تأثیر اجرای برنامه‌ی آموزش شیوه‌ی زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی

(مقاله پژوهشی برگرفته از پایان‌نامه‌ی دانشجویی)

اکرم فرهادی[۱]، *مهشید فروغان[۲]، فرحناز محمدی[۳]، محسن صحرانورد[۴]

چکیده:

هدف: امروزه، دغدغهٔ اصلی محققان و پژوهشگران صرفاً یافتن راه‌های افزایش طول عمر نیست؛ بلکه با نگاهی به آمار و ارقام می‌توان فهمید که اگر در قرن بیستم، چالش اصلی فقط «زنده ماندن» بود، چالش قرن جدید، «زندگی با کیفیت برتر» است. هدف این پژوهش، تعیین تأثیر اجرای برنامهٔ آموزشی شیوهٔ زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان روستایی در شهرستان دشتی، در سال ۱۳۸۸ بود.

روش: طرح این مطالعه از نوع نیمه‌تجربی و پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل است. جامعهٔ پژوهش حاضر را تمامی سالمندان روستایی شهرستان دشتی تشکیل می‌دهند. نمونه‌های پژوهش به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین سالمندان ساکن روستاهای بادوله و تلخو از بخش کاکی شهرستان دشتی استان بوشهر بودند که شرایط ورود به مطالعه را داشتند. افراد نمونه ۷۹ نفر بودند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامهٔ سنجش دانش شیوهٔ زندگی سالم و پرسش‌نامهٔ SF-۳۶ استفاده شد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش‌های آماری تحلیل پراکنش مکرر، تحلیل هم‌پراکنش، آزمون تعقیبی بنفرونی و آزمون کای‌دو تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد آگاهی سالمندان روستایی شهرستان دشتی از شیوهٔ زندگی سالم کم بوده و همچنین زندگی آن‌ها بی‌کیفیت است؛ یعنی میانگین نمرهٔ کیفیت زندگی قبل از مداخله ۷۶/۶±۸۸/۳۱ است. همچنین، مشخص شد که آموزش شیوهٔ زندگی سالم باعث ارتقای میزان آگاهی از شیوهٔ زندگی سالم و بهبود کیفیت زندگی سالمندان در گروه مداخله می‌شود (P<۰/۰۵). درحالی‌که در گروه کنترل، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد؛ گرچه این کاهش به‌لحاظ آماری معنادار نیست و دانش شیوهٔ زندگی سالم آن‌ها تغییر معناداری نمی‌کند (f=۱/۶۰ ، P=۰/۲۰۹).

نتیجه‌گیری: اجرای برنامهٔ آموزشی شیوهٔ زندگی سالم باعث بهبود کیفیت زندگی وابسته به سلامت در سالمندان روستایی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: روستا، سالمند، شیوهٔ زندگی سالم، کیفیت زندگی

تاریخ دریافت: ۹۱/۰۸/۲۴ تاریخ پذیرش: ۹۲/۰۹/۰۴

۱. دانشجوی دکترای تخصصی سالمندشناسی، گروه سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۲. مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی روانی سالمندان، گروه مدیریت توانبخشی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (نویسندهٔ مسئول)
۳. مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی روانی سالمندان، گروه پرستاری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۴. دانشجوی کارشناسی‌ارشد تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، گروه تربیت‌بدنی، دانشگاه پیام‌نور واحد جنوب تهران

* آدرس نویسندهٔ مسئول: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
* تلفن: ۲۲۱۸۰۰۰۴ (۲۱) ۹۸+
*رایانامه: M_Foroughan@yahoo.com

مقدمه

سالمندی بخشی از فرایندی زیستی است که تمام موجودات زنده ازجمله انسان را شامل می‌شود. گذشت عمر را نمی‌توان متوقف کرد؛ ولی می‌توان با به‌کارگیری روش‌ها و مراقبت‌های مناسب، تا حد زیادی از اختلالات و معلولیت‌های دورهٔ سالمندی پیشگیری کرد یا آن را به‌تعویق انداخت. با پیشگیری از اختلالات سالمندی یا تعویق آن‌ها، می‌توان از عمری طولانی همراه با سلامت و رفاه[۱] بهره‌مند شد که همواره هدف و آرزوی بشر بوده است(۱).

امروزه، دغدغهٔ اصلی محققان و پژوهشگران صرفاً یافتن راه‌های افزایش طول عمر نیست؛ بلکه با نگاهی به آمار و ارقام، می‌توان فهمید که اگر چالش اصلی در قرن بیستم فقط «زنده‌ماندن» بوده، چالش قرن جدید، «زندگی با کیفیت برتر» است(۲).

در این دوران، وجود نیازهای ویژه ممکن است کیفیت زندگی سالمندان را به‌راحتی تهدید کند؛ لذا ارزیابی عوامل زمینه‌ای مؤثر بر میزان کیفیت زندگی افراد در دوران سالمندی اهمیتی انکارناپذیر دارد(۳). سالمندان روستایی در مقایسه با سالمندان شهری، بسیار کمتر محل توجه پژوهشگران بوده‌اند و به نیازهای آن‌ها توجه کمتری شده است(۴). با توجه به میزان تحصیلات کمتر و وضعیت اقتصادی ضعیف‌تر و دسترسی محدود سالمندان روستایی به مراقبت‌های بهداشتی، می‌توان پیش‌بینی کرد که آنان

1- welfare

در مقایسه با سالمندان شهری وضعیت سلامت ضعیف‌تری دارند(۵).

سلامت که معمولاً با افزایش سن کاهش می‌یابد، یکی از عوامل تعیین کنندهٔ کیفیت زندگی محسوب است. در دوران سالمندی، بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان، دیابت، بیماری‌های اسکلتی‌عضلانی و اختلالات روانی شایع است(۶). با رشد جمعیت سالمندی، شیوع بیماری‌های مزمن نیز افزایش خواهد یافت. با افزایش سن، احتمال ابتلا به یک یا چند بیماری مزمن افزایش می‌یابد؛ به‌طوری‌که تقریباً ۸۰ درصد از افراد مسن بیشتر از ۶۰ سال، به بیماری مزمن و ۴۶/۸ درصد از آن‌ها هم‌زمان به بیش از دو بیماری مزمن مبتلا هستند (۹-۷). رفتارهای مخاطره‌آمیز، نظیر مصرف دخانیات و نداشتن فعالیت فیزیکی و عادت‌های غذایی ناسالم و ضعیف، از عوامل اصلی بروز بیماری‌های مزمن در سالمندان به‌شمار می‌آید(۱۰).

شرایط دستیابی به «شیوهٔ زندگی سالم» برای فرد سالمند عبارت‌اند از: رعایت اصول تغذیهٔ صحیح؛ رعایت بهداشت خواب؛ تحرک لازم در طول شبانه‌روز؛ مصرف نکردن دخانیات؛ انجام معاینات دوره‌ای منظم؛ سلامت روان؛ مشارکت فرد سالمند در فعالیت‌های اجتماعی؛ زندگی در کنار خانواده (۱۱).

