

## ارتباط فاز آموزشی مدل پرسید با کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش فرهنگسرای سالمندان تهران

حبیبه متین<sup>۱</sup>، بابک رستگاری مهر<sup>۲</sup>، محمد اسحاق افکاری<sup>۳</sup>، مهناز صلحی<sup>۴</sup>، محمدحسین تقدیسی<sup>۵</sup>، مرتضی منصوریان<sup>۶</sup>، زهرا شفیعیان<sup>۷</sup>، مصطفی قربانی<sup>۸</sup>، حمید آسایش<sup>۹</sup>، عزیز رضاپور<sup>۹</sup>، فرشاد شریفی<sup>۱۰</sup>، حمید جعفر علیلو<sup>۱۱</sup>\*

### چکیده

**مقدمه:** افزایش جمعیت سالمندی و به تبع آن افزایش میزان بیماری‌های مزمن و کاهش سطح کیفیت زندگی سالمندان مشکلات زیادی را برای جوامع مختلف در پی داشته است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی با استفاده از سازه‌های آموزشی الگوی پرسید در ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان انجام شده است.

**روش‌ها:** در این پژوهش نیمه تجربی ۵۴ نفر از سالمندان تحت پوشش فرهنگسرای سالمندان تهران در قالب دو گروه آزمون و کنترل در سال ۱۳۸۸ شرکت داشتند. برای جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته‌ای بر اساس مدل پرسید و همچنین پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد و کیفیت زندگی سالمندان قبل و ۱ ماه بعد از مداخله آموزشی بررسی شد. برای آنالیز داده‌های حاصل از این بررسی نیز از آزمون‌های آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه، تی مستقل و تی زوجی استفاده شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره کل کیفیت زندگی سالمندان گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله آموزشی با مقدار  $P < 0/05$  اختلاف معنی‌داری نشان داد ولی بین نمره کل دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده نشد. همچنین ارتباط عامل مستعد کننده (نگرش)، بعضی از عوامل قادر کننده و عوامل رفتاری با کیفیت زندگی با مقدار  $P < 0/05$  معنی‌دار بود. بررسی ارتباط سازه مستعد کننده (آگاهی) و عوامل تقویت کننده با کیفیت زندگی نتیجه آماری معنی‌داری نشان نداد.

**نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد که برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت در ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان مؤثر است.

**واژگان کلیدی:** سالمند، الگوی پرسید، کیفیت زندگی، فرهنگسرای سالمندان

- ۱- گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
- ۲- دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران
- ۳- گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
- ۴- گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
- ۵- مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
- ۶- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
- ۷- مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، پژوهشکده علوم جمعیتی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۸- گروه فوریت‌های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
- ۹- گروه اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی و مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
- ۱۰- مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، پژوهشکده علوم جمعیتی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۱۱- گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

\* **نشانی:** زاهدان، میدان دکتر حسابی، پردیس دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، تلفن: ۰۹۱۴۱۶۰۲۷۱۶، پست الکترونیک: Hjafaralilou@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۵/۲۹

تاریخ درخواست اصلاح: ۱۳۹۳/۰۵/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۴/۱۱

## مقدمه

جمعیت سالمندان در تمام دنیا و در کشور ما به دلیل پیشرفت‌های علوم پزشکی، بهداشتی و توسعه اجتماعی افزایش یافته است [۱] به طوری که این افزایش در مقایسه با افزایش سالانه ۱/۷ درصدی جمعیت جهان، قابل ملاحظه و بالاتر از ۲/۵ درصد است [۲]. گذار جمعیتی در کشورهای توسعه یافته از سرعت بالاتری برخوردار است که اگر این گذار سریع در جوامع فقیرتر نیز رخ دهد، این جوامع زمان کم‌تری برای پیری جمعیت از نظر برنامه‌ریزی خواهند داشت [۳]. طبق نتایج سرشماری سال ۹۰ جمعیت بالای ۶۰ سال ایران ۶۱۵۹۶۷۶ می‌باشد و جمعیت بالای ۶۵ سال، ۴۲۹۶۷۶۹ می‌باشد [۴]. افزایش تعداد سالمندان، نگاه جامعه جهانی را برای ارتقاء سطح کیفیت زندگی مخصوصاً بر مبنای تأمین سلامتی در افراد مسن معطوف داشته است [۵]. کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که در برگزیده ابعادی چون سلامت بدنی، سلامت روانی، شرایط اقتصادی، باورهای شخصی و تعامل با محیط می‌باشد. 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 همچنین 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 [۶]. توجه به کیفیت زندگی و تأثیر ملاحظات مختلف روان‌شناختی و اصلاح شیوه زندگی 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 نماید. مراقبت خانواده محور نیز به‌عنوان یک فلسفه مراقبتی، اهمیت واحد خانواده را به‌عنوان نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های بهداشتی به رسمیت می‌شناسد و روشی است که از طریق مشارکت‌های مفید دوطرفه بین مراقبت‌کنندگان، سالمندان و خانواده‌ها کنترل می‌شود. به‌منظور بهبود کیفیت زندگی، اجرای یک برنامه توانمندسازی با هدف افزایش دانش، انگیزه، عزت نفس و خودکارآمدی - که به خودکنترلی رفتاری و اتخاذ رفتارهای

پیش‌گیرانه منجر می‌شود - لازم به‌نظر می‌رسد. همان‌طور که طول عمر افراد افزایش می‌یابد، اهمیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش خودکارآمدی آن‌ها، روز به روز بیشتر آشکار می‌شود [۷]. تغییر در شیوه زندگی و گرایش به زندگی سالم، 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 خود درمانی، مصرف میوه‌ها و سبزی‌ها در رژیم غذایی، کنترل روزانه فشارخون و افزایش مصرف آب، امکان‌پذیر خواهد بود. دو رکن مهم و اساسی برای حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان، فعالیت فیزیکی و سلامت روانی می‌باشند [۸]. زیرا فرآیند سالمندی و به تبع آن تحلیل سیستم‌های متعدد بدن، کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد. بنابراین تأمین سلامت و حفظ و ارتقاء آن به عنوان مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی این افراد، بسیار حائز اهمیت است [۹]. یکی از معیارهای عمده تعیین‌کننده سلامت، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت می‌باشد. مهم‌ترین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت سالمندان به حفظ استقلال آنان در فعالیت‌های روزمره، کارکرد روزانه و توان شناختی بالای آن‌ها و ادامه زندگی به‌صورت فعال مربوط می‌شود [۱۰]. همچنین تعیین و اصلاح اهداف و سیاست‌های اجتماعی به منظور دستیابی به زندگی مولد نقش بسیار مؤثری در کیفیت زندگی سالمندان دارد و استفاده از انواع حمایت‌های اجتماعی و رفاهی در بهبود کیفیت زندگی این قشر از جمعیت بسیار مهم است [۱۱]. بنابراین برای این که سالمندان بتوانند از امکانات موجود، سیاست‌های مفید جاری و پتانسیل محیطی و ... به‌عنوان دغدغه‌های ارتقاء سلامت به صورت مناسب استفاده کنند، نیاز به یادگیری یک سری اصول اساسی در مورد توانمندسازی فردی، شیوه‌های زندگی سالم، خودکارآمدی، افزایش اعتماد به نفس، راز و رمز سلامتی و رفتارهای سالم دارند که این یادگیری فقط از طریق برنامه‌های جامع آموزش بهداشت میسر می‌گردد.

آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت مؤثر، به‌تحلیل پیشرفته از مشکلات مربوط به سلامتی، همچنین به ارزشیابی و طراحی سیستماتیک نیاز دارد و در برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت توجه ویژه به مشکلات بهداشتی هم بر حسب

## روش‌ها

در این مطالعه نیمه تجربی (به صورت قبل و بعد از مداخله) شاهددار که یک سال به طول انجامید؛ ۶۰ نفر از سالمندان تحت پوشش فرهنگ‌سرای سالمندان تهران (در سال ۱۳۸۸) در دو گروه آزمون و کنترل به روش نمونه‌گیری مستمر انتخاب شدند. با توجه به آمار به دست آمده از مطالعات انجام شده در مورد نمره کل کیفیت زندگی ( $S^2=3$ ) و با در نظر گرفتن میزان اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ و اختلاف دو میانگین برابر با  $\frac{2}{5}$  ( $H_1 = H_2 = 2.5$ ) و با پیش بینی ۱۰ درصد افت نمونه، حداقل تعداد نمونه در هر گروه آزمون و کنترل ۲۷ نفر برآورد شد. معیار ورود به مطالعه، داشتن ۶۵ سال و بیشتر، رضایت شخصی، علاقه به شرکت در پژوهش و دارا بودن پرونده سالمندی در فرهنگ‌سرای سالمندان بود و معیار خروج از مطالعه نیز نداشتن رضایت از طرف خود یا خانواده، فوت، ابتلا به بیماری خاصی که مانع ادامه فعالیت فرد شود و عدم همکاری آگاهانه سالمند بود. ملاحظات اخلاقی که در این پژوهش مورد تأکید قرار داشتند عبارت بودند از هماهنگی تمام مراحل اجرای طرح با فرهنگ‌سرای سالمندان، اخذ رضایت نامه کتبی از سالمندان برای شرکت در مطالعه، نگهداری و تجزیه و تحلیل محرمانه اطلاعات گردآوری شده از سالمندان و بالاخره تعهد به اینکه نتایج به دست آمده از پژوهش به فرهنگ‌سرا ارائه خواهد شد. البته این مطالعه محدودیت‌هایی را هم به همراه داشت به‌ویژه با توجه به جدید بودن مطالب، تفهیم آن برای سالمندان مشکل بود و نیاز به صرف وقت و سعه صدر بیشتری داشت که سعی شد با در نظر گرفتن مدت زمان بیشتری برای آموزش، به این مشکل غلبه شود. محدودیت دیگری که در طی مطالعه با آن مواجه بودیم این بود که به علت بالا بودن سن افراد و مشکل بودن حضور در کلاس‌های آموزشی، نیاز به هماهنگی بیشتری بود. در این مطالعه ۲ پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت؛ یکی از پرسشنامه‌ها، پرسشنامه استاندارد سازمان بهداشت جهانی در مورد کیفیت زندگی (WHOQOL) بود که اعتبار و پایایی آن با مقادیر همبستگی و آلفای کرونباخ بالای ۰/۷ تأیید شده بود [۱۹]. این پرسشنامه شامل ۲۶ سؤال در ۶ قسمت (خود ارزیابی فرد از کیفیت زندگی، وضعیت سلامتی و فاکتورهای جسمی، روحی روانی، اجتماعی و محیطی)

دلایل محیطی و رفتاری آن‌ها و هم بر حسب توسعه، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های جامع ضرورت دارد [۱۲]. همچنین ارتقاء سلامت به تمام عوامل مؤثر بر سلامتی شامل خدمات بهداشتی، عامل ژنتیکی، رفتارهای فردی و محیط فیزیکی و اقتصادی- اجتماعی مربوط می‌شود. برای اجرای موفق برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت استفاده از تئوری‌ها و مدل‌ها ضرورت دارد [۱۳].

تئوری‌ها و الگوها دیدگاهی سیستماتیک از وقایع یا موفقیت‌ها را ارائه می‌کنند و یک فرآیند منظم برای تجزیه و تحلیل موفقیت‌ها یا شکست‌ها می‌باشند و به عنوان نقشه فرآیند آموزشی، راهنمایی لازم را برای بررسی و تشخیص آموزشی، روش برنامه‌ریزی آموزشی و طراحی مداخلات فراهم نموده و ارزشیابی را تسهیل می‌کند [۱۴]. یکی از این الگوها مدل پرسید است. مدل پرسید، فرآیندی برای تغییر رفتار می‌باشد و نتیجه احتمالی حاصل از یک برنامه آموزشی را بررسی می‌کند [۱۵]. این مدل بعدها به مدل پرسید-پرسید ارتقاء یافت که یکی از محبوب‌ترین مدل‌ها در آموزش بهداشت است و تقریباً ۱۰۰۰ کاربرد از این مدل تا سال ۲۰۰۰ در فیلد سلامتی منتشر شده است. سرواژه پرسید از اول ساختارهای مستعد کننده، تقویت کننده، قادرکننده در ارزیابی و تشخیص آموزشی/ محیطی و سرواژه پرسید از اول ساختارهای سیاست، تنظیمی و سازمانی در توسعه آموزشی و محیطی تشکیل شده است [۱۶]. این مدل که توسط لارنس گرین و مارشال کروتر (۱۹۹۹) طراحی شده است، رویکردی به برنامه‌ریزی است که عوامل مؤثر در تغییر رفتار را تحلیل می‌نماید و مبتنی بر این اصل است که تغییر پایدار همیشه به صورت داوطلبانه رخ می‌دهد و به وسیله انگیزش فردی در جهت درگیری مستقیم در فرآیند تغییر مشخص می‌گردد [۱۷]. این ویژگی برجسته مدل در مطالعه Jalili با عنوان کنترل کم خونی فقر آهن در کودکان ۵-۱ ساله با استفاده از الگوی آموزشی پرسید به وضوح دیده می‌شود [۱۸].

