

تأثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل پرسید بر ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان (مقاله پژوهشی برگرفته از پایان نامه)

محمد اسحاق افکاری^۱، مهناز صلحی^۲، حبیبه متین^{۳*}، فاطمه حسینی^۴، مرتضی منصوریان^۵

چکیده:

مقدمه: هدف از انجام پژوهش؛ بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر مبنای الگوی «پرسید» در ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان بود.

روش بررسی: پژوهش نیمه تجربی حاضر بر ۵۴ نفر از سالمندان تحت پوشش فرهنگسرای سالمندان تهران (۱۳۸۸) انجام شد. سالمندان به روش نمونه‌گیری مستمر، در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای مداخله آموزشی از پرسشنامه محقق ساخته و طراحی شده بر اساس سازه‌های الگوی آموزشی «پرسید» و برای سنجش کیفیت زندگی، از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد. کیفیت زندگی سالمندان قبل و یک ماه بعد از مداخله آموزشی (چهار جلسه آموزش به سالمندان و یک جلسه آموزش برای کارکنان در خصوص شیوه‌های زندگی سالم) بررسی شد. داده‌ها با آزمونهای آماری مک نمار، تی مستقل و تی زوجی بررسی شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره کل اجزاء مدل «پرسید» شامل عوامل مستعد کننده (آگاهی و نگرش)، عوامل قادر کننده، عوامل تقویت کننده، عوامل رفتاری و در نتیجه کیفیت زندگی سالمندان گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، پس از مداخله آموزشی ($p < 0/05$) اختلاف معنی‌داری را نشان داد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد می‌توان با مداخله آموزشی الگوی «پرسید» کیفیت زندگی سالمندان را افزایش داد.
کلید واژه‌ها: سالمند، الگوی «پرسید»، کیفیت زندگی

۱- دکترای جمعیت‌شناسی، استادیار گروه خدمات بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲- دکترای آموزش بهداشت، استادیار دانشکده بهداشت، گروه خدمات بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
* پست الکترونیک نویسنده مسئول: habibehmatin@yahoo.com
۴- مربی، گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۵- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، بورسیه دانشگاه علوم پزشکی ایلام

مقدمه

بدن، کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد (۱۱). این امر به دلایل متعددی بخصوص به علت کمبود تحرک فیزیکی اتفاق می‌افتد. بعلاوه عدم برخورداری از سلامت و بروز بیماری‌های مزمن، سبب محدود شدن فعالیت در سالمندان می‌شود. معمولاً از سن باز نشستگی به بعد یک چهارم از مردم قادر به انجام فعالیت‌های خود نبوده و ۱۰ درصد آنان نیز کاملاً وابسته و زمین‌گیر می‌شوند. با افزایش تعداد سالمندان، ناتوانی در جامعه نیز افزایش می‌یابد (۱۰). بنابر این ضروری است اقدامات مناسب در جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت این قشر به عمل آید. مهم‌ترین عامل تعیین کننده کیفیت زندگی افراد سالمند، سلامتی است (۱۱). رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت است. لزوم توجه به ارتقاء سلامت افراد مسن، سالم و فعال ماندن آنان در سنین بالا متصدیان امر بهداشت را بر آن داشته تا واژه امید به زندگی را با مفهوم امید به زندگی سالم (نه به مفهوم نبود بیماری بلکه به معنای زندگی بدون محدودیت عملکردی) جایگزین کند. مهمترین مسأله در

جمعیت سالمندان با پیشرفتهای علوم پزشکی بهداشتی و توسعه اجتماعی در تمام دنیا حتی در کشورهای در حال توسعه و به تبع آن در ایران نیز رو به افزایش است (۵-۱). هر سال ۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده می‌شود افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر به میزان ۲/۵ درصد است (۶). گذار جمعیتی در کشورهای توسعه یافته از سرعت بالاتری برخوردار است بر این اساس جوامع فقیرتر زمان کمتری برای پیری جمعیت از نظر برنامه‌ریزی دارند (۷). طبق آخرین آمار وزارت بهداشت ۷/۲۶ درصد از جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهد (۸). افزایش تعداد سالمندان، گرایش بین‌المللی برای افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی برای سالمندان ایجاد کرده است (۹). با افزایش سن، اختلال عملکرد جسمانی بیشتر می‌شود و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال، نیاز به کمک را افزایش می‌دهد که می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی سالمندان مؤثر باشد (۱۰). همچنین فرایند سالمندی و به تبع آن تحلیل سیستمهای متعدد

