# بررسی تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید در ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش فرهنگسرای سالمندان تهران، سال ۱۳۸۸

حبیبه متین[۱]، محمد اسحاق افکاری[۲*]،محمدحسین تقدیسی[۳]

۱. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز- ایران

۲. استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران،ایران * (نویسنده مسئول)
تلفن: ۰۹۱۲۳۴۴۰۰۴۰
آدرس الکترونیکی: es-afkari@tums.ac.ir

۳. دانشیار، عضو هیئت علمی گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران- ایران

دریافت: ۹۱/۱۲/۵
پذیرش: ۹۲/۳/۲۵

## چکیده

**مقدمه:** افزایش جمعیت سالمندان در تمام دنیا و مسائل و مشکلات ناشی از آن مخصوصا افزایش میزان ابتلا به بیماریهای مزمن در این قشر از افراد، گرایش بین المللی برای ارتقاء سطح کیفیت زندگی آنان ایجاد کرده است. و در این راستا و همسو با دیدگاه های جهانی، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر مداخله آموزشی با استفاده از سازه های آموزشی الگوی پرسید در ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان انجام گرفته است.

**روش کار:** در این پژوهش نیمه تجربی ۵۴ نفر از سالمندان تحت پوشش فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸ شرکت داشتند. سالمندان به روش نمونه گیری مستمر، در دو گروه آزمون و کنترل انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته و طراحی شده بر اساس سازه های الگوی آموزشی پرسید و برای سنجش کیفیت زندگی، از پرسشنامه استاندارد شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد. مداخله آموزشی بر اساس چهار جلسه آموزشی مبتنی بر الگو به سالمندان ویک جلسه آموزشی برای کارکنان در خصوص شیوه های زندگی سالم بود. کیفیت زندگی سالمندان قبل و یک ماه بعد از مداخله آموزشی بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار و آزمونهای آماری آنالیز واریانس یکطرفه، تی مستقل و تی زوجی انجام گرفت.

**یافته ها:** بین میانگین نمره کل کیفیت زندگی سالمندان گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی داری دیده شد($p<۰,۰۵$). همچنین بعضی از اجزاء آموزشی مدل پرسید شامل عوامل مستعد کننده (نگرش)، عوامل قادر کننده، و عوامل رفتاری برکیفیت زندگی تاثیر معنی داری داشتند ($p<۰,۰۵$).و بررسی تاثیر سازه مستعد کننده (آگاهی) و عوامل تقویت کننده بر کیفیت زندگی نتیجه آماری معنی داری نشان نداد($p>۰,۰۵$).

**نتیجه گیری:** به نظر می رسد که می توان با مداخله آموزشی از طریق الگوی پرسید کیفیت زندگی سالمندان را افزایش داد.

**واژه های کلیدی:**سالمند، الگوی پرسید و کیفیت زندگی



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-12 ]

# The Effect of an Educational Intervention Based on the PRECEDE Model on Quality of Life Improvement in the Elderly Affiliated With Tehran Culture House for the Aged- 2009

**Abstract:**

**Background:** The population of the aged [people] is increasing in all parts of the world even in developing countries. The increase of the number of the aged has created an international trend to increase the quality of life for them. The purpose of performing this project is to study the impact of educational interference based on PRECEDE model in promoting the quality of life for the aged.

**Methods:** This semi-empirical research was performed on 54 aged people who were under the coverage of Tehran Cultural House for the Aged in 2009. The aged people were put in two groups of test and control by using the method of continuous sampling. For educational sampling, the designed questionnaire based on PRECEDE model under the name of PRECEDE model and based on the components of PRECEDE theory were used. In order to assess the quality of life, the questionnaire of the quality of life standard of the World Health Organization (WHO) was used and the quality of life of the aged people in two groups before and after one month from the educational interference was evaluated.

**Results:** The average total score of the components of PRECEDE model including predisposing factors (awareness and attitude), enabling factor (skills), reinforcing factors (personal satisfaction and encouragement by companions), behavioral factors (healthy behaviors) in the test group changed as compared with the control group with a p less than 0.05.

Consequently, opposite to the group control, the quality of life of the aged people of test group showed a meaningful difference before and after educational interference with a p quality less than 0.05.

**Conclusion:** It seems it will be possible to increase the quality of life of the aged with educational interference through PRECEDE model.

Key words: Aged people, PRECEDE Model, Quality of life.

**Authors**

1. Matin habibeh, PhD.Student. Health education& promotion, School of Health, Tabriz-Iran univ, of med, sci

2. *Afkari Mohammad Eshagh, (Correspounding author)PhD, Assistant professor, Department of Health, Tehran-Iran univ, of med, sci.Fax: 88779487
Postal code:158754199
es-afkari@tums.ac.ir
T.N: 09123440040

3. Taghdisi Mohammad Hosein, PhD,Associate professor, Department of Health, Tehran-Iran univ, of med, sci.

Received: 23 Feb 2013
Accepted: 14 June 2013



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-12 ]

**مقدمه**

افزایش جمعیت سالمندان نتیجه پیشرفتهای علوم پزشکی بهداشتی و توسعه اجتماعی است و این افزایش در کشور ما نیز همچون سایر کشورها محسوس می باشد(۱-۵). به طوری که این افزایش در مقایسه با افزایش سالانه۱/۷ درصدی جمعیت جهان، قابل ملاحظه و بالاتر از۲/۵ درصد است(۶). پیش بینی شده که در کشور بریتانیا، تا سال ۲۰۵۰، حدود ۱ نفر در هر ۵ نفر ( ۱۲ میلیون نفر) بالای ۷۰ سال خواهند بود (۷)، گذار جمعیتی در کشورهای توسعه یافته از سرعت بالاتری برخوردار است، اگر این گذار سریع در جوامع فقیرتر نیز رخ دهد، این جوامع زمان کمتری برای پیری جمعیت از نظر برنامه ریزی خواهند داشت(۸). طبق آخرین آمار وزارت بهداشت ۷/۲۶ درصد از جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می دهد(۹).

افزایش تعداد سالمندان ، نگاه جامعه جهانی را برای ارتقاء سطح کیفیت زندگی مخصوصا بر مبنای تامین سلامتی در افراد مسن معطوف داشته است(۷). با بالا رفتن سن، اختلال در عملکرد جسمانی بالا رفته و باعث کاهش توانایی حفظ استقلال و افزایش نیاز به کمک سایرین می گردد که این خود می تواند در کاهش کیفیت زندگی سالمندان موثر باشد(۱۰). همچنین فرایند سالمندی و به تبع آن تحلیل سیستمهای متعدد بدن، کیفیت زندگی را کاهش می دهد(۱۱).

