سلامتی، پیشگیری از بیماری و کنترل موفقیت‌آمیز بیماری خود نقش محوری ایفا و فرد نقش فعالی در سلامتی و رفاه خود دارد و برنامه‌های خودمدیریتی ترکیبی از استراتژی‌هایی هستند که منجر به افزایش سطح خودکارآمدی و ارتقاء رفتارهای خودمدیریتی و برآیندهای مربوط به سلامتی می‌شوند (۳۳)، میرزایی و همکاران سال ۱۳۹۴ با مطالعه "تأثیر برنامه آموزشی خودمدیریتی بر درد بیماران سالمند مبتلا به استئوآرتریت زانو" ثابت کردند که میانگین شدت درد در افراد گروه آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشته است. به این معنی‌که برنامه خودمدیریتی سبب بهبود و کاهش شدت درد مبتلایان به استئوآرتریت زانو شده است (۳۴). بیان شده ارتقاء سطح توانمندی یک هدف کلیدی برای کسب مهارت‌های خودمدیریتی است (۳۵).

درک هر فرد از توانمندی خود، قوی‌ترین عامل پیشگویی‌کننده در توانایی انجام تغییر در رفتارهای پرخطر است. با تقویت اعتماد فرد در مورد افزایش کنترل فردی بر اوضاع می‌توان توانمندی وی را افزایش داد. با بررسی رضایت از زندگی می‌توان گروه‌های در معرض خطر را بهتر شناسایی کرد و تدابیر لازم برای پیشگیری از نزول سلامتی را به کار بست. با توجه به ماهیت سالمندی که نیازمند توانمندی سالمند در تصمیم‌گیری جهت مدیریت خود، بهبود کیفیت زندگی و استقلال از طریق افزایش توانمندی 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 و توانمندی سالمندان می‌باشد و همچنین در ایران اثربخشی برنامه خود مدیریتی در مورد سالمندان ساکن در منزل مورد توجه و تحقیق قرار نگرفته است، لذا پژوهشگران بر آن شدند که مطالعه‌ای با هدف تعیین " تأثیر برنامه خود مدیریتی بر رضایتمندی از زندگی زنان سالمند غرب تهران " انجام دهند. امیدوارم این برنامه گامی در جهت کمک به سالمندان ساکن در منزل باشد و سبب کاهش مشکلات و عوارض و مشکلات ثانویه ناشی از سالمندی و افزایش توانمندی درنتیجه بهبود کیفیت زندگی و رضایت از زندگی سالمندان شود. در صورت وجود ارتباط بین توانمندسازی خود مدیریتی با رضایت از زندگی در سالمندان، می‌تواند راه گشایی برای اقدامات مرتبط با رفتارهای بهداشتی تسهیل‌کننده بهبود سلامت جسمی و روانی در سالمندان گردد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع نیمه تجربی دو گروهی (کنترل و مداخله) تصادفی شده بر اساس هدف مطالعه (تعیین تأثیر برنامه خود مدیریتی بر رضایتمندی از زندگی زنان سالمند غرب تهران) می‌باشد. جامعه پژوهش، کلیه سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن در منزل، مراجعه‌کننده به سراهای محله منطقه دو غرب تهران در سال ۱۳۹۷ است. لذا محیط پژوهش شامل سراهای محله منطقه دو غرب تهران است. نمونه پژوهش از میان افراد جامعه پژوهش بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: (۱-عدم وابستگی فیزیکی به فرد دیگری۲-داشتن رضایت آگاهانه برای تکمیل ابزار ۳-عدم دریافت آموزش مشابه آموزش پژوهش حاضر ۳-سن بالای ۶۰ سال ۴-سالمند فعال ساکن در منزل که جهت برآوردن نیازهای خود وارد جامعه می‌شود. ۵-عدم ابتلا به ناشنوایی، بیماری تائید شده روانی و اختلالات شناختی (کسب نمره ۷ یا بالاتر از نسخه فارسی آزمون کوتاه شناختی) و معیارهای خروج: (افرادی که دو جلسه آموزش را شرکت نمی‌کردند یا اینکه در تماس‌های تلفنی جهت پیگیری انجام فعالیت‌های خود مدیریتی بیش از سه تماس را جواب نمی‌دادند از مطالعه خارج می‌شدند). انتخاب سراهای محله به‌صورت تصادفی (با جدول تصادفی سازی) از میان بیست‌ویک سرای محله فعال ۸ سرا در دو گروه کنترل (چهار سرای محله) و مداخله (چهار سرای محله) قرار گرفتند. تعداد نمونه‌ها در دو گروه با احتساب ۱۰٪ ریزش توسط استاد آمار، ۷۸ نفر (در هر گروه ۳۹ نفر) به دست آمد.

