

تأثیر مداخله آموزشی بر سبک زندگی سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اسلامشهر: کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی

نعمه خاوشی^۱، آذر طل^۲، داود شجاعی زاده^۳، احمدرضا شمشیری^۴

چکیده

مقدمه: هنگامی که سالمندان در یک سبک زندگی ارتقا دهنده سلامتی درگیر گردند، احتمالاً به مدت طولانی تری از زندگی بدون بیماری و ناتوانی بهره خواهند برد. این مطالعه به منظور تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر سبک زندگی سالمندان طراحی و اجرا شد.

روش: این مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی دو گروهی بر روی ۸۰ فرد سالمند مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اسلامشهر در سال ۹۳-۹۲ اجرا شد. در مرحله پیش آزمون، نمونه‌گیری از بین سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اسلامشهر به صورت تصادفی انجام گردید. سپس مشارکت کنندگان با روش Balance Block Randomization به دو گروه مداخله (۳۹ نفر) و گروه مقایسه (۴۱ نفر) تقسیم شدند. افراد گروه مداخله در برنامه‌های آموزشی طراحی شده مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی شرکت نمودند. ۳ ماه پس از پایان مداخله، پس آزمون در هر دو گروه مداخله و مقایسه انجام گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS v.19 و آزمون‌های واریانس برای تکرار مشاهدات، کای دو، تغییرات میانگین و انحراف معیار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: قبل از مداخله، دو گروه از نظر متغیرهای مورد بررسی مشابه و قابل مقایسه بودند. ۳ ماه بعد از مداخله میانگین حساسیت درک شده در دو گروه از نظر آماری معنادار بود ($p < 0/001$). در میانگین شدت درک شده تفاوت معنادار بود ($p = 0/002$). میانگین سازه‌های موانع درک شده و منافع درک شده در دو گروه معنادار بود ($p < 0/001$). همچنین سازه‌های خودکفایتی و راهنمایی برای عمل سه ماه پس از آموزش تفاوت معناداری نشان دادند ($p < 0/001$). در حیطه پیشگیری تفاوت معناداری مشاهده گردید ($p = 0/03$). همچنین حیطه‌های ورزش و تغذیه تفاوت معناداری نشان دادند ($p = 0/04$). از نظر حیطه‌های استرس و روابط بین فردی در دو گروه از نظر آماری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$). میانگین نمرات سبک زندگی ۳ ماه پس از آموزش در گروه مداخله به طور معناداری افزایش یافت ($p = 0/03$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقاء سبک زندگی سالمندان مؤثر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: سالمندان، سبک زندگی، مداخله آموزشی، مدل اعتقاد بهداشتی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۵/۱

- ۱ - دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲ - دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۳ - استاد و متخصص آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: shojae5@yahoo.com

- ۴ - استادیار، دکتری اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات پیشگیری از پوسیدگی، مؤسسه تحقیقات دندانپزشکی، گروه سلامت دهان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

برابر خطرات تهدیدکننده سلامتی، از شخص محافظت می‌کنند (۴).

بررسی‌های مربوط به ارزیابی سلامت جمعیت‌های مسن حاکی از آن است که تغییر قابل توجهی در وضعیت سلامت وجود دارد. اکثریت افراد سالمند، یک یا دو کسالت مزمن دارند (۵). مطالعه‌ای نشان داد ۹۳/۴ درصد سالمندان در فعالیت‌های روزمره نیازی به کمک دیگران نداشتند (۶). از سویی دیگر، در حدود یک چهارم افراد بالای ۷۰ سال مشکلات جدی در اداره زندگی روزانه‌شان داشته و نیمی از افراد در این گروه آن چنان درگیر سالخورده‌گی هستند که متکی به کمک سایرین در انجام فعالیت‌های اساسی روزانه می‌باشند (۶).

عدم رعایت سبک زندگی سالم، با افزایش مرگ و میر به همه علل، همراه است و کسانی که سبک زندگی سالم را پیشه خود کنند، امید به زندگی بالاتر و کیفیت زندگی بهتری دارند. از طرفی بیماری‌های شایع دوران سالمندی، بیماری‌هایی هستند که با رعایت سبک زندگی سالم قابل پیشگیری می‌باشند (۴). با توجه به این که دوره سالمندی همواره با مشکلات جسمی و روانی همراه است و از طرفی هنگامی که سالمندان در یک سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامتی درگیر گردند، از استعداد بیشتری برای بهره‌مندی از یک زندگی سالم برخوردار بوده و احتمالاً به مدت طولانی‌تری از یک زندگی بدون بار بیماری و ناتوانی بهره خواهند برد (۷). بهبود سبک زندگی در این قشر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بنابراین سالمندان باید آگاهی‌های لازم را در خصوص انجام رفتارهای سالم از طریق آموزش اصولی و براساس مدل‌های شناخته شده آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت کسب کنند تا با ارتقاء سطح خودمدیریتی و خودتکایی بتوانند کیفیت زندگی خود را افزایش دهند (۸).

