



12140A



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

دانشکده بهداشت

پایان نامه

جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته آموزش بهداشت

عنوان:

بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل پرسید بر ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان در

فرهنگسرای سالمندان تهران - ۱۳۸۸

استاد راهنما:

دکتر محمد اسحاق افکاری

اساتید مشاور:

دکتر مهناز صلحی

فاطمه حسینی

نگارش:

حبیبه متین

بهار ۱۳۸۹

۱۳۸۹/۶/۲۵

۱۴۱۳۵۸

اطلاعات بزرگ منی
مستورک

تقدیم به:

پدر و مادر عزیزم

که در تمام سالهای تحصیل با من بیدار ماندند

تقدیم به:

خواهران و برادران عزیزم،

ستاره های آسمان زندگیم که همیشه چراغ فرا راهم بوده اند.

تشکر و قدردانی:

از استاد ارجمندم دکتر محمد اسحاق افکاری که زحمت راهنمایی پایان نامه را به عهده داشتند. بسیار سپاسگزارم.

از استاد گرانقدرم سرکارخانم دکتر مهناز صلحی استاد مشاور در این مطالعه که همواره با راهنمایی های ازشمندشان مرا یاری کرده و وقت با ارزش خویش را بی منت در اختیار من گذاشتند، بسیار متشکرم

از استاد گرامی خانم فاطمه حسینی که با خوشرویی تمام در آنالیز آماری پایان نامه به من کمک کردند متشکرم.

با سپاس فراوان از استاد بزرگوار دکتر فرید عبادی آذر استاد داور پایان نامه

با تشکر از مدیریت محترم گروه خدمات بهداشتی و استاد ارجمندم دکتر محمد حسین تقدیسی

بر خود لازم می دانم از مدیریت وقت فرهنگسرای سالمندان تهران و کارکنان تلاشگر این فرهنگسرا به دلیل کمک های بی منتشان به این جانب در طول این مطالعه تشکر ویژه بکنم.

از خانم سررشته داری سالمند گرامی، ورزشکار و مربی ورزشی رشته آمادگی جسمانی تشکر بسیار ویژه دارم زیرا ضمن این که کمک های ایشان در توزیع و جمع آوری پرسشنامه ها، آگاه سازی سالمندان، هماهنگی برنامه های کلاس های آموزشی و سایر فعالیت های این مطالعه همواره در پیشرفت این مطالعه موثر بود، حضور شان نیز انگیزه سایر سالمندان را در پذیرش مطالب و رفتارهای مورد انتظار از آنان بیشتر می کرد. هم چنین از تمام سالمندانی که در این طرح شرکت کردند متشکرم.

چکیده:

زمینه و هدف: افزایش روزافزون جمعیت سالمندان در دنیا و به تبع آن افزایش مسائل و مشکلات دوران سالمندی، توجه ویژه ای را به این قشر از جمعیت، مسائل آنان و کیفیت زندگی آنان ایجاب می کند. برای ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان، در کنار امکانات و بستر اجتماعی لازم، باید نحوه استفاده از این امکانات، راه های داشتن سبک زندگی سالم و رفتارهای سالم را نیز به آنان آموزش داد. هدف از این مطالعه بررسی تاثیر مداخله آموزشی بر اساس الگوی پرسید بر ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان می باشد. مواد و روش ها: در این مطالعه، ۲ پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت؛ یکی، پرسشنامه استاندارد سازمان بهداشت جهانی در مورد کیفیت زندگی بود و دیگری، محقق ساخته، بر مبنای الگوی آموزشی پرسید و در خصوص شیوه زندگی سالم و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بود که اعتبار آن با مشورت پانل اساتید کسب شد و پایایی آن از طریق روش آزمون باز آزمون و با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تایید شد. نمونه ها با روش نمونه گیری مستمر در دو گروه آزمون و کنترل انتخاب شدند و مداخله با ۲ پرسشنامه انجام شد و نتایج مطالعه با نرم افزار آماری SPSS و آزمونهای آماری کای دو، فیشر، مک نمار، تی مستقل، تی زوجی و آنالیز واریانس تحلیل شد.