کنیم؟ است. به طور کلی، کار با این مدل شبیه حل معماست. واژه «پرسید» (PRECEDE)، کلمه ایست که از ترکیب حروف ابتدایی اجزای این مدل تشکیل شده است، و اجزاء مدل عبارتند از: عوامل مستعد کننده^۱، عوامل تقویت کننده^۲، عوامل قادر کننده^۳، موجبات قادرسازی در تشخیص علتها^۴، آموزشی^۵، تشخیص^۶، ارزشیابی^۷. طراحی یک برنامه آموزش بهداشت مؤثر، در مدل «پرسید» شامل مراحل زیر می‌باشد: تشخیص اجتماعی، تشخیص اپیدمیولوژیکی، تشخیص رفتاری، شناخت عوامل بالقوه مؤثر در رفتار بهداشت، تشخیص آموزشی (تعیین روش مواد)، تشخیص مدیریتی، ارزشیابی (۱۴). در مطالعات مختلف مدل «پرسید» الگوی نظری مؤثری جهت شناسایی نیازها در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت شناخته شده است. باستانی و گرین در مطالعاتشان کارایی این مدل را تایید کرده و به نتایج آموزشی قابل قبولی رسیده‌اند (۱۷، ۱۶). همچنین با توجه به نتایج پژوهش‌های متفاوت، الگوی «پرسید» چارچوبی را فراهم می‌کند که به موجب آن عوامل مستعد کننده (دانش، نگرش، ادراکات، باورها و...)، تقویت کننده (تأثیر دیگران، خانواده، همسالان، کارکنان بهداشتی و...) و قادر کننده (قابل دسترسی بودن منابع، مهارت‌ها و...) به عنوان عوامل مؤثر بر رفتار در تشخیص آموزشی تعیین می‌شوند. در واقع مفیدترین کاربرد این الگو، تبیین عوامل مرتبط با رفتار است. به طوری که جلیلی در ۲ مطالعه متفاوت کارایی این مدل آموزشی را در کنترل کم خونی کودکان نشان داد (۱۸، ۱۹). در مطالعه حاضر تغییر عوامل مؤثر به دلیل آموزش و به تبع آن افزایش کیفیت زندگی سالمندان بررسی شد.

روش بررسی

در مطالعه نیمه تجربی و کاربردی حاضر، ۶۰ نفر از سالمندان تحت پوشش فرهنگسرای سالمندان تهران (۱۳۸۸) به روش نمونه‌گیری مستمر انتخاب شدند و در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. با توجه به آمار بدست آمده در مورد نمره کل کیفیت زندگی ($S^2 = 3$) و با در نظر گرفتن میزان اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۹۰٪، اختلاف دو میانگین برابر با ۲/۵ ($\mu_1 - \mu_2 = 2/5$) و با پیش بینی ۱۰ درصد افت نمونه،

ارتقاء سلامت سالمندان مربوط به حفظ استقلال آنان در فعالیت‌های روزمره، کارکرد روزانه و شناختی بالای آنها و ادامه زندگی به صورت فعال مربوط است (۱۰). کیفیت زندگی در سالمندان به معنای تاکید بیشتر بر سیاست اجتماعی و اصلاح اهداف اجتماعی به منظور ایجاد زندگی مولد برای سالمندان است. یکی از راه‌های بهبود کیفیت زندگی استفاده از انواع حمایت‌های اجتماعی و رفاهی است (۱۲). لیکن وجود حمایت‌ها به تنهایی کافی نبوده و سالمندان باید آگاهی‌های لازم را در خصوص استفاده از این امکانات و انجام رفتارهای سالم از طریق آموزش اصولی و بر اساس مدل‌های شناخته شده آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت کسب کنند تا با ارتقاء سطح خود مدیریتی و خود اتکایی بتوانند کیفیت زندگی خود را افزایش دهند.

آموزش بهداشت تلفیق انواع تجربه‌های یادگیری طرح شده است که به اتخاذ رفتار داوطلبانه‌ای که سلامتی را تسهیل میکند، منجر میشود. سازمان جهانی بهداشت آموزش بهداشت را تمامی تجربه‌های یک گروه اجتماعی که بر اعتقادات، گرایشها و رفتارهای بهداشتی مؤثر است تعریف می‌کند (۱۳). ارتقاء سلامت به تمام عوامل مؤثر بر سلامتی شامل خدمات بهداشتی، عوامل ژنتیکی، رفتارهای فردی و محیط فیزیکی و اقتصادی - اجتماعی مربوط می‌شود (۱۴).

برای کسب نتایج مفید و مؤثر، آموزش باید اصولی و بر مبنای تئوری‌ها و الگوهای تعریف شده باشد. تئوری‌ها و الگوها دیدگاهی سیستماتیک از وقایع یا موفقیت‌ها را ارائه می‌کنند و یک فرآیند منظم برای تجزیه و تحلیل موفقیت‌ها یا شکست‌ها هستند و به عنوان نقشه فرایند آموزشی، راهنمایی لازم را برای بررسی و تشخیص آموزشی، روش برنامه‌ریزی آموزشی و طراحی مداخلات فراهم کرده و ارزشیابی را تسهیل می‌کند (۱۵). یکی از این الگوها «مدل پرسید» است. مدل «پرسید»، فرایندی برای تغییر رفتار است، و نتایج احتمالی حاصل از یک برنامه آموزشی را بررسی می‌کند. این مدل، اول چراها و بعد چطورها را مطرح می‌نماید، به عبارتی در آموزش بهداشت از آخر شروع کرده و به اول می‌رسد. هدف از مدل پرسید؛ یافتن پاسخ سوالاتی نظیر چه می‌خواهیم؟ چگونه می‌توانیم به سلامتی برسیم؟ از پیشرفته‌ترین تکنیکها چگونه استفاده کنیم؟ چگونه از آنها به ابتدا برسیم؟ از کل به جزء و از انتها به ابتدا برنامه‌ریزی