دلایل متعددی در بروز این مسئله نقش دارند که مهمترین آنها کمبود تحرک فیزیکی است. بعلاوه عدم برخورداری از سلامت و بروز بیماری های مزمن، سبب محدود شدن فعالیت های فرد سالمند می گردد و معمولا از سن باز نشستگی به بعد یک چهارم مردم قادر به انجام فعالیت های خود نبوده و ۱۰ درصد آنان نیز کاملا وابسته و زمین گیر می شوند. لذا با افزایش تعداد سالمندان، ناتوانی در جامعه نیز افزایش می یابد(۱۰). بنابر این ضروری است اقدامات مناسب در جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت این قشر به عمل آید. همانگونه که ذکر شد سلامت مهم ترین عامل تعیین کننده کیفیت زندگی افراد سالمند است(۱۱) و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت می باشند و اهمیت این رفتارها متصدیان امر بهداشت را بر آن داشته است 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 نمایند.

مهمترین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت سالمندان به حفظ استقلال آنان در فعالیت های روزمره، کارکرد روزانه و توان شناختی بالای آنها و ادامه زندگی به صورت فعال مربوط می شود(۱۰). کیفیت زندگی در سالمندان تاکید بیشتر بر سیاست اجتماعی و اصلاح اهداف اجتماعی به منظور ایجاد زندگی مولد برای سالمندان دارد و یکی از راه های بهبود کیفیت زندگی استفاده از انواع حمایت های اجتماعی و رفاهی میباشد(۱۲). برای این که این حمایت ها به نتیجه برسند و تاثیر مثبتی روی کیفیت زندگی سالمندان داشته باشند، سالمندان باید توانمند بشوند و آگاهی های لازم را در خصوص استفاده از این امکانات و توان انجام رفتارهای سالم از طریق آموزش بویژه آموزش اصولی و بر اساس مدل های شناخته شده آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت کسب کنند و با ارتقاء سطح خود مدیریتی و خود اتکایی بتوانند کیفیت زندگی خود را افزایش دهند.

آموزش بهداشت تلفیق انواع تجربه های یادگیری طرح شده است که به اتخاذ رفتار داوطلبانه ای که سلامتی را تسهیل میکند، منجر میشود. و سازمان جهانی بهداشت آن را تمامی تجربه های یک گروه اجتماعی که بر اعتقادها، گرایشها و رفتارهای بهداشتی موثر است، بیان می کند(۱۳). ارتقاء سلامت نیز به تمام عوامل موثر بر سلامتی شامل خدمات بهداشتی، عامل ژنتیکی، رفتارهای فردی و محیط فیزیکی و اقتصادی- اجتماعی مربوط می شود(۱۴).

برای کسب نتایج مفید و موثر، آموزش باید اصولی و بر مبنای نظریه ها و الگوهای تعریف شده و سازمان یافته باشد. نظریه ها و الگوها دیدگاهی سیستماتیک از وقایع یا موفقیت ها را ارایه می کنند و یک فرآیند منظم برای تجزیه و تحلیل موفقیت ها یا شکست ها می باشند. و به عنوان نقشه فرایند آموزشی، راهنمایی لازم را برای بررسی و تشخیص آموزشی، روش برنامه ریزی آموزشی و طراحی مداخلات فراهم نموده و ارزشیابی را تسهیل می کند(۱۵).

یکی از این الگوها، الگوی پرسید است. الگوی پرسید، فرایندی برای تغییررفتارمیباشد، و نتیجه احتمالی حاصل از یک برنامه آموزشی رابررسی می کند. این الگو ،اول



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-12 ]

چراها وبعد چطورها رامطرح مینماید، به عبارتی درآموزش بهداشت از آخر شروع کرده و به اول میرسد. هدف از الگو پرسید؛ پاسخ به این سوالات است؛ چه می خواهیم؟، چگونه می توانیم به سلامتی برسیم؟، از پیشرفته ترین تکنیکها چگونه استفاده کنیم؟، چگونه از انتها به ابتدا برسیم؟، از کل به جزء و از انتها به ابتدا برنامه ریزی کنیم.به طور کلی، کار با این الگو شبیه حل معما ست. واژه پرسید (PRECEDE)، کلمه ایست که از ترکیب حروف ابتدایی اجزای این الگو تشکیل شده است، و اجزاء مدل عبارتند از: عوامل مستعد کننده(Predisposing)، عوامل تقویت کننده (Reinforcing)، عوامل قادر کننده (Enabling)، موجبات قادرسازی در تشخیص علتها (Causes)، آموزشی (Educational)، تشخیص (Diagnosis)، ارزشیابی (Evaluation). طراحی یکبرنامه آموزش بهداشت موثر، در الگو پرسید شامل مراحل زیر می باشد:

تشخیص اجتماعی، تشخیص اپیدمیولوژیکی، تشخیص رفتاری، شناخت عوامل بالقوه موثر در رفتار بهداشت، تشخیص آموزشی (تعیین روش مواد)، تشخیص مدیریتی، ارزشیابی(۱۴). در مطالعات مختلف الگو پرسید الگوی نظری موثری 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 رسیده اند(۱۶-۱۷)، همچنین با توجه به نتایج پژوهش های متفاوت، این الگو (که در سال ۱۹۸۰ توسط لارنس گرین تدوین یافت)؛ چارچوبی را فراهم می کند که به موجب آن عوامل مستعد کننده ( دانش، نگرش، ادراکات، باورها و ...)، تقویت کننده ( تاثیر دیگران، خانواده، همسالان، کارکنان بهداشتی و ...) و قادر کننده (قابل دسترس بودن منابع، مهارت ها و ...) به عنوان عوامل موثر بر رفتار در تشخیص آموزشی تعیین می گردند.

در واقع مفیدترین کاربرد این الگو، تبیین عوامل مرتبط با رفتار است. مطالعات جلیلی کارایی این مدل آموزشی را در کنترل کم خونی کودکان نشان داد(۱۸ و ۱۹).

در این مطالعه تغییر عوامل فوق الذکر در اثر آموزش و به تبع آن افزایش کیفیت زندگی سالمندان بررسی شده است.