یافته ها: طبق نتایج مطالعه میانگین نمره کل کیفیت زندگی در سالمندان گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله فقط ۰/۳۹ تفاوت داشت ولی در گروه آزمون ۸۹/۵۴ قبل از مداخله به ۹۳/۹۶ بعد از مداخله آموزشی رسید که از نظر آماری، اختلاف در گروه آزمون معنی دار بود. و همچنین نتایج نشان داد که منبع درآمد با مقدار پی ۰/۰۱۷، تاهل با مقدار پی ۰/۰۰۵، محل زندگی و نوع خانواده با مقدار پی ۰/۰۲۹، داشتن بیماری با مقدار پی ۰/۰۰۱، امکانات رفاهی با مقدار پی ۰/۰۰۵، رعایت بهداشت فردی با مقدار پی ۰/۰۳۱، تلاش برای تغذیه سالم با مقدار پی ۰/۰۰۲، احساس خوشایند بعد از رفتار سالم، تشویق خانواده و تقدیر از طرف دوستان در گروه کنترل با مقدار پی کمتر از ۰/۰۵، بازی با بچه ها و نوه ها با مقدار پی کمتر از ۰/۰۵، نوع رابطه با فرزندان با مقدار پی کمتر از ۰/۰۵، نوع رابطه با همسر با مقدار پی ۰/۰۱۹ و سطح نگرش با مقدار پی ۰/۰۳ بر کیفیت زندگی موثر است. بحث و نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی با مداخله آموزشی افزایش مقدار پیدا می کند. بنابراین این به نظر می رسد که می توان با آگاه سازی و تغییر نگرش در کنار تامین امکانات رفاهی و تفریحی و ارتباطی کیفیت زندگی سالمندان را ارتقاء داد.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، مدل پرسید، عوامل مستعد کننده، عوامل قادر کننده، عوامل تقویت کننده، عوامل رفتاری و

سالمند

فهرست مطالب :

چکیده

- ا..... سپاس و قدردانی.....
- ب..... فهرست مطالب.....
- ج..... فهرست جداول.....
- د..... فهرست نمودارها.....

فصل اول - معرفی پژوهش؛

- ۱..... مقدمه.....
- ۲..... بیان مساله.....
- ۳..... اهمیت پژوهش.....
- اهداف پژوهش
- ۹..... هدف کلی.....
- ۹..... اهداف ویژه.....
- ۱۰..... سئوالات پژوهش.....
- ۱۰..... فرضیات پژوهش.....
- ۱۱..... تعریف واژه ها و مفاهیم.....

فصل دوم - کلیات؛

بخش اول: چارچوب نظری

- ۱۶..... الف) آموزش بهداشت؛.....
- ۱۷..... آموزش بهداشت به عنوان مداخله گر.....
- ۱۷..... ب) ارتقاء سلامت؛.....
- ۱۸..... ج) مدل پرسید؛.....
- ۱۸..... تعریف و مفهوم تئوری و مدل.....
 - ۱۸..... مزایای استفاده از تئوری ها در آموزش سلامت.....

- تعریف الگو یا مدل..... ۱۹
- انواع مدل های آموزش بهداشت..... ۲۰
- مدل پرسید..... ۲۱
- اهداف مدل پرسید..... ۲۱
- اجزاء مدل پرسید..... ۲۱
- مراحل مدل پرسید..... ۲۱
- توسعه مدل پرسید..... ۲۶
- د) کیفیت زندگی؛..... ۲۷
- ه) پدیده سالمندی و عوامل موثر بر کیفیت زندگی سالمندان..... ۲۸
- اختلالات جسمانی و بیماری های مختلف در دوران سالمندی..... ۳۳
- اختلالات روانی مربوط به دوران سالمندی..... ۳۷
- عوامل اجتماعی اقتصادی و بهداشتی موثر بر سلامت سالمندان..... ۴۰
- آموزش نکات بهداشتی در رابطه با سالمندان..... ۴۴

بخش دوم: مروری بر پژوهش های مربوط؛

- الف) مطالعات انجام شده در ایران..... ۴۶
- ب) مطالعات انجام شده در سایر نقاط جهان..... ۶۶

فصل سوم - مراحل انجام پژوهش

- مقدمه..... ۷۰
- ۱. جامعه پژوهش..... ۷۰
- ۲. نمونه پژوهش..... ۷۰
- ۳. معیارهای ورود و خروج..... ۷۰
- ۴. حجم نمونه و روش نمونه گیری..... ۷۱
- ۵. مکان و زمان پژوهش..... ۷۱
- ۶. نوع مطالعه..... ۷۱
- ۷. متغیرهای مورد پژوهش..... ۷۱

| | |
|---------|--|
| ۷۲..... | ۸. ابزار گردآوری داده ها..... |
| ۷۲..... | ۹. روایی و پایایی ابزار گردآوری داده ها..... |
| ۷۲..... | ۱۰. روش کار..... |
| ۷۲..... | ۱۱. روش تجزیه و تحلیل داده ها..... |
| ۷۳..... | ۱۲. ملاحظات اخلاقی..... |
| ۷۳..... | ۱۳. محدودیت ها و مشکلات اجرایی..... |

