

Research Paper

The Effectiveness of Self-care Empowerment Training on Life Expectancy, Happiness and Quality of Life of the Elderly in Iranian Elderly Care Centers in Dubai

*Mohammad Oraki¹, Atousa Mahdizadeh², Afsaneh Dortaj

1. Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Tehran Branch, Payeme Nour University, Tehran, Iran.
2. Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Dubai Branch, Payeme Nour University, Dubai, United Arab Emirates.



Citation: Oraki M, Mahdizadeh A, Dortaj A. [The Effectiveness of Self-care Empowerment Training on Life Expectancy, Happiness and Quality of Life of the Elderly in Iranian Elderly Care Centers in Dubai (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 14(3):320-331. <https://doi.org/10.32598/sija.13.10.670>



Received: 12 Mar 2019

Accepted: 10 Aug 2019

Available Online: 01 Oct 2019

Key words:

Self-care empowerment, Life expectancy, Happiness, Quality of life, Elderly

ABSTRACT

Objectives This study aimed to assess the effectiveness of self-care empowerment training on life expectancy, happiness, and quality of life of the elderly in Iranian elderly care centers in Dubai.

Methods & Materials This study was a quasi-experimental research conducted in the form of pre-test-post-test with control group. The statistical population of this study included all Iranian elderly in the elderly care centers in Dubai. Of these individuals, a sample of 40 elderly people (20 women and 20 men) was selected and were involved randomly in two experimental groups (n=20; 10 women and 10 men) and one control group (n=20; 10 women and 10 men). In this study, the experimental group received self-care education during 12 sessions for 3 months and a weekly two-hour session, and the control group was put on a waiting list. The experimental and control groups completed the Snyder Hope Scale (SHS), the Oxford Happiness Inventory (OHI), and the World Health Organization Quality of Life scale (WHOQOL) in the pre-test and post-test phases. The data were analyzed using Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA).

Results The findings showed that in post-test, self-care empowerment training significantly increased the hope, happiness, and quality of life in the elderly.

Conclusion Self-care empowerment training in the elderly can be effective in increasing hope, happiness, and quality of life of these individuals.

Extended Abstract**1. Introduction**

Ageing is one of the natural stages of human life that begins with birth and ends with death. However, old age is associated with physiological, psychological, and social changes [1]. Technical and medical advances have improved the humans health status, life expectancy, and accordingly the number of older people [2].

The increasing growth of aging population is a global phenomenon that has become a crisis [3]. The number of older people over 60 years old in the world now is more than the child population [4]. The older people draw more attention now because they have multiple health problems, and the increase in aging population is associated with substantial health costs. Studies in this area have shown that the treatment costs will increase with the onset of aging [5].

Among the consequences that aging may have is a decrease in hope, happiness, and quality of life. The older adults are exposed to loneliness, isolation, and lack of social

*** Corresponding Author:****Mohammad Oraki, PhD.****Address:** Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Tehran Payeme Nour University, Tehran, Iran.**Tel:** +98 (912) 2445018**E-mail:** orakisalamat@gmail.com

support, and their independence is often threatened due to physical and mental disabilities. The consequences of these conditions are a decline in the quality of life [12] and, ultimately, in their hope and happiness. Snyder sees hope as a multidimensional issue (goals, agency, and pathways) with a cognitive structure focused on the future [7].

Considered by researchers, happiness is one of the critical variables in the field of mental health and quality of life. It involves positive affection, like satisfaction and lack of negative affections such as depression and anxiety [11]. The World Health Organization (2002) considers quality of life as a broad concept that encompasses physical health, personal belief, psychological states, level of independence, social relationships, and relationship with the environment, which are based on one's perception [15]. This study aims to evaluate the effectiveness of self-care empowerment training on hope, happiness, and quality of life of older people living in Iranian elderly care centers in Dubai, UAE.

2. Materials and Methods

This research is a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design using control group. The study population consisted of all older people living in Iranian elderly care centers in Dubai. Of these, 40 were selected as study samples (20 men and 20 women) and were randomly as-

signed into two groups of intervention (10 men and 10 women) and control (10 men and 10 women). The inclusion criteria were being resident in nursing homes, willing to participate in educational sessions, lacking mental and physical disorders, and having at least a secondary education. The exclusion criterion was withdrawal from participation in any session. The intervention group received self-care education one 2 h session per week for 3 months (In total 12 sessions). The data collection tools were Snyder hope scale, the Oxford happiness inventory, and the World Health Organization quality of life scale. The collected data were analyzed in SPSS V. 21 using Multivariate Analysis of Variance (MANCOVA).

3. Results

Table 1 presents the mean scores of all participants regarding their hope, happiness, and quality of life. After confirmation of study assumptions using Kolmogorov-Smirnov test for normality of data, Levene's test for homogeneity of variances, and Box's M test for equality of multiple variances, the obtained data were analyzed by MANCOVA. The results are shown in Table 2. As can be seen, there is a significant difference between the two groups in the post-test scores of hope ($F=18.78$; $P<0.001$), happiness ($F=27.55$; $P<0.001$) and quality of life ($F=54.30$;

Table 1. The mean scores of participants in hope, happiness, and quality of life

Variable	Groups	Mean±SD	
		Pre-test	Post-test
Hope	Intervention	4.44±3.03	9.05±1.06
	Control	4.32±3.05	4.70±3.04
Happiness	Intervention	26.13±8.15	72.14±4.66
	Control	25.16± 9.21	26.10±9.01
Quality of life	Intervention	45.50±15.12	98.10±7.06
	Control	47.60±16.08	48.10±15.06

Table 2. MANCOVA results to assess the effectiveness of the intervention

Variables	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Eta Squared	Observed Power
Post-test Hope	80.86	2	38.93	18.78	0.001	0.25	0.75
Post-test Happiness	270.79	2	200.65	27.55	0.001	0.49	0.90
Post-test Quality of life	386.83	2	217.30	54.30	0.001	0.50	0.98

$P < 0.001$). In other words, by controlling for pre-test variables, the older people's hope, happiness, and quality of life scores increased, and the intervention group showed a significant increase in the scores after the intervention compared to the control group. Hence, self-care empowerment training improved hope, happiness, and quality of life in older people.

