The effect of mental health education on mental health Promotion and quality of life of elderly teachers

Zare Mehrjardi M[1], Khavari Z[2], Dehghani A[3],Nasiriani KH[4]*

Abstract

Introduction and purpose: Older people are a rapidly growing in worldwide. It is important to maintain the mental health and quality of life of the elderly. This study aimed to determine the effect of mental health education on promoting mental health and quality of life in older teachers.

Materials and Methods: This semi-experimental study was a two-group pre-test-post-experimental study of 84 retired teachers who were selected based on the proposed sampling. Then, with random allocation software, they were divided in two groups of test and control with 42-person .A demographic questionnaire, SF-36 quality of life, and Goldberg's general healths were completed self-reportedly. Data were analyzed using SPSS software version 16.

Findings: According to the finding of mental health, Pre-test in experimental (35.21±2.6) and control group (34.40±5.01) had no significant difference (P = 0.41). But the mean after the mental health education program was in the test group (30.36±2.62) and control (34.8±5.14) and there was a significant difference (P = 0.0001).The mean score of quality of life in the experimental (60.9±7.19) and the control group (61.69±3.55) was not significantly different (P = 0.52). There). But After the mental health education program, the mean score of the experimental group (65.64±5.98) and control (61.3±3.3) was significant and a significant difference was found (P = 0.01).

Conclusion:The findings of this study show the positive impact of mental health education programs on mental health status and quality of life in the elderly. Therefore, using this educational approach is suggested to improve and promote mental health and quality of life.

***Keywords**: Mental Health Education, Mental Health, Quality of Life, Retired Teacher, Elderly*

Received: 2019/01/27 *Accepted: 2019/03/6*

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 - master of Science student in geriatric nursing, Nursing & midwifery research center, School of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University, Yazd, Iran

[2] - Master of Nursing, Instructor, Meybod nursing college, Shahid Sadoughi University, Yazd, Iran.

3 - MS in Biostatistics, Instructor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Shahid Sadoughi University, Yazd, Iran.

[4] - PhD of Nursing, Associate Professor, Department of Nursing, Nursing & midwifery research center, Shahid Sadoughi University, Yazd, Iran. (**Corresponding Author):E-mail:** nasiriani@gmail.com

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

بررسی تأثیر آموزش بهداشت روان بر ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی معلمان بازنشسته

مرضیه زارع مهرجردی[۱]، زهره خاوری[۲]، عارفه دهقانی[۳]، خدیجه نصیریانی[۴]*

تاریخ دریافت مقاله: ۱۱/۷ /۱۳۹۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۱۵

چکیده

مقدمه وهدف :جمعیت سالمندی با سرعت چشمگیری در سراسر دنیا در حال افزایش است و حفظ سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان از امور مهم و اساسی می‌باشد. مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش بهداشت روان بر ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی معلمان بازنشسته صورت گرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه نیمه تجربی دوگروهی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون بود که بر روی ۸۴ معلم بازنشسته که به صورت مبتنی بر هدف انتخاب شدند انجام شد که با نرم افزار تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل ۴۲ نفره قرار گرفتند برای گروه آزمون برنامه‌ای آموزشی پنج جلسه ای آموزشی برگزار گردید پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک، کیفیت زندگی SF-۳۶ و سلامت عمومی گلدبرگ به‌صورت خودگزارش دهی تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: براساس یافته‌ها میانگین سلامت روان گروه آزمون(۲/۶±۳۵/۲۱) و کنترل (۵/۰۱±۳۴/۴۰)پیش از مداخله بود و تفاوت معناداری نداشت (P=۰/۴۱)؛ اما میانگین پس از برنامه آموزش بهداشت روان در گروه آزمون (۲/۶۲±۳۰/۳۶) و کنترل (۵/۱۴±۳۴/۸۱) بود و تفاوت معناداری وجود داشت (P=۰/۰۰۰۱). قبل از مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی گروه آزمون (۷/۱۹±۶۰/۹) و کنترل(۳/۵۵±۶۱/۶۹) بود و تفاوت معناداری نداشت (P=۰/۵۲) اما پس از برنامه آموزش بهداشت روان میانگین نمره گروه آزمون(۵/۹۸±۶۵/۶۴) و کنترل (۳/۳±۶۱/۹۳) بود و تفاوت معناداری یافت شد (P=۰/۰۱) .

