

Akhlāq-i zīstī

i.e., Bioethics Journal

2025; 15: e17

The Bioethics and Health
Law InstituteMedical Ethics and Law
Research CenterInternational Association
of Islamic Bioethics

Review of the Effect of a Participatory Self-Care Model on the General Health and Quality of Life of Elderly Women

Mina Alipouri Niaz^{1*} , Tavakol Aghayari¹, Mohammad Bagher Alizadeh Aghdam¹

1. Department of Social Sciences, Faculty of Law and Social Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: One of the significant paradigms that has emerged in gerontology in recent decades is that the aging process is determined and optimized not only by genetics but also by environmental and behavioral conditions. Accordingly, various models aimed at facilitating a peaceful life in old age have been proposed. The present research was conducted following the proposition of an indigenous-participatory model.

Methods: The present study was conducted using a quasi-experimental method with two experimental and control groups, and pre-test and post-test among 60 elderly women in Tabriz.

Ethical Considerations: Since the elderly are more vulnerable, greater adherence to ethical considerations becomes imperative. Throughout all stages of the intervention, efforts were made to ensure that the principles of voluntary participation, consideration for the participants' well-being, respect for their opinions regarding the number of hours and format of sessions (continuous or intermittent), refreshment arrangements, the conduct of the executive team, requested screenings, and so forth, were consistently observed with fairness, justice, and respect.

Findings: The results of the paired t-test comparing the mean scores of self-care, general health, and quality of life indices between the experimental and control groups (with a significance level of $p < 0.05$, specifically $p = 0.000$) indicate a statistically significant improvement in these indices for the experimental group following the intervention. Furthermore, the analysis of covariance (ANCOVA) results revealed an increase in the post-test scores of the experimental group for the mentioned variables. This demonstrates the significant effect of the intervention on enhancing their health and quality of life, and consequently, confirms the effectiveness of the designed model.

Conclusion: Recent studies have identified the important role of social participation in contributing to health at the end of life. The structural features in the model designed in this study make it possible to improve the quality of life in old age.

Keywords: Self-care model; Community-based approach; Public health; Quality of life; Elderly women

Corresponding Author: Mina Alipouri Niaz; **Email:** mina_alipour@tabrizu.ac.ir

Received: March 17, 2025; **Accepted:** May 19, 2025; **Published Online:**, October 14, 2025

Please cite this article as:

Alipouri Niaz M, Aghayari T, Alizadeh Aghdam MB. Review of the Effect of a Participatory Self-Care Model on the General Health and Quality of Life of Elderly Women. *Akhlāq-i zīstī, i.e., Bioethics Journal*. 2025; 15: e17.



بررسی تأثیر مدل خودمراقبتی طراحی شده به روش مشارکت محور بر

سلامت عمومی و کیفیت زندگی زنان سالمند

مینا علیپوری نیاز¹، توکل آقاییاری¹، محمد باقر علیزاده اقدم¹

۱. گروه علوم اجتماعی، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: یکی از پارادایم‌های مهمی که در طول دهه‌های اخیر در سالمندشناسی مطرح گردیده، این است که روند پیری نه تنها از نظر ژنتیکی بلکه توسط شرایط محیطی و رفتاری، تعیین و بهینه‌سازی می‌شود. در این راستا مدل‌های متنوعی که به داشتن یک زندگی آرام در دوران سالمندی کمک می‌کنند، پیشنهاد شده‌اند. این پژوهش در پی پیشنهاد مدلی بومی - مشارکتی صورت گرفته است.

روش: پژوهش حاضر به شیوه شبه تجربی با دو گروه آزمایش و کنترل و پیش‌آزمون و پس‌آزمون در بین ۶۰ زن سالمند تبریزی صورت گرفته است. **ملاحظات اخلاقی:** از آنجا که سالمندان آسیب‌پذیرتر هستند، رعایت ملاحظات اخلاقی بیشتر ضرورت می‌یابد. در تمام مراحل مداخله، تلاش شد اصل داوطلبانه بودن، مراعات حال مشارکت‌کنندگان، احترام به نظرات آن‌ها در خصوص تعداد ساعات و نحوه برگزاری جلسات (به صورت مستمر یا منقطع)، نحوه پذیرایی، نحوه رفتار تیم اجرایی، غربالگری‌های مورد درخواست و ... با رعایت انصاف، عدالت و احترام مدنظر قرار گیرد.

یافته‌ها: با توجه به نتایج مقایسه میانگین‌های شاخص‌های خودمراقبتی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی برای دو گروه آزمایش و کنترل براساس آزمون تی جفتی، و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ (برابر با ۰/۰۰۰) می‌توان گفت: به لحاظ آماری، بهبود معناداری در نمره شاخص‌های فوق برای گروه آزمایش، بعد از مداخله، صورت گرفته است. همچنین نتایج آزمون کوواریانس نشان‌دهنده افزایش نمره پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیرهای مذکور و تأثیر معنادار مداخله بر ارتقای سلامت و کیفیت زندگی آن‌ها و در نهایت اثربخشی مدل طراحی شده می‌باشد.

نتیجه‌گیری: مطالعات اخیر به نقش مهم مشارکت اجتماعی در کمک به سلامت در پایان زندگی پی برده‌اند. ویژگی‌های ساختاری در مدل طراحی شده این پژوهش، ارتقای کیفیت زندگی را در دوران سالمندی ممکن می‌سازد.

واژگان کلیدی: مدل خودمراقبتی؛ رویکرد اجتماع محور؛ سلامت عمومی؛ کیفیت زندگی؛ زنان سالمند

نویسنده مسئول: مینا علیپوری نیاز؛ پست الکترونیک: mina_alipour@tabrizu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۲۹؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۷/۲۲

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Alipouri Niaz M, Aghayari T, Alizadeh Aghdam MB. Review of the Effect of a Participatory Self-Care Model on the General Health and Quality of Life of Elderly Women. *Akhlaq-i zisti, i.e., Bioethics Journal*. 2025; 15: e17.

مقدمه

یکی از مفاهیم مهم جمعیت‌شناختی، افزایش سن و مقوله سالمندی است. اگرچه از سالمندی بیشتر به‌عنوان فرآیند زوال یاد می‌شود؛ در جامع‌ترین تعریف، به‌عنوان یک فرآیند اجتناب‌ناپذیر، به صورت کاهش تدریجی عملکرد در سطوح سلولی، بافتی- اندامی و اختلال شناختی می‌باشد که با پیشروی سال‌های عمر و در نتیجه شکست طبیعی سلول‌ها؛ موجب بیماری، ناتوانی و در نهایت ختم به مرگ می‌شود (۱).

سازمان ملل متحد، یکی از بزرگترین دستاوردهای قرن ۲۰ که منجر به تحولات اجتماعی مهم در قرن بیست و یکم شده است را افزایش طول عمر و به تبع آن افزایش جمعیت سالمند عنوان می‌کند. به این معنی که جمعیت جهان در حال حاضر هم به لحاظ تعداد و هم از نظر طول عمر و میزان سال‌های زندگی دستخوش تغییرات فزاینده است. به طوری که پیش‌بینی شده است نسبت جمعیت ۶۰ سال و بیشتر جهان، بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۵۰ از ۱۲ درصد به ۲۲ درصد افزایش یابد. همچنین انتظار می‌رود میزان رشد بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ دو برابر (از ۹۰۰ هزار نفر به ۱/۴ میلیارد)، و تا سال ۲۰۵۰ سه برابر و بالغ بر ۲/۱۰۰ میلیارد شود. بنابراین برای اولین بار در تاریخ انسان، اکثریت مردمانی که روی زمین زیست خواهند کرد بیشتر از شصت سال سن خواهند داشت (۲).

جمعیت‌شناسان برآورد کرده‌اند تحولات جمعیتی روبه سالمندی، که پدیده‌ای جهانی است، در سال ۲۰۵۰، رشد ۲۰ درصدی جمعیت بالای ۶۵ سال را در هر پنج قاره، رقم خواهد زد. در آسیا، این رشد از ۷/۹ درصد در سال ۲۰۱۵ به ۱۸/۸ درصد در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید. به همین ترتیب، در اروپا، آفریقا، آمریکای لاتین، آمریکای شمالی و اقیانوسیه نیز با همین سرعت شاهد رشد خواهیم بود. این روند رشد، سریع‌ترین حالت را در آسیای شرقی و جنوب شرقی، نیز آمریکای لاتین و کارائیب خواهد داشت. همچنین پیش‌بینی می‌شود سریع‌ترین افزایش جمعیت مسن بین سال‌های ۲۰۱۹ و ۲۰۵۰ در کشورهای کمتر توسعه‌یافته و حدود ۲۵۵ درصد

اتفاق بیفتد و از ۳۷ میلیون نفر در سال ۲۰۱۹ تا ۱۲۰ میلیون نفر در سال ۲۰۵۰ افزایش یابد. ایران به‌عنوان کشوری در آسیای غربی هم از این قاعده مستثنی نیست. اگرچه در حال حاضر یکی از جمعیت‌های جوان جهان محسوب می‌شود، اما کاهش نرخ زاد و ولد، افزایش امید زندگی و درصد بالای جمعیت میانسال در حال حاضر، حاکی از گذار سنی و شیب تند سالخوردگی جمعیت ایران در سال‌های پیش‌رو است. در حالی که درصد رشد جمعیت در سال ۲۰۲۱، ۱/۳۴ محاسبه شده؛ تخمین زده می‌شود که این رقم در سال ۲۰۶۰، به ۱/۲ درصد کاهش یابد و پس از آن حتی با رشد منفی مواجه گردد. به همین دلیل، بخش وسیعی از هرم جمعیت ایران به قسمت نوک هرم (سنین بالا) سوق پیدا خواهد کرد (۳).

