

Designing a Self-care Culture Model for the Elderly with a Combined Approach

Sara Sadat Sabzevari 

Ph.D Candidate of Management, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran

Saeid Emamgholizadeh *

Assistant Professor, Department of Management, Amol Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran

Mahmoudreza Mostaghimi 

Assistant Professor, Department of Management, Amol Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran

Hamid Hojjati 

Assistant Professor, Department of Nursing, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran

Abstract

The aim of the current research was to design a self-care culture model for the elderly, which was done in a combined way. This research is fundamental in terms of its purpose and descriptive correlation based on the method, which was analyzed using Excel software. The time frame of the research was between 2017 and 2022. In the first step, the components of the self-care culture of the elderly were identified based on an in-depth interview with 26 university experts using the grounded theory method. The output of this stage was 47 categories in the form of 6 components (self-care knowledge, self-efficacy of self-care, self-care skill, spiritual discipline of self-care, self-centeredness of self-care, and social norms of self-care). Then, in the second step, the identified components were leveled with the interpretive structural modeling method and clustered with MicMac analysis. The results showed that the components of self-care knowledge are at the third level, self-care skills and social norms of self-care are at the second

* Corresponding Author: Gholizadehsaeid@gmail.com

How to Cite: Sabzevari, S. S., Emamgholizadeh, S., Mostaghimi, M., Hojjati, H. (2023). Designing a Self-care Culture Model for the Elderly with a Combined Approach, *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, 15(58), 91-122. DOI: 10.22054/qccpc.2024.75378.3177





level, and self-care self-efficacy, self-care spiritual discipline, and self-centered self-care are at the first level, and self-care spiritual discipline and self-centered self-care are in Dependent cluster, self-care self-efficacy in the linked cluster and self-care knowledge in the independent cluster and self-care skill and social norms of self-care are placed in an autonomous cluster.

Keywords: Culture, Self-care, The elderly, MicMac.



طراحی الگوی فرهنگ خود مراقبتی سالمندان با

رویکرد ترکیبی

- دانشجوی دکتری مدیریت، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی،
علی آباد کتول، ایران  سارا سادات سبزواری
- استادیار گروه مدیریت، واحد شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران  * سعید امام قلی زاده
- استادیار گروه مدیریت، واحد آمل، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران  محمودرضا مستقیمی
- استادیار گروه پرستاری، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی،
علی آباد کتول، ایران  حمید حجتی

چکیده

هدف پژوهش حاضر طراحی الگوی فرهنگ خود مراقبتی سالمندان بود که به صورت ترکیبی انجام شد. تحقیق حاضر از لحاظ هدف، بنیادین و بر اساس روش، توصیفی-همبستگی می‌باشد که برای تحلیل آن از نرم‌افزار اکسل استفاده شد. قلمرو زمانی پژوهش، سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۱ بوده است. در گام اول مؤلفه‌های فرهنگ خودمراقبتی سالمندان بر اساس مصاحبه عمیق با ۲۸ نفر از خبرگان دانشگاهی به روش داده بنیاد، شناسایی شدند. خروجی این مرحله ۴۷ مقوله در قالب ۶ مؤلفه (دانش خود مراقبتی، خودکارآمدی خود مراقبتی، مهارت خود مراقبتی، انضباط معنوی خود مراقبتی، خودمحوری خود مراقبتی و هنجارهای اجتماعی خود مراقبتی) بود. سپس در گام دوم مؤلفه‌های شناسایی شده با روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری سطح‌بندی و با تحلیل میک‌مک خوشه‌بندی شدند. نتایج نشان دادند مؤلفه‌های دانش خود مراقبتی در سطح سوم، مهارت خود مراقبتی و هنجارهای اجتماعی خود مراقبتی در سطح دوم و خودکارآمدی خود مراقبتی، انضباط معنوی خود مراقبتی و خودمحوری خود مراقبتی در سطح اول قرار دارند و انضباط معنوی خود مراقبتی و خودمحوری خود مراقبتی در خوشه وابسته، خودکارآمدی خود مراقبتی در خوشه پیوندی و دانش خود مراقبتی در خوشه مستقل و مهارت خود مراقبتی و هنجارهای اجتماعی خود مراقبتی در خوشه خودمختار قرار گرفته‌اند.

کلیدواژه‌ها: فرهنگ، خودمراقبتی، سالمندان، میک‌مک.