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) آموزش بهداشت را بدین صورت تعریف می‌نماید: «تشکیل فرصت‌های آگاهانه ساختار یافته برای یادگیری مستلزم گونه‌ای از ارتباط که جهت بهبود سواد بهداشتی، مشتمل بر بهبود دانش و توسعه مهارت‌های زندگی بوده و منجر به سلامت شخص و جامعه گردد» تعریف نموده است. گرین و کروتر آن را به عنوان «هرگونه ترکیب برنامه‌ریزی شده تجارب یادگیری که جهت مستعدسازی، قادرسازی و تقویت رفتار داوطلبانه منجر به سلامتی در افراد، گروه‌ها یا جوامع

پیشرفت‌های پزشکی و بهداشتی در نیمه دوم قرن بیستم باعث افزایش نسبی طول عمر انسان‌ها گردیده است. افزایش جمعیت سالمندان، یک پدیده جهانی است که به یک بحران تبدیل شده است. در حال حاضر جمعیت افراد سالمند بالای ۶۰ سال جهان بیش از رشد جمعیت کودکان، می‌باشد (۱). در سال ۲۰۰۰، حدود ۶۰۰ میلیون نفر در سن ۶۰ سالگی و یا بیشتر قرار داشته‌اند. تا سال ۲۰۲۵ این آمار به ۱/۲ و تا سال ۲۰۵۰ به ۲ میلیارد نفر خواهد رسید به موازات افزایش نسبت جمعیتی سالمندان، مشکلات سلامتی آنان اهمیت می‌یابد و برای بسیاری از سالمندان کاهش شبکه‌های اجتماعی، از دست دادن نزدیکان و بیماری‌های روانی و جسمی، حفظ سبک زندگی سالم را به چالشی بزرگ تبدیل کرده است. سبک زندگی سالم روشی از زندگی است که سبب کاهش خطرات ابتلا به بیماری و در نتیجه کاهش مرگ زودرس می‌شود. در زندگی واقعی، سبک زندگی محصولی از ترکیب انتخاب‌ها، فرصت‌ها و منابع است. سبک زندگی سالم منبع با ارزشی به منظور کاهش بروز و تأثیرات مشکلات سلامتی، افزایش بهبودی، مقابله با عوامل استرس‌زای زندگی و ارتقای کیفیت زندگی می‌باشد (۲).

با نگاهی اجمالی به وضعیت مرگ و میر در چهار استان کشور در سال ۱۳۷۸ و همچنین در ده استان کشور در سال ۱۳۷۹ در می‌یابیم که شایع‌ترین علل مرگ در گروه‌های سنی بالای ۵۰ سال، بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های دستگاه تنفسی و حوادث هستند که البته با اصلاح سبک زندگی، قابل پیشگیری خواهند بود (۳).

سبک زندگی سالم، روشی از زندگی است که سبب تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و رفاه فرد می‌گردد (۳). طبق تعریفی دیگر، سبک زندگی سالم عبارت است از روشی از زندگی که خطر بیماری شدید یا مرگ زودرس را کاهش می‌دهد و به کمک آن از جنبه‌های بیشتری از زندگی‌مان لذت می‌بریم. فاکتورهای سبک زندگی سالم شامل این موارد است: تغذیه سالم، فعالیت فیزیکی و تفریح منظم و کافی، اجتناب از موادی چون دخانیات، مشروبات الکلی و سایر مواد اعتیادآور، مخدر و محرک، مدیریت کافی استرس و آرام‌سازی و فعالیت‌هایی که در

استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی با روش تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و مقایسه وارد مطالعه شدند. حجم نمونه محاسبه شده براساس یافته‌های مطالعه پایلوت در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آماری ۸۰٪ و با توجه به این که در مطالعه اصلی فاصله بین دو نوبت پرسشگری ۳ ماه می‌باشد و تفاوت بین دو گروه به احتمال زیاد، کمتر از تفاوت مشاهده شده در مطالعه پایلوت بود، با فرض ۳۰٪ ریزش، ۴۰ نفر در هر گروه بود.

معیارهای ورود به مطالعه داشتن سن ۶۰ سال تمام یا بیشتر و رضایت به شرکت در مطالعه، بود. معیارهای خروج از مطالعه عدم احراز شرایط ورود به مطالعه نداشتن شرایط جسمی مناسب برای پاسخ‌گویی به سؤالات، وجود مشکلات شناختی و بیماری روانی بود. ابزار گردآوری اطلاعات از یک پرسشنامه سه وجهی تشکیل شده است که بخش اول، اطلاعات دموگرافیک شامل ۹ سؤال (سؤالات ۹-۱۹ قسمت مشخصات فردی)، در بخش دوم، از پرسشنامه استاندارد سبک زندگی استفاده گردید. سؤالات سنجش سبک زندگی سالم دارای ۵ حیطه و ۴۶ سؤال به شرح زیر می‌باشد: ۱. حیطه پیشگیری: شامل ۱۵ سؤال (سؤالات ۱۵-۲۹، ۴۴-۴۰). ۲. حیطه فعالیت جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی: شامل ۵ سؤال (سؤالات ۱-۵). ۳. حیطه تغذیه سالم: شامل ۱۴ سؤال (سؤالات ۱۶-۲۸). ۴. حیطه مدیریت استرس: شامل ۵ سؤال (سؤالات ۳۳-۳۰، ۳۹) و ۵. حیطه روابط اجتماعی و بین فردی: شامل ۷ سؤال (سؤالات ۳۴-۳۸، ۴۴، ۴۵، ۴۶) می‌باشد. در هر سؤال به گزینه‌ای که معرف نامطلوب‌ترین سطح از سبک زندگی است نمره ۱ و به سایر گزینه‌ها، به ترتیب افزایش مطلوبیت سطح سبک زندگی نمرات ۲، ۳، ۴ و ۵ تعلق می‌گیرد. در چهار سؤال ۳۴، ۴۴، ۴۵ و ۴۶ برای مواردی که همسر نداشته باشند، نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد. به این ترتیب، کمترین نمره قابل اکتساب از طریق پرسشنامه، ۴۲ و بیشترین نمره، ۲۱۱ می‌باشد. براساس این ابزار، سبک زندگی در ۳ سطح طبقه‌بندی شده است: سبک زندگی مطلوب (۲۱۱-۱۵۶)، متوسط (۱۵۵-۹۹) و نامطلوب (۹۸-۴۲). امتیازات این بخش با پرسشنامه اصلی که توسط بابک و همکاران طراحی شده بود یکسان بود (۴). بخش سوم، سؤالات طراحی شده توسط پژوهشگر براساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی شامل: الف) ۷ سؤال مربوط به سازه حساسیت درک شده (سؤالات ۵۳-۴۷)، ب) ۷ سؤال مربوط به سازه شدت درک شده (سؤالات ۶۰-۵۴)، ج) ۷ سؤال مربوط به