4. Conclusion

Self-care empowerment training can increase hope, happiness, and quality of life in older people living in nursing homes which is consistent with the result of Davies (2011), Keshtkaran et al. (2010) [23, 27].

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles were considered in this article. The participants were informed about the purpose of the research and its implementation stages; they were also assured about the confidentiality of their information; Moreover, They were allowed to leave the study whenever they wish, and if desired, the results of the research would be available to them.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors' contributions

All authors contributed in preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

اثربخشی آموزش توانمندسازی خودمراقبتی بر امید به زندگی و شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان در مراکز مراقبت از سالمندان ایرانی شهر دبی

* محمد اورکی^۱، آتوسا مهدی زاده^۲، افسانه درتاج^۲

۱- گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد تهران، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۲- گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد دبی، دانشگاه پیام نور، دبی، امارات متحده عربی.

حکیده

اهداف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش توانمندسازی خودمراقبتی بر امید به زندگی، شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان در مراکز مراقبت از سالمندان ایرانی شهر دبی بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی سالمندان ایرانی در مراکز مراقبت از سالمندان شهر دبی بود. از میان این افراد، نمونه‌ای به حجم ۴۰ سالمند (۲۰ زن و ۲۰ مرد) انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ مرد و ۱۰ زن) و گروه کنترل (۱۰ مرد و ۱۰ زن) گمارده شدند. در این مطالعه، گروه آزمایش تحت آموزش خودمراقبتی در طول ۱۲ جلسه به مدت سه ماه، هفته‌ای یک جلسه دوساعته قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار بود. گروه‌های آزمایش و کنترل پرسش‌نامه امید اشنایدر، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون کامل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد در مرحله پس‌آزمون، آموزش توانمندسازی خودمراقبتی باعث افزایش معنی‌دار امید، شادکامی و کیفیت زندگی در سالمندان شد.

نتیجه‌گیری: آموزش خودمراقبتی در سالمندان می‌تواند در افزایش امید، شادکامی و کیفیت زندگی در این افراد مؤثر واقع شود.

تاریخ دریافت: ۲۱ اسفند ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۱۹ مرداد ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۹ مهر ۱۳۹۸

کلیدواژه‌ها:

توانمندسازی
خودمراقبتی، امید
به زندگی، شادکامی،
کیفیت زندگی، سالمند

درمانی روند تصاعدی خواهد داشت [۵].

کاهش امید^۱، شادکامی^۲ و کیفیت زندگی^۳ از جمله پیامدهایی است که سالمندی ممکن است به دنبال داشته باشد. سالمندان در معرض تنهایی و انزوا و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی هستند و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی در موارد زیادی استقلال فردی‌شان تهدید می‌شود. مجموعه این شرایط به افت کیفیت زندگی [۶] و درنهایت کاهش امید و شادکامی در سالمندان منجر می‌شود.

اشنایدر امید را تلفیقی از مؤلفه‌های چندبعدی می‌داند که ساختاری شناختی دارد و بر آینده متمرکز است [۷]. بایلی^۴

1. Hope
2. Happiness
3. Quality of life
4. Bailly

مقدمه

پدیده سالمندی یکی از مراحل طبیعی عمر انسان است که با تولد شروع می‌شود و با پیرشدن خاتمه یافته و به تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی منجر می‌شود [۱]. ورود فراورده‌های فنی، پیشرفت‌های پزشکی و بالارفتن سطح بهداشت، همگی افزایش طول عمر و به دنبال آن افزایش تعداد سالمندان را به همراه داشته است [۲]. افزایش جمعیت سالمندان، یک پدیده جهانی است که به یک بحران تبدیل شده است [۳]. در حال حاضر جمعیت افراد سالمند بالای ۶۰ سال جهان بیش از رشد جمعیت کودکان است [۴].

علت توجه همه‌جانبه به سالمندان به این دلیل است که این افراد دارای مشکلات متعدد سلامتی هستند و افزایش جمعیت سالمند با هزینه‌های متعددی همراه است. مطالعات صورت گرفته در این زمینه نشان داده‌اند با ورود به مرحله سالمندی هزینه‌های

* نویسنده مسئول:

دکتر محمد اورکی

نشانی: تهران، دانشگاه پیام نور، واحد تهران، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی.

تلفن: ۰۱۸ ۲۴۴۵۰۱۸ (۹۱۲) +۹۸

پست الکترونیکی: orakisalamat@gmail.com

گونگون نشان داده‌اند با افزایش سن، به علت اختلالاتی که در سیستم‌های مختلف بدن فرد صورت می‌گیرد، به‌خصوص به علت محدودیت‌های حرکتی، وابستگی فرد به دیگران در انجام کارهای روزانه افزایش می‌یابد، که این عوامل می‌تواند در احساس خوب بودن و در نتیجه بر کیفیت زندگی فرد، تأثیر زیادی داشته باشد [۱۵].

یافته‌های تحقیقات حاکی از آن است که ۵۸ درصد افراد سالمند بالای ۶۵ سال برای انجام فعالیت‌های روزانه خود نیازمند کمک هستند [۱۶]. سالمندانی که در زندگی روزمره نیاز به کمک اطرافیان دارند، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند [۱۷]. دو رکن مهم و اساسی برای حفظ و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان، فعالیت فیزیکی و سلامت روانی است [۱۸]. اوسادا^۷ و همکاران نشان دادند سالمندانی که توانایی انجام فعالیت‌های بدنی و فعالیت‌های روزانه را دارند، سطح بالاتری از کیفیت زندگی را دارند و کمتر دچار افسردگی می‌شوند و شادمان‌تر هستند [۱۹].