* نویسنده مسئول: Gholizadehsaeid@gmail.com

مقدمه

امروزه افزایش جمعیت سالمندان به قدری قابل توجه است که از آن به عنوان انقلاب ساکت یاد شده است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ حدود ۱۷ درصد جمعیت جهان را افراد بالای ۶۵ سال و ۴ درصد را افراد ۸۰ سال و بالاتر تشکیل دهند (ژو، وانگ و دونگ^۱، ۲۰۲۳). از این رو پیر شدن جمعیت با افزایش شیوع بیماری‌های مزمن، افزایش مراقبت‌ها و رشد چشم‌گیر هزینه‌های بهداشتی درمانی، همراه است (لی، آئو، آونگ، بهمنی، ژو و لی^۲، ۲۰۲۳). خودمراقبتی، معمول‌ترین پاسخ رفتاری به بیماری و مهم‌ترین شکل مراقبت چه در کشورهای توسعه‌یافته و چه در کشورهای در حال توسعه می‌باشد (ژو و کائو^۳، ۲۰۲۳). خودمراقبتی را می‌توان توانایی‌های افراد، خانواده‌ها و جوامع به ارتقاء سلامت، پیشگیری از بیماری و حفظ سلامت و برای کنار آمدن با بیماری و ناتوانی با یا بدون حمایت یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی تعریف کرد (آکتر، بانو، حق چودهوری و رقیب الاسلام^۴، ۲۰۲۳).

بالا رفتن سن و افزایش سریع جمعیت در گروه‌های سالمند، از جمله پیامدهای کاهش نرخ باروری و افزایش امید به زندگی است. حرکت جهانی از بیماری‌های واگیردار به سمت بیماری‌های مزمن، مشکلی جهانی است که منجر به کاهش کیفیت زندگی و افزایش نیاز فراوان به خدماتی چون خدمات توان‌بخشی و خدمات مرتبط با ناتوانی افراد خواهد شد (وارنر، ایوانیشین، جانسون و اسکاروپا^۵، ۲۰۲۳). در این بین توجه اختصاصی به خدمات سلامت اولیه برای سالمندان بسیار اهمیت پیدا می‌کند. برای ارائه خدمات تخصصی به سالمندان لازم است، سیستم مراقبت‌های بهداشتی تغییرات مناسب در ساختار و روند ارائه خدمات به این بیماران ایجاد کند. همچنین ضروری است که سیستم خدمات سلامت سالمندان که در درجه اول مسئول مراقبت از بیمار است، دستخوش تغییر اساسی در مراقبت

1. Zhou. Z, Wang. L, & Dong. Y

2. Li. M, Ao. Y, Oeng. O, Bahmani. H, Zhou. Z, & Li. Q

3. Zhou. X, & Cao. K

4. Akter. N, Banu. B, Haque Chowdhury. S, & Rakibul Islam. K

5. Warner. R, Iwanyshyn. N, Johnson. D, & Skarupa. D

از این گروه آسیب پذیر شود (گراهام، همیک و ناپرت^۱، ۲۰۲۳). همچنین، با افزایش سن، اختلال عملکرد جسمانی بیشتر شده که این امر منجر به بروز مشکلاتی در سالمندان می شود. این مشکلات توانایی حفظ استقلال آن‌ها را کاهش داده و نیاز به کمک را افزایش می دهد. سازمان ملل توصیه می کند که فراهم کردن مراقبت برای سالمندان باید فراتر از امور درمانی بوده و رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها مدنظر قرار گیرد (اکل، دیلا، سخنی زاده ورشور و هرتوگ^۲، ۲۰۲۳).

این در حالی است که با نگاهی به آمار و ارقام، اهمیت این مسئله نمایان تر می شود؛ به طوری که سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۶ تعداد کل افراد سالمند جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار ذکر کرده است که این رقم تا سال ۲۰۲۵ به دو برابر خواهد رسید و در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر افزایش می یابد و این افزایش در کشورهای در حال توسعه بسیار شدیدتر خواهد بود (چنگ، لئو، یانگ، وانگ و لئو^۳، ۲۰۲۲). نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵ نشان می دهد که جمعیت بالای ۶۰ سال، ۴۸۷۱۵۱۸ نفر می باشد (چراغ پورخنکدار و شکری فومنتشی، ۱۴۰۱). لذا ایران نیز از این نظر مستثنی نیست و در صورت عدم برنامه ریزی و توجه به این مسئله، در آینده ای نه چندان دور، مشکلات ناشی از افزایش جمعیت سالمندان گریبان گیر کشور می شود (قربانی و دیگران، ۱۴۰۰: ۲۵۳). در ایران بیشتر توجهات بر درمان طبی بیماری متمرکز است لذا نهادهای فرهنگ خودمراقبتی جهت کاهش بار مالی و روانی بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است (صیادی، عابدینی، عابدینی و کمالزاده، ۱۴۰۲).

