Torbat Jam University of Medical Sciences
Iranian journal of Health Research and Development
Vol. 4, No. 2, June 2026

Effect of a Neighborhood-Based Rehabilitation Program on Physical and Mental Health of the Elderly People

Mohammad Ashori (PhD)*[1], Mehrshid Danadel (PhD Candidate)[2], Pejman Poorshabanan (PhD)[3]

Original Article

Abstract

Background: Neighborhood-based rehabilitation programs can to help improving psychological well-being and quality of life. The aim of this study was to examine the impact of neighborhood-based rehabilitation programs on the physical and mental health of older adults.

Methods: The study was a quasi-experimental study with a pre-test, post-test, and control group design. The statistical population included all elderly people in Isfahan. The sample consisted of 45 people who were selected by convenience sampling from Kolbeh Noor and Ranginkaman Sepid elderly training and rehabilitation centers and randomly assigned to an experimental group of 22 and a control group of 23. The experimental group participated in eight 60-minute sessions of the program, while the control group did not participate in the program. A health background questionnaire was used to assess both groups.

Results: The mean age of older adults was 72.81 ± 5.78 years in the intervention group and 73.39 ± 6.11 years in the control group, with no significant difference between the two groups ($P = 0.98$). The results showed that the mean scores of physical health, mental health, and total health increased in the intervention group at post-test compared with pre-test, while no considerable change was observed in the control group. The results of univariate analysis of covariance indicated that the community-based rehabilitation program had a significant effect on the total health score of older adults ($F = 497.41$, $P < 0.001$, $\eta^2 = 0.92$). Furthermore, multivariate analysis of covariance showed that the intervention had a significant positive effect on physical health ($F = 217.69$, $P < 0.001$, $\eta^2 = 0.84$) and mental health ($F = 175.35$, $P < 0.001$, $\eta^2 = 0.81$) among older adults.

Conclusion:The implementation of a community-based rehabilitation training program significantly improves the overall health of older adults, including both physical and mental health. Therefore, the use of community-based rehabilitation programs in elderly service centers and community health programs can play an important role in improving the physical and mental health status of this age group.

Keywords: Elderly, Health Status; Quality of Life

Corresponding author: Mohammad Ashori **E-mail address**: m.ashori@edu.ui.ac.ir TEL: 09120671258

1. Department of Psychology and Education of People with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
2. Ph.D. Candidate of Psychology and Education of People with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
3. Nephrology Subspecialty Board, Head of Deputy of Rehabilitation Isfahan Welfare Organization, Iran

Received: 17.02.2026 **Revised**: 08.04.2026 **Accepted**: 31.05.2026

Copyright©2026, Ashori et al.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-08-09]

[DOI: 10.66224/jhrd.4.2.80]

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تربت جام
مجله تحقیق و توسعه سلامت
دوره ۴ ،شماره ۲، تابستان ۱۴۰۵

تاثیر برنامه توانبخشی محله‌محور بر سلامت جسمانی و روانی افراد سالمند

محمد عاشوری (PhD)[۱]، مهرشید دانادل (PhD Candidate)[۲]، پژمان پورشبانان (PhD)[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

سابقه و هدف: برنامه توانبخشی محله‌محور می‌تواند به ارتقای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی افراد کمک کند. هدف این مطالعه تعیین تاثیر برنامه توانبخشی محله‌محور بر سلامت جسمانی و روانی افراد سالمند بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان شهر اصفهان می‌شد. نمونه شامل ۴۵ نفر بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس از مراکز آموزشی و توانبخشی سالمندان کلبه نور و رنگین‌کمان سپید انتخاب و با روش تصادفی در یک گروه آزمایش ۲۲ نفری و یک گروه کنترل ۲۳ نفری جایگزین شدند. گروه آزمایش در هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در برنامه شرکت کرد در حالی که گروه کنترل در برنامه مذکور شرکت نکرد. برای ارزیابی هر دو گروه از پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت استفاده شد. داده‌ها با آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی سالمندان در گروه آزمایش۵/۷۸± ۷۲/۸۱ و در گروه کنترل ۶/۱۱± ۷۳/۳۹ سال بود و بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد (P=۰/۹۸). نتایج نشان داد میانگین نمرات سلامت جسمانی، سلامت روانی و نمره کل سلامت در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافت، در حالی که در گروه کنترل تغییر قابل توجهی مشاهده نشد. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نشان داد برنامه توانبخشی محله‌محور تأثیر معناداری بر نمره کل سلامت سالمندان داشت (P<۰/۰۰۱، F=۴۹۷/۴۱، η^2=۰/۹۲). همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد این مداخله بر سلامت جسمانی (P<۰/۰۰۱، F=۲۱۷/۶۹، η^2=۰/۸۴) و سلامت روانی (P<۰/۰۰۱، F=۱۷۵/۳۵، η^2=۰/۸۱) سالمندان نیز تأثیر مثبت و معناداری داشته است.

نتیجه گیری: اجرای برنامه آموزش بسته خدمات توانبخشی محله‌محور موجب بهبود معنادار سلامت کلی سالمندان و ابعاد آن شامل سلامت جسمانی و روانی می‌شود. بنابراین به‌کارگیری برنامه‌های توانبخشی محله‌محور در مراکز خدمات سالمندی و برنامه‌های سلامت جامعه می‌تواند نقش مهمی در بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی این گروه سنی داشته باشد.

واژه های کلیدی: سالمندی،وضعیت سلامت،کیفیت زندگی

نویسنده مسئول: محمد عاشوری E-mail: m.ashori@edu.ui.ac.ir تلفن: ۰۹۱۲۰۶۷۱۲۵۸

۱. دانشیار گروه روانشناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۳. بورد فوق تخصصی نفرولوژی، سازمان بهزیستی استان اصفهان، ایران

دریافت:۱۴۰۴/۱۱/۲۸ **اصلاح:** ۱۴۰۵/۰۲/۱۹ **پذیرش:** ۱۴۰۵/۰۳/۱۰

Copyright©2026, Ashori et al.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-08-09]

[DOI: 10.66224/jhrd.4.2.80]