1- Predisposing
4- Causes
7- Evaluation

2- Reinforcing
5- Educational

3- Enabling
6- Diagnosis

خانواده و تقدیر دوستان بعد از انجام رفتار سالم و بالاخره **عوامل رفتاری**، شامل ۱۲ سوال در خصوص مجموعه رفتارهای سالمی که فرد جهت ارتقاء کیفیت زندگی سالم انجام می‌دهد مثل نحوه انجام کارهای شخصی، عضویت در گروه بازی یا ورزشی خاص، بازی با نوه‌ها و بچه‌ها، شرکت در گروه‌های خاطره‌گویی، رفتن به پارک، شرکت در مجالس مذهبی، تعداد گروه‌های سنی طرف معاشرت (کودکان، جوانان، بزرگسالان و سالمندان)، نوع رابطه با فرزندان، قصد ازدواج مجدد و نوع رابطه با همسر.

اعتبار پرسشنامه «پرسید» از طریق پانل اساتید کسب شد، لیکن با توجه به نو بودن کار ضریب توافقی عددی اعلام نشد. دیدگاه‌های اصلاحی متخصصین گروه خدمات بهداشتی و آمار دانشگاه علوم پزشکی ایران به صورت کیفی و مبسوط، کتبا مطرح شد. نهایتاً سؤال‌های پرسشنامه که با استفاده از منابع مختلف در خصوص شیوه زندگی سالم و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت طرح شده بود؛ مورد تأیید متخصصین آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار گرفت. پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ از طریق آزمون باز آزمون بر ۱۰ سالمند و با فاصله ۱۰ روز تأیید شد. سپس با همکاری یک نفر از سالمندان در مکان‌هایی که سالمندان تحت پوشش فرهنگسرای سالمندان فعالیت داشتند، پرسشنامه‌ها توزیع شد. برای سالمندانی که درک سئوال‌ها مشکل بود، مصاحبه صورت گرفت. بعد از تکمیل پرسشنامه‌های اولیه، ۴ جلسه آموزشی با فواصل ۲ روز برگزار شد، طی این جلسات آموزشی، مجموعه ۴ جلدی 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...) که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر شده بود، تدریس شد. در هر کدام از این جلسات یکی از مباحث مذکور با استفاده از روشهای آموزش بحث گروهی، سخنرانی، پرسش و پاسخ و با استفاده از وسایل کمک آموزشی پروژکتور، کامپیوتر و نرم افزار پاورپوینت برای گروه مداخله برگزار شد. یک ماه بعد از مداخله سالمندان دو گروه پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. نتایج مطالعه از طریق نرم افزار آماری SPSS 16 و با استفاده از آزمونهای آماری خی دو، فیشر، مک نمار، تی مستقل، تی زوجی و آنالیز واریانس تحلیل شد.

حداقل تعداد نمونه در هر گروه مداخله و کنترل ۳۰ نفر برآورد شد و چنانچه در پایان مطالعه در هر گروه ۲۷ نفر باقی مانده باشد، از نظر آماری کافی است. معیارهای ورود به مطالعه، داشتن سن ۶۵ سال و بیشتر، رضایت شخصی، و داشتن پرونده سالمندی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل نداشتن رضایت از طرف خود یا خانواده، فوت، ابتلا به بیماری خاص که مانع ادامه فعالیت فرد شود و عدم همکاری آگاهانه سالمند بود. از پرسشنامه استاندارد سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی (WHOQOL) استفاده شد که اعتبار و پایایی آن با مقادیر همبستگی و آلفای کرونباخ بالای ۰/۷ تأیید شده بود (۲۰). این پرسشنامه شامل ۲۶ سؤال در ۶ قسمت (خود ارزیابی فرد از کیفیت زندگی، وضعیت سلامتی و فاکتورهای جسمی، روحی، روانی، اجتماعی و محیطی) است. در مطالعه حاضر، نمره کل کیفیت زندگی ملاک ارزیابی بود.

پرسش نامه دوم، پرسشنامه محقق ساخته با عنوان «پرسش نامه مدل پرسید» و حاوی سئوالاتی در رابطه با رفتارها و شیوه‌های زندگی سالم بر اساس سازه‌های مدل آموزشی «پرسید» طراحی شده بود. سازه‌ها شامل عوامل مستعد کننده، عوامل قادر کننده، عوامل تقویت کننده و عوامل رفتاری هستند.

