

تأثیر آموزش برنامه‌ی ادغام یافته سلامت بر کیفیت زندگی سالمندان شهرستان ملکشاهی در سال ۱۳۹۷

جواد ذیبی‌زاد^{۱*}، حمزه زنگنه^۲، امین کریمی^۳، لیلا هواسی^۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، کمیته تحقیقات مرکزی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد آمار زیستی، کمیته تحقیقات دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۳- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه آزاد واحد تهران جنوب، تهران، ایران

۴- کارشناس بهداشت بهداشت عمومی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان ملکشاهی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

(مؤلف مسؤول): تلفن: ۰۴۳۸۵۵۷۶۲؛ پست الکترونیک: rad2745@yahoo.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6388-8583>

چکیده

زمینه و هدف: سالمندی یک دوره‌ی حساس از زندگی است که سالمندان طی آن در معرض تهدیدات بالقوه‌ای هستند. ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان نیازمند اجرای مناسب برنامه‌های سلامت می‌باشد. کیفیت زندگی سالمندی وابسته به دسترسی وی به خدمات سلامت و فرصت‌های آموزشی است. یکی از روش‌های توانمندسازی سالمندان آموزش است. هدف از انجام این مطالعه بررسی تأثیر برنامه‌ی ادغام یافته‌ی سلامت بر کیفیت زندگی سالمندان است.

مواد و روش کار: این مطالعه‌ی شبه تجربی، به صورت پیش آزمون-پس آزمون انجام گرفت. نمونه‌های پژوهش ۲۵۰ نفر از سالمندان شهرستان ملکشاهی که به صورت سرشماری انتخاب شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه‌ی استاندارد کیفیت زندگی لیپاد بود که قبل از مداخله و شش ماه بعد از مداخله تکمیل گردید. مداخله‌ی آموزشی بر اساس راهنمای ادغام یافته‌ی سلامت سالمندان ویرایش سال ۱۳۹۶ وزارت بهداشت بود. آموزش‌ها به صورت حضوری و طی شش جلسه‌ی یک ساعته طراحی و اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه‌ی ۲۰ نرم‌افزار SPSS و با شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های آماری تی زوجی انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج آزمون دو گروه نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان در ابعاد فیزیکی، خود مراقبتی، افسردگی و اضطراب، مسائل جنسی و بعد رضایت از زندگی بین قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0.05$) در ابعاد اجتماعی و شناختی تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0.05$). اختلاف معنی‌داری بین برنامه ادغام یافته بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب جنسیت، وضعیت تا هل و وضعیت تحصیل سالمندان وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی بر اساس برنامه ادغام یافته سلامت سالمندان می‌تواند یکی از روش‌های ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان باشد.

واژه‌های کلیدی: آموزش، برنامه ادغام یافته سلامت، کیفیت زندگی، سالمندان

مقدمه

معنوی و مسئولیت‌پذیری در قبال وضعیت سلامتی است (۴).

پیش‌شدن سالم گونه، حق همه‌ی افراد است و این امر بر اهمیت پذیده‌ی سالم‌نده و پیش‌گیری از مشکلات آن می‌افزاید. چالش اصلی و عمدی بهداشت عمومی در قرن بیست «افزایش امید به زندگی» بود؛ درحالی که چالش اصلی قرن بیست و یکم، «زندگی باکیفیت بهتر» است (۶). از سوی دیگر افراد سالم‌نده به علت کهولت و بیماری‌های مزمن از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه به شمار می‌روند؛ بنا بر این کیفیت زندگی در این افراد از اهمیت بالایی برخوردار است (۷). بیش از نیمی از سالم‌ندان در انجام فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی پایه از قبیل پختن غذا، مصرف دارو، استفاده از وجه نقد دارای مشکل هستند و میزان بالایی از ناتوانی در افراد گروه‌های سنی بالاتر وجود دارد. تغییر در الگوی بیماری‌ها که کاهش میزان بیماری‌های عفونی، افزایش طول عمر و بیماری‌های مزمن را به همراه داشته است؛ منجر به افزایش توجه به مفاهیم سلامتی و کیفیت زندگی طی دهه‌های اخیر گردیده است (۸).

مفهوم کیفیت زندگی به اداراک فرد از انتظارات فردی، استانداردها و نگرانی‌ها در چهارچوب سیستم فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کند؛ بر می‌گردد (۹). کیفیت زندگی و شادابی یک فرد در دوران سالم‌نده تا حد زیادی وابسته به دسترسی و استفاده‌ی او به خدمات سلامت، اشتغال و درآمد، حمایت‌های اجتماعی و فرصت‌های آموزشی در طی سال‌های قبل از سالم‌نده است و به همین دلیل، موفقیت برنامه‌ی سلامت سالم‌نده متکی به مدیریت فرآیند سالم‌نده موفق در طی دوران جوانی و بالاًخص دوران میان‌سالی است؛ همچنین باید با اتخاذ یک رویکرد وسیع و ادغام یافته به طور متوازن بر روی رفع