ضرورت بررسی خودمراقبتی زمانی ملموس تر می گردد که نتایج مطالعاتی در مکزیك نشان داد که خودمراقبتی، شایع ترین پاسخ رفتاری به بیماری است. مهم ترین عوامل خودمراقبتی شامل شرایط اجتماعی، اقتصادی و محل سکونت است که به ویژه در میان جمعیت فقیرتر و مناطق روستایی اهمیت بیشتری می یابد. این موضوع نشان می دهد که

-
1. Graham. C, Himick. D, & Nappert. P
 2. Ekkel. M, Depla. M, Sakhizadah, Z., Verschuur, L., & Hertogh. C
 3. Cheng.T, Liu.C, Yang.H, Wang.N, & Liu.Y

خودمراقبتی جزء لاینفک تمام سطوح مراقبت‌های بهداشتی اولیه و تخصصی بوده و بنابراین اندکی تسهیل در روند اجرای آن می‌تواند وضعیت بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی کل جمعیت را بهبود بخشد (لی چن، هوان فنگ، لون کائو، وون لو و هوی لو^۱، ۲۰۲۲). در این راستا، مهم‌ترین دستاورد تقویت رویکرد خودمراقبتی این است که مردم تصمیمات درستی درباره استفاده صحیح از مراقبت‌های بهداشتی گرفته و رفتارهای خودمراقبتی را به‌طور مناسب انتخاب و اجرا می‌کنند. خودمراقبتی به‌وضوح موجب افزایش کارایی و مهارت‌های فردی مردم می‌شود و نباید به‌عنوان بخشی از مداخلات بهداشتی که هیچ‌کس تمایلی به انجام آن ندارد یا دولت نمی‌تواند متخصصین کافی برای تحقق آن تربیت کند، مطرح شود. از طرفی، فراگیری فعالیت‌های خودمراقبتی می‌تواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را با بیماری افزایش دهد، توان مراقبت از خود را در افراد بیشتر کند و میزان ناتوانی و از کارافتادگی بیماران و هزینه‌های درمانی را کاهش دهد (وانگ، کی، لی و دونگ^۲، ۲۰۲۳).

از این رو این پژوهش در تلاش است تا با شناسایی معیارهای فرهنگ خودمراقبتی سالمندان، آن را توسعه دهد؛ بنابراین هدف این پژوهش طراحی الگوی فرهنگ خودمراقبتی سالمندان با رویکرد ساختاری تفسیری است.

خودمراقبتی عملی است که در آن، هر فردی از دانش، مهارت و توان خود به‌عنوان یک منبع استفاده می‌کند تا به‌طور مستقل از سلامت خود مراقبت کند. منظور از به‌طور مستقل، تصمیم‌گیری درباره خود و با اتکا به خود است. البته این تصمیم‌گیری می‌تواند شامل مشورت و کسب کمک تخصصی یا غیرتخصصی از دیگران (چه متخصص، چه غیرمتخصص) نیز باشد (فوکونیشی و کوبایاشی^۳، ۲۰۲۳: ۵)؛ بنابراین، خودمراقبتی به‌منزله یکی از رفتارهای ارتقادهنده سلامتی است. اگرچه رویکرد خودمراقبتی به نظریه پرستاری و مراقبت از خود در بیماری‌های مزمن برمی‌گردد، دیدگاهی که بیماران را ترغیب به اتخاذ

1. Li Chen.T, Hsuan Feng.Y, Lun Kao.S., Wun Lu.J, & Hui Loh.C

2. Wang.M, Qi.X, Li.Z, Li.J, & Dong.S.

3. Fukunishi.H, & Kobayashi.Y

راهبردها و رفتارهای مراقبت بیشتر از خود برای اجتناب از تشدید بیماری و پایداری سلامت می‌کند (ابویی مهریزی، موسوی و باقری، ۱۳۹۹). این موضوع با توجه به پدیده جهانی سالخوردگی جمعیت، مراقبت از جمعیت سالمند برای حفظ کیفیت زندگی آنها، یک مأموریت مهم برای سیستم بهداشتی جامعه به شمار می‌آید (شریفی فردشاد، بهرامی هیدجی، سوداگر، حسنی ابهریان و ملیحی الذاکرینی، ۱۴۰۰). اگرچه خودمراقبتی، فعالیتی است که مردم برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود انجام می‌دهند؛ ولی گاهی این مراقبت به فرزندان، خانواده، دوستان و همشهریان آنها نیز گسترش می‌یابد. به هر حال، در تعریف خود مراقبتی ۵ ویژگی زیر مستتر است:

- رفتاری است داوطلبانه؛
- فعالیتی است آموخته‌شده؛
- حق و مسئولیتی است همگانی برای حفظ سلامت خود، خانواده و نزدیکان؛
- بخشی است از مراقبت‌های نوزادان، کودکان، نوجوانان و سالمندان؛
- بزرگ‌سالانی که قادر به خود مراقبتی نیستند، نیازمند دریافت مراقبت‌های بهداشتی از ارائه‌دهندگان خدمات اجتماعی یا بهداشتی خواهند بود (آندراده و کاستا نوس^۱، ۲۰۲۲).