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه تأثیر مثبت برنامه‌های آموزشی سلامت روان را بر وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان نشان می‌دهد. لذا استفاده ازاین‌رویکرد آموزشی جهت بهبود و ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه ها: آموزش بهداشت روان، سلامت روان، کیفیت زندگی، معلمان بازنشسته، سالمند

۱ – دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
۲ – کارشناس ارشد پرستاری، مربی، دانشکده پرستاری میبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
۳ – کارشناس ارشد آمار زیستی، مربی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
۴ – دکترای پرستاری، دانشیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی ، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** nasiriani@gmail.com

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

کهنسالی بیماری نیست، بلکه واقعیتی اجتناب‌ناپذیر در گذرگاه طبیعی زندگی هر فرد است (۱). در حال حاضر، حدود ٪۷ از جمعیت دنیا را افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دهند(۲). با توجه به اینکه سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است، توجه به نیازها و مسائل آن از اهمیت خاصی برخوردار است ازجمله سالمندان دچار مشکلات بهداشتی- درمانی زیادی هستند که می‌تواند سلامت روان آنها را به خطر بیندازد(۳).

سالمندی از بعد روحی و روانی به معنی فرسودگی تدریجی روانی می‌باشد که باعث می‌شود طراوت و شادابی، اعتمادبه‌نفس، جرات ریسک کردن، احساس مفید بودن و تعلق داشتن کاهش یابد (۴, ۵). همچنین سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، انزوای اجتماعی و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی، در موارد زیادی استقلال فردی‌شان مورد تهدید قرار می‌گیرد(۶). بعلاوه با افزایش سن، از دست دادن عزیزان به ویژه همسر، دوری از فرزندان، ابتلای به بیماری‌های جسمی، مصرف داروهای مختلف، افت قوای شناختی، عوامل طبیعی و بیولوژی، همگی از عواملی هستند که فرد سالمند را مستعد ابتلای به افسردگی، اختلالات شناختی و اضطراب می‌نماید(۴, ۵). گزارش اخیر سازمان بهداشت جهانی حاکی از آن است که اختلالات روانی حدود ۱۰ درصد از افراد بالغ، جوامع را گرفتار کرده است و بروز آن رو به افزایش است. از سویی مطالعات متعدد بیانگر آن است که با افزایش سن، اختلالات روانی افزایش می‌یابد (۷). بنابراین حفظ سلامت روان سالمندان یکی از امور مهم و اساسی می‌باشد(۸) .

امروزه جمعیت سالمندان در سراسر دنیا رو به افزایش است و بیماری‌ها و مشکلات حاصل از این مرحله تکاملی می‌تواند به شدت بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیرگذار باشد(۹). با افزایش سن، اختلال عملکرد جسمانی افزایش می‌یابد و بر توانایی حفظ استقلال تأثیر می‌گذارد و نیاز به کمک را در سالمندان افزایش می‌دهد که این امر می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی سالمندان مؤثر باشد(۱۰). کیفیت زندگی یکی از پیامدهای پراهمیت در ارزیابی‌های سلامت می‌باشد(۱۱). توجه به سلامتی و کیفیت زندگی سالمندان موضوعی چالش‌برانگیز است(۱۲) و تداوم و نگهداری سطح بالای کیفیت زندگی با افزایش سن از جمله نگرانی‌های بهداشت عمومی می‌باشد(۲). دست‌یابی به شیوه‌های مناسب برای ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد(۱۲) .به نظر می رسد سالمندانی که از سلامت روانی خوبی برخوردارند، بهتر می‌توانند با وضعیت فعلی خود سازگاری پیدا کنند و رابطه بهتری با افراد خانواده، محیط و ارتباطات اجتماعی خوبی داشته باشند و رضایت زندگی در آنها بالاتر می‌رود و باعث افزایش کیفیت زندگی در آنها می‌شود و در نتیجه میزان بستری شدن آنها در بیمارستان کاهش می‌یابد و هزینه‌های خدمات بهداشتی درمانی هم به دنبال آن کاهش می‌یابد(۱۳).شاید یکی از راهکارهای حفظ کیفیت زندگی سالمندان توجه به بهداشت روان آنها می‌باشد.

بهداشت روان دانشی است به افراد کمک می‌کند که با استفاده از روش‌های صحیح از لحاظ روانی و عاطفی، توانایی سازگاری با محیط و افراد را به دست آورد(۱۴). سیاستمداران و کارکنان بهداشتی – درمانی با برنامه‌ریزی دقیق و مناسب برای سالمندان می‌توانند موجب شوند سالمندان از دوران سالخوردگی شاد و مولّد، لذت برده و به عنوان یک جزء یکپارچه با جامعه تلقی شوند که بهداشت روان یکی از مهم‌ترین برنامه‌ها می‌باشد(۱۵). آموزش‌های بهداشت روان می‌تواند همراه با افزایش کارایی و

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

استقلال سالمندان شده و آنان را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان‌های مختلف آن کمک کند(۱۶). همچنین باعث ارتقاء رفتارهای خود مراقبتی، مدیریت استرس، ارتباطات بین فردی، فعالیت‌های جسمانی، رشد معنوی و مسئولیت‌پذیری در قبال وضعیت سلامت باشد(۱۷).