همگام با این روند رو به رشد که به‌طور پیوسته در حال تزايد است، چالش‌های بزرگ در موضوعات مختلف از جمله: شبکه‌های ارتباطی، اتخاذ سبک زندگی سالم، حفظ و بهبود کیفیت زندگی و از همه مهمتر سلامتی، برجسته‌تر می‌شوند (۲).

نتایج مطالعات متعدد، مبین این واقعیت است که سالمندی می‌تواند با بسیاری از تأثیرات منفی بر سلامت مرتبط باشد، بدین معنی که افزایش سن، موجب افول سلامت افراد می‌شود. از جمله مطالعه مرتبط با سلامت بزرگسالی سازمان بهداشت جهانی، که به وضوح بیانگر کاهش قابل توجه نمره سلامت افراد در اثر افزایش سن در کشورهای مورد مطالعه می‌باشد. بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، پرفشاری خون، بی‌اختیاری ادراری، کاهش قدرت بینایی و شنوایی، ضعف استخوانی عضلانی و اختلالات روانی و شناختی، شیوع بالایی در بین سالمندان دارند. افزایش نسبت افراد سالمند، به‌طور تصاعدی، همچنین، تأثیرات عمیق‌تری در ارائه خدمات اجتماعی، مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز و هزینه‌های مرتبط با آن‌ها دربر دارد و تحمیل‌کننده بار اقتصادی عظیمی علاوه بر خود سالمندان، بر سیستم سلامت، بهداشت و درمان به‌خصوص برای کشورهایی با امنیت اجتماعی ناکافی و فضای مالی محدود می‌باشد (۴).

نقل، شهرهای دوستدار سالمند، فرصت‌های آموزشی، فرصت‌های فعالیت‌های داوطلبانه، شبکه‌های حمایت اجتماعی، فعالیت‌های فرهنگی - مدنی و خدمات تسکینی، محافظتی، مراقبتی و بهبودبخشی باشد (۷).

اگرچه، استفاده همگانی از مراقبت‌های بهداشتی، یک اصل برابری خواهانه پذیرفته شده است؛ شاید اینکه جامعه بتواند شرایطی فراهم کند که طی آن همه سالمندان بتوانند به مراقبت‌های بهداشتی مطابق با نیاز خود دسترسی داشته باشند و از آن‌ها استفاده کنند، کمی بعید و دور از واقعیت باشد. مطالعات، توزیع غیراستاندارد و نابرابری از امکانات سلامت و استفاده از مراقبت‌های بهداشتی را در خصوص سالمندان به ویژه برحسب تفاوت‌های جنسیتی، قومی، پایگاه اجتماعی - اقتصادی و ... گزارش می‌دهند (۸).

با وجود اینکه، چالش اصلی و عمده بهداشت عمومی در قرن بیستم افزایش امید زندگی بود، چالش اصلی قرن بیست و یکم برای «زندگی با کیفیت بهتر»، وجود نابرابری اقتصادی و عدم کفایت خدمات اجتماعی است. ضرورت توزیع استاندارد شده خدمات اجتماعی و مراقبت‌های بهداشتی برای سالمندان در کنار سایر چالش‌های مرتبط موجب شده است موضوع مورد بحث امروز دانشمندان سالمندشناسی و جمعیت‌شناسی نه افزایش افسارگسیخته جمعیت سالمند و کمیت سالمندی بلکه کیفیت سالمندی و مفهوم «سالمندی پویا» باشد (۲).

توجه به این امر و تحولات شتابان سیستم‌های سلامت در سال‌های اخیر، موجب گشته است که مراقبت‌های اولیه سالمندان از سیستم مراقبت عمودی مبتنی بر بیماری (ارائه خدمات اجتماعی) به مراقبت‌های افقی مبتنی بر مشکل و به صورت «فردمحور» و «هدف‌محور» تبدیل شوند. این امر با درگیرسازی خود سالمندان به‌عنوان ذی‌نفعان اصلی در برنامه‌ریزی و مدیریت امورات خود، محقق می‌شود. اصطلاح مدیریت و درگیرسازی ذی‌نفعان به منظور حل مسائل و مواجهه با چالش‌های فردی و اجتماعی در اواسط دهه ۱۹۸۰ میلادی توسط فریمن با انتشار کتاب «رویکرد ذی‌نفعان» (۱۹۸۴) وارد مباحث برنامه‌ریزی استراتژیک گردید. به زعم

توجه ویژه به این موضوع در قرن حاضر، دانشمندان زیست پزشکی را که به دنبال حفظ عملکردهای فیزیکی و شناختی به دور از بیماری و ناتوانی هستند، به یافتن دیدگاه‌ها و رویکردهای مثبت رهنمون شده است. به‌طوری‌که، اغلب بر سلامت عملکردی، بهینه‌سازی ظرفیت‌ها با وجود بیماری و ناتوانی، معنایابی و هدفمندی در زندگی، مواجهه با ناتوانی و حتی مرگ با آرامش نسبی تمرکز دارند. بر این اساس، در دهه‌های اخیر، پارادایم‌های جدیدی که سالمندی را از دیدگاه مثبت در نظر می‌گیرند، ظهور کرده‌اند. از منظر رویکردهای مثبت، سالمندی برخلاف تصور، مرحله اضطراب و ناتوانی و پایان ماجرا نیست. انسان‌ها همچنان می‌توانند در این مرحله از زندگی‌شان کارکردهای اجتماعی خود را حفظ کرده و حتی بهبود بخشند. جامعه‌شناسی سالمندی نیز متأثر از رویکردهای مثبت‌گرا، رفا (بهزیستی) ذهنی و اجتماعی را از مؤلفه‌های مهم سالمندی محسوب می‌کند و بیان می‌دارد که به‌طور قابل توجهی، افراد مسنی که سطح بالای بهزیستی ذهنی و اجتماعی را دارا هستند، امید زندگی بالاتری دارند و خطرات مرگ‌ومیر برای آن‌ها ضعیف‌تر می‌باشد. بنابراین، به نظر می‌رسد حفظ و بهبود بهزیستی ذهنی افراد مسن با هدف افزایش طول عمر سالم و امید زندگی از ضروریات عصر حاضر باشد (۵).

ورود واژه «سالمندی فعال» در مباحث سالمندشناسی که به‌طور وسیع متأثر از دیدگاه‌های جامعه‌شناختی بود، مترادف سرزندگی و پویایی سالمندی است. به این معنی که فرد سالخورده باید هم به لحاظ جسمی و هم به لحاظ حرفه‌ای فعال باشد. سالمندان کماکان باید در زندگی اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی مشارکت داشته باشند. آن‌ها باید تا زمانی که دلشان می‌خواهد فرصت اشتغال و آموزش داشته باشند. پتانسیل افراد مسن (ظرفیت، تجربه و خرد) باید به‌عنوان یک پایه محکم برای توسعه آینده مد نظر باشد (۶).

اما، نکته مهم اینست که جامعه نیز همگام با فرد، بسترهای اقتدارافزایی و توانمندسازی سالمندان را مهیا کند. بسترسازی می‌تواند شامل: تأمین مسکن، نوآوری‌های فناوری، حمل و

می‌توان به برنامه سالمندی مطلوب کالج پزشکی دانشگاه آریزونا که با هدف اتصال دانش‌آموزان و سالمندان موفق به منظور انتقال تجربیات سالمندان به جوانان صورت می‌گیرد و یا برنامه «مدل مشارکت یادگیری مشترک پایدار» که سالمندی مطلوب در خانه را مد نظر دارد و همچنین «الگوی رمان خوانی» مبتنی بر رهیافت «هنر درمانی» برای سالمندان به منظور پیشگیری از زوال عقل، در دانشگاه مطالعات انسانی اوترخت هلند اشاره کرد (۹).