هدف این مطالعه نشان دادن تأثیر آموزش بر اساس سازه‌های آموزشی مدل پرسید بر تغییر رفتار و به تبع آن افزایش کیفیت زندگی سالمندان است و فقط از بخش پرسید مدل در پژوهش حاضر استفاده شده است.

سپس نتایج مطالعه با نرم افزار آماری SPSS 16 و آزمون‌های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و ... تحلیل شد. هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین سازه‌های آموزشی الگوی پرسید و اجزاء این سازه‌ها با کیفیت زندگی سالمندان بود که برای این منظور ابتدا ارتباط یا عدم ارتباط عوامل مستعد کننده، قادر کننده، تقویت کننده و سپس عوامل رفتاری و همچنین ارتباط اجزاء این سازه‌ها با کیفیت زندگی بررسی شد و سپس افزایش یا عدم افزایش نمره کل کیفیت زندگی سالمندان بعد از مداخله آموزشی در هر دو گروه و همچنین اختلاف میانگین نمره کل کیفیت زندگی بین دو گروه قبل و بعد از مداخله بررسی شد.

### یافته‌ها

یافته‌های مطالعه نشان داد که نمره بعضی از اجزاء و سطوح مختلف سازه‌های آموزشی مدل پرسید، بعد از مداخله در گروه آزمون بهبود یافت. همچنین بعضی از این سازه‌ها ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی نشان دادند. لیکن ارتباط بعضی دیگر نیز با کیفیت زندگی معنی‌دار نبود طوری که سطوح مختلف آگاهی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل، ارتباط معنی‌داری را نشان نداد. ارتباط سطوح نگرش با کیفیت زندگی در گروه آزمون قبل از مداخله معنی‌دار بود و بعد از مداخله به دلیل بهبود سطح نگرش همه افراد گروه به سطح بالاتر، بررسی ارتباط غیرقابل آزمون بود. لیکن سطوح مختلف نگرش در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی نشان نداد. ارتباط بعضی از عوامل قادرکننده و زمینه ساز برای کیفیت زندگی بهتر که با آموزش به راحتی قابل تغییر نبودند نیز سنجیده شد که از بین عوامل مختلفی همچون وضعیت شغلی، میزان درآمد، منبع درآمد، در قید حیات بودن همسر، مکان زندگی و نوع خانواده، بیمه درمانی، داشتن یا نداشتن بیماری خاص، امکانات عبور و مرور، پله برقی و آسانسور، امکانات رفاهی محل زندگی، چهار عامل منبع درآمد، در قید حیات بودن همسر، مکان زندگی و نوع خانواده و داشتن یا نداشتن بیماری خاص ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی نشان دادند. همچنین از بین عوامل قادرکننده قابل تغییر با آموزش (مهارت‌ها) شامل

است. البته در این مطالعه، نمره کل کیفیت زندگی ملاک عمل بود، نه قسمت‌های مختلف آن. پرسشنامه دیگر، محقق ساخته، به نام پرسشنامه مدل پرسید و به منظور انجام مداخله بر مبنای الگوی آموزشی پرسید و در خصوص شیوه زندگی سالم و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت می‌باشد که قسمت‌های مختلف آن عبارتند از سؤالات مربوط به عوامل مستعد کننده (۱۹ سوال آگاهی و ۱۶ سوال نگرشی)، ۱۶ سوال مربوط به عوامل قادر کننده، ۴ سوال مربوط به عوامل تقویت کننده و ۱۲ سوال مربوط به عوامل رفتاری که به ترتیب عبارت بودند از عوامل مستعد کننده؛ آگاهی (با ۴ سطح) و نگرش (با ۴ سطح) سالمندان در خصوص شیوه‌های زندگی سالم و رفتارهای سالم، عوامل قادر کننده؛ مجموعه امکاناتی که امکان یک زندگی سالم را فراهم می‌کند و کیفیت زندگی را ارتقاء می‌دهد و همچنین مهارت‌های فردی، عوامل تقویت کننده؛ احساس خود فرد و تشویقات و تأییداتی که فرد از محیط و اطرافیان به دلیل انجام رفتار سالم دریافت می‌کند و عوامل رفتاری؛ مجموعه رفتارهای سالمی که فرد جهت داشتن زندگی سالم و ارتقاء کیفیت زندگی انجام می‌دهد (در قسمت یافته‌ها به تمام متغیرهای مربوط به سازه‌ها اشاره شده است). اعتبار محتوایی این پرسشنامه از طریق پانل اساتید آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران کسب شد و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ از طریق آزمون باز آزمون تأیید شد. سپس پرسشنامه‌ها بین سالمندان تحت پوشش فرهنگ‌سرای سالمندان توزیع شد و جهت تفهیم بهتر پرسشنامه‌ها برای سالمندان، سؤالات به صورت شفاهی توضیح داده شد. بعد از تکمیل پرسشنامه‌های پیش آزمون، ۴ جلسه آموزشی در خصوص شیوه‌های زندگی سالم و کیفیت زندگی (شامل بهداشت فردی، تغذیه سالم، بهداشت روان، فعالیت بدنی، تقویت حافظه، نحوه برخورد با مشکلات و بیماری‌های مختلف و ...) برگزار شد و طی این جلسات، آموزش‌های لازم از طریق روش‌های آموزشی بحث گروهی، سخنرانی و پرسش و پاسخ و با استفاده از وسایل کمک آموزشی پروژکتور و کامپیوتر و نرم افزار پاورپوینت برای سالمندان گروه آزمون ارائه شد و یک ماه بعد از مداخله دوباره هر دو پرسشنامه از سالمندان دو گروه تکمیل شد و

و بعد از مداخله در گروه کنترل و ارتباط عامل رفتاری بازی با بچه‌ها و نوه‌ها قبل و بعد از مداخله و نوع رابطه با همسر قبل از مداخله با کیفیت زندگی در گروه آزمون، ارتباط معنی‌دار نشان داد.