وضعیت شغلی افراد سالخورده تفاوت‌هایی در کیفیت زندگی و وضعیت سلامت روان آنها به همراه دارد (۱۸).بازنشستگی به عنوان پدیده اجتماعی، واقعیت مهمی است که لاجرم در زندگی شغلی انسان رخ می‌دهد، این پدیده دارای ابعاد و تبعات مختلف است(۱۹) شرایط خاص دوران بازنشستگی موجب می‌شود که افراد بازنشسته تحت تأثیر ویژگی‌های فردی و اجتماعی آن را به عنوان یک حادثه پرتنش زندگی تجربه نمایند(۱۹). از دید بعضی از افراد، بازنشستگی شروع جدید و دورهای معنادار از زندگی است که در آن، تعهدات کاری حذف شده و افراد قادرند، فعالیت‌های غیرکاری خود را را اولویت‌بندی کنند و به آنها برسند(۲۰). درحالی‌که ممکن است شرایط بازنشستگی و نوع حرفه فرد موجب شود که بازنشستگان آن را به عنوان یک حادثه پرتنش زندگی تجربه نمایند و دچار مشکلات روانی و اجتماعی شوند (۱۹) معلمان بازنشسته با توجه به ماهیت استرس‌زای تدریس از مشکلات سلامت روان بیشتری نسبت به شاغلین دیگر مشاغل رنج می‌برند(۲۱). یانگ و همکاران (۲۰۱۹) می‌نویسند سلامت روانی معلمان به‌خصوص در ابعاد خصومت و روان‌پریشی به‌طورکلی روبه‌زوال است، بنابراین باید به استرس شغلی معلمان توجه شود و اقدامات مؤثر در جهت بهبود سلامت روان آنها در مقیاس جهانی صورت گیرد(۲۲). لذا با توجه به اهمیت بهداشت روان در ارتقا سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش بهداشت روان بر ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی در معلمان بازنشسته انجام شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی دوگروهی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون می‌باشد جامعه مورد مطالعه معلمان بازنشسته شهرستان میبد بودند معیارهای ورود سن ۶۰ تا ۷۰ سال و رضایت آگاهانه و داوطلبانه برای شرکت در مطالعه بود معلمان دارای سابقه بیماری روان‌پزشکی تحت درمان و مبتلا به معلولیت جسمی از مطالعه حذف شدند. حجم نمونه در این تحقیق با احتساب انحراف معیار بعد اضطراب به اندازه ۴/۸ در هر گروه و اختلاف میانگین ۱/۵ واحد وتوان ۸۰ در صد و سطح اطمینان ۹۵ در صد تعداد ۴۲ نفر در هر گروه تعیین شد.۸۴ نفر به روش آسان انتخاب شدند سپس با استفاده از نرم‌افزار تخصیص تصادفی ویرایش ۲ به دو گروه۴۲ نفره تقسیم‌شدند.

ابزار گردآوری داده ها فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و پرسشنامه سلامت عمومی بود . پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶ توسط ویرو شربورن ساخته شد(۲۳)این پرسشنامه خودگزارشی که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود .همچنین این پرسشنامه دارای یک سؤال نیز می‌باشد که در آن فرد به ارزیابی سلامت خود در یک ماه گذشته می‌پردازد. نمره آزمودنی در هر یک از این قلمروها بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به‌منزله کیفیت زندگی بهتر است. در ایران این فرم توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۵) با روش ترجمه مجدد به فارسی برگردانده شده و روی ۴۱۶۳ نفر، هنجاریابی شده است .ضریب پایایی گزارش شده برای خرده مقیاس‌ها از ۷۷٪ تا ۹۰٪ به غیر

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

از خرده مقیاس سر زندگی که ۶۵٪ بوده است. در مجموع یافته‌ها نشان داده‌اند که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزاری مناسب برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است(۲۴)؛ و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۷۰/۰ تا ۸۵/۰ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۴۳/۰ تا ۷۹/۰ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید(۲۵).

پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ ساخته‌شده است و از شناخته‌شده‌ترین ابزارهای غربالگری اختلالات روانی است در این مطالعه فرم ۲۸ سؤالی آن استفاده شد روش نمره‌گذاری، روش لیکرتی است که گزینه‌ها به‌صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می‌شوند. حداکثر نمره‌ی آزمودنی در این روش، ۸۴ است. نمره بالاتر نشانگر سلامت روانی بیشتر می‌باشد. پرسشنامه سلامت عمومی در جمعیت مختلفی در ایران و کشورهای مختلف هنجاریابی شده است. در یک مطالعه این پرسشنامه همزمان با یک آزمون موازی (MHQ)سنجیده شد که ضریب همبستگی دو آزمون ۵۵ بوده و ضرایب همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ بود که بیانگر اعتبار بالای آن می‌باشد. این مطالعه بر روی جامعه آماری دانشجویی اجرا شده بود هم‌چنین این آزمون از پایائی بالایی برخوردار است که مقدار آلفا محاسبه شده برای کل گویه های آن ۰/۹۰ می‌باشد (۲۶).

جهت انجام پژوهش پس از کسب اجازه و اخذ مجوزهای لازم ، از معلمان بازنشسته رضایت‌نامه کتبی آگاهانه کسب شد وپرسشنامه ها تکمیل شد.در گروه آزمون برنامه‌ای شامل برگزاری پنج جلسه آموزشی به مدت پنج هفته (هر هفته یک جلسه آموزشی نیم تا یک‌ساعته)، به روش بحث در گروه‌های کوچک ۸-۱۰ نفره و به‌صورت ارائه مطالب آموزشی مرتبط با موضوع جلسه که با مشورت با اساتید آشنا به حیطه آموزش بهداشت روان و با استفاده از منابع معتبر در این زمینه انتخاب شد و توسط کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، به‌صورت آموزش‌های چهره به چهره با پخش کلیپ و پرسش و پاسخ بود.محتوای جلسات آموزشی: جلسه اول: آشنایی با عوامل مؤثر بر بهداشت روان ،جلسه دوم: آموزش مهارت‌های زندگی ،جلسه سوم: آموزش مهارت حل مسئله ،جلسه چهارم: داشتن احساسات مثبت،جلسه پنجم: راه‌های پیشگیری از افسردگی بود.پس از گذشت ۲ ماه از جلسات آموزشی مجدداً پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه سلامت عمومی توسط شرکت‌کنندگان در گروه آزمون و کنترل تکمیل و جمع‌آوری شدند.

داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی، درصد) و تحلیلی تی زوج و تی مستقل تجزیه‌وتحلیل شدند. سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه‌وتحلیل آماری قرار گرفت.

این مطالعه با کد اخلاق IR.SSU.REC.1398.005 در تاریخ ۳/۲/۱۳۹۸ توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد مورد تائید قرار گرفت همچنین از واحدهای مورد پژوهش رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ شد.

یافته‌ها

براساس یافته ها میانگین سنی گروه آزمون و کنترل با استفاده از آزمون آماری تی مستقل تفاوت معناداری نداشت(P=۰/۴۶).همچنین اکثریت واحدهای شرکت‌کننده در هر دو گروه متأهل بودند و پاسخ آنها به از دست دادن افراد خانواده منفی بود، همچنین اکثریت دارای تحصیلات دیپلم بودند و سطح درآمد خوبی داشتند و بین گروه آزمون و کنترل تفاوت

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

معناداری در این موارد وجود نداشت($p>0/05$). (جدول شماره یک)

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در گروه کنترل و آزمون

متغییر		آزمون		کنترل		آزمون کای دو (P.Value)
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	مرد	۲۴	۵۷/۱	۲۲	۴۲/۴	./۶۶
	زن	۱۸	۴۲/۹	۲۰	۴۷/۶	
وضعیت تأهل	مجرد	۰	۰	۱	۲/۴	۰/۸۵
	متأهل	۴۲	۱۰۰	۴۱	۹۷/۶	
سطح تحصیلات	دیپلم	۳۶	۸۵/۸	۳۲	۷۶/۲	۰/۳۴
	فوق‌دیپلم	۶	۱۴/۲	۷	۱۶/۷	
	کارشناسی	۰	۰	۳	۷/۱	
سطح درآمد	متوسط	۱۲	۲۸/۶	۱۰	۲۳/۸	۰/۶۲
	خوب	۳۰	۷۱/۴	۳۲	۷۶/۲	
تنها زندگی کردن	بلی	۲	۴/۸	۱	۲/۴	۰/۵۵
	خیر	۴۰	۹۵/۲	۴۱	۹۶/۶	
از دست دادن افراد خانواده	بلی	۶	۱۴/۳	۷	۱۶/۷	۰/۵۵
	خیر	۳۶	۸۵/۷	۳۵	۸۳/۳	
سن	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آزمون تی مستقل (P.Value)
	۴۲	۶۵/۲۴	۳/۳۸	۴۶/۷۱	۳/۲۱	۰/۴۶

