مقاله پژوهشی
(Originalpaper)

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

جواد ذبیحی راد[1*]، حمزه زنگنه[2]، امین کریمی[3]، لیلا هواسی[4]

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: ۰۸۴-۳۳۸۵۵۷۶۲ پست الکترونیک: rad2745@yahoo.com

ORCID: https://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 می‌باشند. 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، به‌صورت پیش آزمون- پس آزمون انجام گرفت. نمونه‌های پژوهش ۲۵۰ نفر از سالمندان شهرستان ملکشاهی که به‌صورت 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 ($P<۰/۰۵$) در ابعاد اجتماعی و شناختی تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P>۰/۰۵$). اختلاف معنی‌داری بین برنامه ادغام یافته بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی برحسب 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

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

مقدمه

سالمندی 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، سالمندی 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 سالمند 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 ۱۷/۵درصد خواهد رسید (۳).

افزایش جمعیت سالمندان در عصر حاضر چالش‌های فراوانی برای جوامع سراسر دنیا ایجاد نموده است (۴) به‌طوری‌که دوران حساسی از زندگی بشر محسوب می‌شود و در طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی، 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 می‌کنند که مهم‌ترین رفتارهای خود مراقبتی ارتقاء دهنده‌ی سلامت، شامل رفتارهای تغذیه‌ای سالم، فعالیت‌های جسمانی، مدیریت استرس، ارتباطات بین فردی، رشد معنوی و مسئولیت‌پذیری در قبال وضعیت سلامتی است (۴).

پیر شدن سالم گونه، حق همه‌ی افراد است و این امر بر اهمیت پدیده‌ی سالمندی و پیش‌گیری از مشکلات آن می‌افزاید. چالش اصلی و عمده‌ی بهداشت عمومی در قرن بیستم «افزایش امید به زندگی» بود؛ درحالی‌که چالش اصلی قرن بیست و یکم، «زندگی باکیفیت بهتر» است (۶). از سوی دیگر افراد سالمند به علت کهولت و بیماری‌های مزمن از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه به شمار می‌روند؛ بنا براین 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 ادراک فرد از انتظارات فردی، استانداردها و نگرانی‌ها در چهارچوب سیستم فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کند؛ برمی‌گردد (۹). کیفیت زندگی و شادابی یک فرد در دوران سالمندی تا حد زیادی وابسته به دسترسی و استفاده وی به خدمات سلامت، اشتغال و درآمد، حمایت‌های اجتماعی و فرصت‌های آموزشی در طی سال‌های قبل از سالمندی است و به همین دلیل، موفقیت برنامه‌ی سلامت سالمندی متکی به مدیریت فرآیند سالمندی موفق در طی دوران جوانی و بالأخص دوران میان‌سالی است؛ همچنین باید با اتخاذ یک رویکرد وسیع و ادغام یافته به‌طور متوازن بر روی رفع

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

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

آموزش یکی از روش‌هایی توانمند سازی سالمندان است به ویژه اگر آموزش اصولی و بر اساس مدل‌های شناخته‌شده آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت باشدکه با ارتقاء سطح خود مدیریتی و خوداتکایی بتوانند کیفیت زندگی را افزایش دهند. آموزش بهداشت تلفیق انواع تجربه‌های یادگیری طرح‌شده 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 سالمندان، برنامه مراقبت ادغام یافته و سالمندان که از سال ۱۳۹۲ آغاز و آخرین ویرایش آن در سال ۱۳۹۶ بوده است. هدف از این پژوهش تأثیر این برنامه بر کیفیت زندگی سالمندان شهرستان ملکشاهی در سال ۱۳۹۷ است.