## روش کار

دراین مطالعه نیمه تجربی (به صورت قبل و بعد از مداخله) شاهددار و کاربردی؛۶۰ نفر ازسالمندان تحت پوشش فرهنگسرای سالمندان تهران ( در سال ۱۳۸۸) در دو گروه آزمون و کنترل به روش نمونه گیری مستمر انتخاب شدند. با توجه به آمار بدست آمده در مورد نمره کل کیفیت زندگی ($S^2 = 3$ ) و با در نظرگرفتن میزان اطمینان ۹۵٪ وتوان آزمون ۹۰٪ واختلاف دو میانگین برابر با ۲/۵ ($\mu_1 - \mu_{2=2.5}$) و با پیش بینی ۱۰ درصد ریزش نمونه، حداقل تعداد نمونه در هرگروه آزمون و کنترل ۳۰ نفربرآورد شد (لزوم شرکت ۲۷نفر در هر گروه). معیار ورود به مطالعه، داشتن ۶۵ سال و بیشتر، رضایت شخصی، علاقه به شرکت در پژوهش و دارا بودن پرونده سالمندی بود و معیارخروج از مطالعه نیز نداشتن رضایت از طرف خود یا خانواده، فوت، ابتلا به بیماری خاص و عدم همکاری آگاهانه سالمند بود.

در این مطالعه ۲ پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت؛ یکی از پرسشنامه ها، پرسشنامه استاندارد سازمان بهداشت جهانی در مورد کیفیت زندگی (WHOQOL) بود که اعتبار و پایایی آن با مقادیر همبستگی و آلفای کرونباخ بالای ۰/۷ تایید شده بود(۲۰).

این پرسشنامه شامل ۲۶ سئوال در ۶ قسمت ( خود ارزیابی فرد از کیفیت زندگی، وضعیت سلامتی و فاکتورهای جسمی، روحی روانی، اجتماعی و محیطی) است. البته در این مطالعه، نمره کل کیفیت زندگی ملاک عمل بود، نه قسمتهای مختلف آن. پرسشنامه دیگر، محقق ساخته، به نام پرسش نامه الگوی پرسید و به منظور انجام مداخله، بر مبنای الگوی آموزشی پرسید و در خصوص شیوه زندگی سالم و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بود که قسمتهای مختلف آن عبارت بودند از:

سئوالات مربوط به عوامل مستعد کننده (۱۹ سئوال آگاهی و ۱۶ سئوال نگرشی)، ۱۶ سئوال مربوط به عوامل قادر کننده، ۴ سئوال مربوط به عوامل تقویت کننده و ۱۲ سئوال مربوط به عوامل رفتاری که به ترتیب عبارت بودند از:

عوامل مستعد کننده؛ آگاهی (با نمره کل ۴۹) و نگرش (با نمره کل ۴۸) سالمندان در خصوص شیوه های زندگی سالم و رفتارهای سالم، عوامل قادر کننده؛ مجموعه امکاناتی که امکان یک زندگی سالم را فراهم می کند و کیفیت زندگی را ارتقاء می دهد شامل وضعیت شغلی، میزان درآمد، منبع درآمد، در قید حیات بودن همسر، نوع خانواده و محل زندگی، وجود بیمه درمانی، داشتن بیماری، کمک گرفتن از



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-12 ]

مراکز مراقبت روزانه، برخورداری از امکانات عبور و مرور در خیابان ها، برخورداری از پله برقی و آسانسور در محل های مورد رفت و آمد، سطح امکانات رفاهی و مهارت های رعایت بهداشت فردی، آرام سازی عصبی، ورزش و پیاده روی، تلاش برای تغذیه سالم و یافتن منبع اطلاعات، عوامل تقویت کننده؛ احساس خود فرد و تشویقات و تاییداتی که فرد از اطرافیان به دلیل انجام رفتار سالم دریافت می کند، شامل احساس خوشایند بعد از انجام رفتار سالم، تشویق مرکز بهداشتی درمانی ارائه دهنده خدمات بهداشت سالمندان به دلیل رفتار سالم، تشویق خانواده به دلیل رفتار سالم و تقدیر دوستان بعد از انجام رفتار سالم و عوامل رفتاری؛ مجموعه رفتارهای سالمی که فرد جهت ارتقاء کیفیت زندگی سالم انجام می دهد شامل نحوه انجام کارهای شخصی، عضویت در گروه بازی یا ورزشی خاص، بازی با نوه ها و بچه ها، شرکت در گروه های خاطره گویی، رفتن به پارک، شرکت در مجالس مذهبی، تعداد گروه های سنی طرف معاشرت ( کودکان، جوانان، بزرگسالان و سالمندان )، نوع رابطه با فرزندان، قصد ازدواج مجدد و نوع رابطه با همسرمی باشد.

اعتبار این پرسشنامه از طریق پانل اساتید کسب شد، لیکن با توجه به جدید بودن کار ضریب توافقی عددی اعلام نشد و دیدگاه های اصلاحی متخصصین گروه خدمات بهداشتی و آمار دانشگاه علوم پزشکی ایران به صورت کیفی و مبسوط، کتبا مطرح شد و سئوالات آنکه با استفاده از منابع مطرح در این مطالعه و در خصوص شیوه زندگی سالم و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت طرح شده بود؛ مورد تایید متخصصین آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار گرفت و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶از طریق آزمون باز آزمون بر روی ۱۰ نفر سالمند و با فاصله ۱۰ روز تایید شد. سپس با همکاری یک نفر از سالمندان در هر مکان و برای هر فعالیتی که سالمندان تحت پوشش فرهنگسرای سالمندان حضور داشتند پرسشنامه ها توزیع می شد و برای بعضی از سالمندان جهت تفهیم سئوالات مصاحبه هم صورت می گرفت.

بعد از تکمیل پرسشنامه های اولیه ۴ جلسه آموزشی با فواصل ۲ روزه برگزار شد، طی این جلسات آموزشی، مجموعه ۴جلدی شیوه های زندگی سالم و کیفیت زندگی( شامل بهداشت فردی، تغذیه سالم، بهداشت روان، فعالیت بدنی، تقویت حافظه، نحوه برخورد با مشکلات و بیماری های 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 آموزشی بحث گروهی، سخنرانی و پرسش و پاسخ و با استفاده از وسایل کمک آموزشی پروژکتور و کامپیوتر و نرم افزار پاورپوینت برای گروه آزمون برگزار شد و یک ماه بعد از مداخله دو باره هر دو پرسشنامه از سالمندان دو گروه تکمیل شد و سپس نتایج مطالعه با نرم افزار آماری نسخه SPSS ۱۶ و آزمونهای آماری تی مستقل، تی زوجی و آنالیز واریانس تحلیل شد.

هدف این مطالعه بررسی تاثیر مداخله آموزشی بر اساس الگوی پرسید در ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان بود که برای این منظور ابتدا تغییر یا عدم تغییر نمره کل سازه های الگوی پرسید شامل عوامل مستعد کننده، قادر کننده، تقویت کننده و به دنبال آن تغییر سازه عوامل رفتاری و سپس افزایش یا عدم افزایش کیفیت زندگی سالمندان بعد از مداخله آموزشی و ارتباط بین این سازه ها و کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و کنترل بررسی شد.

