مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۰، مرداد ۱۴۰۰، ۵۵۳-۵۳۹

تأثیر آموزش شیوه زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان شهرستان رفسنجان: یک مطالعه نیمه‌تجربی

اعظم صباغ زاده[۱]، رضا وزیری‌نژاد[۲]، پروین خلیلی[۳]، علیرضا دوستی[۴]، سکینه سبزواری[۵]

دریافت مقاله: ۹۹/۰۴/۰۲ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۹/۰۴/۱۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۰/۰۲/۲۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: آموزش همواره به‌عنوان یکی از روش‌های افزایش مهارت افراد در زندگی است. کیفیت زندگی نیز از مسائل بسیار مهم در زندگی افراد به خصوص سالمندان می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش شیوه زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان شهرستان رفسنجان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به‌صورت نیمه‌تجربی بر روی سالمندان شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۸ انجام شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای، ۸۴ نفر از سالمندان انتخاب و به‌روش تخصیص تصادفی به‌طور مساوی به گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. در افراد گروه مداخله یک دوره جلسه آموزشی ۴ جلسه‌ای به‌منظور افزایش کیفیت زندگی انجام شد و در گروه کنترل اقدام خاصی انجام نشد. با استفاده از پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه استاندارد ۳۶ سؤالی کیفیت زندگی افراد در دو مرحله قبل و پس از مداخله مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری t زوجی، t مستقل، مجذور کای و آنالیز کواریانس یک متغیره مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سنی افراد در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۳/۰۵±۶۴/۲۶ و ۲/۸۲±۶۳/۶۴ سال بود (p=۰/۳۳۸). افراد گروه مداخله و کنترل، قبل از مداخله از نظر متغیرهای مورد بررسی اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند (p>۰/۰۵) ولی پس از مداخله، از لحاظ نمره کیفیت زندگی کلی دارای اختلاف معنی‌داری بودند، به‌طوری‌که مداخله آموزشی منجر به بهبود کیفیت زندگی در افراد سالمند گردید (p=۰/۰۳۷).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی سالمندان شود. بنابراین ضروری به‌نظر می‌رسد آموزش سالمندان در اولویت برنامه‌های مسئولین قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، شیوه زندگی، مداخله، آموزش، سالمندان

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش جامعه‌نگر در نظام سلامت، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۲- استاد گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۳- دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۴- پزشک عمومی، معاونت بهداشتی، مرکز تحقیقات در سیستم‌های بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۵- (نویسنده مسئول) دانشیار گروه آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
تلفن: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۲۱۹، دورنگار: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۲۱۸، پست الکترونیکی: s_sabzevari@kmu.ac.ir

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.5.1.9]
[DOI: 10.52547/jrums.20.5.539]

مقدمه

یکی از مهم‌ترین چالش‌های جهان امروز، افزایش جمعیت سالمندان است [۱]. برآورد می‌شود که روند صعودی افزایش جمعیت سالمندان ادامه داشته و تا سال ۲۰۵۰ بیش از دو برابر افزایش یافته و از ۹۶۲ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ به ۱/۲ میلیارد نفر برسد [۲]. طبق نتایج برخی تحقیقات در ایران تا سال ۲۰۵۰ افراد با سن ۶۰ سال و بالاتر ۳۱ درصد جمعیت (تقریباً ۲۹ میلیون)، افراد ۶۵ سال و بالاتر ۲۲ درصد (تقریباً ۲۰ میلیون نفر) و ۸۰ سال و بالاتر ۳/۸ درصد (۳/۵ میلیون نفر) را به خود اختصاص خواهند داد [۳].

یکی از مسائل عمده جمعیتی، پیامدهای ناشی از سالمندی است [۴]. با بروز دوران سالمندی، استقلال فردی افراد در انجام امور روزانه از بین می‌رود که به طور مستقیم بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد [۵]. افراد سالمند با مجموعه‌ای از مشکلات مرتبط با افزایش سن روبه‌رو می‌باشند که با اصلاح سبک زندگی قابل پیش‌گیری می‌باشند [۷-۶].

کیفیت زندگی مفهومی وسیع‌تر از سلامتی است [۸]. در واقع کیفیت زندگی وابسته به سلامتی یک مفهوم چند بعدی است، بنابراین علاوه بر بعد جسمانی، ابعاد روانی و اجتماعی نیز بسیار مهم هستند [۹]. در واقع پیامدهای کیفیت زندگی را می‌توان در دو بعد ذهنی و عینی در نظر گرفت [۱۰]. یافته‌های برخی از مطالعات نشان می‌دهد که مشکلات اقتصادی-اجتماعی و تغییرات متعددی که به طور فیزیولوژیک در سنین بالا رخ می‌دهد در کاهش کیفیت زندگی سالمندان تأثیر دارد [۱۱].

یکی از عواملی که ارتباط تنگاتنگی با کیفیت زندگی در دوران سالمندی دارد سبک زندگی می‌باشد [۱۲]. در همین راستا آموزش بهداشت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و می تواند بسیاری از مشکلات ناشی از تغییرات سالمندی را کنترل یا به تعویق اندازد [۱۳]. اصلاح الگوی زندگی و شیوه زندگی سالم و توجه به کیفیت آن تا حد بسیار زیادی می‌تواند باعث افزایش کارآیی و استقلال سالمندان گردد و آن‌ها را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان‌های مختلف آن کمک نماید [۱۴]. در این خصوص سبک زندگی سالم و آموزش در این زمینه می‌تواند باعث حفظ و ارتقاء سطح سلامت و رفاه و کیفیت زندگی فرد گردد [۱۶-۱۵].

با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت دوران سالمندی در جوامع صنعتی امروزی، ضرورت و اهمیت برنامه‌ریزی و ارائه آموزش‌های لازم در رابطه با ارتقاء کیفیت زندگی به این قشر از جامعه از جمله نکات مهم و ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا آموزش بهداشت و شیوه زندگی سالم به سالمندان می‌تواند بسیاری از مشکلات ناشی از سالمندی را کنترل کرده و یا به تعویق بیاندازد [۶]. بنابراین، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش شیوه زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان شهرستان رفسنجان طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به صورت نیمه تجربی بر روی سالمندان شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۸ انجام شد. براساس نتایج مطالعه Khalili و همکاران [۱۷] با در نظر گرفتن انحراف معیار ۷/۷ برای اختلاف میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه، مقدار اندازه اثر ۵، مقدار آلفای ۰/۰۵ و قدرت ۸۰ درصد و با در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش، ۸۴ نفر از افراد واجد شرایط مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انتخاب شدند. با

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.5.1.9]
[DOI: 10.52547/jrums.20.5.539]