سالم‌نده فرآیندی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان را در بر می‌گیرد و حاصل تعامل پیچیده‌ی عوامل ژنتیک، متابولیک، هورمونی و همچنین روانی و اجتماعی است که بر عملکرد بدن اثر گذاشته و باعث پیری می‌شود (۱). در حال حاضر، سالم‌نده بخش بزرگی از ترکیب جمعیتی به خود اختصاص داده است. بر اساس شاخص جمعیتی، اگر در جامعه‌ای بیش از ۱۲ درصد کل جمعیت ۶۰ سال و بالاتر و یا بیش از ۱۰ درصد کل جمعیت ۶۵ سال و بالاتر باشد؛ جمعیتی سالم‌نده تلقی می‌گردد (۲).

آمارها از پیش‌بینی رشد جمعیت سالم‌ندان جهان طی سال‌های ۱۹۵۵ تا ۲۰۳۰ میلادی از رقم ۹ درصد به ۱۶ درصد حکایت می‌کند که در این میان آسیا از ۹/۳ درصد به ۱۸/۶ درصد، اروپای شرقی از ۱۷/۷ درصد به ۲۵/۲ درصد، فرانسه از ۲۰/۹ درصد به ۳۷/۶ درصد، آلمان از ۲۲/۳ درصد به ۴۱/۶ درصد، ژاپن از ۱۶/۲ درصد به ۳۷ درصد و ایران از ۵/۶ درصد به ۱۷/۵ درصد خواهد رسید (۳).

افزایش جمعیت سالم‌ندان در عصر حاضر چالش‌های فراوانی برای جوامع سراسر دنیا ایجاد نموده است (۴) به‌طوری که دوران حساسی از زندگی بشر محسوب می‌شود و در طی آن سالم‌ندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنها بی، انزوا و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده است و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی و در موارد زیادی استقلال فرد ایشان مورد تهدید قرار می‌گیرد (۵). با افزایش سن، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که مهم‌ترین رفتارهای خود مراقبتی ارتقاء دهنده‌ی سلامت، شامل رفتارهای تغذیه‌ای سالم، فعالیت‌های جسمانی، مدیریت استرس، ارتباطات بین فردی، رشد

مطالعه شامل سن بالای ۶۰ سال، دارا بودن توان حرکت و عدم ابتلا به بیماری آنزایر و معیارهای خروج از مطالعه شامل بسترهای شدن در مراکز درمانی، مهاجرت، مرگ میر، عدم شرکت در کلاس‌ها و برنامه‌های آموزشی و نقص در اطلاعات بود.

جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی لیپاد استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ توسط دیگو و همکاران تهیه و در سه شهر لیدن در هلند، پادوآ در ایتالیا و هلسینکی در فلاند، مورد پژوهش قرار گرفت (۱۳). پژوهشگران معتقدند که این یک ابزار بین‌المللی برای تمامی گروه‌های سالم‌دان است که در جوامع مختلف به سهولت قابل استفاده می‌باشد (۱۴). پرسشنامه در ایران ترجمه و هنجاریابی شده و روایی آن توسط سجادی و بیگلریان در سال ۱۳۸۵ بررسی و پایایی آن با آلفای ۰/۸۳ مورد تائید قرار گرفته است (۱۵، ۱۶).

قسمت اول پرسشنامه شامل خصوصیات دموگرافیک مانند سن، جنس، میزان درآمد، وضعیت تا هل، تعداد فرزندان، مدت اقامت و میزان تحصیلات است. قسمت دوم پرسشنامه، ۳۱ سؤال دارد که متشکل از ابعاد فیزیکی (۵ سؤال)، خود مراقبتی (۶ سؤال)، افسردگی و اضطراب (۴ سؤال)، شناختی (۵ سؤال)، اجتماعی (۳ سؤال)، رضایت از زندگی (۶ سؤال) و مسائل جنسی (۲ سؤال) می‌باشد. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت در چهار سطح از ۰ تا ۳ و به صورت ضعیف (۰)، متوسط (۱)، خوب (۲) و خیلی خوب (۳) سطح‌بندی شدند.

برنامه‌ی آموزشی بر اساس راهنمای ادغام یافته سلامت سالم‌دان ویرایش سال ۱۳۹۶ وزارت بهداشت بود. آموزش در حیطه‌های فشارخون، اختلالات تغذیه‌ای، بیماری دیابت، افسردگی، سقوط و چربی خون، خود مراقبتی، تحرک، ورزش کردن مناسب و

نیازهای دیگر سالم‌دان (نیاز به غذا و سرپناه، اینمی در مقابل بیماری، فقر و محرومیت وجود ارتباط محضانه با اعضای خانواده و دوستان، حق انتخاب مکان زندگی و روش گذراندن اوقات فراغت) تمرکز نماید (۱۰).