یافته ها نشان داد بین میانگین نمره سلامت روان واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون (۲/۶±۳۵/۲۱) و کنترل (۵/۰۱±۳۴/۴۰) قبل از مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت.با توجه به اینکه نمرات گروه آزمون و کنترل از نقطه برش که مساوی و بالاتر از ۲۴ است بیشتر می‌باشد. سلامت روان در هر دو گروه در وضعیت نامناسبی است و دو گروه همگن در ابتدای مطالعه بودند. اما بعد از مطالعه در گروه آزمون (۲/۶۲±۳۰/۳۶) و کنترل (۵/۱۴±۳۴/۸۱) تفاوت معناداری یافت شد. به عبارتی هر چند از نقطه برش که مساوی و بالاتر است و نشان‌دهنده سلامت روان غیررضایتبخش در هر دو گروه است ،اما سلامت روان در گروه آزمون به‌طور قابل توجه ای بهبود یافته بود. همچنین بین میانگین نمره سلامت روان در گروه آزمون قبل (۲/۶±۳۵/۲۱)و بعد (۲/۶۲±۳۰/۳۶) از مداخله تفاوت معنی‌دار وجود داشت، اما درگروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت. (جدول شماره دو)

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمره سلامت روان واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

متغیر		تعداد	قبل		بعد		آزمون آماری تی زوج(P.Value)
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سلامت روان	آزمون	۴۲	۳۵/۲۱	۲/۶	۳۰/۳۶	۲/۶۲	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۴۲	۳۴/۴۰	۵/۰۱	۳۴/۸۱	۵/۱۴	۰/۱
آزمون آماری تی مستقل(P.Value)		۴۲	۰/۴۱		۰/۰۰۰۱		

بر اساس یافته ها بین میانگین نمره کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون (۷/۱۹±۶۰/۹) و کنترل (۳/۵۵±۶۱/۶۹) قبل از مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت . با توجه به اینکه حداکثر نمره کسب شده از پرسشنامه ۱۰۰ است واحدهای مورد پژوهش بیشتر از نصف نمره را کسب کرده بودند و تفاوت معناداری بین دو گروه قبل از مداخله وجود نداشت که نشان‌دهنده همگن بودن دو گروه در ابتدای مطالعه از نظر کیفیت زندگی می‌باشد و امکان بررسی اثربخشی مداخله را فراهم می آورد..اما بعد از مطالعه در گروه آزمون(۵/۹۸±۶۵/۶۴) و کنترل (۳/۳±۶۱/۹۳) تفاوت معناداری یافت شد ،همچنین بین میانگین نمره کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون قبل (۷/۱۹±۶۰/۹) و بعد (۵/۹۸±۶۵/۶۴) از مداخله تفاوت معنی‌دار وجود دارد، اما در گروه کنترل قبل و بعد از مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت.(جدول شماره سه)

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش در گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از مداخله

متغیر		تعداد	قبل		بعد		آزمون آماری تی زوج (P.Value)
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کیفیت زندگی	آزمون	۴۲	۶۰/۹	۷/۱۹	۶۵/۶۴	۵/۹۸	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۴۲	۶۱/۶۹	۳/۵۵	۶۱/۹۳	۳/۳	۰/۱۶
آزمون آماری تی مستقل(P.Value)		۴۲	۰/۵۲		۰/۰۰۰۱		

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه باهدف کلی تعیین تأثیر آموزش بهداشت روان بر ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی معلمان بازنشسته شهرستان میبد انجام‌شده است. یافته‌ها نشان داد سلامت روان در هر دو گروه در وضعیت نامناسبی است و تفاوت معناداری بین دو گروه یافت نشد .هم راستا با یافته ها مطالعه حاضر، مرتضوی و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند اختلالات روانی از جمله معضلات مهم در سالمندان بوده و بیش از ۵۰ درصد از این افراد به نوعی با این معضل روبه‌رو هستند (۷). Xie و همکاران (۲۰۱۴) می‌نویسند نمرات سلامت روان سالمندان در مقایسه با مقادیر هنجار چینی به‌طور قابل‌توجهی پایین‌تر بود و ۹۱.۵٪ از سالمندان خواهان مشاوره و آموزش روان‌شناختی بودند (۲۷) ،که

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

علت تفاوت با یافته ها مطالعه حاضر می‌تواند جمعیت مورد بررسی و وضعیت زندگی سالمندان باشد. همچنین در راستای یافته ها مطالعه حاضر نجاتی و همکاران (۲۰۱۹) می‌نویسند از نظر هدف پژوهش (رفتارهای سلامت روان) دو گروه قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشت و به عبارتی دو گروه از این نظر قبل از مداخله با هم همگن بودند (۲۸).