با توجه به مدل ارتقای سلامت فرد محور، به هنگام مواجهه با یک مشکل بهداشتی و برای حفظ و ارتقای سلامت، پنج منبع اصلی در اختیار اشخاص است که شامل: خود شخص، دیگر افراد عادی، متخصصین، اطلاعات موجود و محیط می‌باشند. مراقبت از خود به معنای عملی است که در آن شخص از خود به عنوان یک منبع استفاده و به طور مستقل از دیگران از سلامت خودش مراقبت می‌کند. در اینجا منظور از استقلال عمل، تصمیم‌گیری برای خویش با اتکای به خود شخص می‌باشد، اما شامل مشورت و کسب کمک تخصصی یا غیر تخصصی از دیگران (چه افراد غیرمتخصص و چه متخصصین) نیز می‌شود (شیخ، سلیم، کویسی و بیزری^۲، ۲۰۲۳). عمل خودمراقبتی هرچند یک استراتژی کلی در روند درمان

1. Andrade.C, & Costa Neves.P

2. Sheikh.W, Sleem.B, Kobeissy.F, & Bizri.M

افراد است اما برای مصادیق اجرایی آن باید متناسب با هر بیمار و شرایط فردی او می‌بایست شخصی‌سازی‌های ویژه‌ای برای او صورت گیرد و برای همه یکسان نیست لذا نقش آموزش‌های عمومی حوزه سلامت در این زمینه اهمیت فراوانی دارد (داس، آدیکاری، لاغری و میترا^۱، ۲۰۲۳). در یک تقسیم‌بندی کلی، خودمراقبتی به سه دسته جسمی، عاطفی و اجتماعی تقسیم می‌شود.

۱. خود مراقبتی جسمی: اساسی‌ترین روش خود مراقبتی، حفظ زندگی سالم و استفاده از مواد غذایی طبیعی و ارگانیک است. تغذیه نقش مهمی در برنامه خود مراقبتی دارد. در این رابطه بایستی سالمندان از تغذیه و موادی که استفاده می‌کنند همگی سالم و طبیعی باشد. در این صورت آنان می‌توانند از بیماری مختلفی جلوگیری کنند.

۲. خود مراقبتی روحی و عاطفی: خود مراقبتی روحی و عاطفی شامل موارد مختلفی از قبیل اعتماد به نفس، احساس رضایت، احساس خوشبختی می‌شود. اگر سالمندان به جنبه روانی خود توجه کافی نداشته باشند، ممکن است با بیماری‌های مختلفی مواجه شوند. یکی از اصلی‌ترین بیماری‌هایی که در زمان سالمندی بیش‌تر سالمندان با آن مواجه هستند، افسردگی است. در واقع، سالمندان به علت کاهش فعالیت و تحرک، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش حمایت‌های اجتماعی و ضعف جسمانی، بیشتر احساساتی مانند تنهایی، افسردگی و موضوعاتی جدی با ابعاد وجودی را تجربه می‌کنند (باباخانی و آزمی، ۱۴۰۲).

۳. خود مراقبتی اجتماعی: این نوع خود مراقبتی مربوط به محیط اجتماعی است که سالمند در آن زندگی می‌کند. اجتماعی که سالمند در آن زندگی می‌کند شامل افراد و محیط زندگی است. در این حالت باید سعی شود محیط اطراف سالمند طوری طراحی گردد تا از امواج منفی دور باشد. همچنین سالمندان بایستی از معاشرت با افرادی که دچار منفی‌بافی هستند، جلوگیری کنند. در این رابطه می‌توان محل زندگی سالمند را به فضای جذاب‌تری تبدیل کرد (مک نابنی، فیتزجرالد، پدولا، پیفر، نش و کینوسیان^۲، ۲۰۲۲).