آموزش یکی از روش‌هایی توانمند سازی سالم‌دان است به ویژه اگر آموزش اصولی و بر اساس مدل‌های شناخته شده آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت باشد که با ارتقاء سطح خود مدیریتی و خوداتکایی بتوانند کیفیت زندگی را افزایش دهند. آموزش بهداشت تلفیق انواع تجربه‌های یادگیری طرح شده است که به اتخاذ رفتار داوطلبانه‌ای که سلامتی را تسهیل می‌کند؛ منجر می‌شود (۱۱). مطالعات نشان دادند که مداخلات آموزشی از قبیل آموزش خود مراقبتی، شیوه درمان رفتارهای شناختی، برگزاری کلاس‌های آموزشی برای تدریس شیوه زندگی سالم، اجرای برنامه‌های حمایتی، برنامه‌ی مداخلات تغذیه‌ای و برنامه‌ی پیشگیری از بیماری‌ها کیفیت زندگی را افزایش داده‌اند (۱۲).

یکی از برنامه‌های وزارت بهداشت و درمان در زمینه‌ی سلامت سالم‌دان، برنامه مراقبت ادغام یافته و سالم‌دان که از سال ۱۳۹۲ آغاز و آخرین ویرایش آن در سال ۱۳۹۶ بوده است. هدف از این پژوهش تأثیر این برنامه بر کیفیت زندگی سالم‌دان شهرستان ملکشاهی در سال ۱۳۹۷ است.

مواد و روش کار

این مطالعه شبه تجربی است که به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه سالم‌دان شهرستان ملکشاهی است. نمونه‌های پژوهش به صورت سرشماری که شامل ۲۵۰ نفر از سالم‌دانی بودند که تا زمان مطالعه ما تحت مراقبت برنامه‌ی ادغام یافته سلامت سالم‌دان قرار نگرفتند. معیارهای ورود به

و بستری شدن در مراکز درمانی از مطالعه خارج شدند. از ۲۰۰ نفر شرکت‌کننده در مطالعه، ۱۰۰ نفر مرد و ۱۰۰ نفر زن بودند که میانگین سنی آنها به ترتیب ۶۸/۹۵ \pm ۷/۳۲ و ۶۸/۴۲ \pm ۷/۹۰ سال بود. میانگین تعداد فرزندان هر فرد ۶ \pm ۲/۳۸ نفر بود. نتایج نشان داد که ۱۳۰ نفر (۶۵ درصد) از این سالمدانان متاهل و تعداد ۷۰ نفر (۳۵ درصد) نیز همسرانشان را از دستداده بودند؛ همچنین ۴۰ نفر (۲۰ درصد) باسواند و ۱۶۰ نفر (۸۰ درصد) بی‌سواد بودند. هیچ‌کدام از سالمدانان در خانه‌ی سالمدان اقامت نداشتند. در بین نمونه‌های موردنظر مشاهده گردید که ۲۵ نفر از ۱۲/۵ (درصد) سالمدانان به بیماری دیابت، ۹۲ نفر (۴۶ درصد) به بیماری پرفشاری خون و ۵۵ نفر (۲۷/۵ درصد) به بیماری افسردگی مبتلا بودند.

برای بررسی تأثیر برنامه ادغام شده بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی سالمدان شهرستان ملکشاهی از آزمون تی گروه‌های وابسته (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) که یکی از آزمون‌های پارامتری هست استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۱ آمده است.

برای انجام این نوع آزمون، بایستی پیش‌فرض‌هایی از قبیل نرمال بودن داده‌ها بررسی شود و با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف فرض نرمال بودن داده‌های کلیه‌ی ابعاد کیفیت زندگی سالمدان شهر ملکشاهی بررسی و مورد تائید قرار گرفت ($P > 0/05$).

نحوه زندگی کردن سالم، با مشورت کارشناسان بهداشت خانواده، کارشناس مسئول برنامه سلامت سالمدان و کارشناس آموزش سلامت طراحی شد. آموزش‌ها به صورت حضوری طی شش جلسه آموزشی یک ساعته اجرا شد که در آموزش گروهی، تعداد هر گروه حدود ۱۰ تا ۱۲ نفر بود. مهم‌ترین محورهای آموزشی برای نمونه‌های پژوهش شامل تغذیه سالم، اختلالات روانی و افسردگی، بیماری‌های غیر واگیر نظیر دیابت، فشارخون و چربی خون و سلامت جسمی بود.