مواد و روش‌کار

این مطالعه شبه تجربی است که به‌صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه‌ی سالمندان شهرستان ملکشاهی است. نمونه‌های پژوهش به‌صورت سرشماری که شامل ۲۵۰ نفر از سالمندانی بودند که تا زمان مطالعه ما تحت مراقبت برنامه‌ی ادغام یافته سلامت سالمندان قرار نگرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۶۰ سال، دارا بودن توان حرکت و عدم ابتلا به بیماری آلزایمر و معیارهای خروج از مطالعه شامل بستری 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 فنلاند، مورد پژوهش قرار گرفت (۱۳). پژوهشگران معتقدند که این یک ابزار بین‌المللی برای تمامی گروه‌های سالمندان است که در جوامع مختلف به سهولت قابل استفاده می باشد (۱۴). پرسشنامه در ایران ترجمه و هنجاریابی شده و روایی آن توسط سجادی و بیگلریان در سال ۱۳۸۵بررسی و پایایی آن با آلفای ۰/۸۳ مورد تائید قرارگرفته 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. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت در چهار سطح از ۰ تا ۳ و به‌صورت ضعیف (۰)، متوسط (۱)، خوب (۲) و خیلی خوب (۳) سطح‌بندی شدند.

برنامه‌ی آموزشی بر اساس راهنمای ادغام یافته سلامت سالمندان 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

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

نحوه زندگی کردن سالم، با مشورت کارشناسان بهداشت خانواده، کارشناس مسئول برنامه سلامت سالمندان و کارشناس آموزش سلامت طراحی شد. آموزش‌ها به‌صورت 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، محرمانه 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 سالمندانی که بی‌سواد بودند؛ پرسشنامه‌ی آنان به‌صورت 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 تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۲۵۰ نفر جمعیت سالمند، ۵۰ نفر به علت مهاجرت، عدم شرکت در برنامه و کلاس‌های آموزشی 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 ۷/۹۰±۶۸/۴۲ و ۷/۳۲±۶۸/۹۵ سال بود. میانگین تعداد فرزندان هر فرد ۲/۳۸±۶ نفر بود. نتایج نشان داد که ۱۳۰ نفر (۶۵ درصد) از این سالمندان متأهل و تعداد ۷۰ نفر (۳۵ درصد) نیز همسرانشان را از دست‌داده بودند؛ همچنین ۴۰ نفر (۲۰ درصد) باسواد و ۱۶۰ نفر (۸۰ درصد) بی‌سواد بودند. هیچ‌کدام از سالمندان در خانه‌ی سالمندان اقامت نداشتند. در بین نمونه‌های موردنظر مشاهده گردید که ۲۵ نفر از (۱۲/۵ درصد) سالمندان 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 ادغام‌شده بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی سالمندان 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 اسمیرونوف فرض نرمال بودن داده‌های کلیه‌ی ابعاد کیفیت زندگی سالمندان شهر ملکشاهی بررسی و مورد تائید قرار گرفت (P>۰/۰۵).

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

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

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

افسردگی و اضطراب	قبل	۱/۵۹	۰/۵۸		۰/۰۰۰۱
	بعد	۲/۱۸	۰/۵۸	۱۰/۵۸	
شناختی	قبل	۱/۸۷	۰/۶۴		۰/۱۹۹
	بعد	۱/۸۰	۰/۴۷	-۱/۲۸	
اجتماعی	قبل	۲/۰۰	۰/۳۸		۰/۲۵۸
	بعد	۱/۹۵	۰/۵۳	۱/۰۷	
رضایت از زندگی	قبل	۱/۶۱	۰/۴۳		۰/۰۰۲
	بعد	۱/۷۴	۰/۳۹	-۳/۱۶	
مسائل جنسی	قبل	۰/۵۴	۰/۷۴	-۳/۳۶	۰/۰۰۱
	بعد	۰/۸۳	۰/۷۵		
کیفیت کل زندگی	قبل	۱/۸۰	۰/۳۷		۰/۰۰۰۱
	بعد	۱/۹۴	۰/۴۱	-۳/۶۰	

با توجه به جدول ۱، نتایج حاصل از پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیانگر این است که میانگین نمره‌ی 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 معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی برنامه‌ی ادغام‌شده بر این ابعاد کیفیت زندگی سالمندان، تأثیر مثبتی داشته است (P<۰/۰۵) اما در ابعاد اجتماعی و شناختی تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت؛ یعنی برنامه ادغام‌شده بر این ابعاد کیفیت زندگی سالمندان تأثیری نداشته است (P>۰/۰۵).