1. Das.S, Adhikary.A, Laghari.A,& Mitra.S

1. Mc Nabney.M, Fitzgerald.P, Pedulla.J, Phifer. M, Nash.M., & Kinonian.B

سالاروند و هاشم‌زاده و دلشاد نوقابی (۲۰۲۳) بیان داشتند عقاید و ایده‌های سنتی، جمع‌گرایی، روابط خانوادگی و خویشاوندی، سرنوشت‌سازی، هنجارهای فرهنگی و تفکر هنجاری نقش مهمی در پیروی از دارو و استفاده از داروهای مکمل جایگزین از عوامل فرهنگی و هنجاری در رابطه با خودمراقبتی می‌باشد. کوئواس گارسیا، ژیل کاراواکا و کاریلو د آلبرنوز^۱ (۲۰۲۳) بیان داشتند در دسترس بودن، دانش مراقبتی، متعادل کردن نیازهای ایمنی و توانمندسازی، ارتباط با متخصصین از عوامل مرتبط با خودمراقبتی است. کاتز، پراگر گلر و ساروسی^۲ (۲۰۲۳) بیان داشتند حمایت اجتماعی، دانش خودمراقبتی، اعتماد به نفس، ویژگی‌های بیمارستان، ویژگی‌های اجتماعی و بالینی پیش‌بینی کننده رفتارهای خودمراقبتی بیماران محسوب می‌شود. لئو، ژو و وانگ^۳ (۲۰۲۳) بیان داشتند شکل‌گیری عادت بر تغییر رفتار، فرهنگ مراقبتی، تاب‌آوری در مواجهه با وقایع استرس‌زا در زندگی، دشواری در انجام خودمراقبتی با شرایط مزمن متعدد، خودمراقبتی در افراد دارای بیماری روانی شدید، شرکای مراقبت، خانواده، حامیان همسالان، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی از عوامل مرتبط با خودمراقبتی می‌باشد. فوکونیشی و کوبایاشی (۲۰۲۳) نشان دادند سخت‌گیر بودن، حرف در مقابل نقش، مدیریت احساسات مراقبت، دلسوز بودن، توانایی در انجام این کار، مراقبت دلسوزانه، بهزیستی، مدیریت احساسات از شاخص‌های خودمراقبتی است. لی^۴ (۲۰۲۲) نشان داد پیش‌بینی کننده‌های مهم خودمراقبتی شامل جنسیت، نژاد، گرایش جنسی، وضعیت اشتغال، وضعیت بهداشتی و وضعیت مالی فعلی می‌باشد. خراشادی زاده، شریفیان، نبوی و گریوانی (۱۴۰۲) نشان دادند انزوای اجتماعی در ارتباط با متغیرهای جنسیت مرد، تعداد فرزندان بیشتر، تحصیلات بیشتر، بیکاری و بازنشستگی و داشتن مسکن، کاهش معنی‌دار آماری داشت ولی با متغیرهای سن و تأهل ارتباط معنی‌دار آماری نداشت در نتیجه، سیستم‌های بهداشتی درمانی باید به سالمندان، به‌ویژه خانم‌هایی با تعداد فرزند کم، خانه‌دار، بی‌سواد و

2- Cuevas Garcia.J, Gil Caravaca.V, & Carrillo de Albornoz.E

3- Katz.Y, Prager-Geller.T, & Sarusi.M

4- Liu.B, Zhou.L, & Wang.Y

5- Li.Y

کم سواد و مستأجر توجه بیشتری کنند. دهون، فاضل؛ بلور، مرادی؛ روحی، مهسا و قانعی قشلاق، رضا. (۱۴۰۱) نشان دادند بین میانگین نمره خودمراقبتی با سواد سلامت همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. به طوری که با افزایش سواد سلامت به طور مستقیم نمره خودمراقبتی آن‌ها افزایش پیدا می‌کرد. همچنین، با توجه به ارتباط بین سواد سلامت و خودمراقبتی، اجرای مداخلات آموزشی در جهت ارتقای سواد سلامت بیماران مبتلا به فشارخون بالا ضروری به نظر می‌رسد. مصلحی، نعیمی و واحدی (۱۴۰۰) نشان دادند مواردی همچون ادراک تنهایی، پوچ‌انگاری سالمندی، نگرش‌های غیرواقعی‌بینانه، سرگردانی در زندگی و غوطه‌وری در هیجان‌ها از مهم‌ترین پیامدهای گرایش و تشدید حضور و فعالیت سالمندان در فضای مجازی است. یافته‌های پژوهش بیانگر شیوع طیفی از ناراحتی‌های روان‌شناختی در سالمندان می‌باشد که ضرورت توجه به این بُعد و همچنین طراحی برنامه‌های آموزشی و درمانی را جهت کاهش این ناراحتی‌ها آشکار ساخت. زنده طلب، ونکی و معمایان (۱۴۰۰). نشان دادند عدم رضایت سالمندان و خانواده‌ها به رضایت‌مندی آنان، مقررات محوری به مراقبت سازمان‌دهی شده، عدم آگاهی از سالمندی سالم، به شناخت سالمند سالم و ارزیابی نیازهای او، عدم آموزش به سالمندان سالم به برنامه منظم آموزشی بر اساس نیازهای سالمند، عدم توانمندی پرسنل به توانایی و مهارت پرسنل در کار با سالمند سالم، عدم ارتباط با خانواده‌ها به مشارکت خانواده در مراقبت از سالمند سالم، تغییر پیدا کرد.