فصل چهارم - یافته های پژوهش

| | |
|----------|---|
| ۷۴..... | مقدمه..... |
| ۷۴..... | ۱. مشخصات نمونه های پژوهش (متغیرهای دموگرافیک)؛..... |
| ۷۶..... | ۲. یافته های مربوط به عوامل مستعد کننده؛..... |
| ۸۰..... | ۳. یافته های مربوط به عوامل قادر کننده؛..... |
| ۹۲..... | ۴. یافته های مربوط به عوامل تقویت کننده؛..... |
| ۹۵..... | ۵. یافته های مربوط به عوامل رفتاری؛..... |
| ۱۰۱..... | ۶. یافته های مربوط به کیفیت زندگی؛..... |

فصل پنجم - بحث و نتیجه گیری

| | |
|----------|----------------------------|
| ۱۰۳..... | مقدمه..... |
| ۱۰۳..... | الف) بحث و نتیجه گیری..... |
| ۱۴۴..... | ب) پیشنهادات..... |
| ۱۴۶..... | فهرست منابع..... |

پیوست ها

جزوه آموزشی

پرسشنامه

فهرست جداول:

- جدول شماره ۱: توزیع فراوانی جنس در دو گروه آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۷۴
- جدول شماره ۲: توزیع فراوانی سن در دو گروه آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۷۴
- جدول شماره ۳: توزیع فراوانی تحصیلات در گروههای آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۷۵
- جدول شماره ۴: بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با کیفیت زندگی قبل از مداخله در کل افراد مورد مطالعه در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۷۵
- جدول شماره ۵: تغییر آگاهی (عامل مستعد کننده) قبل و بعد از مداخله در گروههای آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۷۶
- جدول شماره ۶: مقایسه تغییر آگاهی در گروههای آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۷۶
- جدول شماره ۷: بررسی ارتباط سطح آگاهی با کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۷۷
- جدول شماره ۸: بررسی ارتباط سطح آگاهی با کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۷۷
- جدول شماره ۹: بررسی تغییر نگرش قبل و بعد از مداخله در گروههای آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۷۸

جدول شماره ۱۰: مقایسه تغییر نگرش در گروههای آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۷۹

جدول شماره ۱۱: بررسی ارتباط سطح نگرش با کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه های آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۷۹

جدول شماره ۱۲: مقایسه فراوانی وضعیت اشتغال در گروههای آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۰

جدول شماره ۱۳: مقایسه فراوانی میزان درآمد در گروههای آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۰

جدول شماره ۱۴: مقایسه فراوانی وضعیت تاهل در گروههای آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۱

جدول شماره ۱۵: مقایسه فراوانی محل زندگی و نوع خانواده در گروه های آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۱

جدول شماره ۱۶: مقایسه فراوانی وضعیت بیمه درمانی در گروه های آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۱

جدول شماره ۱۷: مقایسه فراوانی داشتن بیماری در گروه های آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۲

جدول شماره ۱۸: مقایسه فراوانی داشتن امکانات عبور و مرور در خیابان ها در گروه های آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۲

جدول شماره ۱۹: مقایسه فراوانی وجود پله برقی و آسانسور در گروههای آزمون و کنترل در تمام مکانهای مورد مراجعه در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۲

جدول شماره ۲۰: مقایسه فراوانی داشتن امکانات رفاهی در گروه های آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۳

جدول شماره ۲۱: مقایسه فراوانی فراوانی رعایت بهداشت فردی قبل و بعد از مداخله در گروه های آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۳

جدول شماره ۲۲: مقایسه تغییر رعایت بهداشت فردی در گروه های آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۴

جدول شماره ۲۳: مقایسه فراوانی انجام مهارت آرام سازی در گروه های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۴

جدول شماره ۲۴: مقایسه تغییر انجام مهارت آرام سازی در گروه های آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۵

جدول شماره ۲۵: مقایسه فراوانی انجام مهارت ورزش و پیاده روی در گروه های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۵

جدول شماره ۲۶: مقایسه تغییر انجام مهارت ورزش و پیاده روی در گروه های آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۶

جدول شماره ۲۷: مقایسه فراوانی انجام مهارت تلاش برای تغذیه سالم در گروه های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۶

جدول شماره ۲۸: مقایسه تغییر مهارت تلاش برای تغذیه سالم در گروه های آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۷

جدول شماره ۲۹: مقایسه فراوانی داشتن منبع دریافت اطلاعات در گروه های آزمون و کنترل قبل و بعد از