میانگین نمره کل کیفیت زندگی بعد از مداخله در گروه آزمون بهبود یافت و برعکس گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری نشان نداد؛ لیکن با وجود بهبود در نمره کیفیت زندگی بعد از مداخله در گروه آزمون، بر اساس آزمون تی مستقل اختلاف معنی‌دار آماری در نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله دو گروه دیده نشد.

سطوح مختلف آگاهی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل، ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی نشان نداد. ارتباط سطوح نگرش در گروه آزمون قبل از مداخله معنی‌دار است و بعد از مداخله به دلیل افزایش نگرش همه افراد به سطح دوم نگرش غیر قابل آزمون بود. لیکن سطوح نگرش در گروه کنترل ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی نشان نداد (جدول ۱).

مهارت‌های رعایت بهداشت فردی، آرام‌سازی عصبی، ورزش و پیاده‌روی، تلاش برای تغذیه سالم و یافتن منبع اطلاعات، بین مهارت تلاش برای تغذیه سالم و کیفیت زندگی در گروه آزمون ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. در حالیکه هیچ کدام از مهارت‌ها به دلیل عدم آموزش و عدم تغییر در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی نشان ندادند. قبل از مداخله احساس خوشایند بعد از رفتار سالم و تقدیر از طرف دوستان و بعد از مداخله احساس خوشایند بعد از رفتار سالم و تشویق خانواده با کیفیت زندگی گروه کنترل ارتباط نشان دادند. لیکن ارتباط عوامل تقویت کننده قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون با کیفیت زندگی معنی‌دار نبود. در ادامه، تأثیر عوامل رفتاری از قبیل عضویت در گروه ورزش و بازی، بازی با بچه‌ها و نوه‌ها، شرکت در گروه‌های خاطره‌گویی، رفتن به پارک، شرکت در مجالس مذهبی، نوع رابطه با فرزندان، قصد ازدواج مجدد، نوع رابطه با همسر، و استقلال یا عدم استقلال در انجام کارهای شخصی بر کیفیت زندگی افراد سنجیده شد که از این میان عوامل رفتاری بازی با بچه‌ها و نوه‌ها و نوع رابطه با فرزندان با کیفیت زندگی قبل

جدول ۱- مقایسه ارتباط سطح عوامل مستعد کننده با کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل در سالمندان

| کننده                  | عامل مستعد         | نمره کیفیت زندگی       | آگاهی                  |                        | نگرش                   |                |
|------------------------|--------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------|
|                        |                    |                        | آزمون                  | کنترل                  | آزمون                  | کنترل          |
| سطح عامل               | عالی ( $\geq 40$ ) | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | $T = -0.565$   |
|                        | متوسط ( $30-39$ )  | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | $P = 0.577$    |
| میانگین و انحراف معیار | عالی ( $\geq 40$ ) | $16.14 \pm 8.17 / 6.6$ | $15.07 \pm 7.9 / 8.9$  | $14.8 \pm 9.3 / 9.6$   | $14.8 \pm 8.8 / 7.8$   | $T = -1.005$   |
|                        | متوسط ( $30-39$ )  | $7.07$                 | $9.97 \pm 7.7 / 5$     | $9.8 \pm 8.3 / 3.3$    | $9.8 \pm 8.8 / 7.8$    | $P = 0.334$    |
| آزمون                  | ضعیف ( $< 20$ )    | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | غیر قابل آزمون |
|                        | متوسط ( $30-39$ )  | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | $T = -2.301$   |
| سطح عامل               | عالی ( $\geq 40$ ) | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | $P = 0.3$      |
|                        | متوسط ( $30-39$ )  | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | $T = 2.532$    |
| میانگین و انحراف معیار | عالی ( $\geq 40$ ) | $11.03 \pm 7.9 / 8.9$  | $11.07 \pm 7.9 / 8.9$  | $11.03 \pm 7.9 / 8.9$  | $11.03 \pm 7.9 / 8.9$  | $P = 0.101$    |
|                        | متوسط ( $30-39$ )  | $16.14 \pm 8.17 / 6.6$ | $16.14 \pm 8.17 / 6.6$ | $16.14 \pm 8.17 / 6.6$ | $16.14 \pm 8.17 / 6.6$ | $T = 2.519$    |
| آزمون                  | ضعیف ( $< 20$ )    | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | $P = 0.102$    |
|                        | متوسط ( $30-39$ )  | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | $T = 0.883$    |
| سطح عامل               | عالی ( $\geq 40$ ) | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | $P = 0.356$    |
|                        | متوسط ( $30-39$ )  | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | قبل از مداخله          | بعد از مداخله          | $T = -1.307$   |
| میانگین و انحراف معیار | عالی ( $\geq 40$ ) | $16.14 \pm 8.17 / 6.6$ | $16.14 \pm 8.17 / 6.6$ | $16.14 \pm 8.17 / 6.6$ | $16.14 \pm 8.17 / 6.6$ | $P = 0.289$    |
|                        | متوسط ( $30-39$ )  | $7.07$                 | $9.97 \pm 7.7 / 5$     | $9.8 \pm 8.3 / 3.3$    | $9.8 \pm 8.8 / 7.8$    |                |

سالم ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی دارد و هیچ کدام از مهارت‌ها در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی نشان ندادند.

جدول ۲ ارتباط عوامل قادرکننده با کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. از بین عوامل قادرکننده قابل تغییر با آموزش (مهارت‌ها) در گروه آزمون، مهارت تلاش برای تغذیه

جدول ۲- مقایسه ارتباط عوامل قادرکننده (مهارت‌ها) با کیفیت زندگی، قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل

| کنترل                  |                        | آزمون                  |                        | نمره کیفیت زندگی |               | عامل قادرکننده               |
|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------|---------------|------------------------------|
| انحراف معیار و میانگین | انحراف معیار و میانگین | انحراف معیار و میانگین | انحراف معیار و میانگین | تست آماری        | نتیجه         |                              |
| $T = ۰/۶۴۵$            | $۱۵/۰۵ \pm ۸۷$         | $T = ۰/۵۵۵$            | $۱۷/۲۹ \pm ۹۰/۶۵$      | بلی              | قبل از مداخله | مهارت رعایت بهداشت فردی      |
| $P = ۰/۵۲۵$            | $۲/۸۳ \pm ۸۰$          | $P = ۰/۵۸۴$            | $۱۷/۴۱ \pm ۸۶/۴۳$      | خیر              | بعد از مداخله |                              |
| $T = ۰/۶۲۳$            | $۱۵/۴۸ \pm ۸۶/۹۶$      | $T = ۰/۹۶$             | $۱۴/۸۲ \pm ۹۴/۵$       | بلی              | قبل از مداخله | انجام مهارت آرام سازی        |
| $P = ۰/۵۳۹$            | $۲/۸۳ \pm ۸۰$          | $P = ۰/۳۴۶$            | $۰ \pm ۸۰$             | خیر              | بعد از مداخله |                              |
| $T = -۰/۱۸۸$           | $۱۴/۲۱ \pm ۸۵/۵۷$      | غیر قابل آزمون         | $۰ \pm ۰$              | بلی              | قبل از مداخله | انجام مهارت ورزش و پیاده‌روی |
| $P = ۰/۸۵۲$            | $۱۵/۰۷ \pm ۸۶/۸$       |                        | $۱۷/۰۸ \pm ۸۹/۵۶$      | خیر              | بعد از مداخله |                              |
| $T = ۰/۰۳$             | $۱۴/۹۵ \pm ۸۶/۵۷$      | $T = ۰/۱۳۱$            | $۱۷/۳۴ \pm ۹۴/۲۱$      | بلی              | قبل از مداخله | تلاش برای تغذیه سالم         |
| $P = ۰/۹۷۶$            | $۱۵/۰۴ \pm ۸۶/۳۷$      | $P = ۰/۸۹۷$            | $۶/۳ \pm ۹۳/۳۸$        | خیر              | بعد از مداخله |                              |
| $T = ۱/۲۵۶$            | $۱۲/۶۴ \pm ۸۹/۳۸$      | $T = ۰/۹۳$             | $۱۶/۷۴ \pm ۹۱/۷۲$      | بلی              | قبل از مداخله | داشتن منبع اطلاعات           |
| $P = ۰/۲۲۱$            | $۱۶/۷۷ \pm ۸۲/۲۷$      | $P = ۰/۳۶۲$            | $۱۷/۹۳ \pm ۸۵/۲۲$      | خیر              | بعد از مداخله |                              |
| $T = ۱/۲۷۸$            | $۱۲/۹۸ \pm ۸۹/۶$       | $T = ۰/۷۸۵$            | $۱۵/۰۸ \pm ۹۳/۱۷$      | بلی              | قبل از مداخله |                              |
| $P = ۰/۲۱۳$            | $۱۷/۰۲ \pm ۸۲/۰۹$      | $P = ۰/۴۴$             | $۱۲/۷۴ \pm ۱۰/۰۳$      | خیر              | بعد از مداخله |                              |
| $T = ۰/۲۷۱$            | $۱۰/۲۵ \pm ۸۷/۱۳$      | $T = ۰/۴۶۱$            | $۱۵/۰۱ \pm ۸۷/۸۳$      | بلی              | قبل از مداخله |                              |
| $P = ۰/۷۸۸$            | $۱۹/۸۶ \pm ۸۵/۵۵$      | $P = ۰/۶۴۹$            | $۱۸/۹۹ \pm ۹۰/۹۳$      | خیر              | بعد از مداخله |                              |
| $T = ۰/۵۶۳$            | $۱۰/۶۸ \pm ۸۷/۷۵$      | $T = ۳/۵۰۳$            | $۱۲/۶۲ \pm ۹۶/۳۲$      | بلی              | قبل از مداخله |                              |
| $P = ۰/۵۷۸$            | $۲۰/۶۲ \pm ۸۴/۳$       | $P = ۰/۰۰۲$            | $۰/۷۱ \pm ۶۴/۵$        | خیر              | بعد از مداخله |                              |
| $T = -۰/۵۴۵$           | $۱۸/۳۸ \pm ۸۱$         | $T = ۰/۲۰۷$            | $۲/۸۳ \pm ۸۷$          | بلی              | قبل از مداخله |                              |
| $P = ۰/۵۹۱$            | $۱۴/۶۳ \pm ۸۶/۹۲$      | $P = ۰/۸۳۸$            | $۱۸/۱۴ \pm ۸۹/۷۱$      | خیر              | بعد از مداخله |                              |
| $T = -۰/۴۲۷$           | $۱۸/۳۸ \pm ۸۲$         | $T = ۰/۶۵۷$            | $۱۴/۷۳ \pm ۹۳/۱۷$      | بلی              | قبل از مداخله |                              |
| $P = ۰/۶۷۳$            | $۱۵/۰۸ \pm ۸۶/۷۹$      | $P = ۰/۵۱۷$            | $۱۶/۵۸ \pm ۹۸/۵$       | خیر              | بعد از مداخله |                              |

از طرف دوستان و بعد از مداخله احساس خوشایند بعد از رفتار سالم و تشویق خانواده با کیفیت زندگی ارتباط دارند. اختلاف معنی‌دار آماری در نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله بین دو گروه مشاهده نشد (جدول ۴).

ارتباط عوامل تقویت کننده با کیفیت زندگی در جدول ۳ آمده است همان‌گونه که در این جدول مشاهده می‌شود، ارتباط عوامل تقویت کننده قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون با کیفیت زندگی معنی‌دار نیست و در گروه کنترل قبل از مداخله احساس خوشایند بعد از رفتار سالم و تقدیر

جدول ۳- مقایسه ارتباط عوامل تقویت کننده با کیفیت زندگی، قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