مقدمه

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی کسی که سنی برابر با شصت سال یا بالاتر دارد، سالمند محسوب می‌شود(۱). از نظر بیولوژیک، سالمندی با تجمیع تدریجی انواع مختلف آسیب‌های سلولی و مولکولی همراه است که در طول زمان این آسیب‌ها باعث کاهش عمومی ظرفیت و توانایی فرد می‌شود(۲). در طول چند دهه‌ی اخیر، نسبت جمعیت سالمندان در دنیا در حال افزایش بوده است(۳). بر اساس گزارش چشم‌انداز جمعیت جهان (۲۰۱۷) که توسط بخش اقتصاد و امور اجتماعی سازمان ملل[1] تهیه شده است، سهم جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر در جهان از ۵/۰۸ درصد (۱۲۸/۸ میلیون) در سال ۱۹۵۰ به ۸/۲۸ درصد (۶۱۱/۹ میلیون نفر) در سال ۲۰۱۵ رسیده است. در ایران نیز طی این دوره سهم جمعیت بالای ۶۵ سال از ۴ به ۶/۱ درصد افزایش داشته است (۴، ۵). بر اساس گزارش مرکز آمار ایران جمعیت سالمندان کشور در سال ۱۳۷۰ برابر ۵/۸ درصد، در سال ۱۳۷۵ برابر ۶/۶ درصد و درسال ۱۳۹۰ برابر ۸/۱۹ درصد جمعیت کشور بوده است. پیش‌بینی می‌شود که این آمار در سال ۱۴۰۵ به حدود ۱۱ میلیون نفر برسد. بنابراین سالمندی و شرایط ویژه‌ی افراد سالمند[2] و تامین بهداشت روانی و جسمانی آنها از جمله مسائلی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد(۶). سالمندی از یک سو پدیده‌ای زیستی است که ساختار جسمی انسان بر اساس آن، ویژگی‌های خاصی را آشکار می‌سازد و در عین حال با مجموعه‌ای از پیامدهای روانی همراه است(۷). برخی معتقدند که انسان در میانه عمر خود به بالاترین نقطه‌ی رشد و کمال خویش دست می‌یابد و عده‌ای سالمندی را مطلوب‌ترین دوران زندگی می‌دانند؛ زیرا در این دوره آرامش و خرد و تجربه هر سه به دست می‌آید(۸). توسعه جوامع دوستدار افراد سالمند با افزایش سن افراد جامعه می‌تواند نقش موثری در کیفیت زندگی[3] و سلامت سالمندان داشته باشد(۹). سالمندی می‌تواند بر عملکرد افراد تاثیر منفی بگذارد و چالش‌های متعددی را ایجاد کند(۱۰، ۱۱). جدی‌ترین خطری که افراد سالمند را تهدید می‌کند در انزوا قرار گرفتن از سوی اطرافیان است. در این حالت شخص امکان ارتباط صمیمی و نزدیک با دیگران را از دست می‌دهد. تنهایی موجب می‌گردد افراد سالمند به تدریج دچار مشکلات روانی شود، به همین دلیل درک احساسات و انتظارات سالمندان و بهبود ارتباط افراد خانواده نقش مهمی در فرآیند سلامت روانی آن‌ها دارد(۱۲). سالمندان با وجود توسعه راهبردهای آموزشی و توانبخشی با چالش‌های خاصی در حوزه سلامتی مواجه هستند(۱۳). از طرفی، لزوم توجه به سلامت سالمندان و افزایش شادکامی و خودکارآمدی جهت پیشگیری از اختلالاتی نظیر افسردگی، اضطراب و احساس یأس و ناامیدی در آنان ضروری به نظر می‌رسد(۱۴). علاوه بر این، تلاش‌های زیادی برای توجه به نقش سلامتی و بهزیستی در کیفیت زندگی انجام شده است(۱۵). نظام‌های مراقبت از سلامت نیز برای ارائه خدمات به سالمندان به‌طور فزاینده‌ای به سمت رویکردهای یکپارچه‌تر حرکت می‌کنند(۱۶). با وجود این تلاش‌ها، نظام خدمات بهداشتی و درمانی در ایران هنوز در پوشش جامع سلامت سالمندان با نقاط ضعف و کاستی‌های قابل توجهی روبرو است. این شکاف‌ها عمدتاً در ابعاد پیشگیری و تشخیص زودهنگام بیماری‌های مزمن مرتبط با سالمندی، دسترسی عادلانه به خدمات تخصصی (مانند جراحی‌های ارتوپدی، چشم‌پزشکی، و قلب و عروق)، و خدمات حمایتی و مراقبتی در منزل خود را نشان می‌دهند. به عنوان مثال، خدمات توانبخشی و فیزیوتراپی که برای حفظ استقلال و کیفیت زندگی سالمندان حیاتی هستند، اغلب با محدودیت‌های مالی و جغرافیایی مواجه‌اند و همه سالمندان، به‌ویژه در مناطق کمتر برخوردار، به آن‌ها دسترسی ندارند. علاوه بر این، آموزش‌های بهداشت روان برای سالمندان و خانواده‌هایشان نیز که می‌تواند به پیشگیری از اختلالاتی چون افسردگی و اضطراب کمک کند، به اندازه کافی گسترده و در دسترس نیست. مفاهیم مرتبط با سالمندی سالم و فرهنگ‌سازی برای پذیرش سالمندی فعال و پویا نیز نیاز به توجه و سرمایه‌گذاری بیشتری دارد تا سالمندان بتوانند دوران پیری خود را با شادکامی و خودکارآمدی بیشتری سپری کنند. به همین دلیل، بررسی و ارزیابی آن در بسیاری از پژوهش‌های مرتبط با سلامتی از اهمیت خاصی برخوردار

[1] United Nations Department of Economic and Social Affairs

[2] elderly people
[3] quality of life

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-08-09]
[DOI: 10.66224/jhrd.4.2.80]

