



## The Effectiveness of the Native Educational Package of the Needs of the Young Elderly on the Quality of Life and Depression of the Young Elderly

Fereshteh Alsadat SeyyedHasani<sup>1</sup>, Kazem Barzegar Bafroyi<sup>2\*</sup>,  
Marie Dehghan Manshadi<sup>3</sup>, Ahmad Sadeghian<sup>4</sup>

1. PhD Student in Counseling, Counseling Department, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.
2. Associate Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Yazd University, Iran.
3. Assistant Professor, Counseling Department, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Education, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

**Corresponding author:** Associate Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Yazd University, Iran.

**Email:** k.barzegar@yazd.ac.ir

Received: 9 May 2024

Accepted: 26 May 2024

### Abstract

**Introduction:** The increase in the Older adult population and the emergence of new needs for health services to promote active young aging reveal the need to pay attention and recognize the factors affecting their health and well-being as an important part of society and determine priorities in this field. Therefore, the present study was conducted to determine the effectiveness of the educational program developed locally for the needs of young Older adults people in improving their quality of life and reducing depression of young Older adults people in Yazd City.

**Methods:** The research method was a semi-experimental type of pre-test and post-test with a control group. The statistical population was all people with the age range of 60 to 75 years in Yazd city. The sample size of 36 people was selected and randomly divided into control and experimental groups (18 people in each group) according to the criteria for entering the research. The experimental group received the training package in 8 sessions of 90 minutes, and the control group did not receive training. The research tool was the quality of life questionnaire for Older adults by Lipad (1998) and depression in Older adults by Yeswageh (1996). Multivariate and univariate analyses of covariance tests were used to analyze the data.

**Results:** The results showed that the native educational package of the needs of young Older adults had a significant effect on reducing depression and improving the quality of life (and then life satisfaction) in the post-test stage ( $P < 0.05$ ). However, it has not had a significant effect on the improvement of quality of life dimensions (physical, self-care, depression and anxiety, cognitive, social, and sexual issues).

**Conclusions:** Considering the importance of the local educational program for the needs of Older adults, it can be useful to hold training courses for young Older adults to improve their quality of life and reduce depression.

**Keywords:** Young Older adults, Education of Older adults needs, Quality of life, Depression.



## اثر بخشی بسته آموزشی بومی نیازمندی‌ها بر کیفیت زندگی و افسردگی سالمندان جوان

فرشته السادات سیدحسینی<sup>۱</sup>، کاظم برزگر بفرویی<sup>۲\*</sup>، ماریه دهقان منشادی<sup>۳</sup>، احمد صادقیان<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

۲. دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، ایران.

۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

۴. استادیار، گروه معارف، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

نویسنده مسئول: کاظم برزگر بفرویی، دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، ایران.  
ایمیل: k.barzegar@yazd.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۳/۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۲۰

### چکیده

**مقدمه:** افزایش جمعیت سالمندان و پیدایش نیازهای جدید به خدمات سلامت جهت ترویج سالمندی جوان فعال، ضرورت توجه و شناخت عوامل مؤثر بر سلامتی و رفاه آنان به عنوان بخشی مهم از جامعه و تعیین اولویت‌ها را در این زمینه آشکار می‌نماید. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه آموزشی تدوین شده بومی نیازمندی‌های سالمندان جوان در بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی سالمندان جوان شهر یزد انجام شد.

**روش کار:** روش پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی افراد با دامنه سنی ۶۰ تا ۷۵ سال شهر یزد بود. حجم نمونه ۳۶ نفر با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، با نمونه‌گیری در دسترس به صورت هدفمند، انتخاب و بصورت تصادفی به گروه کنترل و آزمایش (هر گروه ۱۸ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، بسته آموزشی را دریافت نمودند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. ابزار پژوهش، پرسشنامه پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد (۱۹۹۸) و افسردگی در سالمندان یسواکه (۱۹۹۶) بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد بسته آموزشی بومی نیازمندی‌های سالمندان جوان، بر کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی (و بعد رضایت از زندگی) در مرحله پس‌آزمون، تأثیر معناداری داشت ( $P < 0/05$ ). اما بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی (فیزیکی، خودمراقبتی، افسردگی و اضطراب، شناختی، اجتماعی و مسائل جنسی) تأثیر معنی‌داری نداشته است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اهمیت برنامه آموزشی بومی نیازمندی‌های سالمندان، برگزاری دوره‌های آموزشی برای سالمندان جوان به منظور بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی، می‌تواند مفید باشد.

**کلیدواژه‌ها:** سالمندان جوان، آموزش نیازمندی‌های سالمندان، کیفیت زندگی، افسردگی.

### مقدمه

(۲، ۳). به عنوان مثال، در کشورهای اتحادیه اروپا بیش از ۲۰ درصد از جمعیت بالای ۶۵ سال سن دارند (۴). طبق گزارش سازمان ملل متحد (۲۰۱۷)، تعداد بزرگسالان بالای ۶۰ سال، برای اولین بار تا سال ۲۰۳۰ از کودکان صفر تا ۹ ساله پیشی خواهد گرفت (۵). طبق نتایج برخی تحقیقات

پیری جمعیت یک پدیده جهانی است که در سراسر جهان تجربه شده است (۱). به موازات این تغییرات جمعیتی، نسبت افراد مسن و امید به زندگی سالم در سنین بالاتر در سطح جهانی در حال افزایش است

در ایران تا سال ۲۰۵۰ افراد با سن ۶۰ سال و بالاتر ۳۱ درصد جمعیت (تقریباً ۲۹ میلیون) را به خود اختصاص خواهند داد (۶). سالمندی (Oldness) یک سیر و روند بیولوژیک است که از دهه سوم عمر شروع شده و به تدریج فعالیت های جسمانی، ذهنی، اجتماعی و به طور کلی عملکرد فرد را محدود می کند (۷). به گفته Bruner (۱۹۹۶) امروزه دغدغه اصلی پژوهشگران صرفاً توجه به افزایش طول عمر نیست، بلکه با نگاهی به آمار می توان دریافت که اگر چالش اصلی بهداشت در قرن بیستم فقط «زنده ماندن» بوده، چالش قرن جدید «زندگی کردن با کیفیت برتر» است (۸). لازم به ذکر است که توانایی حل موفقیت آمیز مسائل دنیای واقعی به طور مستقیم در سالمندان (elderly) با توانایی مستقل ماندن در ارتباط است (۹). بدون شک، این استقلال عملکردی و خودمختاری شخصی به درک بیشتر از خود توسط افراد مسن از نظر کیفیت زندگی تبدیل می شود (۱۰). از این رو یکی از عوامل ضروری، توجه گسترده به بهبود کیفیت زندگی (quality of life) افراد مسن است (۱۱). کیفیت زندگی به عنوان «درک افراد از وضعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ و سیستم های ارزشی که در آن زندگی می کنند و در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت های افراد» تعریف می شود (۱۲) که تمام جنبه های زندگی افراد را در بر می گیرد و راهی برای بیان احساس در مورد سلامت جسمانی، وضعیت روان-شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، عوامل محیطی و همچنین اعتقادات شخصی یا سایر جنبه های زندگی می باشد (۱۳ و ۱۴).

تغییرات روان شناختی، به ویژه کاهش توانایی های شناختی مختلف، ارتباط زیادی با افزایش سن دارد. این امر می تواند باعث شود که بزرگسالان هنگام برخورد با تغییرات مرتبط با افزایش سن مانند از دست دادن کنترل بر حرکت، ادراک و حتی شناخت، با مشکلات و سختی هایی مواجه شوند (۱۵). به خصوص در سن سالمندی به دلیل محدودیت های فیزیولوژیک، مشکلات احتمالی مالی، بازنشستگی های اجباری، فوت نزدیکان، فعالیت کمتر و... میزان کیفیت زندگی کاهش می یابد و افسردگی (Depression) افزایش می یابد (۱۶).

افسردگی در سالمندی از مشکلات روانی جدی بوده که می تواند به عنوان عاملی شایع برای بروز مرگومیر و ناخوشی ها و همچنین پیش بینی کننده بیماری های جسمی گردد، همچنین بازتوانی پس از درمان بیماری ها را

کاهش می دهد و حتی ممکن است به خودکشی بیانجامد. شیوع افسردگی در سالمندان ایرانی از ۳٪ تا ۶۳٪ گزارش شده است (۱۷). بر اساس تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۸) اختلال افسردگی اساسی که معمولاً افسردگی نامیده می شود، می تواند به عنوان یک اختلال پزشکی تعریف شود که منجر به احساسات منفی در افکار یا اعمال فرد می شود. اثرات افسردگی هم عاطفی و هم جسمی است (۱۹). در پژوهشی که Cohen (۲۰) انجام داد به این نتیجه دست یافت که افسردگی، خطر مرگ و میر ناشی از سکنه های قلبی و حوادث عروقی را افزایش می دهد. از طرفی افسردگی شایع ترین اختلال خلقی است که غمگینی، خلق افسرده، بی علاقه، عدم توانایی در لذت بردن از علائم کلیدی آن است (۲۱).