ابزارهای این پژوهش شامل:۱-پرسشنامه اطلاعات دموگرافیگ (سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال، تعداد افرادی که با سالمند زندگی می‌کنند، محل سکونت، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی مخصوص سالمند، وضعیت درآمد، مراقب در خانه، وضعیت بیمه، مصرف دخانیات، سابقه بیماری مزمن، سابقه مصرف دارو)که این پرسشنامه جهت روایی محتوایی به ده نفر از اعضای هیئت‌علمی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه شاهد، ارائه شد و پس از جمع‌آوری نظرات اساتید، اصلاحات پیشنهادی اعمال گردید.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-10-08]

۲- مقیاس رضایت از زندگی در سالمندان:(LSI-Z) ، اولین بار در شهر کانزاس و با همکاری دانشگاه شیکاگو سال ۱۹۶۱ توسط نیورگارتن و همکاران طراحی شده است، ضریب آلفای این پرسشنامه را در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ گزارش نمودند و در ایران توسط خانم زهرا تقریبی و همکاران سال ۱۳۹۵، نسخه ایرانی جهت سنجش رضایت از زندگی در سالمندان تهیه گردیده است که ضریب پایایی ابزار از طریق آزمون مجد با ضریب ۰/۹۳ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شده است و جهت روایی محتوایی به ده نفر از اعضای هیئت‌علمی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه شاهد، ارائه شد و پس از جمع‌آوری نظرات، اصلاحات پیشنهادی اساتید اعمال گردید، این مقیاس دارای ۱۳ گویه می‌باشد. نمره‌گذاری هر گویه به صورت لیکرت ۳ درجه‌ای است که از ۱ (مخالفم) تا ۳ (موافقم) نمره‌گذاری می‌گردد.

دامنه نمرات بین ۱۳ تا ۳۹ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده بالاتر بودن رضایت از زندگی سالمندان می‌باشد. ابتدا از کمیته اخلاق دانشگاه شاهد معرفی‌نامه دریافت شد سپس با معرفی‌نامه به معاونت اجتماعی و فرهنگی شهرداری منطقه دو مراجعه و مجوز لازم برای ورود به سراهای محله کسب گردید. پس از توضیح اهداف مطالعه و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از خود سالمندان، پرسشنامه‌ها جهت دو گروه مداخله و کنترل تکمیل گردید. سپس به گروه مداخله توضیحات لازم در مورد جلسات آموزشی، اهداف و روش کار بیان شد، به این ترتیب بر اساس شکل‌گیری ارتباط آموزشی بین پژوهشگر و سالمند رابطه برقرار شد و زمان جلسه اول تعیین گردید. برای گروه مداخله هشت جلسه آموزشی به‌صورت دو روز در هفته و هر جلسه به مدت دو ساعت (البته ۴۵ دقیقه آموزش بقیه ساعت بحث گروهی و پرسش و پاسخ) به مدت چهار هفته برنامه خودمدیریتی اجرا گردید. جلسات آموزشی در محل کلاس‌های آموزشی سراهای محله به صورت گروهی (هشت‌نفری) و چهره به چهره، با تأکید بر نیازهای سالمندان و از طریق فرایند حل مسئله برگزار شد. محتوای آموزشی پس از مطالعه کتاب‌های سالمندی تهیه گردید پس مطالعه در اختیار پنج نفر از اساتید مدرس سالمند قرار داده شد سپس بر اساس نظرات آنان اصلاح گردید.