- مداخله در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۸
- جدول شماره ۳۰: مقایسه تغییر داشتن منبع اطلاعات در گروههای آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۸۸
- جدول شماره ۳۱: بررسی ارتباط عوامل قادر کننده ثابت با کیفیت زندگی در کل افراد مورد مطالعه قبل از مداخله آموزشی..... ۸۹
- جدول شماره ۳۲: بررسی ارتباط عوامل قادر کننده قابل تغییر با کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۹۰
- جدول شماره ۳۳: ارتباط عوامل قادر کننده قابل تغییر با کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۹۱
- جدول شماره ۳۴: مقایسه فراوانی عوامل تقویت کننده در گروههای آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۹۲
- جدول شماره ۳۵: بررسی ارتباط عوامل تقویت کننده با کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۹۳
- جدول شماره ۳۶: بررسی ارتباط عوامل تقویت کننده با کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۹۴
- جدول شماره ۳۷: مقایسه فراوانی عوامل رفتاری در گروههای آزمون و کنترل قبل از مداخله در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۹۵
- جدول شماره ۳۸: مقایسه فراوانی عوامل رفتاری در گروههای آزمون و کنترل بعد از مداخله در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۹۶
- جدول شماره ۳۹: بررسی ارتباط عوامل رفتاری با کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه کنترل سالمندان مراجعه

- کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۹۷
- جدول شماره ۴۰: بررسی ارتباط عوامل رفتاری با کیفیت زندگی بعد از مداخله در گروه کنترل سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۹۸
- جدول شماره ۴۱: بررسی ارتباط عوامل رفتاری با کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۹۹
- جدول شماره ۴۲: بررسی تغییر کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۱۰۱
- جدول شماره ۴۳: مقایسه تغییر کیفیت زندگی در گروههای آزمون و کنترل در سالمندان مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمندان تهران در سال ۱۳۸۸..... ۱۰۲

فهرست نمودارها:

- نمودار شماره (۱): تغییر آگاهی سالمندان قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل..... ۷۶
- نمودار شماره (۲): تغییر نگرش سالمندان قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل..... ۷۸
- نمودار شماره (۳): تغییر مهارت های سالمندان گروه آزمون قبل و بعد از مداخله آموزشی..... ۸۷
- نمودار شماره (۴): تغییر کیفیت زندگی سالمندان قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل..... ۱۰۱

مقدمه:

جمعیت جهان رو به سالمندی می رود و به همراه خود مسائل جدیدی را به وجود می آورد. (۱) از سوی دیگر این روزها سبک زندگی سالم و کیفیت زندگی از جمله مسائل مهمی هستند که تمام سازمان های مرتبط با سلامتی بخصوص سازمان جهانی بهداشت، تاکید ویژه ای بر آن ها دارند. و افزایش تعداد سالمندان ، یک گرایش بین المللی برای افزایش کیفیت زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در افراد مسن ایجاد کرده است. (۲)

فقدانهای ناشی از افزایش سن، خودتکایی و کیفیت زندگی سالمند را کاهش میدهد اما مشکلات سلامتی نمیتواند سد راهی برای سالمندان در سازگاری با موقعیتهای زندگی و نیازهای مربوط به آن باشد. (۳-۴)

سالمندی فرایند تغییرات خود به خود و سریعی است که با گذر از دوران کودکی، نوجوانی، جوانی و سپس عبور از مرحله میانسالی حاصل میگردد. همه تغییراتی که با سالمندی ایجاد میشود، مخرب و آسیب رسان نیستند و برخی مانند افزایش تجربه، دوراندیشی از نکات مثبت سالمندی می باشند. (۵)

تئوری ها شامل یک یا چند پیشنهاد می باشند که به طور منطقی برای بیان پدیده های مرتبط به یکدیگر به کار میروند. تئوری ها مجموعه ای از مفاهیم، تعاریف و پیشنهادات مرتبط به هم هستند که دیدگاهی سیستماتیک از وقایع یا موفقیت ها را ارائه می کنند. (۶) مدل پرسید توسط لارنس گرین ارائه شده و فرایندی برای تغییر رفتار است. همچنین نتیجه احتمالی حاصل از یک برنامه آموزشی را بررسی می و اول چرا ها و بعد چطور ها را مطرح می کند و در آموزش بهداشت از آخر شروع کرده به اول می رسد. (۷)