سالمندان دارای شیوهٔ زندگی سالم، توانایی بیشتری برای بهره‌مندی از زندگی سالم دارند و احتمالاً به‌مدت طولانی‌تری از زندگی بدون بار بیماری و ناتوانی بهره خواهند برد(۱۲). به‌طورکلی، انتخاب شیوهٔ زندگی سالم در زندگی فردی همه، خصوصاً افراد سالمند، جنبهٔ بسیار حیاتی دارد(۱۳). به‌طور قطع، آموزش رفتارهای سالم، در کاهش بار بیماری‌های مزمن بسیار مؤثر خواهد بود(۱۴). در کل، با توجه به کم بودن میزان آگاهی و نگرش و عملکرد سالمندان درخصوص شیوهٔ زندگی سالم، نیاز به آموزش این نکات به سالمندان احساس می‌شود(۱۵).

پژوهشگران ایرانی کیفیت زندگی و ارتباط آن با متغیرهای مختلف را در افراد سالمند بررسی کرده‌اند؛ همچنین تعداد کمی از پژوهش‌ها به توصیف شیوهٔ زندگی سالمندان پرداخته‌اند. پژوهش حبیبی و همکاران (۱۳۸۵) درخصوص بررسی رفتارهای «ارتقا دهندهٔ سلامت» و کیفیت زندگی در سالمندان، نشان داد بین کیفیت زندگی و رفتارهایی نظیر ورزش یا پیاده‌روی، مصرف لبنیات و سبزیجات تازه، غذاهای کم‌نمک و کم‌چرب، کنترل وضعیت سلامت و فشارخون، ارتباط معناداری وجود دارد(۱۶).

در مطالعهٔ حمیدی‌زاده و همکاران (۱۳۸۷) که تأثیر برنامهٔ ورزش گروهی را بر کیفیت زندگی سالمندان بررسی کردند، مشخص شد که اجرای برنامهٔ ورزش گروهی موجب ارتقای کیفیت زندگی سالمندان می‌شود(۱۷). صمدی و همکاران (۱۳۸۶) نیز در پژوهشی، میزان آگاهی و نگرش سالمندان به شیوهٔ زندگی سالم و عملکرد آنان را در این زمینه بررسی کردند. درمجموع، آن‌ها دریافتند که سالمندان تهرانی میزان آگاهی و نگرش و عملکرد ضعیفی درخصوص شیوهٔ زندگی سالم داشتند(۱۵).

رانا[1] و همکاران (۲۰۰۴) مطالعه‌ای انجام دادند با عنوان «بررسی تأثیر آموزش سلامت بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت[2]، در سالمندان روستایی بنگلادش». آن‌ها با انجام مداخلاتی نظیر انجام فعالیت‌های فیزیکی و توصیه به داشتن تغذیهٔ سالم و ارائهٔ اطلاعات به سالمندان، درخصوص چگونگی مقابله با چالش‌ها و مشکلات دورهٔ سالمندی به این نتیجه دست یافتند که آموزش‌های جامعه‌محور[3] سلامت سبب افزایش بالقوهٔ سلامت عمومی و کیفیت زندگی وابسته به سلامت در سالمندان می‌شود(۱۳). گوالار[4] (۲۰۰۴) ارتباط عوامل اجتماعی، شیوهٔ زندگی، شبکه‌های اجتماعی، بیماری‌های مزمن و استفاده از خدمات مراقبت‌های بهداشتی را با کیفیت زندگی زنان سالمند اسپانیاییبه مطالعه کرد. او با استفاده از پرسش‌نامهٔ SF-۳۶، کیفیت زندگی ۳۲۶۰ سالمند ۶۰ ساله و بیشتر را سنجید. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که تغییر در متغیرهای شبکهٔ اجتماعی و بیماری‌های مزمن و استفاده از مراقبت‌های بهداشتی با تغییر درخور ملاحظه در نمره‌های کیفیت زندگی همراه نیست(۱۸)؛ لذا به‌نظر می‌رسد که چگونگی و ابعاد تأثیر آموزش شیوهٔ زندگی سالم در دورهٔ سالمندی، بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، مقوله‌ای است که همهٔ مؤلفان دربارهٔ آن اتفاق نظر ندارند. این تناقض به‌ویژه در جمعیت‌هایی نمود بیشتری می‌یابد که سواد و امکانات کمتری دارند. با توجه به وضع فرهنگی و اجتماعی نسبتاً محدود کنندهٔ سالمندان کشور، خصوصاً در مناطق روستایی که در آن میزان سواد نیز کمتر است، روشن نیست که آیا مداخلات آموزشی در حد انتظار کارساز خواهد بود یا خیر.

به‌منظور ارتقای میزان آگاهی سالمندان از دانش شیوهٔ زندگی سالم و دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۲، با همکاری صندوق جمعیت ملل متحد به تدوین و چاپ کتابچه‌های آموزشی «شیوهٔ زندگی سالم در دوران سالمندی»

1- Rana 2- Health Related Quality Of Life (HR-QOL) 3- Social Base 4- Guallar

اقدام کرد که در تألیف این کتابچه‌ها از متخصصان سالمندی و یک نفر تکنولوژیست آموزشی استفاده شد. این کتابچه‌ها شامل موضوعات زیر است: ۱- تغذیه و ورزش؛ ۲- مشکلات استخوان و مفاصل؛ ۳- توصیه‌های بهداشتی؛ ۴- زندگی شاداب. این موضوعات را کارشناسان شبکهٔ بهداشت به سالمندان آموزش می‌دهند. از زمان شروع این برنامه‌های آموزشی تاکنون، وزارت بهداشت به‌منظور ارتقای کیفی و کمی آموزش‌ها، در چند نوبت، در اجرای برنامهٔ آموزشی خود تغییراتی ایجاد کرده است. ازجملهٔ این تغییرات، تدوین طرح درس آموزشی برای آموزش این کتابچه‌ها، در سال ۱۳۸۷، بوده است که تابه‌حال، گزارشی از ارزشیابی اجرای آن منتشر نشده است. در این تحقیق، بر آن شدیم تا با مدل‌برداری از روش کار کارشناسان دفتر سلامت سالمندان، ضمن بررسی ابهاماتی که دربارهٔ اثربخشی این گونه برنامه‌ها در جمعیت روستایی وجود دارد، در مقیاسی بسیار محدود، داده‌هایی را در جامعهٔ سالمندان روستایی بررسی کنیم.