در خصوص فرهنگ خودمراقبتی، نتایج تحقیقات گذشته بیان‌گر این است که عوامل مختلفی در این زمینه وجود دارند اما تاکنون تحقیقی با رویکرد ساختاری تفسیری در این زمینه انجام نشده است.

روش‌شناسی

تحقیق حاضر از لحاظ هدف، بنیادین و بر اساس روش، توصیفی - همبستگی می‌باشد که از نرم‌افزار اکسل برای تحلیل استفاده شده است. تیم تصمیم را ۲۸ نفر از خبرگان دانشگاهی که دارای ویژگی‌هایی نظیر تجربه، تناسب رشته تحصیلی، مدرک تحصیلی، تدریس در

دانشگاه، سابقه پژوهشی و تألیفی در این زمینه بودند، تشکیل داده که به روش هدفمند و گلوله برفی انتخاب شدند (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک خبرگان (مصاحبه‌شوندگان)

شاخص	نوع	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۱۲	۴۲٫۸
	زن	۱۶	۵۱٫۲
تحصیلات	ارشد	۴	۱۴٫۳
	دکتری	۲۴	۸۵٫۷
حوزه تخصص	روانشناسی	۵	۱۷٫۸
	مدیریت	۸	۳۲
	مدیریت پرستاری	۵	۱۷٫۸
	مدیریت سلامت	۶	۱۷٫۲
	بهداشت	۴	۱۴٫۲
سال‌های فعالیت (تجربه)	بین ۱۵ تا ۲۰ سال	۸	۲۸٫۵
	از ۲۱ تا ۲۵	۱۲	۴۳
	بیش از ۲۶ سال	۸	۲۸٫۵

این پژوهش در دو گام انجام شده است. در گام اول، از طریق مصاحبه عمیق با خبرگان به روش داده بنیاد، مؤلفه‌های فرهنگ خودمراقبتی سالمندان شناسایی شدند (جدول ۵). در گام دوم، به منظور دستیابی به الگوی فرهنگ خود مراقبتی سالمندان از روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری استفاده شده است. روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری، یک فرآیند یادگیری تعاملی است که در آن مجموعه‌ای از عناصر مختلف و به هم مرتبط در یک مدل نظام‌مند جامع، ساختاردهی می‌شوند (چاکرابورتی، الامین و بالداسی^۱، ۲۰۲۳). این روش به ایجاد و جهت دادن به روابط پیچیده میان عناصر یک الگو کمک می‌کند و با بهره‌گیری از

1. Chakraborty.A, Al Amin.D, & Baldacci.R

اصول ریاضی و بر پایه نظر متخصصان، امکان شناسایی و تبیین روابط پیچیده بین عناصر الگو را فراهم می‌آورد (جوشی، اومردکار و داس، ۲۰۲۲).
مراحل انجام این تحقیق به صورت ذیل می‌باشد:

گام ۱. شناسایی مؤلفه‌های فرهنگ خودمراقبتی سالمندان

از طریق برگزاری جلسات مصاحبه عمیق با خبرگان به روش داده بنیاد پس از انجام سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی، مؤلفه‌های فرهنگ خودمراقبتی سالمندان شناسایی می‌شوند.

گام ۲. طراحی الگوی فرهنگ خودمراقبتی سالمندان

مرحله اول: تشکیل ماتریس خود تعاملی ساختاری

در این مرحله متغیرهای مسئله به صورت زوجی باهم مقایسه می‌شوند و با استفاده از نمادهای A, O, X, V روابط بین متغیرها تعیین می‌شود؛ و ماتریس خود تعاملی ساختاری به دست می‌آید (جدول ۵).