با افزایش سن سالمندی، تغییراتی در ابعاد مختلف سلامتی آنان از جمله ضعف جسمی، روانی، عقلی و انواع بیماری‌ها، به وجود خواهد آمد، لذا با توجه به این تغییرات، سالمند مستعد آسیب است و نیازمند توجه و رعایت و همچنین برخورداری از الگوی مراقبتی ویژه [۲۰]. اشخاص بزرگسال به طور طبیعی توانایی مراقبت از خود را دارند. اما کودکان، سالمندان و اشخاص بیمار و ناتوان نیازمند کمک در انجام فعالیت‌های خودمراقبتی هستند [۲۱]. افزایش توانایی خودمراقبتی افراد سالمند می‌تواند به خودکوفایی شخص منجر شود [۲۲].

در میان عوامل تعیین‌کننده سلامت، رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت به عنوان اساسی‌ترین راه پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها، به‌ویژه بیماری‌های مزمن شناخته شده‌اند. از این رو رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت باید به عنوان راهبرد اصلی جهت حفظ و ارتقای سلامت مورد توجه قرار گیرند [۲۳]. مهم‌ترین رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت شامل رفتارهای تغذیه‌ای سالم، فعالیت‌های جسمانی، مدیریت استرس، ارتباطات بین‌فردی، رشد معنوی و مسئولیت‌پذیری در قبال وضعیت سلامتی است [۲۴]. توجه به رفتارهای ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی می‌تواند باعث افزایش کارایی و استقلال سالمندان شود و آنان را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان‌های مختلف آن کمک کند [۲۵].

بررسی‌های انجام‌شده در انگلستان حاکی از این است که رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت به طور مستقیم با سلامت سالمندان و کیفیت زندگی آنان ارتباط دارد و موجب کاهش میزان ابتلا به بیماری‌ها و مرگ می‌شود [۲۳]. هاشمو و همکاران در پژوهشی با هدف تأثیر اجرای برنامه خودمراقبتی

اشنايدر بيان داشتند محققان به طور کلی پی بردند که سالمندان امید کمتری را تجربه می‌کنند [۸]. نشانه‌هایی مانند احساس به پایان رسیدن، بی‌هدفی و پوچی، ترس از طردشدن و از دست دادن عزیزان، به‌ویژه همسر و نگرانی در دوران سالمندی بسیار گزارش شده است [۹] که حاکی از پایین بودن میزان امید در میان سالمندان است. از این رو تحقیقات پیشین بر نقش امید به عنوان عامل مثبت در شرایط بحرانی و تهدیدکننده زندگی از جمله در دوران سالمندی تمرکز کرده‌اند [۱۰].

از جمله متغیرهای مهم حوزه سلامت روان و کیفیت زندگی که مورد توجه محققان قرار گرفته است شادکامی است. شادکامی دربرگیرنده یک هیجان مثبت، رضایت از زندگی و نبود هیجان‌های منفی از جمله افسردگی و اضطراب است [۱۱]. شادکامی می‌تواند متغیر بسیار مهمی در کیفیت زندگی افراد سالمند باشد، به همین دلیل بررسی اثربخشی برنامه‌های آموزشی که می‌توانند شادکامی را در سالمندان افزایش دهند، می‌تواند اهمیت شایانی داشته باشد. سالمندان محدودیت‌های مهمی در توانایی برای پیش‌بینی حالت‌های عاطفی آینده خود مانند شادکامی یا اندوه، تجربه می‌کنند. کناره‌گیری سالمند از فعالیت و تلاش، سبب می‌شود او روزبه‌روز گوشه‌گیرتر شود و ممکن است از ادامه زندگی ناامید شود و برای مرگ روزشماری کند. از طرف دیگر، گرایش سالمندان به رکود و سکون در یک نقطه، از خصایص نامطلوبی است که گاهی به آن دچار می‌شوند و با این کار، نشاط و احساس سودمندی خویش را از دست می‌دهند. سالمندانی که در حد متعادل و تا حدودی بالا شادکامی دارند، نگرش خوبی درباره سلامتی خود دارند؛ در نتیجه به خود اعتماد دارند، می‌توانند ذهنشان را با نشاط کنند، برون‌گرا و خوشبین و سازگار هستند، نگرش خوبی درباره خودشان دارند، اضطرابی درباره حوادث گذشته ندارند، وقتی با مشکلی روبه‌رو می‌شوند شروع به حل آن می‌کنند، برای روبه‌رو شدن با هر تغییری در زندگی‌شان آماده هستند و انطباق خوبی با زندگی خود دارند [۱۲]. جونز^۵ و همکاران در پژوهش خود عوامل شناختی و روان‌شناختی را که با شادکامی افراد سالمند رابطه دارند، بررسی کردند [۱۳]. پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهند سلامت جسمانی و حمایت اجتماعی و امید بالا تأثیر عمده‌ای بر شادکامی افراد سالمند دارند.

سازمان بهداشت جهانی^۶ کیفیت زندگی را به عنوان مفهومی فراگیر در نظر می‌گیرد که سلامت جسمانی، رشد شخصی، حالات روان‌شناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و ارتباط با محیط را دربر می‌گیرد که مبتنی بر ادراک فرد از این ابعاد است [۱۴]. در واقع، کیفیت زندگی دربرگیرنده ابعاد عینی و ذهنی است که در تعامل با یکدیگر قرار دارند. نتایج مطالعات