استفاده از روش تخصیص تصادفی نمونه‌های انتخابی به صورت مساوی به گروه مداخله (۴۲ نفر) و گروه کنترل (۴۲ نفر) تقسیم شدند.

$$n = \frac{2\sigma_d^2 (Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

افراد با استفاده از نمونه‌گیری چند مرحله‌ای (نمونه‌گیری طبقه‌ای، خوشه‌ای و تصادفی سیستماتیک) انتخاب شدند. نمونه‌گیری طبقه‌ای در داخل شهرستان و بر حسب محل سکونت سالمندان (شهر یا روستا) و به شیوه متناسب با اندازه (Proportional to size) با نسبت جنسی برابر انجام شد. بدین معنی که تعداد نمونه سالمندان زن و مرد در شهر و روستا متناسب با تعداد سالمندان شهری و روستایی بود. نحوه رسیدن به نمونه مورد نظر و انتخاب آن‌ها، با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای در سطح مراکز بهداشتی بود. جهت انتخاب خوشه مورد نظر (مرکز بهداشتی) از اطلاعات مربوط به مراکز موجود در معاونت بهداشتی استفاده شد و مرکز مورد نظر به صورت هدفمند در طبقه مربوطه انتخاب شد. جهت انتخاب سالمندان در هر مرکز نیز از روش تصادفی سیتماتیک استفاده شد. با توجه به جمعیت تحت پوشش ۶۰ تا ۶۹ ساله در مراکز بهداشتی، ۵۲ نفر از مرکز شهری و ۳۲ نفر از مرکز روستایی جهت ورود به مطالعه گزینش شدند. با استفاده از روش تصادفی سیتماتیک هر ۲۰ نفر یک نفر از مرکز شهری و هر ۵۰ نفر یک نفر از مرکز روستایی انتخاب گردید. به منظور وارد کردن افراد به دو گروه مداخله و کنترل از روش تخصیص تصادفی سیتماتیک استفاده شد به این صورت که نفر اول وارد گروه مداخله و نفر ۲۰ وارد گروه کنترل شد و همین توالی ادامه دارد و برای مرکز روستایی، نفر اول وارد گروه مداخله و نفر ۵۰ وارد گروه کنترل شد و همین توالی ادامه دارد؛ به همین ترتیب افراد گروه مداخله و کنترل انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۶۰ الی ۶۹ سال، رضایت آگاهانه به شرکت در پژوهش، داشتن وضعیت روحی و جسمی مناسب (توانایی پاسخ‌گویی مناسب به محقق را داشته باشد) بود. افرادی که سابقه شرکت در جلسات آموزشی افزایش کیفیت زندگی را داشتند از مطالعه خارج شدند. این طرح در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان مورد بررسی و تأیید قرار گرفت (IR.KMU.REC.1398.265).

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی Short-form 36) (questionnaire (SF-36 بود [۱۸]. پرسش‌نامه دموگرافیک شامل اطلاعاتی در خصوص سن، جنسیت، میزان تحصیلات، مصرف دخانیات، شغل، میزان درآمد (که بر اساس خودگزارشی و نظر شخصی فرد، به سه گروه خوب، متوسط و بد تقسیم شد) و سابقه بیماری زمینه‌ای (فشارخون، دیابت و سرطان و غیره) فرد بود پرسش‌نامه کیفیت زندگی شامل ۳۶ سؤال در رابطه با کیفیت زندگی بود. این پرسشنامه متشکل از هشت بخش است که شامل این ابعاد می باشد، عملکرد جسمی: که توانایی انجام فعالیت‌های زندگی را در بر می‌گیرد (۱۰ آیتم)، درد جسمی: که میزان درد طی ۴ هفته گذشته و تداخل آن با فعالیت‌های روزانه را ارزیابی می‌کند (۲ آیتم)، عملکرد اجتماعی: که میزان تأثیر مشکلات جسمی و روانی را در انجام فعالیت‌های اجتماعی و ارتباط با خانواده، دوستان و سایر افراد جامعه مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۲ آیتم)، سلامت روان: که احساس افسردگی و اضطراب را می‌سنجد (۵ آیتم)، سلامت عمومی: سلامت عمومی را براساس ادراک فرد ارزیابی می‌کند (۵ آیتم)، نشاط: که

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.5.1.9]
[DOI: 10.52547/jrums.20.5.539]

محتوای آن در خصوص احساس چالاکی، انرژی و خستگی است (۴ آیتم)، مشکلات جسمی: که نقش محدودیت‌هایی که به سبب مشکلات جسمانی ایجاد می‌شود را ارزیابی می‌کند (۴ آیتم) و مشکلات روحی: مشکلات روحی افراد را ارزیابی‌کند (۳ آیتم) بوده و یک سؤال (سؤال دو) در هیچ بعدی مد نظر قرار نمی‌گیرد. شیوه نمردهی به این صورت است که سؤالات ۳ گزینه‌ای با نمره‌های ۰، ۵۰ و ۱۰۰، سؤالات ۵ گزینه‌ای با نمره‌های ۰، ۲۵، ۵۰، ۷۵ و ۱۰۰ و سؤالات ۶ گزینه‌ای با نمره‌های ۰، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰ و ۱۰۰ در نظر گرفته شده است. در نهایت امتیاز فرد در هر بخش محاسبه شد. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه Montazeri و همکاران [۱۹] با روش ترجمه مجدد به فارسی برگردانده شده و ضریب پایایی گزارش شده برای خرده مقیاس‌ها از ۷۷ درصد تا ۹۰ درصد می باشد، به غیر از خرده مقیاس نشاط که ۶۵ درصد گزارش شده است. هم‌چنین پایایی این پرسش‌نامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

مداخله آموزشی شیوه زندگی سالم طبق راهنمای بهبود شیوه زندگی در دوره سالمندی [۲۰] طی چهار جلسه برای گروه مداخله اجرا شده است. جهت اجرای برنامه آموزشی و شرکت سالمندان گروه مداخله در جلسات آموزشی به وسیله تماس تلفنی با تک تک آن‌ها و ذکر ساعت و مدت حضور در کلاس هماهنگی لازم با آن‌ها به عمل آمد. برای گروه مداخله، از طریق ۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان رفسنجان به روش سخنرانی و ارائه پاورپوینت، بحث گروهی، ارائه عکس و نمایش فیلم و پرسش و پاسخ آموزش داده شد. سپس سه ماه بعد از اتمام مداخلات آموزشی مجدداً پرسش‌نامه‌ها برای ارزیابی تأثیر آموزش در اختیار نمونه‌های پژوهش قرار گرفت و اطلاعات مربوطه جمع‌آوری شد.