پس از اخذ مجوزهای لازم جهت انجام این مطالعه، محramانه بودن، آزادانه بودن و اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه از آنان اخذ گردید. جهت جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ها یک‌بار قبل از مداخله و شش ماه بعد از مداخله تکمیل گردید و سالمدانی که بی‌سواد بودند؛ پرسشنامه‌ی آنان به صورت مصاحبه توسط کارشناسان تکمیل شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها وارد نسخه ۲۰ از نرم‌افزار آماری SPSS شد و با استفاده از شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های آماری تی زوجی مورد تعزیز و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۲۵۰ نفر جمعیت سالمدان، ۵۰ نفر به علت مهاجرت، عدم شرکت در برنامه و کلاس‌های آموزشی

جدول ۱: آزمون تی گروه‌های وابسته (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) برای بررسی تأثیر برنامه ادغام یافته به کیفیت زندگی سالمدان

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین نمره *	انحراف معیار	آماره t	P valu
فیزیکی	۲/۳۷	.۶۲	-۲/۰۰	.۰۴۷
بعد	۲/۴۹	.۵۷		
خود مراقبتی	۱/۸۱	.۵۴	۳/۵۳	.۰۰۱
بعد	۲/۰۰	.۶۱		

۰/۰۰۱		۰/۵۸	۱/۵۹	قبل	افسردگی و اضطراب
	۱/۰۵۸	۰/۵۸	۲/۱۸	بعد	
۰/۱۹۹		۰/۶۴	۱/۸۷	قبل	شناختی
	-۱/۲۸	۰/۴۷	۱/۸۰	بعد	
۰/۲۵۸		۰/۳۸	۲/۰۰	قبل	اجتماعی
	۱/۰۷	۰/۵۳	۱/۹۵	بعد	
۰/۰۰۲		۰/۴۳	۱/۶۱	قبل	رضایت از زندگی
	-۳/۱۶	۰/۳۹	۱/۷۴	بعد	
۰/۰۰۱	-۳/۳۶	۰/۷۴	۰/۵۴	قبل	مسائل جنسی
	۰/۷۵	۰/۸۳	۱/۸۰	بعد	
۰/۰۰۱		۰/۳۷	۱/۹۴	قبل	کیفیت کل زندگی
	-۳/۶۰	۰/۴۱	۱/۹۴	بعد	

وجود نداشت؛ یعنی برنامه ادغام شده بر این ابعاد کیفیت زندگی سالمدانان تأثیری نداشته است.
 $P > 0.05$.

جهت بررسی تأثیر برنامه ای ادغام شده بر کیفیت زندگی سالمدانان شهرستان ملکشاهی برحسب جنسیت، وضعیت تا هل و وضعیت تحصیلات آنها از آزمون t گروههای مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدولهای ۲، ۳، ۴ آمده است.

با توجه به جدول ۱، نتایج حاصل از پیشآزمون و پس آزمون بیانگر این است که میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی سالمدانان در ابعاد فیزیکی، خود مراقبتی، افسردگی و اضطراب، مسائل جنسی و بعد رضایت از زندگی بین قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی برنامه‌ی ادغام شده بر این ابعاد کیفیت زندگی سالمدانان، تأثیر مثبتی داشته است ($P < 0.05$) اما در ابعاد اجتماعی و شناختی تفاوت آماری معنی‌داری

جدول ۲: آزمون t گروههای مستقل برای بررسی اختلاف معنی‌داری تأثیر برنامه‌ی ادغام یافته بر ابعاد کیفیت زندگی سالمدانان شهرستان ملکشاهی بین زنان و مردان

ابعاد	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره t		درجه آزادی (df)	pvalue
				مرد	زن		
فیزیکی	۱۰۰	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۸۳	۰/۸۳	۱/۵۷	۰/۱۱
خود مراقبتی	۱۰۰	۰/۱۴	۰/۲۵	۰/۸۲	۰/۷۵	۱/۰۰	۰/۳۱
افسردگی و اضطراب	۱۰۰	۰/۶۲	۰/۵۶	۰/۸۴	۰/۷۳	-۰/۵۰	۰/۶۱

۰/۵۰	۱۹۸	۰/۶۶	۰/۷۵	۰/۸۱	-۰/۰۳	-۰/۱۰	۱۰۰	۱۰۰	شناختی
۰/۵۴	۱۹۸	-۰/۶۱	۰/۶۳	۰/۶۳	-۰/۰۷	-۰/۰۲	۱۰۰	۱۰۰	اجتماعی
۰/۴۰	۱۹۸	-۰/۸۳	۱/۰۱	۱/۰۲	۰/۲۱	۰/۳۵	۱۰۰	۱۰۰	مسائل جنسی
۰/۵۹	۱۹۸	۰/۵۳	۰/۶۷	۰/۵۱	۰/۱۱	۰/۱۵	۱۰۰	۱۰۰	رضایت
۰/۶۳	۱۹۸	۰/۴۷	۰/۵۴	۰/۵۴	-۰/۱۵	-۰/۱۲	۱۰۰	۱۰۰	کیفیت کل زندگی

شهرستان ملکشاهی بین گروه مردان و زنان اختلاف معنی داری وجود ندارد.