**یافته ها**

یافته های مطالعه حاکی از عدم ارتباط معنی دار بین متغیرهای دموگرافیک و نمره کل کیفیت زندگی (که فقط قبل از مداخله سنجیده شد) و تغییر و افزایش نمره کل سازه های آموزشی مختلف پرسید، بعد از مداخله در گروه آزمون بود که بعضی از این سازه ها ارتباط معنی داری با کیفیت زندگی نشان دادند و ارتباط بعضی از آنها نیز با کیفیت زندگی معنی دار نبود. به طوری که ارتباط بین میانگین نمره کل آگاهی و نمره کل کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه آزمون و کنترل معنی دار نبود($p>۰.۰۵$). میانگین نمره کل نگرش قبل از مداخله در گروه آزمون ارتباط معنی داری با نمره کل کیفیت زندگی نشان داد($p<۰.۰۵$ ) و بعد از مداخله بدلیل بهبود کلی سطح نگرش در افراد این گروه, بررسی این ارتباط قابل آزمون نبود.

ارتباط بعضی از عوامل قادرکننده که با آموزش به راحتی قابل تغییر نبودند نیز سنجیده شد که از بین عوامل مختلفی که ذیلا آورده خواهد شد؛ منبع درآمد، در قید حیات بودن



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-12 ]

همسر، محل زندگی و نوع خانواده و بیماری ارتباط معنی داری با کیفیت زندگی نشان دادند($p<۰.۰۵$ ). همچنین از بین عوامل قادر کننده قابل تغییر با آموزش (مهارتها) بین مهارت تلاش برای تغذیه سالم و کیفیت زندگی در گروه آزمون ارتباط معنی داری مشاهده شد($p<۰.۰۵$ ). در حالیکه هیچ کدام از مهارتها به دلیل عدم آموزش و عدم تغییر در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله ارتباط معنی داری با کیفیت زندگی نشان ندادند($p<۰.۰۵$ ). قبل از مداخله احساس خوشایند بعد از رفتار سالم و تقدیر از طرف دوستان و بعد از مداخله احساس خوشایند بعد از رفتار سالم و تشویق خانواده با کیفیت زندگی گروه کنترل ارتباط نشان دادند.

لیکن ارتباط عوامل تقویت کننده قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون باکیفیت زندگی معنی دار نبود. در ادامه ارتباط بین عوامل رفتاری و کیفیت زندگی نیز سنجیده شد و بین بازی با بچه ها و نوه ها و نوع رابطه با فرزندان با کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد. و نهایتا سنجش اختلاف میانگین نمره کیفیت زندگی گروه کنترل ، قبل و بعد از مداخله معنی دار نبود ولی این اختلاف در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله معنی داری بود. همچنین با وجود بهبود در نمره کیفیت زندگی بعد از مداخله در گروه آزمون، دو گروه از نظر میانگین نمره کل کیفیت زندگی اختلاف معنی دار نشان ندادند($p<۰.۰۵$ ).

اختلاف میانگین نمره کیفیت زندگی گروه کنترل ، قبل و بعد از مداخله معنی دار نیست و در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی اختلاف معنی داری بود. هر چند با وجود بهبود در نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون بعد از مداخله ، دو گروه با آزمون تی مستقل، اختلاف معنی داری در نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از آزمون نشان ندادند. هیچ کدام از متغیرهای زمینه ای جنس، گروه سنی و میزان تحصیلات ارتباط معنی داری با کیفیت زندگی قبل از مداخله نشان نداند. (جدول شماره۱).

جدول شماره ۱: بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با کیفیت زندگی قبل از مداخله در کل افراد مورد مطالعه در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران درسال ۱۳۸۸

| کیفیت زندگی / متغیر دموگرافیک | | تعداد | درصد | میانگین | انحراف معیار | آزمون | P- value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| جنس | مرد | ۲۵ | ۴۶/۳ | ۸۹/۶ | ۱۵/۶۴ | T=0/679 | P =0/500 |
| | زن | ۲۹ | ۵۳/۷ | ۸۶/۶۶ | ۱۶/۱۱ | | |
| گروه سنی | ۶۵-۶۹ | ۳۲ | ۵۹/۲۶ | ۹۰/۳۸ | ۱۶/۶۶ | F =۰/۹۴۲ | P =0/396 |
| | ۷۰-۷۵ | ۱۵ | ۲۷/۷۸ | ۸۵/۴۷ | ۱۲/۹۱ | | |
| | >= ۷۵ | ۷ | ۱۲/۹۶ | ۸۲/۷۱ | ۱۷/۵۴ | | |
| میزان تحصیلات | بیسواد | ۱۶ | ۲۹/۶۳ | ۸۴/۶۹ | ۱۹/۸ | F= ۰/۷۴۶ | P =0/530 |
| | ابتدایی | ۹ | ۱۶/۶۷ | ۸۴/۵۶ | ۱۵/۷۹ | | |
| | راهنمایی | ۱۸ | ۳۳/۳۳ | ۹۰/۰۶ | ۱۱/۵۹ | | |
| | دبیرستان و بالاتر | ۱۱ | ۲۰/۳۷ | ۹۲/۳۶ | ۱۵/۹ | | |



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-12 ]

سطوح مختلف آگاهی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل، ارتباط معنی داری با کیفیت زندگی نشان نداد(جدول شماره۲). سطوح نگرش در گروه کنترل ارتباط معنی داری با کیفیت زندگی ندارد و ارتباط این سطوح در گروه آزمون قبل از مداخله معنی دار و بعد از مداخله به دلیل افزایش نگرش همه افراد به سطح دوم نگرش غیر قابل آزمون است(جدول شماره۳). از بین عوامل قادر کننده قابل تغییر با آموزش (مهارتها) در گروه آزمون مهارت تلاش برای تغذیه سالم ارتباط معنی داری با کیفیت زندگی دارد و هیچ کدام از مهارتها در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله ارتباط معنی داری با کیفیت زندگی نشان ندادند (جدول شماره۴).