روش

مطالعهٔ حاضر مطالعه‌ای نیمه‌تجربی، به‌روش پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعهٔ پژوهش حاضر را تمامی سالمندان روستایی شهرستان دشتی تشکیل داده‌اند. طبق سرشماری سال ۱۳۸۵، جمعیت شهرستان دشتی ۷۴۸۹۸ نفر بود که ۵۱۶۹ نفر بیش از ۶۰ سال داشته و از این تعداد، ۲۷۱۸ نفر ساکن مناطق روستایی بودند(۱۹). با توجه به گستردگی جامعهٔ موضوع مطالعه (روستائیان شهرستان دشتی)، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد؛ بدین ترتیب که ابتدا از بخش‌های شهرستان دشتی که شامل سه بخش مرکزی و شنبه و کاکی است، تصادفی یک بخش انتخاب شد. سپس از آن بخش، دو روستا (بادوله و تلخو) برگزیده شدند.

برای تعیین حجم نمونه، ابتدا ۲۰ نفر از آزمودنی‌ها به‌صورت مقدماتی مطالعه شدند و با قرار دادن شاخص‌های آماری به‌دست آمده از مطالعهٔ مقدماتی در فرمول حجم نمونه که در زیر آمده است، تعداد افراد نمونه، ۶۱ نفر برآورد شد. با توجه به اینکه جامعهٔ موضوع مطالعه سالمندان روستایی هستند و احتمال ریزش نمونه به‌دلایل بیماری و مرگ‌ومیر و نداشتن انگیزه زیاد بود، ترجیح داده شد به‌جای ۶۱ نفر، ۷۹ نفر از سالمندان دو روستا که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، پژوهش شوند.

$$n = \frac{(Z_{1.\alpha/2} + Z_{1.\beta})^2 (S_1 + S_2)}{\alpha} = ۶۰/۲۳ \cong ۶۱$$

که در این فرمول:

α=۰/۰۵

d=۱/۵

$Z_{2-\alpha/1}$=۱/۹۶

$Z_{1-\beta}$=۱/۲۸

S_1^2=۹/۴۲

S_2^2=۳/۴۹

n=۶۱

معیارهای خروج شامل ابتلای فرد سالمند به بیماری‌های ناتوان کنندهٔ شدید بود، نظیر نقص‌های نورولوژیک (سکتهٔ مغزی، پارکینسون) اختلالات شدید قلبی عروقی، بیماری‌های مزمن ناپایدار (دیابت و بدخیمی)، نقص‌های مادرزادی شدید و اختلالات عضلانی‌اسکلتی محدودکننده و اینکه فرد سالمند در کمتر از ۳/۴ کلاس‌های آموزشی شرکت کند. وجود یا نبود این بیماری‌ها با پرسش از خود فرد سنجیده شد.

پس از اعمال معیارهای خروج از مطالعه، درنهایت تعداد ۶۹ نفر در مطالعه باقی ماندند که شامل ۳۶ نفر از سالمندان روستای تلخو در گروه مداخله و ۳۳ نفر از سالمندان روستای بادوله در گروه شاهد بودند. تمامی افراد خارج شده از مطالعه در گروه مداخله قرار داشتند. خروج افراد به این دلایل بود: ۶ نفر به‌دلیل شرکت نکردن در سه‌چهارم از کلاس‌های آموزشی و ۲ نفر به‌دلیل فوت و ۲ نفر به‌دلیل تمایل‌نداشتن به تکمیل پرسش‌نامه‌های دوم یا سوم از مطالعه خارج شدند.

قبل از اجرای پژوهش، مجوزهای لازم برای ورود به جامعهٔ موضوع مطالعه از دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم‌پزشکی بوشهر کسب شد. سپس با مراجعه به روستاهای مدنظر، اهداف مطالعه برای نمونه‌های پژوهش توضیح داده شد. در صورت موافقت افراد برای مشارکت، با توجه به اینکه بیشتر واحدهای موضوع مطالعه بی‌سواد بودند، قبل از شروع مداخله، پرسش‌های پرسش‌نامهٔ SF-۳۶ و پرسش‌نامهٔ سنجش میزان آگاهی از شیوهٔ زندگی سالم برای آن‌ها خوانده و تکمیل شد.

هم‌زمان با تکمیل پرسش‌نامه‌ها و کتابچه‌ها و طرح درس مربوط توسط محقق، به چهار نفر از کارشناسان شبکهٔ بهداشت شهرستان دشتی به‌صورت انفرادی آموزش داده شد. این افراد مدارک پزشکی عمومی، تغذیه، فیزیوتراپی و روان‌شناسی بالینی

دارند و یک نسخه از طرح درس و مجموعه‌ای چهارجلدی از کتابچه‌ها در اختیار آن‌ها قرار داده شد. سپس، از ابتدای بهمن سال ۱۳۸۸، برنامهٔ آموزش براساس زمان‌بندی مشخصی شروع شد که از قبل در اختیار آموزش دهندگان قرار گرفته بود.

ابتدا، کتابچهٔ اول با موضوع تغذیه و تمرینات بدنی در دوران سالمندی، در هشت جلسه تدریس شد. این دوره شامل چهار جلسهٔ یک‌ساعته با آموزش تغذیه توسط کارشناس تغذیه بود و چهار جلسهٔ یک‌ساعتهٔ آموزش تمرین‌های بدنی توسط فیزیوتراپیست. گفتنی است که تمرینات بدنی، هم به‌صورت نظری و هم به‌صورت عملی به سالمندان آموزش داده شد و از تمامی افراد خواسته شد تا در حضور آموزش‌دهنده تمرینات را اجرا کنند. برای فهم بهتر مطالب، کتاب‌ها در اختیار سالمندان قرار داده شد تا با استفاده از عکس‌های موجود در آن‌ها تمرینات را در منزل ادامه دهند.

در مرحلهٔ بعد، کتابچهٔ دوم با موضوعات مراقبت از کمر، مراقبت از زانو، مراقبت از پاها، پیشگیری از پوکی استخوان، پیشگیری از حوادث، مشکلات بینایی و مشکلات شنوایی در هفت جلسهٔ یک‌ساعته آموزش داده شد. در آموزش سه موضوع اول، (مراقبت از کمر، مراقبت از زانو، مراقبت از پاها) علاوه بر توضیحات شفاهی فیزیوتراپیست، از تمرینات عملی و نمایش عکس‌های درون کتاب نیز استفاده شد. پنج درس اول را فیزیوتراپیست آموزش داد و دو درس آخر را پزشک عمومی.

کتابچهٔ سوم را با موضوعات بهداشت دهان و دندان و یبوست و مشکلات ادراری، پزشک عمومی در چهار جلسهٔ یک‌ساعته آموزش داد. در آموزش بهداشت دهان و دندان، از نمایش تصاویر کتاب و نمایش عملی در کلاس با استفاده از ماکت استفاده شد. در آخر، کتابچهٔ چهارم با عناوین استرس، حافظه، خواب و ترک سیگار نیز در چهار جلسهٔ یک‌ساعته، روان‌شناس به سالمندان آموزش داد.