طراحی گردد» تعریف نموده‌اند (۹). برنامه‌های خوب ارتقاء سلامت به صورت شانس‌ی ایجاد نمی‌گردند، آن‌ها نتیجه یک کار طاقت‌فرسا بوده و پیرامون یک مدل کاملاً متفکرانه و درک شده سازماندهی می‌شوند (۱۰).

مدل اعتقاد بهداشتی، اولین تئوری است که انحصاراً جهت رفتارهای مرتبط با سلامت به وجود آمد (۱۰). به منظور بررسی تأثیر آموزش براساس مدل اعتقاد بهداشتی مطالعه‌ای بر عملکرد تغذیه‌ای زنان یائسه نشان داد که میانگین نمرات آگاهی گروه مداخله پس از آموزش و همچنین میانگین نمرات اجزای مدل پس از مداخله آموزشی افزایش معناداری یافت. همچنین میانگین نمره عملکرد، دو ماه پس از آموزش افزایش معناداری یافت (۱۱).

برخی مطالعات نشان داده‌اند که سبک زندگی سالم افراد سالمند، به دنبال مداخله آموزشی ارتقاء می‌یابد (۱۲). همچنین مطالعات مختلف تأثیر مداخله آموزشی بر مؤلفه‌های مختلف سبک زندگی را نشان داده‌اند. از جمله افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد سالمندان برای انجام فعالیت جسمانی (۱۳ و ۱۷)، انجام معاینات و آزمایشات ضروری سالیانه، کاهش مصرف غذاهای سرخ کرده، استفاده از روغن مایع گیاهی، قرار گرفتن در معرض تابش نور مستقیم خورشید، استفاده از ویتامین D و کلسیم، استفاده از سالاد و سبزیجات (۱۳)، استفاده از روش‌های کنترل‌کننده استرس در سالمندان (۱۴)، ارتقای سلامت زنان در سنین یائسگی (۱۴)، افزایش سطح آگاهی‌های تغذیه‌ای در سالمندان (۱۶)، افزایش ادراک، احساس و مهارت کنترل بیماری و پیشگیری و کنترل عواقب ناشی از آن در سالمندان مبتلا به دیابت (۱۷) و بهبود شاخص‌های متابولیک در آنان (۱۸) و کاهش فشارخون سالمندان مبتلا به پرفشاری خون (۱۹) داشته است. در مطالعه حاضر تأثیر مداخله آموزشی براساس مدل اعتقاد بهداشتی بر تمام ابعاد سبک زندگی و همچنین سطح سبک زندگی بررسی گردید.

روش مطالعه

مطالعه حاضر از نوع مداخله آموزشی نیمه تجربی با گروه مقایسه بود که از بین ۲۴۱۳۵ سالمند شهرستان اسلامشهر ۸۰ فرد ۶۰ ساله و بالاتر مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان مذکور در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۲ با

مباحث جلسه موردنظر را باز نموده در صورت نیاز از نمایش عملی نیز استفاده می‌گردید. ۱۰ دقیقه جهت پاسخ‌گویی به سؤالات سالمندان اختصاص می‌یافت. در نهایت پژوهشگر مطالب را جمع‌بندی نموده و پایان جلسه را اعلام می‌نمود. در این جلسات، محتواهای آموزشی به شیوه‌های زیر ارائه گردید: برای سازه‌های حساسیت درک شده و شدت درک شده از فیلم آموزشی، داستان ناتمام، سخنرانی، پرسش و پاسخ استفاده گردید. برای سازه منافع درک شده شیوه‌های سخنرانی و پرسش و پاسخ به کار گرفته شد. برای سازه موانع درک شده شیوه‌های بارش افکار (Brain storming) و پرسش و پاسخ استفاده گردید. برای سازه راهنماهایی برای عمل برگه‌های حقایق (Fact sheet) در اختیار سالمندان قرار گرفت. برای سازه خودکفایتی شیوه‌های بحث گروهی و نمایش عملی همچنین تکنیک حل مسأله گروهی به کار رفت. تمام مراحل انجام مطالعه با موافقت مدیریت شبکه بهداشت و درمان شهرستان اسلامشهر و مسؤولین مراکز بهداشتی درمانی شهرستان انجام گرفت، سعی شد در مراکز بهداشتی درمانی اختلالی در انجام وظیفه پرسنل ایجاد نشود، به افراد شرکت‌کننده در مطالعه در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات کسب شده از آن‌ها اطمینان خاطر داده شد و نتایج پس از پایان مطالعه در اختیار شبکه بهداشت و درمان شهرستان اسلامشهر قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها جهت گزارش توزیع داده‌های طبقه‌بندی شده از تعداد و درصد و برای گزارش توزیع داده‌های کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. جهت بررسی اثر مداخله بر پیامدهای کمی (با لحاظ مقادیر اولیه شاخص‌ها) از آزمون واریانس برای تکرار مشاهدات استفاده گردید. جهت بررسی تأثیر مداخله بر شاخص‌های طبقه‌بندی شده (سبک زندگی) از آزمون کای‌دو استفاده شد. حد معنادار آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۸۰ فرد ۶۰ ساله و بالاتر شرکت کردند. میانگین سن افراد در گروه مقایسه $(67/56 \pm 5/63)$ و در گروه مداخله $(67/33 \pm 5/47)$ بود. در هر دو گروه بیشتر افراد بی‌سواد بودند $(53/7\%$ گروه مقایسه و $64/1\%$ گروه مداخله). در مورد وضعیت درآمد، بیشترین درصد در هر دو گروه مربوط به درآمد ناکافی $(58/5\%$ گروه مقایسه و $48/7\%$ گروه مداخله) بود.