جدول شماره۲ : مقایسه ارتباط سطح آگاهی با کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل در سالمندان

| | | کیفیت زندگی / سطح آگاهی | تعداد | میانگین | انحراف معیار | آزمون آنالیز واریانس یکطرفه |
|---|---|---|---|---|---|---|
| آزمون | قبل از مداخله | ضعیف(<۲۰) | ۱۲ (۴۴/۴۴) | ۸۸/۷۵ | ۱۷/۷۶ | F=1.307 |
| | | متوسط(۲۹-۲۰) | ۲ (۷/۴۱) | | ۷/۰۷ | |
| | | خوب(۳۹-۳۰) | ۱۳ (۴۸/۱۵) | ۸۷/۴۶ | ۱۶/۶۴ | P= .289 |
| | | عالی(۴۰=<) | ۰ (-) | ۰ | ۰ | |
| | بعد از مداخله | ضعیف(<۲۰) | ۰ (-) | ۰ | ۰ | F=.883 |
| | | متوسط(۲۹-۲۰) | ۰ (-) | ۰ | ۰ | |
| | | خوب(۳۹-۳۰) | ۷ (۲۵/۹۳) | ۸۹/۴۳ | ۱۵/۸۶ | P= .356 |
| | | عالی(۴۰=<) | ۲۰ (۷۴/۰۷) | ۹۵/۵۵ | ۱۴/۴۹ | |
| کنترل | قبل از مداخله | ضعیف(<۲۰) | ۹ (۳۳/۳۳) | ۷۹/۸۹ | ۱۱/۰۳ | F= 2/519 |
| | | متوسط(۲۹-۲۰) | ۶ (۲۲/۲۲) | ۸۳/۳۳ | ۹/۸۳ | |
| | | خوب(۳۹-۳۰) | ۱۲ (۴۴/۴۴) | ۹۳ | ۱۶/۸۴ | P = 0.102 |
| | | عالی(۴۰=<) | ۰ (-) | ۰ | ۰ | |
| | بعد از مداخله | ضعیف(<۲۰) | ۹ (۳۴/۶۲) | ۷۹/۸۹ | ۱۱/۰۷۷ | F= 2.532 |
| | | متوسط(۲۹-۲۰) | ۶ (۲۳/۱) | ۸۳/۳۳ | ۹/۸۳ | |
| | | خوب(۳۹-۳۰) | ۱۱ (۴۲/۳۱) | ۹۳/۵۵ | ۱۷/۷۱ | P = 0.101 |
| | | عالی(۴۰=<) | ۰ (-) | ۰ | ۰ | |

جدول شماره ۳: مقایسه ارتباط سطح نگرش با کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروههای آزمون و کنترل

| | | سطح نگرش/نمره کیفیت زندگی | تعداد | میانگین | انحراف معیار | آزمون تی مستقل |
|---|---|---|---|---|---|---|
| آزمون | قبل از مداخله | ۲۰-۳۹ | ۴ (۱۴/۸۱) | ۷۲/۷۵ | ۱۹/۹۷ | T=-2.301 |
| | | =>۴۰ | ۲۳ (۸۵/۱۹) | ۹۲/۴۸ | ۱۵/۱۷ | P =.03 |
| | بعد از مداخله | ۲۰-۳۹ | ۰ (۰) | ۰ | ۰ | غیر قابل آزمون |
| | | =>۴۰ | ۲۷ (۱۰۰) | ۹۳/۹۶ | ۱۴/۸ | |
| کنترل | قبل از مداخله | ۲۰-۳۹ | ۲ (۷/۴۱) | ۷۶/۵ | ۲/۱۲ | T=-1.005 |
| | | =>۴۰ | ۲۵ (۹۲/۵۹) | ۸۷/۲۸ | ۱۴/۸۸ | P =.324 |
| | بعد از مداخله | ۲۰-۳۹ | ۱ (۳/۸۵) | ۷۸ | ۰ | T=-.565 |
| | | =>۴۰ | ۲۵ (۹۶/۵۱) | ۸۶/۷۶ | ۱۵/۱۹ | P =.577 |



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-12 ]

جدول شماره:۴ مقایسه ارتباط عوامل قادر کننده قابل تغییر (مهارت ها) با کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل

| نمره کیفیت زندگی / عامل قادرکننده | | | آزمون | | کنترل | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | انحراف معیار و میانگین | آزمون تی مستقل | انحراف معیار و میانگین | آزمون تی مستقل |
| مهارت رعایت بهداشت فردی | قبل از مداخله | بلی | ۱۷/۲۹±۹۰/۶۵ | T=.555 | ۱۵/۰۵±۸۷ | T= 0.645 |
| | | خیر | ۱۷/۴۱±۸۶/۴۳ | P =.584 | ۲/۸۳±۸۰ | P= 0.525 |
| | بعد از مداخله | بلی | ۱۴/۸۲±۹۴/۵ | T=.96 | ۱۵/۴۸±۸۶/۹۶ | T= .623 |
| | | خیر | ۰±۸۰ | P=.346 | ۲/۸۳±۸۰ | P= .539 |
| انجام مهارت آرام سازی | قبل از مداخله | بلی | ۰±۰ | غیر قابل آزمون | ۱۴/۲۱±۸۵/۵۷ | T= -0.188 |
| | | خیر | ۱۷/۰۸ ±۸۹/۵۶ | | ۱۵/۰۷±۸۶/۸ | P= 0.852 |
| | بعد از مداخله | بلی | ۱۷/۳۴±۹۴/۲۱ | T=.131 | ۱۴/۹۵±۸۶/۵۷ | T= .03 |
| | | خیر | ۶/۳±۹۳/۳۸ | P=.897 | ۱۵/۴±۸۶/۳۷ | P= .976 |
| انجام مهارت ورزش و پیاده روی | قبل از مداخله | بلی | ۱۶/۷۴±۹۱/۷۲ | T=.93 | ۱۲/۶۴±۸۹/۳۸ | T= 1.256 |
| | | خیر | ۱۷/۹۳±۸۵/۲۲ | P=.362 | ۱۶/۷۷±۸۲/۲۷ | P= 0.221 |
| | بعد از مداخله | بلی | ۱۵/۰۸±۹۳/۱۷ | T=-.785 | ۱۲/۹۸±۸۹/۶ | T= 1.278 |
| | | خیر | ۱۲/۷۴±۱/۰۰۳ | P=.44 | ۱۷/۰۲±۸۲/۰۹ | P= .213 |
| تلاش برای تغذیه سالم | قبل از مداخله | بلی | ۱۵/۰۱±۸۷/۸۳ | T=-.461 | ۱۰/۲۵±۸۷/۱۳ | T= .271 |
| | | خیر | ۱۸/۹۹±۹۰/۹۳ | P=.649 | ۱۹/۸۶±۸۵/۵۵ | P= .788 |
| | بعد از مداخله | بلی | ۱۲/۶۲±۹۶/۳۲ | T=3.503 | ۱۰/۶۸±۸۷/۷۵ | T= .563 |
| | | خیر | ۰/۷۱±۶۴/۵ | P=002 | ۲۰/۶۲±۸۴/۳ | P= .578 |
| داشتن منبع اطلاعات | قبل از مداخله | بلی | ۲/۸۳±۸۷ | T=-.207 | ۱۸/۳۸±۸۱ | T= - .545 |
| | | خیر | ۱۸/۱۴±۸۹/۷۱ | P=.838 | ۱۴/۶۳±۸۶/۹۲ | P= .591 |
| | بعد از مداخله | بلی | ۱۴/۷۳±۹۳/۱۷ | T=-.657 | ۱۸/۳۸±۸۲ | T= -.427 |
| | | خیر | ۱۶/۵۸±۹۸/۵ | P=.517 | ۱۵/۰۸±۸۶/۷۹ | P= .673 |