است(۱۷). در ضمن، با توجه به این که بیشتر مردم در حال حاضر پیش‌بینی می‌کنند که تا ۶۰ سالگی و بعد از آن می‌توانند زندگی کنند(۱۸)، اقدامات توانبخشی می‌تواند در سلامتی و عملکرد جسمی و روانی آن‌ها مفید و موثر باشد(۱۹). خدمات توانبخشی مبتنی بر محله یا توانبخشی محله‌محور[4] یک راهبرد اقدام برای توسعه فراگیر و مبتنی بر محله برای همه افراد است که شامل چارچوبی با پنج مولفه کلیدی به نام سلامت، آموزش، معیشت، اجتماعی و توانمندسازی می‌شود. تمرکز اصلی این برنامه توانبخشی بر ارتقاء و بهبود همه جانبه شرایط زندگی افراد دارای معلولیت، سالمندان و سایر گروه‌های آسیب‌پذیر در جامعه است(۱۰). به عبارت دیگر، خدمات توانبخشی محله‌محور یک راهبرد برای توسعه عمومی جامعه برای توانبخشی، برابری فرصت‌ها، کاهش فقر و دربرگیری اجتماعی همه افراد است و از طریق تلاش‌های مشترک همه افراد از طریق ارائه خدمات بهداشتی، آموزشی، حرفه‌ای، اجتماعی اجرا می‌شود(۲۰). در واقع، هدف برنامه‌های توانبخشی محله‌محور دستیابی به حقوق برابر، توانمندسازی و فراگیرسازی اجتماعی همه افراد است(۲۱). افزون بر این، توانبخشی محله‌محور در ارتقای سلامت روانی و تعامل اجتماعی سالمندان نقش مهمی ایفا می‌کند. سالمندانی که از این خدمات بهره می‌برند، سطح بالاتری از کیفیت زندگی و خودکارآمدی را تجربه می‌کنند و این امر به کاهش انزوای اجتماعی و افزایش رضایت آنان از زندگی می‌انجامد. توانبخشی محله‌محور برای افراد مسن باید به عنوان یک فرآیند نظام‌دار در نظر گرفته شود که بر نیاز به ارزیابی‌های جامع برای ارائه خدمات توانبخشی محلی دقیق و موثر تاکید دارد(۲۲). بنابراین، خدمات توانبخشی محله‌محور نه‌تنها به بهبود توانایی‌های جسمی سالمندان کمک می‌کند، بلکه باعث کاهش نیاز به بستری شدن در بیمارستان‌ها و افزایش بهزیستی می‌شود. این خدمات نقش قابل توجهی در کاهش انزوا و ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها دارد (۲۳). پژوهش‌هایی در زمینه تاثیر برنامه توانبخشی محله‌محور بر سلامت جسمانی و روانی افراد سالمند انجام شده است. برای مثال، یافته‌های پژوهش عیسی‌زاده و همکاران (۲۴) نشان داد که برنامه توانبخشی سبب بهبود قابل توجه توانمندی‌های شناختی، کیفیت زندگی و سلامت روان سالمندان شد. نتایج پژوهش لطفعلی‌نژاد و همکاران(۲۵) حاکی از اثربخشی برنامه مراقبت ادغام یافته و توانبخشی بر سلامت جسمی و روانی سالمندان بود. یافته‌های پژوهش سامتوا و نانتابوت(۲۳) بیانگر اثربخشی مثبت و معنادار برنامه توانبخشی محله‌محور بر کیفیت زندگی سالمندان بود. نتایج پژوهش شو و همکاران (۱۰) نشان داد برنامه توانبخشی محله‌محور سبب بهبود کیفیت زندگی، مشارکت اجتماعی و وضعیت سلامتی سالمندان شد. یافته‌های پژوهش ژو و همکاران(۲۶) بیانگر تاثیر چشمگیر پلتفرم مدیریت توانبخشی محله‌محور بر سلامت سالمندان بود. یافته‌های پژوهش شین و همکاران (۲۷) حاکی از اثربخشی قابل توجه توانبخشی محله‌محور بر بهبود آمادگی جسمانی سالمندان بود. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش سیجاس و همکاران(۲۰) و لکلر و همکاران(۲۸) حاکی از اثربخشی مثبت و معنادار برنامه توانبخشی محله‌محور بر کیفیت زندگی سالمندان بود. برنامه‌های توانبخشی محله‌محور می‌توانند نه تنها از نظر جسمانی، بلکه از لحاظ روانی و اجتماعی نیز اثرات مثبتی بر سالمندان داشته باشند. با این حال، خدمات توانبخشی محله‌محور با چالش‌های خاص خود نیز روبه‌رو است(۲۹). از طرفی، تغییرات جمعیتی که در ساختار جامعه رخ می‌دهد بیانگر این است که نسبت افراد مسن به سرعت در حال افزایش است(۳۰). علاوه بر این، دسترسی به امکانات اجتماعی و تفریحی در محله می‌تواند تأثیر مستقیمی بر رفاه جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان داشته باشد(۳۱). سالمندی جمعیت یکی از مهم‌ترین تغییرات جمعیتی جهان در قرن بیست و یکم است که با افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ باروری همراه است (۳۲). به‌طور کلی، سالمندی نوعی تحول طبیعی و یکی از مراحل رشد است که با تغییرات خاص جسمی، روانی و اجتماعی همراه است(۳۳). با توجه به روند رو به رشد سالمندی جمعیت، توجه ویژه به برنامه‌ریزی برای بهبود سلامت جسمی و روانی سالمندان اهمیت زیادی دارد(۳۴). از طرفی، با توجه به این که فعالیت کردن افراد سالمند در هر محله، شرایط خاصی دارد سالمندان آن محله نیز شرایط وابسته به سلامت متفاوتی خواهند داشت (۳۵). در حقیقت، توجه به سلامت جسمی و روانی سالمندان

[4] neighborhood rehabilitation

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-08-09]
[DOI: 10.66224/jhrd.4.2.80]

یکی از وظایف مهم هر جامعه‌ای است. از سوی دیگر، پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی برنامه توانبخشی محله‌محور در حوزه سالمندان انجام شده است که حاکی از خلاء پژوهشی در این زمینه می‌باشد. بنابراین، ضرورت دارد که اثربخشی این برنامه بر سلامت جسمانی و روانی آن‌ها مورد بررسی قرار گیرد. از این رو، هدف اصلی این مطالعه بررسی تاثیر برنامه توانبخشی محله‌محور بر سلامت جسمانی و روانی افراد سالمند است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش کاربردی از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه افراد سالمند دریافت کننده خدمات از مراکز آموزشی و توانبخشی روزانه سالمندان شهر اصفهان و تحت پوشش اداره کل بهزیستی استان اصفهان در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ می‌شد. نمونه این پژوهش با توجه به افت یا ریزش شرکت‌کنندگان شامل ۵۰ نفر از سالمندان می‌شد که از مراکز آموزشی و توانبخشی سالمندان کلبه نور و رنگین‌کمان سپید انتخاب شدند. آن‌ها به روش تصادفی در یک گروه آزمایش و یک کنترل جایگزین شدند، به نحوی که به هر گروه ۲۵ نفر اختصاص یافت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تحت پوشش اداره کل بهزیستی استان اصفهان، ثبت‌نام در مراکز روزانه سالمندان شهر اصفهان، سن ۶۵ تا ۸۰ سال و تمایل به شرکت در پژوهش می‌شد. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه جلسات مداخله در حین پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در روند مداخله، شرکت در جلسات آموزشی مشابه در حین پژوهش، ترک مراکز آموزشی و توانبخشی سالمندان شهر اصفهان به دلایلی از جمله بازگشت به منزل یا تغییر محل سکونت و ابتلا به بیماری‌های واگیردار یا خاص در حین پژوهش می‌شد. در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه زیر استفاده شد.

پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت- فرم کوتاه

پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت- فرم کوتاه[5] را وار و شربون (۱۹۹۲) برای ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی طراحی کردند که ۳۶ سوال دارد(۳۰). پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی دارای دو بعد سلامت جسمانی و سلامت روانی است که بعد سلامت جسمانی شامل چهار خرده‌مقیاس کارکرد جسمانی (سوال‌های ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲)، نقش جسمانی (سوال‌های ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶)، درد جسمانی (سوال‌های ۲۱ و ۲۲) و سلامت عمومی (سوال‌های ۱، ۳۴، ۳۵ و ۳۶) می‌شود و بعد سلامت جسمانی چهار خرده‌مقیاس سرزندگی (سوال‌های ۲۳، ۲۷، ۲۹ و ۳۱)، کارکرد اجتماعی (سوال‌های ۲۰ و ۳۲)، نقش هیجانی (سوال‌های ۱۷، ۱۸ و ۱۹) و سلامت روانی (سوال‌های ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۸ و ۳۰) را دربرمی‌گیرد. حداقل و حداکثر نمره در این پرسشنامه بین صفر تا صد است و نمره بالاتر به معنی کیفیت زندگی بهتر است(۳۷). وار و شربون (۱۹۹۲) پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را به روش ضریب آلفای کرونباخ برای همه خرده‌مقیاس‌های آن بالای ۰/۷۵ به دست آوردند. روایی همگرای پرسشنامه نیز با استفاده از همبستگی هر سؤال بـا مقیاس بررسی شد و اندازه ضریب همبستگی پیرسون برابر ۰/۴ و بیشتر به دست آمد که مطلوب در نظر گرفته شد. اصغری مقدم و فقیهی(۳۸) روایی پرسشنامه را بر اساس ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب پایایی آن را به روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش کردند. منتظری و همکاران(۳۷) نیز ضریب پایایی پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌ها را در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش کردند. روایی همگرای آن را نیز با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس بررسی و اندازه ضریب همبستگی پیرسون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ به دست آوردند .برنامه توانبخشی محله‌محور در طول هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای که به صورت هفته‌ای دو بار برای گروه آزمایش اجرا شد و هدف‌های آن شامل سلامت جسمی و روانی، مشارکت اجتماعی و اوقات فراغت، مسائل معیشتی و کیفیت زندگی، خدمات توانبخشی و حمایتی، زیرساخت‌های شهری و مناسب‌سازی محیط، حقوق و تغییر نگرش جامعه نسبت به سالمندان، و فرهنگ‌سازی و قدردانی می‌شد. محتوای جلسات بسته خدمات توانبخشی محله‌محور مبتنی بر برنامه توسعه عمومی و توانبخشی سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد (یونسکو) و سازمان بهداشت

[5] Short-Form Health Survey (SF-36)

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-08-09]
[DOI: 10.66224/jhrd.4.2.80]

جهانی (۲۰۰۴) و همچنین بونر و همکاران(۳۹) است.
خلاصه‌ای از محتوای جلسات این برنامه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات بسته خدمات توانبخشی محله‌محور

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	فعالیت‌ها
جلسه اول	آشنایی و معرفی بسته	آشنایی با یکدیگر و معارفه معرفی بسته خدمات توانبخشی محله‌محور طرح شرایط زندگی افراد از بیان خودشان عوامل فردی و محیطی موثر بر زندگی	شبکه مضامین بسته خدمات توانبخشی محله‌محور تصویرسازی از بسته با تاکید بر عوامل فردی و محیطی
جلسه دوم	سلامت جسمی و روانی	نقش ورزش و فعالیت‌های بدنی مشکلات شناختی و روانشناختی دسترسی به خدمات مشاوره و روانشناسی تغذیه سالم و برنامه‌های آگاهی‌بخشی	کلیپ و تصاویر ورزشی تمرین شناختی و حافظه‌محور در محله تمرین تحلیل رفتار و هیجان ارائه برنامه تغذیه مناسب
جلسه سوم	مشارکت اجتماعی و اوقات فراغت	شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و خیریه‌ای تعامل بین‌نسلی و فعالیت‌های فراغتی بررسی فرصت‌های شغلی مناسب برنامه‌های فرهنگی و تفریحی	ارائه مثال واقعی از مشارکت محلی تصاویر تعاملی خانوادگی برنامه‌های اوقات فراغت و فرهنگی تصویرسازی از مشاغل مناسب محلی
جلسه چهارم	مسائل معیشتی و کیفیت زندگی	مسائل اقتصادی و حمایت مالی مدیریت حقوق و مستمری برای بهزیستی نقش‌ها در خانواده و آگاه‌سازی خانواده‌ها	بحث گروهی درباره مسائل اقتصادی و حقوق تحلیل رفتارهای چالش‌برانگیز تمرین نقش، وظیفه و تکلیف با ارائه مثال
جلسه پنجم	خدمات توانبخشی و حمایتی	دسترس‌پذیری خدمات توانبخشی و پزشکی خدمات پرستاری و مراقبتی در منزل حمایت‌های مالی و خدمات بیمه‌ای نقش سازمان‌های حمایتی مانند بهزیستی و کمیته امداد کارایی مراکز خدمات توانبخشی و اجتماعی	معرفی مراکز و خدمات توانبخشی و پزشکی تحلیل خدمات پرستاری و مراقبتی فلوچارت دریافت خدمات
جلسه ششم	زیرساخت‌های شهری و مناسب‌سازی	مناسب‌سازی فضاهای شهری و اماکن عمومی حمل‌ونقل و تسهیلات ویژه متناسب‌سازی شهرها و محله‌ها با نیازها	پخش کلیپ از مناسب‌سازی فضاهای شهری و اماکن تصاویر حمل‌ونقل ویژه و شهرها و محله‌های مناسب‌سازی شده
جلسه هفتم	حقوق و تغییر نگرش نسبت به سالمندان	حقوق سالمندان و وظایف جامعه تغییر نگرش نسبت به سالمندان ازدواج سالمندان	فلوچارت حقوق سالمندان تحلیل مراحل تغییر نگرش ارائه مثال از ازدواج‌های موفق
جلسه هشتم	فرهنگ‌سازی و قدردانی	مسائل فرهنگی سالمندی و بخشش رسانه‌ها و آگاهی درباره سالمندی سالم قدردانی و هدیه به رسم یادبود	بازسازی رفتارهای چالش‌برانگیز نسبت به سالمندی بحث گروهی در محله درباره بخشش و اطلاع‌رسانی اهدای هدیه

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-08-09]
[DOI: 10.66224/jhrd.4.2.80]