سازه موانع درک شده $(67-61)$ ، د) ۷ سؤال مربوط به سازه منافع درک شده (سؤالات ۷۴-۶۸)، ه) ۷ سؤال مربوط به سازه خودکارآمدی (سؤالات ۸۱-۷۵). مقیاس و امتیاز هر کدام از این سازه‌ها به این صورت در نظر گرفته شده است: کاملاً موافق (نمره ۵)، موافق (نمره ۴)، بی‌نظر (نمره ۳)، مخالف (نمره ۲)، کاملاً مخالف (نمره ۱). به این ترتیب حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۷ و ۳۵ می‌باشد. کسب نمره بیشتر، نشان‌دهنده قوی‌تر بودن این سازه‌ها در سالمند می‌باشد. (و بخش پایانی پرسشنامه شامل ۳ سؤال مربوط به سازه راهنماهای عمل (سؤالات ۸۴-۸۲) می‌باشد که مقیاس آن به صورت دو گزینه‌ای (بله و خیر) می‌باشد.

جهت سنجش روایی و پایایی ابزار، پرسشنامه توسط ۲۱ سالمند تکمیل گردید. سپس این افراد به دو گروه مداخله (۶ نفر) و مقایسه (۱۵ نفر) تقسیم شده و پس از مداخله آموزشی در گروه مداخله، پس از دو هفته مجدداً پرسشنامه در هر دو گروه مداخله و مقایسه تکمیل گردید و هر نوبت با اطمینان ۹۵٪ تطبیق داده شد و اشکالات آن نیز برطرف گردید. این افراد بعداً از مطالعه اصلی خارج شدند. زمانی پایایی ارزشمند و قابل قبول است که مقدار ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷ باشد (۲۰). ضریب آلفای کرونباخ بخش دوم پرسشنامه که مربوط به سنجش سبک زندگی است برابر با ۰/۷۶ می‌باشد (۲۱).

مقدار ضریب آلفای کرونباخ قسمت سوم پرسشنامه به قرار ذیل تعیین گردید: حساسیت درک شده $(74/6\%)$ ، شدت درک شده $(66/9\%)$ ، موانع درک شده $(65/8\%)$ ، منافع درک شده $(63/9\%)$ ، خودکفایتی $(77/6\%)$.

در مرحله پیش آزمون، تمامی افراد مورد مطالعه، ابزارهای دموگرافیک، سنجش سبک زندگی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده، خودکفایتی و راهنماهایی برای عمل) را تکمیل نمودند. سپس مداخله آموزشی فقط برای گروه مداخله طی یک ماه و در قالب ۶ جلسه آموزشی به منظور ارتقای سبک زندگی سالم به صورت هفتگی و منظم برگزار گردید. مدت زمان هر یک از جلسات حدود ۴۵-۶۰ دقیقه بود. نیازسنجی اولیه از طریق مصاحبه نیمه باز از مشارکت‌کنندگان انجام شد. در شروع هر جلسه، پژوهشگر ابتدا به مدت ۱۰ دقیقه مقدمه‌ای در راستای موضوع موردنظر و با هدف گرم کردن جلسه همچنین مرور مطالب قبل به طور خلاصه بیان می‌نمود. سپس به مدت حدود ۴۰ دقیقه

همچنین میانگین نمرات حیطه روابط اجتماعی و بین فردی ۳ ماه بعد از مداخله در گروه مداخله افزایش یافت. تفاوت ایجاد شده از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/26$). نتایج مقایسه میانگین و انحراف معیار حیطه‌های سبک زندگی قبل و ۳ ماه پس از مداخله در دو گروه مقایسه و مداخله در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

میانگین نمره سبک زندگی، قبل از مداخله در گروه مقایسه ($17/11 \pm 130/43$) و در گروه مداخله ($16/4 \pm 133/31$) بود. این مقدار ۳ ماه بعد از مداخله در گروه مداخله $10/58$ نمره افزایش و به $143/89$ رسید. این تفاوت ایجاد شده از نظر آماری معنی بود ($p=0/02$). مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره سبک زندگی قبل و ۳ ماه پس از مداخله در دو گروه مقایسه و مداخله در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