ارتباط عوامل تقویت کننده قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون باکیفیت زندگی معنی دار نیست و در گروه کنترل قبل از مداخله احساس خوشایند بعد از رفتار سالم و تقدیر از طرف دوستان و بعد از مداخله احساس خوشایند بعد از رفتار سالم و تشویق خانواده با کیفیت زندگی ارتباط دارند. در ادامه، تاثیر عوامل رفتاری از قبیل عضویت در گروه ورزش و بازی، بازی با بچه ها و نوه ها، شرکت در گروههای خاطره گویی، رفتن به پارک، شرکت در مجالس مذهبی، نوع رابطه با فرزندان، قصد ازدواج مجدد، نوع رابطه با همسر، و استقلال یا عدم استقلال در انجام کارهای شخصی بر کیفیت زندگی افراد سنجیده شد که از این میان عوامل رفتاری بازی با بچه ها و نوه ها و نوع رابطه با فرزندان با کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل و ارتباط عامل رفتاری بازی با بچه ها و نوه ها قبل و بعد از مداخله و نوع رابطه با همسر قبل از مداخله با کیفیت زندگی در گروه آزمون، ارتباط معنی دار نشان داد (جدول شماره۵).



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-12 ]

جدول شماره۵: مقایسه ارتباط عوامل تقویت کننده با کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

| عامل تقویت کننده / نمره کیفیت زندگی | | | کنترل | | آزمون | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | انحراف معیار و میانگین | آزمون تی مستقل | انحراف معیار و میانگین | آزمون تی مستقل |
| قبل از مداخله | احساس خوشایند بعد از رفتار سالم | بلی | ۱۳/۴۵±۸۸/۳۶ | T= 2.618 | ۱۷/۶۲±۸۹/۹۶ | T=.428 |
| | | خیر | ۱/۴۱±۶۳ | P = .015 | ۹/۱۹±۸۴/۵ | P =.672 |
| | تشویق از طرف مرکز بهداشتی درمانی | بلی | ۰±۷۸ | T= .585 | ۱۳/۹۲±۹۸/۵ | T=1.097 |
| | | خیر | ۱۴/۷۸±۸۶/۸۱ | P = .564 | ۱۸/۲±۸۷/۹ | P=.284 |
| | تشویق از طرف خانواده | بلی | ۱۵/۵۶±۹۱ | T= 1.89 | ۱۷/۹۴± ۹۱/۹ | T=1.234 |
| | | خیر | ۱۱/۵۱±۸۰/۸۳ | P=.071 | ۱۴/۲۵±۸۲ | P=.229 |
| | تشویق از طرف دوستان | بلی | ۱۵/۳۲±۹۲/۴۶ | T= 2.198 | ۲۰/۲۷±۹۱ | T=.467 |
| | | خیر | ۱۱/۸۴±۸۰/۹۳ | P=.037 | ۱۲/۰۸±۸۷/۱۴ | P=.645 |
| بعد از مداخله | احساس خوشایند بعد از رفتار سالم | بلی | ۱۳/۶۹±۸۸/۴۶ | T= 2.68 | ۱۴/۸±۹۳/۹۶ | غیر قابل آزمون |
| | | خیر | ۲/۸۳±۶۲ | P=.013 | ۰±۰ | |
| | تشویق از طرف مرکز بهداشتی درمانی | بلی | ۰±۷۸ | T=-.565 | ۱۴/۱±۱/۰۲ | T=1.108 |
| | | خیر | ۱۵/۱۹±۸۶/۷۶ | P=.577 | ۱۴/۸۳±۹۲/۶۵ | P=.278 |
| | تشویق از طرف خانواده | بلی | ۱۵/۴۸±۹۱/۷۳ | T= 2.281 | ۱۴/۴۲±۹۶/۵۷ | T=1.784 |
| | | خیر | ۱۱/۲۲±۷۹/۱۸ | P= .032 | ۱۳/۳۸±۸۴/۸۳ | P=.087 |
| | تشویق از طرف دوستان | بلی | ۱۵/۸۶±۹۲/۱۷ | T= 1.9 | ۱۷/۱±۹۵/۳۹ | T=.701 |
| | | خیر | ۱۲/۷۴±۸۱/۵ | P= .069 | ۸/۷۷±۹۱/۱۱ | P=.49 |



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-12 ]

**بحث**

مطالعات مختلف نقش موثر آموزش را بر مبنای مدل های مختلف از جمله الگوی پرسید بر افزایش سطح رفتارهای سالم و نهایتا ارتقاء سلامت ثابت کرده اند و همچنین بر نقش سلامت در ارتقاء سطح کیفیت زندگی تاکید داشته اند. مطالعه حاضر ارتباط بین بعضی از سازه های آموزشی الگوی پرسید را که منجر به بهبود عوامل رفتاری میشوند با کیفیت زندگی نشان می دهد.

همچنان که Chiou CJ و همکاران (۱۹۹۸) اهمیت عوامل مستعد کننده و عوامل تقویت کننده را برای سبک زندگی سالم در کارمندان شهری از طریق الگوی پرسید نشان داده است(۲۱). Hill AJ (۱۹۹۶) نیز معتقد است که بعضی از عوامل تسهیل کننده، فعالیت های فیزیکی منظم را پیشگویی می کند(۲۲). نتایج مطالعه حاضر نشان از افزایش کیفیت زندگی سالمندان در اثر مداخله آموزشی از طریق الگوی پرسید را دارد در این راستا مطالعه ای توسط دهداری و همکاران انجام شده که تاثیر آموزش بر مبنای الگوی پرسید - پروسید را بر افزایش کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی بای پس عروق کرونر تایید می کند(۲۳). همچنین یافته های مطالعه خرسندی نیز نشان می دهد که آموزش از طریق الگوی پرسید- پروسید با ترکیب مدل اعتقاد بهداشتی و تئوری خودکارآمدی در دوران بارداری راه مناسبی برای ایجاد خودباوری در مورد توانایی در انجام زایمان طبیعی و کاهش ترس زایمان و متعاقبا افزایش زایمان طبیعی می باشد(۲۴). مدل پرسید- پروسید در بررسی توسعه سلامتی از طریق مدیریت رژیم غذایی در بیماران دیابتی نوع ۲و ارزیابی یادگیری نیازهای سالمندان ساکن در آسایشگاهها و برای ساختار اجرایی و ارزشیابی پروژه ارتقاء سلامت مناسب است(۲۵). تجزیه و تحلیل داده ها و یافته های مطالعه هزاوه ای کارایی و اثر بخشی برنامه آموزشی بر اساس الگوی پرسید در پیشگیری و کاهش میزان افسردگی بیماران با عمل جراحی بای پس عروق کرونر تایید می کنند(۲۶).