تحلیل وضعیت فعلی و دورنمای آتی جمعیت سالمند کشورمان، حاکی از وجود چالش‌های مرتبط با سلامت و مسائل اجتماعی در حال حاضر؛ و پیچیده‌تر شدن و گسترش یافتن معضلات در آینده بوده و پیش‌بینی می‌شود بار سنگین بیماری‌های مزمن و بار اقتصادی ناشی از آن در آینده‌ای نه‌چندان دور، افزایش شاخص مستمری بگیری و نیازهای پیش‌بینی‌نشده سالمندی جمعیت، نظام سلامت ایران را متحمل فشار و مواجهه با چالش‌های عمیق‌تری خواهد نمود. این پژوهش بدان سبب اجرا شده است که الگوی مداخلاتی بومی «خودمراقبتی» مبتنی بر رویکرد مشارکت محور را با کمک خود سالمندان به منظور ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی آن‌ها طراحی نموده و مشخص کند مدل توسعه داده شده تا چه اندازه می‌تواند مؤلفه‌های سالمندی مثبت‌نگر را شامل شود و یا ارتقاء بخشد. بدین منظور سؤالات پژوهش را به شرح زیر می‌توان مطرح کرد:

- مدل الگوی مداخلاتی مشارکتی برای ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی در جامعه مورد مطالعه کدام است؟
- مدل توسعه داده‌شده تا چه حد قابلیت بهبود و ارتقاء مؤلفه‌های سالمندی مثبت‌نگر را دارا است؟

روش

در این پژوهش نوع مطالعه به لحاظ هدف، کاربردی و به لحاظ روش، از نوع مداخله‌ای به شیوه شبه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. جامعه آماری تحقیق را جمعیت ۶۰ تا ۶۵ سال تبریز، معادل ۶۶۵۳۱، شامل می‌گردد (منبع: درگاه مرکز آمار ایران). اگرچه سازمان بهداشت جهانی در تازه‌ترین

وی‌دی‌نفع در یک سیستم هر فرد یا گروهی از افراد است که می‌تواند بر سیستم تأثیر بگذارد و یا از آن متأثر شود. این تعریف شناخته‌شده‌ترین و پرکاربردترین تعریف از مفهوم فوق می‌باشد که بعدها توسط مرسیه، کلارکسون، دونالدسون، میچل، رولی و فرومن به شکلی توسعه یافت که سه مفهوم سیستم، ذی‌نفع و ماهیت روابط بین این دو را شامل شد. در سال ۲۰۰۷، مولن باخ و سورویو، ذی‌نفعان را به هفت گروه تقسیم‌بندی کردند که از ذی‌نفع خفته با کمترین حد مشارکت تا ذی‌نفعان قطعی با حداکثر مشارکت که هم قدرت، هم مشروعیت و هم فوریت را در اختیار دارند و پویایی و تغییر ویژگی بارز آن‌هاست، را شامل می‌شوند (۵).

مشارکت سالمندان به‌عنوان ذی‌نفعان قطعی، در ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی خود، عنصری اساسی و «استاندارد طلایی» سالمندی فعال است که می‌تواند نقش مهمی علاوه بر سلامت جسمی در رفاه ذهنی سالمندان ایفا کند. طبق نظریه «سالمندی در مکان»، سالمندان می‌خواهند در محل زندگی خود سالمند شوند، با خانواده و دوستان زندگی کنند و مستقل و خودمختار باقی بمانند. آن‌ها همچنین انتظار دارند فرصت‌های بیشتری برای شرکت در فعالیت‌های اجتماعی داشته باشند که می‌تواند به آن‌ها در ایجاد حس قوی امنیت و تعلق خاطر به جامعه کمک کند. مشارکت اجتماعی فعال سالمندان بخش مهمی از تحقق سالمندی در مکان است. در حال حاضر کشورهایی که سیاست‌گذاری‌های ارزنده‌ای برای قشر سالخورده خود دارند، برنامه‌های ویژه‌ای در راستای سالمندی مثبت‌نگر و جلب مشارکت سالمندان در راستای ارائه خدمات فردمحور و هدف محور اجرا می‌کنند. سیاست‌گذاری مشارکتی، رویکردی است برای تسهیل مشارکت افراد یا گروه‌ها در تعریف مسئله، تدوین، انتخاب راه‌حل‌های ترجیحی سیاستی، طراحی، اجرا، نظارت و ارزیابی سیاست‌ها از طریق روش‌های مشورتی و مشارکتی برای دستیابی به پاسخگویی، شفافیت و شهروندی فعال. این رویکرد با این فرض عمل می‌کند که شهروندان و سایر ذی‌نفعان در تمام مراحل چرخه سیاست‌گذاری، نقش فعالی در فرآیندهای سیاست‌گذاری ایفا می‌کنند. در میان الگوهای موفق مداخلاتی

این پژوهش، ۰/۹۱ و در مرحله پس‌آزمون، معادل ۰/۹۶ محاسبه شده است.

۲. پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی سالمندان (CASP-19) از رایج‌ترین ابزارهای مورد استفاده برای ارزیابی کیفیت زندگی سالمندان است. «وضعیت زندگی»، «کفایت مالی»، «وضعیت سکونت»، «وضعیت مصرف دارو»، «مشکلات جسمی»، «عملکرد اجتماعی» و «محدودیت‌های ایفای نقش» از گویه‌های مطرح در این پرسشنامه هستند. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعه نیکخواه و همکاران (۱۳۹۵) (۱۱)، با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ هنجار شده است. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این ابزار در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون این پژوهش به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۷ می‌باشد.

۳. پرسشنامه «توانایی خودمراقبتی سالمندان» که توسط همتی و هاشملو (۱۳۹۴)، طراحی و اعتباریابی شده است؛ متغیر خودمراقبتی را می‌سنجد. این ابزار که منطبق با نظریه خودمراقبتی اورم (Orem) بوده و ۵ بُعد مراقبت از خود جسمی، مراقبت از خود عاطفی، مراقبت از خود اجتماعی، مراقبت از خود روزانه و مراقبت از خود به هنگام بیماری را شامل می‌شود، با ضریب آلفای ۰/۸۶ در ایران نرم شده است (۱۲). آلفای کرونباخ این ابزار در مرحله پیش‌آزمون این پژوهش، ۰/۹۱ و در مرحله پس‌آزمون، معادل ۰/۹۴ محاسبه شده است.

جلب مشارکت سالمندان به منظور تأمین نمونه آماری، طبیعتاً با توجه به وجود شرایط پسا کرونا کاری دشوار بود. به همین منظور، پس از تصویب طرح و کسب کد اخلاق از دانشگاه و به موازات آن اخذ مجوز از اداره بهزیستی و نیز هماهنگی با دو مرکز روزانه توانبخشی و آموزشی سالمندان، ابتدا از کلیه استفاده‌کنندگان از خدمات مذکور در یکی از مراکز به منظور شرکت در جلسه توجیهی دعوت گردید. در جلسه مذکور، روند اجرای مداخله تشریح و از آن تعداد افراد داوطلب که تمایل داشتند به‌عنوان گروه آزمون در مداخله حضور داشته باشند ثبت نام به عمل آمد و گروه مورد مداخله تشکیل شد. مطابق معیارهای معین، گروه کنترل نیز در مرکز

تقسیم‌بندی خود جمعیت ۶۰ تا ۷۴ سال را به‌عنوان سالمند جوان معرفی کرده است، لیکن هم به دلیل پتانسیل بالای یادگیری ۶۵-۶۰ ساله‌ها نسبت به سنین بالاتر و هم محدودیت‌های دوران پسا کرونا و به دلیل عدم عضویت مردان در مراکز روزانه توانبخشی تحت پوشش سازمان بهزیستی (محل انتخابی) فقط جنس مونث به‌عنوان جامعه آماری انتخاب شده‌اند. مطابق معیارهای مطالعات پیشین که نرمال‌ترین تعداد حجم نمونه را ۳۰ نفر عنوان می‌کنند، ۶۰ سالمند زن بین ۶۰ تا ۶۵ سال به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. ۳۰ سالمند از یک مرکز به صورت کاملاً داوطلبانه در گروه آزمایش قرار گرفتند تا در مداخله حضور داشته باشند. همچنین ۳۰ سالمند دیگر، که از نظر سطح پایه متغیرهای وابسته مشابه گروه آزمایش و همگن بودند، نیز به صورت داوطلبانه به‌عنوان گروه گواه در تحقیق مشارکت داده شدند. برای اینکه اثر متغیرهای مخدوش‌گر به حداقل برسد، گروه‌ها نه به صورت انتساب تصادفی بلکه طوری انتخاب شدند که از حداکثر همگنی برخوردار باشند. روش غالب جمع‌آوری داده‌ها در مطالعه حاضر پرس و جوی کتبی بوده است و پایش یا ارزیابی مربوط به فرآیند مداخله به روش کیفی از نوع مشاهده، بارش افکار یا بحث گروهی متمرکز توسط خود مشارکت‌کنندگان صورت گرفته است. ابزار سنجش متغیرها شامل موارد زیر می‌باشد:

۱. فرم ۲۸ سؤالی مقیاس سلامت عمومی (GHQ) سالمندان، که توسط گلدبرگ به منظور غربالگری در سطح مراقبت‌های اولیه ساخته شده و دارای خرده مقیاس‌هایی برای آسیب‌های روان‌شناختی از جمله: «احساس سلامتی»، «احساس ضعف و بیماری»، «بی‌خوابی»، «عصبانیت و بدخلقی»، «رضایت از ایفای نقش»، «لذت از زندگی» و «احساس ناکامی و ناامیدی» است، به‌عنوان ابزار سنجش متغیر «سلامت عمومی» به کار برده شده است. اعتباریابی این فرم در مناطق مختلف جهان بارها صورت گرفته و به اثبات رسیده و در ایران ملکوتی و همکاران در سال ۱۳۸۵، این فرم را با آلفای ۰/۹۴ هنجار کرده‌اند (۱۰). آلفای کرونباخ این ابزار در مرحله پیش‌آزمون

متغیری با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار spss24 مورد تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی بیانگر میانگین سنی شصت و سه سال برای مشارکت‌کنندگان در هر دو گروه می‌باشد. در هر دو گروه حدود بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان متأهل هستند. اکثریت پاسخگویان هر دو گروه سواد نیاموخته و یا دارای تحصیلات ابتدایی و خانه‌دار می‌باشند. تقریباً یک چهارم جمعیت هر دو گروه به تنهایی یا با فردی غیر از همسرشان زندگی می‌کنند و بیش از دو سوم آن‌ها از طریق درآمد همسر امرار معاش می‌نمایند. اکثریت قریب به اتفاق مشارکت‌کنندگان در هر دو گروه دارای درآمدی کمتر از نه میلیون تومان در ماه می‌باشند. میانگین شاخص پایگاه اقتصادی - اجتماعی به دست آمده از ترکیب گویه‌های وضعیت تحصیلی، وضعیت اشتغال، وضعیت سکونت، منبع معیشت و میزان درآمد پاسخگویان، نزدیک به یک گزارش شده که بیانگر برابری پایگاه هر دو گروه می‌باشد. نزدیک به نیمی از اعضاء هر دو گروه به لحاظ سلامتی، در حال حاضر سالم می‌باشند این در حالیست که نسبت به پنج سال اخیر بیش از سی درصد آن‌ها، بیمار شده‌اند. نوع بیماری به ترتیب فراوانی به این شرح گزارش شده است: بیماری‌های قلبی - عروقی و فشار خون، دیابت، آرتروز و التهاب مفاصل، اختلالات اعصاب و روان، دیسک کمر و ...

براساس نتایج به دست آمده از جدول ۱، تأثیر مداخله بر نمرات خودمراقبتی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی در گروه آزمایش به وضوح قابل مشاهده است. به این معنی که میانگین‌های متغیرهای فوق در گروه آزمایش پس از مداخله، به نسبت پیش‌آزمون افزایش یافته‌اند. با این حال، مقایسه میانگین‌های گروه کنترل گواهی بر کاهش نسبی نمرات پس از آزمون این گروه می‌باشد.

دوم شناسایی و با تمایل خود وارد چرخه پژوهش و نه ضرورتاً خود برنامه شدند. پیش‌آزمون صورت گرفت و مداخله برای تیم آزمایش آغاز گردید. مداخله دارای ۳ فاز اصلی آموزش، اجرا و ارزشیابی بود. در ابتدا، مشارکت‌کنندگان فرآیند نیازسنجی را آموخته و نیازهای آموزشی و قابل مداخله را احصاء نمودند. البته آیت‌هایی که مبتنی بر ماهیت خود برنامه بودند، بدون درخواست مشارکت‌کنندگان در چرخه آموزش قرار داشتند. پس از دریافت آموزش‌های لازم، مشارکت‌کنندگان اقدام به تحلیل وضعیت محیط آموزشی و توانبخشی خود نمودند و براساس شناسنامه و نیم‌رخ ترسیمی از وضعیت تحلیل‌شده، اقدام به تدوین برنامه عملیاتی کردند. به عبارتی، در این مرحله، الگوی اصلی مطابق رسم مداخلات اجتماع‌محور توسط خود مشارکت‌کنندگان ترسیم شد. سپس پروژه به مرحله اجرا درآمد و عملیاتی گردید. در قسمت پایش برنامه نیز خود اعضا مشارکت داده شدند و جمع‌آوری داده‌ها به روش کیفی از نوع مشاهده و بحث گروهی متمرکز توسط آنان صورت گرفت. در پایان دوره مداخلاتی که سه ماه به طول انجامید، مجدداً همان ابزار جمع‌آوری اطلاعات در اختیار دو گروه قرار گرفت و پس‌آزمون انجام شد. در این مرحله، تیم و تسهیلگر موقتاً و تا زمان ارائه گزارش نهایی از طرح خارج شدند و محقق به منظور انتشار نتایج تحقیق به ذی‌نفعان (و در رأس آن‌ها مشارکت‌کنندگان) اقدام به تجزیه و تحلیل داده‌ها نمود. مطابق استانداردهای جهانی، باید پس از اتمام مداخله، شبکه اجتماعی میان اعضای تیم ایجاد شده و ارتباط آن‌ها حداقل تا یک سال تداوم داشته باشد. مشارکت‌کنندگان نیز می‌توانند با اجماع نظر، هر زمان که بخواهند با یکدیگر ملاقات و همکاری داشته باشند. این شبکه از اتمام مداخله تا این زمان (در یک بازه یکساله) تشکیل و تداوم داشته است.

جهت تحلیل داده‌ها و برای مقایسه میانگین‌ها به صورت جفت به جفت، از آزمون T وابسته استفاده شده است. همچنین، فرضیه پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک

جدول ۱. آماره‌های توصیفی مقیاس‌های خودمراقبتی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

مقیاس‌ها	نوع آزمون	کمینه		بیشینه		میانگین		انحراف استاندارد		چولگی		کشیدگی	
		آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آماره	آشتباه معیار	آماره	آشتباه معیار
خودمراقبتی	پیش‌آزمون	۲/۱۶	۱/۹۸	۴/۰۷	۳/۱۰	۲/۹۵۲	۲/۷۲۷	۰/۴۸۷	۰/۲۹۲	۰/۴۹۷	۰/۴۶۴	۰/۳۸۴	۰/۹۰۲
	پس‌آزمون	۳/۱۵	۲/۰۹	۴/۱۱	۳/۰۳	۳/۴۶۴	۲/۵۶۷	۰/۲۳۷	۰/۲۲۷	۱/۰۵۴	۰/۴۶۴	۱/۲۲۴	۰/۹۰۲
سلامت عمومی	پیش‌آزمون	۲/۱۱	۱/۶۴	۳/۸۵	۳/۲۱	۲/۹۰۹	۲/۳۵۰	۰/۵۱۶	۰/۴۶۲	۰/۰۸۷	۰/۴۶۴	-۱/۱۱۸	۰/۹۰۲
	پس‌آزمون	۳/۱۱	۱/۶۴	۳/۸۶	۲/۸۹	۳/۵۱۸	۲/۲۱۰	۰/۱۹۳	۰/۳۱۸	-۰/۲۳۰	۰/۴۶۴	-۰/۴۷۱	۰/۹۰۲
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۱/۱۶	۱/۷۴	۳/۷۴	۳/۸۹	۲/۶۱۴	۳/۰۵۶	۰/۷۴۴	۰/۵۴۳	-۰/۳۹۷	۰/۴۶۴	-۰/۶۶۷	۰/۹۰۲
	پس‌آزمون	۲/۵۳	۱/۷۹	۳/۷۴	۳/۱۶	۳/۱۲۰	۲/۶۷۵	۰/۲۷۸	۰/۳۴۴	۰/۰۱۳	۰/۴۶۴	-۰/۰۶۸	۰/۹۰۲

تقریباً نیم واحد (در یک مقیاس ۶-۱ درجه‌ای) بهبودی نشان داده و یا افزایش پیدا کرده است و این افزایش می‌تواند به لحاظ آماری تغییر معناداری محسوب شود. در نتیجه، می‌توان گفت که مداخله صورت گرفته به شکل معناداری سطح سه متغیر فوق را برای گروه آزمایش ارتقاء داده است. همچنین، با توجه به گزارش محاسباتی آزمون تی در خصوص شاخص‌های نامبرده برای گروه کنترل، تفاوت میانگین نمرات پیش و پس آزمون (= pretest-posttest)، کمیت t مربوطه و سطح معنی‌داری، افزایش یا بهبود معناداری به لحاظ آماری در نمره شاخص‌های سه‌گانه برای گروه کنترل، بعد از مداخله صورت نگرفته است. در نتیجه، مداخله نسبت به سطح نمره شاخص‌های مذکور برای گروه کنترل معنادار نبوده و آن‌ها را ارتقاء نداده است و تفاوت مشاهده‌شده ناشی از سایر عوامل می‌باشد.