کیفیت زندگی یکی از اجزا ذهنی رفاه محسوب می شود. (۸) و غالباً با اصطلاحاتی چون احساس رضایتمندی ، رفاه-آسایش و خوشحالی توصیف میشود. (۴) سازمان بهداشت، کیفیت زندگی را به مفهوم درک و برداشت هر فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی دانسته است. (۹)

"پیری یک مفهوم نسبی است" (۳) "بررسی های آماری مربوط به سالمندان سن ۶۵ سالگی را به عنوان ورود به مرحله سالمندی به طور قراردادی تعیین نموده اند." (۱۰)

بیان مساله:

پیشرفت فزاینده علم پزشکی از یک سو و گسترش روزافزون خدمات بهداشتی از سوی دیگر باعث پیر شدن جمعیت در کشورهای توسعه یافته شده است، کشورهای رو به رشد نیز به زودی با مساله ای به نام سالمندی روبرو خواهند بود. آمارها نشان دهنده روند رو به رشد این مساله در کشور ما نیز می باشد. (۱۱) افزایش تعداد سالمندان، یک گرایش بین المللی برای افزایش کیفیت زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در افراد مسن ایجاد کرده است. (۲)

کیفیت زندگی در سالمندان به معنای تاکید بیشتر بر سیاست اجتماعی و اصلاح اهداف اجتماعی به منظور ایجاد زندگی مولد برای سالمندان است. یکی از راه های بهبود کیفیت زندگی استفاده از انواع حمایت های اجتماعی و رفاهی میباشد. (۸)

"سالمندان در جامعه امروز جزء گروه های بزرگ اجتماعی به شمار می آیند که میتوانند با تغییرات پیچیده اجتماعی سازگاری پیدا کنند. فقدانهای ناشی از افزایش سن خوداتکایی و کیفیت زندگی سالمند را کاهش می دهد اما مشکلات سلامتی نمیتواند سد راهی برای سالمندان در سازگاری با موقعیتهای زندگی و نیازهای مربوط به آن باشد. (۳-۴)" کیفیت زندگی سالمندان تحت تاثیر خانواده، وضعیت اجتماعی اقتصادی، وضعیت جسمانی و وضعیت روحی و روانی است. "درک سالمندان از کیفیت زندگی میتواند بر این متغیرها تاثیر داشته باشد." "بعلاوه خصوصیات شخصی و اجتماعی - فرهنگی و عوامل محیطی همه در ثبات فردی یا خوداتکایی دخالت دارند." (۴)

بنابر این هدف ما از این مطالعه، تعیین و سنجش عواملی (امکانات رفاهی تفریحی) که بر روی کیفیت زندگی و سازگاری سالمندان تاثیر میگذارد و در مرحله دوم مداخله آموزشی برای افزایش بهره گیری آنان از این عوامل در قالب مدل آموزشی پرسید و به عنوان عوامل مستعد کننده، قادر کننده و تشویق کننده در جهت ارتقاء سلامت آنان از طریق افزایش کیفیت زندگی و سازگاری محیطی آنان است.

اهمیت پژوهش:

جمعیت سالمندان بدلیل پیشرفتهای علوم پزشکی بهداشتی، اجتماعی، تکنولوژی و بالاخره توسعه اجتماعی و افزایش کیفیت زندگی در تمام دنیا حتی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است؛ آمارها نشان دهنده روند رو به رشد این مساله در کشور ما نیز می باشد. (۱۱-۱۵) بطوریکه جمعیت سالمندی بین سالهای ۱۹۰۰ تا ۱۹۷۷ حدود ۶۸٪ اضافه شده و تا سال ۲۰۳۰ تعداد آنها نسبت به زمان حال دو برابر خواهد شد در حالیکه جمعیت کل فقط ۴۰٪ افزایش خواهد داشت. (۱۲) "هر ساله ۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده میشود ولی این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر ۲/۵ درصد است." (۱۶)

در بریتانیا، تا سال ۲۰۵۰، حدود ۱ نفر در هر ۵ نفر (۱۲ میلیون نفر) بالای ۷۰ سال خواهند بود و بیشتر از ۸ میلیون نفر در دهه ۶۰ زندگی خواهند بود. پیش بینی میشود که متوسط امید به زندگی بین سالهای ۲۰۰۱ تا ۲۰۲۶، به ۷۹-۷۵/۶ سال برای مردان و ۸۳/۳-۸۰/۴ برای زنان باشد. (دفتر ملی آمار بریتانیا ۲۰۰۴) (۲) "در ۵۰ سال آینده جمعیت سالمندان به ۲ بلیون نفر در جهان خواهد رسید. این گذار جمعیتی (سالخوردگی) در کشورهای توسعه یافته در طی ۱۰۰ سال اتفاق افتاده است لیکن بدلائل متعدد این تغییرات در کشورهای در حال توسعه در عرض ۲۵ سال اتفاق خواهد افتاد. بر این اساس جوامع فقیرتر زمان کمتری برای پیری جمعیت از نظر برنامه ریزی دارند." (۱۷) طبق آخرین آمار وزارت بهداشت جمعیت کل ایران ۷۰۴۹۵۷۸۲ نفر میباشد که ۵۱۲۱۰۴۳ نفر یعنی ۷/۲۶ درصد از این جمعیت را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل میدهد. (۱۸)

افزایش تعداد سالمندان، یک گرایش بین المللی برای افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در افراد مسن ایجاد کرده است (۲) فقدانهای ناشی از افزایش سن، خودتکایی و کیفیت زندگی سالمند را کاهش میدهد اما مشکلات سلامتی نمیتواند سد راهی برای سالمندان در سازگاری با موقعیتهای زندگی و نیازهای مربوط به آن باشد. (۳-۴)

داشتن کلیشه های ذهنی در مورد سالمندان که آنان را به عنوان یک توده بی شکل نشان می دهد و شخصیت، قابلیت، نیازها و مشکلات احتمالی آنان را نادیده میگیرد؛ صدمه بزرگی به سالمندان میزند. (۳) لذا برنامه ریزی جهت ارائه هرگونه خدمات، نیازمند شناخت نیازهای واقعی سالمندان است. (۱۴)

۱۹) و هدف سازمان جهانی بهداشت هم از اجرای برنامه های بهداشتی سالمندان کمک به سالمندان برای پیشگیری از ناتوانی یا حداقل به تاخیر انداختن وابستگی و معرفی سلامت آنان بطور علمی و انجام فعالیتهای اجتماعی مورد نیازشان است تا بتوانند سالم و مستقل باشند و نقش فعالی را در اجتماع ادامه دهند. (۱۶)

در کشورهایی که طب سالمندی از جمله آمریکا و انگلیس شناخته شده است، تحقیقات فراوانی در رابطه با بهداشت و سلامت سالمندان من جمله تاثیر نیازهای جسمی، روانی و معنوی که باعث امیدبخشی و آسان سازی زندگی آنها میشود انجام می شود. طب سالمندی در کشور ما نیز در حال شناسایی است. (۱۳)، (۲۰)

کیفیت زندگی و سالمندی و حفظ استقلال در طول دوران سالمندی با سیاستهای مربوط به کاهش هزینه دوران بازنشستگی، سلامتی و تامین رفاه اجتماعی و با افزایش امیدواری اجتماعی برای رسیدن و حفظ یک زندگی خوب تقویت میشود. (۲)

کیفیت زندگی در سالمندان به معنای تاکید بیشتر بر سیاست اجتماعی و اصلاح اهداف اجتماعی به منظور ایجاد زندگی مولد برای سالمندان است. یکی از راه های بهبود کیفیت زندگی استفاده از انواع حمایت های اجتماعی و رفاهی میباشد. (۸)

برنامه های رفاهی سالمندان در آمریکا شامل مسکن، سرگرمی و تفریح، رفت و آمد، تغذیه، مشاوره، کمک پزشکی و مراقبت پزشکی، تامین درآمد و انواع کمکهای قابل دسترس برای سالمند نیازمند و ناتوان است و برنامه های جاری بر پیشگیری از سوءاستفاده، هتک حرمت، تامین مسکن، نگهداری طویل المدت و مراقبتهای بهداشتی متمرکز است. (۴)

در حال حاضر در کشورهای توسعه یافته مدلهای گوناگونی از سیستمهای ارایه کننده خدمات مراقبتی مبتنی بر جامعه، ویژه سالمندان تدارک دیده شده است که این سیستمها پاسخگوی نیازهای خاص هر گروه از سالمندان می باشند. (۲۱)

"کیفیت زندگی سالمندان تحت تاثیر خانواده، وضعیت اجتماعی اقتصادی، وضعیت جسمانی و وضعیت روحی و روانی است". "درک سالمندان از کیفیت زندگی میتواند بر این متغیرها تاثیر داشته باشد". "طبق مطالعات انجام شده بین فرایند شناختی و خوداتکایی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه وجود دارد".

"فراپند سازگاری شناختی نقش مهمی در خوداتکایی (ثبات فردی) سالمند دارد." "بعلاوه خصوصیات شخصی و اجتماعی - فرهنگی و عوامل محیطی همه در ثبات فردی یا خوداتکایی دخالت دارند." (۴)

مطالعات متعدد نشان میدهد که عواملی از قبیل وضعیت سلامتی فعلی فرد، بهبود حمایت‌های اجتماعی، بهبود توسعه شناختی که در نتیجه داشتن درک مثبت از محدودیتهای سلامتی، اقامت در یک محیط سالم، ایمن و منبع غنی فیزیکی ایجاد میشود، رضایت از روابط بین فردی، فعالیتهای مناسب جنسی (روابط رضایتبخش)، داشتن درآمد، متاهل بودن، استقلال در فعالیتهای جسمی شامل فعالیتهای روزمره زندگی و فعالیتهای ایزاری زندگی، تاثیر مثبتی بر روی کیفیت زندگی دارند. (۸، ۲۲-۲۳) و عواملی مثل غفلت خانواده‌ها از سالمندان، افزایش سن، تحصیلات کمتر، جنسیت زن، تغذیه بد، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، استفاده از سیگار و الکل، کمبود تحرک فیزیکی و ورزشی، تراکم بیماری و ناتوانی، استرس و اضطراب، کیفیت زندگی و سازگاری را در سالمندان کاهش میدهند. (۲، ۸، ۲۲، ۲۴-۲۸)

اقتصادی سالمندان نشان می‌دهد که این قشر از جامعه نیز به مراقبت بیشتری از نظر وضعیت مالی دارند و همچنین وضعیت فعالیت‌های اجتماعی اکثر آنها در حد متوسط است که می‌تواند ناشی از افزایش سن و از بین رفتن انگیزه‌های زندگی باشد. (۱۴)

بهداشت روان نقش مهمی در کیفیت زندگی افراد خصوصا سالمندان بازی می‌کند و بیشترین مشکل سالمندان در وضعیت سلامت روانی و سرزندگی آنهاست. (۲۶) نتایج مطالعه ای نشان میدهد که ۱۵-۲۰ درصد افراد مسن مشکلات روانی مهمی دارند و با هر دهه افزایش سن اختلالات افسردگی و حالات پارانوئید زیادتر میشود. (۱۲) به منظور سنجش وضعیت روانی سالمندان نسخه ایرانی مقیاس سلامت عمومی تهیه و بر روی سالمندان آزمون شده است. (۲۹)

با به کارگیری روشهایی مثل برنامه ورزشی گروهی و خاطره گویی گروهی، سطح کیفیت زندگی افراد در ابعاد مختلف مانند عملکرد فیزیکی، ایفای نقش، کاهش درد، سلامت عمومی، سرزندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روانی مثل کاهش افسردگی و اضطراب افزایش می‌یابد. (۲۴، ۳۰)

همچنین داشتن روابط اجتماعی خوب و اعتماد به نفس بالا در ارتقاء سلامت روان سالمندان موثر است. (۱) ثابت شده که ارتباطات میتواند تحت تاثیر تغییرات فیزیکی مرتبط با دوران سالمندی تخریب شود و توجه در روابط به عنوان یک سپر در برابر کمبودهای اجتماعی مرتبط با سالمندی عمل میکند.

حفظ روابط صمیمی پایدار با سلامت عاطفی خوب و روحیه بالا مرتبط هست تا سطح بالای فعالیت و موقعیت (اجتماعی) بالاتر و سالمندان را قادر میکند که به تنهایی فشارها و استرسها را مدیریت کند. (۲۷)

حمایت اجتماعی و بویژه حمایت عاطفی تاثیر معنی داری بر احساس تنهایی، سلامت عمومی و رضایتمندی سالمندان از زندگی دارند. (۳۱)

فاکتورها و عوامل مختلفی مانند سن، میزان تحصیلات، وضعیت سلامتی، میزان همکاری، وضعیت اقتصادی، نوع و گستردگی خانواده و بالاخره میزان مذهبی بودن خانواده، بر موقعیت افراد سالمند در خانواده تاثیر می گذارد. (۳۲)

برنامه گروه درمانی شامل زمینه های کاهش اضطراب، کاهش نشانه های افسردگی، افزایش خود مراقبتی، استفاده بهینه از امکانات و بهبود ارتباط بین فردی باعث کاهش میزان افسردگی در سالمندانی که در این برنامه ها شرکت میکنند میشود. (۳۳)

بکارگیری روش های غیر دارویی، مانند تکنیک های آرامسازی و آرامسازی پیشرونده عضلانی، امکان دست یابی به کنترل استرس و اضطراب و جلوگیری از عوارضی همانند فشارخون بالا و ایجاد یک عمر طولانی را در سالمندان فراهم میکند. (۲۵، ۳۴)