بخشهای مختلف پرسش نامه پرسید عبارتند از: **عوامل مستعد کننده**، شامل ۱۹ سوال در مورد آگاهی سالمندان از رفتارها و شیوه‌های زندگی سالم و ۱۶ سوال در خصوص نگرش آنان به مفاهیم مذکور، **عوامل قادر کننده**، شامل ۱۶ سئوال در مورد مجموعه تسهیلاتی که امکان یک زندگی سالم را فراهم می‌کند و کیفیت زندگی را ارتقاء می‌دهد از قبیل وضعیت شغلی، میزان درآمد، منبع درآمد، در قید حیات بودن همسر، نوع خانواده و محل زندگی، وجود بیمه درمانی، نداشتن بیماری، کمک گرفتن از مراکز مراقبت روزانه، برخورداری از امکانات عبور و مرور در خیابان‌ها، برخورداری از پله برقی و آسانسور در محل‌های مورد رفت و آمد، سطح امکانات رفاهی و مهارت‌های رعایت بهداشت فردی، آرام سازی عصبی، ورزش و پیاده روی، تلاش برای تغذیه سالم و یافتن منبع اطلاعات، **عوامل تقویت کننده**، شامل ۴ سوال در مورد احساس خود فرد و تشویق و تاییدهایی که از اطرافیان به دلیل انجام رفتار سالم دریافت می‌کند از قبیل احساس خوشایند بعد از انجام رفتار سالم، تشویق مرکز بهداشتی درمانی ارائه دهنده خدمات بهداشت سالمندان، تشویق

یافته‌ها

ترکیب جنسی در دو گروه مداخله و کنترل به تفکیک مرد و زن بدین صورت بود؛ در گروه مداخله ۴۸/۱٪ مرد و ۵۱/۹٪ زن و در گروه کنترل ۴۴/۴٪ زن و ۵۵/۶٪ مرد بود. دو گروه از نظر ترکیب جنسی هم‌تا بوده و اختلاف معنی‌داری نداشتند ($p > 0/05$). آزمون آماری خی دو همسانی دو گروه مداخله و کنترل را از نظر متغیرهای دموگرافیک نشان داد. از نظر سنی بیشترین شرکت کنندگان در گروه سنی ۶۹-۶۵ سال بودند که این میزان به ترتیب در گروه مداخله ۶۳٪ و در گروه کنترل ۵۵/۶٪ بود و تفاوت معنی‌داری ($p > 0/05$) نداشتند. سطح تحصیلات در دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب بی سواد ۲۵/۹٪ و ۳۳/۳٪، ابتدایی ۱۴/۸٪ و ۱۸/۵٪، راهنمایی ۳۷٪ و ۲۹/۶٪ و دبیرستان و بالاتر ۲۲/۲٪ و ۱۸/۵٪ بود و نتایج آزمون اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه از نظر سطح تحصیلات نشان نداد ($p > 0/05$). همچنین ۱۰۰ درصد شرکت کنندگان دو گروه مداخله و کنترل ساکن شهر بودند.

یافته‌های مطالعه حاکی از تغییر و افزایش نمره کل سازه‌های مختلف پرسید، بعد از آموزش در گروه مداخله بود. به طوری که میانگین نمره کل آگاهی سالمندان گروه مداخله، تحت تأثیر

مداخله آموزشی از ۲۵/۷۴ قبل از مداخله به ۴۲/۹۳ بعد از مداخله رسید. در حالی که این میزان در گروه کنترل فقط با اختلاف ۱/۴ نمره از ۲۵/۹۳ پیش آزمون به ۲۶/۷ پس آزمون رسید. میانگین نمره کل نگرش در گروه مداخله از ۴۱/۷۴ قبل از مداخله به ۴۷/۷ بعد از مداخله آموزشی افزایش یافت. در گروه کنترل، این میزان با اختلاف ۰/۲۳ نمره از ۴۴/۳۳ به ۴۴/۵۶ تغییر کرد. بنابراین از نظر دو عامل مستعد کننده (آگاهی و نگرش) اختلاف بین دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله از نظر آماری با $P > 0/05$ معنی‌دار نبود، اما بعد از مداخله بین دو گروه اختلاف معنی‌دار مشاهده شد ($P < 0/0001$). مهارت‌ها (عوامل قادر کننده) نیز در گروه مداخله در اثر آموزش بهبود یافتند. به طوری که مقایسه تغییر نمره کل مجموع مهارت‌ها بین دو گروه از نظر آماری معنادار بود. ($p < 0/05$). تغییر در نمره کل عوامل تقویت کننده نیز در گروه مداخله معنی‌دار بود ($p < 0/05$). همچنین نتایج مطالعه حاکی از افزایش نمره کل عوامل رفتاری در گروه مداخله و اختلاف معنی‌دار آماری بین دو گروه بعد از مداخله بود ($p < 0/05$). در حالی که قبل از مداخله دو گروه اختلاف معنی‌دار نداشتند (جدول ۱).