سالمندی سالم با ابعاد مختلف بیولوژیکی، روان شناختی و اجتماعی مرتبط است که با افزایش شمار سالمندان، نیازهای اختصاصی آنان مانند نیازهای دارویی، نگهداری و مراقبت از افراد سالمند و غیره نیز افزایش می یابد. طبق نتایج پژوهشی، نیازهای سالمندان به ترتیب اولویت شامل امنیت مالی، امنیت شخصی و ایمنی، سلامت روان، بهداشت و درمان در دسترس و نیاز به خودسکوفایی می باشد (۲۱). بیش از نیمی از سالمندان در انجام فعالیت های روزمره زندگی پایه از قبیل پختن غذا، مصرف دارو، استفاده از وجه نقد دارای مشکل هستند. نکته دیگر اینکه مشارکت سالمندان در مقام گروهی سرشار از تجربه، در سطح اجتماع رو به کاهش نهاده و از حضور فعالانه افراد سالمند در جامعه کاسته شده است. این مسائل سبب می شود که سالمندان در جامعه کمتر احساس امنیت کرده و نیز کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد (۲۳). در واقع کیفیت زندگی سالمندان به دلیل نیازهای ویژه آن ها در معرض تهدید قرار می گیرد.

یافته های برخی از مطالعات نشان می دهد که مشکلات اقتصادی-اجتماعی و تغییرات متعددی که به طور فیزیولوژیک در سنین بالا رخ می دهد در کاهش کیفیت زندگی سالمندان تأثیر دارد (۲۴). در همین راستا ایزدمهر و سعیدی مهر (۲۵) در پژوهشی به این یافته رسیدند که در دوران سالمندی بین افسردگی و کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود دارد لذا جهت داشتن سالمندان توانمند، کارآمد، مستقل و شاد توجه به کیفیت زندگی آنان بسیار مهم است. در مطالعه ای شکرپازی و حیاتی (۸) نشان دادند که اطلاع از ویژگی های شخصیتی سالمندان و عوامل مؤثر بر آن

و همکاران (۳۹) اثربخشی مطالعات آزمایشات شناختی اثرات امیدوارکننده در بهبود عملکرد شناختی، افسردگی و سازگاری جسمی، روانی و اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان را نشان دادند. Park و Mun (۴۰) نتیجه گرفتند که مشارکت در آموزش مادام‌العمر، مشارکت در گروه اجتماعی، تجربه کار داوطلبانه و وضعیت اشتغال تأثیر معنی‌داری بر سلامتی داشتند. Innes و همکاران (۴۱) دریافتند که انجام یک برنامه مدیتیشن ساده و گوش دادن به موسیقی ممکن است در بزرگسالان غمگین، در بهبود روان شناختی و در چندین زمینه از خلق و خو و خواب و کیفیت زندگی پیشرفت قابل توجهی نشان دادند و تا ۶ ماه پایدار است. Puchalski (۴۲) نیز نشان داد سالمندانی که رضایت بیشتری از زندگی داشته باشند، کیفیت زندگی بهتری دارند.

در سالمندان در مکان‌های مختلف جغرافیایی و اجتماعی با نژاد و قومیت‌های مختلف، موانعی وجود دارد که می‌تواند منجر به ایجاد اشکال در تشخیص نیازمندی‌های خاص و اختلالات روان شناختی و تفسیر نادرست گردد. از جمله این موانع می‌توان به متفاوت بودن زبان و اعتقادات فرهنگی و مذهبی خاص نام برد که می‌تواند یک مؤلفه از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت محسوب گردد (۴۳) و کشور ایران قومیت‌ها و فرهنگ‌های گوناگون را در خود جای می‌دهد، ضروری است در تدوین برنامه‌های خدمات بهداشتی و ارتقاء سلامت، به این مورد، عنایت لازم مبذول گردد. با در نظر گرفتن نیازهای خاص این دوران، توجه به رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در سالمندان جوان شهر یزد نیز می‌تواند با افزایش دانش در این زمینه در بهبود کیفیت زندگی سالمندان بسیار مؤثر باشد که عمدتاً مورد غفلت قرار می‌گیرد. بنابراین انجام مطالعاتی از این دست جهت رفع ابهامات پژوهشی ضروری می‌باشد. لذا در این پژوهش با بررسی اثرات نیازمندی‌های سالمندان، یک شیوه عمل مبتنی بر یک «برنامه آموزش بومی نیازمندی‌های سالمندان جوان» طراحی گردید تا بررسی کند آیا با توجه به نقش تعدیل‌کنندگی نیازهای خاص این دوران در متغیرهای مرتبط با سلامت روان، آیا می‌توان از آموزش بومی نیازمندی‌های سالمندان در جهت بهبود کیفیت زندگی و کاهش علایم افسردگی سالمندان جوان شهر یزد بهره جست یا خیر؟

## روش کار

در این پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی به صورت پیش

منجر به اتخاذ تدابیری جهت افزایش کیفیت زندگی آنان می‌شود. Visdom (۲۶) نگرش منفی به سالمندی با پیش‌بینی اضطراب و افسردگی و ادراک منفی از پیرشدن را نتیجه الگوهای برداشته شده از جامعه می‌داند (۲۷) و نگرش منفی به سالمندی، موجب افت کارایی، کاهش کیفیت زندگی و افزایش مرگومیر می‌شود (۱۷، ۲۸). Curvers و همکاران (۲۹) نیز در مطالعات خود دریافتند که به منظور فراهم نمودن حمایت‌های صحیح از سالمندان شناسایی عواملی که بر میزان حضور اجتماعی آنان تأثیرگذار است، ضروری به نظر می‌رسد. Park و Jeong (۳۰) اثربخشی فعالیت‌های اوقات فراغت را بر افسردگی و کیفیت زندگی نشان دادند. پژوهش Klimova و همکاران (۳۱) نشان می‌دهد که تغذیه مناسب در پیشگیری یا کاهش علائم افسردگی در افراد مسن تأثیر مثبت دارد.

بنابراین هدف این تحقیق یافتن راه‌هایی برای سازگاری بهتر با این نیازها و تفاوت‌های فردی است و جای تعجب نیست که این امر اهمیت یافتن راه‌هایی برای دسترسی به خدمات سلامت و فرصت‌های آموزشی مؤثر جمعیت سالمندان جوان را افزایش می‌دهد. در سال ۲۰۰۲، سازمان بهداشت جهانی اعلام کرد که سالمند فعال ممکن است از طریق سه عامل تعیین‌کننده مجزا، یعنی سلامت، امنیت و مشارکت به دست آید. Lai (۳۲) خاطر نشان کرد که مداخله آموزشی یکی از بهترین و مؤثرترین رویکردها برای کمک به سالمندان برای فعالیت و مشارکت در جامعه است و به آنها امکان می‌دهد از زندگی مثبت‌تر و با کیفیت بالاتری برخوردار شوند.

مطالعات قبلی در افراد مسن، همیشه متوقف کردن، کنترل یا کند کردن پیشرفت اختلالات شناختی از طریق درمان‌های دارویی مختلف بود (۳۳). در حال حاضر، تحقیقات متعدد هم‌پیشگیرانه و هم‌درمانی، نقش درمان‌های غیردارویی را در افراد مسن نشان می‌دهند (۱۰، ۳۴). در همین راستا پژوهشگران مطالعاتی را انجام داده‌اند که در نتایج خود به اثربخشی آموزش بر افزایش کیفیت زندگی سالمندان اشاره کرده‌اند (۶). سنگی و همکاران (۳۵) نیز تأثیر آموزش مبتنی بر فعالیت افزایش یافته شناختی، هیجانی و عصبی عضلانی در بهبود عملکرد شناختی، کاهش افسردگی و انزوای اجتماعی سالمندان را نشان دادند. قیصری و مظاهری (۳۶) تأثیر توانبخشی شناختی بر وضعیت شناختی و افسردگی مردان سالمند مبتلا به اختلال شناختی را نتیجه گرفتند. Kim و همکاران (۳۷)، Chan و همکاران (۳۸) و Roswiyani

اخلاق در دانشگاه، اخذ رضایت کتبی از شرکت کنندگان به منظور توزیع پرسشنامه و اجرای آموزش های مربوطه، رعایت و حفظ رازداری نسبت به شرایط و اطلاعات شرکت کنندگان، بررسی عمیق و تخصصی محتوای جلسات آموزشی به منظور اطمینان از آسیب زا نبودن محتوای جلسات آموزشی رعایت شد. همچنین این مقاله دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.YAZD.REC.1402.054 می باشد.

اطلاعات جمعیت شناختی: این اطلاعات شامل سن، وضعیت تأهل، محیط زندگی، موقعیت زندگی، تحصیلات، وضعیت اشتغال و تعداد فرزندان جمع آوری شد. هدف از بررسی این متغیرها بررسی وضعیت کلی کیفیت زندگی زنان سالمند جوان و تعیین معیارهای ورود و تسهیل ارزیابی پیامدهای مداخله بود.

**پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد (Lipad elderly quality of life questionnaire):** این پرسشنامه توسط لیو و همکاران (۴۵) تهیه و در سه شهر لیدن در هلند، پادوا در ایتالیا و هلیسینکی در فنلاند مورد پژوهش قرار گرفت. کاربرد آن نسبتاً سریع است و به سهولت توسط سالمندان با تحصیلات پایین قابل فهم بوده و نیاز به پرسنل آموزش دیده ندارد. پرسشنامه ۳۱ سوال دارد که هفت بعد کیفیت زندگی شامل ابعاد فیزیکی (۵ سوال)، خودمراقبت (۶ سوال)، افسردگی و اضطراب (۴ سوال)، شناختی (۵ سوال)، اجتماعی (۳ سوال)، رضایت از زندگی (۶ سوال)، مسائل جنسی (۲ سوال) را اندازه گیری می کند، نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت چهار درجه ای و از صفر (بدترین حالت) تا سه (بهترین حالت) امتیاز بندی شده است. امتیازات حاصل از ۳۱ عبارت فوق با یکدیگر جمع می گردد. حداقل امتیاز ممکن صفر و حداکثر ۹۳ خواهد بود. این پرسشنامه در ایران ترجمه و هنجاریابی شد و پایایی آن توسط سجادی و بیگلران (۴۶) نیز مورد تایید قرار گرفته است (آلفای کرونباخ=۰/۸۳) (۲۲).

**پرسشنامه افسردگی در سالمندان (Geriatric Depression Scale):** این پرسشنامه توسط شیخ و یسواکه (۴۷) با هدف تشخیص علایم افسردگی در سالمندان طراحی گردیده است که در مطالعات بالینی و غربالگری، در سالمندان طور وسیعی مورد استفاده قرار می گیرد. در مطالعه حاضر به علت پاسخ بله/خیر برای هر یک از سئوالات، سهولت نمره گذاری پرسشنامه افسردگی، فرم ۱۵ سئوالی - ایرانی پرسشنامه افسردگی سالمندان که از فرم اولیه ۳۰ سوالی استخراج شده، مورد استفاده قرار می گیرد. این پرسشنامه شامل ۱۵ گویه: رضایت از زندگی، تغییرات در علایق و لذایذ، احساس

آزمون و پس آزمون همراه با گروه کنترل، در قالب یک برنامه ی تدوین شده بومی نیازمندی های سالمندان، به اجرا گذاشته شد. در این طرح، یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل به صورت مجزا وجود داشت. متغیرهای پژوهش شامل یک متغیر مستقل (بسته آموزشی بومی نیازمندی های سالمندان جوان) و دو متغیر وابسته (کیفیت زندگی سالمندان و افسردگی) بود.

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان بالای ۶۰ سال شهر یزد (در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱)، بوده است. محیط پژوهش شامل منازل، اماکن تفریحی - ورزشی، درمانگاه ها و محل کار و تجمع سالمندان شهر یزد بود، که ۳۶ نفر با توجه به ملاکهای ورود به پژوهش، با نمونه گیری در دسترس به صورت هدفمند بر اساس معیارهای ورود انتخاب در مقطع زمانی جمع آوری داده ها انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ دامنه سنی ۶۰ تا ۷۵ ساله، عدم شرکت در مداخلات مشابه، توانایی ذهنی - شناختی مناسب با توجه به ابزار مختصر وضعیت شناختی (Abbreviated Mental Test) و داشتن رضایت شرکت در تحقیق بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل؛ غیبت بیش از یک جلسه در برنامه آموزشی و عدم تمایل به ادامه شرکت در برنامه آموزش بود. بدین شکل، پژوهشگر با مراجعه به محیط پژوهش و مطرح کردن موضوع و با دادن فراخوان تعداد ۷۰ نفر از زنان سالمندان جوان و علاقه مند به شرکت در پژوهش را شناسایی نمود. در ابتدا دو پرسشنامه افسردگی در سالمندان (Geriatric Depression Scale) و آزمون کوتاه شناختی (AMT) (در این پژوهش پرسشنامه غربالگری) به صورت انفرادی به عنوان پیش آزمون اجرا شد. سپس با توجه به هدف مطالعه، بر اساس حداقل تعداد نمونه تأیید شده طرح های نیمه آزمایشی مبنی بر ۱۵ نفر در هر گروه (۴۴)، افراد سالمند جوان (۳۶ نفر) که نمره پیش آزمون آن ها با توجه به نقطه برش، نمره بالای ۸ پرسشنامه افسردگی در سالمندان و نمره بیشتر از ۷ از آزمون کوتاه شناختی به عنوان نمونه مطالعه مذکور انتخاب و سپس با استفاده از کدهای عددی مشخص و سپس بر اساس کدها به صورت یکی در میان و با رعایت موازین اخلاقی پژوهش و منطق آموزشی هیجده نفر از آن ها به طور تصادفی در گروه آزمایش و هیجده نفر در گروه کنترل گمارده شدند (انتخاب اولیه ۲۰ نفر برای هر گروه در راستای مدیریت ریزش احتمالی شرکت کنندگان در مسیر پژوهش بود).

معیارهای اخلاقی عبارت بودند از: کسب کد اخلاق از کمیته

روش اجرای مطالعه به این صورت بود که پس از گمارش تصادفی شرکت کنندگان در دو گروه آموزشی و یک گروه کنترل، گروه کنترل که طی دوره انجام پژوهش هیچ گونه آموزشی را دریافت نکرد و فقط از آنان در زمان مشخص ارزیابی پس از آزمون به عمل آمد. اما اعضای گروه مداخله بعد از اخذ رضایت کتبی، طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای هفته ای یک بار، یک دوره مداخله تدوین شده آموزشی بومی نیازمندی های سالمندان جوان به منظور ارتقای کیفیت زندگی سالمندان لیپاد و کاهش افسردگی با هماهنگی کامل سالمندان جوان دریافت کردند. از نمرات آزمون ها در دو متغیر پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد و پرسشنامه افسردگی در سالمندان به عنوان پیش آزمون استفاده شد. در پایان جلسات مداخله مجدداً از گروه های آزمایش و گروه کنترل در دو متغیر کیفیت زندگی سالمندان لیپاد و افسردگی در سالمندان پس از آزمون به عمل آمد و تأثیر بسته آموزشی بومی نیازمندی های سالمندان بر نمرات پس از آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مورد تحلیل قرار گرفت. بسته آموزشی بومی نیازمندی های سالمندان نیز برای اولین بار در این مطالعه تدوین و پس از اعتبارسنجی اولیه محتوایی، علمی و تخصصی مورد استفاده قرار گرفته است. فرایند تدوین این بسته آموزشی نوین، برگرفته از مصاحبه های صورت گرفته با سالمندان جوان شهر یزد، با اقتباس از پروتکل درمانی توانبخشی شناختی برگ و انسل (۱۹۹۹) و بیکر و تامپسون (۱۹۹۹)، رویکرد اریکسون، کتاب مثبت اندیشی و مثبت گرایی کاربردی سوزان کوئیلیام (۵۱) و کتاب سبک زندگی سالم راهنمای خود مراقبتی خانواده (کیاسالار) (۵۲) شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی (وزارت بهداشت) (۵۳)، رویکرد عملکرد خانواده مک مستر (۵۴) لازم برای بسته آموزش بومی نیازمندی های سالمندان، استخراج گردید. سپس بسته تدوین شده توسط شش داور متخصص حوزه سالمندی بررسی و پس از اعمال اصلاحات داوران، ضریب توافق کلی ۰/۸۸ برای بسته آموزشی به دست آمد. اثربخشی مقدماتی بسته طراحی شده بر روی ۳۶ نفر از سالمندان جوان شهر یزد (گروه آزمایش و گروه کنترل) اجرا، و اعتبار اولیه بسته تأیید شد. خلاصه جلسات بسته آموزشی الگوی سالمندی سالم در (جدول ۱) ارائه شده است.

سرحالی، ترجیح خانه به بیرون رفتن، احساس پوچی و بی معنی بودن، اغلب کسل بودن، وضع روحی، ترس از اتفاق بد، احساس درماندگی، احساس مشکل حافظه بیشتر از سایر مشکلات، لذتبخش بودن زندگی، احساس بی ارزشی زیاد در وضعیت فعلی، احساس با انرژی بودن، احساس ناامیدی از موقعیت خود و ارزیابی احساس حال و روز خود در مقایسه با سایرین می شود. هر یک از سئوالات پاسخ صفر یا یک یا به عبارتی همان بله یا خیر را در بر می گیرد. به جواب بله در سوال های ۲، ۳، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴ و ۱۵ و به جواب خیر در سوال های ۱، ۵، ۷، ۱۱ و ۱۳ نمره ۱ تعلق می گیرد و در غیر این صورت نمره صفر داده می شود. بر اساس این پرسشنامه، کسب نمره ۴-۰ طبیعی، ۸-۵ افسردگی خفیف، ۱۱-۹ افسردگی متوسط، ۱۵-۱۲ افسردگی شدید است. این آزمون در تحقیقات مختلفی در داخل و خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته است و اعتبار بالایی را نشان داده است. همسانی درونی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ در مطالعات مشابهی که در چین انگلستان و مالزی انجام گرفت از ۰/۷ تا ۰/۹ متغیر بود. این آزمون توسط ملکوتی و همکاران (۴۸) در ایران هنجار یابی شده است که نشان داد آلفا کرونباخ (۰/۹) باز آزمون - آزمون (۰/۵۸) تنصیف (۰/۸۹) به دست آمد. نقطه برش ۸ برای این فرم با حساسیت ۹۰٪ و ویژگی ۰/۸۴ به دست آمده است با نقاط برش ۷، ۶، ۵ دارای حساسیت ۷۳٪ تا ۹۷٪ می باشد (۳۶).