برای اجرای پژوهش، ابتدا جهت اخذ کد اخلاق اقدام شد و سپس معرفی نامه از اداره کل بهزیستی استان اصفهان جهت مراجعه به مراکز آموزشی و توانبخشی سالمندان کلبه نور و رنگین‌کمان سپید شهر اصفهان اخذ گردید. برای رعایت اخلاق در پژوهش، از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات مستخرج و نام افراد به صورت محرمانه باشد. همچنین نتایج پژوهش در راستای حفظ اسرار شخصی و عدم ورود به حریم خصوصی شرکت‌کنندگان در سطح کلی گزارش شود. به این ترتیب، ۵۰ نفر از سالمندان تحت پوشش اداره بهزیستی استان اصفهان و دریافت کننده خدمات از مراکز روزانه سالمندان این شهر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب شدند و در جلسه توجیهی حضور یافتند. سپس شرکت کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۲۵ نفر) جایگزین شدند. در ابتدا هر دو گروه پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش طی هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در مرکز آموزشی و توانبخشی سالمندان کلبه نور در مداخله شرکت کردند در حالی که گروه کنترل از برنامه رایج مرکز استفاده نمود. در ضمن، میزان ریزش شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و کنترل به ترتیب سه و دو نفر بود؛ یعنی ۲۲ نفر در گروه آزمایش و ۲۳ نفر در گروه کنترل حضور داشتند. جلسات مداخله را پژوهشگران و دستیار آن‌ها که دانشجوی دکتری روانشناسی بودند و آموزش لازم را دیده بودند اجرا کردند. در پایان، هر دو گروه اجرا همان پرسشنامه را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. داده‌های به دست آمده قبل و بعد از مداخله برای هر دو گروه با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار آماریSPSS تحلیل شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و کنترل به ترتیب ۵/۷۸±۷۲/۸۱ و ۶/۱۱±۷۳/۳۹ بود. برای مقایسه میانگین سن آن‌ها در گروه‌ها از آزمون آماری t مستقل استفاده شد که نتایج نشان داد بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد (P۰=/۹۸) . بنابراین، اختلاف نمره‌های متغیرهای پژوهش از اختلاف سن شرکت‌کنندگان ناشی نمی‌شود. میانگین و انحراف استاندارد و نرمالیتی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و خرده‌مقیاس‌های آن (سلامت جسمانی و سلامت روانی) برای هر دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	مرحله	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت جسمانی	پیش‌آزمون	۲۱/۰۹	۱/۳۴	۲۱/۷۸	۱/۱۶
	پس‌آزمون	۲۷/۷۲	۱/۳۱	۲۲/۰۸	۱/۳۴
سلامت روانی	پیش‌آزمون	۵۰/۵۰	۲/۰۱	۵۰/۷۳	۱/۳۵
	پس‌آزمون	۵۶/۳۶	۲/۰۵	۵۰/۵۲	۱/۹۰
نمره کل	پیش‌آزمون	۷۱/۵۹	۲/۴۸	۷۲/۵۲	۱/۸۰
	پس‌آزمون	۸۴/۱۸	۲/۳۴	۷۲/۶۰	۲/۱۶

بر اساس نتایج جدول ۲ می‌توان گفت میانگین نمره متغیرهای کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و خرده‌مقیاس‌های آن در مراحل پیش و پس از مداخله تغییر کرده است. نتایج آزمون شاپیرو ویلکز بیانگر نرمال بودن توزیع

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-08-09]
[DOI: 10.66224/jhrd.4.2.80]

داده‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود (P>۰/۰۵). برای بررسی تاثیر بسته خدمات توانبخشی محله‌محور بر سلامت سالمندان از تحلیل کواریانس تک متغیری یا آنکوا استفاده شد. در ابتدا با استفاده از آزمون لوین به بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها پرداخته شد که نتایج آن بیانگر همگنی واریانس‌ها بود (P>۰/۰۵). تعامل بین گروه و پیش‌آزمون نیز بررسی و با توجه به آماره F و مقدار احتمال این تعامل معنادار نبود. به این ترتیب، فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز تایید شد. با توجه به این که همگنی واریانس گروه‌ها و همگنی شیب رگرسیون تایید و بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون رابطه خطی وجود داشت، پس مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری رعایت شده است. بنابراین، برای بررسی تاثیر بسته خدمات توانبخشی محله‌محور بر سلامت سالمندان از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای نمره کل سلامت

منبع	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
پیش آزمون	۲۶/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۹
گروه	۴۹۷/۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲	۱/۰۰

با توجه به نتایج جدول ۳ و مقدار F برای منبع گروهی که در سطح ۰/۰۰۱ >Pمعنادار است، می‌توان عنوان کرد که تاثیر بسته خدمات توانبخشی محله‌محور بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان مثبت و معنادار بوده است و این بسته توانست باعث بهبود این متغیر در سالمندان گردد. با توجه به ضریب اتا می‌توان گفت که ۹۲ درصد از تغییرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ناشی از تاثیر متغیر مستقل بسته خدمات توانبخشی محله‌محور بوده است. برای بررسی بسته خدمات توانبخشی محله‌محور بر خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (سلامت جسمانی و سلامت روانی) سالمندان از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. ابتدا مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو ویلکز بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل بود (P>۰/۰۵). نتایج آزمون لوین بیانگر همگنی واریانس‌ها در خرده‌مقیاس‌های سلامت جسمانی و سلامت روانی بود (P>۰/۰۵). در ضمن، رابطه خطی بین متغیرهای همپراش و متغیرهای وابسته وجود داشت و مفروضه شیب خط رگرسیون هم تائید شد (P>۰/۰۵). برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج نشان داد ماتریس‌های واریانس-کوواریانس معنادار نیست و این مفروضه تائید شد (P= ۰/۹۵). بنابراین، نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز مورد بررسی قرار گرفت که مقدار یا ارزش آزمون لامبدای ویلکز ۰/۰۸ با F= ۲۱۵/۲۱ بود (P= ۰/۰۰۱). بنابراین می‌توان عنوان کرد که میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل با حذف اثر متغیر همپراش حداقل در یکی از خرده‌مقیاس‌های سلامت جسمانی و سلامت روانی تفاوت معناداری دارد. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۴ آمده است.