جدول ۱) مقایسه سازه‌های مدل پرسید قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل با آزمون t

زمان مداخله		قبل از آموزش		بعد از آموزش				
اجزا مدل پرسید	آزمون	کنترل	t	p	آزمون	کنترل	t	p
عوامل آگاهی	۲۵/۷۴±۹/۰۷	۲۵/۹۲±۸/۹۷	۰/۰۷۵	۰/۹۴	۴۲/۹۳±۳/۵۵	۲۶/۷±۸/۷۹	۸/۸۹	<۰/۰۰۰۱
مستعد کننده نگرش	۴۱/۷۴±۶/۱۴	۴۴/۳۳±۳/۱	۱/۹۵	۰/۰۶	۴۷/۷±۰/۷	۴۴/۵±۲/۸	۵/۵۹	<۰/۰۰۰۱
عوامل قادر کننده	۵/۶۷±۰/۸۸	۷/۵۶±۱/۰۹	۱/۵۱۲	۰/۱۳۷	۸±۱/۰۷	۷/۵۶±۱/۰۹	-۷/۰۳۱	<۰/۰۰۰۱
عوامل تقویت کننده	۵/۸۴±۰/۸۹	۶±۰/۹۲	-۲/۱۰۱	۰/۰۴	۵/۴۱±۰/۸	۶±۰/۹۲	-۲/۵۳	۰/۰۱۴
عوامل رفتاری	۱۶/۷±۲/۳۷	۱۶/۳۳±۱/۹۶	۰/۶۲۶	۰/۵۳۴	۱۸/۰۴±۲/۳۱	۱۶/۳۷±۱/۹۶	۲/۸۵۵	۰/۰۰۶

مهارت آرام سازی از ۰٪ به ۷۰/۴ درصد در گروه مداخله رسید. همچنین مهارت ورزش و پیاده روی نیز افزایش یافت.

افزایش درصد انجام هر کدام از مهارت‌های رعایت بهداشت فردی، تلاش برای تغذیه سالم و یافتن منبع اطلاعات در گروه مداخله، بعد از آموزش از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/05$).

جدول ۲) آزمون مک نمار عوامل قادر کننده قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل

عوامل قادر کننده (مهارت‌ها)	گروه	قبل از آموزش	بعد از آموزش	آزمون مک نمار
رعایت بهداشت فردی	مداخله	۷۴/۱	۹۶/۳	P=۰/۰۳۱
	مداخله	۲۵/۹	۳/۷	
	کنترل	۹۲/۶	۹۲/۶	P=۱
	کنترل	۷/۴	۷/۴	
آرام سازی	مداخله	۰	۷۰/۴	غیر قابل آزمون
	مداخله	۱۰۰	۲۹/۶	
	کنترل	۲۵/۹	۲۵/۹	P=۱
	کنترل	۷۴/۱	۷۴/۱	
تلاش برای تغذیه سالم	مداخله	۴۴/۴	۹۲/۶	P<۰/۰۰۰۱
	مداخله	۵۵/۶	۷/۴	
	کنترل	۵۹/۳	۵۹/۳	P=۱
	کنترل	۴۰/۷	۴۰/۷	
ورزش و پیاده روی	مداخله	۶۶/۷	۸۸/۹	p=۰/۱۰۹
	مداخله	۳۳/۳	۱۱/۱	
	کنترل	۵۹/۳	۵۹/۳	P=۱
	کنترل	۴۰/۷	۴۰/۷	
یافتن منبع اطلاعات	مداخله	۷/۷	۸۵/۲	P<۰/۰۰۰۱
	مداخله	۹۲/۳	۱۴/۸	
	کنترل	۷/۴	۷/۴	P=۱
	کنترل	۹۲/۶	۹۲/۶	

تغییر در بعضی از عوامل رفتاری از جمله شرکت در گروه‌های خاطره گویی، رفتن به پارک و تعداد گروه‌های طرف معاشرت (گروه‌های متعدد سنی که سالمند با آنها معاشرت می‌کند) معنی‌دار ($p < 0/05$) بود و بعضی عوامل دیگر از جمله عضو شدن در گروه ورزش و بازی، بازی با بچه‌ها و نوه‌ها، قصد ازدواج مجدد و استقلال در انجام کارهای شخصی با وجود بهبود درصد عملکرد مطلوب بعد از آموزش، اختلاف معنی‌داری قبل و بعد از مداخله نشان ندادند. همچنین بعضی از عوامل رفتاری از جمله شرکت در مجالس مذهبی و نوع روابط با همسر و فرزندان (هدف؛ تغییر از روابط سرد یا سازشی به رابطه صمیمی) قبل و بعد از مداخله، بدون تغییر باقی ماندند.