آموزش تغذیه توسط کارشناس ارشد تغذیه، آموزش بهداشت روان و ورزش‌های دوران سالمندی توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی و پیش‌گیری از پوکی استخوان توسط پزشک عمومی ارائه گردید و اطلاعات مربوط به شرکت کنندگان توسط محقق قبل و پس از مداخله جمع‌آوری شد. برای گروه کنترل اقدامات روتین انجام گردید. توضیحات مربوط به طرح درس در انتهای این بخش در جدول شماره یک آمده است.

داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ شد. برای بررسی تفاوت بین دوگروه از لحاظ متغیرهای دموگرافیک و نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله، از آزمون مجذور کای برای متغیرهای طبقه بندی شده و از آزمون t مستقل در صورت برقراری پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها و در صورت برقرار نبودن پیش فرض نرمال بودن، از معادل ناپارامتریک آن (Mann-Whitney U) برای متغیرهای کمی استفاده شد. برای مقایسه نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در هر گروه از آزمون t زوجی در صورت برقراری پیش فرض نرمال بودن (برخورداری اختلاف میانگین نمره قبل و بعد در هر گروه از توزیع نرمال) و در صورت برقرار نبودن نرمال بودن، از معادل ناپارامتریک آن (آزمون Wilcoxon) استفاده شد. در نهایت، برای مقایسه نمره کلی کیفیت زندگی در دو گروه با در نظر گرفتن اثر مخدوش کنندگی نمره میانگین کیفیت زندگی قبل از مداخله، آنالیز کوواریانس یک متغیره مورد استفاده قرار گرفتند. نرمال بودن توزیع فراوانی داده‌ها با استفاده از شاخص‌های چولگی و کشیدگی و هم‌چنین نمودار هیستوگرام ارزیابی شد. در صورتی که ضریب چولگی مقداری بین ۱- و ۱+ و شاخص برآمدگی بین ۱/۹۶- و ۱/۹۶+ بود، متغیر کمی مورد نظر دارای

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.5.1.9]
[DOI: 10.52547/jrums.20.5.539]

توزیع نرمال در نظر گرفته می‌شد. برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون Levene استفاده گردید. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱- طرح درس محتوای آموزشی ارائه شده به سالمندان

نام جلسه	هدف کلی	موضوعات آموزشی	روش آموزشی	رسانه آموزشی/ وسیله کمک آموزشی
اول	**افزایش دانش سالمندان شرکت کننده در جلسات آموزشی در زمینه تغذیه دوران سالمندی**	در پایان دوره آموزشی انتظار می رود شرکت کننده محترم : ۱. اهمیت تغذیه دوران سالمندی را شرح دهد. ۲. اهمیت رعایت رژیم غذایی دوران سالمندی را توضیح دهد. ۳. محدودیت‌های غذایی دوران سالمندی را شرح دهد. ۴. رژیم غذایی مناسب را تبیین کند. ۵. مواد غذایی ممنوع را فهرست کند. ۶. موادغذایی مجاز و ضروری را لیست کند. ۷. راه‌های پیشگیری از یبوست را با رعایت رژیم غذایی توضیح دهد. ۸. مشکلات تغذیه‌ای که نیاز به پزشک دارد را فهرست کند.	سخنرانی و پرسش و پاسخ	وایت برد، عکس و اسلاید، استفاده از پمفلت آموزشی
دوم	**افزایش دانش سالمندان شرکت کننده در جلسات آموزشی در زمینه بهداشت خواب**	در پایان دوره آموزشی انتظار می رود شرکت کننده محترم : ۱. اهمیت خواب خوب را در سلامتی جسمی و روانی شرح دهد. ۲. انواع اختلالات خواب را تبیین کند. ۳. عوامل تأثیر گذار در اختلال خواب را شرح دهد. ۴. راه‌های پیشگیری از اختلال خواب را توضیح دهد. ۵. عادات درست و نادرست خواب را فهرست کند. ۶. از بین داروهای مصرفی، موارد تأثیرگذار بر خواب را نام ببرد. ۷. از روش‌های آرام سازی برای داشتن خواب خوب استفاده کند. ۸. مواردی ازاختلالات خواب را که باید به پزشک گزارش کند، ۹. توضیح دهد.	سخنرانی، پرسش‌و پاسخ	وایت برد، استفاده از اسلاید و پاور پوینت، فیلم آموزشی
سوم	**آشنایی با مفهوم استرس به زبان ساده و راه‌های کنترل استرس**	در پایان دوره آموزشی انتظار می‌رود شرکت کننده محترم : ۱. استرس را به زبان ساده تعریف کند. ۲. علل ایجاد کننده استرس را در زندگی فردی تشخیص دهد. ۳. با روش‌های مقابله با استرس آشنا شود. ۴. روش‌های آرامسازی را به زبان ساده و خلاصه توضیح دهد. ۵. از روش‌های ارامسازی برای احساس راحتی بیش‌تر استفاده کند.	سخنرانی، پرسش و پاسخ	وایت برد، عکس و اسلاید، فیلم و پمفلت
چهارم	**آشنایی با ورزش‌های دوران سالمندی و پیشگیری از پوکی استخوان**	در پایان دوره آموزشی انتظار می‌رود شرکت کننده محترم : ۱. علل ایجاد کننده پوکی استخوان را توضیح دهد. ۲. علائم پوکی استخوان را تبیین کند. ۳. روش‌های تشخیص پوکی استخوان را نام ببرد. ۴. راه‌های پیشگیری از پوکی استخوان را فهرست کند. ۵. دلایل شکستگی های استخوانی در سالمندان را تبیین کند. ۶. روش‌های خود مراقبتی در پیشگیری از شکستگی ناشی از پوکی استخوان را تشریح کند.	سخنرانی، پرسش و پاسخ	وایت برد، اسلاید

نتایج

در این مطالعه ۸۴ نفر از سالمندان واجد شرایط مورد بررسی قرار گرفتند. از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از لحاظ شغل، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلات و

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.5.1.9]
[DOI: 10.52547/jrums.20.5.539]

وضعیت اقتصادی اجتماعی مشاهده نشد (p>۰/۰۵). میانگین و انحراف معیار سنی افراد در گروه مداخله ۳/۰۵±۶۴/۲۶ سال و در گروه کنترل ۲/۸۲±۶۳/۶۴ سال بود که با توجه به نتیجه آزمون t اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند (p=۰/۳۳۸). بیش‌تر افراد مورد بررسی در دو گروه خانه‌دار و متأهل بودند و هم‌چنین بیش‌تر افراد دارای تحصیلات ابتدایی بودند. مصرف سیگار در دو گروه پایین بود به طوری که ۳۵ نفر (۸۳/۳ درصد) در گروه مداخله و ۳۲ نفر (۷۶/۲ درصد) در گروه کنترل سابقه مصرف سیگار نداشتند (p=۰/۴۱۵). از نظر سابقه بیماری نیز در گروه مداخله ۳۱ نفر (۷۳/۸ درصد) و در گروه کنترل ۲۹ نفر (۶۹ درصد) سابقه بیماری داشتند که از نظر این متغیر اختلاف بین دو گروه معنی‌دار نبود (p=۰/۶۲۹) (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در سالمندان تحت بررسی شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۸