5. Jouns

6. World Health Organization (WHO)

7. Osada

توسط کارشناس تغذیه، متخصص روان‌پزشک، کارشناسان پرستاری و پزشکان مستقر در مرکز سالمندی و با استفاده از کتب و جزوات منتشره، در طول ۱۲ جلسه و در مدت سه ماه، هفته‌ای یک جلسه دوساعته همراه با برنامه‌های روتین در مرکز، برگزار شد. جهت برگزاری کلاس‌های آموزشی، از روش‌های آموزش گروهی، پرسش و پاسخ، بارش افکار و سخنرانی استفاده شد و از پوستره‌های آموزشی، عکس‌ها و جزوه‌های ساده و مصور نیز بهره گرفته شد. از سالمندان خواسته شد اصولی که آموزش می‌بینند را بعد از هر کلاس به کار گیرند. برای اطمینان از ماندگاری برنامه‌های آموزشی، در ابتدای هر جلسه، یک سناریو مطرح می‌شد و نظر ایشان درباره مسئله مطرح شده گرفته می‌شد. سؤالات در راستای مطالبی بود که در جلسه گذشته به آن‌ها آموزش داده شده بود. این مسئله موجب به‌کارگیری مطالب یادگرفته‌شده و تکرار و تمرین بیشتر و پایایی ذهنیت جدید در مورد مسائل مطرح شده بود. در این راستا، در طول مدت مداخله، برای گروه کنترل، هیچ برنامه آموزشی برگزار نشد.

در این پژوهش داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی برای آزمون فرضیه‌های آماری از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) با استفاده از نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. در این پژوهش پرسش‌نامه امید اشنایدر، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد^۸ و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در دو مرحله پیش‌آزمون (بلافاصله قبل از آموزش) و پس از آزمون (پس از اتمام دوره‌های درمانی) در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل اجرا شدند.

پرسش‌نامه امید اشنایدر

جهت اندازه‌گیری سطح امید از پرسش‌نامه امید اشنایدر استفاده شد. این مقیاس، ابزاری ۱۲سؤالی است که اشنایدر و همکاران تدوین کرده‌اند و شامل دو خرده‌مقیاس گذرگاه و انگیزشی است [۳۲]. برای پاسخ‌دادن به هر پرسش، پیوستاری از کاملاً غلط تا کاملاً درست در نظر گرفته شده است. اشنایدر و پترسون روایی محتوای این مقیاس را نیز تأیید کرده‌اند [۳۲]. اعتبار این مقیاس، در نسخه ایرانی با روش همسانی درونی بررسی شد و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد [۳۲]. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای این پرسش‌نامه به دست آمد.

پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد

این پرسش‌نامه توسط آرگیل و هیلز^۹ تهیه شده است. در ساخت این پرسش‌نامه، آرگیل پس از رایزنی با آرون بک^{۱۰}، بر

اورم بر توان خودمراقبتی سالمندان نشان دادند اجرای برنامه خودمراقبتی اورم تأثیر مثبتی در افزایش توان خودمراقبتی سالمندان دارد [۲۶]. کشتکاران و همکاران در پژوهشی نشان دادند آموزش خودمراقبتی باعث ارتقای کیفیت زندگی بیماران می‌شود و می‌توان نحوه مدارا و تطابق با بیماری را به نحو مؤثرتری فراهم کرد و در بهبود کیفیت زندگی فرد و سطح سلامت جامعه نقش مهمی را ایفا کرد [۲۷]. علی‌محمدی و همکاران در پژوهشی روی مبتلایان به ام‌اس نشان دادند آموزش خودمراقبتی موجب بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به ام‌اس می‌شود [۲۸].

خودمراقبتی نقش اساسی در پیامدهای بالینی مرتبط با بیماری‌ها در زمان سالمندی دارد [۲۹] و می‌تواند کیفیت زندگی را ارتقا دهد و طول عمر را زیاد کند [۳۰]. خودمراقبتی بیانگر حفظ و نگهداری سلامتی از طریق انجام فعالیت‌های سالم مثبت و مدیریت بیماری یا اختلال است [۳۱]. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش توانمندسازی خودمراقبتی بر امید به زندگی، شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان در مراکز مراقبت از سالمندان ایرانی شهر دبی بود. به منظور پیگیری این هدف این فرضیه‌ها بررسی شدند:

۱. آموزش خودمراقبتی باعث افزایش امید به زندگی سالمندان می‌شود.
۲. آموزش خودمراقبتی باعث افزایش شادمانی سالمندان می‌شود.
۳. آموزش خودمراقبتی باعث افزایش کیفیت زندگی سالمندان می‌شود.

روش مطالعه

روش پژوهش حاضر از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی بود. در این پژوهش، از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد و سالمندان شرکت‌کننده در این تحقیق به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی سالمندان در مراکز مراقبت از سالمندان ایرانی بود که از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر (۲۰ زن و ۲۰ مرد) انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش (۱۰ مرد و ۱۰ زن) و کنترل (۱۰ مرد و ۱۰ زن) گمارده شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از اقامت در خانه سالمندان، مایل بودن به شرکت در جلسات آموزشی، عدم ابتلا به اختلال‌های روانی و بیماری‌های جسمی، سطح تحصیلات حداقل اول متوسطه و معیارهای خروج عبارت بود از انصراف از شرکت در تمامی جلسات، ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی و بیماری‌های جسمی.

آموزش توانمندسازی خودمراقبتی

برای گروه آزمایش، دوره‌های آموزش خودمراقبتی با محوریت تغذیه صحیح، مصرف صحیح داروها، سلامت روان، سالمندی و ورزش، مراقبت از فشار خون، عوارض سالمندی و کنترل آن‌ها،

8. Oxford Happiness Inventory

9. Hills

10. Aaron Beck

از پیش‌فرض‌های انجام تحلیل کوواریانس تساوی کوواریانس‌هاست. این پیش‌فرض از طریق آزمون باکس بررسی شد. **جدول شماره ۳** نتایج حاصل از آزمون باکس درباره همسانی کوواریانس‌های امید، شادکامی و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. همان‌طور که در **جدول شماره ۳** مشاهده می‌شود، نتایج غیرمعنی‌دار نشان‌دهنده پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها در تمامی متغیرهای وابسته بود ($P < 0/05$). به عبارت دیگر کوواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته، در جامعه برابر است و بنابراین امکان استفاده از شیوه تحلیل کوواریانس وجود دارد.