نظری معتقد است که طراحی و اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید – پروسید و سازه های این الگو (آگاهی، نگرش، رفتار، عوامل قادر کننده و عوامل تقویت کننده) می تواند سبب افزایش رفتارهای ایمن در دانش آموزان مدارس ابتدایی گردد(۲۷). سالمندان نیز برای داشتن شیوه زندگی سالم به آموزش و افزایش آگاهی از طریق یک برنامه ریزی دقیق و جامع آموزشینیازمند هستند(۲۸). در این نوع برنامه ریزی های آموزشی، تمرکز بر فاکتورهای مستعد کننده، قادر کننده و تقویت کننده می توانند برای پیش بینی رفتار آزمون سلامت سالمندان استفاده شوند (۲۹).

Salinero-Fort و همکاران (۲۰۰۹) اثربخشی الگوی پرسید را در کنترل متابولیک و کاهش عوامل خطر کاردیو وسکولار در بیماران یابتی نوع ۲ ثابت می کند و با توجه به نتایج مطالعه اش اذعان می کند که الگوی پرسید در آموزش بهداشت روش مفیدی برای مدیریت بیمارن دیابتی نوع ۲ می باشد(۳۰). الگوی پرسید ، مفاهیم قابل سنجش از هدایت یک تشخیص آموزشی در سلامتی، رفتاری و شناختی، نگرشی و شرایط سازمانی قبل از توسعه یک برنامه آموزشی را پیشنهاد می کند(۳۱).

شهاب جهانلو معتقد است که جهت خودکارآمدی و کیفیت زندگی با کنترل قند و چربی خون در بیماران دیابتیک مصرف کننده دخانیات مداخله آموزشی برای ارتقاء سطح دانش و آگاهی بیماران دیابتیک سیگاری ضروری است(۳۲). در یک مطالعه انجام شده در کانادا ذکر شده است که ۷۱درصد مدیران منابع انسانی اعتقاد بر این دارند که افراد بالای ۵۵ سال به خوبی جوانان، قادر به یادگیری مهارتهای جدید می باشند. مهم ترین مانع در استخدام این نوع افراد "نوع نگرش" است(۳۳).

**نتیجه گیری**

هر چند ایجاد تغییر در عواملی مثل عوامل قادر کننده صرفا از طریق آموزش بسیار مشکل است و نیاز به زمان بیشتر و حمایت های جانبی در کنار آموزش وجود دارد، لیکن نقش مداخلات آموزشی در افزایش سطح آگاهی، نگرش و عملکرد افراد مختلف حتی سالمندان که دوران کهولت سنی را پشت سر می گذارند بسیار برجسته است و اگر این مداخلات بصورت علمی و برنامه ریزی شده از طریق الگوهای جامع و شناخته شده از جمله الگوی پرسید و همچنین صرف زمان مناسب صورت گیرد مطمئنا نتایج بهتری خواهد داشت زیرا الگوهایی مثل پرسید یک جنبش سیستماتیک را برای انجام رفتارهای سالم در فرد رهبری می کند. همچنین مقدار مطلوب افزایش میانگین کیفیت زندگی نیاز به زمان بیشتری دارد و رعایت فاصله مناسب



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-12 ]

بعد از مداخله، افزایش قابل ملاحظه ای را در پی خواهد داشت. بنابراین می توان با طرح جامع آموزش سالمندان با استفاده از الگوهای نوین آموزشی و بسترسازی مناسب و تامین امکانات کافی، کیفیت زندگی سالمندان و سالهای فعال عمر آنان را افزایش داد.

**تشکر و قدردانی**

با تشکر از اساتید محترم رشته آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت که همیشه از راهنمایهایشان استفاده کرده ایم.

**منابع**

۱. ابراهیمی الف. بررسی رابطه میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان با نگرش و عملکرد دینی آنها. پژوهش درعلوم پزشکی. ۱۳۸۲;۸(دو ماهنامه فروردین و اردیبهشت(۱) ):۹۵-۹۴.

۲. صابریان م, حاجی آقا جانی 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, نیکبخت نصرآبادی ع. بررسی کیفیت ارایه مراقبتهای توانبخشی معنوی درسالمندان 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 درسالمندان ۶۵ ساله و الاتر شهریزد. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد زمستان۱۳۷۹(۸ ضمیمه ۴( ویژه نامه بهداشت ۲)):۵۳-۴۶.

۵. هروی کریموی م, رژه ن, جلالیا, پیش نمازی ز. بررسی وضعیت نیازهای روانی سالمندان شهرتهران. دانشور. دی ۱۳۸۲;۱۱(۴۸):۶۶-۵۹.

۶. تاجور م. بهداشت سالمندان ومروری بر جنبه های مختلف زندگی آنان انتشارات نسل فردا، چاپ اول ۱۳۸۲

7. Bowling A. Aging well - quality of life in older age. open university press, first published 2005.

۸. گزارش بررسی وضعیت سالمندان کشور در سال ۱۳۸۱ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی معاونت سلامت دفتر سلامت خانواده و جمعیت سال .۱۳۸۶

۹. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آخرین امارجمعیت سالمندان، آرشیو دفتر سلامت خانواده و جمعیت .

۱۰. حسن پور دهکردی ا, مسعودی ر, نادری پور ا, پورمیرزا کلهری ر. تاثیر 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. تاثیر الگوی مشاوره مراقبت پیگیر برکیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان طبیب شرق. ۱۳۸۲;۵(۴):۲۶۷-۲۶۱.

۱۲. محققی کمال س ح, سجادی ح, زارع ح, بیگلریان ا, . مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مستمری بگیرسازمانهای تامین اجتماعی و بازنشستگی کشوری ساکن شهرستان قم، ۱۳۸۶. مدیریت سلامت بهار ۱۳۸۶;۱۰(۲۷):۵۶-۴۹.