| آزمون                     |                           | کنترل                     |                           | عامل تقویت کننده / نمره کیفیت زندگی |     |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------|-----|
| میانگین و انحراف<br>مستقل | میانگین و انحراف<br>مستقل | میانگین و انحراف<br>مستقل | میانگین و انحراف<br>مستقل |                                     |     |
| T = ۰/۴۲۸                 | ۱۷/۶۲±۸۹/۹۶               | T = ۲/۶۱۸                 | ۱۳/۴۵±۸۸/۳۶               | احساس خوشایند بعد از رفتار سالم     | بلی |
| P = ۰/۶۷۲                 | ۹/۱۹±۸۴/۵                 | P = ۰/۰۱۵                 | ۱/۴۱±۶۳                   |                                     | خیر |
| T = ۱/۰۹۷                 | ۱۳/۹۲±۹۸/۵                | T = ۰/۵۸۵                 | ۰±۷۸                      | تشویق از طرف مرکز بهداشتی درمانی    | بلی |
| P = ۰/۲۸۴                 | ۱۸/۲±۸۷/۹                 | P = ۰/۵۶۴                 | ۱۴/۷۸±۸۶/۸۱               |                                     | خیر |
| T = ۱/۲۳۴                 | ۱۷/۹۴±۹۱/۹                | T = ۱/۸۹                  | ۱۵/۵۶±۹۱                  | تشویق از طرف خانواده                | بلی |
| P = ۰/۲۲۹                 | ۱۴/۲۵±۸۲                  | P = ۰/۰۷۱                 | ۱۱/۵۱±۸۰/۸۳               |                                     | خیر |
| T = ۰/۴۶۷                 | ۲۰/۲۷±۹۱                  | T = ۲/۱۹۸                 | ۱۵/۳۲±۹۲/۴۶               | تشویق از طرف دوستان                 | بلی |
| P = ۰/۶۴۵                 | ۱۲/۰۸±۸۷/۱۴               | P = ۰/۰۳۷                 | ۱۱/۸۴±۸۰/۹۳               |                                     | خیر |
| غیر قابل<br>آزمون         | ۱۴/۸±۹۳/۹۶                | T = ۲/۶۸                  | ۱۳/۶۹±۸۸/۴۶               | احساس خوشایند بعد از رفتار سالم     | بلی |
|                           | ۰±۰                       | P = ۰/۰۱۳                 | ۲/۸۳±۶۲                   |                                     | خیر |
| T = ۱/۱۰۸                 | ۱۴/۱±۱۰/۲                 | T = ۰/۵۶۵                 | ۰±۷۸                      | تشویق از طرف مرکز بهداشتی درمانی    | بلی |
| P = ۰/۲۷۸                 | ۱۴/۸۳±۹۲/۶۵               | P = ۰/۵۷۷                 | ۱۵/۱۹±۸۶/۷۶               |                                     | خیر |
| T = ۱/۷۸۴                 | ۱۴/۴۲±۹۶/۵۷               | T = ۲/۲۸۱                 | ۱۵/۴۸±۹۱/۷۳               | تشویق از طرف خانواده                | بلی |
| P = ۰/۰۸۷                 | ۱۳/۳۸±۸۴/۸۳               | P = ۰/۰۳۲                 | ۱۱/۲۲±۷۹/۱۸               |                                     | خیر |
| T = ۰/۷۰۱                 | ۱۷/۱±۹۵/۳۹                | T = ۱/۹                   | ۱۵/۸۶±۹۲/۱۷               | تشویق از طرف دوستان                 | بلی |
| P = ۰/۴۹                  | ۸/۷۷±۹۱/۱۱                | P = ۰/۰۶۹                 | ۱۲/۷۴±۸۱/۵                |                                     | خیر |

جدول ۴- مقایسه تغییر کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و کنترل

| بعد از مداخله       |            | قبل از مداخله        |             | کیفیت زندگی            |
|---------------------|------------|----------------------|-------------|------------------------|
| کنترل               | آزمون      | کنترل                | آزمون       |                        |
| ۸۶/۴۲±۱۴/۹          | ۹۳/۹۶±۱۴/۷ | ۸۶/۴۸±۱۴/۵۹          | ۸۹/۵۵±۱۷/۰۸ | میانگین و انحراف معیار |
| T = ۱/۸۴ ، P = ۰/۰۷ |            | T = ۰/۷۱۱ ، P = ۰/۴۸ |             | آزمون تی مستقل         |

### بحث

تأثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل پرسید بر کیفیت زندگی سالمندان که منجر به تغییر معنی دار کیفیت زندگی در گروه آزمون شده بود به خوبی مشهود است [۱]. مدل پرسید، مفاهیم قابل سنجش از هدایت یک تشخیص آموزشی در سلامتی، رفتاری و شناختی، نگرشی و شرایط سازمانی قبل از توسعه یک برنامه آموزشی را پیشنهاد می کند [۲۰]. مطالعه Chiou و همکاران نیز که اهمیت عوامل مستعدکننده و عوامل تقویت کننده را برای سبک زندگی سالم در کارمندان شهری از طریق مدل پرسید نشان داده است، این موضوع را تأیید می کند [۲۱].

نتایج مطالعه حاضر بر افزایش کیفیت زندگی سالمندان در اثر مداخله آموزشی از طریق الگوی پرسید دلالت می کند و نشان می دهد که سازه های آموزشی مدل پرسید اعم از مستعد کننده، قادر کننده و تقویت کننده بر روی عوامل رفتاری تأثیر می گذارند و منجر به کسب رفتارهای سالم می شوند و این رفتارها نیز به نوبه خود بر افزایش سطح سلامت و به تبع آن بر افزایش سطح کیفیت زندگی مؤثر است. این فرآیند در مطالعه Afkari و همکاران با عنوان

پیش بینی رفتار آزمون سلامت سالمندان استفاده شود [۳۰].

### نتیجه گیری

هر چند ارتقاء کیفیت زندگی و ایجاد زندگی سالم، شاد و مولد در افراد مخصوصاً افراد سالمند صرفاً از طریق آموزش بسیار مشکل است و نیاز به سیاست‌گذاری، صرف زمان بیشتر و حمایت‌های جانبی در کنار آموزش دارد، لیکن نقش مداخلات آموزشی در کسب شیوه زندگی سالم در افراد مختلف حتی سالمندان که دوران کهولت سنی را پشت سر می‌گذارند، نباید نادیده گرفته شود و اگر این مداخلات به صورت علمی و برنامه‌ریزی شده از طریق الگوهای جامع و شناخته شده از جمله الگوی پرسید صورت گیرد به طور یقین نتایج بهتری را به همراه خواهد داشت زیرا مدل‌هایی مثل پرسید یک جنبش سیستماتیک را برای انجام رفتارهای سالم در فرد رهبری می‌کنند. همچنین برای دسترسی به افزایش مطلوب در کیفیت زندگی از طریق مداخله آموزشی، رعایت فاصله مناسب بعد از آموزش و دادن فرصت کافی به افراد برای ایجاد تغییر در رفتار ضرورت دارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود با غربال‌گری سالمندان از نظر مشکلات سلامتی، طرح‌ریزی برنامه جامع آموزش سالمندان با استفاده از مدل‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت در جهت پیشگیری و کاهش مشکلات دوران سالمندی؛ صرف زمان کافی برای مداخلات آموزشی در کنار مداخلات بالینی، اجتماعی، فرهنگی و رفاهی، و بسترسازی مناسب و تأمین امکانات کافی برای داشتن زندگی سالم، کیفیت زندگی سالمندان و سال‌های فعال عمر آنان را افزایش داد.