در برگزاری این کلاس‌های آموزشی، از امکانات آموزشی نظیر تخته‌سفید و ماژیک برای کشیدن عکس‌ها و تصاویر کتاب استفاده شد. جلسات آموزشی به‌صورت یک روز در میان، یعنی سه روز در هفته تشکیل شد و درمجموع، کار آموزش نزدیک به دو ماه، یعنی از ابتدای بهمن تا پایان اسفند به درازا کشید. محل برگزاری تمامی جلسات آموزشی مسجد روستای بادوله بود و به‌منظور سهولت شرکت سالمندان در این کلاس‌ها، وسیلهٔ ایاب‌وذهاب برای آن‌ها فراهم شد. در این فاصلهٔ زمانی گروه کنترل، یعنی سالمندان روستای تلخو، هیچ آموزشی دریافت نکردند.

در پایان اسفند ۱۳۸۸، بلافاصله، پس از اتمام کلاس‌های آموزشی پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی و سنجش میزان آگاهی از شیوهٔ زندگی سالم برای هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد و سه ماه بعد از اجرای پس‌آزمون، یعنی در اواخر خرداد ۱۳۸۹، هر دو گروه مجدداً پرسش‌نامه‌ها را به‌منظور پیگیری تکمیل کردند.

پرسش‌نامهٔ SF-۳۶ از ابزارهای عمومی بسیار شناخته‌شدهٔ سنجش کیفیت زندگی است که تاکنون به زبان‌های بسیاری، ازجمله زبان فارسی، ترجمه شده است. پرسش‌نامهٔ مذکور را سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی تهیه کرده و شامل ۳۶ پرسش در دو بُعد اصلی جسمی و روانی است که ۸ خرده مقیاس مرتبط با سلامت را می‌سنجد (۲۰). منتظری و همکاران (۱۳۸۴) برای اولین بار در ایران، روایی و پایایی پرسش‌نامهٔ SF-۳۶ را روی ۴۱۶۳ نفر در ردهٔ سنی بیش از پانزده سال ارزیابی کردند. ضریب پایایی در ۷ خرده مقیاس از ۷۷تا۹۵ درصد گسترده بود و در بُعد سرزندگی ۶۵ درصد بود (۲۱). در پژوهش حاضر، روایی پرسش‌نامه از طریق هم‌بستگی خرده‌آزمون‌ها با نمرهٔ کل آزمون بررسی شد که ضرایب هم‌بستگی به‌دست آمده در دامنهٔ ۰/۴۵تا۰/۷۲ قرار داشت. تمامی ضرایب به‌لحاظ آماری، به میزان ۰/۰۱ معنادار بود. همچنین، ضریب هم‌بستگی بُعد جسمی با نمرهٔ کل ۰/۸۸ و ضریب هم‌بستگی بُعد روانی با نمرهٔ کل ۰/۶۶ تعیین شد. پایایی پرسش‌نامه با آلفای کرونباخ محاسبه شد. آلفای به‌دست آمده برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۰ و برای بُعد جسمی ۰/۸۳ و برای بُعد روانی ۰/۷۸ محاسبه شد.

پرسش‌نامهٔ سنجش میزان آگاهی از شیوهٔ زندگی سالم را وزارت بهداشت، از محتوای چهارجلدی کتابچهٔ «آموزش شیوهٔ زندگی سالم در دوران سالمندی» تهیه کرده و شامل ۱۵پرسش است. پاسخ صحیح نمرهٔ ۱ و پاسخ ناصحیح نمرهٔ ۰ می‌گیرد. درمجموع، امتیاز مربوط به این پرسش‌نامه بین ۰تا۱۵ قرار دارد. روایی این پرسش‌نامه، از طریق روایی محتوایی و با نظر متخصصان و با توجه به زمینهٔ فرهنگ بومی منطقه تأمین شد و برای محاسبهٔ پایایی آن، آزمون بازآزمون به‌کار رفت؛ بدین ترتیب که ۱۰ نفر از سالمندان در گروه کنترل، در فاصلهٔ زمانی ۱۰ روز، ۲ بار سنجیده شدند که درنهایت، هم‌بستگی ۰/۸۵ به‌دست آمد.

داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری $SPSS_{۱۷}$ و روش‌های آماری تحلیل پراکنش مکرر، تحلیل هم‌پراکنش، آزمون تعقیبی بنفرونی و آزمون کای‌دو تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها

از ۶۹ سالمند شرکت کننده در این پژوهش، ۲۳/۲ درصد زن و ۷۶/۸ درصد مرد بودند. ۲۷/۵ درصد در دامنهٔ سنی ۶۰تا۷۰ سال، ۶۳/۸ درصد در دامنهٔ سنی ۷۰تا۸۰ سال قرار داشته و ۸/۷ درصد آن‌ها بیشتر از ۸۰ سال بودند. ۷۹/۷ درصد آن‌ها بی‌سواد بوده و ۲۰/۳ درصد سواد قرآنی داشتند. ۸۵/۵ درصد متأهل، ۲/۹ درصد مطلّقه و ۱۱/۶ درصد همسر مرده بودند. همسانی دو گروه به‌لحاظ جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و سن، با آزمون آماری کای‌دو بررسی شد. تفاوت آماری معناداری در توزیع جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و سن در دو گروه مشاهده نشد (P>۰/۰۵). در جدول ۱ مشاهده می‌شود که میانگین نمرهٔ دانش سالمندان، در گروه آزمایش، پس از مداخله افزایش چشمگیری داشته است و این تفاوت به‌لحاظ آماری معنادار است (f=۶۵/۴۲ ؛ P<۰/۰۰۱). تفاوت آماری معناداری در دانش شیوهٔ زندگی گروه کنترل در سه موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد (f=۱/۶۰ ؛ P<۰/۲۰۹). برای بررسی تفاوت در دانش شیوهٔ زندگی سالم سالمندان روستایی در شهرستان دشتی، در گروه مداخله و کنترل، قبل و بعد از اجرای برنامهٔ آموزش شیوهٔ زندگی سالم، از آزمون آماری تحلیل پراکنش مکرر استفاده شد. به‌منظور مشخص شدن تفاوت سه موقعیت، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. با توجه به ارقام مندرج در جدول ۲، مشاهده شد که میانگین نمره‌های دانش سالمندان در گروه مداخله در موقعیت پس‌آزمون به‌طور معناداری بیشتر از موقعیت پیش‌آزمون و موقعیت پیگیری است (P<۰/۰۰۱). همچنین، میانگین نمره‌های دانش سالمندان در موقعیت پیگیری به‌طور معناداری بیشتر از موقعیت پیش‌آزمون است (P<۰/۰۰۱).

جدول ۱. مقایسهٔ میانگین و انحراف معیار دانش سالمندان دربارهٔ شیوهٔ زندگی در مراحل قبل از مداخله و بعد از مداخله و پیگیری.

گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		پیگیری		آمارهٔ اف	مقدار احتمال
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
آزمایش	۵/۸۹	۱/۶۳	۹/۷۸	۲/۶۲	۹/۱۷	۲/۷۷	۶۵/۴۲	۰/۰۰۱<
کنترل	۵/۷۳	۱/۶۲	۵/۶۴	۱/۹۱	۵/۴۵	۱/۷۶	۱/۶۰	۰/۲۰۹

جدول ۲. نتایج آزمون آماری بنفرونی برای مقایسهٔ دانش سالمندان گروه آزمایش دربارهٔ شیوهٔ زندگی سالم در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری.

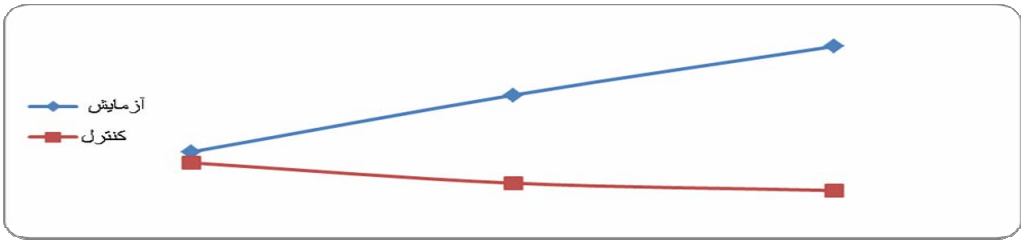
موقعیت	مورد مقایسه شده	اختلاف میانگین	مقدار احتمال
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۲۷	۰/۰۰۱<
	پیگیری	-۳/۸۸	۰/۰۰۱<
پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۱۱	۰/۰۰۱<

با توجه به ارقام مندرج در جدول ۳، میانگین کیفیت زندگی در سالمندان گروه مداخله روبه افزایش و در گروه کنترل روبه کاهش است.

نتایج تحلیل هم‌پراکنش نشان داد که پیش‌آزمون اثر معناداری بر کیفیت زندگی در پس‌آزمون داشته است (f=۵۳۴/۵۴ ؛ P<۰/۰۰۱). پس از کنترل آماری اثر پیش‌آزمون، متغیر مستقل (یا آموزش شیوهٔ زندگی سالم) اثر معناداری بر کیفیت زندگی سالمندان در پس‌آزمون داشته است (f=۳۹/۴۴ ؛ P<۰/۰۰۱). همچنین، پیش‌آزمون اثر معناداری بر کیفیت زندگی در پیگیری داشته است (f=۲۴۰/۴۶ ؛ P<۰/۰۰۱). پس از کنترل آماری اثر پیش‌آزمون، متغیر مستقل یا آموزش شیوهٔ زندگی سالم اثر معناداری بر کیفیت زندگی سالمندان در پیگیری داشته است (f=۵۳/۷۲ ؛ P<۰/۰۰۱). تحلیل‌های آماری، یعنی تحلیل پراکنش مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی و تحلیل هم‌پراکنش بر نمره‌های حاصل از سه مرتبه سنجش، نشان داد که در گروه مداخله، کیفیت زندگی و قلمروهای آن به‌جز قلمرو سرزندگی، به‌طور معناداری افزایش یافته است. کیفیت زندگی کلی گروه کنترل کاهش یافته است؛ گرچه این کاهش به‌لحاظ آماری معنادار نیست.

جدول ۳. شاخص‌های آماری کیفیت زندگی سالمندان در دو گروه مداخله و کنترل، در مراحل قبل از مداخله و بعد از مداخله و پیگیری.

گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مداخله	۳۲/۱۲	۷/۳۲	۳۴/۷۲	۷/۸۷	۳۶/۹۶	۸/۴۵
کنترل	۳۱/۶۲	۶/۱۹	۳۰/۹۶	۵/۸۵	۳۰/۳۵	۶/۰۲
کل	۳۱/۸۸	۶/۷۶	۳۲/۷۹	۷/۲۲	۳۳/۸۰	۸/۰۵



نمودار ۱. نمایش میانگین نمره‌های کیفیت زندگی سالمندان گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری.

با توجه به مندرجات جدول ۴، در گروه مداخله، تنها در خرده مقیاس سرزندگی تفاوت آماری معناداری در میانگین نمرهای پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نمی‌شود (P<۰/۴۲۲). در گروه کنترل تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری هیچ‌یک از خرده‌مقیاس‌ها مشاهده نمی‌شود (P<۰/۰۵).

جدول ۴. مقایسهٔ میانگین بُعد روانی کیفیت زندگی سالمندان گروه کنترل و آزمایش، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری.

متغیر	گروه	قبل مداخله		بعد از مداخله		پیگیری		آمارهٔ اف	مقدار احتمال
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
بُعد روانی	مداخله	۴۳/۵۶	۹/۶۰	۴۸/۱۳	۱۰/۸۷	۵۰/۴۵	۱۲/۱۶	۱۴/۸۳	۰/۰۰۱<
	کنترل	۴۱/۹۳	۸/۱۸	۴۰/۲۱	۷/۵۵	۳۹/۵۴	۷/۴۰	۲/۹۸	۰/۰۵۸
سرزندگی	مداخله	۴۵/۴۱	۱۳/۲۷	۴۷/۰۸	۱۱/۸۵	۴۷/۶۳	۱۴/۴۱	۰/۸۷۵	۰/۴۲۲
	کنترل	۴۲/۲۴	۱۲/۱۲	۴۳/۶۳	۱۲/۳۹	۴۲/۵۷	۱۳/۵۸	۲/۸۰	۰/۰۶۸
عملکرد اجتماعی	مداخله	۶۰/۰۶	۲۶/۱۸	۶۳/۱۹	۲۵/۶۹	۶۴/۹۳	۲۳/۸۷	۴/۲۱	۰/۰۱۹
	کنترل	۵۲/۲۷	۱۶/۳۷	۴۹/۶۲	۱۸/۶۱	۵۰/۳۷	۱۶/۰۸	۱/۱۸	۰/۳۱۱
نقش هیجانی	مداخله	۳۳/۳۳	۱۷/۸۱	۴۵/۳۷	۲۷/۷۷	۵۰/۹۲	۲۸/۱۵	۹/۱۲	<۰/۰۰۱
	کنترل	۳۲/۳۲	۱۷/۶۴	۲۹/۲۹	۱۸/۱۷	۲۷/۲۷	۱۷/۵۸	۱/۱۲	۰/۳۳۲
سلامت روان	مداخله	۳۵/۴۴	۱۱/۰۷	۳۶/۸۸	۱۰/۶۵	۳۸/۳۳	۱۲/۳۷	۵/۶۷	۰/۰۰۵
	کنترل	۳۸/۹۰	۱۰/۸۷	۳۸/۳۰	۱۰/۶۳	۳۷/۹۳	۱۰/۲۵	۲/۵۶	۰/۰۸۵

با توجه به مندرجات جدول ۵، در گروه مداخله، تنها در خرده مقیاس سلامت عمومی تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد (P=۰/۰۷۲)؛ درحالی‌که در گروه کنترل، تنها در خرده مقیاس عملکرد جسمانی تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری مشاهده شد (P=۰/۰۰۴).

