

تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید بر ارتقای کیفیت زندگی سالمندان

پریناز دشمنگیر^۱، شایسته شیرزادی^۱، محمد حسین تقدیسی^۲، لیلا دشمنگیر^{۳*}

^۱ کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
^۲ دکتری تخصصی آموزش بهداشت، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
^۳ دکتری تخصصی سیاست گذاری سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۸/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۶/۲۹

چکیده

مقدمه: افزایش جمعیت سالمندان لزوم توجه به ارتقای کیفیت زندگی آنها را افزایش داده است. مطالعه حاضر باهدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر اساس الگوی پرسید در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی بر روی ۸۰ نفر از سالمندان که به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شده بودند، انجام شد. طراحی برنامه مداخله، مطابق با مراحل الگوی پرسید صورت گرفت. قبل از اجرای مداخله پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی و پرسشنامه خودساخته و استاندارد مطابق با مراحل الگوی پرسید در هر دو گروه تکمیل شد و یک ماه بعد از مداخله هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل نمودند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۱ و آزمون‌های تی‌زوجی، تی‌مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه، کای‌دو و کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره کل کیفیت زندگی در گروه مداخله قبل از مداخله آموزشی $13/23 \pm 76/77$ بود که بعد از مداخله آموزشی به $12/25 \pm 82/87$ افزایش یافت، بر این اساس اختلاف آماری معنی‌داری بین نمره کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله آموزشی وجود داشت ($P=0/031$). یافته‌های حاصل از ابعاد مختلف کیفیت زندگی نیز نشان داد که اختلاف معناداری در ابعاد سلامت جسمی و سلامت روانی، اجتماعی و محیطی قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله وجود داشت ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: به‌کارگیری الگوی پرسید می‌تواند منجر به شناسایی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان و در نتیجه تدوین برنامه آموزشی مؤثر گردد.

واژگان کلیدی: سالمندی، آموزش بهداشت، الگوی پرسید، کیفیت زندگی

مقدمه

۲ میلیون جمعیت ۶۵ سال و بالاتر خواهند داشت (۲). با افزایش سن، مواجه با ناتوانی و بیماری‌های مزمن بیشتر می‌شود و مراقبت‌های طولانی‌مدت از سالمندان چالش بزرگی برای پزشکان و مراقبت‌کنندگان از آنها ایجاد می‌کند (۳). کیفیت زندگی نامطلوب در دوران سالمندی با از دست دادن سلامتی و کیفیت زندگی مطلوب متناسب با فعالیت، درآمد، زندگی اجتماعی و ارتباط با خانواده همراه می‌باشد. مطالعه Xavier با عنوان تعریف سالمندان از کیفیت

رشد جمعیت سالمندان در تمامی مناطق دنیا در حال افزایش می‌باشد و پیش‌بینی می‌شود در سطح جهان نسبت جمعیت افراد ۶۰ سال به بالا از ۱۰٪ کنونی به ۲۲٪ در سال ۲۰۵۰ برسد (۱). در سال ۲۰۳۰ بیش از ۶۰ کشور جهان

* نویسنده مسئول: لیلا دشمنگیر، تبریز، خیابان دانشگاه، جنب مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. تلفن: ۰۴۵۷-۲۳۳۸۰۴۵۷ ایمیل: leiladoshmangir@yahoo.com