همچنین پیش‌فرض دیگر اجرای تحلیل کوواریانس، همگنی واریانس است. این پیش‌فرض با استفاده از آزمون لوین انجام شد و نتایج آن در **جدول شماره ۴** نشان از نتایج غیرمعنادار آزمون لوین برای متغیرهای پژوهش داشت که نشان‌دهنده همگنی واریانس‌های این متغیرها بود. نتایج تحلیل کوواریانس در جداول شماره ۵ و ۶ نشان داده شده است.

نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری با وارد کردن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر کنترل در **جدول شماره ۵** آمده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود نتایج آزمون لامبدا به عنوان رایج‌ترین آزمون مدنظر در تحلیل کوواریانس چندمتغیری حاکی از آن است که تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون وجود دارد ($F=6/13$) و ($P < 0/001$) و مجذور اتا نیز نشان می‌دهد ۴۲ درصد واریانس نمرات دو گروه مربوط به عضویت گروهی است.

جدول شماره ۶ تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل را در امید، شادکامی و کیفیت زندگی در پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین دو گروه در نمرات پس‌آزمون امید ($F=18/78$)، شادکامی ($F=27/55$) و کیفیت زندگی ($F=54/30$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، در اینجا نیز با وجود کنترل نمرات پیش‌آزمون متغیرها، میزان نمرات امید، شادکامی و کیفیت زندگی افزایش یافت و گروه آزمایش در پس‌آزمون و بعد از مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری نشان داد. بنابراین با توجه به نتایج به‌دست‌آمده هر سه فرضیه این تحقیق تأیید شد. به عبارت دیگر آموزش توانمندسازی خودمراقبتی باعث افزایش امید، شادکامی و کیفیت زندگی در سالمندان شد.

بحث

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش توانمندسازی خودمراقبتی بر امید به زندگی، شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان در مراکز مراقبت از سالمندان ایرانی شهر دبی بود. نتایج این پژوهش نشان داد آموزش خودمراقبتی توانست باعث افزایش امید، شادکامی و کیفیت زندگی در سالمندان شود. این نتیجه با یافته‌های دیویس؛ هاشملو و همکاران؛ کشتکاران و

آن شد جمله‌های پرسش‌نامه افسردگی بک را معکوس کند و به این ترتیب ۲۱ سؤال تهیه کرد. سپس ۱۱ سؤال دیگر به آن افزود تا سایر جنبه‌های شادکامی را نیز دربر گیرد. درنهایت، با ایجاد تغییر در برخی از سؤالات آزمون و حذف سه سؤال، فرم نهایی به ۲۹ سؤال کاهش یافت [۳۴]. این آزمون دارای ۲۹ سؤال چهارگزینه‌ای است که به ترتیب از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود و جمع نمره‌های سؤالات، نمره کل مقیاس را تشکیل می‌دهد که دامنه آن از صفر تا ۸۷ است [۳۵]. پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد اعتبار و روایی بالایی در داخل و خارج ایران دارد. آرگیل و همکاران، ضریب آلفای ۰/۹۰ و فرانسیس آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را برای آن به دست آورده‌اند [۳۵]. همچنین کشاورز ضریب پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آورد [۳۶]. در تحقیق حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برای پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد حاصل شد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی

برای سنجش کیفیت زندگی از فرم کوتاه مقیاس ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد که در اصل حاوی ۲۶ سؤال است [۳۷]. به طور کلی این پرسش‌نامه چهار خرده‌مقیاس دارد که چهار دامنه از زندگی را ارزیابی می‌کند و عبارت هستند از سنجش سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی. نمره هر سؤال در دامنه‌ای از یک تا پنج قرار دارد. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای زیرمقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است [۳۸].

در ایران نیز نصیری پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ این مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۶۷ و ۰/۸۴ گزارش داد [۳۸]. همچنین رحیمی ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را برابر با ۰/۸۸، برای سلامت جسمی ۰/۷۰، برای سلامت روانی ۰/۷۷، و برای روابط اجتماعی ۰/۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش کرده است [۳۹]. در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۲ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های افراد در گروه آزمایش و کنترل را در متغیرهای امید، شادکامی و کیفیت زندگی نشان می‌دهد. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در **جدول شماره ۲** نشان داده شده است. نتایج غیرمعنی‌دار آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیرهای پژوهش نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع این متغیرها بود.

جدول ۱. امید، شادکامی و کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	میانگین		انحراف معیار	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
امید	گروه آزمایش	۴/۴۴	۹/۰۵	۳/۰۳	۱/۰۶
	گروه کنترل	۴/۳۲	۴/۷۰	۳/۰۵	۳/۰۴
شادکامی	گروه آزمایش	۲۶/۱۳	۷۲/۱۴	۸/۱۵	۴/۶۶
	گروه کنترل	۲۵/۱۶	۲۶/۱۰	۹/۲۱	۹/۰۱
کیفیت زندگی	گروه آزمایش	۴۵/۵۰	۹۸/۱۰	۱۵/۱۲	۷/۰۶
	گروه کنترل	۴۷/۶۰	۴۸/۱۰	۱۶/۰۸	۱۵/۰۶



جدول ۲. نتایج حاصل از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

متغیرهای پژوهش	امید	شادکامی	کیفیت زندگی
کولموگروف-اسمیرنوف	۰/۲۰	۰/۱۸	۰/۶۰
سطح معنی‌داری	۰/۱۶	۰/۱۲	۰/۱۹



همکاران و علی‌محمدی و همکاران همسو بود [۲۲، ۲۶، ۲۸].