تغییر در بعضی از عوامل رفتاری از جمله شرکت در گروه‌های خاطره گویی، رفتن به پارک و تعداد گروه‌های طرف معاشرت (گروه‌های متعدد سنی که سالمند با آنها معاشرت می‌کند) معنی‌دار ($p < 0/05$) بود و بعضی عوامل دیگر از جمله عضو شدن در گروه ورزش و بازی، بازی با بچه‌ها و نوه‌ها، قصد ازدواج مجدد و استقلال در انجام کارهای شخصی با وجود

جدول ۳) تغییر عوامل رفتاری قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل

عوامل رفتاری	گروه	قبل از آموزش	بعد از آموزش	آزمون
شرکت در گروههای خاطره گویی	آزمون	۳۴/۶	۷۷/۸	مک نمار $P < 0/0001$
	کنترل	۶۵/۴	۲۲/۲	مک نمار $p = 1$
رفتن به پارک	آزمون	۴۶/۲	۸۵/۲	مک نمار $P = 0/006$
	کنترل	۶۳	۶۳	مک نمار $p = 1$
تعداد گروههای طرف معاشرت	آزمون	۲۵/۹۲	۵۱/۸۵	تی زوجی $P < 0/0001$
	گروه ۱	۷/۴۱	۲۹/۶۳	
	گروه ۲	۷/۴۱	۱۱/۱۱	
	گروه ۳	۷/۴۱	۵۹/۲۶	
پیکنترل	گروه ۱	۵۹/۲۶	۵۹/۲۶	تی زوجی $p = 0/366$
	گروه ۲	۲۲/۲۲	۲۲/۲۲	
	گروه ۳	۱۱/۱۱	۱۴/۸۱	
	گروه ۴	۷/۴۱	۳/۷	

و نتایج مطالعه دستیابی به هدف کلی (ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان از طریق مداخله آموزشی بر اساس الگوی آموزشی پرسید) را در گروه مداخله نشان داد. میانگین نمره کل کیفیت زندگی در گروه کنترل با تغییر جزئی ۰/۳۹ درصدی از ۸۶/۰۳٪ قبل از مداخله به ۸۶/۴۲٪ بعد از مداخله رسید. که از نظر آماری این تغییر معنی دار ($p > 0/05$) نبود. اما در گروه مداخله این نمره از ۸۹/۵۶٪ قبل از مداخله به ۹۳/۹۶٪ بعد از آموزش رسید که آزمون آماری تی زوجی حاکی از اختلاف معنی داری ($P < 0/0001$) بود.

جدول ۴) تغییر کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه آزمون و کنترل سالمندان

گروه / کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	آزمون تی زوجی
کنترل قبل از مداخله	۸۶/۰۳	۱۴/۶۹	$T = -1/021$
بعد از مداخله	۸۶/۴۲	۱۴/۹۸	$P = 0/317$
آزمون قبل از مداخله	۸۹/۵۶	۱۷/۰۸	$T = -5/051$
بعد از مداخله	۹۳/۹۶	۱۴/۸	$P < 0/0001$

این مطالعه حتی آگاهی سالمندان گروه کنترل نیز که مستقیماً به آنان آموزش داده نشده نیز افزایش یافته بود. که این اختلاف ممکن است به دلیل ایجاد حساسیت در سالمندان گروه کنترل بعد از تکمیل پرسشنامه و تلاش آن‌ها برای کسب آگاهی‌های

بحث

مطالعات نقش مؤثر آموزش بر اساس مدل‌های مختلف را بر افزایش سطح آگاهی و نگرش مردم، تغییر رفتارهای نادرست، کسب رفتارهای سالم و نهایتاً ارتقاء سلامت نشان داده‌اند. در

کنترل متابولیک و کاهش عوامل خطر کاردیو و سکولار در بیماران دیابتی نوع ۲ نشان می‌دهد و اذعان می‌کند که مدل پرسید در آموزش بهداشت روش مفیدی برای مدیریت بیماران دیابتی نوع ۲ است (۳۰). 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 می‌کند (۳۱).

نتیجه‌گیری

هر چند ایجاد تغییر عوامل قادر کننده صرفاً از طریق آموزش بسیار مشکل است و نیاز به زمان بیشتر و حمایت‌های جانبی همراه با آموزش دارد، لیکن نقش مداخلات آموزشی در افزایش سطح آگاهی، نگرش و عملکرد افراد مختلف حتی سالمندان که دوران کهولت را پشت سر می‌گذارند، بسیار برجسته است. اگر این مداخلات بصورت علمی و برنامه‌ریزی شده از طریق الگوهای جامع از جمله الگوی «پرسید» و همچنین صرف زمان مناسب صورت گیرد مطمئناً نتایج بهتری در بر خواهد داشت. چرا که مدل‌هایی نظیر مدل «پرسید» یک جنبش سیستماتیک را برای انجام رفتارهای سالم در فرد رهبری می‌کند. همچنین میزان مطلوب افزایش میانگین کیفیت زندگی نیاز به زمان بیشتری دارد. بنابراین با طرح جامع آموزش سالمندان از طریق کاربرد مدل‌های نوین آموزشی و بسترسازی مناسب، تامین امکانات کافی، کیفیت زندگی سالمندان و سالهای فعال عمر آنان را افزایش داد.

تشکر و قدردانی

با تشکر از کارکنان وقت فرهنگسرای سالمندان تهران و خانم سررشته‌داری سالمند محترم که در انجام این مطالعه همراه ما بودند.