یافته‌های دیگر نشان داد بعد از مداخله نمرات سلامت گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری داشت، بنابراین آموزش سلامت روان همراه با بهبود بیشتر سلامت روان معلمان بازنشسته بازنشسته بوده است. دالوندی و همکاران (۱۳۹۶) ،خوش‌رفتار رودی و همکاران (۱۳۹۴) در نشان دادند بعد از مداخله ،گروه آزمون از میانگین نمره سلامت روانی بهتری نسبت به گروه شاهد برخوردار بود(۲۹, ۳۰). همچنین در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله تفاوت معنادار در میانگین نمره سلامت روان واحدهای مورد پژوهش وجود داشت اما در گروه کنترل قبل و بعد از مطالعه تفاوت معناداری نبود. دالوندی و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند قبل از انجام مداخله، تفاوت آماری معناداری بین نمرات سلامت روانی در گروه مداخله و شاهد وجود نداشت ($P>0.05$) .اما بعد از انجام مداخله میانگین نمره سلامت روانی گروه مداخله افزایش معناداری داشت ($P<0.05$)این در حالی بود که میانگین نمره سلامت روانی گروه شاهد تغییر معناداری نداشت (۲۹). قانع و همکاران (۱۳۹۷) می نویسند خرده مقیاس سلامت روان و مؤلفه‌های آن در ابتدا و انتهای مطالعه گروه کنترل تفاوت آماری معناداری یافت نشد اما در گروه مداخله افزایش آماری معنی‌داری یافت نشد (۳۱). اسحاقی و نیک راهان (۱۳۹۷) بیان نمودند میانگین نمرات سلامت روان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافت(۳۲). بر اساس یافته ها مطالعه حاضر و سایر مطالعات به نظر می‌رسد آموزش مرتبط با بهداشت روان همراه با بهبود سلامت روان سالمندان باشد.

دیگر یافته‌ها نشان داد کیفیت زندگی گروه آزمون و گروه کنترل قبل از مداخله از متوسط بیشتر است و تفاوت معناداری نداشت .هم راستا با یافته ها مطالعه حاضر، حکمت پور و همکاران (۱۳۹۲) می‌نویسند میانگین کل نمره کیفیت زندگی ۶۱/۰۶±۷/۴۲ بود(۹) و Al-Butmeh و Al-Khataib (۲۰۱۸)نشان دادند (۴۶٪) سالمندان کیفیت زندگی خود را خوب یا بسیار خوب ارزیابی کردند (۳۳)؛ اما حکمت پور و همکاران در مطالعه بررسی کیفیت زندگی زنان سالمند شهر اراک در سال ۱۳۹۲ می‌نویسند زنان سالمند شهر اراک از کیفیت زندگی متوسطی برخوردار بود(۳۴)، که علت متفاوت بودن می‌تواند فقط انتخاب زنان باشدهمچنین بعد از مداخله نمره کیفیت زندگی گروه آزمون افزایش یافته و در وضعیت مطلوب تری قرار گرفته است در حالیکه در گروه کنترل در وضعیت قبل قرار داشت و تفاوت بین دو گروه معنی‌دار بود . در گروه آزمون نیز قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی دار بود درصورتیکه در گروه کنترل بین قبل و بعد از مداخله تفاوتی یافت نشد .بنابراین آموزش سلامت روان همراه با بهبود کیفیت زندگی معلمان بازنشسته بوده است. در راستای یافته ها پژوهش، قهرمانی و همکاران (۱۳۸۸) ، نضال و همکاران (۱۳۸۹) ،هدایتی و همکاران (۱۳۹۲) ، فرنام (۱۳۹۵)می‌نویسند مداخله آموزشی در حیطه های بهداشت روان تأثیر معناداری در تمام ابعاد کیفیت زندگی داشته است(۱) (۲, ۱۲, ۳۵). همچنینXie و همکاران (۲۰۱۴) می‌نویسند نیاز به مداخله روان‌شناختی برای ارتقاء کیفیت زندگی افراد سالمند روستایی وجود دارد (۲۷). ایمان زاده و همراه زاده (۱۳۹۶) نشان دادند برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان باید به عواملی نظیر ارائه خدمات مشاوره‌ای توجه نمود(۳۶). کسالویت (۲۰۱۲) در

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

مطالعه وضعیت سلامت روان، از جمله افسردگی و کیفیت زندگی در میان اعضای یک باشگاه سالمندان در حومه بانکوک می‌نویسد کیفیت زندگی از نظر روابط اجتماعی در بین ساکنین دارای آموزش به‌طور معناداری بهتر بود(۳۷). از محدودیت‌های پژوهش شرایط روحی و روانی افراد هنگام تکمیل پرسشنامه از کنترل پژوهشگر خارج بود.