با توجه به جدول ۲، نتایج حاصل از آزمون تی استودنت دو گروه مستقل، بیانگر این است که برنامه ای ادغام یافته بر کلیه ابعاد کیفیت زندگی سالمندان

جدول ۳: آزمون t گروه های مستقل برای بررسی اختلاف معنی داری تأثیر برنامه ادغام یافته بر ابعاد کیفیت زندگی سالمندان شهرستان ملکشاهی بر حسب وضعیت تأهل آن ها

Pvalue	درجه آزادی (df)	t آماره	انحراف معیار		میانگین		تعداد		ابعاد
			بیوه	متاهل	بیوه	متاهل	بیوه	متاهل	
۰/۳۳	۱۹۸	۰/۹۵	۰/۷۳	۰/۸۸	۰/۰۴	۰/۱۶	۷۰	۱۳۰	فیزیکی
۰/۳۳	۱۹۸	۰/۹۷	۰/۸۱	۰/۷۷	۰/۱۲	۰/۲۳	۷۰	۱۳۰	خودمراقبتی
۰/۷۷	۱۹۸	-۰/۲۸	۰/۷۳	۰/۸۲	۰/۶۱	۰/۵۸	۷۰	۱۳۰	افسردگی و اضطراب
۰/۳۷	۱۹۸	۰/۸۹	۰/۷۳	۰/۸۰	-۰/۱۳	-۰/۰۳	۷۰	۱۳۰	شناختی
۰/۱۵	۱۹۸	۱/۴۳	۰/۶۴	۰/۶۲	-۰/۱۳	-۰/۰۰۱	۷۰	۱۳۰	اجتماعی
۰/۰۴	۱۹۸	۲/۰۵	۱/۰۰	۱/۰۱	۰/۰۵	۰/۴۱	۷۰	۱۳۰	مسائل جنسی
۰/۳۶	۱۹۸	۰/۹۱	۰/۵۳	۰/۶۲	۰/۰۸	۰/۱۶	۷۰	۱۳۰	رضایت
۰/۲۳	۱۹۸	-۱/۱۹	۰/۵۳	۰/۵۴	-۰/۰۷	-۰/۱۷	۷۰	۱۳۰	کیفیت کل زندگی

شهرستان ملکشاهی به جز مسائل جنسی بر حسب وضعیت تأهل آن ها، اختلاف معنی داری وجود ندارد.

با توجه به جدول ۳، نتایج حاصل از آزمون تی استودنت دو گروه مستقل، بیانگر این است که برنامه ای ادغام یافته بر کلیه ابعاد کیفیت زندگی سالمندان

جدول ۴: آزمون t گروه‌های مستقل برای اختلاف معنی‌داری تأثیر برنامه‌ی ادغام یافته بر ابعاد کیفیت زندگی سالمدان شهرستان ملکشاهی بحسب وضعیت تحصیل آن‌ها

ابعاد	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره t	درجه آزادی	pvalue	بسواد		بسواد		بسواد	
							بسواد	بسواد	بسواد	بسواد	بسواد	
فیزیکی	۴۰	۱۶۰	۰/۰۷	۰/۱۳	۰/۸۱	۰/۸۴	۰/۳۸	۱۹۸	۰/۶۹	۰/۴۶	۱۹۸	۰/۶۴
خودمراقبتی	۴۰	۱۶۰	۰/۱۴	۰/۲۱	۰/۷۶	۰/۷۹	۰/۴۶	۱۹۸	۰/۶۴	۰/۵۲	۱۹۸	۰/۵۲
افسردگی و اضطراب	۴۰	۱۶۰	۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۶۸	۰/۸۱	۰/۱۵	۱۹۸	۰/۸۸	-۰/۰۵	-۰/۰۵	-۰/۰۵۲
شناختی	۴۰	۱۶۰	۰/۱۴	-۰/۰۱	۰/۶۷	۰/۸۰	۰/۶۴	۱۹۸	۰/۵۲	-۰/۰۴	-۰/۰۴	-۰/۰۷۵
اجتماعی	۴۰	۱۶۰	۰/۰۷	-۰/۰۰۷	۰/۰۵۶	۰/۶۵	۰/۳۱	۱۹۸	۰/۷۵	-۰/۰۰۴	-۰/۰۰۴	-۰/۰۲۱
مسئل جنسی	۴۰	۱۶۰	۰/۰۰	۰/۰۵۰	۰/۲۳	۰/۹۷	-۱/۰۲۳	۱۹۸	۰/۲۱	-۰/۰۰۴	-۰/۰۰۴	-۰/۰۹۸
رضایت	۴۰	۱۶۰	۰/۰۰	۰/۰۱۳	۰/۰۵۱	۰/۶۱	۰/۰۲	۱۹۸	۰/۹۸	-۰/۰۱۰	-۰/۰۱۰	-۰/۰۷۰
کیفیت کل زندگی	۴۰	۱۶۰	۰/۰۰	-۰/۰۱۰	-۰/۰۱۴	۰/۵۰	-۰/۰۳۷	۱۹۸	۰/۷۰	-۰/۰۰۵	-۰/۰۰۵	-۰/۰۱۹

نشان داد که کیفیت زندگی با جنسیت رابطه‌ی آماری معنی‌داری ندارد (۱۸). در مطالعه‌ی حاضر نیز کیفیت زندگی سالمدان شهرستان ملکشاهی بین گروه مردان و زنان اختلاف معنی‌داری وجود ندارد.