جهت بررسی تأثیر برنامه‌ی ادغام‌شده بر کیفیت زندگی سالمندان 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 و ۴ آمده است.

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

ابعاد	تعداد		میانگین		انحراف معیار		آماره t	درجه آزادی (df)	pvalue
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن			
فیزیکی	۱۰۰	۱۰۰	۰/۲۶	۰/۲۱	۰/۸۳	۰/۸۳	۱/۵۷	۱۹۸	۰/۱۱
خود مراقبتی	۱۰۰	۱۰۰	۰/۱۴	۰/۲۵	۰/۸۲	۰/۷۵	۱/۰۰	۱۹۸	۰/۳۱
افسردگی و اضطراب	۱۰۰	۱۰۰	۰/۶۲	۰/۵۶	۰/۸۴	۰/۷۳	-۰/۵۰	۱۹۸	۰/۶۱

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

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

با توجه به جدول ۲، نتایج حاصل از آزمون تی استودنت دو گروه مستقل، بیانگر این است که برنامه‌ی ادغام یافته بر کلیه ابعاد کیفیت زندگی سالمندان شهرستان ملکشاهی بین گروه مردان و زنان اختلاف معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۳: آزمون t گروه‌های مستقل برای بررسی اختلاف معنی‌داری تأثیر برنامه ادغام یافته بر ابعاد کیفیت زندگی سالمندان شهرستان ملکشاهی برحسب وضعیت تأهل آن ها

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

با توجه به جدول ۳، نتایج حاصل از آزمون تی استودنت دو گروه مستقل، بیانگر این است که برنامه‌ی ادغام یافته بر کلیه‌ی ابعاد کیفیت زندگی سالمندان شهرستان ملکشاهی به‌جز مسائل جنسی برحسب وضعیت تأهل آن ها، اختلاف معنی‌داری وجود ندارد.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

جدول٤: آزمون t گروه‌های مستقل برای بررسی اختلاف معنی‌داری تأثیر برنامه‌ی ادغام یافته بر ابعاد کیفیت زندگی سالمندان شهرستان ملکشاهی برحسب وضعیت تحصیل آن ها

ابعاد	تعداد		میانگین		انحراف معیار		آماره t	درجه آزادی (df)	pvalue
	باسواد	بی‌سواد	باسواد	بی‌سواد	باسواد	بی‌سواد			
فیزیکی	۴۰	۱۶۰	۰/۰۷	۰/۱۳	۰/۸۱	۰/۸۴	۰/۳۸	۱۹۸	۰/۶۹
خود مراقبتی	۴۰	۱۶۰	۰/۱۴	۰/۲۱	۰/۷۶	۰/۷۹	۰/۴۶	۱۹۸	۰/۶۴
افسردگی و اضطراب	۴۰	۱۶۰	۰/۵۷	۰/۵۹	۰/۶۸	۰/۸۱	۰/۱۵	۱۹۸	۰/۸۸
شناختی	۴۰	۱۶۰	-۰/۱۴	-۰/۰۵	۰/۶۷	۰/۸۰	۰/۶۴	۱۹۸	۰/۵۲
اجتماعی	۴۰	۱۶۰	-۰/۰۷	-۰/۰۴	۰/۵۶	۰/۶۵	۰/۳۱	۱۹۸	۰/۷۵
مسائل جنسی	۴۰	۱۶۰	۰/۵۰	۰/۲۳	۱/۱۹	۰/۹۷	-۱/۲۳	۱۹۸	۰/۲۱
رضایت	۴۰	۱۶۰	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۵۱	۰/۶۱	۰/۰۲	۱۹۸	۰/۹۸
کیفیت کل زندگی	۴۰	۱۶۰	-۰/۱۰	-۰/۱۴	۰/۵۰	۰/۵۵	-۰/۳۷	۱۹۸	۰/۷۰

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 سالمندان شهرستان برحسب وضعیت تحصیل آنها اختلاف معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر برنامه‌ی ادغام یافته‌ی سلامت سالمندان بر کیفیت زندگی سالمندان در شهرستان ملکشاهی در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت.کیفیت زندگی از عوامل گوناگونی ازجمله 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 ازجمله مطالعه‌ی مرادی و همکاران کیفیت زندگی در زنان سالمند کمتر از مردان گزارش شده است (۱۷) اما نتایج مطالعه‌ی خواجه و همکاران نشان داد که کیفیت زندگی با جنسیت رابطه‌ی آماری معنی‌داری ندارد (۱۸). در مطالعه‌ی حاضر نیز کیفیت زندگی سالمندان شهرستان ملکشاهی بین گروه مردان و زنان اختلاف معنی‌داری وجود ندارد.