یافته‌های این مطالعه تأثیر مثبت آموزش سلامت روان بر کیفیت زندگی معلمان بازنشسته سالمند را نشان داد و اهمیت برنامه‌های آموزشی ویژه برای سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان را یادآور می شود. لذا استفاده از این رویکرد آموزشی جهت بهبود و ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی در کلیه مراکزی که سالمندان توسط پرستاران مراقبت می‌گردند در کنار سایر روش‌های مراقبتی و مداخلات پرستاری، به عنوان یک تکنیک در دسترس و قابل‌اجرا پیشنهاد می گردد . همچنین میتوان با گنجاندن برنامه‌های آموزشی سلامت روان در مراقبت از سالمندان، گامی در جهت ارتقای سلامت روان سالمندان، بهبود کیفیت و در نتیجه سلامت جامعه گام برداشت . لازم به ذکر است پرستاران باید در کنار توجه به شرایط جسمی سالمندان، سلامت روحی و کیفیت زندگی آنها را سنجش نمایند و مداخلات پرستاری مناسب در جهت ارتقاء آن بکار بندند.

تعارض منافع:هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، مسئولین کانون بازنشستگی معلمان شهرستان میبد و معلمان شرکت‌کننده در مطالعه اعلام می‌نمایند.

■ *References*

1.Hedayati M, Tabatabai SS, Mohammadi Arya A, Robatjazi E, Lchinani F, Rostaie A. The Efficacy Of Stress Inoculation Training Upon The Happiness Rate And Life's Quality Of Old Persons. Journal Of Sabzevar University Of Medical Sciences. 2013;20(2 (68.-:((

2.Ghahramani L, Nazari M, Mousavi MT. Improvement of quality of life in elderly men in kahrizak nursing home based on educational intervention. Knowledge And Health. 2009;4(2-:(

3.Sotodeh SO, Pooragha Roodbordeh F, Kafi SM, Poornesaii GS. Effectiveness of Reminiscence Group Therapy on Male Elderly's Mental Health. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2013;22(85):61-7.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

4.Hanaoka H, Okamura H. Study on effects of life review activities on the quality of life of the elderly: A randomized controlled trial. Psychotherapy and Psychosomatics. 2004;73(5):302-11.

5.Hekmati Pour N, Hojjati H. Effects of Exercise on Mental Health of Elderly. Journal of Holistic Nursing And Midwifery. 2016;26(4):36-42.

6.Pourabdol S, Abbasi M, Pirani Z, Abbasi M .The Relationship Between Life Expectancy And Psychological Well-Being With Quality Of Life In The Elderly. Journal Of Aging Psychology. 2015;1(1.-:(

7Seyede Salehe Mortazavi, Hasan Eftekhar Ardebili, Kazem Mohamad, Reza Dorali Beni. Assessing the mental health status of elderly in Shahrekord and relationship with sociodemographic factors. Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. 2011;10(4):485-92.

8.Alavi M, Jorjoran Shushtari Z, Noroozi M, Mohammadi Shahboulaghi F .Mental Health and Related Factors in Old Population in Tehran 2014-2015. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2018;27(158):112-22.

.9Hekmatpou D, Shamsi M, Zamani M. The Effect of Healthy Lifestyle Educational Programs on the Quality of Life of the Elderly in Arak. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2013;16(3):0.-

10.Ahmadi M, Noudehi M, Esmaeili M, Sadrollahi A. Comparing the quality of life between active and non-active elderly women with an emphasis on physical activity. Iranian Journal of Ageing. 2017;12(3):262-75.

11.Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. Research in developmental disabilities. 1995;16(1):51-74.

12.Ajh N, Mehrtash B, Javadi A. Effect of education and social support on quality of life among elderly living in nursing homes (2010). The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2012;16(3):46-52.

13.Borzoo S, Arastoo A, Ghasemzade R, Zahednezhad S, Habibi A, Latifi SM. Effects of Aerobic Exercise on Quality of Life in Residents of Geriatric Homes, Ahvaz, Iran. Iranian Journal of Ageing. 2011;6(1):0.-

14.Xie J-f, Ding S-q, Zhong Z-q, Yi Q-f, Zeng S-n, Hu J-h, et al. Mental health is the most important factor influencing quality of life in elderly left behind when families migrate out of rural China. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2014;22:364-70.