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-08-09]
[DOI: 10.66224/jhrd.4.2.80]

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
سلامت جسمانی	پیش‌آزمون	۸/۴۹	۱	۸/۴۹	۵/۱۴	۰/۲۹	۰/۱۱	۰/۶۰
	گروه	۳۵۹/۴۳	۱	۳۵۹/۴۳	۲۱۷/۶۹	۰/۰۰۰	۰/۸۴	۱/۰۰
	خطا	۶۷/۶۹	۴۱	۱/۶۵				
	کل	۴۳۳/۹۱	۴۴					
سلامت روانی	پیش‌آزمون	۸۳/۰۵	۱	۸۳/۰۵	۳۹/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
	گروه	۳۷۳/۰۲	۱	۳۷۳/۰۲	۱۷۵/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
	خطا	۸۵/۷۵	۳۷	۲/۰۹				
	کل	۵۵۲/۵۷	۴۴					

با توجه به نتایج جدول ۴ و مقادیر F برای منبع گروهی که در سطح P<۰/۰۵ معنادار است، می‌توان گفت که بسته خدمات توانبخشی محله‌محور تاثیر معناداری بر خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی (سلامت جسمانی و سلامت روانی) سالمندان داشته است. بنابراین می‌توان گفت که با توجه به مجذور اتا در متغیرهای سلامت جسمانی و سلامت روانی به ترتیب ۴۱ و ۶۳ درصد تغییرات به علت اثر مداخله تبیین می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر برنامه توانبخشی محله‌محور بر سلامت جسمانی و روانی افراد سالمند انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بسته خدمات توانبخشی محله‌محور بر سلامت جسمانی و روانی افراد سالمند تاثیر مثبت و معناداری داشت و سبب بهبود سلامتی آن‌ها شد. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش سامتوا و نانتابوت(۲۳) مبنی بر اثربخشی مثبت و معنادار برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بر کیفیت زندگی سالمندان؛ سیجاس و همکاران(۲۰) در راستای اثربخشی مثبت و معنادار برنامه توانبخشی محله‌محور بر کیفیت زندگی سالمندان؛ شو و همکاران(۱۰) در خصوص تاثیر قابل توجه برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه بر کیفیت زندگی، مشارکت اجتماعی و وضعیت سلامتی سالمندان؛ و ژو و همکاران(۲۶) در راستای تاثیر چشمگیر پلتفرم مدیریت توانبخشی مبتنی بر جامعه بر سلامت سالمندان همخوانی دارد. برای تبیین اثربخشی بسته خدمات توانبخشی محله‌محور بر سلامت جسمانی و روانی افراد سالمند می‌توان گفت پیری جمعیت به سرعت در برابر افزایش طول عمر و کاهش نرخ باروری افزایش یافته است(۱۰). باید محیط‌های اجتماعی با بهبود خدمات درمانی، تضمین مراقبت‌های پزشکی در دسترس و سازماندهی فعالیت‌های فرهنگی و تفریحی توسعه یابند تا مشارکت اجتماعی سالمندان افزایش پیدا کند. علاوه بر این، باید ساختارهای موجود برای گسترش فضاهای سبز، افزودن امکانات قابل دسترس و افزایش فضاهای مناسب بازسازی شود تا محیط زندگی بهتری برای سالمندان فراهم گردد و سلامت روانی آن‌ها بهتر شود(۹). از طرفی، در سال‌های اخیر، تلاش‌های زیادی در راستای مفهوم بهزیستی و تاثیر آن در سلامتی انجام شده است(۱۵). در همین راستا، خدمات توانبخشی محله‌محور به عنوان یک رویکرد مهم و گسترده برای حمایت از سالمندان در حوزه‌های ارائه خدمات بهداشتی و سلامتی و همچنین به عنوان یک راه موثر برای بهبود مشکلات روانشناختی و حرکتی استفاده می‌شود(۱۰). بنابراین، اجرای برنامه توانبخشی محله‌محور برای سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و باعث بهبود سلامت جسمانی و روانی آن‌ها می‌شود (۲۰). به‌طور کلی، افزایش پیشرونده جمعیت سالمندان در بسیاری از کشورهای سبب توجه بیشتر به مشکلات و چالش‌های این گروه سنی شده است. از طرفی، تضمین کیفیت زندگی مردم به دلیل پیر شدن جمعیت، به‌طور فزاینده‌ای چالش برانگیز می‌باشد(۱۸). از

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-08-09]
[DOI: 10.66224/jhrd.4.2.80]

جمله برنامه‌هایی که در دهه‌های اخیر برای کاهش چالش‌های سالمندان و توانمندسازی آن‌ها استفاده می‌شود، برنامه‌های توانبخشی محله‌محور است(۲۳). زیرا سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسایل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی محسوب می‌شود. بنابراین، توانمندسازی، عزت نفس و خودکارآمدی در سالمندان امر بسیار مهمی است که باید مورد توجه قرار می‌گیرد(۲۶). از طرفی، توانایی‌های عملکردی و ذاتی افراد مسن با افزایش سن به تدریج کمتر می‌شود و استفاده مطلوب از خدمات جامع توانبخشی محله‌محور برای حفظ سلامت جسمی و روانی آن‌ها ضرورت دارد(۲۲). پس باید بر نیاز به سیاست‌های یکپارچه سلامت و مدل‌های مراقبت چندرشته‌ای تأکید کرد تا اطمینان حاصل شود که امید به زندگی طولانی‌تر با وضعیت سلامتی بهتر برای افراد مسن همراه است(۳۲). به همین دلیل، اجرای بسته خدمات توانبخشی محله‌محور که شامل مشارکت اجتماعی و اوقات فراغت، خدمات توانبخشی و حمایتی، توجه به زیرساخت‌های شهری و مناسب‌سازی محیط، حقوق و تغییر نگرش جامعه نسبت به سالمندان، و فرهنگ‌سازی و قدردانی می‌شد. در بخش مشارکت اجتماعی و اوقات فراغت به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و خیریه‌ای، تعامل بین‌نسلی و فعالیت‌های فراغتی، بررسی فرصت‌های شغلی مناسب، و برنامه‌های فرهنگی و تفریحی می‌شد به‌طور نسبی توانست سلامت جسمانی و روانی آن‌ها را بهبود بخشد. بخش خدمات توانبخشی و حمایتی نیز به دسترس‌پذیری خدمات توانبخشی و پزشکی، خدمات پرستاری و مراقبتی در منزل، حمایت‌های مالی و خدمات بیمه‌ای، نقش سازمان‌های حمایتی، و کارایی مراکز خدمات توانبخشی و اجتماعی مربوط می‌شد. در ضمن به به زیرساخت‌های شهری و مناسب‌سازی محیط توجه و درباره آن بحث وگفتگو شد. در بخش حقوق و تغییر نگرش جامعه نسبت به سالمندان به آموزش حقوق سالمندان و وظایف جامعه، تغییر نگرش نسبت به سالمندان و ازدواج آن‌ها پرداخته شد. فرهنگ‌سازی و قدردانی نیز شامل مسائل فرهنگی سالمندی و بخشش، و رسانه‌ها و آگاهی درباره سالمندی سالم می‌شد. بنابراین، بسته خدمات توانبخشی محله‌محور سبب بهبود سلامت جسمانی و روانی سالمندان شد.در پژوهش حاضر محدودیت‌هایی وجود داشت. این پژوهش بر روی یک حجم نمونه محدود از سالمندان انجام شده است که ممکن است نتایج را تحت تأثیر قرار دهد و تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به جوامع دیگر محدود کند. نمونه پژوهش ممکن است شامل افرادی با پیشینه‌های فرهنگی و اجتماعی مشابه باشد که می‌تواند به محدودیت در درک تأثیر فرهنگی بر کیفیت زندگی و سلامتی منجر شود. فرصتی هم برای پیگیری تاثیر بلندمدت بسته آموزشی فراهم نشد. این موضوع باعث می‌شود تاثیر پایداری مداخله در طول زمان مورد ارزیابی قرار نگیرد. داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه و خودگزارش‌دهی سالمندان جمع‌آوری شده‌اند که می‌تواند دقت نتایج را با توجه به دیدگاه‌های شخصی تحت تأثیر قرار دهد. متغیرهای جانبی مانند تأثیر محیطی، شرایط اقتصادی و اجتماعی خانواده، و تجربیات قبلی سالمندان ممکن است در این پژوهش کنترل نشده باشند، که می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد و لازم است که در تفسیر یافته‌ها به این موارد توجه شود. در همین راستا، پیشنهادهای پژوهشی شامل افزایش حجم نمونه با توجه به جنسیت و بازه‌های سنی مختلف، انتخاب نمونه و اختصاص آنها به گروه‌های آزمایش و کنترل به روش تصادفی، در نظر گرفتن فرصتی برای پیگیری تاثیر بلندمدت بسته آموزشی در طول زمان، توجه به متغیرهای جانبی مانند تأثیر محیطی، شرایط اقتصادی و اجتماعی خانواده، و تجربیات قبلی سالمندان می‌شود. علاوه بر این، پیشنهاد می‌گردد از بسته توانبخشی محله‌محور در مرکز توانبخشی، فرهنگسراها و سایر اماکن عمومی و در محله‌های مختلف برای سالمندان استفاده شود.