### سپاسگزاری

نویسندگان مقاله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران و تمامی کسانی که در این تحقیق شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

پژوهش انجام یافته توسط Dehdari و همکاران با عنوان تأثیر آموزش بر مبنای الگوی پرسید - پرسید بر افزایش کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی بای پس عروق کرونر به نتایج این مطالعه قوت می‌بخشد [۲۲]. یافته‌های مطالعه Khorsandi و همکاران بر اهمیت و پتانسیل مدل پرسید در آموزش تاکید می‌کند و تأثیر سازه‌های آموزشی این مدل را در تغییر رفتار تأیید می‌کند [۲۳]. De Kleijn و همکاران با استفاده از مدل پرسید-پرسید تأثیر این الگو را در کسب رفتارهای سالم و افزایش سطح سلامتی بیماران دیابتی نوع دو از طریق مدیریت رژیم غذایی این افراد نشان می‌دهند [۲۴]. Salinero-Fort و همکاران اثربخشی مدل پرسید را در کنترل متابولیک و کاهش عوامل خطر کاردیو و سکولار در بیماران دیابتی نوع دو ثابت می‌کنند و با توجه به نتایج این مطالعه، مدل پرسید در آموزش بهداشت روش مفیدی برای مدیریت بیماری دیابت نوع دو در مبتلایان می‌باشد [۲۵]. از طرفی نتایج مطالعه Shahab Jahanloo و همکاران ضرورت مداخله آموزشی را برای ایجاد خودکارآمدی و افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتیک مصرف کننده دخانیات تأیید می‌کند [۲۶]. مطالعه دیگری کارآیی و اثر بخشی برنامه آموزشی بر اساس الگوی پرسید را در پیشگیری و کاهش میزان افسردگی بیماران با عمل جراحی بای پس عروق کرونر و توان ایجاد تغییر رفتار توسط این مدل را اثبات می‌کند [۲۷]. و بالاخره Nazari و همکاران نشان دادند که طراحی و اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید - پرسید و سازه‌های این الگو (آگاهی، نگرش، رفتار، عوامل قادر کننده و عوامل تقویت کننده) می‌تواند سبب افزایش رفتارهای ایمن در دانش آموزان مدارس ابتدایی گردد [۲۸]. حال با توجه به تأثیر آموزش بر تغییر رفتار در گروه‌های مختلف سنی و جنسی می‌توان گفت که سالمندان نیز برای داشتن شیوه زندگی سالم به آموزش و افزایش آگاهی از طریق یک برنامه‌ریزی دقیق و جامع آموزشی نیازمند هستند [۲۹]. در این نوع برنامه‌ریزی‌های آموزشی، تمرکز بر فاکتورهای مستعد کننده، قادر کننده و تقویت کننده می‌تواند برای



## ماخذ

1. Afkari ME, Solhi M, Matin H, Hossieni F, Mansourian M. The Effect of PRECEDE Educational Model on Quality of Life Improvement in the Elderly. *Salmand (Iranian Journal of Ageing)* 2011; 5(18): 37-45.
2. Ajh N, Mehrtash B, Javadi A. effective of education and social support on quality of life in resident elders in Gazvin sanitarium (2011). *Scientific journal of Ghazvin Iran univ, of med, sci, autumn* 2011; V16 (3(64).
3. Report from exploring elders' status in 2002. Iran Ministry of Health & Medical Education, Health Helpmeetation, *Population and Family Health Office*; 2007.
4. Statistical center of iran. Selection of result of public census in hearts and housing 2010, president, assistance of planning and strategic supervision. URL: <http://www.amar.org.ir>
5. Tajvar M. *Elders health and review on diverse aspect of their life*: 2nd Ed, Tehran: Nasle Farda publisher; 2003.
6. Ghahramani L, Nazari M, Mousavi M.T. Improvement quality of life in Kahrizak older men based on educational intervention. *knowledge & health journal, Shahrood Iran univ, of med, sci* 2008; 4(2): 18-23.
7. Rabiei L, mostafavi F, masoudi R, hasanzadeh A. Effective of educational intervention based on empowerment of elders with family-based model. *Journal of health system Researches* 2012; 8(2): 301-313.
8. Heidari M, Shahbazi S. Effective of self-care educational program on elder's quality of lifes. Center of Nursing Care Research (CNCR) *journal (Iran nursing journal)* 2013; 25(75): 1-8.
9. Salar A.R, Ahmadi F.A, Faghihzadeh S. Study of effectiveness of continuous care consultation on the quality of life of elderly clients. *Tabibe Shargh* 2003; 5(4): 261-267.
10. Hasanpour Dehkordi A, Masudi R, Naderipour A, Pourmirza Kalhori R. Effect of sport program on quality of life in Shahrekord. *Salmand (Iran elderly journal)* 2007; 2(6): 437-443.
11. Mohagheghi Kamal S.H , Sajadi H, Zare H, Biglarian A. Comparison of quality of life between elderly pensioners in social security organizations and state retirement living in Qom city, 2007. *Health Management* 2007; 10(27): 49-56.
12. Koelen MA, AW. v. d. Ban. Health Education and Health Promotion, First published, 2004. Wageningen academic publisher, *the Netherlands* 2004; 25.
13. Shojaiezadeh D. *Models for behavior Study in health education, Whole Operation of Communications and Health Education*. Health Helpmeetation Ministry of Health and Medical Education, 1st Ed, 2000.
14. Mohammadi N, Rafieifar SH, Akbari M, Jamshidi H. *Health education (acquaintance with practical concepts) for Health education experts. Ministry of Health & Medical Education, Health Helpmeetation, Operation of communications and health Education*. Tehran University of Medical Sciences: Mehre Ravesh Publisher, 2005.
15. Green LW KM. *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. edn, editor: Palo Alto: Mayfield Publishing Co; 1991.
16. Sharma M, Romas J.A. *Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion*; second edition, copyright 2012 by jones & Bartlett learning, LLC: 43.
17. Saffari M, Shojaiezadeh D, Ghofranipour F, Pakpour A, Ramazankhani A, Hosseini Sade S.R. *Health communication*. asar e sobhan institute, 2st edit, September 2012: 82.
18. Jalili Z, Heydarnia A.R, Faghihzadeh S, Dabiri Sh , Hazavehei MM, Mohammadalizadeh S. Control of iron deficiency anemia in children aged 1-5 year old with using the PRECEDE educational model in Kerman . *Journal of Shahi Sadughi University of Medical Sciences (Yazd)* 2001; 9(4): 67-76.
19. Nejat S, Montazeri A, Holakooie Naieeni K, Mohammad K, Majdzadeh S. Standardization of WHO's quality of life questionnaire, rendition and assay Justifiability of WHOQOL (brief)'s Iranian kind. *Journal of the School of Health and Health Researches* 2006; 4(4): 1-12.
20. Chwalow J. Evaluation of health education programs [Article in French]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1991; 39(1): 83-87.
21. Chiou CJ, Huang YH, Ka JK, Chun FJ, Huang HY. Related factors contributing to the healthy lifestyle of urban employees through the PRECEDE model [Article in Chinese]. *Kaohsiung J Med Sci* 1998; 14(6): 39-47.
22. Dehdari T, Heidarnia A.R, Ramazankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F, Eatemadi S. Planing and evaluation of an educational intervention programs to improve life quality inpatient after coronary artery bypass surgery according to PRECEDE-PROCEED model. *The Journal of Birjand University of Medical Sciences Winter* 2008; 15(4): 27-38.
23. Khorsandi M, Ghofranipour F, Heidarnia A.R, Faghihzadeh S. Effect of PRECEDE-PROCEED model combined with the Health Belief Model and the Self-Efficacy to increase normal childbirth in nulliparous women. *Tarbiat Modarres Unive, School of Med Sci, Tehran* 2007.
24. De Kleijn A. Health improvement through dietary management of type 2 diabetes. *Br J Community nurs* 2008; 13(8): 378, 380-383.
25. Salinero-Fort MA, Arrieta- Blanco F, Carrillo-de Santa Pau E, Martín-Madrado C, Piñera-Tames M, Vázquez-Martínez C, et al. Effectiveness of PRECEDE model for health education in metabolic control and reduction of