مندرجات جدول ۲، شامل نتایج مقایسه میانگین‌های شاخص‌های خودمراقبتی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی برای دو گروه آزمایش و کنترل به منظور تشخیص وجود یا عدم وجود تفاوت معنادار بین میانگین‌های نمرات پیش و پس آزمون دو گروه می‌باشد. برای این منظور از آزمون تی جفتی استفاده شده است. با توجه به تفاوت میانگین نمرات پیش و پس آزمون برای گروه آزمایش (pretest-posttest)، و براساس کمیت t مربوطه این گروه برای هر کدام از شاخص‌ها و نیز سطح معنی‌داری آزمون کمتر از ۰/۰۵ (برابر با ۰/۰۰۰) می‌توان نتیجه گرفت که به لحاظ آماری، افزایش یا بهبودی معناداری در نمره شاخص‌های خودمراقبتی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی برای گروه آزمایش، بعد از مداخله، قابل مشاهده است. به عبارتی دیگر، میانگین نمره شاخص‌های مذکور برای گروه آزمایش در فاز قبل و بعد از مداخله به مقدار

جدول ۲. مقایسه نمرات پیش و پس آزمون

مقیاس	تفاوت میانگین (Pre-Post)	آماره t	درجه آزادی	معناداری (دو دامنه)
خودمراقبتی	-۰/۵۱۲	-۸/۸۸۷	۲۴	۰/۰۰۰
سلامت عمومی	-۰/۶۰۹	-۸/۱۷۵	۲۴	۰/۰۰۰
کیفیت زندگی	-۰/۵۰۵	-۴/۶۶۹	۲۴	۰/۰۰۰
خودمراقبتی	۰/۱۵۹	۶/۵۷۳	۲۴	۰/۰۰۰
سلامت عمومی	۰/۱۴۰	۳/۱۶۵	۲۴	۰/۰۰۴
کیفیت زندگی	۰/۳۸۱	۵/۰۷۷	۲۴	۰/۰۰۰

به منظور آزمون فرضیه‌های تحقیق: الگوی مداخله مشارکتی توسعه داده شده بر ارتقاء خودمراقبتی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی در میان سالمندان جامعه مورد مطالعه مؤثر است؛ از آزمون کوواریانس استفاده شده است. با توجه به اینکه تحلیل کوواریانس، مانند بسیاری از تحلیل‌های آماری، مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی است، قبل از اجرای آزمون، مهم‌ترین پیش‌فرض‌ها شامل: نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب خط رگرسیون و عدم وجود داده‌های پرت با استفاده از آزمون‌های آزمون شاپیرو ویلکز، آزمون لوین و ارزیابی همگونی شیب رگرسیونی مورد پردازش قرار گرفته و پس از تأیید، آزمون نهایی کوواریانس صورت گرفته است.

براساس نتایج اطلاعات مربوط به تحلیل کواریانس شاخص‌های خودمراقبتی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی در جدول ۳، نمره پیش‌آزمون آزمودنی‌ها تأثیر کاملاً معناداری در نمرات پس‌آزمون آن‌ها داشته است که این گفته براساس معناداری

اثر مربوطه (۰/۰۰۰) روشن می‌شود. همچنین مهمتر از آن، تأثیر تعلق به گروه آزمایش (در مقابل تعلق به گروه کنترل) با توجه به سطح معناداری آماره F مربوطه که در حدود ۰/۰۰۰ برآورد شده، تأثیری کاملاً معنادار به لحاظ آماری است. به عبارت دیگر، مداخله مشارکتی، پس از کنترل تأثیر ناشی از نمرات پیش‌آزمون، توانسته نمره هر سه شاخص را در بین آزمودنی‌ها به شکل کاملاً معناداری افزایش دهد. مجذور اتای جزئی مربوط به اثر مداخله (تعلق به گروه آزمایش) مربوط به هر کدام از شاخص‌ها نشان از این دارد که به‌طور تقریبی تعلق به گروه آزمایش، می‌تواند افزایش نزدیک به نیم و حتی یک واحدی را در نمره شاخص‌های سه‌گانه ایجاد نماید. به عبارت ساده‌تر، شرکت در گروه آزمایش و تجربه مداخله مربوطه به مطالعه حاضر، می‌تواند به شکل معناداری نمره شاخص‌های خودمراقبتی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی را در بین آزمودنی‌ها افزایش دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس خودمراقبتی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی

مجموع مجذورات (نوع سوم)	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتای جزئی	منع واریانس	
۷/۰۵۳	۱	۷/۰۵۳	۶۲۸/۳۴۲	۰/۰۰۰	۰/۹۳۰	گروه (آزمایش=۱)	خود مراقبتی
۲/۰۶۵	۱	۲/۰۶۵	۱۸۳/۹۸۸	۰/۰۰۰	۰/۷۹۷	پیش‌آزمون	
۰/۵۲۸	۴۷	۰/۰۱۱				خطا	
۱۰/۴۵۱	۱	۱۰/۴۵۱	۴۸۶/۵۴۵	۰/۰۰۰	۰/۹۱۲	گروه (آزمایش=۱)	سلامت عمومی
۲/۳۱۸	۱	۲/۳۱۸	۱۰۷/۹۲۵	۰/۰۰۰	۰/۶۹۷	پیش‌آزمون	
۱/۰۱۰	۴۷	۰/۰۴۴				خطا	
۴/۰۶۵	۱	۴/۰۶۵	۹۲/۰۹۵	۰/۰۰۰	۰/۶۶۲	گروه (آزمایش=۱)	کیفیت زندگی
۲/۶۴۱	۱	۲/۶۴۱	۵۹/۸۳۴	۰/۰۰۰	۰/۵۶۰	پیش‌آزمون	
۲/۰۷۵	۴۷	۲/۰۷۵				خطا	

تلقی شود، با این حال، این تعامل آینده‌نگر و فعال با زندگی و سایر انسان‌هاست که برای پیر شدن بسیار حیاتی است. زیرا مولد و فعال بودن جزء مهمی از پارادایم‌های فوق است. همچنین، مطالعات متعددی در رابطه با تأثیر برنامه‌های طراحی شده بر ارتقاء سلامت سالمندی و کیفیت زندگی سالمندان به‌عنوان استراتژی ترویج و حمایت از خودمراقبتی در بین سالمندان با هدف افزایش توانمندی و کاهش ناتوانی آن‌ها که اغلب با رویکرد مراقبت یکپارچه و شخص محور صورت‌گرفته، انجام شده‌اند و هر کدام نتایج متفاوتی دربر

بحث

طی دهه‌های گذشته، داده‌های جمعیت‌شناختی و اپیدمیولوژیک و همچنین مطالعات طولی، هم‌گروهی، مقطعی، تجربی و انسانی و رفتاری، الگوهای جدیدی تحت عنوان سالمندی سالم، مثبت، موفق، فعال یا مولد و مطلوب را ارائه داده‌اند. چارچوب نظری دیدگاه‌های فوق را این نکته تشکیل می‌دهد که اگرچه، از جهاتی افزایش سن می‌تواند عامل خطری برای کناره‌گیری اجتماعی و زوال جسمانی و روانی

امید به زندگی و شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان در مراکز مراقبت از سالمندان ایرانی شهر دبی» در سال ۱۳۹۸ که در این پژوهش، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری حاکی از آن است که تفاوت معنی داری بین گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون امید، شادکامی و کیفیت زندگی وجود دارد. به عبارت دیگر آموزش توانمندسازی خودمراقبتی باعث افزایش امید، شادکامی و کیفیت زندگی در سالمندان شد (۱۰).

همچنین، مطالعه شیان و حنان زارع، پژوهشی از نوع تجربی با عنوان «بررسی تأثیر برنامه‌های اجتماع محور بر رفاه ذهنی سالمندان» بود که ویژگی اصلی تفکیک دو گروه در این پژوهش، شرکت در برنامه‌های اجتماع محور بوده است. یافته‌ها نشان داده میانگین رفاه ذهنی دو گروه تفاوت معناداری داشت. به عبارتی سالمندانی که در برنامه‌های اجتماع محور شرکت داشته‌اند از میزان بیشتری از رضایت زندگی، شادکامی و کیفیت زندگی برخوردار بوده‌اند (۱۱).

فرزاد غفوری و زهرا محمدی نیز در سال ۱۳۹۸ پژوهشی تحت عنوان «مقایسه سرمایه اجتماعی و رفاه ذهنی در بین سالمندان فعال و غیر فعال (با تأکید بر فعالیت بدنی شبکه‌ای)»، در شهر تهران انجام داده‌اند که نتایج آن با یافته‌های این پژوهش همخوانی دارد. چارچوب نظری مطالعه فوق مشتمل بر دیدگاه نظری پانام برای سرمایه اجتماعی و دیدگاه نظری داینر برای رفاه ذهنی بوده است. نتایج، اختلاف معنی دار را در میزان سرمایه اجتماعی و رفاه ذهنی بین سالمندان فعال و غیرفعال نشان داده است. در تمامی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی (اعتماد اجتماعی، انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی) و مؤلفه‌های رفاه ذهنی (شادکامی، رضایت از زندگی، استحقاق، تأمین ذهنی، احساسات، مقایسه نسبی و علایق و پذیرش (احترام) اجتماعی) بین سالمندانی که به صورت شبکه‌ای فعالیت بدنی داشتند؛ با بقیه سالمندان تفاوت آشکار وجود داشته است (۱۲).