جدول ۵. مقایسهٔ میانگین و انحراف معیار نمره‌های بُعد جسمانی کیفیت زندگی سالمندان گروه کنترل و آزمایش، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری.

متغیر	گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		پیگیری		آماره اف	مقدار احتمال
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
بُعد جسمانی	مداخله	۳۴/۰۷	۸/۷۸	۳۷/۲۷	۸/۸۷	۴۱/۶۷	۱۰/۹۷	۳۰/۶۲	۰/۰۰۱<
	کنترل	۴۰/۰۵	۵/۶۸	۳۸/۹۹	۶/۲۴	۳۸/۶۵	۶/۹۲	۲/۷۷	۰/۰۷۰
عملکرد جسمانی	مداخله	۲۷/۳۶	۱۴/۹۰	۲۸/۳۳	۱۴/۵۴	۳۰/۶۹	۱۴/۱۴	۱۸/۲۸	۰/۰۰۱<
	کنترل	۳۹/۳۹	۱۴/۰۷	۳۸/۷۸	۱۳/۹۷	۳۷/۱۲	۱۴/۷۹	۵/۹۴	۰/۰۰۴
نقش فیزیکی	مداخله	۲۳/۶۱	۱۶/۸۴	۲۸/۴۷	۱۹/۲۷	۳۸/۱۹	۲۱/۷۴	۲۲/۶۵	۰/۰۰۱<
	کنترل	۳۰/۳۰	۱۳/۶۳	۲۸/۴۸	۱۴/۶۰	۲۸/۴۰	۱۲/۶۰	۱/۰۳	۰/۳۶۱
درد بدنی	مداخله	۴۰/۳۴	۱۸/۱۶	۴۴/۷۲	۱۹/۸۹	۴۸/۳۶	۲۱/۷۱	۱۳/۲۵	۰/۰۰۱<
	کنترل	۴۷/۱۹	۲۰/۴۷	۴۶/۴۳	۲۰/۹۱	۴۵/۶۰	۲۳/۴۰	۱/۱۰	۰/۳۳۸
سلامت عمومی	مداخله	۴۵/۰	۸/۷۸	۴۷/۵۸	۱۰/۴۴	۴۹/۴۴	۱۱/۷۵	۲/۷۳	۰/۰۷۲
	کنترل	۴۳/۳۳	۸/۶۳	۴۲/۲۷	۱۱/۰۴	۴۳/۴۸	۸/۴۳	۰/۴۷۹	۰/۶۲۱

بحث

یافته‌ها نشان داد دانش شیوهٔ زندگی سالم گروه مداخله، بعد از مداخله افزایش معناداری یافته است؛ به‌گونه‌ای‌که به‌لحاظ آماری، تفاوت قبل و بعد از مداخله معنادار است. پیگیری انجام شده نشان داد که دانش سالمندان گروه مداخله در زمینهٔ شیوهٔ زندگی سالم، در مقایسه با مرحلهٔ بعد از مداخله، کاهش معناداری یافته است؛ ولی دانش آن‌ها در موقعیت پیگیری به‌طور معناداری بیشتر از قبل از مداخله بود. این بدان معناست که آموزش شیوهٔ زندگی سالم باعث ارتقای دانش سالمندان در این زمینه می‌شود و این ارتقا به میزان زیادی حفظ می‌شود. دانش شیوهٔ زندگی سالم سالمندان گروه کنترل در سه مرتبه سنجش، شامل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت آماری معناداری نداشته است. برای کنترل آماری تفاوت‌هایی که ممکن بود از قبل در دانش شیوهٔ زندگی سالم سالمندان گروه مداخله و کنترل وجود داشته باشد، از آزمون آماری تحلیل هم‌پراکنش استفاده شد. با کنترل این تفاوت‌ها، مشخص شد نمره‌های گروه مداخله، در موقعیت پس‌آزمون و پیگیری، به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است. بنابراین از تحلیل‌های آماری صورت گرفته، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شیوهٔ زندگی سالم به سالمندان روستایی، باعث افزایش دانش آن‌ها می‌شود و دانش ایجاد شده بادوام است. با توجه به اینکه در این پژوهش علاوه بر توضیح مطالب مربوط به شیوهٔ زندگی سالم برای سالمندان، برخی قسمت‌ها مانند تمرینات بدنی را عملاً سالمندان اجرا می‌کردند. یادگیری و حفظ آموخته‌ها منطقی به‌نظر می‌رسد و با در نظر گرفتن این مطلب که گروه مدنظر سالمند و بی‌سواد بوده‌اند، افزایش ۲۱/۹ درصدی دانش شیوهٔ زندگی سالم، توجیه‌پذیر است.

نتایج آشکار ساخت که آموزش شیوهٔ زندگی سالم باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود؛ چون با کنترل آماری اثر پیش‌آزمون، بازهم نمره‌های گروه مداخله در کیفیت زندگی و ابعادش به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است. البته فقط خرده مقیاس سرزندگی تغییر معناداری نداشته است؛ ولی دیگر خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی به‌طور معناداری افزایش یافته است. بنابراین، مداخله اثرگذار بوده است؛ یعنی آموزش شیوهٔ زندگی سالم به سالمندان روستایی، در شهرستان دشتی، باعث ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها شده است.

در مرور کلی نتایج به‌دست آمده، باید گفت که دانش سالمندان شرکت کننده دربارهٔ شیوهٔ زندگی سالم، در ابتدای مطالعه کم بود که پس از آموزش و در موقعیت پیگیری، ۲۱ درصد به میزان آن افزوده شد. انتظار می‌رود با افزایش دانش دربارهٔ شیوهٔ زندگی سالم، کاربست این مطالب در زندگی روزمره افزایش یابد. علاوه بر این، شاید بتوان دوام دانش یاد گرفته شده را با جلسه‌های متناوب یادآوری افزایش داد.

در دانش شیوهٔ زندگی سالم سالمندان شرکت کننده در این پژوهش، تغییر زیادی ایجاد نشده بود؛ بنابراین، نباید تغییرات چشمگیری در کیفیت زندگی آن‌ها ایجاد شده باشد. میانگین کیفیت زندگی سالمندان گروه مداخله، قبل از مداخله ۳۲/۱۲ با انحراف معیار ۷/۳۲ و در موقعیت پیگیری ۳۶/۹۶ با انحراف معیار ۸/۴۵ بوده است. مشاهده می‌شود که ۴/۴۸ نمره به میانگین کیفیت زندگی سالمندان شرکت کننده در این پژوهش افزوده شده است. بنابراین، افزایش ۲۰ درصدی دانش شیوهٔ زندگی سالم، به افزایش ۴/۴۸ نمره در میانگین کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی منجر شده است. با این همه، این میزان به‌طور معناداری بیشتر از تغییراتی بود که در همین مدت در گروه کنترل ایجاد شده بود؛ زیرا درواقع، کیفیت زندگی گروه کنترل با کاهش روبه‌رو شده بود.

تاکنون پژوهشی انجام نشده است که اثربخشی آموزش شیوهٔ زندگی بر کیفیت زندگی را، چه در گروه سالمند و چه غیرسالمند، بررسی کرده باشد؛ با این همه برخی پژوهش‌های گذشته، بین شیوهٔ زندگی و کیفیت زندگی روابطی یافته‌اند و برخی دیگر انجام مداخلات را بر کیفیت زندگی مؤثر گزارش کرده‌اند. در پژوهشی داخلی، حبیبی و همکاران (۱۳۸۵) وجود رابطهٔ بین رفتارهای «ارتقادهندهٔ سلامت» و کیفیت زندگی در سالمندان را نشان دادند(۱۶). در پژوهش گریمت[1] و همکاران (۲۰۰۹) نیز نتایج مشابهی به‌دست آمد. آن‌ها دریافتند که فعالیت جسمانی، با کیفیت زندگی سالمندان رابطهٔ مثبت دارد؛ درحالی‌که رابطهٔ سیگارکشیدن و کیفیت زندگی منفی است(۲۲). وو[2] و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعهٔ طولی سالمندان روستایی در شرق آسیا، نتایج مشابهی گزارش کرده‌اند. آن‌ها دریافتند عوامل مرتبط با شیوهٔ زندگی، حتی در افراد خیلی پیر (بیش از هفتاد سال) نیز سبب ارتقای وضعیت سلامت می‌شود(۲۳). اسپنسر[3] و همکاران (۲۰۰۵) دریافتند سالمندانی که در رفتارهای مرتبط با

1- Grimmett 2- Woo 3- Spencer

سلامت نمره‌های کمتری کسب کرده بودند، در مقایسه با سالمندانی که نمره‌های بیشتری گرفته بودند، بیشتر در معرض خطر مرگ‌ومیر قرار داشتند(۲۴). نتایج پژوهش حاضر با مطالعات دیگری همسوست که اثر مداخلات مختلف را بر کیفیت زندگی بررسی کرده است، مانند مطالعه‌های میرباقری و معماریان و محمدی (۱۳۸۶). آن‌ها اثر پیاده‌روی منظم بر کیفیت زندگی پنجاه سالمند اصفهانی که دچار انسداد ریوی با شدت متوسط بودند را بررسی کردند و دریافتند اجرای برنامهٔ منظم پیاده‌روی در مدت دو ماه، هفته‌ای سه روز و به مسافت چهارصد متر، باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۲۵). سالار و احمدی و فقیه‌زاده (۱۳۸۲) پژوهشی دربارهٔ ۲۰۰ سالمند زاهدانی انجام دادند که نتایج آن بسیار نزدیک به نتایج پژوهش حاضر است. آن‌ها دریافتند سالمندان زاهدانی کیفیت زندگی کمتر از متوسط دارند. میانگین کل کیفیت زندگی نمونهٔ آن‌ها در حدود ۴۱ بود. آن‌ها با استفاده از «الگوی مشاورهٔ مراقبت پیگیر» نشان دادند که می‌توان کیفیت زندگی سالمندان را به‌طور معناداری افزایش داد. سالمندانی که در گروه مداخلهٔ پژوهش آن‌ها قرار داشتند و میانگین کیفیت زندگی آن‌ها قبل از مداخله ۴۳/۲ بود، پس از مداخله به میزان ۵۷/۲ ارتقا یافتند؛ ولی در گروه کنترل که مداخله‌ای دریافت نکرده بودند، میانگین کیفیت زندگی از ۴۵/۲ به ۴۲/۲ کاهش یافت که نشان می‌دهد اگر مداخله‌ای صورت نگیرد، کیفیت زندگی سالمندان کاهش می‌یابد(۲۶).

نتایج پژوهش‌های گذشته حاکی از آن است که مداخله باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود؛ همان نتیجه‌ای که در این پژوهش نیز تکرار و مشخص شد، مداخلهٔ مبتنی بر شیوهٔ زندگی سالم، باعث بهبود کیفیت زندگی سالمندان روستایی در شهرستان دشتی می‌شود. اینکه چرا آموزش شیوهٔ زندگی باعث بهبود کیفیت زندگی سالمندان روستایی در شهرستان دشتی می‌شود، به روش و ماهیت آنچه آموزش داده شده برمی‌گردد.

در این پژوهش، کوشش شد دانش سالمندان دربارهٔ شاخص‌های شیوهٔ زندگی سالم افزایش یابد. شاخص‌های تأکید شده عبارت بودند از تغذیه در دوران سالمندی، تمرینات بدنی در دوران سالمندی، مراقبت از کمر، مراقبت از زانو، مراقبت از پاها، پیشگیری از پوکی استخوان، پیشگیری از حوادث، مشکلات بینایی، مشکلات شنوایی، بهداشت دهان و دندان، یبوست و مشکلات ادراری، استرس، حافظه، خواب و ترک سیگار.

شیوهٔ زندگی سالم، شامل مجموعه‌ای از عادات مناسب است که انجام آن‌ها به حفظ سلامت و ارتقای آن منجر می‌شود. برای مثال، پژوهش‌های گذشته مصرف دخانیات را با سرطان(۲۸، ۲۷) و بیماری‌های قلبی عروقی(۲۹) مرتبط می‌دانند؛ همچنین وضعیت تغذیه با بیماری قلبی عروقی و دیابت(۳۰)، چاقی، اختلال الگوی لیپیدی، اختلال تحمل گلوکز، دیابت قندی و افزایش فشارخون(۳۱)، تنش روانی، توانایی حرکت، مشکلات عصبی روانی، افسردگی و نظر شخصی دربارهٔ وضع سلامت در سالمندان مرتبط دانسته شده است(۳۲). علاوه بر این، فعالیت جسمانی و ورزش باعث بهبود سلامت حتی در افراد سالمند می‌شود(۱۷، ۳۳)؛ همچنین وجود رابطه بین شیوهٔ زندگی و کنترل درد در افراد بیمار اثبات شده است(۳۴). به این ترتیب، مشاهده می‌شود که شیوهٔ زندگی با سلامت رابطهٔ نزدیکی دارد و اهمیت شیوهٔ زندگی در پیشگیری از برخی بیماری‌ها بارها اثبات شده است(۳۵). تغذیه و فعالیت جسمانی و سیگار از عوامل ساختاردهندهٔ شیوهٔ زندگی است که با برخی بیماری‌های اصلاح‌پذیر مرتبط است. شواهد موجود نشان می‌دهد بهبود در این عوامل از کاهش عملکرد که با پیشرفت سن بسیار مرتبط است، جلوگیری کرده و به سلامت و پرتحرکی و استقلال در پیری می‌اینجامد(۲۸،۲۷). با استناد به نتایج پژوهش‌های گذشته، با اطمینان می‌توان گفت که کیفیت زندگی افراد سالم بهتر از افراد بیمار است(۳۶). به‌عبارت دیگر، با افزایش سلامت افراد، کیفیت زندگی آن‌ها افزایش خواهد یافت و سلامت بیشتر، یعنی زندگی باکیفیت‌تر.

نتیجه‌گیری

آموزش شیوهٔ زندگی سالم به سالمندان روستایی شهرستان دشتی، محدودیت‌های بسیاری داشت: کم‌سوادی، چالش‌های یادگیری، کمبود انگیزه و مشکلات اجرایی مانند رفت‌وآمد و محدودیت در اجرای توصیه‌ها به‌دلیل فشارهای اقتصادی در زندگی سالمندان؛ اما براساس نتایج این پژوهش، آموزش شیوهٔ زندگی سالم به‌رغم تمام محدودیت‌ها، نه‌تنها باعث افزایش دانش آن‌ها درخصوص شیوهٔ زندگی سالم در دوران سالمندی شد، بلکه به‌تبع آن کیفیت زندگی‌شان را نیز بهبود بخشید.

قدردانی

از بهورزان و سالمندان محترم روستاهای بادوله و تلخوی شهرستان دشتی استان بوشهر که در این پژوهش مشارکت کرده‌اند، سپاسگزاریم.

REFERENCES منابع

1. Hsueh, M. and M. Yeh, A conceptual analysis of the process of empowering the elderly at the community level). Hu li za zhi The journal of nursing, 2006;53(2):5.
2. broner L, S.D., Ghorbani A, Internal-surgery Nursing,Health care in elderly, ed.1, 1996, Tehran: Boshra.
3. Vahdaninia, M., et al., Health-related quality of life in an elderly population in Iran: a population-based study. Payesh, 2005.
4. J, D.G. The rural elderly and the ageing of rural populations. 1997; (The world confrere of gerontology).
5. Ahn, Y.H. and M.J. Kim, Health care needs of elderly in a rural community in Korea. Public Health Nursing, 2004;21(2):153-161.
6. Canadian study of health and ageing-3 screening questionnaire 2009.
7. Aldrich, N. and W.F. Benson, Disaster Preparedness and the Chronic Disease Nedds of Vulnerable Older Adults. Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice, and Policy, 2008;5(1):1-7.
8. Prakash, R., S. Choudhary, and U.S. Singh, A study of morbidity pattern among geriatric population in an urban area of Udaipur Rajasthan. Indian J Community Med, 2004;29(1):35-40.
9. Wu, L.-F., Comprehensive geriatric assessment and nursing practice). Hu li za zhi The journal of nursing, 2007;54(6):61.
10. Fries, J.F., Reducing disability in older age. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 2002;288(24):3164-3166.
11. Wahlqvist, M. and G. Savige, Interventions aimed at dietary and lifestyle changes to promote healthy aging. European Journal of Clinical Nutrition, 2000;54(3):S148.
12. Stuifbergen, A.K., A. Seraphine, and G. Roberts, An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. Nursing Research, 2000;49(3): 122-129.
13. Rana, A.M., et al., Impact of health education on health-related quality of life among elderly persons: results from a community-based intervention study in rural Bangladesh. Health promotion international, 2009;24(1):36-45.
14. GV, V. health information for older adults 2009.
15. Samadi Sadegh, B.A., et al., Knowledge, Attitude and Practice of Elderly Towards Lifestyle During Aging (Letter to Editor). The Journal of Qazvin University of medical Sciences, 2007.
16. Nikpour, S., et al., Health promotion behaviors and quality of life among elderly in West area in Tehran-Iran 2006: a cross-sectional survey. Editor-In-chief or e, 2005;18(1):86-95.
17. Hamidi zade S, A.F., Aslani Y,Eatemadi far SH,Salehi K,Kord yazdi R, The effects of exercise on the quality of life of older adults. The Journal of Yazd Shahid Sadoughi University of Medical sciences, 2008;(16):81-86.
18. Guallar-Castillón, P., et al., Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. Social science & medicine, 2006;60(6):1229-1240.
19. Bushehr province statistic year-book. 2006.
20. Manokian A, P.R.S., Monjamed Z, Faghihzadeh S, Comparative study of nurse's job satisfaction of hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Hayat journal; 2006(3):65.
21. Montazeri, A., et al., The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of life research, 2005;14(3):875-882.
22. Grimmett, C., J. Wardle, and A. Steptoe, Health behaviours in older cancer survivors in the English Longitudinal Study of Ageing. European Journal of Cancer, 2009;45(12):2180-2186.
23. Woo, J., S.C. Ho, and A. Yu, Lifestyle factors and health outcomes in elderly Hong Kong Chinese aged 70 years and over. Gerontology, 2002;48(4):234-240.
24. Spencer, C.A., et al., A simple lifestyle score predicts survival in healthy elderly men. Preventive medicine, 2005;40(6):712-717.
25. Mirbagheri, N., R. Meamarian, and E. Mohammadi, Effects of regular walking programme on quality of life of elderly patients with moderate COPD. Iranian Journal of Nursing Research, 2007;6:19-27.
26. Salar, A., F. Ahmadi, and S. Faghihzadeh, Study of effectiveness of continuous care consultation on the quality of life of elderly clients. Tabib-e-shargh, 2004.
27. Campion, E.W., Aging better. The New England journal of medicine, 1998;338(15): 1064.
28. F, R., Nutrition for Healthy Ageing. Vol. 4. 2003: Institut National de la Recherche Agronomique.
29. Sharifirad, G., S. Mohebbi, and M. Matlabi, The relationship of physical activity in middle age and cardiovascular problems in old age in retired people in Isfahan, 2006. Ofogh-e-Danesh Journal, 2007;13(2):57-63.
30. Dorosty, A. and A.N. AM, Correlation of Elderly Nutritional status with cardio-vascular disease and diabetes. Tehran University Medical Journal 2007;65(3).
31. Ipchi sheshgelani P, M.S., Ipchi sheshgelai M, surveying situation of elder nutrition in Tabriz Khoban Center. Urmia University Medical Journal 2001; 22(1):314.
32. AFKHAMI, A., et al., Nutritional status and associated non-dietary factors in the elderly living in nursing homes of Tehran and Shemiranat, 2004. Payesh, 2008.
33. A, K., Effect of exercise on Physioliogical &Fuctional ability in elderly &Longevity. Motion 2000;(5):87-107.
34. Wilson, B., Can patient lifestyle influence the management of pain? Journal of clinical nursing, 2009;18(3):399-408.
35. Mohammadi zeidi E, H.A., Haji zadeh E, studying lifestyle in Coronary Heart Disease. Medical daneshvar 2005;(6):49-57.
36. Low, G. and A.E. Molzahn, Predictors of quality of life in old age: A cross-validation study. Research in nursing & health, 2007;30(2):141-150.