زندگی نشان داد که ۵۷٪ از سالمندان مورد مطالعه، کیفیت زندگی خود را مطلوب، ۱۸٪ نامطلوب و ۲۵٪ متوسط ارزیابی کرده‌اند (۴). در سال ۲۰۰۵ پژوهش‌های Thongsomboon در منطقه Sukhothai بیانگر این بود که ۰/۸٪ از سالمندان مورد مطالعه، کیفیت زندگی در سطح پایین، ۷۵/۶٪ در سطح متوسط، ۲۳/۶٪ کیفیت زندگی در سطح مطلوب داشتند (۵). نتایج بررسی‌های انجام گرفته بر سالمندان غرب تهران دلالت بر کیفیت زندگی متوسط این گروه دارد (۶). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را ادراک فرد از خود یا موقعیت خود در زندگی، در چهارچوب سیستم‌های فرهنگی و ارزشی در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌ها تعریف می‌کند (۷). بررسی‌های انجام شده در انگلستان نشان داده که رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت منجر به ایجاد سالمندی سالم (Healthy Ageing) و افزایش کیفیت زندگی در افراد سالمند می‌شود (۸). به منظور ارتقای کیفیت زندگی سالمندان فراهم کردن فرصت‌هایی برای آموزش و یادگیری سالمندان و ایجاد رضایت شخصی و زندگی فعال در جامعه برای آنان لازم و ضروری می‌باشد (۹). تئوری‌ها و الگوها ابزارهای مفیدی در آموزش بهداشت به منظور مقابله با چالش‌های ارزیابی نیازها، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه و نیز هماهنگی خدمات، می‌باشند (۱۰). الگوهای متعددی برای برنامه‌های ارتقای سلامت وجود دارد و مطالعات مختلف بیانگر مناسب بودن الگوی پرسید در طراحی و ارزشیابی برنامه‌های ارتقای سلامت می‌باشد (۳). الگوی پرسید برنامه‌ریزی جامع و نظام‌مندی را بر اساس توانمندسازی افراد به منظور درگیری فعال در جامعه در جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان فراهم می‌نماید. پرسید همچنین به عنوان الگویی موفق در برنامه‌های آموزش بهداشت معرفی گردیده است. هدف اصلی این الگو به کارگیری سازمان یافته تئوری‌ها و مفاهیم به منظور برنامه‌ریزی و ارزیابی برنامه‌های تغییر رفتار است. الگوی پرسید در دهه ۱۹۷۰ توسط گرین و همکارانش طراحی شد. پرسید (PRECEDE) مخفف سازه‌های مستعد کننده (Predisposing)، قادرکننده (Enabling) و تقویت کننده (Reinforcing) در تشخیص

آموزشی (Educational) و ارزشیابی (Evaluation) می‌باشد. این الگو بر این فرض پایه‌ریزی شده است که تشخیص آموزشی مقدم بر برنامه مداخله‌ای می‌باشد و بر این اساس فرایند برنامه‌ریزی در الگوی پرسید بر اساس مشکل اولویت‌دار و قابل تغییر می‌باشد (۱۱). با توجه به اینکه می‌توان بر اساس الگوی پرسید، همه عوامل فردی، محیطی و اجتماعی مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان را بررسی کرد و با لحاظ اینکه تاکنون برنامه‌ریزی‌های آموزشی برای سالمندان بر اساس تمامی مراحل این الگو صورت نگرفته است، این مطالعه باهدف، تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر اساس الگوی پرسید به منظور ارتقاء کیفیت زندگی در سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شبستر انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، یک مداخله نیمه تجربی از نوع قبل و بعد بود. ابتدا در مرحله تشخیص اجتماعی، کیفیت زندگی سالمندان بر اساس پرسشنامه استاندارد سازمان جهانی بهداشت بررسی شد. در مرحله تشخیص اپیدمیولوژیک با توجه بر مرور متون مشخص شد که سبک زندگی مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد (۱۲) بر اساس ماتریس اولویت‌بندی، رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم سالمندان با توجه به اهمیت و قابلیت تغییرپذیری مورد تحلیل قرار گرفت و انجام فعالیت‌های فیزیکی منظم در دوران سالمندی به عنوان رفتار هدف انتخاب گردید. در مرحله تشخیص محیطی به منظور تعیین عوامل محیطی تأثیرگذار بر سبک زندگی سالمندان علاوه بر مرور متون و استفاده از نظرات افراد متخصص، مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با ۱۵ نفر از افراد شرکت‌کننده در مطالعه انجام گرفت و بر اساس رتبه‌بندی از لحاظ اهمیت و قابلیت تغییرپذیری، حمایت اجتماعی از سوی خانواده به عنوان عامل محیطی تأثیرگذار بر ارتقای کیفیت زندگی سالمندان انتخاب گردید. در مرحله تشخیص آموزشی عوامل مستعد کننده، قادرکننده و تقویت‌کننده انجام فعالیت‌های فیزیکی منظم بررسی شدند. با توجه به مروری بر مطالعات و مطالعه مقدماتی محقق،