متغیرها		گروه مداخله (درصد) تعداد	گروه کنترل (درصد) تعداد	مقدار p
شغل	آزاد	۱۱ (۲۶/۲)	۱۱ (۲۶/۲)	۰/۹۹۹
	کارگر	۰	۱ (۲/۴)	
	بازنشسته	۱۱ (۲۶/۲)	۱۰ (۲۳/۸)	
	خانه‌دار	۲۰ (۴۷/۶)	۲۰ (۴۷/۶)	
وضعیت تأهل	متأهل	۳۸ (۹۰/۵)	۳۶ (۸۵/۷)	۰/۷۳۸
	مطلقه و بیوه	۴ (۹/۵)	۶ (۱۴/۳)	
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۹ (۲۱/۴)	۱۴ (۳۳/۳)	۰/۶۳۲
	ابتدایی	۲۵ (۵۹/۵)	۲۱ (۵۰)	
	دیپلم	۶ (۱۴/۳)	۴ (۹/۵)	
	فوق دیپلم	۲ (۴/۸)	۳ (۷/۲)	
وضعیت اقتصادی-اجتماعی	خوب	۵ (۱۱/۹)	۴ (۹/۵)	۰/۴۵۸
	متوسط	۲۹ (۶۹/۱)	۲۵ (۵۹/۵)	
	ضعیف	۸ (۱۹)	۱۳ (۳۱)	
وضعیت مصرف سیگار	بله	۷ (۱۶/۷)	۱۰ (۲۳/۸)	۰/۴۱۵
	خیر	۳۵ (۸۳/۳)	۳۲ (۷۶/۲)	
ابتلاء به بیماری زمینه ای	بله	۳۱ (۷۳/۸)	۲۹ (۶۹/۰)	۰/۶۲۹
	خیر	۱۱ (۲۶/۲)	۱۳ (۳۱/۰)	

آزمون مجذور کای، p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

نتایج بررسی تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی قبل از مداخله نشان داد که افراد گروه مداخله و کنترل از نظر سلامت جسمی، روان‌شناختی و کیفیت زندگی کلی و هم‌چنین از لحاظ ابعاد کیفیت زندگی قبل از مداخله اختلاف آماری

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.5.1.9]
[DOI: 10.52547/jrums.20.5.539]

معنی‌داری نداشتند (p>۰/۰۵) که نشان دهنده مشابه بودن دو گروه تحت بررسی از نظر این متغیرها است، اما پس از مداخله از لحاظ سلامت روان‌شناختی و کیفیت زندگی کلی دارای اختلاف آماری معنی‌داری بودند (p<۰/۰۵) (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در دو گروه قبل و بعد از مداخله در سالمندان تحت بررسی شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۸

نام متغیر	گروه	قبل از مداخله		سه ماه بعد از مداخله		مقدار p آزمون t زوجی*
		انحراف معیار± میانگین	میانه(چارک اول -چارک سوم)	انحراف معیار± میانگین	میانه(چارک اول -چارک سوم)	
سلامت جسمی	مداخله (۴۲ نفر)	۸۴/۱۶± ۲۵۷/۷۴	۲۵۵/۰۰(۱۸۶/۸۸ -۳۳۰/۰۰)	۸۶/۳۷±۲۹۰/۲۴	۳۲۱/۲۵ (۳۵۶/۲۵--۲۴۳/۷۵)	۰/۰۲۳
	کنترل (۴۲ نفر)	۱۰۱/۲۰± ۲۳۹/۱۷	۲۴۵/۰۰ (۱۵۰/۰۰ -۳۲۸/۷۵)	۱۰۶/۶۸±۲۵۴/۵۵	۲۷۷/۵۰ (۱۶۱/۸۸ -۳۴۶/۲۵)	۰/۳۰۰
مقدار p آزمون t مستقل**		۰/۳۶۳		۰/۰۹۶		
سلامت روان- شناختی	مداخله (۴۲ نفر)	۲۸۰/۳۶±۹۰/۶۷	۲۹۰/۵۸ (۲۱۰/۵۰ – ۳۶۱/۵۰)	۳۲۹/۷۵±۶۹/۱۰	۳۴۹/۸۳ (۳۰۴/۵۰ -۳۷۹/۷۵)	۰/۰۰۱
	کنترل (۴۲ نفر)	۲۷۸/۱۴±۹۱/۶۷	۲۷۹/۵۰ (۲۱۷/۷۵ -۳۵۸/۷۵)	۲۹۳/۶۳±۸۳/۳۶	۳۱۹/۰۰ (۲۲۴/۳۳ -۳۶۳/۲۵)	۰/۲۹۷
مقدار p آزمون t مستقل**		۰/۹۱۲		۰/۰۳۵		
کیفیت زندگی	مداخله (۴۲ نفر)	۲۶۹/۰۴±۷۹/۱۹	۲۶۷/۲۵ (۱۹۷/۵۴ -۳۳۷/۱۹)	۳۰۹/۹۹±۷۱/۷۳	۳۲۶/۶۳ (۲۵۷/۹۸ -۳۶۵/۷۵)	۰/۰۰۲
	کنترل (۴۲ نفر)	۲۵۸/۶۵±۸۷/۴۱	۲۵۳/۵۰(۱۸۲/۴۴ -۳۳۴/۷۵)	۲۷۴/۰۹±۸۷/۲۴	۲۹۲/۱۳ (۲۱۷/۳۳ -۳۴۹/۲۵)	۰/۱۵۵
مقدار p آزمون t مستقل		۰/۵۷۰		۰/۰۴۳		

آزمون t زوجی (برای سلامت جسمی و کیفیت زندگی) و آزمون Wilcoxon (برای سلامت روانشناختی)، p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار
****آزمون t مستقل (برای سلامت جسمی و کیفیت زندگی بعد از مداخله و کلیه ابعاد قبل از مداخله) و آزمون Mann-withney U (برای سلامت روانشناختی) ، p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار***

بررسی ابعاد کیفیت زندگی در گروه مداخله و کنترل نیز انجام شد. نتایج آزمون t مستقل نشان داد که از بین ابعاد مربوط به کیفیت زندگی، نمره مربوط به درد، انرژی/خستگی و بهزیستی هیجانی بعد از مداخله در بین دو گروه دارای اختلاف آمای معنی‌دار هستند (p<۰/۰۵). هم‌چنین میانگین نمرات مربوط به ابعاد کیفیت زندگی درون گروهی نیز با استفاده از آزمون t زوجی مقایسه شد و نتایج نشان داد که میانگین نمرات مربوط به کلیه ابعاد به جزء سلامت عمومی در گروه مداخله به طور معنی داری نسبت به قبل از آن افزایش یافته است (p<۰/۰۵) در حالی‌که این افزایش در گروه کنترل مشاهد نشد(p>۰/۰۵) (جدول ۴).