در مطالعات بین‌المللی، «برنامه Stepping O» یک برنامه چندجانبه مبتنی بر اجتماع است که با استفاده از یک محیط

داشته است و مدل‌های متنوعی که به داشتن یک زندگی آرام در دوران میانسالی و بزرگسالی کمک می‌کنند، پیشنهاد و اجرا شده‌اند. این پژوهش نیز در پی آن بود که الگوی مداخلاتی بومی مبتنی بر رویکرد مشارکت محور را با دخالت خود سالمندان به‌عنوان ذی‌نفعان واقعی به منظور ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی آن‌ها طراحی نموده و مشخص کند مدل توسعه داده شده تا چه اندازه می‌تواند مؤلفه‌های مذکور را بهبود و یا ارتقاء بخشد. در این راستا، نتایج آزمون تی جفتی که به منظور مقایسه میانگین‌های متغیرهای پژوهش صورت گرفته است، مبین وجود تفاوت معنی دار (به لحاظ آماری) در نمرات گروه آزمایش، بعد از مداخله می‌باشد. این بدان معناست که میانگین نمره‌های گروه آزمایش در بعد از مداخله به مقدار نزدیک به نیم واحد بهبودی داشته و به شکل معناداری سطح سلامت عمومی و کیفیت زندگی را برای گروه آزمایش ارتقاء داده است. اما افزایش معناداری به لحاظ آماری در نمره مربوط به کلیه متغیرهای گروه کنترل، بعد از مداخله، صورت نگرفته است. بنابراین، نمی‌توان ارتقایی در بعد از مداخله برای این گروه متصور بود. همچنین، نتایج آزمون کوواریانس مؤید این نکته است که مداخله و مدل طراحی شده به شیوه مشارکت محور تأثیر کاملاً معناداری در نمرات پس‌آزمون آزمودنی‌ها (گروه آزمایش) در رابطه با هر سه متغیر تحقیق داشته اما، تأثیر معنادار تعلق به گروه کنترل (در مقابل تعلق به گروه آزمایش) با توجه به نتایج برآورد شده، به لحاظ آماری مستند نمی‌باشد. بدین معنی که تعلق به گروه کنترل مانع از تأثیرپذیری آن‌ها از فرآیند مداخله شده و یا تغییری در نمرات پس‌آزمون آن‌ها صورت نگرفته و یا اگر هم تغییر مثبتی گزارش شده است، ناشی از سایر عوامل بوده است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت: الگوی مداخله مشارکتی توسعه داده شده بر ارتقاء سلامت سالمندی و کیفیت زندگی در میان سالمندان جامعه مورد مطالعه مؤثر است. نتیجه فوق را می‌توان با نتایج مطالعات پیشین مرتبط با موضوع تحقیق همسو دانست. من جمله: مطالعه محمد اورکی و همکارانش، تحت عنوان «اثر بخشی آموزش توانمندسازی خودمراقبتی بر

کیفیت زندگی و رضایت زندگی مشارکت کنندگان به اثبات رسید (۱۶).

پیامد اجرای برنامه «پیری سالم ترکیه» با هدف توسعه فعالیت‌های ورزشی، فعالیت‌های بدنی و توانبخشی برای همه سالمندان و با شعار سالمندی و سلامت ترکیه که طی سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۰ اجرا و توسط دکتر اورهان کوچ (Orhan Koc) در سال ۲۰۲۳ ارزشیابی شد، تدوین «سند چشم‌انداز سالمندی ترکیه» بود. مطالعه دکتر کوچ اثربخشی برنامه فوق را در رابطه با متغیرهای سالمندی فعال، کیفیت زندگی و مشارکت اجتماعی اثبات کرد (۱۷).

گزارش مطالعه سه ساله بارنفلد (Barenfeld)، والین (Wallin) و برامبرگ (Brämberg) درخصوص تأثیر برنامه مشارکتی فردمحور بر ارتقاء سالمندی سالم در بین مهاجرین سوئد در سال ۲۰۱۷، ضمن تأیید اثربخشی برنامه، حرکت از دانش به عمل در جهت حمایت از برنامه‌های مشابه در راستای سالمندی مطلوب را پیشنهاد داده است (۱۸).

لواسور و همکارانش نیز در سال ۲۰۱۷ مطالعه‌ای را در بین سالمندان روستایی و شهری کانادا انجام دادند. فرض آن‌ها این بود که جوامع دوستدار سالمند که فعالیت‌های داوطلبانه، برابری سلامت و مشارکت سالمندان در طراحی ساختارهای مرتبط با محیط فیزیکی و اجتماعی متناسب با سالمندی را انجام می‌دهند، در تقویت و توسعه سالمندی فعال مؤثرتر هستند. اقدام محلی مشارکتی منجر به بهبود رضایت زندگی، سلامت عمومی، وضعیت عملکردی، تحرک فیزیکی و نهایتاً سالمندی فعال می‌شود (۱۹).

نتایج یک مطالعه ملی و طولی کانادایی در مورد سالمندی موفق (CLSA) که بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۸ روی نمونه ۷۶۲۳ نفری از سالمندان کانادایی اجرا و گزارش آن توسط مابل هو و همکارانش در سال ۲۰۲۳ منتشر شد، نیز بیانگر رابطه معنادار مشارکت اجتماعی و سالمندی موفق می‌باشد. بدین معنی که فعالیت‌هایی مانند فعالیت‌های کلیسا یا مذهبی، فعالیت‌های آموزشی یا فرهنگی، فعالیت‌های باشگاهی، خدماتی، فعالیت‌های محله‌محور،

یادگیری در گروه‌های کوچک، به منظور کاهش سقوط سالمندان در معرض خطر در خانه، در عرض ۱۴ ماه با هدف بهبود خودکارآمدی در پیشگیری از سقوط، تشویق به تغییر رفتار و کاهش زمین خوردن، در کانادا اجرا گردیده است. پس از ۷ هفته گروه مداخله کاهش ۳۱ درصدی سقوط را تجربه کرد. نتایج این مطالعه توجه مجدد به این ایده را که یادگیری شناختی - رفتاری در یک گروه کوچک می‌تواند سقوط را کاهش دهد، سبب شد (۱۳).

همچنین، «مطالعه تجربی عوامل مؤثر بر پیری موفقیت‌آمیز داوطلبان میانسال و مسن‌تر جامعه» توسط چن، لان و یان در سال ۲۰۲۳، در تایوان مبین این نکته بود که شرکت در خدمات داوطلبانه می‌تواند به افراد میانسال و مسن کمک کند تا ارزش و مزایای مثبت آن را تشخیص دهند و مشارکت اجتماعی، احساس شادی و موفقیت و رضایت کلی آن‌ها از زندگی را بهبود می‌بخشد. همین‌طور، «برنامه توانمندسازی زنان مسن مالزی با استفاده از رویکرد مبتنی بر اجتماع» که در سال ۲۰۱۶ اجرا شده، حاکی از این نکته بود که ترویج رفتار فعال و مشارکتی نه تنها طول عمر آن‌ها را افزایش می‌دهد، بلکه به زنان این امکان را می‌دهد که در طی سال‌های عمر خود، زندگی با کیفیت و معناداری را تجربه کنند (۱۴).

علاوه بر این، مطالعه لورا روبیو (Laura Rubio)، ایگونسو بدویا (Ignacio Bedoya) و رامونا روبیو هررنا (Ramona Rubio-Herrera) در سال ۲۰۱۷، تحت عنوان «بررسی اثربخشی یک برنامه مداخله‌ای با هدف بهبود کیفیت زندگی در یک گروه از افراد مسن ساکن در روستای اورنسه در منطقه‌ای از گالیسیای اسپانیا»، مؤید این موضوع بود که برنامه مذکور تأثیر مثبتی بر درک شرکت کنندگان از فرصت‌های خود برای شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و بهبود عملکرد شناختی آن‌ها که در نهایت به ارتقاء سلامت اجتماعی آن‌ها منجر می‌شود، داشته است (۱۵).

تأثیرگذاری برنامه ترویج سالمندی فعال توسط ماریابووانا کاپرارا و همکارانش در چهار کشور اسپانیا، کوبا، مکزیک و شیلی در سال ۲۰۱۳، بر بهبود خودکارآمدی، روابط اجتماعی،

طبیعی مادام‌العمر است که با بیماری همراه بوده و به‌طور اجتناب‌ناپذیر با مرگ خاتمه می‌یابد. اما از منظری دیگر (بیشتر رویکردهای اجتماعی)، روند پیری نه‌تنها از نظر ژنتیکی بلکه توسط شرایط محیطی و رفتاری، تعیین و بهینه‌سازی می‌شود (۲۴).