آزمون کای‌دو نشان داد سطح سبک زندگی ۳ ماه پس از مداخله در گروه مقایسه در $8/6\%$ افراد بدتر، در $9/4\%$ افراد تغییر نکرده بود و در هیچ کدام از آنان بهتر نشده بود. در گروه مداخله سطح سبک زندگی در هیچ کدام از افراد بدتر نشده بود. در $4/3\%$ افراد تغییر نکرده بود و در $11/4\%$ افراد بهتر شده بود. این اختلاف از نظر آماری معنادار و نشان‌دهنده تأثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر بهبود سطح سبک زندگی افراد مورد مطالعه بود ($p=0/03$). مقایسه سطح سبک زندگی قبل و ۳ ماه پس از مداخله در دو گروه مقایسه و مداخله در جدول شماره ۴ آمده است.

در بخش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی مشاهده گردید که میانگین حساسیت درک شده ۳ ماه پس از آموزش در گروه مداخله افزایش یافت. این تفاوت ایجاد شده از نظر آماری معنادار بود ($p<0/001$). همچنین میانگین شدت درک شده به طور معناداری افزایش یافت ($p=0/002$). میانگین موانع درک شده ۳ ماه بعد از مداخله در گروه مداخله کاهش یافت. این اختلاف از لحاظ آماری معنادار بود ($p<0/001$). میانگین منافع درک شده و خودکفایتی درک شده نیز ۳ ماه بعد از مداخله به طور معناداری افزایش یافت ($p<0/001$). میانگین راهنمایی برای عمل ۳ ماه بعد از مداخله در گروه مداخله کاهش معناداری داشت ($p<0/001$). نتایج مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی قبل و ۳ ماه پس از مداخله در دو گروه مقایسه و مداخله در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

همچنین مشخص گردید میانگین نمرات حیطه پیشگیری، قبل از مداخله در گروه مقایسه ($55/57 \pm 7/85$) و در گروه مداخله ($57/77 \pm 5/38$) بود. این مقدار ۳ ماه بعد از مداخله در گروه مداخله $1/97$ نمره افزایش و به $59/74$ رسید. این تفاوت ایجاد شده از نظر آماری معنادار بود ($p=0/003$). میانگین نمرات حیطه ورزش و تغذیه، ۳ ماه بعد از مداخله در گروه مداخله افزایش یافت. این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($p=0/004$). میانگین نمرات حیطه استرس، ۳ ماه بعد از مداخله افزایش یافت. اما این تفاوت ایجاد شده از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/99$).

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی قبل و ۳ ماه پس از مداخله در دو گروه مقایسه و مداخله

متغیر	پیش از مداخله		۳ ماه پس از مداخله			
	گروه مقایسه n=41	گروه مداخله n=39	گروه مقایسه n=35	گروه مقایسه n=41	گروه مداخله n=39	گروه مقایسه n=35
حساسیت درک شده	19/46 (±4/22)	20/4 (±4/29)	19/83 (±3/88)	0/37	25/54 (±3/28)	5/14
شدت درک شده	20/54 (±4/19)	21/77 (±4/47)	20/71 (±3/82)	0/17	25/29 (±3/13)	3/52
موانع درک شده	26/8 (±3/98)	26/23 (±3/73)	26/18 (±4/6)	-0/62	18/43 (±3/23)	-7/8
منافع درک شده	20/57 (±3/57)	21/77 (±4/86)	20/6 (±3/45)	0/03	26/57 (±3/09)	4/8
خودکفایتی درک شده	17/54 (±3/56)	18/49 (±4/76)	18/17 (±3/58)	0/63	24/91 (±3/15)	6/42
راهنمای عمل	5/51 (±0/61)	5/74 (±0/61)	5/49 (±0/61)	-0/02	3/47 (±0/44)	-2/27

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار حیطه‌های سبک زندگی قبل و ۳ ماه پس از مداخله در دو گروه مقایسه و مداخله

p -value (سطح معناداری $p < .05$)		۳ ماه پس از مداخله				پیش از مداخله		متغیر
p -value تأثیر مداخله	p -value تغییرات در طول زمان	مقدار تغییر در گروه مداخله	گروه مداخله $n=35$	مقدار تغییر در گروه مقایسه	گروه مقایسه $n=35$	گروه مداخله $n=39$	گروه مقایسه $n=41$	
.03	.02	+1/97	59/74 (±5/14)	-0/68	54/89 (±7/18)	57/77 (±5/38)	55/57 (±7/85)	پیشگیری
.04	<.001	+0/97	12/57 (±3/9)	+0/08	10/31 (±2/03)	11/6 (±4/36)	10/52 (±3/02)	ورزش
.04	<.001	+4/51	23/91 (±3/97)	-0/17	29/29 (±4/69)	29/4 (±5/62)	29/46 (±4/9)	تغذیه
.99	<.001	+2/08	14/57 (±3/8)	-0/11	13/46 (±4)	12/49 (±4/58)	13/57 (±4/12)	استرس
.26	.65	+1/03	23/09 (±5/03)	-0/77	20/83 (±4/83)	22/06 (±5/31)	21/6 (±5/44)	روابط اجتماعی و بین فردی

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار سبک زندگی قبل و ۳ ماه پس از مداخله در دو گروه مقایسه و مداخله