جدول٤- مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی در گروه مداخله و کنترل در سالمندان تحت بررسی شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۸

نام متغیر	گروه	قبل از مداخله		سه ماه بعد از مداخله		مقدار پی تی زوجی*
		انحراف معیار± میانگین	میانه(چارک اول -چارک سوم)	انحراف معیار± میانگین	میانه(چارک اول -چارک سوم)	
	مداخله (۴۲ نفر)	۶۷/۲۳±۶۲/۷۲	۷۵/۰۰ (۵۰/۰۰ -۸۵/۰۰)	۷۲/۲۷±۵۰/۶۱	۸۰/۰۰(۵۷/۵۰ -۹۱/۲۵)	۰/۰۳۲

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.5.1.9]
[DOI: 10.52547/jrums.20.5.539]

کارکرد جسمی	کنترل (۴۲ نفر)	۵۷/۲۸±۵۰/۵۰	۵۰/۰۰ (۳۳/۷۵ -۸۱/۲۵)	۶۲/۲۹±۳۸/۸۸	۶۵/۰۰ (۳۸/۷۵ -۸۶/۲۵)	۰/۱۲۸
مقدار P آزمون t مستقل**		۰/۰۸۱		۰/۱۱۱		
اختلال نقش به‌خاطر	مداخله (۴۲ نفر)	۶۰/۳۹±۱۲/۰۷	۶۲/۵۰ (۲۵/۰۰ -۱۰۰/۰۰)	۳۹±۷۵/۸۲	۱۰۰/۰۰ (۶۸/۷۵ -۱۰۰/۰۰)	۰/۰۴۲
سلامت جسمی	کنترل (۴۲ نفر)	۶۳/۴۳±۱۰/۵۶	۸۷/۵۰ (۰۰/۰۰ -۱۰۰/۰۰)	۶۴/۴۳±۸۸/۵۰	۱۰۰/۰۰ (۱۸/۷۵ -۱۰۰/۰۰)	۰/۷۸۵
مقدار P آزمون t مستقل		۰/۷۴۳		۰/۲۶۹		
درد	مداخله (۴۲ نفر)	۶۷/۲۹±۶۲/۸۶	۷۰/۰۰ (۴۴/۳۸ -۱۰۰/۰۰)	۸۰/۲۸±۶۰/۱۰	۱۰۰/۰۰ (۵۸/۷۵ -۱۰۰/۰۰)	۰/۰۴۲
	کنترل (۴۲ نفر)	۶۳/۲۹±۳۳/۲۳	۶۱/۲۵ (۳۵/۰۰ -۱۰۰/۰۰)	۶۸/۳۰±۴۵/۶۹	۷۰/۰۰ (۴۵/۰۰ -۱۰۰/۰۰)	۰/۱۷۰
مقدار P آزمون t مستقل		۰/۵۰۸		۰/۰۴۵		
سلامت عمومی	مداخله (۴۲ نفر)	۶۲/۲۲±۳۸/۳۹	۶۷/۵۰(۵۰/۰۰ -۷۶/۲۵)	۶۲/۱۸±۱۴/۵۲	۶۰/۰۰ (۵۰/۰۰ -۸۰/۰۰)	۰/۹۴۷
	کنترل (۴۲ نفر)	۵۵/۲۱±۲۴/۲۱	۵۲/۵۰ (۳۸/۷۵ -۷۰/۰۰)	۵۸/۲۰±۸۴/۰۳	۶۵/۰۰(۴۵/۰۰ -۷۵/۰۰)	۰/۲۲۷
مقدار P آزمون t مستقل		۰/۱۳۷		۰/۴۳۵		
اختلال بخاطر سلامت هیجانی	مداخله (۴۲ نفر)	۵۹/۴۳±۵۲/۲۶	۶۶/۶۷ (۰۰/۰۰ -۱۰۰/۰۰)	۸۱/۳۲±۷۵/۲۶	۱۰۰/۰۰ (۶۶/۶۷ -۱۰۰/۰۰)	۰/۰۰۴
	کنترل (۴۲ نفر)	۷۱/۴۰±۴۳/۰۳	۱۰۰/۰۰ (۳۳/۳۳ -۱۰۰/۰۰)	۷۶/۳۷±۱۹/۷۴	۱۰۰/۰۰ (۵۸/۳۳ -۱۰۰/۰۰)	۰/۳۵۹
مقدار P آزمون t مستقل		۰/۱۹۴		۰/۵۴۷		
انرژی/خستگی	مداخله (۴۲ نفر)	۶۷/۲۰±۲۶/۴۶	۶۵/۰۰ (۵۰/۰۰ -۸۵/۰۰)	۷۸/۱۹±۴۵/۶۸	۸۲/۵۰ (۷۰/۰۰ -۹۰/۰۰)	۰/۰۰۳
	کنترل (۴۲ نفر)	۶۱/۲۴±۵۵/۵۱	۶۵/۰۰ (۴۵/۰۰ -۸۰/۰۰)	۶۵/۲۰±۸۳/۷۴	۷۰/۰۰ (۴۸/۷۵ -۸۱/۲۵)	۰/۱۴۴
مقدار P آزمون t مستقل		۰/۲۴۹		۰/۰۰۲		
بهزیستی هیجانی	مداخله (۴۲ نفر)	۷۳/۱۶±۸۱/۲۵	۷۴/۰۰ (۶۰/۰۰ -۸۸/۰۰)	۸۰/۱۷±۸۶/۴۸	۸۸/۰۰ (۷۱/۰۰ -۹۲/۰۰)	۰/۰۲۵
	کنترل (۴۲ نفر)	۶۸/۲۳±۳۸/۳۴	۷۲/۰۰ (۵۶/۰۰ -۸۸/۰۰)	۷۰/۱۹±۹۵/۳۰	۷۶/۰۰ (۵۶/۰۰ -۸۵/۰۰)	۰/۶۲۶
مقدار P آزمون t مستقل		۰/۲۲۰		۰/۰۰۵		
کارکرد اجتماعی	مداخله (۴۲ نفر)	۷۹/۲۵±۷۶/۴۴	۹۳/۷۵ (۵۹/۳۸ -۱۰۰/۰۰)	۸۸/۱۸±۶۹/۸۹	۱۰۰/۰۰ (۷۵/۰۰ -۱۰۰/۰۰)	۰/۰۳۸
	کنترل (۴۲ نفر)	۷۶/۲۵±۷۸/۸۳	۸۱/۲۵ (۵۹/۳۸ -۱۰۰/۰۰)	۸۰/۲۳±۶۵/۶۲	۱۰۰/۰۰ (۵۹/۳۸ -۱۰۰/۰۰)	۰/۳۴۵
مقدار P آزمون t مستقل		۰/۵۹۶		۰/۱۱۵		