نتیجه گیری

یافته ها حاکی از تاثیر مثبت برنامه توانبخشی محله‌محور بر سلامت جسمانی و روانی افراد سالمند بود. به‌طور کلی، در بسته خدمات توانبخشی محله‌محور به فرهنگ‌سازی، آموزش و توانمندسازی سالمندان در محیط دوستدار سالمندان پرداخته شد و این موارد سبب بهبود سلامت جسمی و روانی شرکت‌کنندگان شد. بسته خدمات توانبخشی محله‌محور یکی از برنامه‌های اصلی ارائه خدمات به سالمندان است که متخصصان مختلفی مانند روانشناس، پزشک، مددکار و تیم توانبخشی در کنار سایر متخصصان به افراد سالمند خدمات می‌دهند تا کیفیت زندگی بهتری را در این دوران خاص تجربه

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-08-09]
[DOI: 10.66224/jhrd.4.2.80]

کنند و از سلامت جسمانی و روانی بالاتری برخوردار شوند. در مجموع، در بسته آموزشی خدمات توانبخشی محله‌محور که شامل برنامه‌های متنوع در حوزه‌های سلامت، فرهنگی، هنری، ورزشی، تفریحی و فراغتی می‌شد توانست سلامت جسمی و روانی سالمندان را بهبود بخشد.

تشکرقدردانی

بدین وسیله از همکاران محترم اداره کل بهزیستی استان اصفهان، مراکز آموزشی و توانبخشی کلبه نور و رنگین‌کمان سپید و شرکت‌کنندگان در پژوهش سپاسگزاری می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌کنند که در پژوهش حاضر هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

دردسترس بودن داده ها و مطالب

دسترسی به داده‌ها و مطالب در صورت ارائه درخواست موجه، از طریق نویسنده مسئول امکان‌پذیر است..

تضاد منافع

در پژوهش حاضر هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

رضایت انتشار:

کاربرد ندارد

تاییدیه اخلاق ورضایت برای شرکت

مقاله حاضر با شناسه اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه اصفهان به شماره REC.1404.005. IR.UI انجام است. در این پژوهش از تمامی شرکت‌کنندگان خواسته شد تا رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کنند. به آنها درباره ماهیت داوطلبانه مشارکت در مطالعه، حق خودداری از پاسخ‌دهی و محرمانگی پاسخ‌هایشان اطلاع داده شد. همچنین این مطالعه مطابق با اصول اخلاقی مندرج در بیانیه هلسینکی انجام شد.

افشای مالی

مقاله حاضر با حمایت مالی اداره کل بهزیستی استان اصفهان در قالب طرح پژوهشی با شناسه اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه اصفهان به شماره REC.1404.005. IR.UI انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

محمد عاشوری: طرح اولیه، اجرا، تحلیل آماری و نگارش اولیه و تدوین نهایی مقاله؛ مهرشید دانادل: طرح اولیه، اجرای پژوهش، همکاری در تحلیل آماری؛ پژمان پورشبانان: راهنمایی پژوهش، هماهنگی و همکاری در طرح، نظارت بر اجرای پژوهش. همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را بررسی و تأیید کردند

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-08-09]

[DOI: 10.66224/jhrd.4.2.80]

References

1. WHO. World report on ageing and health. World Health Organization. Geneva, Switzerland; 2017. https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042
2. World Health Organization. Ageing and health. Geneva, Switzerland; 2024. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
3. Jin K, Simpkins JW, Ji X, Leis M, Stambler I. (2014). The critical need to promote research of aging and aging-related diseases to improve health and longevity of the elderly population. Aging and Disease. 2014; 6(1): 1-5. https://doi.org/10.14336/AD.2014.1210
4. Parvaneh E, Azizi K, Karimi P. The effectiveness of hope-therapy on the enhancement of happiness in elderly. Aging Psychology. 2015; 1(1): 41-47.
5. Sayadi Sarini M, Hojatkhah SM, Rashidi A. The effectiveness of positive thinking skills on enhancement of psychological well-being and decreased of loneliness in elderly women. Aging Psychology. 2016; 2(1): 71-61.
6. Sadri Demichi E, Ramezani S. Effectiveness of existential therapy on loneliness and death anxiety in the elderly. Aging Psychology. 2016; 2(1): 1-12.
7. Cullen K. Child psychology. (2st Ed). Published in the UK by Icon Books Ltd, Omnibus Business Centre, and North Road, London; 2018.
8. Hallahan DP, Pullen PC, Kauffman JM. Exceptional learners: An introduction to special education (15th Ed.). Pearson Education, Inc; 2023.
9. Tang AL, Thomas SJ, Larkin T. Cortisol, oxytocin, and quality of life in major depressive disorder. Quality of Life Research. 2019; 28(11): 2919–2928.
10. Xu L, Yang K, Xiong T, Xue C, Xie X, Wang J, Wang L. Development of an evaluation list for older adult community-based rehabilitation needs through a Delphi method. Scientific Reports. 2024: 14; 24145.
11. Rivas-Campo Y, García-Garro PA, Aibar-Almazán A, Martínez-Amat A, Vega-Ávila GC, Afanador-Restrepo DF, León-Morillas F, Hita-Contreras F. The effects of high-intensity functional training on cognition in older adults with cognitive impairment: A systematic review. Healthcare (Basel, Switzerland). 2022; 10(4): 670.
12. Ran Z, Wei J, Yang G, Yang C. Prevalence of social isolation in the elderly: A systematic review and meta-analysis. Geriatric Nursing (New York, N.Y.). 2024; 58(1): 87–97.
13. Sapkota KP, Shrestha A, Ghimire S. Neighborhood environment and quality of life of older adults in eastern Nepal: findings from a cross-sectional study. BMC Geriatr. 2024; 24: 679.
14. Pillay J, Gaudet LA, Saba S, Vandermeer B, Ashiq AR, Wingert A, Hartling L. Falls prevention interventions for community-dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of benefits, harms, and patient values and preferences. Systematic Reviews. 2024; 13(1): 289.
15. Popescu IA, Reis Mourão P. Intertwining perspectives on happiness and well-being to explain the rise of creative cities. Applied Research Quality Life; 2025.
16. Bunn F, Goodman C, Russell B, Wilson P, Manthorpe J, Rait G, Hodkinson I, Durand MA. Supporting shared decision making for older people with multiple health and social care needs: a realist synthesis. BMC Geriatrics. 2018; 18(1): 165.
17. Nugraha B, Ruslina Defi I, Prima Yolanda R, Warliani M, Biben V, Jennie J, Mubarak H, Mayasari N, Gutenbrunner C. Describing community-based rehabilitation services in indonesia by using the international classification of service organization in rehabilitation.