۱۳. هاشمیان م. آموزش بهداشت وارتباطات: موسسه انتشارات اندیشه رفیع; زمستان .۱۳۸۴

۱۴. شجاعی زاده د، مدلهای مطالعه رفتار در آموزش بهداشت، اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت حوزه معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، 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 وآموزش پزشکی،معاونت سلامت،اداره ارتباطات وآموزش سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، معاونت سلامت : نشر مهر راوش; .۱۳۸۴

۱۶. باستانی ف. تأثیرآموزش تنش زدایی برمبنای سنتز مدل پرسید با مدل اعتقاد بهداشتی و تئوری خودکارآمدی درک شده اضطراب و نتایج حاملگی مطلوب در زنان باردار. In:مدرس د ت .: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, حیدرنیا ع, هزاوه ای م م, سادات هاشمی س م. کاربردالگوی آموزشی پرسید جهت



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-12 ]

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, حیدرنیا ع, فقیه زاده س, دبیری ش, هزاوه ای 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 (brif ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی .زمستان ۱۳۸۵;۴(۴):۱۲-۱.

21. Chiou CJ, Huang YH, Ka JK, Chun FJ, Huang HY. Related factors contributing to the healthy lifestyle of urban employees through the PRECEDE model [Article in Chinese]. Kaohsiung J Med Sci. 1998 Jun;14(6): 39-47.

22. Hill AJ. Predictors of regular physical activity in participants in a Canadian health promotion program [Article in French]. Can J Nurs Res. 1996 Spring;28(1): 119-141.

۲۳. دهداری ط, حیدرنیاع, رمضانخانی ع, صادقیان س, غفرانی پور ف, اعتمادی ث. طراحی وارزشیابی یک مداخله آموزشی برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی بای پس عروق کرونر بر مبنای الگوی پرسید- پروسید. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. زمستان ۱۳۸۷;۱۵(۴):۳۸-۲۷.

۲۴. خرسندی م, غفرانی پور ف ا, حیدرنیا ع, فقیه زاده س. تاثیرالگوی پرسید- پروسید با ترکیب مدل اعتقاد بهداشتی و تئوری خودکارآمدی به منظور افزایش زایمان طبیعی در زنان نخست زا :In. مدرس دت .editor , تهران: دانشکده علوم پزشکی; .۱۳۸۶

25.De KleijnA. Health improvement through dietary management of type 2 diabetes. Br J Community nurs. 2008 Aug;13(8):378, 380-383

۲۶. هزاوه ای س م, سبز مکان ل, حسن زاده ا, ربیعی ک. تاثیر برنامه آموزشی بر اساس الگوی پرسید برافسردگی بیماران با عمل جراحی بای پس عروق کرونر. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین. تابستان ۱۳۸۷;۱۲(۲(پیدرپی ۴۷)):۴۰-۳۲.

۲۷. نظری م, حیدرنیاع, افتخاراردبیل ی ح. ارتقاءرفتارهای ایمن پسران دانش آموز مدارس ابتدایی بر اساس الگوی پرسید- پروسید. ارمغان دانش. تابستان ۱۳۸۷;۱۳(۲ ( پیدرپی ۵۰)):۹۳-۸۳.

۲۸. صمدی ص, بیات آ, طاهری ح, جنید ب س, روزبهانی ن. آگاهی، نگرش وعملکرد سالمندان نسبت به شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین. بهار ۱۳۸۶;۱۱(۱ (پیدرپی ۴۲)):۸۴-۳.

29.Chiou CJ, Wu CM, Wang RH, Lee ST. Utilizing the PRECEDE model to predict health examination behavior of the elderly [Article in Chinese]. Kaohsiung J Med Sci. 1999Jun;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 [Article in Spanish]. Rev Clin Esp. 2009 Jul-Aug;209(7):325-331.

31.ChwalowJ. Evaluation of health education programs [Article in French]. Rev Epidemiol Sante Publique. 1991;39(1):83-87.

۳۲. شهاب جهان لو ع, غفرانی پور ف ا, کیمیاگر م, وفایی م, حیدرنیا ع, سبحانی ع .et al ,ارتباط بین آگاهی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی با کنترل قند وچربی خون در بیماران دیابتیک مصرف کننده دخانیات مجله پزشکی هرمزگان. زمستان ۱۳۸۶;سال یازدهم(چهارم):۲۶۶-۱.

۳۳. خسروی ج, هاشمی نظری س س, ناظریان ن, باطنی پ. بررسی چهار ساله وضعیت سلامت کارگران سالمند شاغل در حوزه خدمات شهری و فضای سبز شهرداری تهران در طی سالهای ۱۳۸۴-۱۳۸۱. مجله پژوهشی حکیم. ۱۳۸۶;۱۰(۳):۶۹-۲.



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-12 ]

17- Khan KS, Kunz R, Kleijnen J, Antes G. Systematic Reviews to Support Evidence-based Medicine: How to Review and Apply Findings of Healthcare Research. London: Royal Society of Medicine Press; 2003.

18- MEDLINE Fact Sheet [database on the Internet]2012 [cited 2013-5-25]. Available from: www.nlm.nih.gov/ Library Catalogs & Services/Fact Sheets.

19- Biomedical Science Literature. [database on the Internet]. Elsevier. 2013 [cited 2013-5-23]. Available from: http://www.elsevier.com/online-tools/embase/about.

20- Green S, Higgins J, eds. Locating and selecting studies for review. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. 4.2.6. [database on the Internet].. Section 5. [cited 2013-5-23].Available from: http://www.cochrane.org/resources/handbook/

21- Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. Bmj. 2004;328(7454):1490.

22- Huwiler-Muntener K, Juni P, Junker C, Egger M. Quality of reporting of randomized trials as a measure of methodologic quality. Jama-J Am Med Assoc. 2002 Jun 5;287(21):2801-4.

23- Brozek JL, Akl EA, Compalati E, Kreis J, Terracciano L, Fiocchi A, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines Part 3 of 3. The GRADE approach to developing recommendations. Allergy. 2011 May;66(5):588-95.

24- Juni P, Altman DG, Egger M. Systematic reviews in health care - Assessing the quality of controlled clinical trials. Brit Med J. 2001 Jul 7;323(7303):42-6.

25- Moher D, Schulz KF, Altman D, Group C. The CONSORT Statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials 2001. Explore (NY). 2005;1(1):40-5.

26- Simons M. Guidelines for writing systematic reviews2011 : Available from: www.library.mq.edu.au/Guidelines.

27- Meta-analysis made easy with MIX 2.0. BiostatXL; 2013 [cited 2013 2013-5-21]; Available from: http://www.meta-analysis-made-easy.com/.

28- Wallace BC, Schmid CH, Lau J, Trikalinos TA. Meta-Analyst: software for meta-analysis of binary, continuous and diagnostic data. BMC Med Res Methodol. 2009;9:80.

29- Metal - Meta Analysis Helper. Michigan 2012 [2013-5-23]; Available from: http://www.sph.umich.edu/csg/abecasis/metal/.

30- Billingham L, Riley RD. How to design a meta-analysis in biomarkers. J Thorac Oncol. 2009 Sep;4(9):S78-S9.



[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-07-12 ]