می‌تواند در احساس خوب‌بودن و در نتیجه بر کیفیت زندگی فرد، تأثیر زیادی داشته باشد [۱۵]. بنابراین آموزش خودمراقبتی به‌ویژه در زمینه ورزش مناسب، تغذیه سالم، کنترل شاخص‌های مهم بدن نظیر فشار خون و غیره می‌تواند از ناتوانی‌های حرکتی سالمندان جلوگیری کند یا ناتوانی‌های موجود را بهبود بخشد

نتایج مطالعات گوناگون نشان داده‌اند با افزایش سن، به علت اختلالاتی که در سیستم‌های مختلف بدن فرد صورت می‌گیرد، به‌خصوص به علت محدودیت‌های حرکتی، وابستگی فرد به دیگران در انجام کارهای روزانه افزایش می‌یابد که این عوامل

جدول ۳. نتایج حاصل از آزمون باکس درباره همسانی کوواریانس‌های متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	M	F	سطح معنی‌داری
امید	۲/۳۰	۱/۱۰	۰/۱۲
شادکامی	۳/۲۰	۲/۲۷	۰/۴۵
کیفیت زندگی	۱/۰۱	۰/۹۸	۰/۶۰



جدول ۴. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس درون‌گروهی آزمودنی‌ها

متغیرها	F	سطح معنی‌داری
امید	۰/۸۰	۰/۱۲
شادکامی	۲/۶۰	۰/۳۲
کیفیت زندگی	۶/۳۰	۰/۶۰



جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط به تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل

آزمون‌ها	مقدار	F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۵۴	۶/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۷۵



جدول ۶. نتایج تحلیل‌های کوواریانس برای بررسی اثربخشی آموزش توانمندسازی خودمراقبتی بر متغیرها بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورات اتا	اندازه اثر
امید	۸۰/۸۶	۲	۳۸/۹۳	۱۸/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۷۵
پس‌آزمون شادکامی	۲۷۰/۷۹	۲	۲۰۰/۶۵	۲۷/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۰
کیفیت زندگی	۳۸۶/۸۳	۲	۲۱۷/۳۰	۵۴/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۸

سالمند

در سال‌های اخیر به توانمندسازی سالمندان از طریق آموزش خودمراقبتی توجه بسیاری شده است. آموزش خودمراقبتی به ارتقای خودتدبیری، کاهش درد و پیشگیری از بیماری‌ها کمک می‌کند و فرد دانش برای تصمیم‌گیری و حل مشکلات مربوط به خود را یاد می‌گیرد [۴۵]. خودمراقبتی اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته‌شده و هدف‌داری است که توسط فرد به منظور حفظ حیات و تأمین و ارتقای سلامت خود و خانواده انجام می‌شود. خودمراقبتی قسمتی از زندگی روزانه است و جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست، بلکه مکمل آن است و بیشتر به معنای تعامل با سیستم مراقبت از سلامت است تا استقلال از سیستم مراقبت تخصصی. مهم‌ترین دستاوردهای تقویت خودمراقبتی این است که افراد تصمیمات درستی درباره استفاده صحیح از مراقبت‌های بهداشتی بگیرند و رفتارهای مراقبت از خود را به طور مناسب انتخاب و اجرا کنند.

خودمراقبتی عملی است که در آن هر فردی از دانش، مهارت و توان خود به عنوان یک منبع استفاده می‌کند تا به طور مستقل از سلامت خود مراقبت کند. اصلاح الگوی زندگی و توجه به کیفیت آن تا حد بسیار زیادی می‌تواند باعث افزایش کارایی و استقلال سالمندان شود و آن‌ها را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان‌های مختلف آن کمک کند [۴۶]. تغییر در شیوه زندگی و گرایش سالم به زندگی با تغذیه مناسب، استفاده از مکمل‌های غذایی، ورزش منظم، کاهش وزن، کاهش استرس، کاهش دریافت چربی، عدم استفاده از دود، کاهش مصرف نمک، خودداری از خوددرمانی، مصرف میوه‌ها و سبزیجات در رژیم غذایی، کنترل روزانه فشار خون و افزایش مصرف آب، امکان‌پذیر است [۴۷]. به عبارت دیگر دو رکن مهم و اساسی برای حفظ و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان، فعالیت فیزیکی و سلامت روانی است [۵] و آموزش خودمراقبتی ممکن است موجبات تأمین این دو رکن حیاتی را فراهم آورد.

نتیجه‌گیری نهایی

این پژوهش با توجه به اینکه فقط روی سالمندان ساکن در آسایشگاه انجام شده، در تعمیم‌پذیری نتایج دارای محدودیت‌هایی است. همچنین استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی

در نتیجه باعث افزایش امید و شادکامی و متعاقب آن افزایش کیفیت زندگی شود. ماکنباچ^{۱۱} و همکاران و هاورو^{۱۲} و همکاران نشان دادند امید به زندگی با شاخص‌های بهداشتی و درمانی، سلامت روان، روابط خانوادگی و خویشاوندی، مشارکت اجتماعی، وضعیت تأهل، امکانات رفاهی و روابط اجتماعی دارای رابطه معناداری بوده است [۴۱، ۴۰]. خودمراقبتی باعث افزایش بهداشت و سلامت جسمانی و روانی و افزایش روابط اجتماعی می‌شود و سلامت جسم و روان و روابط اجتماعی مناسب می‌تواند سطح امید و شادمانی و کیفیت زندگی در سالمندان را در حد مطلوبی نگه دارد.