سطح معناداری		۳ ماه پس از مداخله		پیش از مداخله		سبک زندگی
p -value تأثیر مداخله	p -value تغییرات در طول زمان	گروه مداخله $n=35$	گروه مقایسه $n=35$	گروه مداخله $n=39$	گروه مقایسه $n=41$	
.02	<.001	143/89 (±14/65)	128/77 (±15/81)	133/31 (±16/4)	130/43 (±17/11)	

جدول ۴- مقایسه سطح سبک زندگی در دو گروه مقایسه و مداخله ۳ ماه پس از مداخله

آزمون Chi-Square	گروه مداخله $n=35$	گروه مقایسه $n=35$	سطح سبک زندگی	
.03	0	3(8/6%)	بدتر شده	سطح سبک زندگی
	31(88/6%)	32(91/4%)	تغییر نکرده	
	4(11/4%)	0	بهتر شده	

بحث

سالمندی یک مرحله طبیعی از زندگی یک انسان در ادامه حیات اجتماعی است که با دیگر مراحل زندگی تفاوت فراوان دارد و بر پایه آخرین پژوهش‌های سازمان ملل، میزان مرگ و میر در کشورهای رو به رشد به طور چشمگیری کاهش یافته است و همراه با آن، تعداد افراد سالخورده و میزان متوسط عمر، فزونی گرفته است (۲۲). با این که به کار بردن سبک زندگی سالم باید از دوران جنینی شروع شود، هرگز برای تغییر دادن شیوه زندگی و ایجاد عادات پسندیده که به سلامت و شادابی منجر می‌شوند، دیر نیست (۲۲). چرا که به دلیل قابلیت سبک زندگی در پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقای سطح کیفی زندگی، افزایش امید به زندگی و بهبود سلامت جسم و

روان، بسیار دارای اهمیت است (۲۳). در مطالعه حاضر به دنبال برگزاری جلسات آموزشی و انجام پس آزمون پس از سه ماه، مشاهده گردید که بین میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده، خودکفایتی و راهنمای عمل) قبل و پس از آموزش اختلاف معناداری وجود دارد. این معنادار بودن اختلاف، کاربرد مؤثر مدل اعتقاد بهداشتی را در آموزش این گروه نشان می‌دهد. میانگین نمرات حیطه پیشگیری در گروه مداخله افزایش یافته بود. یعنی سه ماه پس از مداخله آموزشی، رفتارهای پیشگیری‌کننده افراد ارتقاء یافته بود. در مطالعه‌ای که توسط نژاد دادگر و همکاران با عنوان بررسی تأثیر مداخله آموزشی ترکیبی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در اتخاذ

اعتقاد بهداشتی بر سبک زندگی سالمندان تأثیر مثبت داشته و باعث بهبود آن در این گروه گردید. محدودیت‌های این مطالعه عبارت از (۱) پیگیری سالمندان در پس آزمون که این امر با پیگیری تلفنی و دعوت کتبی برای شرکت در پس آزمون مرتفع گردید و با حداقل ریزش انجام گردید. (۲) بی‌سواد بودن تقریباً نیمی از افراد در تکمیل پرسشنامه‌ها بود که با انجام مصاحبه در تکمیل پرسشنامه‌ها رفع شد.

نتیجه‌گیری

از اهداف عمده علم آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، بهبود کیفیت و استانداردهای زندگی افراد با مشارکت آن‌ها در فعالیتهای مرتبط با سلامت به طور مستقیم و غیرمستقیم می‌باشد. این امر با استفاده از استراتژی‌های سلامتی از طریق انتخاب شیوه‌های صحیح زندگی و رفتارهای سلامتی قابل دسترسی می‌باشد.

نتایج این مطالعه و اثبات فرضیه‌های آن نشان داد که در حوزه آموزش سالمندان مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند مؤثر واقع شده و با بهبود سبک زندگی از بار بیماری‌های مختلف این دوران و بار اقتصادی بر افراد، خانواده‌ها و جوامع بکاهد. این امر مستلزم پژوهش‌های بیشتر در این زمینه، بازنگری در آموزش افراد دخیل در حوزه آموزش، پرستاران و سایر کارکنان عرصه‌های بهداشتی و درمانی که به نوعی با سالمندان در ارتباط می‌باشند، همچنین درگیر نمودن خانواده‌ها در آموزش‌های مرتبط با سالمندان می‌باشد تا بتوان گام‌های مثبتی در ارتقاء سلامت افراد، خانواده و به تبع آن جامعه برداشت.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، گزارش بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران است که بدین‌وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به دلیل حمایت مالی، از شبکه بهداشت و درمان شهرستان اسلامشهر به دلیل دادن مجوز انجام این مطالعه، از کارکنان محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان اسلامشهر به دلیل همکاری صمیمانه با این مطالعه و از سالمندان بزرگوار به دلیل شرکت در این مطالعه اعلام می‌دارند.