در این میان، توانبخشی فرد محور و ترویج مشارکت، محرک‌های کلیدی برای ارتقاء ظرفیت‌های محدود دوران سالمندی هستند. رویکرد توانبخشی مشارکتی، به‌عنوان یک مدل مدرن شامل مشارکت در مراقبت از خود برای شهروندان مسن، به معنای مشارکت فرد سالمند در طول فرآیند توانبخشی در یک محیط مشارکتی است که منجر به ارتقای حس کنترل و استقلال آن‌ها می‌شود. اسمیت و همکارانش (۲۰۱۸)، لوک و همکارانش (۲۰۱۶) و دوتزی و همکارانش (۲۰۱۹) یک مدل توانبخشی مبتنی بر مشارکت سالمندان با هدف به حداکثر رساندن استقلال عملکردی و در نتیجه کیفیت زندگی آن‌ها پیشنهاد داده‌اند (۲۵).

بر این اساس، تمامی مطالعاتی که تأثیر مشارکت خود سالمندان در بهبود کیفیت زندگی آن‌ها را به اثبات رسانده‌اند، منشعب از نظریه‌های مدرن و پسا مدرنیزم کنترل‌شونده و پویایی‌بخش به سالمندی هستند به گونه‌ای که در سالمندشناسی نوین، موضوع مراقبت از بدن در طول زندگی برجسته‌تر است. مشخصه این پارادایم از نظر جان رو، این است که سلامت و وضعیت عملکردی در اواخر زندگی به‌طور فزاینده‌ای تحت کنترل خود ما قرار دارد و مراقبت از خود (خودمراقبتی)، روابط بین فردی و درگیری کامل در زندگی، التزام‌های ارتقاء سلامت سالمندی می‌باشند (۲۶).

مدل یکپارچه سالمندی مطلوب ریف، اسکس و سینگر که شامل شش بُعد: پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی و رشد شخصیتی و مشارکت داوطلبانه می‌باشد، معیار مطالعات عمیق طولی در سال‌های اخیر بوده است. یکی از برجسته‌ترین مطالعات، مطالعه انستیتو MIDUS در امریکاست. این مطالعه ارتباط شاخص‌هایی مانند فعال بودن، مشارکت اجتماعی هدفمند،

اجتماع محور یا انجمن حرفه‌ای، کار داوطلبانه یا خیریه و فعالیت‌های تفریحی موجب بهبود سالمندی موفق این افراد گردید (۲۰).

کلمنسن و همکاران در سال ۲۰۰۷ ضمن تأیید اهمیت طراحی مشارکتی مداخلات توانبخشی سالمندان، اهمیت مطالعات بین رشته‌ای و استفاده از تیم‌های بین رشته‌ای برای غلبه بر چالش‌های عملی جلب مشارکت و درگیر کردن افراد مسن در PD را مطرح کرده‌اند. هولدگرن و همکاران نیز در ۲۰۱۳، بر مفاهیم تسهیل همکاری طولانی مدت با سالمندان و ایجاد اهداف مشترک با آن‌ها در یک محیط اجتماعی و نیز یادگیری متقابل تأکید دارند. بحث آن‌ها در مورد نحوه مشارکت دادن و ایجاد تعهد در سالمندان در مباحث مربوط به آن‌ها است. ایسما و همکاران در سال ۲۰۰۳ جلساتی را توصیف می‌کنند که در آن افراد مسن از طریق فعالیت‌های عملی جدید در حوزه خود مراقبتی، بین دانش و تجربه خود ارتباط ایجاد می‌کنند (۲۱).

در یک نمونه دیگر، یک مطالعه کیفی با هدف درک ارتباط مشارکت اجتماعی سالمندان با کیفیت زندگی و رفاه ذهنی آن‌ها در پرتغال در یک نمونه ۱۰۴ نفری صورت گرفت که نتیجه آن ارتباط مستقیم و معنی‌دار متغیرهای مذکور با یکدیگر بود (۲۲).

این پژوهش همچنین با یک مطالعه فراتحلیل دیگر که ۲۶ پژوهش پرکاربرد انجام گرفته طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ را بررسی کرده و ارتباط مثبتی بین پیری فعال و کیفیت زندگی در میان سالمندان گزارش نموده، به نکته مشترکی رسیده است. این مطالعه فراتحلیل بیان کرده است: سالمندی فعال با چندین حوزه کیفیت زندگی در میان افراد مسن‌تر ارتباط مثبت و ثابتی دارد و این موضوع را تأیید می‌کند که هرچه عوامل تعیین‌کننده پیری فعال بهتر باشد، کیفیت زندگی هم بیشتر است (۲۳).

به‌طور کلی در مطالعات سالمندی، چه از جنبه بیولوژیکی و چه جنبه‌های روان‌شناختی و اجتماعی، دو سنت یا به عبارتی دو نگرش کلان وجود دارد. از یک منظر، پیری یک فرآیند

در مورد تغییر مسیرهای پایان عمر در پیرترها، که نشان می‌دهند هرچه فرد طولانی‌تر زندگی کند، برآوردن معیارهای پیری مطلوب ریشه‌ای جمعی می‌یابد (باورز، ۲۰۱۹)؛ به پیروی از دیدگاه تفسیری متفاوت برنیس نوگارتن (۲۰۰۱-۱۹۱۶) در «سالمندشناسی و جامعه‌شناسی مرگ» که سالمندان زیر ۷۵ سال دارای معیارهای سالمندی مطلوب را به‌عنوان «پیران جوان» معرفی کرد؛ به دنبال ایجاد بینشی نوین در درک پدیده سالمندی به‌عنوان یک فرآیند پویای اجتماعی مرتبط با تغییرات اجتماعی بوده و درصدد بود چشم‌اندازی پویاتر از سالمندی ایجاد کند، متفاوت از آنچه تاکنون بوده است. محدودیت‌هایی که می‌توانست بر فرآیند پژوهش تأثیرگذار باشند را می‌توان به شرح زیر مطرح کرد:

محدودیت‌های حضور سالمندان در جلسات گروهی به دلیل ضرورت مراقبت‌های بهداشتی در دوران پسا کرونا؛ ناشناس بودن مداخلات اجتماع محور برای ذی‌نفعان در مقایسه با برخی مطالعات همچون مطالعات کوهورت (هم‌گروهی)؛ انتخاب فقط سالمندان جوان داوطلب از بین سالمندان مقیم مراکز و محدودیت در همگن‌سازی گروه‌ها؛ تک‌جنسیتی بودن و عدم حضور سالمندان مرد در پژوهش و کم بودن مدت زمان مداخله (که سه ماه به طول انجامید). با این حال، این مداخله به صورتی که از قبل پیش‌بینی شده بود، به صورت مؤثر انجام گرفت.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر، با کاربرد رویکرد مشارکت‌محور، مدلی کلی از یک برنامه مشارکتی سلامت سالمندی را ارائه می‌دهد که به‌طور خاص توسط سالمندان و برای سالمندان طراحی شده است. در واقع، به دنبال پاسخ به این سؤال که آیا مداخله مشارکتی مبتنی بر خودمراقبتی در افزایش سلامت و کیفیت زندگی سالمندان مؤثرتر و مطلوب‌تر از برنامه تجویز شده توسط سازمان بهداشتی است یا خیر؟ به جامعه هدف اجازه داد تا در کنترل و بهبود سلامت جسمی و رفاه ذهنی خود مشارکت داشته باشند. به علاوه، الگوی طراحی شده، با جلب

خودسازی، رشد و شکوفایی، روابط اجتماعی و ایجاد شبکه، عملکرد شناختی بیشتر، سلامت عمومی بهتر و کیفیت زندگی و رفاه عینی - ذهنی بیشتر با سالمندی مطلوب را به اثبات رسانده است (۲۷).

از سوی دیگر، نظریه خودمراقبتی اورم، یکی از منسجم‌ترین نظریه‌های مراقبت از خود است که یک دستورالعمل بالینی روشن برای برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های خودمراقبتی ارائه می‌دهد. از نظر او سالمندان باید تمام فعالیت‌های مرتبط با سلامتی را برای کسب احساس رفاه ذهنی و اجتماعی پایدار، انجام دهند. اما سالمندان برای انجام فعالیت‌های خودمراقبتی نیاز به کمک دارند. متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید در این مسیر آن‌ها را هدایت و یاری کنند (۲۸).

از منظر جامعه‌شناختی، اساسی‌ترین مؤلفه در اثربخشی خودمراقبتی، ارتباطات اجتماعی است. سوراگان و همکارانش چهار استراتژی کلیدی را برای تقویت ارتباطات اجتماعی میان سالمندان مطرح کرده‌اند. این استراتژی‌ها عبارتند از: اجرای برنامه‌های چند نسلی، ایجاد اجتماعات دوستدار سالمند، فعالیت‌های بدنی مبتنی بر رویکردهای گروهی و استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات. در این میان، استراتژی آخر به دلیل داشتن ویژگی‌هایی چون ایجاد شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد اجتماعی که هماهنگ‌کننده و تسهیل‌کننده منافع متقابل می‌باشند، تأثیر غیر مستقیم بر رفاه ذهنی سالمندان از طریق افزایش سرمایه اجتماعی دارد (۵).