آموزش به این صورت بود که: در جلسه اول در مورد محتوای آموزشی، اهداف آموزش، توضیح کلی در رابطه مطالب آموزشی توضیح داده شد. جلسه دوم مختصری در ارتباط با روش‌های پیشگیری و کنترل مشکلات و عوارض سالمندی، بهداشت دهان و دندان و تغذیه با پرسش و پاسخ برگزار گردید. جلسه سوم در رابطه با دیابت و افزایش فشارخون مطالب ارائه گردید، سپس، پرسش و پاسخ بر اساس مطالب علمی و تجربیات سالمندان اجرا گردید. جلسه چهارم بحث با پرسش و پاسخ درباره مشکلات دفعی، چشم، گوش و خشکی پوست در سالمندی بود. جلسه پنجم در رابطه با مشکلات عصبی و روحی مطالب ارائه گردید، سپس ارتباطات اجتماعی و خانواده و احساس تنهایی مورد بحث قرار گرفت. جلسه ششم در مورد آرتروز و استئوپروز با چند سناریو در ارتباط با موقعیت‌هایی که سالمند ممکن بود با آن مواجه شود تحت نظر پژوهشگر با بحث گروهی و راه‌حل‌های مناسب و روش اداره صحیح موقعیت‌ها اجرا گردید. جلسه هفتم راه‌کارهای بهبود درد کمر و زانو و تمرینات ورزشی مخصوص سالمندی با چند سناریو اجرا شد. جلسه هشتم تمرینات ورزشی جهت حفظ تعادل در دروان سالمندی با چند طرح سناریو به اجرا گذاشته شد. سالمندان طبق اطلاعات کسب شده در آخر جلسه تجربیات خود را به روش بحث گروهی با یکدیگر مبادله کردند و بدین‌صورت در انتخاب راه‌حل‌ها به‌صورت عملی مشارکت فعال داشتند.

در پایان دوره آموزشی کتابچه آموزشی که حاوی کلیه مطالب ارائه شده بود در اختیار سالمندان قرار گرفت. پس از اتمام مداخله، برنامه پیگیری تلفنی به مدت دوازده هفته جهت تشویق و تقویت آموزه‌ها و ارزیابی روند تغییرات، هفته‌ای یک‌بار به مدت ۱۰ دقیقه (بر اساس نیاز سالمند)، توسط پژوهشگر انجام می‌گرفت. تماس‌های تلفنی در طول روز و طبق توافق پژوهشگر و افراد مورد مداخله صورت می‌گرفت، در صورت نیاز مجدداً کلاس به‌صورت پرسش و پاسخ برگزار می‌شد. برای جمع‌آوری داده‌ها یک ماه و سه ماه بعد از اتمام برنامه آموزشی، با ملاقات حضوری، مقیاس رضایتمندی از زندگی در سراهای محله، در هر دو گروه به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل گردید. برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای قبل از جمع‌آوری کامل اطلاعات انجام نگرفت ولی بعد از اتمام مطالعه کتابچه آموزشی به گروه کنترل نیز داده شد و برای آن‌ها چهار جلسه پرسش و پاسخ برگزار گردید. در پایان داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

به‌منظور بررسی همگن بودن دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک از آزمون آماری تی مستقل برای آنالیز داده‌های کمی و از آزمون آماری کای اسکوئر و دقیق فیشر برای آنالیز داده‌های کیفی استفاده گردید. به‌منظور بررسی و مقایسه دو گروه از نظر رضایت‌مندی از زندگی از آزمون آماری کای اسکوئر قبل، یک ماه و سه ماه بعد از مداخله و برای مقایسه میانگین‌ها قبل، یک ماه و سه ماه بعد از مداخله، از آزمون واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده گردید.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-10-08]

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 معنی‌داری نداشته و به عبارتی دو گروه از این نظر با هم همگن بودند؛ که نتایج آزمون کای دو نشان داد که دو گروه از نظر سنی اختلاف معنی‌دار آماری نداشتند (p =۰/۴۶۷) همچنین با استفاده از آزمون آماری دقیق فیشر تفاوت آماری معناداری در توزیع وضعیت تأهل در دو گروه مشاهده نشد (p =۰/۴۱) و در مورد تحصیلات نیز با استفاده از آزمون آماری دقیق فیشر تفاوت آماری معناداری در توزیع وضعیت تحصیلی در دو گروه مشاهده نشد (p =۰/۵) از نظر تعداد افرادی که با سالمند زندگی می‌کردند، آزمون آماری دقیق فیشر تفاوت آماری معناداری در توزیع تعداد افرادی که با سالمند زندگی می‌کنند در دو گروه مشاهده نشد (p =۰/۴۷۸).

آزمون آماری کای دو تفاوت آماری معناداری در توزیع درآمد در دو گروه مشاهده نشد (p =۰/۵۱۶) همچنین با آزمون آماری کای دو تفاوت آماری معناداری در توزیع مراقب در خانه در دو گروه مشاهده نشد (p =۰/۴۲۳). با آزمون آماری دقیق فیشر تفاوت آماری معناداری در توزیع بیماری مزمن در دو گروه مشاهده نشد (p =۰/۶۱۵) و از نظر مصرف دارو هم دو گروه مورد بررسی از نظر تعداد بیماری مزمن با آزمون دقیق فیشر اختلاف معنی‌داری آماری نداشتند (p =۰/۵۵۶). بعضی از این دموگرافی‌ها در جدول شماره ۱ آورده شده است.

در رابطه با رضایتمندی از زندگی نتایج مطالعه نشان داد، رضایتمندی از زندگی قبل از مداخله در دو گروه مورد بررسی اختلاف معنی‌دار آماری ندارد (p=۰/۸۰۲). لذا قبل از مداخله دو گروه از این نظر همگن بودند ولی یک و سه ماه بعد از مداخله از نظر آماری معنی‌دار شد (p<۰/۰۰۱)؛ که این نتایج در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد نتایج آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری که در گروه کنترل، رضایت از زندگی در حداقل یکی زمان‌ها با بقیه تفاوت داشته است. مقایسه دو به دو بن فرونی نشان داد که رضایت از زندگی قبل با یک و سه ماه بعد از مداخله (p =۰/۰۱۴) از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشته است. جدول شماره ۴ نشان می‌دهد نتایج آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری، در گروه مداخله رضایت از زندگی در حداقل یکی زمان‌ها با بقیه تفاوت داشته است. مقایسه دو به دو بن فرونی نشان داد که این تفاوت در قبل با یک و سه ماه بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری داشته است (p<۰/۰۰۱).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-10-08]

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

گروه / مشخصات دموگرافی			کنترل		مداخله	
			فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	بیشترین	۶۵ تا ۶۹ سال	۱۳	۳۵/۱	۲۰	۵۱/۳
	کمترین	۷۵ سال و بیشتر	۱۰	۲۷	۶	۱۵/۴
	انحراف معیار± میانگین		۷۰/۱±۷/۸۱		۶۸/۸۲±۶/۶۵	
تأهل	کمترین	مجرد	۱	۲/۷	۲	۵/۱
	بیشترین	متأهل	۲۵	۶۷/۶	۲۴	۶۱/۵
تحصیلات	کمترین	بی‌سواد	۴	۱۰/۸	۱	۲/۶
	بیشترین	دیپلم	۱۸	۴۸/۶	۱۸	۴۶/۲
تعداد افراد که با سالمند زندگی می‌کنند	بیشترین	۳-۴	۱۷	۵۰	۲۲	۶۱/۱
	کمترین	۵ و بیشتر	۴	۱۱/۸	۲	۵/۶
مراقب در خانه	کمترین	بله	۱۱	۲۹/۷	۱۵	۳۸/۵
	بیشترین	خیر	۲۶	۷۰/۳	۲۴	۶۱/۵
درآمد	بیشترین	متوسط	۱۷	۴۵/۹	۲۱	۵۳/۸
	کمترین	پایین	۶	۱۶/۲	۸	۲۰/۵
سابقه بیماری مزمن	بیشترین	۱	۱۶	۴۴/۴	۱۱	۳۰/۶
	کمترین	۴ و بیشتر	۵	۱۳/۹	۴	۱۱/۱
سابقه مصرف دارو	بیشترین	بله	۳۶	۹۷/۳	۳۷	۹۴/۹
	کمترین	خیر	۱	۲/۷	۲	۵/۱

جدول ۲. مقایسه میانگین رضایت‌مندی سالمند قبل، یک ماه و سه ماه بعد از مداخله در دو گروه تحت مطالعه

گروه / رضایت‌مندی	کنترل Mean±SD	مداخله Mean±SD	نتایج آزمون کای دو
قبل از مداخله	۸/۵۹±۶/۱۷	۱۰/۳۹±۶/۱۹	χ^2 =۰/۴۴ df=۲ p-value=۰/۸۰۲
یک ماه بعد از مداخله	۹/۸۷±۵/۸۶	۱۹/۴۵±۴/۶۷	χ^2 =۲۸/۷۷۵ df=۲ p-value<۰/۰۰۱
سه ماه بعد از مداخله	۱۰/۱±۶/۲۵	۱±۲۳/۹۶	χ^2 =۴۹/۳۶۱ df=۲ p-value<۰/۰۰۱

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-10-08]

جدول۳. مقایسه فراوانی مطلق و نسبی رضایت از زندگی زنان سالمند قبل، یک ماه و سه ماه بعد از مداخله در گروه مداخله

رضایت‌مندی	قبل		یک ماه بعد		سه ماه بعد	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کم	۲۶	۶۶/۷	۳	۷/۷	۰	۰
متوسط	۱۱	۲۸/۲	۱۹	۴۸/۷	۷	۱۷/۹
زیاد	۲	۵/۱	۱۷	۴۳/۶	۳۲	۸۲/۱
جمع کل	۳۹	۱۰۰	۳۹	۱۰۰	۳۹	۱۰۰
انحراف معیار± میانگین	۱۰/۳۹±۶/۱۹		۱۹/۴۵±۴/۶۷		۲۳/۱±۹۶/۱	
نتیجه آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری			F=۱۲۲/۱۰۸ p-value<۰/۰۰۱			

جدول۴. مقایسه فراوانی مطلق و نسبی رضایت از زندگی زنان سالمند قبل، یک ماه و سه ماه بعد از مداخله در گروه کنترل

رضایت‌مندی	قبل		یک ماه بعد		سه ماه بعد	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کم	۲۷	۷۳	۲۳	۶۲/۲	۲۰	۵۴/۱
متوسط	۸	۲۱/۶	۱۲	۳۲/۴	۱۵	۴۰/۵
زیاد	۲	۵/۴	۲	۵/۴	۲	۵/۴
جمع کل	۳۷	۱۰۰	۳۷	۱۰۰	۳۷	۱۰۰
انحراف معیار±میانگین	۸/۵۹±۶/۱۷		۹/۸۷±۵/۸۶		۱۰/۰۱±۶/۲۵	
نتیجه آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری			F=۵/۸۵۷ p-value=۰/۰۱۴			

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-10-08]

بحث و نتیجه‌گیری

از نظر سن، بیشترین درصد سن (۵۱/۳) بین ۶۵ تا ۶۹ سال و میانگین سنی ۶۸/۸۲ در گروه مداخله است درحالی‌که گروه کنترل بیشترین درصد سن (۳۵/۱) را بین ۶۵ تا ۶۹ سال دارند و میانگین سنی در گروه کنترل ۷۰/۱ سال می‌باشد و وضعیت تأهل گروه، مداخله ۶۱/۵٪ و کنترل ۶۷/۶٪ متأهل بودند. هر دو گروه از نظر تحصیلات، مداخله ۴۶/۲٪ و کنترل ۴۸/۶٪ تحصیلات در سطح دیپلم داشتند. در توزیع درآمد هر دو گروه، مداخله ۵۳/۸٪ و گروه کنترل ۴۵/۹٪ اعلام کردند، درآمدشان تا حدودی کفایت می‌کند. تعداد افرادی که با سالمند زندگی می‌کردند در گروه مداخله ۶۱/۱٪ و کنترل ۵۰٪ بین ۳ تا ۴ نفر با خود سالمند بودند. ولی در جواب سؤالی که آیا در خانه مراقب دارید؟ گروه مداخله ۶۱/۵٪ و گروه کنترل ۷۰/۳٪ اعلام کردند مراقب در خانه ندارند. از نظر بیماری مزمن، گروه کنترل ۴۴/۴٪ و گروه مداخله ۳۰/۶٪ سابقه یک بیماری مزمن را داشتند ولی بیش از یک بیماری مزمن، گروه کنترل ۱۳/۹٪ بیشتر چهار بیماری مزمن و گروه مداخله ۱۱/۱٪ بیشتر از چهار بیماری مزمن دارا بودند. همچنین از نظر سابقه مصرف دارو گروه مداخله ۹۴/۹٪ و کنترل ۹۷/۳٪ اعلام کردند سابقه مصرف داروی غیر از مسکن را دارند.

با توجه به هدف ویژه "تعیین و مقایسه تأثیر خود مدیریتی بر رضایت از زندگی زنان سالمند غرب تهران قبل و بعد از مداخله"، آزمون آماری تی مستقل نشان داد قبل از مداخله، میانگین نمره رضایت از زندگی در گروه کنترل نمره میانگین ۸/۵۹ و در گروه مداخله ۱۰/۳۹ بود که دو گروه از نظر میانگین رضایت از زندگی قبل از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری نداشتند($p =۰/۸۰۲$)، از این نظر همگن بودند ولی میانگین نمره رضایت از زندگی یک ماه بعد از مداخله در گروه کنترل ۹/۵ و در گروه مداخله ۱۹/۴ می‌باشد دو گروه از نظر میانگین رضایت از زندگی یک ماه بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری داشته‌اند ($p <۰/۰۰۱$). نتایج سه ماه بعد از مطالعه میانگین نمره رضایت از زندگی زنان سالمند در گروه کنترل ۱۰/۶ و در گروه مداخله ۲۳ بود که نتایج آماری نشان داد که دو گروه از نظر رضایت از زندگی سه ماه بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری دارند (۰/۰۰۱ p <).

نتایج آماری نشان داد که دو گروه از نظر رضایت از زندگی سه ماه بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری دارند ($p <۰/۰۰۱$). بر اساس نتایج این مطالعه، اجرای برنامه خودمدیریتی باعث بهبود میزان رضایتمندی از زندگی در زنان سالمند غرب تهران شده است به طوری که یک و سه ماه بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری داشته‌اند این مطالعه هم‌راستا با نتایج مطالعه مرتضوی سال ۱۳۹۵ با عنوان"تأثیر آموزش برنامه خود مدیریتی بر میزان ناتوانی بیماران سالمند مبتلا به استئوآرتریت زانو"، در زمان سوم مطالعه، میانگین نمرات به طور معنی‌داری در گروه مداخله ($P<۰/۰۰۱$) می‌باشد.

همچنین با مطالعه صادقی و همکاران سال ۱۳۹۴ با هدف "بررسی ارتباط بین رضایت از زندگی با حمایت اجتماعی ادراک شده در سالمندان مقیم منزل در شهر گناباد"، حاکی از نقش مهم حمایت اجتماعی ادراک شده در ایجاد رضایت از زندگی سالمندان بود، بدین معنی که هرچقدر حمایت اجتماعی ادراک شده توسط سالمندان بیشتر باشد، رضایتمندی از زندگی آنان نیز افزایش می‌یابد هم‌راستا با مطالعه حاضر است. با مطالعه Oke هم با عنوان" آموزش خودمراقبتی در افزایش رضایت از زندگی بازنشستگان در ایالت اوندو، نیجریه" نشان داد، افزایش عزت‌نفس به طور معناداری بر رضایت از زندگی بعد از آموزش تأثیر داشته است ($p<۰/۰۵$) هم‌راستا است. باقری و همکاران در سال ۱۳۹۲ مطالعه‌ای به‌صورت توصیفی، با هدف تعیین رابطه رضایت از زندگی با حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در سالمندان ساکن منازل شهرستان ساری مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج آماری با آزمون پیرسون نشان داده ($r=۰/۴۹$ خودکارآمدی و ($p=۰/۰۰۱$، $r=۰/۴۴$) حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی همبستگی و ارتباط معنی‌داری وجود دارد. نیکنامی و همکاران سال ۱۳۹۱ یک مطالعه توصیفی همبستگی تحت عنوان"بررسی ارتباط رفتارهای بهداشتی و رضایت از زندگی در سالمندان مراجعه‌کننده به کانون‌های فعال بازنشستگان رشت" انجام داده‌اند که تعداد ۳۲۰ نفر عضو کانون‌های فعال شرکت کردند. نتایج شامل، میانگین امتیاز رضایت از زندگی ۷/۳۱±۲۰/۱۹ بوده که تنها ۴۶/۶٪ افراد راضی بودند. رضایت از زندگی و رفتارهای بهداشتی ارتباط معنی‌دار آماری داشتند ($P=۰/۰۰۰$).

در این مطالعه نمره کسب شده رضایت از زندگی یک ماه و سه ماه بعد از مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است اما این افزایش در سه ماه بعد از مداخله نسبت به یک ماه بعد از مداخله افزایش بیشتری دارد. با توجه به این نتایج می‌توان گفت آموزش توانمندسازی خودمدیریتی به میزان قابل‌توجهی موجب افزایش رضایت از زندگی زنان سالمند شده است و فرضیه‌های پژوهش و هدف اصلی تائید می‌گردد و می‌توان نتیجه گرفت که با توجه به نقش آموزش در سلامت سالمندان موجب بهبود رضایت از زندگی سالمندان شده است لذا برنامه خود مدیریتی بر میزان رضایتمندی از زندگی سالمندان مؤثر بوده است.

در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های خودمدیریتی بر رضایت از زندگی بعد از مداخله بسیار مؤثر بوده است. به طوری که اجرای مهارت‌های خود مدیریتی با افزایش میزان رضایت از زندگی زنان سالمند همراه است، لذا می‌توان ادعا کرد که انجام این

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-10-08]

مهارت‌ها توسط سالمندان می‌تواند منجر به احساس رضایت از زندگی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آنان شود. با توجه به نتایج این پژوهش و تأثیرات مطلوب برنامه خودمدیریتی بر رضایتمندی از زندگی 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. همچنین با توجه نتایج این پژوهش سازمان‌های متولی سالمندان در امر توانمندسازی سالمندان جهت خود مدیریتی تلاش بیشتری داشته باشند.

محدودیت‌های پژوهش:

با توجه به اینکه ممکن است سالمندان محتوای آموزشی یاد گرفته شده را در منزل تمرین و اجرا نکنند، جهت کنترل این محدودیت پیگیری تلفنی برای سالمندان به صورت هفتگی انجام گرفت. همچنین با توجه به طولانی بودن زمان مطالعه و پیگیری بیماران تا سه ماه بعد از اتمام جلسات آموزشی احتمال ریزش نمونه وجود داشت. برای کنترل آن از تعداد نمونه‌های بیشتری استفاده شد. ممکن بود، شرایط زندگی و امکانات افراد شرایط یادگیری را دشوار نماید، در این صورت به خواسته گروه‌های آموزشی، کلاس پرسش و پاسخ در سراهای مربوطه برگزار می‌شد.

تقدیر و تشکر

این مقاله قسمتی از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد پرستاری سالمند ثریا نجاتی مصوب دانشگاه شاهد به راهنمایی خانم دکتر مجیده کریمه 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 نه‌گانه منطقه دو غرب تهران و سراهای محله منطقه دو غرب تهران، اعلام نموده و تشکر و قدردانی می‌نمایم.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-10-08]

References

1.Bandura A. Self- efficacy, the exercise of control. 1st ed. New York: W.H. Freeman Publishers;1997.
2. Motahari M, Rahimibashar M, Ghasemnegad SM. The Relationship between Clinical Self-Efficacy and Academic Achievement Motivation in Nursing Students. Res Med Edu. 1399; 12(2):10-20. [In Persian]
3. 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.
4. Frei A, Svarin A, Steurer-Stey C, Puhan MA. Self-efficacy instruments for patients with chronic diseases suffer from methodological limitations-a systematic review. Health Qual Life Outcomes. 2009;7:86.
5. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. J Clin Epidemiol. 2003;56(6):520-9.
6. Yates T, Davies M, Gorely T, Bull F, Khunti K. Effectiveness of a pragmatic education program designed to promote walking activity in individuals with impaired glucose tolerance: a randomized controlled trial. Diabetes Care. 2009;32(8):1404-10.
7. Abolghasemi A, Taklavi Varaniyab S. Resilience and perceived stress: predictors of life satisfaction in the students of success and failure. Procedia Soc Behav Sci. 2010; 5:748–52.
8. vahedi S, eskandari F. The validation and multi-group confirmatory factor analysis of the Satisfaction with Life Scale in nurse and midwife undergraduate students. IJNR. 2010; 5 (17):68-79. [In Persian]
9.Issazadegan A, Aghayanzade H, Shiekhy. Comparison of cognitive emotion regulation strategies, optimism and life atisfaction among people with gastrointestinal and cardiovascular Disease. Nurs & Midwif J. 2015;13 (5):440-50. [In Persian]
10. Abolghasemi A, Taklavi Varaniyab S. Resilience and perceived stress: predictors of life satisfaction in the students of success and failure. Procedia Soc Behav Sci. 2010;5: 748–52.
11. vahedi S, eskandari F. The validation and multi-group confirmatory factor analysis of the Satisfaction with Life Scale in nurse and midwife undergraduate students. IJNR. 2010; 5 (17):68-79.
12.Diener E. The science of happiness and a proposal for a national index. Am Psychol. 2000;55(1): 34-43.
13.Dubey A, Agarwal A. Coping strategies and life satisfaction: Chronically ill patients' perspectives. JIAAP. 2007; 33(2): 161-8.
14. Rabiei L, Mostafavi F, Masoudi R, Hassanzadeh A. Effects of Family-Centered Interventions on Empowerment of the Elderly. J Health Syst Res. 2012; 8 (2):301-13. [In Persian]
15. Darabi S, Torabi F. Analysis and Comparison of Aging Population in Europe and Asia During 1950 to 2015.Iranian Journal of Ageing. 2017; 12(1):p30-43. [In Persian]

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-10-08]

16.Mirzaie M, Darabi S. Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2017; 12 (2):156-69. [In Persian]
17.Movahedi M, Khamseh F, Ebadi A, Haji Amin Z, Navidian A. Assessment of the lifestyle of the elderly in Tehran. JHPM. 2016; 5 (3):51-9.
18. Nabavi SH, Shoja M, Mohammadi S, Rashedi V. Health-related quality of life in community-dwelling older adults of Bojnourd, 2014. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2014;6(2): 433-9. [In Persian]
19.Hasan-Ali Farzami, Majideh Heravi-Karimooi, Nahid Rejeh, Fatemeh Alhani, Hamid Sharif Nia. The effect of family-centered empowerment model on quality of life in elderly patients with angina. Payesh 2017; 16 (6):775-83. [In Persian]
20.Bagheri-Nesami M, Sohrabi M, Ebrahimi 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. [In Persian]
21. Christmas C, Andersen RA. Exercise and older patients: guidelines for the clinician. J Am Geriatr Soc. 2000;48(3):318-24
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Strength training among adults aged >/=65 years-United States, 2001. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2004;53(2):25-8.
23.Davis RM. Healthy People 2010: objectives for the United States. Impressive, but unwieldy. BMJ. 2000;320(7238):818-9.
24. Zakerimoghadam M, Ebrahimi S, shahsavari H, Haghani H. The effect of self-management program after discharging on therapeutic adherence in patient with ischemic heart disease. IJNR. 2016; 11 (1):17-24. [In Persian]
25. Pourverdi SH, Mohammadi Shahboulaghi F, Kashaninia Z, Rezasoltani P. Effects of self-management program on glycemic control in patients with type 2 diabetes and glycosylated hemoglobin. JHNM.2015;25(78): 19-28. [In Persian]
26.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.
27. Lorig K, Ritter P, Anita L, Bandura A, Davids S, Virginia M. Chronic disease self-management program 2 years health status and health care utilization out comes. Med Care. 2001; 39(11): 1217-23.
28. 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.
29. 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.
30. Gold DT, Silverman SL. Osteoporosis self-management: Choices For Better Bone Health. South Med J. 2004;97(6):551-4.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-10-08]

31. Lorig R, Holman R. self-management education: history, definition, outcomes and mechanisms. Ann Behav Med. 2003; 26(1): 1-7.
32. Mirzaei N, Mohammadi Shahboulaghi F, Nourozi K, Biglarian A, Hosseiny GH. Effect of self - management program on knee pain among older adult with osteoarthritis referred to orthopedic clinics IJRN. 2015; 1(4): 1-10. [In Persian]
33. Aghamohammadi T, maddah S B, mohammadi shahbolaghi F, Dalvandi A. Effect of self-management program on self-efficacy in elderly patients with heart failure. J Urmia Nurs Midwif Fac. 2017; 14(12): 1013-23. [In Persian]
34. Mirzaei N, Mohammadi Shahboulaghi F, Nourozi K, Biglarian A, Hosseiny GH. Effect of self - management program on knee pain among older adult with osteoarthritis referred to orthopedic clinics. IJRN. 2015 1(4): 1-10. [In Persian]
35.Ahmadi M, Shariati A, Jahani S, Poormansouri S. Self-efficacy following the self-management training program in patients with Sickle Cell Disease (24 weeks of follow-up). Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2015; 22(4): 12-22. [In Persian]

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-10-08]