رفتارهای پیشگیری‌کننده از آلزایمر در سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اردبیل انجام گردید بین میانگین نمره حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع و موانع درک شده، راهنمای عمل و عملکرد در دو گروه مداخله و مقایسه، بعد از مداخله، اختلاف معناداری مشاهده گردید. در گروه مداخله میانگین نمرات آگاهی و اجزای مدل بعد از مداخله آموزشی افزایش معناداری یافت. همچنین میانگین نمره عملکرد نیز در گروه مداخله ۳ ماه بعد از آموزش افزایش معناداری داشت (۲۴). همچنین این مطالعه با نتایج مطالعه رئیسی و همکاران همسو بود. در مطالعه اخیر مشخص گردید که افراد با سطح سواد سلامت بالاتر، وضعیت سلامت عمومی خود را بهتر ارزیابی کردند. همچنین آن‌ها بیش از سایرین نسبت به انجام آزمایش‌های غربالگری مبادرت می‌ورزیدند. به طور کلی این پژوهش سطح سواد سلامت را در سالمندان بسیار ناکافی نشان داد و پیشنهاد کرده که توجه بیشتر به امر سواد سلامت در برنامه‌های ارتقای سلامت انجام گیرد (۲۵). نمرات حیطة ورزش، ۳ ماه بعد از مداخله در گروه مداخله ارتقاء یافت. این امر نشان‌دهنده تأثیر مداخله آموزشی بر افزایش فعالیت بدنی سالمندان بود. در مطالعه‌ای که اسحاقی و همکاران مبتنی بر تأثیر آموزش بر فعالیت بدنی سالمندان انجام دادند مشخص گردید که آموزش باعث افزایش فعالیت بدنی در سالمندان می‌گردد (۲۶). میانگین نمرات حیطة تغذیه پس از آموزش افزایش معناداری داشت که این نتیجه با نتایج مطالعه خزلی و همکاران همسو بود. در مطالعه مذکور مشخص گردید که مداخله آموزشی، بر مصرف میوه در سالمندان، تأثیر مثبت و معناداری داشته است (۲۷). میانگین نمرات حیطة استرس و روابط اجتماعی و بین فردی در دو گروه مداخله و مقایسه قبل و پس از آموزش تفاوت معناداری نداشت. در توجیه این امر می‌توان گفت که در دو حیطة استرس و روابط اجتماعی و بین فردی علاوه بر خود فرد خانواده، دوستان و اقوام و مراقبین سالمندان نیز نقش مهمی دارند و با توجه به این که مدل اعتقاد بهداشتی بیشتر فرد محور می‌باشد، لذا آموزش‌های خانواده محور و جامعه محور با الگوها و مدل‌های مرتبط با آن‌ها و مداخلات آموزشی در زمینه‌های روان‌شناختی را می‌طلبد. به طور کلی میانگین نمرات سبک زندگی و سطح سبک زندگی پس از مداخله ارتقاء یافت. بنابراین می‌توان گفت، آموزش مبتنی بر مدل

منابع

- 1 - Heidari M, Shahbazi S. Effect of self-care training program on quality of life of elders. *Iran Journal of Nursing*. 2012; 25(75): 1-8.
- 2 - Taghdici M, Doshmangir P, Dehdari T, Doshmangir L. Influencing factors on healthy lifestyle from viewpoint of elderly people: qualitative study. *Iranian Journal of Ageing*. 2013; 27(7):47-58.
- 3 - Eshaghi S R, Farajzadegan Z, Babak A. Healthy lifestyle assessment questionnaire in elderly: translation, reliability and validity. *Payesh*. 2010; 9(1): 91-99.
- 4 - Babak A, Davari S, Aghdak P. Assessment of Healthy Lifestyle among Elderly in Isfahan, Iran. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011; 29(149): 1064-1074.
- 5 - World Health Organization(2000). Health promotion glossary.(Translate) Poureslami M, Ayar S, Sarmast H. Iran, Bureau of communication and health education.
- 6 - Habibi A, Nikpoor S, Rezaee M, haqani H. Health promotion behaviours and level of activities of daily living and instrumental activities of daily living among elderly people in west region of tehran. *Salmand*. 2007; 2(5): 331-339.
- 7 - Ghahremani L, Nazari M, Mosavi M, Improvement of Quality of Life in Elderly men in Kahrizak Nursing Home Based on Educational Intervention. *Knowledge & Health*. 2008; 4(2): 18-23.
- 8 - Afkari M, Solhi M, Matin H, Hoseini F, Mansoorian M. The efficiency of educational intervention based on PRECEDE educational method in the promotion of life quality of the aged under the coverage of Tehran Cultural House of Aged People 2009. *Iranian Journal of Ageing*. 2011; 5(18): 37-45.
- 9 - Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, Heidarnia A, Pakpour A. Theories, models and health Education and Promotion approaches. 2st ed. Tehran: Asaresobhan publication; 1391. (Persian)
- 10 - Saffari M, Shojaeizadeh D. Principles and foundations of health promotion and education. 1st ed. Tehran: Samat publication; 2008. (Persian)
- 11 - Davari S, Dolatian M, Maracy M R, Sharifirad Gh, Safavi S M. The Effect of A Health Belief Model (HBM)- based Educational Program on the Nutritional Behavior of Menopausal Women in Isfahan. *Iranian Journal of Medical Education*. 2011; 10(5): 1263-1272.
- 12 - Taheri M, Amani A, Zahiri R, Mohammadi M. The effect of older education on knowledge about healthy lifestyles: a randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2011; 65:A412 doi:10.1136/jech.2011.142976.14.
- 13 - Mohaddesi H, Nanbakhsh F, Amirabi A, Hajshafiha M, Broomand F, Bahadori F, Mohamadlo S. The effect of health education on elderly weomen life quality. *Payavard Salamat*. 2011; 1(5): 47-57.
- 14 - Sharifirad GH, Ghaffari M, Zanjani S, Hassanzadeh A. The Effect of Educational Intervention Based on PRECEDE Model on Level of Stress among the Elderly Referred To Elderly Club of Tehran, Iran, *Health system research*. 2012; 7(5): 553-561.