15.Al-Butmeh S, Al-Khataib N. Mental health and quality of life of elderly people in the Bethlehem district: a cross-sectional study. The Lancet. 2018;391:S46.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

16.Salimi F, Garmaroudi G, Hosseini SM, Batebi A. Effect of Self–Care Educational Program to Improving Quality of Life among Elderly Referred to Health Centers in Zanjan. Journal of Education and Community Health. 2015;2(2):28-37.

17.Azadbakht M, Garmaroodi G, Taheri Tanjani P, Sahaf R, Shojaeizade D, Gheisvandi E. Health Promoting Self-Care Behaviors and Its Related Factors in Elderly: Application of Health Belief Model. Journal of Education and Community Health. 2014;1(2):20-9.

18.Kwak Y, Kim Y. Health-related Quality of Life and Mental Health of Elderly by Occupational Status. Iranian journal of public health. 2017;46(8):1028-37.

19.Rashidi M, Ebadi A, Fathi Ashtiani A, Nobahar M, Haji Amini Z. Investigating the Relationship between Demographic Factors and Quality of Life and Health in Retired Nurses. Health Research Journal. 2017;2(4):269-77.

20.Davies E, Cartwright S. Psychological and psychosocial predictors of attitudes to working past normal retirement age. Employee Relations. 2011;33(3):249-68.

21.Davies N. Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle. Nursing Standard (through 2013). 2011;25(19):43.

22.Yang R, You X, Zhang Y, Lian L, Feng W. Teachers' mental health becoming worse: The case of china. International Journal of Educational Development. 2019;70:102077.

23.Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Medical care. 1992:473-83.

24Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia MAS. The Short Form Health Survey (Sf-36): Translation And Validation Study Of The Iranian Version. PAYESH. 2006;5(1.-:(

25.Asghari Moghaddam M, Faghehi S. Validity of the SF-36 Health Survey Questionnaire in Two Iranian Samples. Clinical Psychology & Personality. 2003;1(1):1-10.

26.Taghavi SMR. Validity And Reliability Of The General Health Questionnaire (Ghq-28) In College Students Of Shiraz Universi1y. Journal Of Psychology. 2002;5(4 (20.-:((

27.Xie JF, Ding SQ, Zhong ZQ, Yi QF, Zeng SN, Hu JH, et al. Mental health is the most important factor influencing quality of life in elderly left behind when families migrate out of rural China. Revista latino-americana de enfermagem. 2014;22(3):364-70.

28.nejati s, heravy m, rejeh n, sharifnia h. The Effect of Self-management education on Promoting Mental Health Behaviors in Older Women of West Tehran. Iranian Journal of Nursing Research. 2019;14(4):57-65.

29Dalvandi A, Memari A, Falahi khoshknab M, Mohammadi F, Bastami A, Bastami M, et al. Impact of Instilling Hope and Active Listening Program on Mental Health of Elderly

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

Residents of Kahrizak Nursing Home, During Year 2015. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2017;3(3):16-23.

30.Khoshraftar Roudi E, Ildarabadi E, Behnam Voshani H, Emami Moghaddam Z. The effect of peer education on the mental aspect of quality of life of elderly patients with hypertension. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2016;7(3):585-95.

31.Ghane S, Asadi J, Derakhshanpour F. Effect of mindfulness training on individual well-being and mental health of elderly women. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2018;20(1):71-6.

32Eshaghi L, Nikrahan G. The effectiveness of Lyubomirsky happiness training on mental health, life satisfaction, life expectancy and happiness in Shahreza nursing home women. Journal of Gerontology. 2018;2(4):45-54.

33.Al-Butmeh S, Al-Khataib N. Mental health and quality of life of elderly people in the Bethlehem district: a cross-sectional study. Lancet (London, England). 2018;391 Suppl 2:S46.

34.Hekmatpou D, Jahani F, Behzadi F. Study the Quality of Life among Elderly Women in Arak in 2013. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2014;17(2):1-8.

35.Farnam A. The Effect Of Positive Thinking Training In Enhancement Of Quality And Hope Of Life Among The Elderly. Positive Psychology Research. 2016;2(1 (5) #P00169.-:(

36.Imanzadeh A, Hamrahzdeh M. Identification of Facilitators and Deterrents of the Quality of Life in Elderly Women and Men: A Phenomenological Research. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2018;12(4):430-45.

37.Kosulwit L. Mental health status, including depression and quality of life among members of an elderly club in suburban Bangkok. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet. 2012;95 Suppl 1:S92-101.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]