در مطالعه‌ی حاضر، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل با کیفیت زندگی در سالمدان رابطه‌ی آماری معنی‌داری نداشت اما خواجه و همکاران بیان داشتند که سطح تحصیلات بالاتر، باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود (۱۸). علی پور و همکاران نیز نشان دادند که افراد با تحصیلات بالاتر دارای کیفیت زندگی بیشتری هستند (۱۹) که مطالعه‌ی ما با این مطالعات همسو نیست و می‌تواند ناشی از این باشد که در مطالعه‌ی حاضر بیشتر افراد مورد مطالعه بسیار بوده‌اند و فقط ۲۰ درصد افراد بسیار بودند؛ همچین وضعیت تأهل نیز بر کیفیت زندگی تأثیر دارد؛ به طوری که افراد متاهل، سلامت جسمی و روحی بیشتری دارند (۱۸). در مطالعه‌ی علی پور و همکاران نیز افراد متأهل

با توجه به جدول ۴، نتایج حاصل از آزمون تی استودنت دو گروه مستقل بیانگر این است که برنامه‌ی ادغام یافته بر کلیه‌ی ابعاد کیفیت زندگی سالمدان شهرستان بحسب وضعیت تحصیل آنها اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ($P>0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر برنامه‌ی ادغام یافته‌ی سلامت سالمدان بر کیفیت زندگی سالمدان در شهرستان ملکشاهی در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. کیفیت زندگی از عوامل گوناگونی از جمله ویژگی‌های فردی، اجتماعی و اقتصادی و سلامتی فرد تأثیر می‌پذیرد که در این مطالعه عوامل جمعیت شناختی مورد بررسی قرار گرفت. جنسیت یکی از عوامل تعیین‌کننده در کیفیت زندگی است که در برخی مطالعات از جمله مطالعه‌ی مرادی و همکاران کیفیت زندگی در زنان سالمدان کمتر از مردان گزارش شده است (۱۷) اما نتایج مطالعه‌ی خواجه و همکاران

کیفیت زندگی بعد از مداخله و در بعد فیزیکی در گروه آزمون خبر داد (۲۳).

افسردگی یکی از اختلالات دوران سالمدنی است که در مطالعه‌ی حاضر، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در ابعاد افسردگی و اضطراب و خود مراقبتی پس از اجرای برنامه‌ی ادغام به طور معناداری افزایش یافت. مطالعه‌ی صادقی و باز قلعه نیز نشان داد که افسردگی باعث کاهش کیفیت زندگی سالمدنان می‌شود (۲۴). در این راستا، مطالعات خوش‌رفتار رودی و مهدی نیز نشان دادند؛ سالمدنانی که تحت آموزش خود مراقبتی و آموزش توسط همتا بودند؛ نمره‌ی کیفیت زندگی بالاتری داشتند (۲۵، ۲۶).

در مطالعه‌ی حاضر کیفیت زندگی سالمدنان در بعد رضایت از زندگی پس از مداخله آموزشی به طور معنی‌داری افزایش و در بعد اجتماعی به صورت معنی‌داری کاهش یافت. در این راستا مطالعه‌ی بروشان و همکاران نیز نشان داد که نمره‌ی کیفیت زندگی بعد از آموزش در بعد رضایت از زندگی افزایش و در بعد اجتماعی به طور معنی‌داری کاهش یافته است (۵) اما در مطالعه‌ی حاضر میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در بعد شناختی پس از اجرای مداخله به صورت معناداری کاهش یافت که به نظر می‌رسد علت آن عدم تمرکز برنامه‌ی ادغام یافته‌ی سلامت در این حیطه باشد.

با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر که نشان‌دهنده افزایش کیفیت زندگی سالمدنان است که می‌تواند ناشی از اجرای برنامه‌ی ادغام یافته‌ی سلامت باشد؛ لذا پیشنهاد می‌شود که در سایر زمینه‌های سلامت چنین برنامه‌هایی را طراحی و اجرا نمود تا کمک شایانی در جهت بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی باشد و به طبع آن باعث افزایش کیفیت زندگی افراد جامعه گردد.

دارای کیفیت زندگی بالاتری بودند (۱۹) اما مطالعه‌ی حاضر همسو با این مطالعات نیست که می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی نمونه‌های پژوهش بعد از اجرای برنامه‌ی ادغام یافته‌ی سلامت سالمدنان افزایش یافته است. مطالعه‌ی ریماز و همکاران که بر روی ۲۶۰ نفر از سالمدنان تهران انجام شد نیز نشان داد که اجرای برنامه‌های حمایت اجتماعی باعث بهبود کیفیت زندگی سالمدنان می‌شود (۲۰)؛ همچنین مطالعه‌ی سلیمی و همکاران که بر روی ۱۶۰ نفر از سالمدنان شهر زنجان با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمدنان انجام شد، نشان داد که نمره‌ی کیفیت زندگی سالمدنان در گروه آزمون به طور معنی‌داری افزایش یافته است (۴). مطالعه‌ی خضری نیز نشان داد که میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه آزمون بعد از مداخله توامندسازی نسبت به قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد (۲۱) که مطالعه‌ی ما همسو با نتایج این مطالعات است.