- 15 - Golyan Tehrani SH, Ghobadzadeh M, Arastou M. Promoting health status of menopausal women by educating self care strategies. *Hayat*. 2007; 13(3): 67-75.
- 16 - Sahyoun N, Charlotte A, Pratt C, Anderson A. Evaluation of nutrition education interventions for older adults: a proposed framework. *Journal of the American Dietetic Association*. 2004; 104: 58-69.
- 17 - Garcia R, suarez R, Diabetes education in the elderly: a 5-year follow-up of an interactive approach. *Patient Education and Counseling*. 1996; 29(1): 87-97.
- 18 - Najimi A, Sharifirad GH, Hasanzadeh A, Azadbakht L. Effect of Nutrition Education on Nutritional Behaviors and Glycemic Control Indices Based on BASNEF Model among Elderly with Type 2 Diabetes. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011; 29(155): 1389-1400.
- 19 - Figar S, Galarza C, Petrlik E, Hornstein L, Rodriguez Loria G, Waisman G, Gonzalez Bernaldo de Quiros F. Effect of education on blood pressure control in elderly persons: A randomized controlled trial. *American journal of hypertension*. 2006; 19(7): 737-743.
- 20 - Osivand S, Pakmehr A, Chraei A, Haghdoost AA, Davoodi F, Rezapoor AM and etal. Principles of questionnaire designing in medical sciences studies. 2nd ed. Medical student s research committee of iran university of medical sciences: Noor-e-Danesh; 2006. P. 111,116,117,135,155,163. (Persian)
- 21 - Eshaghi SR, Farajzadegan Z, Babak A. Healty lifestyle assessment questionnaire in elderly: translation, reliability and validity. *Payesh*. 2010; 9(1): 91-99.
- 22 - Hekmatpoue D, Shamsi M, Zamani M. The effect of healthy lifestyle educational programs on the quality of life of the elderly in Arak. *Arak Medical University Journal (AMUJ)*. 2013; 16(72): 1-11.
- 23 - Eshaghi S, Shahsanai A, Mellat M. Assessment of the Physical Activity of Elderly Population of Isfahan, Iran. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011; 29(147): 939-946.
- 24 - Nejad Dadgar N, Shojaeizadeh D, Tol A, Hossaini S M, Amani F. Assessing the Effect of Blended Educational Program Based on Health Belief Model on Adopting Preventive Behaviors in Alzheimer among Elders under Covering Ardebil Health Care Setting. *Health System Research*. 2014; 10(2): 386-394.
- 25 - Reisi M, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Sharifirad Gh. The Relationship between Health Literacy, Health status and Healthy behaviors among Elderly in Isfahan. *Health Research System*. 2011; 7(4): 1-11.
- 26 - Ishaghi R, Mahmoudian S A, Asgarian R. Effect of Faith-based Education on Physical Activity on the Elderly. *Iranian Journal of Medical Education*. 2011; 10(5): 1281-1288.
- 27 - Khezeli M, Ramzankhani A, Bakhtiary M. Effect of Education on Nutritional Knowledge and Stages of Fruit and Vegetable Consumption in Elders Based on Stages of Change Model. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012; 22(91): 90-100.

Effect of educational intervention on the lifestyle of elderly people referred to clinical centers of Eslamshahr, Iran: application of health belief model

Khavoshi¹ N (B.Sc) - Tol² A (Ph.D) - Shojaeizade³ D (Ph.D) - Shamshiri⁴ A (Ph.D).

Abstract

Introduction: Health-promoting lifestyle helps elderly population to enjoy longer life, without burden of diseases or disabilities. This study was designed and performed to determine the effect of educational intervention on lifestyle of elderly population based on health belief model.

Method: This quasi-experimental study was performed on 80 elderly individual who visited the clinical centers of Eslamshahr, Iran in 2013-2014. In the pre-test stage, randomized sampling was carried out among the elderly who visited the clinical centers of Eslamshahr. The participants were divided into two interventions (39 persons) and control (41 persons) groups using block randomization method. The intervention group participated in educational courses designed based on Health Belief Model. Three months after the end of the intervention stage, post-test was given to both intervention and control groups. Data were entered into SPSS version 19. Then it was analyzed using repeated measures and Chi-square test.

Results: Three months after the intervention, mean perceived susceptibility between both groups was statistically significant. ($P<0.001$). Mean perceived severity was also significantly different ($P=0.002$). Mean of perceived barriers and perceived benefits was significantly different in both groups ($P<0.001$). Similarly, three months after the intervention, self-efficacy components and cues to action were significantly different ($P<0.001$). Prevention ($P=0.03$), exercise, and nutrition ($P=0.03$) showed significant differences. However, no significant differences were noted in stress and interpersonal relations between the two groups ($P<0.005$). Three months after intervention, mean lifestyle scores increased significantly in intervention group ($P=0.03$).

Conclusion: Education based on health belief model may affect healthy lifestyle promotion in the elderly population.

Key words: Elderly, lifestyle, educational intervention, health belief model

Received: 23 July 2014

Accepted: 3 January 2015

1 - MSc. Student, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 - Ph.D, MPH, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 - Corresponding author: Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

e-mail: shojae5@yahoo.com

4 - Assistant Professor, Epidemiologist, Research Center for Caries Prevention, Institute of Dentistry, Community of Oral Health, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran