

عوامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی سالمندان شهر کرمان با استفاده از مدل پرسید

سمیه علیزاده^۱، سیدوحید احمدی طباطبایی^۲، نرگس خانجانی^۳، محبت محسنی^۴

چکیده

مقدمه: با افزایش امید به زندگی و در پی آن بیشتر شدن جمعیت سالمندان، کیفیت زندگی برای سالمندان اهمیت بیشتری می‌یابد. هدف از این مطالعه تعیین عوامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی سالمندان با استفاده از مدل پرسید می‌باشد. **روش‌ها:** مطالعه حاضر مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامه‌ای ۶۷ سؤالی بر اساس سازه‌های مدل پرسید که روایی و پایایی آن اثبات شده بود، صورت گرفت. نمونه‌گیری به روش تصادفی چند مرحله‌ای از بین سالمندان دارای پرونده سالمندی در دو مرکز بهداشتی-درمانی شهر کرمان انجام و ۸۰ نفر از سالمندان انتخاب گردیدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ و برای آنالیز نتایج از شاخص‌های آماری و رگرسیون خطی استفاده شد.

نتایج: میانگین سن افراد شرکت کننده $71 \pm 67/7$ سال و اکثر آزمودنی‌ها زن و متأهل بودند. کیفیت زندگی سالمندان در حد متوسط بود. از بین سازه‌های مدل پرسید، آگاهی (زیرسازه عوامل مستعد کننده) و عوامل قادر کننده بیشترین قدرت پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی سالمندان را داشتند ($R^2=0/46$).

بحث و نتیجه‌گیری: بنابر نتایج این مطالعه، دو سازه عوامل قادر کننده و زیرسازه آگاهی از عوامل مستعد کننده، مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های کیفیت زندگی شناسایی شدند. پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های آموزشی سالمندان بر موارد مذکور تمرکز بیشتری انجام شود.

واژگان کلیدی: مدل پرسید، کیفیت زندگی، سالمندان، کرمان

مقدمه

سالمندان تشکیل می‌دهند، پیش‌بینی شده است که جمعیت سالمندی جهان بین سال‌های ۱۹۹۵-۲۰۳۰ میلادی از ۹٪ به ۱۶٪ و در ایران از ۵/۶٪ به ۱۷/۵٪ برسد، که مقایسه این آمارها نشان دهنده افزایش روند سالمندی در ایران می‌باشد (۵، ۴).

با افزایش امید به زندگی و طول عمر، مسئله کیفیت زندگی مطرح می‌شود. ارتقای کیفیت زندگی یکی از نگرانی‌های عمده دانشمندان، سیاست‌مداران و متخصصین بهداشت عمومی می‌باشد (۵). از طرفی با

در سال‌های اخیر بهبود وضعیت بهداشتی و درمانی، کنترل بیماری‌های عفونی، تغییر و تحولات در شرایط اقتصادی-اجتماعی و رفاهی در اغلب کشورها و به خصوص کشورهای جهان سوم باعث افزایش امید به زندگی و به تبع آن بیشتر شدن جمعیت سالمندان شده است (۱-۳). سازمان جهانی بهداشت سن سالمندی را ۶۰ سال و بالاتر تعریف کرده است، در حال حاضر ۷۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- پزشک عمومی، MPH، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات نورولوژی، بیمارستان شفا، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۴- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Email: mohabbat.Mohseni@gmail.com

نویسنده‌ی مسئول: محبت محسنی

آدرس: گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران | تلفن: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۰۹۸ | فاکس: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۰۹۴

افزایش طول عمر، فرد سال‌های زیادی را تا زمان رسیدن به مرگ سپری می‌کند. لذا بایستی پیش‌بینی‌های لازم جهت پیشگیری از اختلالات شایع در دوران سالمندی انجام گیرد، چرا که هدف اصلی برنامه‌های ارتقاء سلامت صرفاً افزایش طول عمر و کمیت زندگی (تعداد سال‌های زنده بودن) نبوده بلکه خواهان کیفیت زندگی نیز می‌باشد (۴).

سازمان جهانی بهداشت در تعریفی که از کیفیت زندگی دارد به درک و برداشت‌های ذهنی فرد از موقعیت خود در بستر فرهنگی و سیستم‌های ارزشی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، اهداف و انتظارات، معیارها، استانداردها و اولویت‌هایش تأکید می‌نماید (۸-۶). کیفیت زندگی از نظر دانشمندان دارای ابعاد مختلفی می‌باشد که اکثر آن‌ها بر روی پنج بُعد آن (روحی، روانی، فیزیکی، اجتماعی و علائم مربوط به بیماری) توافق نظر دارند (۲). کیفیت زندگی برای سالمندان اهمیت بیشتری می‌یابد، ولی با این وجود در اغلب موارد این امر مهم مورد توجه قرار نمی‌گیرد (۹).

با افزایش سن به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی که در بدن شخص سالمند رخ می‌دهد، از جمله کاهش احساس بینایی و شنوایی و حواس دیگر و همچنین شکایات و بیماری‌های شایع از جمله عدم تعادل، بی‌اختیاری ادرار، دیابت، فشار خون بالا، آنژین صدری، و اختلال‌های حرکتی، به تدریج در معرض خطر بودن کیفیت زندگی و کاهش آن در فرد سالمند احساس می‌شود که این تهدیدات به خوبی نشان دهنده لزوم بررسی و مداخله جهت ارتقای سلامت این قشر می‌باشد (۱۰-۱۲).

ارزش برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای به میزان اثر بخشی این گونه از برنامه‌ها مربوط می‌باشد و برای

تأثیر بیشتر برنامه آموزشی، استفاده صحیح از مدل‌ها و تئوری‌های آموزش بهداشت بسیار ضروری می‌باشد (۱۳). یکی از الگوهای که جهت طراحی و برنامه‌ریزی ارتقای سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد، مدل پرسید (PRECEDE) می‌باشد (۱۴). این الگو از نتایج نهایی (علت‌ها) شروع می‌شود و طی ۷ مرحله متوالی و مستمر در طراحی، اجرا و ارزشیابی پیش می‌رود. کلمه PRECEDE یک سرواژه برای کلمات مستعد کننده (Predisposing)، تقویت کننده (Reinforcing)، قادر کننده (Enabling)، موجبات قادرسازی در تشخیص علت‌ها (Cause in)، تشخیص آموزشی (Educational diagnosis) و ارزشیابی (Evaluation) است. این الگو بر اساس رشته‌های اپیدمیولوژی، علوم رفتاری- اجتماعی، مدیریت و آموزش بنا شده است. الگوی PRECEDE در واقع یک مدل برنامه‌ریزی است. این مدل رفتار بهداشتی را تحت تأثیر فرد و فاکتورهای محیطی می‌بیند (۱۵).

Green و Kreuter بنیان‌گذاران این مدل می‌باشند. مدل پرسید بر این نکته تأکید دارد که ارزیابی آموزشی و اکولوژیک مناسب باعث طراحی مداخلات مناسب می‌شود (۱۷، ۱۶). این الگو چارچوبی را فراهم می‌کند که عوامل مستعد کننده، تقویت کننده و قادر کننده از عوامل مؤثر بر رفتار در جهت تشخیص آموزشی تعیین گردند (۲۰-۱۸).

تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که ارتباط عوامل مستعد کننده (جزء آگاهی)، بعضی عوامل قادر کننده و عوامل رفتاری با کیفیت زندگی معنی‌دار می‌باشد، اما سازه‌های مستعد کننده (جزء نگرش) و عوامل تقویت کننده با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری نشان ندادند (۲۱).

از آنجایی که جامعه ما رو به سمت سالمند شدن می‌باشد و این قشر معمولاً کمتر به دنبال اطلاعاتی می‌باشند که برای سلامتی آن‌ها ضروری است، لذا ایجاب می‌نماید که مسئولین بهداشت و درمان در جهت یافتن راه‌حلهایی جهت افزایش کیفیت زندگی این افراد باشند و از برنامه‌ریزی‌هایی استفاده کنند که مناسب و مبتنی بر مدل‌های برنامه‌ریزی طراحی شده است. یکی از مناسب‌ترین این مدل‌ها، مدل پرسید-پروسید می‌باشد (۱۵).

این مطالعه با هدف تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی سالمندان انجام شده است. بدین گونه که ارتباط تک‌تک سازه‌های مدل پرسید با کیفیت زندگی برای تعیین مهم‌ترین سازه‌های مدل پرسید که می‌توانند نقش مهمی در ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان داشته باشند، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مقطعی و توصیفی-تحلیلی بود که در تابستان ۱۳۹۳ در مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرمان انجام شد. از آنجایی که مدل پرسید شامل ۵ سازه بود باید به ازای هر سازه ۱۰ نفر وارد مطالعه می‌شد (۲۵) و حجم نمونه ۵۰ نفری کافی بود. اما برای اطمینان بیشتر در این مقاله ۸۰ نفر در نظر گرفته شد. با توجه به این که لیست و پرونده سالمندان در مراکز بهداشتی-درمانی موجود بود، از بین مراکز بهداشتی-درمانی شهر کرمان دو مرکز به صورت تصادفی انتخاب گردید. سپس نمونه‌گیری تصادفی ساده از لیست سالمندان تحت پوشش در هر مرکز بهداشتی-درمانی صورت گرفت. از هر مرکز ۴۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال که دارای پرونده سالمندی بودند، انتخاب شدند. شرایط ورود

ندریان و همکاران در طی پژوهش خود مبنی بر الگوهای پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در شهر یزد بر اساس آنالیز مسیر سازه‌های الگوی پرسید به این نتیجه رسیدند که سلامت به طور مستقیم بر کیفیت زندگی مؤثر می‌باشد. رفتارهای خود مدیریتی نیز از طریق عوامل تقویت‌کننده بر وضعیت سلامت و کیفیت زندگی مؤثر می‌باشند. عوامل مستعدکننده، تقویت‌کننده و قادرکننده نیز از طریق تأثیر بر وضعیت سلامت به طور غیر مستقیم بر کیفیت زندگی مؤثر بودند. عوامل تقویت‌کننده و پس از آن عوامل مستعدکننده به ترتیب دومین و سومین عامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی بودند و عوامل تقویت‌کننده، به عنوان مهم‌ترین عامل مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک، پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی بیماران مشخص گردید (۲۲).

Van Malderen و همکاران در طی مقاله مروری خود به طور کلی هیچ تأثیر نظام‌مندی از مداخلات بر روی کیفیت زندگی سالمندان یافت نکردند، لذا نتیجه گرفتند که دلیل احتمالی آن استفاده افراد از یک روش با کیفیت پایین بوده و اظهار داشتند که در حال حاضر مطالعات با هدف بهبود کیفیت زندگی افراد مسن مقیم سرای سالمندان محدود و اغلب به سمت مداخلات جسمی و روحی هدایت شده‌اند و ابعاد دیگر از نظر دور مانده‌اند (۲۳).

Cattana و همکاران در طی مطالعه خود ارتباط مثبتی را بین کیفیت زندگی افراد مسن و مشارکت داوطلبانه در فعالیت‌های اجتماعی گزارش کردند. در کل مطالعه آن‌ها نشان دهنده این بود که داوطلب بودن افراد مسن در کارها ممکن است به حفظ و احتمالاً بهبود کیفیت زندگی آن‌ها کمک کند (۲۴).

یک از حیطه‌های فوق تعلق نداشت. بنابراین در مجموع این پرسشنامه شامل ۲۶ سؤال بود.

این پرسشنامه در حیطه سلامت جسمانی مواردی از جمله فعالیت‌های روزمره زندگی، قدرت حرکت، درد، بی‌خوابی، انرژی و ظرفیت کاری؛ در حیطه سلامت محیط، امنیت فیزیکی، منابع مالی، مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، موقعیت‌های موجود برای کسب مهارت‌ها و اطلاعات جدید، محیط فیزیکی محل سکونت، موقعیت‌های تفریحی، محیط فیزیکی (آلودگی صدا و هوا و...) و حمل و نقل؛ در حیطه سلامت روان، تفکرات، اعتماد به نفس، یادگیری، حافظه و تمرکز، مذهب و وضعیت روحی و در حیطه روابط اجتماعی؛ حمایت اجتماعی، ارتباطات شخصی و زندگی جنسی را مورد سؤال قرار می‌داد.

در مورد کیفیت زندگی نمره بین (۰-۲۹) نشانگر کیفیت زندگی ضعیف، نمره بین (۳۰-۵۹) نشانگر کیفیت زندگی نامناسب، نمره بین (۶۰-۸۹) متوسط و نمره بین (۹۰-۱۲۰) نشانگر کیفیت زندگی مناسب می‌باشد (۲۵). در این تحقیق امتیاز کلی کیفیت زندگی لحاظ گردید.

پرسشنامه دوم، پرسشنامه ۶۷ سؤالی مدل پرسید بود که اعتبار آن قبلاً از طریق پانل اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران کسب و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تأیید شده بود. نمره‌دهی سازه‌های مدل پرسید به این صورت بود. که در مورد دانش سالمندان شامل ۱۹ سؤال از رفتارها و شیوه زندگی سالم بود. به هر سؤال با مقیاس چند جوابی ۱ نمره داده شد، کمترین امتیاز دانش ۰ و بالاترین امتیاز دانش ۳۴ بود. در خصوص نگرش افراد سالمند ۱۶ سؤال بود و با مقیاس ۳ لیکرتی سنجیده شد، کمترین امتیاز نگرش ۱۶ و بالاترین امتیاز ۴۸ بود. در

به مطالعه داشتن سن ۶۰ سال و بالاتر، رضایت شخصی، داشتن پرونده سالمندی، توانایی فهمیدن مطالب و پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه و معیارهای خروج از مطالعه: فوت، ابتلاء به بیماری خاص که مانع از همکاری فرد شود و عدم همکاری در نظر گرفته شدند.

جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه بود. در کل ۸۰ سالمند در تحقیق شرکت داده شدند که همه آن‌ها پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی The World Health Organization Quality Of Life - BREF (WHOQOL) و پرسشنامه‌ای بر اساس سازه‌های مدل پرسید، شامل عوامل مستعد کننده (دانش و نگرش)، قادر کننده و عوامل رفتاری را تکمیل کردند. جهت تکمیل پرسشنامه‌ها با افراد تماس تلفنی برقرار شد و در مواردی به درب منازل آن‌ها مراجعه شد و از آن‌ها جهت شرکت در کار تحقیقاتی دعوت به عمل آمد و در صورت عدم همکاری، جایگزینی (انتخاب تصادفی فردی دیگر از بین لیست سالمندان) با موارد دیگر انجام شد. پرسشنامه‌ها با کد و بدون ذکر نام بودند و پر کردن آن‌ها توسط پرسشگر آموزش دیده صورت گرفت.

روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت قبلاً در ایران مورد تأیید قرار گرفته است و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۴ تعیین گردیده است (۲۵). این پرسشنامه دارای ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت محیط، سلامت روانی و روابط اجتماعی می‌باشد که مجموع کل سؤالات در حیطه‌های مورد نظر ۲۴ سؤال است و هر کدام از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۳، ۸، ۶ و ۷ سؤال می‌باشند. در این پرسشنامه از ۲ سؤال دیگر نیز استفاده شد که وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی می‌سنجید و به هیچ

ازدواج مجدد، نوع رابطه با فرزندان و... به هر جواب درست با مقیاس چند جوابی ۲ نمره تعلق گرفت، کمترین امتیاز در مورد علل رفتاری ۰ و بیشترین امتیاز ۱۶ بود (۱۹).

اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ وارد شدند، داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آماری توصیفی و تحلیلی نظیر فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار، تجزیه و تحلیل شدند و برای بررسی ارتباط سازه‌های مدل با کیفیت زندگی از آزمون‌های رگرسیون خطی استفاده شد.

نتایج

میانگین سن سالمندان $67/7 \pm 7/1$ سال بود. اکثر آزمودنی‌ها زن، متأهل و بی‌سواد بودند. درآمد ماهیانه تقریباً نصف افراد کمتر از ۵۰۰ هزار تومان در ماه بود و اکثر آن‌ها بازنشسته بودند (جدول ۱).

مورد عوامل تقویت کننده شامل ۴ سؤال در زمینه احساس شخصی فرد، تشویق‌ها و تأییدهایی که از سوی دوستان و آشنایان و افراد پیرامون بعد از انجام رفتار سالم دریافت می‌کند، بود. به هر سؤال با مقیاس چند جوابی ۲ امتیاز اختصاص داده شد که کمترین امتیاز ۰ و بالاترین امتیاز ۸ بود. در مورد عوامل قادر کننده شامل ۱۶ سؤال بود که تسهیلات مورد نیاز جهت ارتقای کیفیت زندگی و برخورداری از شیوه زندگی سالم را دربر می‌گرفت. از جمله میزان درآمد، وضعیت شغلی، منبع درآمد، تلاش برای تغذیه سالم و... به هر سؤال درست با مقیاس چند جوابی ۲ امتیاز تعلق گرفت. کمترین امتیاز در این مورد ۰ و بالاترین امتیاز ۱۶ بود. در مورد علل رفتاری ۱۲ سؤال بود که در زمینه مجموعه رفتارهای سالمی که فرد برای بالا بردن کیفیت زندگی خود انجام می‌دهد مثل شرکت در گروه‌های بازی، بازی با نوه‌ها، قصد

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناسی سالمندان

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	
زن	۴۷(۵۸/۸)
مرد	۳۳(۴۱/۲)
وضعیت تأهل	
متأهل	۵۶(۷۰)
بیوه	۲۴(۳۰)
تحصیلات	
بی سواد	۳۰(۳۷/۵)
ابتدایی	۲۱(۲۶/۲)
راهنمایی	۱۲(۱۵)
دبیرستانی	۱۰(۱۲/۵)
دانشگاهی	۷(۸/۸)
درآمد	
کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۴۱(۵۱/۲)
بین ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون	۲۸(۳۵)
بیشتر از ۱ میلیون تومان	۱۱(۱۳/۸)
شغل	
شاغل	۱۵(۱۸/۷)
بازنشسته	۳۲(۴۰)
آزاد	۱۱(۱۳/۸)
خانه دار	۲۲(۲۷/۵)

یافته‌ها حاکی از آن است که میانگین نمره کلی کیفیت زندگی سالمندان در حد متوسط (۷۵/۹) بود. میانگین نمرات به تفکیک سازه‌ها در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سازه‌های مدل پرسید و کیفیت زندگی

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	کمترین	بیشترین
دانش	۱۸/۵ \pm ۵/۳	۱۱	۳۴
نگرش	۴۱/۵ \pm ۵/۲	۱۲	۴۸
قادر کننده	۱۰/۲ \pm ۲/۱	۵	۱۵
تقویت کننده	۳/۳ \pm ۱/۹	۰	۸
علل رفتاری	۸/۴ \pm ۱/۹	۲	۱۴
کیفیت زندگی	۷۵/۹ \pm ۱۵/۵	۳۳	۱۱۹

مراحل تحلیل مسیر مبتنی بر تحلیل رگرسیون برای به دست آوردن مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی براساس مدل پرسید در جدول ۳ این گونه انجام شد که ابتدا متغیر کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و بقیه متغیرها از جمله عوامل مستعد کننده، تقویت کننده و قادر کننده به عنوان متغیر مستقل مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مرحله توان پیشگویی‌کنندگی کلی ۰/۴۶۷ به دست آمد و بتای استاندارد شده آگاهی و علل رفتاری با کیفیت زندگی معنی‌دار شدند. در مرحله دوم متغیری

که کمترین بتای استاندارد را داشت (عوامل تقویت کننده) کنار گذاشته شد و مراحل تحلیل رگرسیون خطی تکرار گردید که در این مرحله توان پیشگویی‌کنندگی این سازه‌ها که شامل آگاهی، نگرش، عوامل قادر کننده و علل رفتاری بود ۰/۴۷۶ به دست آمد و آگاهی و عوامل قادر کننده با کیفیت زندگی معنی‌دار شدند. در مرحله سوم آنالیز نیز متغیری که کمترین بتای استاندارد شده را داشت (نگرش) کنار گذاشته شد و ارتباط بقیه سازه‌ها با کیفیت زندگی که متغیر وابسته بود سنجیده شد و توان پیشگویی‌کنندگی ۰/۴۷۴ به دست آمد. در مرحله چهارم نیز مانند مراحل قبلی سازه‌ای که کمترین بتای استاندارد را داشت کنار گذاشته شد که علل رفتاری در این مرحله کمترین بتای استاندارد شده را داشت و تنها آگاهی و عوامل قادر کننده در اینجا باقی ماند که بالاترین بتای استاندارد مربوط به عوامل قادر کننده بود (۰/۴۸) و توان پیشگویی‌کنندگی عوامل قادر کننده و آگاهی ۰/۴۶۷ به دست آمد که نشان دهنده این است که عوامل قادر کننده و آگاهی به تنهایی می‌توانند پیشگویی‌کننده‌های خوبی برای کیفیت زندگی باشند.

جدول ۳: رابطه سازه‌های مدل پرسید (مدل پرسید مراحل اول تا چهارم) با متغیر کیفیت زندگی بر اساس آنالیز رگرسیون

مرحله	بتا استاندارد	معنی‌داری	R ²	متغیر وابسته
اول	آگاهی	۰/۳۷	<۰/۰۰۱	کیفیت زندگی
	نگرش	-۰/۰۳۹	۰/۶۷	
	قادر کننده	۰/۴۶	<۰/۰۰۱	
	تقویت کننده	-۰/۰۳	۰/۷۶	
دوم	علل رفتاری	۰/۱	۰/۲۹	کیفیت زندگی
	آگاهی	۰/۳۶	<۰/۰۰۱	
	نگرش	-۰/۰۴	۰/۶۱	
	قادر کننده	۰/۴۵	<۰/۰۰۱	
سوم	علل رفتاری	۰/۰۹	۰/۳	کیفیت زندگی
	آگاهی	۰/۳۷	<۰/۰۰۱	
	قادر کننده	۰/۴۵	<۰/۰۰۱	
	علل رفتاری	۰/۰۹	۰/۳۲	
چهارم	آگاهی	۰/۳۸	<۰/۰۰۱	کیفیت زندگی
	قادر کننده	۰/۴۸	<۰/۰۰۱	

برطبق جدول ۴ بیشتر سالمندان از آگاهی متوسط و عوامل قادرکننده و علل رفتاری متوسط، اما از عوامل نگرش خوب برخوردار بودند. همچنین بیشتر آنان از تقویت کننده ضعیف برخوردار بودند.

جدول ۴: فراوانی نسبی سازه‌های مدل پرسید در سالمندان شهر کرمان

متغیر	فراوانی	درصد
آگاهی	ضعیف	۲
	متوسط	۶۶
	خوب	۱۲
نگرش	ضعیف	۰
	متوسط	۱۵
	خوب	۸۵
عوامل قادر کننده	ضعیف	۳
	متوسط	۵۴
	خوب	۲۳
عوامل تقویت کننده	ضعیف	۴۰
	متوسط	۲۲
	خوب	۱۸
علل رفتاری	ضعیف	۴
	متوسط	۷۳
	خوب	۳

برطبق جدول ۵ بین تمامی متغیرهای جمعیت شناختی (تاهل، تحصیلات، درآمد) به جزء جنس و شغل ارتباط معنادار مستقیمی با کیفیت زندگی سالمندان داشتند.

جدول ۵: ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی با کیفیت زندگی

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	معنی‌داری
جنس	زن	۷۴/۷ \pm ۱۶/۱
	مرد	۷۷/۵ \pm ۱۴/۵
تاهل	متاهل	۷۸/۹ \pm ۱۵/۱
	بیوه	۶۸/۷ \pm ۱۴
تحصیلات	بی‌سواد	۷۱/۳ \pm ۱۷/۵
	ابتدایی	۷۳/۴ \pm ۱۲/۳
	راهنمایی	۷۷ \pm ۱۷/۱
	دبیرستان	۸۲/۸ \pm ۹/۷
	دانشگاهی	۹۰/۸ \pm ۷
درآمد	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۶۸/۶ \pm ۱۴/۳
	بین ۵۰۰ تا ۱ میلیون تومان	۸۰/۴ \pm ۱۳/۸
	بیشتر از ۱ میلیون تومان	۸۹ \pm ۱۱/۲
شغل	شاغل	۸۳/۲ \pm ۱۴/۹
	بازنشسته	۷۷ \pm ۱۳/۸
	آزاد	۷۵/۲ \pm ۱۷/۴
	خانه دار	۶۹/۴ \pm ۱۵/۶

بحث

این مطالعه نشان داد کیفیت زندگی افراد شرکت کننده در حد متوسط است. مطالعه حبیبی سولا و همکاران با عنوان بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان با استفاده از گونه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی (SF12)، نیز میانگین کیفیت زندگی سالمندان را متوسط گزارش نمودند (میانگین و انحراف معیار $32/8 \pm 8/9$) (۲۶). یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه Barry که با استفاده از پرسشنامه ۳۶ سؤالی کیفیت زندگی براساس خود اظهاری سالمندان از کیفیت زندگی انجام یافته است، نیز همخوانی دارد. محقق علت این امر را سطح بیشتر رضایتمندی سالمندان به نسبت جوان‌ترها از زندگی می‌داند (۲۷).

یکی از دلایلی که می‌توان علت متوسط بودن کیفیت زندگی سالمندان دانست این است که سالمندان نسبت به جوان‌ترها از خودانگاره مثبتی برخوردارند. شاید یکی از دلایل موضوع این باشد که سالمندان زندگی ساده‌تر و توقعات کمتری از زندگی دارند، علت دیگری که می‌توان پیشنهاد نمود این است که سالمندان پس از گذشت سال‌های بیشتری از عمر به بسیاری از خواسته‌های خود دست یافته‌اند. از طرفی دیگر احمدی و همکاران در طی مطالعه خود با عنوان بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان به این نتیجه رسیدند که میانگین نمره کیفیت زندگی در تمامی شاخص‌های هشت‌گانه آن کمتر از حد متوسط بود و در نتیجه نمره کلی کیفیت زندگی $(/0.41/7)$ آن‌ها کمتر از حد متوسط بوده که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۲۸). شاید علت آن وجود تفاوت‌های فرهنگی و نوع ساختار جوامع مورد مطالعه باشد، زیرا کیفیت زندگی به درک و برداشت

های ذهنی فرد از موقعیت خود در بستر فرهنگی و سیستم‌های ارزشی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند بستگی دارد.

در این پژوهش وضعیت تأهل با کیفیت زندگی رابطه معنادار مستقیمی داشت به این صورت افرادی که متأهل بودند از کیفیت زندگی بالاتری نیز برخوردار بودند. وحدانی‌نیا و همکاران نیز در طی پژوهش خود به عامل تأهل در بهبود کیفیت زندگی دست یافته‌اند (۲۹). در این زمینه صالحی و همکاران در طی پژوهش خود که در سالمندان عضو کانون های سالمندی شهر تهران انجام داده بودند به نقش تأهل در بهبود کیفیت زندگی اشاره کرده‌اند (۳۰)، آهنگری و همکاران نیز در طی پژوهشی که در فرهنگسرای سالمندی شهر تهران انجام داده بودند بیان داشتند کسانی که متأهل بودند نسبت به افراد بیوه از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند (۳۱). Hagedoorn و همکاران در مطالعه‌ای که در گرونینگن انجام دادند بیان داشتند سالمندانی که متأهل بودند از اضطراب کمتر و در نتیجه سلامت روحی بهتری برخوردار بودند (۳۲).

در مورد متغیر درآمد، ارتباط مستقیم معناداری بین میزان درآمد و کیفیت زندگی یافت شد به این معنی که هرچه میزان درآمد بالاتر بود، سالمندان نیز از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. Shear و همکاران نیز به نقش درآمد در میزان کیفیت زندگی اشاره کرده است. به این صورت که سالمندان با درآمد پایین به دلیل داشتن مشکلات بالینی مکرر و عدم دریافت مراقبت‌های بالینی استاندارد از کیفیت زندگی پایین‌تری نیز برخوردارند. در این زمینه علی اصغرپور و عیب پوش نیز به نتایج مشابه پژوهش حاضر دست یافتند (۳۳، ۳۴).

عوامل زمینه‌ای همراه با جنس بر کیفیت زندگی تأثیر گذارند.

در این مطالعه با حضور اثر تمامی متغیرها بر روی کیفیت زندگی، مشاهده می‌شود که عوامل قادر کننده بیشترین قدرت پیش‌بینی کنندگی را بر روی کیفیت زندگی سالمندان دارند. در مطالعه ندریان و همکاران با موضوع طراحی الگوی عوامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اولسرپپتیک بر اساس آنالیز مسیر سازه‌های مدل پرسید، نیز سهم عوامل قادر کننده ۰/۲ به دست آمده بود (۲۲). مطالعه فلاحی و همکاران نیز عوامل قادر کننده را قوی‌ترین پیش‌بین (۰/۱۳) مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اولسرپپتیک بر اساس مدل پرسید در شهر سنج شناسایی نموده‌اند (۳۹). به نظر می‌رسد عوامل قادر کننده که در مطالعه حاضر شامل میزان درآمد، بیمه درمانی، دسترسی به امکانات بهداشتی، امکانات رفاهی و مهارت‌ها بود، در سالمندان از ضعف زیادی برخوردار است. سالمندان به دلیل کهولت سن نیاز بیشتری به مواردی به جزء عوامل قادر کننده دارند. در مطالعه حاضر بعد از عوامل قادر کننده بیشترین سهم پیشگویی‌کنندگی مربوط به آگاهی بود که جزء عوامل مستعد کننده می‌باشد. در مطالعه ندریان و همکاران با موضوع طراحی الگوی عوامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اولسرپپتیک بر اساس آنالیز مسیر سازه‌های مدل پرسید سهم عوامل مستعد کننده جهت پیشگویی کیفیت زندگی خوب (۰/۲۸) بود (۲۲). در مطالعه فلاحی و همکاران با موضوع عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اولسرپپتیک بر اساس مدل پرسید، آگاهی که جزء عوامل مستعد کننده بود، قدرت پیش‌بینی کنندگی ضعیفی ($\beta=0/09$) داشت

بین متغیر شغل و کیفیت زندگی سالمندان ارتباط معناداری یافت نشد. رفعتی و همکاران در طی پژوهش خود به نقش شغل در افزایش کیفیت زندگی سالمندان اشاره کرده‌اند (۳). در مطالعه صالحی و حیدری افراد بازنشسته به دلیل داشتن حقوق بازنشستگی از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند (۳۰)، شاید یکی از دلایل متفاوت بودن نتایج پژوهش‌ها این باشد که مطالعه صالحی و حیدری در کانون‌های بازنشستگی و مطالعه رفعتی و همکاران در آسایشگاه کهریزک انجام یافته‌اند و نماینده کل جامعه نمی‌باشند (۳،۳۰).

در پژوهش حاضر بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی نیز ارتباط معنادار مستقیمی یافت شد. بدین معنا که هرچه میزان تحصیلات فرد بالاتر بود، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. در این زمینه نتایج پژوهش حاضر با پژوهش وحدانی‌نیا و همکاران، Lee و Friedman، Meek Shinkai و همکاران و صالحی و حیدری همخوانی دارد (۲۹، ۳۰، ۳۷-۳۵). این نتیجه دور از ذهن نبود زیرا افرادی که از سطح تحصیلات بالاتری برخوردارند از شغل بهتر و میزان درآمد بالاتری نیز بهره‌مند می‌باشند که تمامی این عوامل در افزایش میزان کیفیت زندگی فرد دخیل می‌باشند.

در مورد متغیر جنس ارتباط معناداری با کیفیت زندگی سالمندان یافت نشد. ولی صالحی و حیدری به این نتیجه رسیدند که زنان از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به مردان برخوردارند. در حالی که Azpiazu Garrido و همکاران بیان کردند که کیفیت زندگی در مردان بالاتر از زنان می‌باشد (۳۸، ۳۰). شاید یکی از دلایل وجود تفاوت این باشد که جنس عامل مؤثری بر کیفیت زندگی نیست، بلکه

بنابر شواهد به دست آمده در این مطالعه دو سازه عوامل قادر کننده و بخش آگاهی عوامل مستعد کننده از اهمیت بیشتری برخوردار بودند. پس از این دو عامل (عوامل قادر کننده و آگاهی) به ترتیب علل رفتاری، نگرش و عوامل تقویت کننده قرار دارند که می‌توانند به عنوان حیطه مداخلات مبتنی بر کیفیت زندگی سالمندان با استفاده از مدل پرسید مورد استفاده قرار گیرند، همچنین در مورد سالمندان جهت بهبود کیفیت زندگی آن‌ها در نظر گرفتن مشاغل برای این قشر بسیار مفید می‌باشد. زیرا علاوه بر سرگرمی آن‌ها و جلوگیری از ابتلا به افسردگی باعث کسب درآمد می‌شود که در بهبود کیفیت زندگی سالمندان تأثیرگذار خواهد بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی به شماره ۹۳/۴۷۱ تحت عنوان بررسی تأثیر مداخله آموزش بهداشت بر اساس مدل پرسید-پرسید بر روی کیفیت زندگی سالمندان شهر کرمان می‌باشد و با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام یافته است. نویسندگان از حامی پروژه و تمامی سالمندانی که در این طرح مشارکت داشتند، کمال تشکر را دارند.

(۳۹). از دلایل احتمالی آگاهی ضعیف سالمندان در خصوص مسائل مربوط به کیفیت زندگی می‌توان گفت که آن‌ها به دلیل عدم سواد کافی، کم حوصلگی، ضعف در بینایی و شنوایی، کمتر با مسائل بهداشتی در ارتباط هستند و کمتر با منابعی که اطلاعات صحیح را در اختیار آن‌ها قرار دهد مواجهند.

در مطالعه حاضر متغیرهای عوامل قادر کننده و بخش آگاهی عوامل مستعد کننده، به طور غیر مستقیم بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیرگذار بودند که این نتایج با مطالعه ندریان و همکاران (۴۰) و ندریان و همکاران (۲۲) همخوانی داشت.

پیشنهاد می‌گردد جهت بهبود کیفیت زندگی سالمندان با انجام مداخلاتی بر روی عوامل قادر کننده و مستعد کننده به خصوص بخش آگاهی آن، به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها کمک کرد.

از آنجا که نمونه‌ها از دو مرکز بهداشت جمع‌آوری شده‌اند در تعمیم‌پذیری نتایج بایستی احتیاط شود و همچنین ماهیت مقطعی این مطالعه نیز از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بودند. از آنجایی که به دلیل سالمند بودن افراد، جمع‌آوری اطلاعات در حجم نمونه بیشتر دشوار بود، لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی حجم نمونه بیشتر و تعداد مراکز درمانی بیشتری مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

References

1. Ajh N, Mehrtash B, Javadi A. Effect of education and social support on quality of life among elderly living in nursing homes in 2010. J Qazvin Univ Med Sci. 2012; 16(3): 46-52. Persian.
2. Aghanoore A, Mahmodi M, Salehi H, Jafarian K. Quality of life in the elderly people covered by health centers in the urban areas of Markazi Province, Iran. Salmand. 2012; 6(4): 20-9. Persian.

3. Rafati N, Yavari P, Mehrabi Y, Montazeri A. Quality of life among Kahrezak charity institutionalized elderly people. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2005;3(2):66-74. Persian.
4. Haveman-Nies A, De Groot LC, Van Staveren WA; Survey in Europe on Nutrition and the elderly: a concerted action study. Relation of dietary quality, physical activity, and smoking habits to 10-

- year changes in health status in older Europeans in the SENECA study. *Am J Public Health*. 2003 Feb;93(2):318-23.
5. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak Senior House. *Iran Journal of Nursing*. 2011;24(72):48-54. Persian.
 6. Kermansaravi F, Montazeri A, Bayat M. Quality of life in employed and housewife women: a comparative study. *Payesh*. 2012;11(1):111-6. Persian.
 7. Nejat S. Quality of life and its measurement. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2008;4(2):57-62. Persian.
 8. Yen CF, Kuo CY, Tsai PT, Ko CH, Yen JY, Chen TT. Correlations of quality of life with adverse effects of medication, social support, course of illness, psychopathology, and demographic characteristics in patients with panic disorder. *Depress Anxiety*. 2007;24(8):563-70.
 9. Garousi S, Safizadeh H, Samadian F. The study of relationship between social support and quality of life among elderly people in Kerman. *J Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2012;11(3):303-15. Persian.
 10. Smeltzer SC, Bare B, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 12th ed. North American: Lippincott Williams and Wilkins; 2012.
 11. Knussen C, Tolson D, Brogan CA, Swan IR, Stott DJ, Sullivan F. Family caregivers of older relatives: ways of coping and change in distress. *Psychol Health Med*. 2008 May;13(3):274-90.
 12. Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychol*. 1988;7(3):269-97.
 13. Hazavehei SM, Pirzadeh A, Entezari MH, Hasanzadeh A. The effect of educational program based on BASNEF model on the nutritional behavior of students. *Zahedan J Res Med Sci*. 2010; 13(1): 23-9. Persian.
 14. Hosseini Z, Moeini B, Hazavehei SM, Aghamollai T, Moghimbeigi A. Effect of educational stress management, based on Precede model, on job stress of nurses. *Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2011;15(3):200-8.
 15. Safari M, Shojaeizade D, Ghofrani F, Hedarnya A, Pakpor A. *Health education and promotion. Knowledge*. 2th ed. Tehran: Sobhan; 2012.
 16. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education, Theory, Research and Practice. In: Gielen AC, McDonald EM, Gary TL, Bone LR, editors. *Using the Precede-Proceed Planning Model to apply Health Behavior Theories*. 4th ed. San Francisco: Wiley: Jossey-Bass; 2008. p. 36-409.
 17. Green L, Kreuter MW. *Health program planning: an educational and ecological approach*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
 18. Jalili Z, Faghhi Zadeh S, Heydarnia AR, Hazaveei MM, Sadat Hashemi SM. Using the Precede model for causal analysis of mothers' preventive behaviors in Iron deficiency anemia of children aged 1-5 years old. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2002;9(2):93-101. Persian.
 19. Afkari ME, 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. *Salmand*. 2011;5(18):37-45. Persian.
 20. Sharifirad GR, 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. *J Health Syst Res*. 2011;7(5):596-605.
 21. Matin H, Rastgarimehr B, Afkari ME, Solhi Mahnaz, Taghdisi MH, et al. Relationship between the educational stage of PRECEDE model and quality of life improvement in the elderly affiliated with Tehran culture house for the aged. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2014;13(6):469-78.
 22. Nadrian H, Tol A, Hoursan H, Fallahi A. Model of ulcer peptic patients' quality of life predictors based on path analysis of the PRECEDE model in Sanandaj. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2013;20(115):58-69.
 23. Van Malderen L, Mets T, Gorus E. Interventions to enhance the Quality of Life of older people in residential long-term care: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 2013 Jan;12(1):141-50.
 24. Cattana M, Hogg E, Hardillb I. Improving quality of life in ageing populations: What can volunteering do? *Maturitas*. 2011 Dec;70(4):328-32.
 25. Alizadeh S, Mohseni M, Khanjani N, Momenabadi V. Correlation between social participation of women and their quality of life in Kerman. *Health Promotion Managemen*. 2014;3(2):34-43.
 26. Habibi Sola A, Nikpour S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of Tehran; A cross sectional survey. *Iran Journal of Nursing*. 2008;21(53):29-39. Persian.
 27. Barry PP. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. *Am J Gastroenterol*. 2000 Jan;95(1):8-10.

28. Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. Quality of life in Zahedan elderly population. *Hayat*. 2004; 10 (3):61-7. Persian.
29. Vahdani Nia MS, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population-based study. *Payesh*. 2005;4(2):113-20. Persian.
30. Salehi L, Haidari F. Efficacy of PRECEDE model in promoting nutritional behaviors in a rural society. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2011;6(4):21-7. Persian.
31. Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. Quality of Elderly's Life in Tehran Senile Culture House Clubs. *Salmad*. 2007;2(3):182-9. Persian
32. Hagedoorn M, Van Yperen NW, Coyne JC, van Jaarsveld CH, Ranchor AV, van Sonderen E, et al. Does marriage protect older people from distress? The role of equity and recency of bereavement. *Psychol Aging*. 2006 Sep;21(3):611-20.
33. Shear K, Ginsberg DL, Roose SP, Hollander E. Depression in the elderly: the unique features related to diagnosis and treatment. *CNS Spectrums*. 2005;10(8):1-13.
34. Aliasqarpour M, Eybpoosh S. The Quality of Life of Elderly Nursing Home Residents and Its Relationship with Different Factors. *Iran Journal of Nursing*. 2012;25(75):60-70. Persian.
35. Lee Y, Shinkai S. A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Arch Gerontol Geriatr*. 2003 Jul-Aug;37(1):63-76.
36. Friedman EM, Love GD, Rosenkranz MA, Urry HL, Davidson RJ, Singer BH, et al. Socioeconomic status predicts objective and subjective sleep quality in aging women. *Psychosom Med*. 2007 Sep-Oct;69(7):682-91.
37. Meeks S, Murrell S. Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative affect. *J Aging Health*. 2001 Feb;13(1):92-119.
38. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Alvarez De Mon Rego C. Quality of life in noninstitutionalized persons older than 65 years in two health care districts in Madrid. *Aten Primaria*. 2003 Mar 31;31(5):285-92.
39. Falahi A, Nadrian H, Mohammadi S, Baghiyani Moghadam MH. Utilizing the PRECEDE Model to predict quality of life related factors in patients with Ulcer Peptic Disease in Sanandaj, Kurdistan, Iran. *Payavard Salamat*. 2009;3(1-2):30-43. Persian.
40. Nadrian H, Morowati Sharifabad MA, Soleymani Salehabadi H. Paradims of rheumatoid arthritis patients quality of life predictors based on path analysis of the PRECEDE model. *Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2010;14(1):32-44. Persian.

The Factors Predicting Quality of Life in Elderly People in Kerman Using PRECEDE Model

Somayeh Alizadeh¹, Seyyed Vahid Ahmadi Tabatabaei², Narges Khanjani³,
Mohabbat Mohseni⁴

Abstract

Background: As life expectancy and the population of old people increases, quality of life in elderly people becomes more important. The aim of this study was to determine the factors predicting quality of life in elderly people using PRECEDE model.

Methods: This is a cross-sectional descriptive-analytical study. Data were collected using the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)–BREF questionnaire and another questionnaire including 67 questions according to the PRECEDE model components, which its reliability and validity were approved. Multi-stage random sampling method was used in two healthcare centers in Kerman and 80 elderly people were selected. Data were analyzed using linear regression and statistical indices via SPSS 15.

Results: The mean age of participants was 67.7 ± 7.1 years old, and most of them were female and married. The quality of life of elderly people was moderate. Among components of the PRECEDE model, knowledge (a component of predisposing factors) and enabling factors were the most significant factors predicting quality of life among the participants ($R^2 = 0.46$).

Conclusion: According to the results, enabling factors and knowledge (a component of predisposing factors) were identified as the most important factors predicting quality of life. Therefore, more focus on these factors in educational programs for elderly people is recommended.

Keywords: PRECEDE Model, Quality of Life, Elderly, Kerman

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

2- MD, MPH, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- Associate Professor, Neurology Research Center, Shafa Hospital, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Mohabbat Mohseni **Email:** mohabbat.Mohseni@gmail.com

Address: Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Tel: 034-31325098 **Fax:** 034-31325094