***آزمون t زوجی (برای سلامت عمومی) یا آزمون Wilcoxon (برای سایر ابعاد) ، p<۰/۰۵اختلاف معنی‌دار**

****آزمون t مستقل (برای قبل از مداخله در کلیه ابعاد و سلامت عمومی بعد از مداخله) یا آزمون Mann-withney U (برای سایر ابعاد بعد از مداخله)، p<۰/۰۵اختلاف معنی‌دار**

به منظور مقایسه میانگین نمره کلی کیفیت زندگی پس از مداخله، بعد از کنترل اثر پیش از مداخله، از روش تحلیل کوواریانس یک متغیره، بعد از بررسی پیش فرض‌های این آزمون استفاده شد. نرمال بودن توزیع فراوانی نمره کلی کیفیت زندگی بعد از مداخله با استفاده از شاخص‌های چولگی و کشیدگی و هم‌چنین نمودار هیستوگرام برای هر گروه ارزیابی شد. برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس (همگونی واریانسها در دو گروه مداخله و کنترل) نیز از آزمون Levene استفاده گردید (p=۰/۵۷۸). سایر پیش فرض های مربوطه از قبیل برقراری رابطه خطی بین نمره قبل از مداخله با متغیر وابسته

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.5.1.9]

[DOI: 10.52547/jrums.20.5.539]

(نمره بعد از مداخله) در هر دو گروه و عدم وجود داده پرت برقرار بود

همان‌گونه که درجدول ۵ نشان داده شده است بعد از کنترل اثر پیش از مداخله، نتایج آنالیز کوواریانس نشان داد که انجام مداخلات مربوط به افزایش کیفیت زندگی باعث بهبود کیفیت زندگی در افراد سالمند می‌شود. همچنین شاخص مجذور اتا نشان می دهد که مداخلات آموزشی تأثیر تقریباً متوسطی بر روی نمره کیفیت زندگی سالمندان دارد.

جدول ۵- نتایج آنالیز کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمره کلی کیفیت زندگی بعد از مداخله در دو گروه از سالمندان تحت بررسی در شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۸

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مجذور اتا
نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله	۱۸۳۲۶۴/۱۸	۱	۱۸۳۲۶۴/۱۸	۴۳/۷۰	< ۰/۰۰۱	۰/۳۵۰
گروه	۱۸۸۳۶/۶۹	۱	۱۸۸۳۶/۶۹	۴/۴۹	۰/۰۳۷	۰/۰۵۳
خطا	۳۳۹۶۸۶/۷۹	۸۱	۴۱۹۳/۶۶	-	-	-

**** p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار***

بحث

سالمندی بخشی از فرآیند زیستی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان را شامل می‌شود. با به‌کارگیری روش‌ها و مراقبت‌های مناسب می‌توان تا حد زیادی از اختلالات و معلولیت‌های دوران سالمندی پیش‌گیری کرد یا آن را به تعویق انداخت. در این دوران وجود نیازهای ویژه ممکن است کیفیت زندگی سالمند را تهدید کند. لذا، ارزیابی عوامل زمینه‌ای مؤثر بر میزان کیفیت زندگی افراد در دوران سالمندی اهمیتی انکارناپذیر دارد [۲۱].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای با هم همسان بودند و اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. پس از مداخله سلامت روان‌شناختی و کیفیت زندگی کلی دارای اختلاف آماری معنی‌داری بودند. هم‌چنین نشان داده شد که سلامت جسمی، سلامت روان شناختی و کیفیت زندگی افراد گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله دارای اختلاف معنی‌داری بود ولی در گروه کنترل اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته‌ها به این معناست که آموزش شیوه زندگی سالم باعث ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان در این زمینه می‌شود. در مطالعه حاضر مداخله آموزشی شیوه زندگی سالم شامل آموزش در خصوص تغذیه دوران سالمندی، بهداشت روان (بهداشت خواب، کنترل استرس) ورزش‌های دوران سالمندی و پیش‌گیری از پوکی استخوان بود.

بررسی ابعاد کیفیت زندگی در گروه مداخله و کنترل انجام شد. نتایج نشان داد که از بین ابعاد مربوط به کیفیت زندگی فقط انرژی/خستگی بعداز مداخله و به‌زیستی هیجانی در بین دو گروه دارای اختلاف آمای معنی‌دار بودند. هم‌چنین فقط میانگین نمرات مربوط به متغیرهای درد و اختلال به‌خاطر

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.5.1.9]
[DOI: 10.52547/jrums.20.5.539]

سلامت هیجانی پس از مداخله نسبت به قبل از آن دارای تفاوت آماری معنی‌داری بود. این ارتباط مستقیم بین شیوه زندگی با کیفیت زندگی به نظر منطقی می‌رسد، زیرا در فرآیند پیر شدن علاوه بر کاهش سلامتی به دلیل کهولت سن، عوامل مهم دیگری نیز تأثیرگذار است، از جمله رعایت سبک زندگی سالم که در افزایش امید به زندگی، بهبود کیفیت زندگی و سلامت جسم و روان نقش تعیین کننده‌ای ایفاء می‌کند. هم چنین، در پیش‌گیری از انواع بیماری‌ها مؤثر است [۲۲]. این یافته‌ها با مطالعه Farhadi و همکاران که به بررسی تأثیر برنامه‌های آموزش سبک زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان پرداخته بود هم‌سو می‌باشد [۲۱]. هم‌چنین در مطالعه Hekmatpour و همکاران که به بررسی تأثیر برنامه‌های آموزشی سبک زندگی بر کیفیت زندگی سالمندان پرداخته بود [۶] و مطالعه Grimmett و همکاران هم‌سو است [۲۳]. به طور خلاصه، نتایج این پژوهش و مقایسه آن با نتایج مطالعات دیگر نشان می‌دهد که سبک زندگی مهم‌ترین تعیین کننده کیفیت زندگی در سالمندان است.