پرسشنامه اعمال گردید. پایایی پرسشنامه با دو روش همسانی درونی (محاسبه آلفای کرونباخ) و آزمون باز آزمون (ICC)، ارزیابی شد که مقادیر محاسبه شده برای هر سازه به ترتیب شامل آگاهی (۰/۶۹، ۰/۷۴)، نگرش (۰/۷۹، ۰/۷۲)، عوامل قادرکننده (۰/۸۵، ۰/۸۷)، عوامل تقویت کننده (۰/۹۳، ۰/۸۸) بود. سؤالات خودکارآمدی بر اساس مقیاس Physical Exercise Self-Efficacy (۱۵) با مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۲ در پژوهش حاضر بود. برنامه آموزشی بر اساس نتایج به دست آمده از پرسشنامه خودساخته در طی سه جلسه (هر هفته یک جلسه) برای گروه مداخله طراحی و اجرا گردید. این برنامه شامل سه قسمت بود: ورزش های گرم کننده (حرکات استقامتی و کششی عضلانی)، ورزش های اصلی (حرکات قدرتی) و ورزش های سردکننده بود. مدت زمان هر جلسه در حدود ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود. در جریان برگزاری کلاس ها (قادرکننده) به منظور تغییر آگاهی، نگرش و خودکارآمدی (مستعد کننده) از شیوه های آموزشی سخنرانی های کوتاه مدت، بحث در گروه های بزرگ و کوچک، پرسش و پاسخ و نمایش عملی استفاده گردید و از هر کدام از شرکت کنندگان خواسته شد تا هر کدام از حرکات ورزشی را که یاد گرفته اند در حضور مربی انجام دهند که این امر می تواند منجر به احساس خوشایندی در فرد گردد (تقویت کننده) چراکه با تشویق های پزشک (تقویت کننده) مرکز که در جلسه حضور داشتند همراه بود. جهت تداوم انجام رفتارهای آموزش داده شده در این خصوص فیلم چارت آموزشی (قادرکننده) برای سالمندان شرکت کننده در جلسه آموزشی در پایان جلسه سوم داده شد و به منظور ارتقای حمایت اجتماعی خانواده و تأثیرگذاری آن بر شروع و تداوم انجام فعالیت های فیزیکی منظم در سالمندان، آموزش غیرمستقیم از طریق ارائه پمفلت آموزشی در قالب حمایت سالمندان برای انجام فعالیت های فیزیکی منظم به خانواده های افراد سالمند گروه مداخله داده شد. پس از آنکه گروه مداخله، مداخله مورد نظر را دریافت کرد با توجه به مطالعاتی که از الگوی پرسید به منظور آموزش برای ارتقای کیفیت زندگی گروه هدف تعیین شده استفاده نمودند (۱۶، ۱۷) هر دو گروه ۱ ماه

آگاهی، نگرش و خودکارآمدی به عنوان عوامل مستعد کننده انجام فعالیت های فیزیکی منظم در دوران سالمندی، عوامل قادرکننده شامل آموزش مهارت های جدید ورزش در دوران سالمندی، برگزاری کلاس های آموزشی و ارائه مطالب آموزشی و عوامل تقویت کننده شامل احساس خوشایندی از انجام ورزش، و تشویق پزشک در نظر گرفته شد.

جهت بررسی تمام مراحل ذکر شده ۸۰ نفر از سالمندان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی بر اساس نمونه گیری در دسترس (Convenience) وارد مطالعه شدند و با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه داشتن سن بالای ۶۰ سال و بیشتر، رضایت شخصی و معیارهای خروج از مطالعه شامل فوت، ابتلا به بیماری خاص که مانع از ادامه فعالیت فرد می شد و عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از اجرای پژوهش بود. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل پرسشنامه هایی بود که در ۳ بخش تنظیم شده بودند: بخش اول شامل پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO-BREF) با دامنه نمره بین ۱۳۰-۲۶ که توسط منتظری و همکاران در ایران استانداردسازی شده است. مشخصات روان سنجی گونه ایرانی این پرسشنامه نشان داده است که این ابزار می تواند در ایران نیز مورداستفاده قرار گیرد (۱۳).

بخش دوم پرسشنامه حمایت اجتماعی (۱۴) که میزان آلفای کرونباخ آن در پژوهش حاضر ۰/۸۴ بود. بخش سوم پرسشنامه خودساخته، شامل سؤالات مربوط به عوامل مستعد کننده (آگاهی، نگرش، خودکارآمدی)، عوامل قادرکننده و تقویت کننده انجام فعالیت فیزیکی در دوران سالمندی بود. آگاهی در قالب ۲۰ سؤال، نگرش ۶ سؤال، خودکارآمدی ۵ سؤال، عوامل قادرکننده ۷ سؤال، و عوامل تقویت کننده در قالب ۳ سؤال مطرح شد. از روش اعتبار محتوی به صورت کیفی به منظور بررسی اعتبار علمی پرسشنامه استفاده گردد. برای این منظور پرسشنامه به ۱۰ نفر از اساتید با تخصص آموزش بهداشت ارسال شد و پس از گردآوری نظرات آنها، تغییرات لازم در محتوای

جدول شماره یک بیانگر توزیع درصد فراوانی سن، جنس و سطح تحصیلات در گروه مداخله و کنترل می‌باشد. نتایج آزمون کای‌دو و آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که قبل از مداخله بین دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت معنادار وجود نداشت ($P > 0/05$).

طبق نتایج آزمون تی‌زوجی نمره کلی کیفیت زندگی و ابعاد آن قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت ولیکن در گروه مداخله، قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۳ بیانگر مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی، نگرش، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخلات آموزشی

بعد از مداخله پرسشنامه‌های مربوطه را به‌منظور بررسی تغییر در عوامل مستعد کننده، قادرکننده و تقویت کننده، حمایت اجتماعی، و درنهایت کیفیت زندگی تکمیل کردند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از ویرایش ۲۱ نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های تی‌زوجی و تی‌مستقل، کای‌دو و آنالیز واریانس یک‌طرفه و آنالیز کوواریانس در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین سن افراد در این مطالعه ۶۸/۸۱ سال با انحراف معیار ۶/۰۹ سال بود. دو گروه مداخله و کنترل از نظر ترکیب جنسی اختلاف معنی‌داری نداشتند ($P = 0/34$). بیشتر سالمندان مورد مطالعه از سطح تحصیلات ابتدایی برخوردار بودند.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های فردی سالمندان در گروه مداخله و کنترل

گروه‌ها	گروه مداخله (n=40)		گروه کنترل (n=40)		سطح معنی‌داری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	مرد	۱۸	۴۵	۱۸	۰/۵۸۹
	زن	۲۲	۵۵	۲۲	۰/۵۷۳
سن (سال)	۶۰-۷۴	۳۳	۸۲/۵	۳۱	۰/۷۴۸
	۷۵-۹۰	۷	۱۷/۵	۹	
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۱۳	۳۲/۵	۱۶	۰/۷۴۸
	ابتدایی	۱۳	۳۲/۵	۱۳	
	دبیرستان	۴	۱۰	۲	
	دیپلم و بالاتر	۱۰	۲۵	۹	

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین نمره کلی و ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله آموزشی به تفکیک گروه‌های مداخله و کنترل

گروه‌های تحت مطالعه	میانگین (± انحراف معیار)	گروه مداخله (n=40)		گروه کنترل (n=40)	
		سطح معنی‌داری	میانگین (± انحراف معیار)	سطح معنی‌داری	میانگین (± انحراف معیار)
سلامت فیزیکی	قبل از مداخله	۰/۰۰۱	۲۲/۵۵±۴/۵۴	۰/۰۰۱	۲۱/۸۲±۴/۵۲
	بعد از مداخله		۲۵/۱۵±۴/۲۳		۲۱/۷۶±۴/۵۳
سلامت روانی	قبل از مداخله	۰/۰۰۱	۱۸/۷۵±۳/۳۹	۰/۰۰۱	۱۹/۷۱±۳/۱۶
	بعد از مداخله		۲۰/۴۲±۳/۰۷		۱۸/۷۶±۳/۰۵
سلامت اجتماعی	قبل از مداخله	۰/۰۴۴	۷/۹۱±۱/۹۹	۰/۰۴۴	۸/۲۵±۲/۳۴
	بعد از مداخله		۸/۰۱±۱/۹۲		۷/۹۷±۲/۲۳
سلامت محیطی	قبل از مداخله	۰/۰۰۵	۲۱/۲۲±۴/۷۴	۰/۰۰۵	۲۱/۸۴±۴/۴۹
	بعد از مداخله		۲۱/۸۵±۳/۵۴		۲۱/۶۶±۴/۶۴
نمره کلی کیفیت زندگی	قبل از مداخله	۰/۰۳۱	۷۶/۷۷±۱۳/۲۳	۰/۰۳۱	۷۷/۴۷±۱۳/۹۶
	بعد از مداخله		۸۲/۸۷±۱۲/۲۵		۷۶/۸۷±۱۳/۷۹

معنی‌داری در میانگین نمرات متغیرهای مذکور وجود نداشت. آزمون تی‌زوجی نشان داد که حمایت اجتماعی درک شده از سوی خانواده برای سالمندان قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله تفاوت معناداری با یکدیگر دارد. پس از بررسی اثر مخدوش‌کنندگی سن، سطح تحصیلات و جنس با استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس حمایت اجتماعی در گروه کنترل نیز بعد از مداخله آموزشی معنی‌دار بود.

می‌باشد. متغیرهای مورد مطالعه بر اساس سازه تشخیص آموزشی الگوی پرسید (آگاهی، نگرش، خودکارآمدی، عوامل قادرکننده و تقویت‌کننده) که تأثیرگذار بر انجام فعالیت فیزیکی منظم در دوران سالمندی بودند در گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند ($P > 0/05$)، اما بعد از مداخله آموزشی میانگین نمرات در گروه مداخله افزایش یافته و آزمون آماری تی‌زوجی اختلاف معنی‌داری را قبل و بعد از مداخله آموزشی در این گروه نشان داد اما در گروه کنترل تفاوت

جدول شماره ۳- مقایسه میانگین نمرات سازه‌های الگوی پرسید قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل

سطح معنی‌داری	گروه کنترل (n=40)		گروه مداخله (n=40)		گروه‌های تحت مطالعه
	میانگین (± انحراف معیار)	سطح معنی‌داری	میانگین (± انحراف معیار)	سطح معنی‌داری	
۰/۴۴۰	۱۰/۹۱±۴/۴۶	۰/۰۰۱	۱۱/۳۷±۳/۹۱	۰/۰۰۱	آگاهی قبل از مداخله
	۱۱/۲۵±۵/۴۱		۱۵/۰۷±۳/۳۹		بعد از مداخله
۰/۳۳۳	۲۴/۳۱±۳/۷۰	۰/۰۲۱	۲۴/۱۷±۳/۶۱	۰/۰۲۱	نگرش قبل از مداخله
	۲۳/۶۱±۵/۲۷		۲۵/۰۷±۲/۷۷		بعد از مداخله
۰/۳۲۰	۹/۶۱±۲/۶۵	۰/۰۰۱	۹/۶۲±۲/۸۵	۰/۰۰۱	خودکارآمدی قبل از مداخله
	۸/۶۷±۲/۹۵		۱۳/۹۷±۳/۳۹		بعد از مداخله
۰/۰۶۵	۸/۹۵±۳/۲۴	۰/۰۰۱	۸/۳۷±۳/۰۵	۰/۰۰۱	عوامل قادرکننده قبل از مداخله
	۸/۴۵±۳/۳۲		۱۶/۶۷±۳/۵۸		بعد از مداخله
۰/۳۸۰	۵/۶۵±۲/۱۹	۰/۰۰۱	۶/۲۲±۲/۵۳	۰/۰۰۱	عوامل تقویت‌کننده قبل از مداخله
	۵/۵۱±۲/۱۳		۸/۳۲±۲/۰۳		بعد از مداخله
۰/۰۰۱	۹/۸۵±۴/۳۲	۰/۰۰۱	۹/۲۱±۴/۰۹	۰/۰۰۱	حمایت اجتماعی قبل از مداخله
	۸/۶۱±۳/۷۴		۱۱/۰۱±۴/۰۶		بعد از مداخله

در مطالعه حاضر مداخلات آموزشی بر اساس نتایج حاصل از بررسی‌های مقدماتی جامعه هدف و مبتنی بر نیازهای آنان صورت پذیرفت. در این راستا مطالعه صالحی و همکارانش در زمینه ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای مرتبط با بیماری‌های قلبی و عروقی در جامعه روستایی مؤید این مطب می‌باشد (۱۹). نتایج مطالعه حاضر حاکی از افزایش کیفیت زندگی سالمندان در اثر مداخله آموزشی بر اساس الگوی پرسید است. کاربرد موفق این الگو در مطالعه Ransdell در زمینه افزایش بهره‌وری دانشگاه‌ها (۲۰) و مطالعه Jimba در زمینه ارائه راهکارهایی به‌منظور مهار عفونت تانیا سولیوم در نپال (۲۱) نیز به چشم می‌خورد. مطالعه دهداری در زمینه تأثیر آموزش بر اساس الگوی پرسید- پروسید در ارتقای کیفیت زندگی بیماران پس از

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که طراحی و اجرای مداخله آموزشی بر اساس نیازهای واقعی سالمندان برای آموزش می‌تواند تفاوت معنی‌داری در کیفیت زندگی سالمندان گروه مداخله به وجود آورد. پژوهش‌های متعددی بر اساس الگوی پرسید به‌منظور ارزیابی نیازهای سلامت جامعه صورت گرفته است، و در این مطالعه نیز به‌منظور بررسی و تشخیص نیازهای آموزشی سالمندان از الگوی پرسید استفاده گردید. Li معتقد است که برنامه‌های ارتقای سلامت باید بر اساس مشکل سلامت اولویت‌دار موجود در جامعه طراحی گردد، وی و همکارانش در چین به‌منظور شناسایی مشکلات سلامتی در جامعه و عوامل تأثیرگذار بر این مشکلات از ۵ مرحله اول الگوی پرسید و پروسید استفاده نمودند (۱۸).

جراحی بای پس عروق کرونر همسو با مطالعه حاضر در راستای ارتقای کیفیت زندگی است (۱۶). مطالعه افکاری تأثیر کاربرد الگوی پرسید در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان را تأیید می‌نماید (۱۷).

حمایت‌های رسمی و غیررسمی از افراد سالمند باید یکی از اهداف اصلی مقررات و قوانین وضع شده برای افراد سالمند باشد (۲۲). بررسی حمایت اجتماعی خانواده بر اساس پرسشنامه حمایت اجتماعی نشان داد که میانگین نمره حمایت اجتماعی قبل از مداخله آموزشی ۹/۲ بود که بعد از مداخله آموزشی به ۱۱/۱ رسید. افزایش حمایت اجتماعی درک شده از سوی سالمندان بعد از انجام مداخله غیرمستقیم آموزشی بر روی خانواده‌های افراد سالمند تأکید کننده نتایج حاصل از مصاحبه‌های صورت گرفته قبل از مداخله آموزشی با سالمندان مورد مطالعه بود. این نتایج همسو با مطالعه Chamroonsawasdi و همکارانش می‌باشد که حمایت اجتماعی از طریق خانواده را از جمله عوامل مستقیم پیش‌بینی کننده در رفتارهای ارتقای دهنده سلامت گزارش کرده‌اند (۲۳). Chong نیز در مطالعه خود نقش حمایت اجتماعی را در فائق آمدن به مسائل مربوط به تندرستی نشان داده است (۲۴). Herderson بر اساس نتایج حاصل از مطالعه خود می‌نویسد که حمایت اجتماعی صورت گرفته از جانب خانواده، همسر و یا سایر بستگان باعث ارتقای سطح فعالیت جسمانی می‌گردد (۲۵).

به منظور فراهم نمودن عوامل مستعد کننده، قادرکننده و تقویت کننده در این مطالعه، کلاس‌های آموزشی و منابع آموزشی برای سالمندان گروه مداخله و خانواده‌های آنان و کارکنان بهداشتی فراهم شده بود که یک ماه بعد از آموزش میانگین نمرات آگاهی، نگرش، عوامل تقویت کننده و قادرکننده در خصوص انجام تمرینات ورزشی در دوران سالمندی در گروه مداخله افزایش یافته بود. مطالعه Zimmerman نیز نتایج مشابهی را نشان می‌دهد (۲۶). Chiou اهمیت عوامل مستعد کننده و عوامل تقویت کننده را برای سبک زندگی سالم در کارمندان شهری از طریق مدل پرسید نشان داده است (۲۷). Yates و همکاران به منظور بهبود مدیریت درد بیماران سرطانی مطابق با مدل

پرسید، مداخله آموزشی انجام دادند؛ بیماران گروه مداخله تفاوت معنی‌داری در آگاهی و نگرش نسبت به درد و کنترل درک شده درد، نسبت به گروه شاهد پس از مداخله آموزشی داشتند (۲۸).

در این مطالعه تئوری خودکارآمدی در چهارچوب الگوی پرسید استفاده شده بود. انجام مهارت‌های عملی به منظور کسب تجارب موفق و استفاده از متقاعدسازی کلامی بر اساس ترغیب کلامی آموزش دهنده از جمله راهبردهای مورد استفاده در کلاس آموزشی به منظور افزایش خودکارآمدی گروه مداخله بود. یک ماه بعد از مداخله آموزشی خودکارآمدی اختصاصی گروه مداخله تفاوت معنی‌داری نسبت به گروه کنترل داشت و خودکارآمدی گروه مداخله افزایش یافته بود. مطالعه Park نیز تأثیر خودکارآمدی بر افزایش رفتارهای ارتقادهنده سلامت در دوران سالمندی را نشان داده است (۲۹). مطالعه Song در زمینه طراحی برنامه ارتقادهنده خودکارآمدی بر اساس یادگیری مشاهده‌ای، انجام رفتار، ترغیب کلامی همسو با مطالعه حاضر می‌باشد (۳۰).

شرکت در کلاس‌های آموزشی، ارائه منابع آموزشی و کسب مهارت انجام فعالیت‌های فیزیکی منظم در دوران سالمندی به عنوان عامل قادرکننده در تشخیص آموزشی تعیین گردید که میانگین عوامل قادرکننده در گروه مداخله بعد از ارائه این عوامل نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود و تفاوت معنی‌داری بین عوامل قادرکننده در قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله وجود داشت. در پژوهشی Brach و همکاران نشان داده شد که انجام تمرینات ورزشی با شدت متوسط به کم کردن محدودیت‌های فعالیت و افزایش ایفای نقش و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی و احساس خوب بودن کمک بسیار زیادی می‌کند (۳۱).

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از جمله اینکه جامعه آماری این پژوهش بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بود و احتمال انتخاب برای همه سالمندان جامعه یکسان نبود، لذا امکان تعمیم نتایج به دیگر سالمندان کشور وجود ندارد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با توجه به محدودیت ذکر شده انجام گیرد.

رفتاری و اجتماعی برای سالمندان با موضوعات مختلف بهداشتی داده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی (کد ۱۵۱۰۳-۲۷-۰۳-۹۰) مصوب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. مراتب سپاس خود را از کلیه افراد شرکت‌کننده و خصوصاً مرکز بهداشتی درمانی شهر شبستر که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، اعلام می‌کنیم.

References

- Lutz W, Sanderson W, Scherbov S. The end of world population growth. *Nature*.2001; **412**(6846):543-5.
- Kinsella K, Phillips DR. Global aging: The challenge of success. *Population Bulletin* (Population Reference Bureau).2005; 60(1): 4-7.
- White SA. Increasing longevity: the challenges of aging and caregiving. *J Vasc Nurs*.2008; **26**(4):96-9.
- Xavier FM, Ferraz MP, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*.2003; **25**(1):31-9.
- Thongsomboon J. Health promoting behavior and quality of life among the elderly in Srisamrong District, Sukhothai Province [MSc Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2005.
- Alipour F, Saggadi H, Frozan A, Beglaran A, Jaliliyan A. [Elderly Quality of Life in Tehran]. *Iranian Journal of Ageing*.2008; **3**(9):75-83. (Persian)
- Rana AK, Wahlin A, Lundborg CS, Kabir ZN. Impact of health education on health-related quality of life among elderly persons: results from a community-based intervention study in rural Bangladesh. *Health Promot Int*.2009; **24**(1):36-45.
- Davies N. Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle. *Nurs Stand*.2011; **25**(19):43-9.
- National programme of preparation for aging for 2008-2012. Quality of life in old age. Ministry of Labour and Social Affairs of the Czech Republic Web Site; 2014 [updated 5 June, 2014; cited 27 November, 2014]; Available from: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5606/starnuti_en_web.pdf
- DeBarr KA. A review of current health education theories. *Calif J Health Promot*.2004; **2**(1):74-87.
- Benson RA, Taub DE. Using the precede-proceed model for causal analysis of bulimic tendencies among elite swimmers. *J Health Educ*.1993; **24**(6):360-8.
- Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*.2006; **43**(3):293-300.
- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. [The World Health Organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*.2006; **4**(4):1-12. (Persian)
- Salehi L, Eftekhari H, Mohammad K, Taghdisi MH, Shojaeizadeh D. Physical Activity among a sample of Iranians aged over 60 years: an application of the transtheoretical model. *Arch Iran Med*.2010; **13**(6):528-36.
- Gahramani L. Integrating readiness steps model and theory of planned behavior for developing physical activities in Tehran Kahrizak elderly people [PhD thesis]. Tehran: Tarbiat Moderes University, 2009. (Persian)
- Dehdari T, Heydarnia A, Ramezankhani A, Sadeghiyan s, Ghofranipour F, Etemadi S. [Planning and evaluation of an educational intervention programme to improve life quality in patients after coronary artery bypass graft-surgery according to PRECEDE-PROCEED model]. *Journal of Birjand Medical Science*.2009; **15**(4):27-37. (Persian)
- Afkari ME, Solhi M, Matin H, Hoseini F, Mansoorian M. [The efficiency of educational intervention based on PRECEDE educational method in the promotion of life quality of the aged under the coverage of Tehran Cultural House of Aged People 2009]. *Iranian Journal of Ageing*.2011; **5**(4):37-45. (Persian)
- Li Y, Cao J, Lin H, Li D, Wang Y, He J. Community health needs assessment with precede-proceed model: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res*.2009; **9**:181.
- Salehi L, Haidari F. [Efficacy of precede model in promoting nutritional behaviors in a rural society]. *Iranian Journal of Epidemiology*.2011;

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج حاصل از مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که آموزش بر اساس الگوی پرسید می‌تواند نقش مؤثری در راستای توانمندسازی سالمندان به منظور ارتقای کیفیت زندگی آنها داشته باشد و از آنجا که آموزش از ارکان اصلی مراقبت‌های بهداشتی درمانی می‌باشد، لازم است در کشور ما اهمیت بیشتری به امر طراحی و برنامه‌ریزی‌های آموزشی بر مبنای الگوها و تئوری‌های آموزشی و علوم

- 6(4):21-7. (Persian)
20. Ransdell RB. Using the PRECEDE-PROCEED model to increase productivity in health education faculty. *International Electronic Journal of Health Education*.2001; 4:276-82.
 21. Jimba M, Joshi DD, Joshi AB, Wakai S. Health promotion approach for control of *Taenia solium* infection in Nepal. *Lancet*.2003; **362**(9393):1420.
 22. Speck BJ, Harrell JS. Maintaining regular physical activity in women: evidence to date. *J Cardiovasc Nurs*.2003; **18**(4):282-91.
 23. Chamroonsawasdi K, Phoolphoklang S, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C. Factors Influencing Health Promoting Behaviors among the Elderly Under the Universal Coverage Program, Buriram Province, Thailand. *Asia J Public Health*.2010; **1**(1):15-19.
 24. Chong AML, Ng SH, Woo J, Kwan AYH. Positive ageing: the views of middle-aged and older adults in Hong Kong. *Ageing Soc*.2006; **26**(2):243-66.
 25. Henderson KA, Ainsworth BE. A synthesis of perceptions about physical activity among older African American and American Indian women. *Am J Public Health*.2003; **93**(2):313-7.
 26. Zimmerman RK, Nowalk MP, Bardella IJ, Fine MJ, Janosky JE, Santibanez TA, et al. Physician practice factors related to influenza vaccination among the elderly. *Am J Prev Med*.2004; **26**(1):1-10.
 27. Chiou CJ, Wu CM, Wang RH, Lee ST. Utilizing the PRECEDE model to predict health examination behavior of the elderly. *Kaohsiung J Med Sci*.1999; **15**(6):348-58.
 28. Yates P, Edwards H, Nash R, Aranda S, Purdie D, Najman J, et al. A randomized controlled trial of a nurse-administered educational intervention for improving cancer pain management in ambulatory settings. *Patient Educ Couns*.2004; **53**(2):227-37.
 29. Park ES, Kim SJ, Kim SI, Chun YJ, Lee PS, Kim HJ, et al. A study of factors influencing health promoting behavior and quality of life in the elderly. *J Korean Acad Nurs*.1998; **28**(3):638-49.
 30. Song KJ. The effects of self-efficacy promoting cardiac rehabilitation program on self-efficacy, health behavior, and quality of life. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*.2003; **33**(4):510-8.
 31. Brach JS, Simonsick EM, Kritchevsky S, Yaffe K, Newman AB. The association between physical function and lifestyle activity and exercise in the health, aging and body composition study. *J Am Geriatr Soc*.2004; **52**(4):502-9.

*Research Article***Effect of an Educational Intervention According to the PRECEDE Model to Promote Elderly Quality of Life**

Parinaz Doshmangir (MSc)¹, Shayesteh Shirzadi (MSc)¹, Mohamad Hossein Tagdisi (PhD)², Leila Doshmangir (PhD)^{3*}

¹ MSc of Health Education, Department of Health Education, School of Public Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

² Professor of Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Assistant Professor of Health Policy, Department of Health Services Management and Iranian Center of Excellence in Health Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Received 20 Sep. 2014

Accepted 16 Nov. 2014

Abstract

Introduction: Increasing elderly population has increased attention to improve quality of life in elderly people. This paper aimed to study the effect of educational intervention based on the PRECEDE model to promote quality of life in elderly.

Materials and Methods: In this experimental study, 80 elderly people were randomly divided into two intervention and control groups. Planning of educational program was performed according to the PRECEDE model. Before implementing the program, Quality of life questionnaire and a self-designed and standard questionnaire according to the PRECEDE Model were filled in both groups. Both groups were followed up one month after the intervention and previous questionnaires were filled again. Collected data was analyzed using paired T-test, independent sample T-test, one way ANOVA, Chi-square and ANCOVA by SPSS-21 software.

Results: Through health promotion intervention, the mean score of quality of life increased from 76.77±13.23 to 82.87±12.25. There was a significant difference between the total score of quality of life of intervention and control groups (P=0.031). In addition, findings showed a significant difference in physical, mental, environmental and social dimensions before and after the intervention (P<0.05).

Conclusions: Using the PRECEDE model could help to identify influential factors on quality of life in elderly and developing effective educational programs.

Keywords: Aged; Health Education; PRECEDE model; Quality of life

Corresponding Author: Assistant Professor of Health Policy, Department of Health Services Management, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. Email: leiladoshmangir@yahoo.com, Tel:041-33380457

Please cite this article as: Doshmangir P, Shirzadi Sh, Hossein Tagdisi M, Doshmangir L. [Effect of an Educational Intervention According to the PRECEDE Model to Promote Elderly Quality of Life]. *Journal of Education and Community Health*.2014; 1(2):1-9.