لازم باشد. چپو سی جی اهمیت عوامل مستعد کننده و عوامل تقویت کننده را برای سبک زندگی سالم در کارمندان شهری از طریق مدل پرسید نشان داده است (۲۱). هیل ای جی معتقد است بعضی از عوامل تسهیل کننده، فعالیت‌های فیزیکی منظم را پیشگویی می‌کند (۲۲). نتایج مطالعه حاضر حاکی از افزایش کیفیت زندگی سالمندان در اثر مداخله آموزشی از طریق الگوی پرسید بود که در این راستا مطالعه‌دهداری و همکاران تأثیر آموزش بر اساس الگوی پرسید - پرسید را بر افزایش کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی بای پس عروق کرونر تأیید می‌کند (۲۳). همچنین یافته‌های مطالعه خرسندی نیز نشان داد آموزش از طریق الگوی پرسید - پرسید با ترکیب مدل اعتقاد بهداشتی و تئوری خودکارآمدی در دوران بارداری راه مناسبی برای ایجاد خودباوری در مورد توانایی در انجام زایمان طبیعی، کاهش ترس زایمان و متعاقباً افزایش زایمان طبیعی می‌شود (۲۴). مدل پرسید-پرسید در بررسی توسعه سلامتی از طریق مدیریت رژیم غذایی در بیماران دیابتی نوع ۲ و ارزیابی یادگیری نیازهای سالمندان ساکن در آسایشگاهها، ساختار اجرایی و ارزشیابی پروژه ارتقاء سلامت مناسب است (۲۵). مطالعه هزاوه‌ای کارایی و اثر بخشی برنامه آموزشی با الگوی پرسید را در پیشگیری و کاهش میزان افسردگی بیماران با عمل جراحی بای پس عروق کرونر تأیید می‌کند (۲۶). نظری معتقد است که طراحی و اجرای برنامه آموزشی با 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 شود (۲۷). سالمندان نیز برای داشتن شیوه زندگی سالم به آموزش و افزایش آگاهی از طریق برنامه‌ریزی دقیق و جامع آموزشی نیازمند هستند (۲۸). در این نوع برنامه ریزی‌های آموزشی، تمرکز بر فاکتورهای مستعد کننده، قادر کننده و تقویت کننده می‌تواند برای پیش بینی رفتار آزمون سلامت سالمندان استفاده شوند (۲۹). سالیانو فورتما اثربخشی مدل پرسید را در

REFERENCES

منابع

۱. ابراهیمی ا. بررسی رابطه میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان با نگرش و عملکرد دینی آنها. پژوهش در علوم پزشکی در ماهنامه فروردین واردیهشت ۱۳۸۲؛ ۸(۱): ۹۵-۹۴.
۲. صابریان م، حاجی آقاجانی س، قربانی ر. بررسی وضعیت اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و نحوه گذران اوقات فراغت سالمندان ساکن در مناطق شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سمنان ۱۳۸۰. کومش بهار و تابستان ۱۳۸۲؛ ۴(۳و۴): ۱۳۶-۱۲۹.
۳. موقری م، نیک بخت نصرآبادی ع. بررسی کیفیت ارایه مراقبت‌های توانبخشی معنوی در سالمندان بستری در بخش‌های روانی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایش. بهار ۱۳۸۲؛ ۲(۲): ۱۲۶-۱۲۱.
۴. مروتی شریف آباد م، حسینی شریف آباد م. بررسی وضعیت فعالیت‌های روزمره زندگی در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر شهر یزد. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد زمستان ۱۳۷۹؛ ۸ ضمیمه ۴ (ویژه نامه بهداشت ۲): ۵۳-۴۶.
۵. هروی کریموی م، رژه ن، جلالی ا، پیش نمازی ز. بررسی وضعیت نیازهای روانی سالمندان شهر تهران. دانشور دی ۱۳۸۲؛ ۱۱(۴۸): ۶۶-۵۹.
۶. تاجور م. بهداشت سالمندان و مروری بر جنبه‌های مختلف زندگی آنان. چاپ اول. تهران: انتشارات نسل فردا؛ ۱۳۸۲.
۷. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. گزارش بررسی وضعیت سالمندان کشور در سال ۱۳۸۱. معاونت سلامت دفتر سلامت خانواده و جمعیت ۱۳۸۶.
۸. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آخرین امار جمعیت سالمندان، آرشو دفتر سلامت خانواده و جمعیت.
9. Bowling A. Aging well - quality of life in older age. 1 st pub. open university press; 2005 .
۱۰. حسن پور دهکردی ا، مسعودی ر، نادری پور ا، پورمیرزا کلهری ر. تأثیر برنامه ورزشی بر کیفیت زندگی سالمندان شهرستان شهرکرد. سالمند (مجله سالمندی ایران) زمستان ۱۳۸۶؛ ۲(۶): ۴۴۳-۴۳۷.
۱۱. سالار ع، احمدی ف ا، فقیه زاده س. تأثیر الگوی مشاوره مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان. طبیب شرق ۱۳۸۲؛ ۵(۴): ۲۶۷-۲۶۱.
۱۲. محقق کمال س ح، سجادی ح، زارع ح، بیگلریان ا. مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مستمری بگیر سازمان‌های تامین اجتماعی و بازنشستگی کشوری ساکن شهرستان قم، ۱۳۸۶. مدیریت سلامت بهار ۱۳۸۶؛ ۱۰(۲۷): ۵۶-۴۹.
۱۳. هاشمیان م. آموزش بهداشت و ارتباطات. تهران: موسسه انتشاراتی اندیشه رفیع؛ زمستان ۱۳۸۴.
۱۴. شجاعی زاده د. مدل‌های مطالعه رفتار در آموزش بهداشت. چاپ اول. تهران: اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت حوزه معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۹.
۱۵. محمدی ن، رفیعی فر ش، اکبری م ا، جمشیدی ح. آموزش سلامت (آشنایی با مفاهیم کاربردی) ویژه کارشناسان آموزش سلامت. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، اداره ارتباطات و آموزش سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. تهران: نشر مهر راوش؛ ۱۳۸۴.
۱۶. باستانی ف. تأثیر آموزش تنش زدایی بر مبنای سنتز مدل پرسید با مدل اعتقاد بهداشتی و تئوری خودکارآمدی در کاهش اضطراب و نتایج حاملگی مطلوب در زنان باردار. در: مدرس دت، editor. سایت دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۳.
17. Green LW KM. Health promotion planning: An educational and environmental approach. ed n, editor: Palo Alto: Mayfield Publishing Co; 1991.
۱۸. جلیلی ز، فقیه زاده س، حیدرنیاع، هزوه‌ای م م، سادات هاشمی س م. کاربرد الگوی آموزشی پرسید جهت تحلیل علیتی رفتارهای پیشگیری کننده مادران در کم خونی فقر آهن کودکان ۵-۱ ساله. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۱۳۸۰؛ ۹(۲): ۱۰۱-۹۳.
۱۹. جلیلی ز، حیدرنیاع، فقیه زاده س، دبیری ش، هزوه‌ای م م، محمدعلیزاده س. کنترل کم خونی فقر آهن در کودکان ۵-۱ ساله با استفاده از الگوی آموزشی پرسید در شهر کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد زمستان ۱۳۸۰؛ ۹(۴): ۷۶-۶۷.

۲۰. نجات س، منتظری ع، هولاکویی نایینی ک، محمد ک، مجدزاده س. استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-brief) ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی زمستان ۱۳۸۵؛ ۴(۱۲): ۱-۱۲.
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. *Kaohsiung J Med Sci* 1998 Jun;14(6): 39-47.
22. Hill AJ. Predictors of regular physical activity in participants in a Canadian health promotion program. *Can J Nurs Res* 1996 Spring;28(1): 119-141.
۲۳. دهداری ط، حیدرنیا ع، رمضانخانی ع، صادقیان س، غفرانی پور ف، اعتمادی ث. طراحی و ارزشیابی یک مداخله آموزشی برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی بای پس عروق کرونر بر مبنای الگوی پرسید - پرسید. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند زمستان ۱۳۸۷؛ ۱۵(۴): ۲۷-۳۸.
۲۴. خرسندی م، غفرانی پور ف، حیدرنیا ع، فقیه زاده س. تأثیر الگوی پرسید- پرسید با ترکیب مدل اعتقاد بهداشتی و تئوری خودکارآمدی به منظور افزایش زایمان طبیعی در زنان نخست زا: در مدرس دت، editor. تهران: دانشکده علوم پزشکی؛ ۱۳۸۶.
25. De Kleijn A. Health improvement through dietary management of type 2 diabetes. *Br J Community nurs* 2008 ;13(8): 378, 380-383.
۲۶. هزاوه‌ای س م، سبزمکان ل، حسن زاده ا، ربیعی ک. تأثیر برنامه آموزشی بر اساس الگوی پرسید بر افسردگی بیماران با عمل جراحی بای پس عروق کرونر. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین تابستان ۱۳۸۷؛ ۱۲(۲) (پی در پی ۴۷): ۳۲-۴۰.
۲۷. نظری م، حیدرنیا ع، افتخار اردبیلی ح. ارتقاء رفتارهای ایمن پسران دانش آموز مدارس ابتدایی بر اساس الگوی پرسید- پرسید. ارمغان دانش. تابستان ۱۳۸۷؛ ۱۳(۲) (پی در پی ۵۰): ۸۳-۹۳.
۲۸. صمدی ص، بیات آ، طاهری ح، جنید ب س، روزبهانی ن. آگاهی، نگرش و عملکرد سالمندان نسبت به شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی. مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین بهار ۱۳۸۶؛ ۱۱(۱) (پی در پی ۴۲): ۳-۸۴.
29. 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):348-358.
30. Salinero-Fort MA, Arrieta- Blanco F, Carrillo-de Santa Pau E, Martín-Madrazo 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. *Rev Clin Esp* 2009;209(7):325-331.
31. Chwalow J. Evaluation of health education programs. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1991;39(1):83-87.