مداخله خودمراقبت‌محور این مطالعه که از نظریه‌های پوزیتیویستی سالمندی که معتقدند دستکاری محیط، رفتار و ساختار اجتماعی سالمندان به موازات ساختار ژنتیکی آن‌ها، می‌تواند امید زندگی و طول عمر را افزایش دهد و قائل به نقش تأثیرگذار سالمندان در مسیر زندگی می‌باشند، متأثر است؛ همچنین با پیروی از اوسادا و همکاران (۱۹۹۵)، دمورا و ساتو از کویل (۲۰۰۳) و سیمونز (۲۰۰۹) که در مطالعات خود بر اهمیت سه مؤلفه خودمراقبتی، مشارکت اجتماعی و تعاملات اجتماعی در حفظ و بهبود سلامت و سطوح بالاتر کیفیت زندگی سالمندان اشاره کرده‌اند و متأثر از نتایج مطالعات

اسدزاده (کاردرمانگر) خانم مهدیه حسینی (مربی یوگا) و خانم کتابون نجاریان (روانشناس) اعلام می‌دارند. به ویژه از همکاری داوطلبانه و بی‌منت سالمندان عزیز مراکز مذکور که در پژوهش مشارکت داشتند و بدون همکاری آن‌ها مداخله عملیاتی نمی‌شد، سپاسگزاریم.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

ملاحظات اخلاقی

اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

بیانیه هوش مصنوعی

نویسندگان اعلام می‌دارند که در فرایند تحقیق، نگارش و ویرایش این مقاله، از هیچ‌گونه ابزار هوش مصنوعی استفاده نشده است.

مشارکت، آموزش خود مراقبتی و ایجاد شبکه اجتماعی، ضمن افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی و اجتماعی فرد به او کمک کرد تلاش کند تا زمانی که ممکن است زندگی سالم و مستقل داشته باشد، رفاه و کیفیت زندگی‌اش را بهبود بخشد و تقاضا برای خدمات بهداشتی و مراقبت‌های اجتماعی را کاهش دهد. در مجموع دستاوردهای پژوهش حاضر مبتنی بر تأیید اثربخشی مدل مشارکتی و آموزش خودمراقبتی بر نمره پس‌آزمون سلامت عمومی و کیفیت زندگی گروه آزمایش، بیانگر نقش تأثیرگذار خود جامعه هدف (به‌عنوان مؤلفه مشارکت اجتماعی) بر افزایش و بهبود سلامتی و خود مراقبتی، تعاملات اجتماعی و سایر مؤلفه‌های سلامت سالمندی است.

مشارکت نویسندگان

مینا علیپوری‌نیاز: طراحی ایده، شیوه‌نامه مداخله، تسهیلگری و اجرای مداخله، جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز داده‌ها و تبیین نتایج، ترجمه منابع و تنظیم گزارش نهایی. توکل آقاییاری: آنالیز داده‌ها و تبیین نتایج، ترجمه منابع و ویرایش و بازبینی نهایی مقاله. محمدباقر علیزاده اقدم: ویرایش و تأیید طرح اولیه؛ ترجمه منابع و ویرایش و بازبینی نهایی مقاله. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب سپاسگزاری خود را از صاحب امتیازان مراکز روزانه توانبخشی سالمندان «مهرگان» و «همراز» تبریز، خانم‌ها کتابون نجاریان و پریسا مقیمی‌فام و آموزشگران فرآیند مداخله آقای دکتر بابک اکبری (پزشک)، خانم اکرم

References

1. Lasheen N, Elshahat M, Shehata M, Mahmoud Youssef A, Aboshouk A, Gaballah A. Healthy lifestyle and aging: an overview. *ESPS*. 2024; 44(4): 228.
2. Adelowo A. Promoting healthy aging through lifestyle changes: the plausibility and evidence-based recommendations. *TIJPH*. 2022.
3. UNFPA. Annual Report 2021. United Nations Population Fund. 2021.
4. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics--2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2013; 127(1): e6.
5. Nakada T, Kozawa T, Senio S, Murota Sh, Eto M, Shimasawa J. A community- based intervention to enhance subjective well-being in older adults: study design and baseline participation profiles. *Healthcare*. 2024; 12(3): 322.
6. Costa A, Henriques J, Alarcão V, Henriques A, Madeira T, Virgolino A, Sousa J, Feteira-Santos R, Arriaga M, Rocha J, Nogueira P. Active aging awareness and well-being among older adults in Portugal. *Frontiers in public health*. 2023; 11: 1149731.
7. Faul A. why optimal aging? University of Louisville physicians, 2019.
8. Joee W, Rudra SH. Horizontal Inequity in Elderly Health Care Utilization: Evidence from India. *Korean medical science*. 2015; 30: 156-166.
9. Wang CH, Tsai FF. Health Resources and Well-Being in Optimal Aging: The Mediating Role of Selection, Optimization, and Compensation Strategies. *Sustainability*. 2021; 13(16): 9224.
10. Oraki M, Mehdizadeh A, Dortaj A. The effectiveness of self-care empowerment training on life expectancy, happiness and quality of life of the elderly in Iranian elderly care centers in Dubai. *Iranian Journal of Ageing*. 2019; 14(3): 320-331. [persian]
11. Shiani M, Zare H. The Effectiveness of Community-Based Programs on Older Adult's Subjective Well-Being. *Iranian Journal of Ageing*. 2013; 8(2): 16-29. [persian]
12. Ghafouri F, Mohammadi Z. Comparing Social Capital and Subjective Well-Being between Active and Non-active Elderly People (With an Emphasis on Network-Based Physical Activity). *Social Development & Welfare Planning*. 2019; 10(39): 1-28. [persian]
13. Klimczuk A, Tomczyk Ł. Perspectives and theories of social innovation for ageing population. *Frontiers in Sociology*. 2020; 5: 6.
14. Chen L, Zhang Z. Community participation and subjective well-being of older adults: The roles of sense of community and neuroticism. *International journal of environmental research and public health*. 2022; 19(6): 3261.
15. Dumitrache CG, Rubio L, Bedoya I, Rubio-Herrera R. Promoting active aging in rural settings: An intervention program implemented in Orense, Spain. *Universitas Psychologica*. 2017; 16(3): 112-123.
16. Caprara M, Mangeles M, Schettini R, Santacreu M. Active aging promotion: results from the vital aging program. *Gerontology & Geriatrics*. 2013; 1(14): 817813.
17. Matbaacılık N. Turkey healthy aging action plan and implementation program. *TPHI*. 2020.
18. Barenfeld E, Wallin L, Björk Brämberg E. Moving from knowledge to action in partnership: A case study on program adaptation to support optimal aging in the context of migration. *Journal of Applied Gerontology*. 2019; 38(8): 1096-1120.
19. Levasseur M, Dubois MF, Généreux M, Menec V, Raina P, Roy M, Gabaude C, Couturier Y, St-Pierre C. Capturing how age-friendly communities foster positive health, social participation and health equity: a study protocol of key components and processes that promote population health in aging Canadians. *BMC public health*. 2017; 17(1): 502.
20. Ho M, Pullenayegum E, Burnes D, Fuller-Thomson E. Successful aging among immigrant and Canadian-born older adults: Findings from the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(20): 13199.
21. Wong AK, Wong FK, Wong MC, Chow KK, Kwan DK, Lau DY. A community-based health-social partnership program for community-dwelling older adults: a hybrid effectiveness-implementation pilot study. *BMC geriatrics*. 2022; 22(1): 789.
22. Pereira H, Silva P, Torre RD, Dos Santos MR, Moutinho A, Solinho S, Proença C, Cabral J, Santos AJ. Men's social connectedness in later life: a qualitative study with older men. *Geriatrics*. 2024; 9(2): 53.
23. Marzo RR, Khanal P, Shrestha S, Mohan D, Myint PK, Su TT. Determinants of active aging and quality of

life among older adults: systematic review. *Frontiers in public health*. 2023;11: 1193789.

24. Fernández-Ballesteros R, Sánchez-Izquierdo M. Are psycho-behavioral factors accounting for longevity?. *Frontiers in psychology*. 2019; 10: 2516.

25. Seijas V, Maritz R, Fernandes P, Bernard RM, Lugo LH, Bickenbach J, Sabariego C. Rehabilitation delivery models to foster healthy ageing—a scoping review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2024; 5: 1307536.

26. Katz S. Active and successful aging. Lifestyle as a gerontological idea. *Recherches sociologiques et anthropologiques*. 2013; 44(44-1): 33-49.

27. Bar-Tur L. Fostering well-being in the elderly: Translating theories on positive aging to practical approaches. *Frontiers in medicine*. 2021; 8: 517226.

28. Hashemlo L, Hemmati Maslakkpak M, Khalkhali H. The effect of orem self-care program performance on the self-care ability in elderly. *Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty*. 2013; 11(2):1. [persian]