در مطالعه‌ی حاضر تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز بعد ابعاد شناختی و اجتماعی، پس از اجرای برنامه به صورت معنی‌داری افزایش یافت به طوری که نمره‌ی کیفیت زندگی در بعد فیزیکی، پس از اجرای برنامه به صورت معنی‌داری افزایش پیدا کرد؛ در این راستا، نتایج پژوهش آژ و همکاران نشان داد که نمره‌ی کیفیت زندگی در بعد سلامت جسمانی از ۴۲/۴ در قبل از مداخلات به ۵۲/۷ در بعد مداخلات آموزشی به طور معنی‌داری افزایش یافت (۲۲). مطالعه‌ی سلیمی و همکاران نیز نشان داد که نمره‌ی کیفیت زندگی در گروه آزمون و پس از انجام مداخله به طور معنی‌داری از ۵۵/۶۹ به ۶۸/۴۴ افزایش یافته است (۴)؛ همچنین مطالعه‌ی حمیدی‌زاده و همکاران از افزایش نمره‌ی

شهرستان ملکشاهی و کلیه‌ی سالمندان گرامی که در اجرای این طرح همکاری لازم و صمیمانه‌ای داشتند؛ تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. بنا به اظهار نویسنده‌گان، در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

۹۴/۵۰۰۳/۸۱
این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی با کد
می‌باشد که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم
پزشکی ایلام تصویب و تأمین اعتبار شده است لذا از این
معاونت، مسئولین و کارکنان شبکه بهداشت و درمان

References

- Shayani M, Zare H. Effectiveness of community-based rehabilitation on quality of life in Kahrizak's elderly: a case-control study. *Journal of Biomedical Ethics*, 2012; 2(5):45- 65. [Persian].
- Khalatbari soltani A, Khalkhali A. The Lived Experience of Elderly of Effectiveness of Received Training in Grand Rehabilitation Center of Tonekabon. *Journal of Geriatric Nursing*. 2016;3(1):27-30 .[Persian].
- haghhatiyan m, Hashemianfar s , balvardi z. Consumption patterns of the elderly: a qualitative study. *Applied Sociology*, 2016; 27 (3): 41-54. [Persian].
- Salimi F, Garmaroudi G, Hosseini SM, Batebi A. Effect of Self-Care Educational Program to Improving Quality of Life among Elderly Referred to Health Centers in Zanjan. *Journal of Education and Community Health*. 2015;2(2):28-37 .[Persian].
- Barshan A, sultaninejad A, sadeghzadeh A, rajabi T, mirhosseini M. The effect of Art therapy on the quality of life and social participation of older adults in Kerman nursing homes. *Journal of Gerontology*. 2017;2(2):18-25 .[Persian].
- Babak A , Daneshpajouhnejad P, Davari S. Quality of Life among the Elderly under the Protection of Health and Treatment Centers in Isfahan Province, Iran, and its Relationship with Depression and Body Mass Index. *Journal of Isfahan Medical School*. 2016; 34(393)885-889. [Persian].
- Erfani Khanghami M, Ebadi Fard Azar F. Systematic Review and Meta-Analysis of the Quality of Life in Iranian Elderly People Using LEIPAD Questionnaire. *Payavard Salamat*. 2018;11(5) 588-597. [Persian].
- Azadi A, Taghinezhad H, Azizi M , Mahmodi Y, Jamaladin H.Scrutiny the quality of life elderly in Ilam and its related factors in 2015. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2016;2(1):29-37[Persian].
- Maryam Nikkhah, Majideh Heravi-Karimooi, Nahid Rejeh, Hamid Sharif Nia, Ali Montazeri. Measuring quality of life in elderly populations: a review of instruments used. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2017;16(3):303-314 .[Persian].
- Khodamoradi A, Hassanipour S, Daryabeigi Khotbesara R, Ahmadi B. The trend of population aging and planning of health services for the elderly: A review study. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2018;6(3):81-95 .[Persian].
- Matin h, Afkari ME, Taghdisi MH. The Effect of an Educational Intervention Based on the PRECEDE Model on Quality of Life Improvement in the Elderly Afiliated With Tehran Culture House for the Aged- 2009. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2013;1(1):21-33 .[Persian].
- Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. Quality of Life in Iranian Elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019;13(5):518-33 .[Persian].
- De Leo D, Diekstra RF, Lonnqvist J, Lonnqvist J, Cleiren MH, Frisoni GB, et al. LEIPAD, an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. *Behavioral Medicine*. 1998;24(1):17-27.

- 14- Gergen KJ. Social constructionist inquiry: Context and implications. The social construction of the person: Springer; 1985. 3-18.
- 15- Ghasemi H, Harirchi M, Masnavi A, Rahgozar M, Akbarian M. Comparing Quality of Life between Seniors Living in Families and Institutionalized in Nursing Homes. Social Welfare. 2011;10(39):177-200 .[Persian].
- 16- Sajadi H, Biglarian A. Quality of life among elderly women in Kahrizak charity foundation. *Journal of payesh*2007;5(2):105-108. [Persian].
- 17- Moradi S, Fekrazad H, Mousavi MT, Arshi M. [The study of relationship between Social Participation and Quality of Life of old people who are member of senior association of Tehran City in 2011 (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2013; 7(4):41-6.
- 18- Khaje-Bishak Y, Payahoo L, Pourghasem B, Jafarabadi M. Assessing the Quality of Life in elderly people and related factors in Tabriz, Iran. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2014;3(4):257-63
- 19- Alipour F, Sajadi H, Foruzan A, Biglarian A, Jalilian A. Elderly Quality of Life in Tehran's District Two. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2008; 3 (3 and 4) :75-83
- 20- Rimaz S, gharibnavaz h ,Abolghasemi J, Seraji S. The Relationship of Different Dimensions of Social Support with Older Adults' Quality Of Life in the 8th District of Tehran in 2013. Journal of Education and Community Health. 2015;2(1):29-37 .[Persian].
- 21- Khezri R, Ravanipour M, Motamed N, Vahedparast H. Effect of Self-Management Empowering Model on the Quality of Life in the Elderly Patients With Hypertension. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2016;10(4):68-79 .[Persian].
- 22- Aj N, Mehrtahash B, Javadi A. The Effect of Education and Social Support on Quality of Life of the Elderly Residents of Qazvin Nursery (2010). Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2012;(3)47-52. [Persian].
- 23- Hamidizadeh S, Ahmadi F, Aslani Y, Etemadifar S, Salehi K, Kordeyazdi R. Study Effect of a Group-Based Exercise Program on the Quality of Life in Older Men and Women in 2006-2007. The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2008;16(1):167. [Persian].
- 24- Sadeghi M, Bazghaleh M. The relationship between depression and quality of life among elderly of nursing home residents and non-residents in Shahroud city. Journal of Knowledge & Health 2017;12(1):8-15.
- 25- Khoshrafter Roudi E, Ildarabadi E, Behnam Voshani H, Emami Moghaddam Z. The effect of peer education on the mental aspect of quality of life of elderly patients with hypertension. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2016;7(3):585-595. [Persian].
- 26- Mahdi H, Maddah SMB, Mahammadi F. The Effectiveness of Self-Care Training on Quality of Life Among Elderlies With Diabetes. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2016;2(4):32-39 .[Persian].

Original paper

The Impact of Integrated Health Education Programs on the Quality of Life of Elderly in Malekshahi in 2018

Javad zabihirad^{1*}, Hamzeh Zanganeh², Amin Karimi³, Leila Hawassi⁴

1- MSc. Student in Epidemiology, Central Research Committee, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

2- MSc. Student of Biostatistics, Research Committee, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

3- Ph.D. Student of Health Services Management, Islamic Azad University of Tehran South Branch, Tehran, Iran

4- Public Health Expert, Health Network of Malekshahi, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

Corresponding Author: Tel: +9884-33855762 Email:rad2745@yahoo.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6388-8583>

Abstract

Background and Aim: Elderly is a sensitive period of life in which older people are exposed to potential threats. Improving the quality of life of an elderly requires proper implementation of health plans. The quality of life of an elderly depends on access to health services and educational opportunities. One of the empowering methods in the older people is education. The purpose of this study was to investigate the effect of integrated health program on quality of life in elderly.

Material and Method: This quasi-experimental study was performed as pre-test and post-test on 250 elderly people of Malekshahi who were selected through convenience sampling (census). Data were collected by Lipad Standard Quality of Life Questionnaire before the intervention and six months after the intervention. The educational intervention was based on the Integrated Elderly Health Guidelines by the Ministry of Health 2017 edition and implemented during six one-hour sessions. Data were analyzed by SPSS 20 software using descriptive statistics and paired t-test.

Results: The results showed that there was a significant difference between the mean scores of elderly people's quality of life in physical dimensions, self-care, depression and anxiety, sex and life satisfaction before and after intervention ($P < 0.05$). There was no significant difference in social and cognitive dimensions ($P > 0.05$). There was no significant difference between the integrated programs on different aspects of quality of life in terms of gender, marital status and education status of the elderly.

Conclusion: It is suggested that educational intervention based on the Integrated Elderly Health Program can be one of the strategies to improve the quality of life of the elderly.

Keywords: Integrated Health Program, Quality of Life, Elderly, Education