- cardiovascular risk factors in patients with diabetes type 2 [Article in Spanish]. *Rev Clin Esp* 2009; 209(7): 325-331.
26. Shahab Jahanloo A.R, Ghofranipour F, Kimiagar M, Vafaiy M, Heidarnia A, Sobhani A.R, et al. Realationship between knowledge, independence and quality of life with sugar and lipid control in diabetic patient with tobacco consumption. *Hormozgan Medical Journal* 2007; 11(4): 61 - 66.
27. Hazavehei SM, Sabzmakan L, Hassanzadeh A, Rabiei K. The effect of PRECEDE model-based educational program on depression level in patient with coronary artery bypass grafting. *Journal of Gazvin University of Medical Sciences* 2008; 12(2): 32-40.
28. Nazari M, Heydarnia A.R, Eftekhar Ardebili H, Mobasheri M, Shokravi Farkhondeh A, Niknami S, et al. Intrvention Based on PRECEDE-PROCEED Model For Promoting Safety Behaviors In Primary School Boys. *Armaghan Danesh* 2008; 13(2): 83-93.
29. Samadi S, Baiat A, Taheri H, Joneid B, Rouzbahani N. Knowledge, Attitude, and Practice of elders realated healthy life style in aging period. *Journal of Gazvin University of Medical Sciences* 2007; 11(1): 83-84.
30. Chiou CJ, Wu CM, Wang RH, Lee ST. Utilizing the PRECEDE model to predict health examination behavior of the elderly [Article in Chinese]. *Kaohsiung J Med Sci* 1999; 15(6): 348-358.

## **RELATIONSHIP BETWEEN THE EDUCATIONAL STAGE OF PRECEDE MODEL AND QUALITY OF LIFE IMPROVEMENT IN THE ELDERLY AFFILIATED WITH TEHRAN CULTURE HOUSE FOR THE AGED**

habibeh Matin<sup>1</sup>, Babak Rastgarimehr<sup>2</sup>, Afkari Mohammad Eshagh<sup>3</sup>, Solhi Mahnaz<sup>3</sup>, Mohammad Hosein Taghdisi<sup>3</sup>, Morteza Mansourian<sup>4</sup>, Zahra Shafieyan<sup>5</sup>, Mostafa Qorbani<sup>6,7</sup>, Hamid Asayesh<sup>8</sup>, Aziz Rezapoor<sup>9</sup>, Farshad Sharifi<sup>10</sup>, hamid Jafaraliloo<sup>11\*</sup>

1. Student. Health education and promotion, School of Health, Tabriz university of medical, sciences, Tabriz-Iran
2. Abadan School of medical sciences, Abadan, Iran
3. Department of Health education and promotion, Iran university, of medical, sciences, Tehran, Iran
4. Department of Health education and promotion, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
5. Hospital management research center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
6. Department of community medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
7. Non-Communicable Diseases Research Center, Endocrinology and Metabolism Population Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
8. Instructor, Faculty Member, Medical Emergency Department, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran
9. Department of Health Economics, school of health management and information sciences and Health management and economic research center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
10. Elderly Health Research Center, Endocrinology and Metabolism Population Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
11. Student Health education & promotion, School of Health, Zahedan university of medical sciences, Zahedan, Iran

### **ABSTRACT**

**Background:** increasing the population of aged, Consequently Increasing rate of chronic disease and to decreasing quality of life level caused many problems in different communities. The important aim of this study was surveying the effect of an educational intervention by use of the educational components of precede model on quality of life in the elders.

**Methods:** This semi-empirical research was performed on 54 aged people in two group-case and control- for the Aged in 2009. In this study two questionnaires; the designed questionnaire based on PRECEDE model and the questionnaire on the quality of life standard of the World Health Organization (WHOQOL) were used and the quality of life of the aged people in two groups before and after one month from the educational interference was evaluated. Independent t-test paired T-test, one way ANOVA, was used for data analysis .

**Results:** The average total score of the quality of life of the aged people of test group, showed a meaningful difference before and after educational interference with a p quality less than 0.05, but there wasn't a meaningful difference between total scores of two groups. Though the relationship of attitude (predisposing factors), enabling factors (skills) and behavioral factors with quality of life of a p quality less than 0.05 was meaningful. But knowledge (predisposing factor) and reinforcing factors didn't show a meaningful relationship with the quality of life.

**Conclusion:** It seems that the health, education and health promotion programs are effective on quality of life in the aged people.

**Keywords:** Aged people, PRECEDE Model, Quality of life, Culture House for the Aged

---

\*Dr. Hesabi Sq. Zahedan university of medical sciences, Zahedan, Iran, Post code: 9816743463 Tel: 9141603716, Email: HJafaralilou@gmail.com