در مطالعه حاضر سلامت روانی معنی‌دار گزارش شد، به نظر می رسد که سالم بودن سالمندان از نظر روحی و روانی باعث افزایش کیفیت زندگی آنان می‌شود که در مطالعات مختلف نیز به این موضوع اشاره شده است، به طوری انجام فعالیت‌های ورزشی باعث بهبود کیفیت زندگی سالمندان می‌شود [۲۶-۲۴]. در تبیین این یافته می‌توانیم بگوییم که تنهایی و انزوای اجتماعی در سالمندان با کاهش سطح سلامتی جسمی و روانی ارتباط دارد که در نهایت باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود. در مطالعه Sahebdel و همکاران به این نتیجه رسیدند که سالمندان ساکن آسایشگاه با توجه به این‌که کنترل کمی بر زندگی خود دارند و معمولاً درمانده می‌شوند از این رو بیش‌تر به استرس و افسردگی مبتلا می‌شوند و از کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به سایر سالمندان برخوردارند [۲۷].

در این مطالعه، روابط اجتماعی نیز معنی دار گزارش شد، به گونه‌ای که افزایش روابط اجتماعی باعث بهبود زندگی سالمندان می‌شود. در مطالعه Khami و همکاران نتایج نشان داد که روابط اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی از جمله رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی می‌باشد [۲۸] که هم‌سو با یافته‌های مطالعه حاضر است. در مطالعه Nikpour و همکاران نتایج نشان داد که وجود حمایت اجتماعی باعث افزایش کیفیت زندگی سالمندان می‌شود [۲۹]. در پژوهش Grimmett و همکاران نیز نتایج مشابهی به دست آمد؛ آن‌ها دریافتند که فعالیت جسمانی، با کیفیت زندگی سالمندان رابطه مثبت دارد در حالی که رابطه سیگار کسیدن و کیفیت زندگی منفی است [۲۳]. Heidari نیز در پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر برنامه آموزشی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان که بر روی ۶۰ نفر از سالمندان مراجعه کننده به مرکز مراقبتی سالمندان امید بروجن انجام شده بود، نشان دادند که در تمام ابعاد کیفیت زندگی سالمندان پس از مداخله نسبت به قبل از آن افزایش یافته است [۱۴]. در مطالعه Rugbeer و همکاران نتایج نشان داد که با به کارگیری برنامه

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.5.1.9]
[DOI: 10.52547/jrums.20.5.539]

ورزشی گروهی سطح سلامت ذهنی و اجتماعی سالمندان افزایش می‌یابد [۳۰].

فزایش سن، به علت اختلالاتی که در سیستم‌های مختلف بدن فرد صورت می‌گیرد، به‌خصوص به علت محدودیت‌های حرکتی، وابستگی فرد به دیگران در انجام کارهای روزانه افزایش می‌یابد که این عوامل می‌تواند در احساس خوب بودن و در نتیجه بر کیفیت زندگی فرد تأثیر زیادی داشته باشد [۳۱].

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 مداخله مبتنی بر شیوه زندگی سالم باعث بهبود کیفیت زندگی سالمندان می‌شود.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به انجام مطالعه در نمونه محدود به مراکز بهداشتی مطابعه اشاره کرد، که پیشنهاد می شود مطالعات در سطح وسیع تر و در مراکز سالمندی و در منازل انجام شود. هم‌چنین ابزار مورد استفاده، جهت بررسی کیفیت زندگی به صورت کلی و برای عموم است چنانچه بتوان ابزار مرتبط با سالمندان و بر اساس فرهنگ ایرانی طراحی و استفاده کرد احتمالا نتایج دقیق‌تری خواهد داشت.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شیوه زندگی به سالمندان باعث بهبود سبک زندگی و به تبع آن افزایش کیفیت زندگی ایشان می‌شود. بنابراین ضروری به‌نظر می‌رسد در اولویت برنامه‌های مسئولین در جهت حمایت از سالمندان قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش جامعه نگر در نظام سلامت و طرح مصوب شماره ۹۸۰۰۳۰۸ می‌باشد. نویسندگان از کلیه شرکت کنندگان سالمند در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند. هم‌چنین مراتب سپاس خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و مسئولین مراکز بهداشتی و همکاران مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان اعلام می‌دارند.

References

[1] Barsukov VN. From the demographic dividend to population ageing: world trends in the systemwide transition. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast* 2019; 12(4): 167-82.

[2] Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2017. New York: United Nations. 2017. (ST/ESA/SER.A/408). https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf.

[3] Mehri N, Messkoub M, Kunkel S. Trends, determinants and the implications of population aging in Iran. *Ageing Int* 2020: 1-7.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.5.1.9]

[DOI: 10.52547/jrums.20.5.539]

[4] Pakpour V, Zamanzadeh V, Salimi S, Farsiv A, Moghbeli G, Soheili A. The relationship between loneness and sleep quality in older adults in Tabriz. *J Urmia Nurs Midwifery Facu* 2017; 14(11): 906-17. [Farsi]

[5] Tel H, Tel H, Sabancıogullar S. Status of maintenance of activities of daily living and experience of loneliness infielder than 60 years old living at home and in institutions. *Turkish J Geriatr* 2006; 9(1): 34-40.

[6] Hekmatpour D, Shamsi M, Zamani M. The effect of healthy lifestyle educational programs on the quality of life of the elderly in Arak. *J Arak Univ Med Sci* 2013; 16(3): 1-11. [Farsi]

[7] Shahnazi H, Sobhani A, Cherkzi A. Relation of different aspects of lifestyle and elderly quality of life. *J Sabzevar Univ Meed Sci* 2018; 25(3): 363-70. [Farsi]

[8] Abdollahi F, Mohammadpour RA. Health Related Quality of life among the Elderly Living in Nursing Home and Homes. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2013; 23(104): 20-5. [Farsi]

[9] Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Res* 2005; 14(3): 875-82.

[10] Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health* 2008; 8: 323.

[11] Rantanen, T., Hassandra, M., Pynnönen, K. *et al.* The effect of individualized, theory-based counselling intervention on active aging and quality of life among older people (the AGNES intervention study). *Aging Clin Exp Res* 2020. 32, 2081–90.

[12] Papathanasiou IV, Rammogianni A, Papagiannis D, Tsaras K, Kaberi F, Kontopoulou L, et al. Quality of life among elderly population. *Glob Chall* 2019; 2(2).

[13] Mohammadi Mehr M, Zamani-Alavijeh F, Hasanzadeh A, Fasihi T. Effect of healthy lifestyle educational programs on happiness and life satisfaction in the elderly: a randomized controlled trial study. *Iran J Age* 2019; 13(4): 440-51. [Farsi]

[14] Heidari M, Shahbazi S. Effect of Self-Care Training Program on Quality of Life of Elders. *Iran J Nurs* 2012; 25(75): 1-8. [Farsi]

[15] Shahnazi H, Sobhani A, Cherkzi A. Relation of different aspects of lifestyle and eldery quality of life. *J Sabzevar Univ Meed Sci* 2018; 25(3): 363-70. [Farsi]

[16] Borzoo S, Arastoo A, Ghasemzade R, Zahednezhad S, Habibi A, Latifi SM. Effects of aerobic exercise on

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.5.1.9]
[DOI: 10.52547/jrums.20.5.539]

quality of life in residents of geriatric homes, Ahvaz, Iran. *Iran J Ageing* 2011; 6(1): 47-51.

[17] Khalili P, Vazirinejad RE, Jamalizadeh A, Nakhaee P, Fatehi F, Fallah A. The impact of healthy lifestyle education and integrated care on the quality of life of the elderly. *J Occupational Health Epidemiol* 2014; 3(2): 81-7.

[18] Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-83.

[19] Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdanian M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality Life Res* 2005; 14(3): 875-82.

[20] Guide to living a healthy life style at an old age. Available from: https://aging.com/guide-to-living-a-healthy-lifestyle-at-an-old-age./

[21] Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F, Sahranavard M. The effect of healthy lifestyle educational program on rural elderly's quality of life in Dashti District of Boushehr Province. *Salmand Iran J Ageing* 2013; 8(3): 35-43. [Farsi]

[22] Habibi A, Neekpoor S, Seyedolshohda M, Haghani H. Health promotion behaviours and Quality of life among elderly people: A cross-sectional survey 2006. *J Ardabil Univ Med Sci* 2008; 8(1): 29-36. [Farsi]

[23] Grimmett C, Bridgewater J, Steptoe A, Wardle J. Lifestyle and quality of life in colorectal cancer survivors. *Qual Life Res* 2011; 20: 1237-45.

[24] Manzouri L, Babak A, Merasi M. The depression status of the elderly and its related factors in Isfahan in 2007. *Salmand Iran J Ageing* 2010; 4(4): 27-33. [Farsi]

[25] Barcelos-Ferreira R, YoshioNakano E, Steffens D, Bottino C. Quality of life and physical activity associated to lower prevalence of depression in community-dwelling elderly subjects from Sao Paulo. *J Affective Dis* 2013; 150: 616-22.

[26] Hedayati M, Tabatabai S, MohammadiArya A, Robatjazi E, Lchinani F, Rostaie A. The efficacy of stress inoculation training upon the happiness rate and life's quality of old persons. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2013; 20(2): 184-93. [Farsi]

[27] Sahebdel H, khoshkonesh A, pourebrahim T. Effects of group reality therapy on the mental health of elderly residing at Iran`s Shahid Hasheminejad nursing home. *Salmand Iran J Ageing* 2012; 7(24): 16-25. [Farsi]

[28] Khami L, Motalebi SA, Mohammadi F, Momeni M, Shahrokhi A. Can social support predict health-

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.5.1.9]
[DOI: 10.52547/jrums.20.5.539]

promoting behaviors among community-dwelling older adults?. Social Health Behavior 2020; 3(1): 22.

[29] Nikpour S, Sola AH, Seiedoshohadaei M, Haghani H. Health promotion behaviors and quality of life among elderly in West area in Tehran-Iran 2006. *ME-JAA* 2006; 3(3): 3-7.

[30] Rugbeer N, Ramklass S, Mckune A, Van Heerden J. The effect of group exercise frequency on health related quality of life in institutionalized elderly. *Pan African Med J* 2017; 26: 1-14.

[31] Mellor D, Russo S, McCabe MP, Davison TE, George K. Depression training program for caregivers of elderly care recipients: Implementation and qualitative evaluation. *J Gerontol Nurs* 2008; 34(9): 8-15.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.5.1.9]

[DOI: 10.52547/jrums.20.5.539]

The Effect of Healthy Lifestyle Education on the Quality of Life of the Elderly in Rafsanjan: A Quasi-Experimental Study

A. Sabbagh zadeh[1], R. Vaziri Nejad[2], P. Khalili[3], A.R. Doosti[4], S. Sabzevari[5]

Received: 22/06/20 Sent for Revision: 05/07/20 Received Revised Manuscript: 10/05/21 Accepted: 12/05/21

Background and Objectives: Education is always one of the ways to increase people's skills in life**.** Quality of life is also one of the most important issues in the life of people, especially the elderly. The purpose of this study was to investigate the effect of healthy lifestyle education on the quality of life of elderly people in Rafsanjan.

Materials and Methods: This research is a quasi-experimental study on elderly people. Using the multi-stage random sampling method, 84 elderly people were selected and randomly divided into intervention and control groups by random allocation method**.** In the intervention group, a 4-session training course was conducted to increase the quality of life, and no special action was taken in the control group. Using demographic information questionnaire and standard 36-item questionnaire, the quality of life of individuals in the two stages before and after the intervention was assessed. Data were analyzed using paired t-test, independent t-test, chi-square, and analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The mean age of the patients in the intervention group was 64.26±3.05 and in the control group 63.64±2.82 which was not statistically significant (p=0.338). There was no statistically significant difference between the intervention and control groups before the intervention in terms of the studied variables (p>0.05), but there was a significant difference in overall quality of life (p=0.037) after intervention so that the training intervention improved the elderly's quality of life.

Conclusion: According to the results of this study, teaching a healthy lifestyle to older people can improve their quality of life**.** Therefore, it should be a priority in the plans of the authorities.

Key words: Quality of life, Lifestyle, Intervention, Education, Elderly

Funding: The Vice-Chancellor for Research of Kerman University of Medical Sciences provided a part of the project cost in the form of research grants.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Kerman University of Medical Sciences approved the study (IR.KMU.REC.1398.265).

How to cite this article: Sabbagh zadeh A, Vaziri Nejad R, Khalili P, AliDoosti A, Sabzevari S. The Effect of Healthy Lifestyle Education on the Quality of Life of the Elderly in Rafsanjan: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2021; 20 (5): 539-53. [Farsi]

۱- MSc Student in Community Education in Health System, Dept. of Medical Education, Center for Studies and Development of Medical Education, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran, ORCID: 0000-0003-0163-4147
2- Prof., Dept. of Epidemiology and Biostatistics, Social Determinants of Health Research Centre, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran, ORCID: 0000-0002-1978-0946
3- PhD Student in Epidemiology, Dept. of Epidemiology and Biostatistics, Social Determinants of Health Research Centre, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran, ORCID: 0000-0002-0486-934X
4- General Physician, Vice-Chancellor for Health, Health Systems Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran, ORCID: 0000-0002-0024-9370
5- Associate Prof., Dept. of Medical Education, Center for the Study and Development of Medical Education, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran, ORCID: 0000-0002-9021-7101
(Corresponding Author) Tel: (034) 31325219, Fax: (034) 31325218, E-mail: s_sabzevari@kmu.ac.ir

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-02-18]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.5.1.9]
[DOI: 10.52547/jrums.20.5.539]