رفتارهای خودمراقبتی ارتقا، شامل رفتارهای تغذیه‌ای سالم، فعالیت‌های جسمانی نظیر ورزش و غیره، مدیریت استرس، ارتباطات بین‌فردی، رشد معنوی و مسئولیت‌پذیری در قبال وضعیت سلامتی و غیره است [۲۴]. برنامه‌های خودمدیریتی و خودمراقبتی برای کنترل بیماری‌های مزمن ارائه شده است. این برنامه باعث پیشگیری و حتی به‌تأخیرانداختن ناتوانی در افرادی که بیماری‌های مزمنی چون آرتروز، بیماری‌های قلبی یا فشار خون دارند، می‌شود. با اجرای برنامه‌های خودمراقبتی می‌توان توانایی عملکرد افراد سالمند را حفظ کرد و بهبود بخشید [۴۲]. فعالیت‌های روزانه زندگی مانند ورزش، تغذیه، استراحت و بهداشت جسمی و روانی به عنوان متغیرهای خودمراقبتی استفاده می‌شوند [۴۳]. افرادی که سبک زندگی فعالی دارند نسبت به افراد کم‌تحرک، کمتر افسرده هستند و بیشتر شادمان و امیدوارند، از رضایتمندی، تعامل اجتماعی و روابط اعتمادآمیز مثبت‌تری دارند و بنابراین کیفیت زندگی بیشتری دارند. آموزش خودمراقبتی می‌تواند سطح فعالیت فیزیکی و سلامت روانی را به سطح بهینه‌ای برساند. برای نگهداری کیفیت زندگی سالمندان در سطح بالا، فعالیت فیزیکی و سلامت روانی مهم هستند [۱۸]. تغذیه سالم که از عناصر تشکیل‌دهنده خودمراقبتی است نقش مهمی در سلامتی سالمندان بازی می‌کند و سبب به‌تأخیرافتادن خطر بیماری‌ها می‌شود [۴۴].

11. Mackenbach

12. Hawro

به منظور سنجش امید، شادکامی و کیفیت زندگی، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. همچنین در این مطالعه سالمندان بیمار و دارای محدودیت حرکتی وارد مطالعه نشدند که این نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. اما صرف نظر از این محدودیت‌ها، این پژوهش توانست اثربخشی آموزش توانمندسازی خودمراقبتی را در جهت افزایش امید، شادکامی و کیفیت زندگی در سالمندان ساکن در آسایشگاه روشن کند. دستاورد اصلی این مطالعه این است که اگر سالمندان بیاموزند چگونه باید باقی‌مانده عمر خود را در آرامش و آسایش بگذرانند، می‌توانند عوامل کاهش‌دهنده امید، شادکامی و کیفیت زندگی خود را به نحو مطلوب‌تری متعادل کنند. به نظر می‌رسد به‌کارگیری برنامه‌های آموزشی مرتبط با سلامتی برای سالمندان یک ضرورت است و می‌تواند تمام ابعاد زندگی آنان را بهبود بخشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

حامی مالی

این تحقیق هیچ کمک مالی خاصی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های دولتی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

- [1] Shahbazzadegan B, Farmanbar R, Ghanbari A, Atrkar Roshan Z, Adib M. [The effect of regular exercise on self-esteem in elderly residents in nursing homes (Persian)]. *Journal of Ardebil University of Medical Sciences*. 2008; 8(4):387-93.
- [2] Kinsella KG, Phillips DR. *Global aging: The challenge of success*. Washington DC: Population Reference Bureau; 2005.
- [3] Tinker A. The social implications of an ageing population. *Mechanisms of Ageing and Development*. 2002; 123(7):729-35. [DOI:10.1016/S0047-6374(01)00418-3]
- [4] Donmez L, Gokkoca Z, Dedeoglu N. Disability and its effects on quality of life among older people living in Antalya city center, Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2005; 40(2):213-23. [DOI:10.1016/j.archger.2004.08.006] [PMID]
- [5] Dausch JG. Aging issues moving mainstream. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2003; 103(6):683-4. [DOI:10.1053/jada.2003.50155] [PMID]
- [6] Vahdani Nia MS, Gashtasbi A, Montazeri A, Charmed F. [Health-related quality of life in the elderly: A population study (Persian)]. *Payesh*. 2005; 4(2):113-20.
- [7] Smedema SM, Chan JY, Phillips BN. Core self-evaluations and Snyder's hope theory in persons with spinal cord injuries. *Rehabilitation Psychology*. 2014; 59(4):399-406. [DOI:10.1037/rep0000015] [PMID]
- [8] Baily TC, Snyder CR. Satisfaction with life and hope: A look at age and marital status. *Psychological Record*. 2007; 57(2):233-40. [DOI:10.1007/BF03395574]
- [9] Golparvar M, Bozarmari Kh, Kazemi MS. [The relationship between components of retirement syndrome with general health symptoms in retired elderly (Persian)]. *Iranian Journal of Aging*. 2012; 6(20):15-25.
- [10] Alexander ES, Onwuegbuzie AJ. Academic procrastination and the role of hope as a coping strategy. *Personality and Individual Differences*. 2007; 42(7):1301-10. [DOI:10.1016/j.paid.2006.10.008]
- [11] Argyle M. *The Psychology of Happiness*. London: Rutledge; 2013.
- [12] Tuntichaivanit C, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Charupoonphol P. Life happiness of the elderly in Rayong Province. *Journal of Public Health*. 2009; 39(1): 34-47.
- [13] Jones TG, Rapport LJ, Hanks RA, Lichtenberg PA, Telmet K. Cognitive and psychological predictors of subjective well-being in urban older adults. *The Clinical Neuropsychologist*. 2003; 17(1):8-13. [DOI:10.1076/din.17.1.3.15626] [PMID]
- [14] World Health Organization. *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization; 2002.
- [15] Mellor D, Russo S, McCabe MP, Davison TE, George K. Depression training program for caregivers of elderly care recipients: Implementation and qualitative evaluation. *Journal of Gerontological Nursing*. 2008; 34(9):8-15. [DOI:10.3928/00989134-20080901-09] [PMID]
- [16] Fassino S, Leombruni P, Daga GA, Brustolin A, Rovera GG, Fabris F. Quality of life in dependent older adults living at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2002; 35(1):9-20. [DOI:10.1016/S0167-4943(01)00210-2]
- [17] Hellström Y, Persson G, & Hallberg I. R. Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 48(6):584-93. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2004.03247.x] [PMID]
- [18] Demura S, Sato S. Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: A comparison between gender and age groups. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*. 2003; 22(3):159-66. [DOI:10.2114/jpa.22.159] [PMID]
- [19] Osada H, Shibata H, Haga H, Yasumura S. [Relationship of physical condition and functional capacity to depressive status in person aged 75 years]. [Nihon koshu eisei zasshi] *Japanese Journal of Public Health*. 1995; 42(10):897-909.
- [20] Kun LG. Telehealth and the global health network in the 21st century. From homecare to public health informatics. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*. 2001; 64(3):155-67. [DOI:10.1016/S0169-2607(00)00135-8]
- [21] George JB. *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*. Nursing Research. 1985; 34(6):356. [DOI:10.1097/00006199-198511000-00014]
- [22] Söderhamn O, Lindencrona C, Ek AC. Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*. 2000; 37(4):361-8. [DOI:10.1016/S0020-7489(00)00015-8]
- [23] Davies N. Promoting healthy ageing: The importance of lifestyle. *Nursing Standard*. 2011; 25(19):43-9. [DOI:10.7748/ns.25.19.43.s51] [PMID]
- [24] Walker SN, Volkan K, Sechrist KR, Pender NJ. Health-promoting life styles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*. 1988; 11(1):76-90. [DOI:10.1097/00012272-198810000-00008] [PMID]
- [25] Patterson SL, Rodgers MM, Macko RF, Forrester LW. Effect of treadmill exercise training on spatial and temporal gait parameters in subjects with chronic stroke: A preliminary report. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 2008; 45(2):221-8. [DOI:10.1682/JRRD.2007.02.0024] [PMID] [PMCID]
- [26] Hashemlo L, Hemmati Maslarpak M, Khalkhali H. [The effect of Orem self-care program performance on the self-care ability in elderly (Persian)]. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2013; 11(2):119-26.
- [27] Keshtkaran, Z, Ghodsbin, F, Solouki, S, Razeghi M, Zare N. The impact of self care education on quality of life of those clients suffering from osteoarthritis in rehabilitation centers of Shiraz University of Medical Science (Iran). *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2010; 12(1):65-70.
- [28] Alimohamadi N, Pahlavan Zade S, Soltani MH, Hasan-zade A. [Effect of self-care on quality of life of multiple sclerosis patients (Persian)]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2001; 3(2):79-86
- [29] Lee JE, Han HR, Song H, Kim J, Kim KB, Ryu JP, et al. Correlates of self-care behaviors for managing hypertension among Korean Americans: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2010; 47(4):411-7. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2009.09.011] [PMID]
- [30] Wang LY, Chang PC, Shih FJ, Sun CC, Jeng C. Self-care behavior, hope, and social support in Taiwanese patients awaiting

- heart transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006; 61(4):485-91. [DOI:10.1016/j.jpsychores.2004.11.013] [PMID]
- [31] Riegel B, Carlson B, Glaser D. Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2000; 29(1):4-15. [DOI:10.1016/S0147-9563(00)90033-5]
- [32] Snyder CR, Peterson C. *Handbook of positive psychology*. US: Oxford University Press; 2000.
- [33] Bijari H, Ghanbari H, Abadi B, Agha Mohammadian Sharabaf HR. [The effectiveness of group therapy based on hope therapy approach on increasing life expectancy of women with breast cancer (Persian)]. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2010; 10(1):172-84.
- [34] Car A. *Positive psychology, the science of happiness and human strengths*. New York: Brunner-Routledge Ltd; 2004. [DOI:10.4324/9780203506035]
- [35] Alipoor A, Agah Heris M. [Reliability and validity of the oxford happiness inventory among iranians (Persian)]. *Journal of Development of Psychology*. 2007; 3(12):287-98.
- [36] Alipoor A, Noorbala AA. A preliminary evaluation of the validity and reliability of the Oxford Happiness Questionnaire in students in the universities of Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 1999; 5(1-2):55-66
- [37] World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life scale (WHOQOL): Development and general psychometric properties, *Social Science and Medicine*. 1998; 46(1):569-85. [DOI:10.1016/S0277-9536(98)00009-4]
- [38] Nasiri H. Validity and reliability of the World Health Organization Short Quality of Life scale and its Iranian version (Persian)]. Paper presented at: 3rd National Seminar of Student's Mental Health. 24-25 May 2006; Tehran, Iran.
- [39] Rahimi M, Khayer M. [The effect of family communication patterns on the quality of life of a group of students (Persian)] [MSc. thesis]. Shiraz: Shiraz University; 2008.
- [40] Mackenbach JP, Hu Y, Looman CWN. Democratization and life expectancy in Europe, 1960-2008. *Social Science & Medicine*. 2013; 93:166-75. [DOI:10.1016/j.socscimed.2013.05.010] [PMID]
- [41] Hawro T, Maurer M, Hawro M, Kaszuba A, Cierpiałkowska L, Królikowska M, Zalewska A. In psoriasis, levels of hope and quality of life are linked. *Archives of Dermatology Research*. 2014; 306(7):661-6. [DOI:10.1007/s00403-014-1455-9] [PMID] [PMCID]
- [42] Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown Jr, Bandura A, Ritter P, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. *Medical Care*. 1999; 37(1):5-14. [DOI:10.1097/00005650-199901000-00003] [PMID]
- [43] Backman K, Hentinen M. Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 30(3):564-72. [DOI:10.1046/j.1365-2648.1999.01125.x] [PMID]
- [44] Unosson M. *Malnutrition in 31 hospitalized elderly patients*. [PhD. dissertation]. Linköping: Linköping University; 1993.
- [45] Labus J, Lauber A. *Patient education and prevention medicine*, 1st ed. New Orleans: W.B Saunders Publication; 2001.
- [46] 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 Research Reviews*. 2013; 12(1):141-50. [DOI:10.1016/j.arr.2012.03.007] [PMID]
- [47] 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. *Journal of the American Dietetic Association*. 2007; 107(12):2091-9. [DOI:10.1016/j.jada.2007.09.008] [PMID]