**پرسشنامه وضعیت شناختی (Abbreviated Mental Test):** با توجه به این که در این پژوهش شرط استفاده از پرسشنامه افسردگی در سالمندان نداشتن اختلالات شناختی می باشد و اطمینان از این که سالمند فاقد اختلالات شناختی باشد و این که معیار ورودی به درستی رعایت شده باشد، جهت بررسی عملکرد شناختی سالمند از پرسشنامه ۱۰ سؤالی کوتاه شناختی AMT استفاده شد که اولین بار توسط هادکینسون (Hodkinson) (۴۹) طراحی شده است. در این ابزار برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز داده می شود و در پایان مجموع امتیازات محاسبه می شود. ترجمه، روایی و پایایی آن در ایران توسط فروغان و همکاران (۵۰) انجام شد. نقطه برش ایده ال برای آن نمره ۶ حساسیت آن ۸۵٪ و ویژگی آن ۹۹٪ تعیین شده است و اخذ امتیاز کمتر از ۷/۱۰ اختلال شناختی محسوب می گردد.

جدول ۱. خلاصه برنامه تدوین آموزشی بومی مبتنی بر نیازمندی های سالمندان

جلسات	هدف / اهداف	مختصری از محتوای آموزش فعالیت‌ها
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، همسو شدن در زمینه ی اهداف	معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی و اجرای پیش‌آزمون. تکلیف؛ توجیه یا دلیل منطقی برای یادگیری مهارت‌های مذکور و روشن کردن انتظارات از درمان
دوم	شناخت و بررسی های شناختی، تعریف دقیق از سالمندی، تغییر نگرش نسبت به آینده سالمندی با توجه به تجربه سالمندان جوان	ارائه ی توضیحاتی درباره‌ی شیوه و اسلوب زندگی سالمندی، نشانه های سالمند جوان و توضیحاتی در مورد تأثیر عملکرد خانواده بر سالمند، تغییر نگرش نسبت به آینده سالمندی با توجه به تجربه سالمندان جوان تکلیف خانگی؛ یادگیری چگونگی اصلاح فرض ها و نتیجه گیری غلط ( منطقی شخصی ) و اشتباهات اساسی و راه های رسیدن به اصلاح و تغییر آنها را مشخص کنند و پرداختن به این نکته که در این زمینه چه مشکلی وجود دارد؟ (از دید مراجعان)
سوم	سرمشق دهی مهارت در جریان اجرای نقش، آینده نگری و راههای رسیدن به اهداف و تأثیر آن بر سلامتی و طول عمر افراد	گفتگو درباره تمرین جلسه پیش و ارتقاء توانایی در فعالیتهای اصلی زندگی مانند تواناییهای مربوط به زندگی در وضعیتی با ثبات (مهارتهای مربوط به توانایی های مربوط به زندگی روزانه نظیر خرید کردن، بهداشت و نظافت فردی، آماده سازی غذا و .. سالمندی)
چهارم	بررسی سبک زندگی سالمندی بر اساس بهبود یادگیری مهارتهای ایجاد و حفظ روابط اجتماعی	بررسی نقش اهداف به عنوان موتور حرکت انسان در زندگی بررسی تکالیف جلسه قبل، بررسی سبک زندگی سالمندی صحیح مورد بحث و تبادل نظر و بهبود یادگیری مهارتهای ایجاد و حفظ روابط اجتماعی
پنجم	شیوه زندگی سالم	تکلیف خانگی؛ مشخص کردن ویژگی خاصی در کار و تلاش داستان زندگی سالمندان موفق بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اثرات آموزش و آگاهی و بینش سلامت روان دوران سالمندی (تغذیه مناسب، بهداشت خواب، استرس و راههای کنترل و ورزش‌های دوران سالمندی و پیشگیری از پوکی استخوان) طبق راهنمای بهبود شیوه زندگی در دوره سالمندی، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر
ششم	پرداختن به مبحث تصریح ارزش ها با تأکید بر ارزش زندگی سالمندان و نحوه ی هدف گزینی و تفاوت اهداف و ارزش ها	بررسی تکالیف جلسه ی پیش، توضیح در رفتار ارزشمندی در زندگی سالمندی اعضا در مورد مهم‌ترین نیازهای روانشناختی و رفتاری که در این زمینه از خود بروز می دهند. تعیین تکالیف در حوزه ی ارزش ها با اهداف و نگاهی گذرا در زمینه ی عملکرد خانواده در قالب ارزش خانواده نسبت به سالمند
هفتم	پرداختن به مبحث پاسخدهی و دلبستگی عاطفی و نقش و اهمیت آن در خانواده نسبت به سالمند	بررسی تکالیف جلسه ی پیش، توضیح در زمینه ی دو دسته پاسخ دهی عاطفی شامل هیجانات مثبت و هیجانات منفی مشارکت اعضا در مورد موقعیتهایی که موجب ایجاد هیجان مثبت یا منفی میشود و آموزش انواع ارتباط رفتاری که در این زمینه از خود بروز می دهند.
هشتم	مروری بر مطالب فرار گرفته شده و ارزیابی تثبیت و تقویت مهارت های آموخته شده، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس آزمون	بررسی تکالیف جلسه قبل و نتایج انجام تمرین نیازهای سبک زندگی سالم در زندگی سالمندان جوان، بررسی تغییرات سازنده در طول دوره ی آموزش و چگونگی تثبیت و تحکیم آنها، ارائه ی خلاصه ای از جلسات درمانی و دریافت بازخورد از درمان جویان، اجرای پس آزمون و اتمام جلسات درمانی.

همگنی شیب خط رگرسیون) بررسی شد.

### یافته ها

در بخش کمی پژوهش به منظور تعیین اثربخشی بسته آموزشی بومی نیازمندی های سالمندان بر کیفیت زندگی سالمندان جوان (۱۸ نفر آزمایشی و ۱۸ نفر کنترل) جای گرفتند. یافته های توصیفی مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

پس از جمع آوری داده ها با ابزارهای فوق داده‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی (تعداد، میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره) با استفاده از بسته‌ی آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۲۶ با خطای ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. برای کاربرد تحلیل کوواریانس (برای کنترل اثر پیش آزمون) پیش فرض های لازم (نرمال بودن داده‌ها، همسانی ماتریس های واریانس و کوواریانس، همگنی واریانس ۲ گروه در مرحله پس آزمون و

جدول ۲. یافته های توصیفی ویژگیهای جمعیت شناختی در نمونه

متغیر جمعیت شناختی	سطوح	گروه ها		آزمون ها	
		آزمایش	کنترل	آماره	معنی داری
تحصیلات فراوانی (درصد)	بی سواد	۳(۱۶/۷)	۴(۲۲/۲)	۰/۵۴۵	۰/۹۰۹
	سیکل	۳(۱۶/۷)	۴(۲۲/۲)		
	دیپلم	۹(۵۰)	۸(۴۴/۵)		
	دانشگاهی	۳(۱۶/۷)	۲(۱۱/۱)		
	متأهل	۱۳(۷۲/۲)	۱۳(۷۲/۲)		
وضعیت تأهل فراوانی (درصد)	مجرد	۱(۵/۶)	۱(۵/۶)	۰/۵۳۳	۰/۹۱۲
	مطلقه	۱(۵/۶)	۲(۱۱/۱)		
	فوت شده	۳(۱۶/۷)	۲(۱۱/۱)		
	تأمین اجتماعی	۵(۲۷/۸)	۶(۳۳/۳)		
	سلامت	۵(۲۷/۸)	۴(۲۲/۲)		
نوع بیمه فراوانی (درصد)	نیروهای مسلح	۱(۵/۶)	-	۱/۲۹	۰/۷۳۷
	بدون بیمه	۷(۳۸/۹)	۸(۴۴/۵)		
	-	۷۵۵(۴۱/۰۹)	۶۶۶(۳۸/۸۲)		
سن میانگین (انحراف معیار)	-	۷۵۵(۴۱/۰۹)	۶۶۶(۳۸/۸۲)	۰/۴۶۳	۰/۶۴۶

بین فراوانی تحصیلات، وضعیت تأهل و نوع بیمه نیز در دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ).  
در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار مراحل پیش آزمون و پس آزمون متغیر افسردگی، کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه های پژوهش ارائه شده است.

فراوانی و درصد فراوانی تحصیلات، وضعیت تأهل و نوع بیمه در افراد نمونه و هم چنین میانگین و انحراف استاندارد سن آن ها در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج آزمون t مستقل نشان داده است که میانگین سن افراد نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری ندارد ( $p > 0/05$ ). هم چنین نتایج آزمون خی دو نشان داد که

جدول ۳. شاخص های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و دو مرحله پژوهش

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۸/۷۷	۱/۰۱	۶/۰۶	۱/۳
	۸/۹۴	۱/۱	۸/۲۲	۱/۰۱
کیفیت زندگی	۵۲/۲۷	۵/۹۸	۵۸/۲۸	۶/۶۷
	۵۳/۸۸	۵/۱۷	۵۵/۲۲	۵/۱۹
فیزیکی	۷/۹۴	۲/۰۹	۹/۴۴	۲/۰۰۶
	۸/۵۵	۱/۸۵	۹/۰۶	۱/۶۳
خودمراقبتی	۹/۱۱	۲/۰۸	۹/۷۷	۱/۸۶
	۹/۵۵	۱/۲۹	۹/۸۳	۱/۱۵
افسردگی و اضطراب	۶/۰۶	۱/۱۶	۶/۷۷	۱/۵۱
	۶/۵	۱/۲۴	۶/۹۴	۱/۲۱
شناختی	۶/۹۴	۱/۳۹	۷/۸۸	۲/۰۸
	۷/۴۴	۱/۲۹	۷/۸۳	۱/۶۲

۱/۱۵	۶/۵	۱/۵۴	۶/۱۷	آزمایش	اجتماعی
۱/۰۴	۶/۳۹	۱/۲۳	۵/۶۷	کنترل	
۱/۴۲	۱۳/۴۴	۲/۴۲	۱۱/۶۶	آزمایش	رضایت از زندگی
۲/۰۹	۱۱/۵	۱/۶۷	۱۲/۲۷	کنترل	
۰/۹۸	۴۴/۴	۰/۹۱	۴/۳۹	آزمایش	مسائل جنسی
۰/۸۴	۳/۶۷	۰/۹۶	۳/۸۸	کنترل	

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود، براساس یافته های توصیفی میانگین متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی، در گروه آزمایش یا برنامه مداخله ای ویژه نیازمندی های بومی سالمندان نسبت به کنترل تغییرات کاهشی و افزایشی بیشتری در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون نشان داده است. در ادامه این تفاوت ها از لحاظ استنباطی مورد بررسی قرار می گیرد.

استفاده از تحلیل کوواریانس نیازمند پیش فرض هایی است که مهم ترین آن ها طبیعی یا نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس ها با استفاده از آزمون لوین، همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون باکس، همبستگی متعارف بین متغیرهای کنترل، همگنی شیب رگرسیون به وسیله تعامل پیش آزمون و متغیر مستقل است (مک کوین، ۲۰۰۸).

نتایج آزمون شاپیرو ویلکز برای بررسی نرمال بودن داده ها نشان داد که فرض نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای افسردگی، کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه ها در مراحل پژوهش آزمایش تأیید می گردد ( $p > 0.05$ ). نتایج آزمون همگنی واریانس های لوین در متغیرهای افسردگی ( $F=2/89, sig=0/098, sig=0/248$ )، کیفیت زندگی ( $F=1/84, sig=0/184$ )، ابعاد فیزیکی ( $F=1/38$ )، ابعاد فیزیکی ( $F=1/84, sig=0/184$ )، خودمراقبتی

( $F=3/43, sig=0/068$ )، افسردگی ( $F=1/02, sig=0/319$ )، شناختی ( $F=2/6, sig=0/116$ )، اجتماعی ( $F=2/45, sig=0/926$ )، رضایت از زندگی ( $F=0/009$ )، جنسی ( $F=1/06, sig=0/311$ )، حاکی از تأیید این پیش فرض است، بررسی پیش فرض شیب خط رگرسیون نشان داد که آزمون تعامل گروه و پیش آزمون در همه متغیرهای پژوهش غیر معنی دار بوده است ( $p > 0.05$ ) که حاکی از تأیید این پیش فرض است، نتایج آزمون اُم باکس برای بررسی همسانی ماتریس های واریانس - کوواریانس نمرات در ابعاد کل ( $F=0/831, Mbox=2/66, sig=0/476$ ) و در ابعاد کیفیت زندگی ( $F=0/853, Mbox=30/77, sig=0/687$ ) تأیید می شوند، نتایج آزمون همبستگی بین متغیرهای کنترل نیز نشان داد که همبستگی بین این متغیرها کمتر از ۰/۸ و قابل قبول است. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره پیرامون متغیرهای پژوهش در در جدول ۴ ارائه شده است. در این تحلیل ها در ابتدا نمرات پیش آزمون دو متغیر کل (افسردگی و کیفیت زندگی) کنترل گردیده و نمرات پس آزمون در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفته است و همین روند برای ابعاد کیفیت زندگی نیز انجام شده است به گونه ای که با کنترل نمرات پیش آزمون، نمرات پس آزمون در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفته اند.

جدول ۴. نتایج کلی تحلیل کواریانس چند متغیری مقایسه تأثیر برنامه مداخله ای ویژه نیازمندی های بومی سالمندان بر افسردگی، کیفیت زندگی و ابعاد آن

منبع	آزمون	ضریب	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	P	حجم اثر	توان آماری
اثر اصلی گروه در متغیرهای کیفیت زندگی و افسردگی	اثر پیلایی	۰/۵۸۵	۲۱/۸۷	۲	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸۵	۱/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۴۱۵	۲۱/۸۷	۲	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸۵	۱/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۱/۴۱	۲۱/۸۷	۲	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸۵	۱/۰۰۰
	بزرگترین ریشه روی	۱/۴۱	۲۱/۸۷	۲	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸۵	۱/۰۰۰
اثر اصلی گروه در ابعاد کیفیت زندگی	اثر پیلایی	۰/۴۶۳	۲/۵۹	۷	۲۱	۰/۰۴	۰/۳۶۷	۰/۷۶۱
	لامبدای ویلکز	۰/۵۳۷	۲/۵۹	۷	۲۱	۰/۰۴	۰/۳۶۷	۰/۷۶۱
	اثر هتلینگ	۰/۸۶۴	۲/۵۹	۷	۲۱	۰/۰۴	۰/۳۶۷	۰/۷۶۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۸۶۴	۲/۵۹	۷	۲۱	۰/۰۴	۰/۳۶۷	۰/۷۶۱

## فرشته السادات سیدحسینی و همکاران

فردی در بهبود ابعاد کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون به تفاوت بین گروه‌ها مربوط است. به عبارت دیگر برنامه مداخله‌ای ویژه نیازمندی‌های بومی سالمندان بر افسردگی و کیفیت زندگی سالمندان در مرحله پس آزمون اثربخش بوده است.

نتایج آزمون تحلیل تک متغیری در متن مانکوا جهت مقایسه دو گروه در متغیرهای پژوهش در پس آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۳، اثرات اصلی گروه در نمرات کل دو متغیر کیفیت زندگی و افسردگی و هم چنین در ابعاد کیفیت زندگی در هر چهار آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره معنی دار به دست آمده است ( $p < 0/05$ ). لذا میانگین نمرات کیفیت زندگی و افسردگی در مرحله پس آزمون در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی داری دارد. نتایج نشان داده است که ۵۸/۵ درصد از تفاوت‌های فردی در بهبود کیفیت زندگی و افسردگی در مرحله پس آزمون و ۳۶/۷ درصد از تفاوت‌های

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس متغیرهای افسردگی، کیفیت زندگی و ابعاد آن در مرحله پس آزمون با کنترل پیش آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	حجم اثر
افسردگی	۳۸/۷۶۶	۱	۳۸/۷۶۶	۴۲/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷
کیفیت زندگی	۱۳۸/۷۳۵	۱	۱۳۸/۷۳۵	۵/۹۹	۰/۰۲	۰/۱۵۸
فیزیکی	۳/۰۴	۱	۳/۰۴	۰/۹۱۱	۰/۳۴۸	۰/۰۳۳
خودمراقبتی	۰/۱۲۵	۱	۰/۱۲۵	۰/۰۶۴	۰/۸۰۳	۰/۰۰۲
افسردگی و اضطراب	۰/۴۳۸	۱	۰/۴۳۸	۰/۳۶۱	۰/۵۵۳	۰/۰۱۳
شناختی	۲/۲۷	۱	۲/۲۷	۰/۷۶۶	۰/۳۸۹	۰/۰۲۸
اجتماعی	۰/۳۹۹	۱	۰/۳۹۹	۰/۴۹۶	۰/۴۸۷	۰/۰۱۸
رضایت از زندگی	۳۷/۱۵	۱	۳۷/۱۵	۱۱/۳۸	۰/۰۰۲	۰/۲۹۷
مسائل جنسی	۱/۱۹	۱	۱/۱۹	۱/۴۹	۰/۲۳۲	۰/۰۵۲

که ادعا می‌کند، تحت تأثیر قرار می‌دهد یا خیر، در پاسخ به این پرسش نتایج نشان داد که کیفیت زندگی سالمندان جوان در فاصله پیش آزمون و پس آزمون افزایش یافته و افسردگی کاهش یافته است و بسته آموزشی در این زمینه اثربخشی خود را نشان داد. همچنین، نتایج نشان داد که از بین ابعاد مربوط به کیفیت زندگی فقط بعد رضایت از زندگی بعد از مداخله در بین دو گروه دارای اختلاف آمای معنی دار بودند. اما بر افزایش سایر ابعاد کیفیت زندگی (فیزیکی، خودمراقبتی، افسردگی و اضطراب، شناختی، اجتماعی و مسائل جنسی) تأثیر معنی داری نداشته است. به نظر می‌رسد، پژوهش حاضر اولین مطالعه‌ای است که اثربخشی آموزش بومی مبتنی بر نیازمندی‌های سالمندی را بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی سالمندان جوان ارزیابی می‌کند و همین موضوع یکی از نقاط قوت پژوهش حاضر است. اگر چه پژوهشی که منطبق بر موضوع پژوهش فوق باشد، یافت نگردید، اما در بررسی نیازمندی‌های سالمندی و اثربخشی آن، این یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های پیشین، به نوعی همسویی

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی، کیفیت زندگی و بعد رضایت از زندگی از ابعاد کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون با کنترل پیش آزمون معنی دار هستند ( $p < 0/05$ ). به عبارت دیگر برنامه مداخله‌ای ویژه نیازمندی‌های بومی سالمندان بر افزایش کیفیت زندگی و بعد رضایت از زندگی و در کاهش افسردگی سالمندان در مرحله پس آزمون اثربخش بوده است. میزان تأثیر برنامه مداخله‌ای ویژه نیازمندی‌های بومی سالمندان بر افزایش کیفیت زندگی برابر با ۱۵/۸ درصد، در بعد رضایت از زندگی برابر با ۲۹/۷ درصد و در کاهش افسردگی آنان برابر با ۵۷ درصد بوده است.

## بحث

هدف از انجام این پژوهش تعیین تأثیر مداخله‌ای ویژه نیازمندی‌های بومی سالمندان بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی سالمندان جوان شهر یزد بود. طبق یافته‌های این تحقیق، با بررسی اینکه آیا بسته‌ی آموزشی تدوین شده نیازمندی‌های بومی سالمندان، حقیقتاً آنچه را

نشان می دهد. نتایج پژوهش های گذشته حاکی از آن است که مداخله باعث بهبود کیفیت زندگی می شود (۶، ۲۳، ۱۰، ۳۴، ۳۶)؛ همان نتیجه ای که در این پژوهش نیز تکرار و مشخص شد مداخله مبتنی بر نیازمندی های بومی سالمندی باعث بهبود کیفیت زندگی سالمندان می شود. نتایج پژوهش Jeong و Park (۳۰) اثربخشی فعالیت های اوقات فراغت بر افسردگی و کیفیت زندگی نشان دادند که با یافته این پژوهش همسویی نشان می دهد.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی آموزش بومی مبتنی بر نیازمندی های سالمندان بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی سالمندان جوان، این ارتباط مستقیم بین نیازمندی های سالمندان با کیفیت زندگی به نظر منطقی می رسد، زیرا در فرآیند پیر شدن علاوه بر کاهش سلامتی به دلیل کهولت سن، عوامل مهم دیگری نیز تأثیرگذار است، از جمله توجه به نیازمندی های این دوران که در بهبود کیفیت زندگی و سلامت جسم و روان نقش تعیین کننده ای ایفاء می کند. هم چنین، در پیشگیری از انواع بیماری ها مؤثر است. لازم به ذکر است به دلیل اینکه بیشتر سالمندان جوان (سنین ۶۰ تا ۷۵ سال) در دوره فعال کار و زندگی هستند و مسئولیت های مختلف اجتماعی و خانوادگی را بر عهده دارند؛ شرایط سنی، جسمی و شیوع مشکلاتی مانند بیماری ها باعث ایجاد محدودیت در فعالیت های فیزیکی، اجتماعی، خودمراقبتی، شناختی و مسائل جنسی آنان می شود، به طور قطعی آموزش بومی مبتنی بر نیازمندی های سالمندان نتوانسته بر میزان عملکرد آنها اثرگذار باشد. از سویی، اصلاح الگوی زندگی و نیازمندی های این دوران و توجه به کیفیت آن تا حد بسیار زیادی می تواند باعث افزایش کارایی و استقلال سالمندان جوان گردد و آنها را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان های مختلف آن کمک نماید. مطالعات نشان دادند سالمندانی که توانایی انجام دادن فعالیت های بدنی، فعالیت های روزانه زندگی، پیاده روی منظم و فعالیت های تفریحی و اوقات فراغت را دارند دارای رضایت از زندگی بیشتری هم هستند (۳۰، ۵۵).

از سویی، سالمندان شهر یزد به علت سبک زندگی که دارند، اغلب با خانواده زندگی می کنند و از حمایت های افراد خانواده بهره مند می شوند و نیاز به استقلال در انجام فعالیت های روزانه، ممکن است تحت تأثیر این عوامل قرار گرفته باشد. همچنین در ارتباط با نقش تبیین کننده نیازمندی های سالمندی بر اساس تجربه های

زیستی سالمندان جوان، می توان بیان کرد که در مطالعات گوناگون از مهم ترین عوامل در جلوگیری از بروز مشکلات شناختی و عملکردی و همچنین مرگومیر در سالمندان ذکر شده است. به طوری که وضعیت خوب تغذیه ای از عوامل محافظتی در کاهش شناخت در سالمندان است (۵۶، ۳۱).

مطالعات نشان داده اند که برقراری روابط و مشارکت اجتماعی بر وضعیت شناختی سالمند تأثیرگذار است (۵۷)، از این رو مشارکت کنندگان سالمند جوان رویکرد آموزشی مبتنی بر تجربه بومی نیازمندی های خود را در یک محیط آموزشی گروهی و مشارکتی فعال ترجیح می دهند تا بتوانند تجربیات زندگی، نظرات و انتظارات خود را به اشتراک بگذارند. این روش به سالمندان اجازه می دهد تا با همسالان خود مشارکت کنند و به طور مؤثر تعامل داشته باشند (۵۸). سالمندان تجربه و دانش گسترده ای از زندگی دارند و به ویژه از به اشتراک گذاشتن تجربیات و نظرات خود لذت می برند که ممکن است در زندگی دیگران نیز مفید باشد (۵۹، ۶۰). به این دلیل است که باعث ارتقای روابط اجتماعی، تحریک خلاقیت و تبادل دانش و تجربه می شود و به افراد این امکان را می دهد که احساس راحتی بیشتری داشته باشند زیرا قادر به تبادل تجربه و بینش خود هستند (۶۰). در جلسات گروهی این احساس راحتی مهم است، زیرا می تواند اضطراب سالمندان را در مورد حضور در جلسات کاهش دهد و اعتماد به نفس آنها را افزایش دهد. به نظر می رسد با افزایش کیفیت زندگی در سالمندان جوان، به دلیل آگاهی بالا و اطمینان از صحت و سلامتی خود کمتر افسرده شده و میزان اضطراب کمتری را نیز تجربه می کنند که این یافته با مطالعات نظری و همکاران (۱۷)، مومنی و همکاران (۲۸)، ایزدمهر و سعیدی مهر (۲۵) و شکرپازی و حیاتی (۸) در خصوص ارتقاء کیفیت زندگی و ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی و در مورد متغیرهای تقریباً همسو است.

پژوهش حاضر دارای محدودیت هایی نیز بود که در تعمیم دهی نتایج لازم است به آنها توجه شود. محدود بودن نمونه ی پژوهش به زنان سالمند جوان ۶۰ تا ۷۵ ساله ساکن شهر یزد، پایین بودن سطح تحصیلات سالمندان شرکت کننده و تفاوت های فردی در وضعیت اشتغال و خدمات درمانی که می تواند در پاسخگویی به سوالات پرسشنامه تأثیرگذار باشد. همچنین عدم بررسی ماندگاری اثرات این مداخله می تواند یکی از محدودیت های مطالعه

آموزشی بومی نیازمندی های سالمندان بر اساس تجربه های زیستی سالمندان جوان شامل آموزش در خصوص تغذیه دوران سالمندی، خرید، نحوه نگهداری مواد خوراکی، بهداشت روان و نظافت فردی، آماده سازی غذا، توانایی ایجاد و حفظ روابط اجتماعی، فعالیت های فیزیکی، پیشگیری بیماری در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان های مختلف آن و یادگیری فعالیت شغلی ساده مناسب با توانایی ها و علایق آنها بود، انتظار می رود نتایج بهتری در وضعیت کیفیت زندگی و افسردگی در سالمندان جوان داشته باشد. لذا، با به کارگیری روش ها و مراقبت های مناسب مبتنی بر نیازمندی های سالمندان می توان تا حد زیادی از اختلالات روان شناختی و معلولیت های دوران سالمندی پیشگیری کرد یا آن را به تعویق انداخت.

### سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول با کد اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی- واحد یزد به شماره IR.IAU.YAZD.REC.1402.054 بدین وسیله نویسندگان از اساتید محترم و مشارکت کنندگان (سالمندان جوان) شهر یزد، در عملیاتی نمودن بستر آموزشی بومی مبتنی بر نیازمندی های سالمندان و اجرای پرسشنامه های این پژوهش نهایت تشکر و قدردانی به عمل می آورند.

### References

1. Ahmad NA, Abd Rauf MF, Mohd Zaid NN, Zainal A, Tengku Shahdan TS, Abdul Razak FH. Effectiveness of Instructional Strategies Designed for Older Adults in Learning Digital Technologies: A Systematic Literature Review. SN Comput Sci. 2022;3(2):130. [https:// doi: 10.1007/s42979-022-01016-0](https://doi.org/10.1007/s42979-022-01016-0)
2. United Nations. World Population Ageing 2019. Available online: [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/World\\_Population\\_Ageing\\_2019-Highlights.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/World_Population_Ageing_2019-Highlights.pdf) (accessed on 30 April 2022).
3. WHO (World Health Organization). World Health Statistics 2020—Monitoring Health for theSDGs. 2020. Available online: (accessed on

حاضر باشد. پیشنهاد می شود مطالعات آتی ماندگاری تأثیر این مداخلات را نیز مدنظر قرار دهند.

بر مبنای پژوهش حاضر پیشنهاد می شود پژوهش های مشابه در ابعاد وسیع تری در سنین مختلف و جنسیت مرد شهر یزد و شهرهای دیگر کشور مورد بررسی قرار گیرد و نتایج با هم مقایسه شود. همچنین با توجه به اثربخشی برنامه آموزشی بومی مبتنی بر نیازمندی های سالمندان به عنوان درمان غیردارویی بر بهبودی کیفیت زندگی و به تبع آن کاهش افسردگی سالمندان جوان، بنابراین ضروری به نظر می رسد در اولویت برنامه های مسئولین در جهت حمایت از سالمندان قرار گیرد. اما باتوجه به نتایج پژوهش حاضر، برنامه آموزشی در ابعاد فیزیکی، خودمراقبتی، افسردگی و اضطراب، شناختی، اجتماعی و مسائل جنسی داشتند که نیازمند توجه بیشتری به این ابعاد کیفیت زندگی است. همچنین مطالعات گسترده تری در مورد سالمندان جوان انجام و خدمات مراقبتی، بهداشتی و روان شناختی مناسب در مراکز مراقبتی سالمندان و حتی در اقشار مختلف جامعه به عنوان بخشی از عوامل افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی دوران سالمندی استفاده شود.

### نتیجه گیری

به طور کلی، نتایج این پژوهش و مقایسه آن با نتایج مطالعات دیگر نشان می دهد که نیازمندی های سالمندان مهمترین تعیین کننده کیفیت زندگی در سالمندان جوان است. بنابراین از آنجایی که در مطالعه حاضر مداخله

30 April 2022).

4. Eurostat. Population Structure and Ageing. 2020. Available online: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing) (accessed on 30 April 2022).
5. Tyler M, De George-Walker L, Simic V. Motivation matters: Older adults and information communication technologies. Stud Educ Adults. 2020;52(2):175–94. [https://doi:10.1080/02660830.2020.1731058](https://doi.org/10.1080/02660830.2020.1731058)
6. Sabbaghzadeh A, Vazirinejad R, Khalili P, Sabzavari S. The Effect of Healthy Lifestyle Education on the Quality of Life of the Elderly in Rafsanjan: A Quasi-Experimental Study. JRUMS 2021; 20 (5) :539-553. URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-5298-fa.html>

7. Valizadeh E, Dadkhah A, Azkhosh M. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Music Therapy on Cognitive Emotion Regulation in the Elderly. *Aging Psychology*, 2021; 6(4): 382-369. <http://doi: 10.22126/jap.2021.5881.1483>
8. Shokriyazi O, Hayati S. Comparative study of quality of life (quality of their communication and elderlies' personality characteristics) among the elderly living in nursing home and in their family Case study:elderly living in Uremia. *Quarterly Journal of Socioligy Studies*. 2016;8(28): 77-94. [https://journals.iau.ir/article\\_525189](https://journals.iau.ir/article_525189)
9. Allaire JC. Everyday cognition. En: Krauss S, Sliwinski MJ. *The Wiley-Blackwell handbook of adulthood and aging*. USA: John Wiley & Sons; 2012. 190–207.
10. Gómez C.S, Rodríguez E.J.F. The effectiveness of a training programme in everyday cognition in healthy older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*. 2021; 21, 79. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01998-7>
11. Shang L, Zuo M. Investigating older adults' intention to learn health knowledge on social media. *Educ Gerontol*. 2020;46(6):350–63. <http://doi:10.1080/03601277.2020.1759188>
12. Pfitzner R, Koenigstorfer J. Quality of life of residents living in a city hosting mega-sport events: a longitudinal study. *BMC Public Health*. 2016 Oct 21;16(1):1102. <http://doi: 10.1186/s12889-016-3777-3>.
13. Kaplan RM, Ries AL. Quality of life: concept and definition. *COPD*. 2007 Sep;4(3):263-71. <http://doi: 10.1080/15412550701480356>.
14. Sandau KE, Hoglelund BA, Weaver CE, Boisjolie C, Feldman D. A conceptual definition of quality of life with a left ventricular assist device: results from a qualitative study. *Heart Lung*. 2014 Jan-Feb;43(1):32-40. <http://doi: 10.1016/j.hrtlng.2013.09.004>.
15. Lee C, Coughlin JF. Older adults' adoption of technology: an integrated approach to identifying determinants and barriers. *J Prod Innovat Manag*. 2015.
16. Mousavi, M., Parvin, S., Farid, F., Bahrainian, A., Asghanejad Farid, A. Evaluation of emotional intelligence training efficiency aimed at improving the quality of life, reducing symptoms of anxiety and depression among the elderly in Tehran nursing home. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2016; 18(Special Issue): 549-555. <http://doi: 10.22038/jfmh.2016.8303>
17. Nazari S, Sharifi F, Gashtili N. Investigating the relationship between aging perception with stress, anxiety and depression in the elderly members of the Tehran's social security retirees in 2020. *joge* 2021; 6 (3) :78-88. URL: <http://joge.ir/article-1-484-fa.html>
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*; American Psychiatric Association: Washington, DC, USA, 2021. [Google Scholar]
19. Mullick T, Radovic A, Shaaban S, Doryab A. Predicting Depression in Adolescents Using Mobile and Wearable Sensors: Multimodal Machine Learning-Based Exploratory Study. *JMIR Form Res*. 2022 Jun 24;6(6):e35807.<http://doi: 10.2196/35807>.
20. Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *Am J Hypertens*. 2015 Nov;28(11):1295-302.<http://doi: 10.1093/ajh/hpv047>
21. Maleki T, Heravi-Karimooi M, Foroughan M, Zayeri F. Assessment of Anxiety and Depression in the Elderly with Acute Coronary Syndrome Hospitalized in Selected Hospitals in Tehran 2021: A Multicenter Cross-Sectional Study. *jccnursing* 2022; 15 (3) : 6. URL: <http://jccnursing.com/article-1-641-fa.html>
22. Zabihrad J, Zanganeh H, Karimi A, Hawassi L. The Impact of Integrated Health Education Programs on the Quality of Life of Elderly in Malekshahi in 2018. *Zanko J Med Sci* 2020; 20 (67) :22-32.URL: <http://zanko.muk.ac.ir/article-1-474-fa.html>
23. kiaahmadi, A., hosseini, A. study of the perception of geriatricians about the phenomenon of aging: a qualitative research. *Journal of Social Work Research*, 2020; 6(22): 115-158. <http://doi: 10.22054/rjsw.2021.54992.430>
24. Rantanen T, Hassandra M, Pynnönen K, Siltanen S, Kokko K, Karavirta L, Kauppinen M, Sipilä S, Saajanaho M, Portegijs E. The effect of individualized, theory-based counselling intervention on active aging and quality of life among older people (the AGNES intervention study). *Aging Clin Exp Res*. 2020 Oct;32(10):2081-2090.<http://doi: 10.1007/s40520-020-01535-x>.
25. Saidi Mehr S, Gravandi S, Izadmehr A, Mohammadi M.J. The relationship between quality

- of life and depressive symptoms in the elderly. *Elderly* [Internet]. 2015;11(1):90-98. Available from: <https://sid.ir/paper/95234/fa>
26. Visdom N. Social acceptance of discrimination [PhD Dissertation]. Oklahoma: Oklahoma State University; 2010
  27. Orang S, Hashemi Razini H, Ramshini M, Orang T. Investigating the Meaning of Life and Psychological Well-being, in Youth, Adults, and Elderly (A Comparative Study of Three Age Groups). *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2018; 13 (2) :182-197. URL: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1570-fa.html>
  28. Momeni K, Radmehr F, Sanjabi A. The Role Cognitive Fusion, Social Support and Perception of Aging in Prediction Death Anxiety. *IJPN* 2019; 7 (2) :56-64. URL: <http://ijpn.ir/article-1-1281-fa.html>
  29. Curvers N, Pavlova M, Hajema K, Groot W, Angeli F. Social participation among older adults (55+): Results of a survey in the region of South Limburg in the Netherlands. *Health Soc Care Community*. 2018 Jan;26(1):e85-e93. <http://doi:10.1111/hsc.12480>.
  30. Jeong, E. H., Park, J. H. (2020). The Relationship Among Leisure Activities, Depression and Quality of Life in Community-Dwelling Elderly Koreans, *Journal of Korean Society of Occupational Therapy*, 26(3), 39–55. <https://doi.org/10.14519/jksot.2018.26.3.04>
  31. Klimova B, Novotny M, Valis M. The Impact of Nutrition and Intestinal Microbiome on Elderly Depression-A Systematic Review. *Nutrients*. 2020 Mar 7;12(3):710. <http://doi:10.3390/nu12030710>.
  32. Lai HJ. Investigating older adults' decisions to use mobile devices for learning, based on the unified theory of acceptance and use of technology. *Interact Learn Environ*. 2020;28(7):890–901. <http://DOI:10.1080/10494820.2018.1546748>
  33. López Ó. Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Archivos de Medicina Interna*. 2015;37(2):61–7. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-758169>
  34. De Hoyos Alonso MDC, Gorroñogoitia Iturbe A, Martín Lesende I, Baena Díez JM, López-Torres Hidalgo J, Magán Tapia P, Acosta Benito MÁ, Herreros Herreros Y; Grupo de Actividades Preventivas en los Mayores del PAPPs. Actividades preventivas en los mayores. Actualización PAPPs 2018. Aten Primaria. 2018 May;50 Suppl 1(Suppl 1):109-124. Spanish. [http://doi:10.1016/S0212-6567\(18\)30365-2](http://doi:10.1016/S0212-6567(18)30365-2).
  35. Sangi S, Zargham Hajbi M, Ashayeri H, Aghayousefi A. Design and effectiveness of an educational package based on increased cognitive, emotional, and neuromuscular activity in depression in the elderly with mild cognitive impairment Kahrizak Nursing Home for the elderly and disabled in Tehran. *Advances in Cognitive Sciences* 2021; 23 (3) :28-40. URL: <http://icssjournal.ir/article-1-1109-fa.html>
  36. Gheysari F, Mazaheri M. Effect of Cognitive Rehabilitation on Cognitive State and Depression of Older Men With Mild Cognitive Impairment Living in Nursing Homes. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2023; 17 (4) :522-535. URL: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2268-fa.html>
  37. Gheysari F, Mazaheri M. Effect of Cognitive Rehabilitation on Cognitive State and Depression of Older Men With Mild Cognitive Impairment Living in Nursing Homes. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2023; 17 (4) :522-535. URL: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2268-en.html>
  38. Chan JYC, Chan TK, Kwok TCY, Wong SYS, Lee ATC, Tsoi KKF. Cognitive training interventions and depression in mild cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Age Ageing*. 2020 Aug 24;49(5):738-747. <http://doi:10.1093/ageing/afaa063>.
  39. Roswiyani R, Kwakkenbos L, Spijker J, Witteman CLM. The Effectiveness of Combining Visual Art Activities and Physical Exercise for Older Adults on Well-Being or Quality of Life and Mood: A Scoping Review. *J Appl Gerontol*. 2019 Dec;38(12):1784-1804. <http://doi:10.1177/0733464817743332>.
  40. Kim J, Ra Y, Yi E. Effects of Community Environment, Leisure, and Social Activities on Health Status of Older Adults with Diabetes in South Korea. *Healthcare (Basel)*. 2023 Jul 24;11(14):2105. <http://doi:10.3390/healthcare11142105>.
  41. Innes KE, Selfe TK, Khalsa DS, Kandati S. Effects of Meditation versus Music Listening on Perceived Stress, Mood, Sleep, and Quality of Life in Adults with Early Memory Loss: A Pilot Randomized Controlled Trial. *J Alzheimers Dis*.

- 2016 Apr 8;52(4):1277-98.[http:// doi: 10.3233/JAD-151106](http://doi:10.3233/JAD-151106).
42. Puchalski CM. Spirituality in geriatric palliative care. *Clin Geriatr Med*. 2015 May;31(2):245-52. [http:// doi: 10.1016/j.cger.2015.01.011](http://doi:10.1016/j.cger.2015.01.011).
  43. Alagiakrishnan K. Practice tips. Ethnic elderly with dementia: overcoming the cultural barriers to their care. *Can Fam Physician*. 2008 Apr;54(4):521-2. [PMID: 18411379](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18411379/); [PMCID: PMC2294084](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC2294084/).
  44. Delavar A. Research method in psychology and educational sciences. 50th edition, Tehran: Arsbaran Publishing House, 2018.
  45. De Leo D, Diekstra RF, Lonnqvist J, Trabucchi M, Cleiren MH, Frisoni GB, Dello Buono M, Haltunen A, Zucchetto M, Rozzini R, Grigoletto F, Sampaio-Faria J. LEIPAD, an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. *Behav Med*. 1998 Spring;24(1):17-27. [http://doi: 10.1080/08964289809596377](http://doi:10.1080/08964289809596377). [PMID: 9575388](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9575388/).
  46. Sajadi. H., Biglarian A.. Quality of life among elderly women in Kahrizak charity Foundation, Tehran, Iran. *Payesh* 2007; 6 (2). [URL: http://payeshjournal.ir/article-1-709-fa.html](http://payeshjournal.ir/article-1-709-fa.html)
  47. Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent Evidence and Development of a Shorter Version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5, 165-173. [https://doi.org/10.1300/J018v05n01\\_09](https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09)
  48. Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran. *Research in Medicine* 2006; 30 (4) :361-369. [URL: http://pejouhesh.sbmu.ac.ir/article-1-342-fa.html](http://pejouhesh.sbmu.ac.ir/article-1-342-fa.html)
  49. Hodkinson H. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. *Age and ageing*. 1972; 1 (4):233-8.
  50. Farohan M, Jafari Z, Shirinbian, Shirinbayan Ghaemmaghani Farahani Z, Rahgozar M. Validation of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in the elderly of Tehran. *Progress in Cognitive Sciences* 2017; 38: 29-34. <file:///C:/Users/m-pc/Favorites/Downloads/68113870203.pdf>
  51. Quilliam S. Positive thinking and applied positivism. (Translated by Farid Barati Sadeh and Afsaneh Sadeghi). Third edition. Tehran: Javane Rushd publishing, 2015.
  52. Kiasalar M. Healthy lifestyle (family self-care guide). First Edition. Tehran: Parsai Salamat Publishing House, 2017.
  53. Healthy lifestyle in old age (Ministry of Health)
  54. Yousefi N. Healthy family performance based on the McMaster model. 2014.
  55. Hori Z, Mohammad Khan Kermanshahi S, Memarian R. The effect of physical activity promotion program on life satisfaction in the rural elderly. *Journal title* 2017; 3 (4) :21-33. [URL: http://jgn.medilam.ac.ir/article-1-233-fa.html](http://jgn.medilam.ac.ir/article-1-233-fa.html).
  56. Zanetti M, Gortan Cappellari G, Ratti C, Ceschia G, Murena L, De Colle P, Barazzoni R. Poor nutritional status but not cognitive or functional impairment per se independently predict 1 year mortality in elderly patients with hip-fracture. *Clin Nutr*. 2019 Aug;38(4):1607-1612. [http://doi: 10.1016/j.clnu.2018.08.030](http://doi:10.1016/j.clnu.2018.08.030).
  57. Shahbazi M.R, Farughan M, SalmanRoghani R, Raheghaz M. The relationship between disability and variables of depression, cognitive status and mood in the elderly (Persian). *Iran Geriatrics Journal*. 2015; 11 (1): 132-41.
  58. Olvares-Cuhat G. How to tailor TELL tools for older L2 learners. *Estudios de Lingüística Inglesa Aplicada*. 2018;18:81–104.<http://doi.10.12795/elia.2018.i18.04>
  59. Chen AT, Chu F, Teng AK, Han S, Lin SY, Demiris G, Zaslavsky O. Promoting problem solving about health management: a mixed-methods pilot evaluation of a digital health intervention for older adults with pre-frailty and frailty. *Gerontol Geriatr Med*. 2021. <https://doi.org/10.1177/2333721420985684>.
  60. Dauenhauer JA, Heffernan KM, Cesnales NI. Promoting intergenerational learning in higher education: older adult perspectives on course auditing. *Educ Gerontol*. 2018;44(11):732–40. <http://10.1080/03601277.2018.1555358>