مطالعات نشان می دهد که اختلالات روانی مانند افسردگی، تغییر الگوی خواب، احساس تنهایی و انزوای اجتماعی، ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد بالای ۶۵ سال را مبتلا می سازد. افزایش سن، سطح پایین سواد و یا بیسواد و از دست دادن همسر باعث تضعیف وضعیت روانی میشود وضعیت روانی سالمندان مردان بهتر از زنان است. بین نحوه گذران اوقات فراغت و وضعیت بهداشت روان ارتباط وجود دارد. وجود ارتباط بین وضعیت بهداشت روان و اوقات فراغت نشان از اهمیت تفریح و فعالیت در حفظ تندرستی و شادابی و نشاط سالمندان دارد و اهمیت پیشگیری از بیکاری و برنامه ریزی در جهت پر کردن اوقات فراغت با روش های گوناگون را مشخص میکند. (۳۵)

نتایج پژوهشی حاکی از آنست که وسیله تفریح و سرگرمی مورد استفاده سالمندان ساکن در آسایشگاه بطور کلی محدود و تفریح عمده آنان صحبت با یکدیگر و قدم زدن در حیاط آسایشگاه میباشد. ابتلا به انواع بیماریهای ریوی، گوارشی، اختلال شنوایی و بینایی، بیماری استخوانی و انواع معلولیتها در مردان بیشتر است درحالی که ابتلا به بیماریهای قلبی و ناراحتی های روانی در زنان بیشتر به چشم می خورد.

میزان رضایت زنان از سکونت در سرای سالمندان، بیشتر از مردان سالمند بوده و نداشتن فرزند یکی از دلایل عمده سکونت در سرای سالمندان است. (۳۶)

عدم ارضای نیازهای روانی در سالمندان مقیم خانه های سالمندان نسبت به سالمندان تحت سرپرستی خانواده و سالمندانی که تنها و یا با همسر خود زندگی می کنند، مشهود تراست و همبستگی معناداری بین عدم ارضای نیازهای روانی با سوء رفتار، غفلت، تجاوز به حقوق و عدم اوقات فراغت مطلوب وجود درد. (۱۵)

با افزایش سن در سالمندان توانایی هایشان کاهش می یابد، و این کاهش توانایی ها باعث افزایش احتمال زمین خوردن و به تبع آن کاهش کیفیت زندگی فرد می شود. (۳۷) همچنین داروهای مصرفی سالمندان در میزان سقوط آنان موثر است. (۳۸).

طبق یافته های مطالعه ای ۳ درصد از سالمندان توانایی انجام امور شخصی خود را ندارند. ۸/۶ درصد از آنها به تنهایی زندگی می کنند. ۸/۴ درصد از آنها تحت پوشش نهادهای حمایتی هستند. ۸/۴ درصد از آنها دچار انواع مختلف معلولیت هستند، بیشترین میزان شیوع معلولیت مربوط به معلولیت شنوایی با ۲/۷ درصد می باشد. ۵۰/۵ درصد از آنها دارای انواع مختلف بیماری هستند. بیماری های قلبی و فشار خون با شیوع ۲۵/۳ درصد شایع ترین نوع بیماری در بین سالمندان است. ۲۰ درصد از سالمندان، نیازمند تغذیه، پوشاک و مسکن، ۱۹ درصد نیازمند خدمات پزشکی و بهداشتی، ۱۰ درصد نیازمند خدمات توانبخشی، ۴۱ درصد نیازمند برنامه های اوقات فراغت و ۱۰ درصد نیازمند تکریم و ارزش گذاری اجتماعی هستند. (۳۹)

ناتوانی ناشی از درد ناحیه تحتانی کمر، تقریباً برابر با یک چهارم بزرگسالان را سالانه تحت تاثیر قرار می دهد. شیوع کمردرد در کل جمعیت بسیار بالاست. به نحوی که گاهی تخمین زده می شود ۸۰٪ مردم در طول زندگی به آن مبتلا می شوند. سالمندانی که مبتلا به درد ناحیه تحتانی کمر هستند نه تنها از ناراحتی های فیزیکی رنج می برند بلکه محدودیتهای عملکردی ممکن است باعث ناتوانی آنها در زمینه های ابعاد انرژی، خواب، درد و فعالیت جسمانی شده و بر کیفیت زندگی آنها تاثیر منفی بر جای بگذارد. (۴۰)

زنان در انجام فعالیتهای روزمره بیشتر از مردان محدودیت دارند. بیسوادی، سابقه شغلی کارمندی، از دست دادن همسر، زندگی با فرزندان ازدواج کرده، افزایش سن، ابتلا به بیماریهای مزمن و داشتن سابقه