در مطالعه‌ی حاضر، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل باکیفیت زندگی در سالمندان 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 بی‌سواد بوده‌اند و فقط ۲۰ درصد افراد باسواد بودند؛ همچنین وضعیت تأهل نیز بر کیفیت زندگی تأثیر دارد؛ به‌طوری‌که افراد متأهل، سلامت جسمی و روحی بیشتری دارند (۱۸). در مطالعه‌ی علی پور و همکاران نیز افراد متأهل

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

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 سالمندان افزایش‌یافته است. مطالعه‌ی ریماز و همکاران که بر روی ۲۶۰ نفر از سالمندان تهران انجام شد نیز نشان داد که اجرای برنامه‌های حمایت اجتماعی باعث بهبود کیفیت زندگی سالمندان می‌شود (۲۰)؛ همچنین مطالعه‌ی سلیمی و همکاران که بر روی ۱۶۰ نفر از سالمندان شهر زنجان با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان انجام شد، نشان داد که نمره‌ی کیفیت زندگی سالمندان در گروه آزمون به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است (۴). مطالعه‌ی خضری نیز نشان داد که میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه آزمون بعد از مداخله توانمندسازی 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 به‌جز بعد ابعاد شناختی و اجتماعی، پس از اجرای برنامه به صورت معنی‌داری افزایش یافت به‌طوری‌که نمره‌ی کیفیت زندگی در بعد فیزیکی، پس از اجرای برنامه به‌صورت 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 به‌طور معنی‌داری افزایش یافت (۲۲). مطالعه‌ی سلیمی و همکاران نیز نشان داد که نمره‌ی کیفیت زندگی در گروه آزمون و پس از انجام مداخله به‌طور معنی‌داری از ۵۵/۶۹ به ۶۸/۴۴ افزایش یافته است (۴)؛ همچنین مطالعه‌ی حمیدی‌زاده و همکاران از افزایش نمره‌ی کیفیت زندگی بعد از مداخله و در بعد فیزیکی در گروه آزمون خبر داد (۲۳).

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

در مطالعه‌ی حاضر کیفیت زندگی سالمندان در بعد رضایت از زندگی پس از مداخله آموزشی به‌طور معنی‌داری افزایش و در بعد اجتماعی به‌صورت 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 به‌طور معنی‌داری کاهش‌یافته است (۵) اما در مطالعه‌ی حاضر میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در بعد شناختی پس از اجرای مداخله به‌صورت 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 سالمندان 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.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی با کد ۹۴/۵۰۰۳/۸۱ 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 شهرستان ملکشاهی و کلیه‌ی سالمندان گرامی که در اجرای این طرح همکاری لازم و صمیمیانه‌ای داشتند؛ تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. بنا به اظهار نویسندگان، در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

References

1- 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].

2- 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].

3- haghighatiyan m, Hashemianfar s , balvardi z. Consumption patterns of the elderly: a qualitative study. Applied Sociology, 2016; 27 (3): 41-54. [Persian].

4- 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].

5- Barshan A, soltaninejad 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].

6- 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].

7- Erfani Khanghahi 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].

8- 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.

9- 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].

10- 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].

11- 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].

12- Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. Quality of Life in Iranian Elderly. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2019;13(5):518-33 .[Persian].

13- 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.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

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 payesh2007;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- Khoshraftar 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].

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]

Original paper

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

Javad zabihirad[1*], Hamzeh Zanganeh[2], Amin Karimi[3], Leila Hawassi[4]
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://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

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-25]