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-08-09]

[DOI: 10.66224/jhrd.4.2.80]

Journal of Rehabilitation Medicine. 2021; 53(3): jrm00166.
18. Adhikari R, Shah R, Ghimire K, Khanal B, Baral S, Adhikari A, Malla DK, Khanal V. The quality of life and associated factors among older adults in central Nepal: A cross-sectional study using the WHOQOL-OLD tool. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2025; 22(5): 693.
19. Negrini S, Selb M, Kiekens C, Todhunter-Brown A, Arienti C, Stucki G, Meyer T. Rehabilitation definition for research purposes. A global stakeholders' initiative by cochrane rehabilitation. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2022; 58(3): 333–341.
20. 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.
21. Trani JF, Pitzer KA, Vasquez Escallon J, Bakhshi P. Access to services from persons with disabilities in Afghanistan: Is community based rehabilitation making a difference? International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022; 19(10): 6341.
22. Ćwirlej-Sozańska A, Sozański B, Wilmowska-Pietruszyńska A, Kizowska-Lepiejza B, Wiśniowska-Szurlej A. Development of the polish version of the ICF core set for the environment of older people. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022; 19(23): 16341.
23. Somtua N, Nuntaboot K. Community based rehabilitation for older adults post-stroke in Thailand: An ethnographic study. Belitung Nursing Journal. 2025; 11(2): 1-9.
24. Eissazadeh R, Neel Darar S, Najib F, Hejri R. The role of rehabilitation in improving the quality of life and mental health of the elderly. Fifth International Conference on Interdisciplinary Studies in Health Sciences, Psychology, Management and Educational Sciences; 2021.
25. Lotfalinezhad E, Abolfathi Momtaz Y, Nazaripanah NS, Honarvar MR, Arab Ameri F, Azimi MS. Effectiveness of integrated and comprehensive geriatric care program of ministry of health on physical and mental health of older adults in Golestan province. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2021; 16(3): 438-451.
26. Xue C, Xu L, Yang K, Wang J, Xie X, Zhou W, Liu Q, Deng R, Wang L. Evaluating the effectiveness and feasibility of a digital health intervention to community-based rehabilitation in older adults: A cluster randomized controlled trial study protocol. Digital Health. 2024; 10: 1–14.
27. Xin W, Xu D, Dou Z, Jacques A, Umbella J, Hill AM. Effectiveness of community-based rehabilitation (CBR) centres for improving physical fitness for community-dwelling older adults: A systematic review protocol. BMJ Open. 2022; 12(10): e062992.
28. Leclair L, Zawaly K, Korall A, Edwards J, Katz A, Sibley K. Exploring the delivery of community rehabilitation services for older people in an urban Canadian setting: Perspectives of service providers, managers and health system administrators. Health & Social Care in the Community. 2022; 30(5): 2245–2254.
29. Xie Y, Wu J, Li Y, Liu H, Peng Y, Zhou P, Sun Y, Kang L, Jiang C, Wu H. (2024). Requirements for and barriers to rehabilitation services for children with disabilities in middle and high-income countries: Scoping review. Interactive Journal of Medical Research. 2024; 13: e50047.
30. Brzeziński M. The value of old age in the teaching of pope francis. Religions. 2023; 14(12): 1463.
31. Zhang F, Li D, Chan A. Diverse contributions of multiple mediators to the impact of perceived neighborhood environment on the overall quality of life of community-dwelling seniors: A cross-

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-08-09]
[DOI: 10.66224/jhrd.4.2.80]

sectional study in Nanjing, China. Habitat International. 2020: 104; 102253.
32. Gianfredi V, Nucci D, Pennisi F, Maggi S, Veronese N, Soysal P. Aging, longevity, and healthy aging: the public health approach. Aging Clinical and Experimental Research. 2025; 37(1): 125.
33. Haywood K, Getchell N. Life span motor development. Human Kinetics. PO Box5076, Champaign, IL, 2021; 61825-5076.
34. Moslemi, B., & Chalabianloo, G. The effectiveness of transcranial direct current stimulation and multi-component cognitive stimulation programs on cognitive functions and quality of life in elderly. Journal of Psychological Studies. 2025; 20(4): 25-39.
35. Santos CJ, Paciência I, Ribeiro AI. Neighbourhood socioeconomic processes and dynamics and healthy ageing: A scoping review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022; 19(11): 6745.
36. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia MS. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Payesh. 2006; 5(1): 49-56.
37. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Medical Care. 1992; 30(6): 473-483.
38. Asghari Moghaddam M, Faghehi S. Validity of the SF-36 Health Survey Questionnaire in Two Iranian Samples. Clinical Psychology and Personality. 2003; 1(1): 1-10.
39. Bonner A, Pryor J, Crockett J, Pope RP, Beecham RA sustainable approach to community-based rehabilitation in rural and remote Australia. InProceedings of the 10th National Rural Health Conference. (pp. 1-10). National Rural Health Alliance; 2009. https://www.ruralhealth.org.au/10thNRHC/10thnrhc.ruralhealth.org.au/papers/docs/Bonner_Ann_E2.pdf

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-08-09]

[DOI: 10.66224/jhrd.4.2.80]