مرحله دوم: ماتریس دستیابی

در این مرحله، ماتریس خود تعاملی ساختاری به یک ماتریس دودویی تبدیل می‌شود. از این طریق، ماتریس دسترسی اولیه به دست می‌آید. از طریق تبدیل نمادهای V, X, O, A به صفر و یک برای هر متغیر ماتریس خود تعاملی ساختاری به یک ماتریس دودویی تبدیل شده که به اصطلاح ماتریس دسترسی اولیه خوانده می‌شود (جدول ۵). پس از تشکیل ماتریس دسترسی اولیه با دخیل نمودن انتقال‌پذیری در روابط متغیرها، ماتریس دسترسی نهایی تشکیل می‌شود (جدول ۶).

مرحله سوم: تعیین روابط و سطح بندی بین ابعاد

برای تعیین روابط و سطح بندی ابعاد باید مجموعه خروجی ها و مجموعه ورودی ها برای هر بعد از ماتریس دریافتی استخراج شود. مجموعه خروجی ها شامل خود بعد و ابعادی است که از آن تأثیر می پذیرد. مجموعه ورودی ها شامل خود بعد و ابعادی است که بر آن تأثیر می گذارند.

گام ۳. ترسیم مدل و شبکه تعاملات ابعاد

پس از تعیین روابط و سطح متغیرها می توان آن ها را به شکل مدلی ترسیم کرد. به همین منظور ابتدا متغیرها بر حسب سطح آن ها از بالا به پایین تنظیم می شوند و با استفاده از سطح بندی انجام شده نموداری با عنوان الگوی فرهنگ خود مراقبتی سالمندان ترسیم می شود (شکل ۱).

در ادامه تحلیل MICMAC انجام می شود که هدف از آن، تجزیه و تحلیل قدرت نفوذ و وابستگی متغیرها است (جدول ۸). همان طور که در شکل ۲ مشاهده می شود ابعاد به چهار خوشه تقسیم شده اند. خوشه اول شامل معیارهایی است که دارای میزان نفوذ و وابستگی ضعیف هستند. متغیرهای وابسته در خوشه دوم قرار می گیرند که میزان نفوذ ضعیف اما میزان وابستگی بالایی دارند. این ابعاد به طور عمده نتیجه الگو هستند و بدین معنی است که تغییر در سایر عناصر تشکیل دهنده الگو سبب تغییر در این متغیرها می گردد. خوشه سوم معیارهای پیوندی قرار دارند که میزان نفوذ و وابستگی قوی دارند. خوشه چهارم شامل معیارهای مستقل است که میزان نفوذ بالایی به همراه میزان وابستگی پایینی دارند (آدگوریولا، لای و ابیدویه^۱، ۲۰۲۳).

یافته ها

بر اساس مصاحبه عمیق به روش داده بنیاد با خبرگان عواملی که در جدول ۲ آورده شده اند، به عنوان مؤلفه های فرهنگ خود مراقبتی سالمندان شناسایی شدند. در ادامه به

1. Adegoriola.M, Lai.J, & Abidoye.R

تدوین الگوی فرهنگ خودمراقبتی سالمندان با استفاده از مدل‌سازی ساختاری تفسیری پرداخته می‌شود.

جدول ۲. مؤلفه‌های فرهنگ خودمراقبتی سالمندان بر اساس مصاحبه عمیق با خبرگان

مؤلفه	مقوله
دانش خود مراقبتی	سواد بهداشتی
	سواد سلامتی
	آگاهی بهداشتی
	فرهنگ رژیم غذایی
	دوره‌های آموزشی
	بالا رفتن سطح آگاهی خودمراقبتی
	سطح آگاهی بالینی
	بهره‌مندی از منابع سلامت
خودکارآمدی خود مراقبتی	کنترل درک شده
	تدابیر اندیشی قبل از رخداد حادثه
	بهبود خودانگاره
	استقلال انجام امور
	تجربیات گذشته
مهارت خود مراقبتی	خودآگاهی
	مهارت‌های مقابله
	برقراری ارتباطات بین فردی
	حفظ تعادل خانواده
	تشکیل شبکه همکاری با متخصصان سلامت
	مهارت‌های ارتباطی
	تعامل بین پزشک و سالمند
انضباط معنوی خود مراقبتی	اعتماد به نفس

مؤلفه	مقوله
	میل و رغبت به زندگی
	عشق و محبت ورزیدن
	احساس رضایت از زندگی
	معنا دادن به زندگی
	نگرش مثبت به زندگی
	اعتقادات معنوی
	شور و شوق زندگی
	محیط آرام و بی سروصدا
	دعا و ارتباط با خدا
	مشارکت در آئین‌های مذهبی
خودمحوری خود مراقبتی	تغذیه و مصرف غذای سالم
	اتخاذ سبک سالم زندگی
	استفاده درست از داروها
	خواب و استراحت کافی
	مصرف صحیح داروها
	فعالیت‌ها و تمرینات ورزشی
هنجارهای اجتماعی خود مراقبتی	پشتیبانی روانی از خانواده
	تجربه دیگران
	پذیرش اجتماعی مثبت
	انطباق با تغییرات
	حفظ دوستی و ارتباط با دوستان
	مشارکت در رویدادهای اجتماعی
	گذراندن وقت با دوستان با کیفیت بیشتر
	ارتباط عاطفی با دیگران
	حفظ روابط درون خانواده
مسئولیت نسبت به خانواده	

در ادامه خبرگان با استفاده از جدول ۵ به تعیین روابط بین متغیرها پرداخته و ماتریس خودتعاملی ساختاری در قالب جدول ۷ به دست آمد.

جدول ۳. علائم مورد استفاده در طراحی مدل ساختاری - تفسیری

O	X	A	V
عدم وجود رابطه	رابطه دوسویه	متغیر Z بر A تأثیر دارد	متغیر A بر Z تأثیر دارد

جدول ۴. ماتریس خودتعاملی ساختاری

۶	۵	۴	۳	۲	۱	مؤلفه‌ها	ردیف
O	V	O	V	V	۱	دانش خود مراقبتی	۱
A	X	X	A	۱		خودکارآمدی خود مراقبتی	۲
O	X	O	۱			مهارت خود مراقبتی	۳
X	O	۱				انضباط معنوی خود مراقبتی	۴
O	۱					خودمحوری خود مراقبتی	۵
۱						هنجارهای اجتماعی خود مراقبتی	۶

بر اساس جدول ۷ در صورتی که ورودی (Z، I) (محل تلاقی سطر A و ستون Z) در ماتریس خودتعاملی ساختاری V باشد، در ورودی (Z، I) در ماتریس اولیه یک و در ورودی (I، Z) صفر قرار داده می‌شود، در صورتی که ورودی (Z، I) در ماتریس خودتعاملی ساختاری A باشد، در ورودی (Z، I) در ماتریس اولیه صفر و در ورودی (I، Z) یک قرار داده می‌شود، در صورتی که ورودی (Z، I) در ماتریس خودتعاملی ساختاری X باشد در ورودی (Z، I) در ماتریس اولیه یک و در ورودی (I، Z) یک قرار داده می‌شود و در صورتی که ورودی (Z، I) در ماتریس خودتعاملی ساختاری O باشد در ورودی (Z، I) در ماتریس اولیه صفر و در ورودی (I، Z) صفر قرار داده می‌شود (جدول ۵).

جدول ۵. ماتریس دسترسی اولیه

ردیف	مؤلفه‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱	دانش خود مراقبتی	۱	۱	۱	۰	۱	۰
۲	خودکارآمدی خود مراقبتی	۰	۱	۰	۱	۱	۰
۳	مهارت خود مراقبتی	۰	۱	۱	۰	۱	۰
۴	انضباط معنوی خود مراقبتی	۰	۱	۰	۱	۰	۱
۵	خودمحوری خود مراقبتی	۰	۱	۱	۰	۱	۰
۶	هنجارهای اجتماعی خود مراقبتی	۰	۱	۰	۱	۰	۱

در جدول ۵ برای اطمینان باید روابط ثانویه کنترل و انتقال پذیری انجام شود. انتقال پذیری به معنای آن است که اگر متغیر A بر B و B بر C تأثیر داشته باشد، در این صورت باید A نیز بر C تأثیرگذار باشد.

جدول ۶. ماتریس دسترسی نهایی

ردیف	مؤلفه‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱	دانش خود مراقبتی	۱	۱	۱	۱	۱	۰
۲	خودکارآمدی خود مراقبتی	۰	۱	۱	۱	۱	۱
۳	مهارت خود مراقبتی	۰	۱	۱	۱	۱	۰
۴	انضباط معنوی خود مراقبتی	۰	۱	۰	۱	۱	۱
۵	خودمحوری خود مراقبتی	۰	۱	۱	۱	۱	۰
۶	هنجارهای اجتماعی خود مراقبتی	۰	۱	۰	۱	۱	۱

در جدول ۶ پس از تعیین مجموعه‌های ورودی و خروجی، اشتراک این مجموعه‌ها برای هر یک از ابعاد تعیین می‌شود. ابعادی که مجموعه خروجی و اشتراک آن‌ها کاملاً مشابه باشند، در بالاترین سطح قرار می‌گیرند. به منظور یافتن اجزای تشکیل دهنده سطح بعدی سیستم، اجزای بالاترین سطح آن در محاسبات ریاضی جدول حذف می‌شود و عملیات مربوط به تعیین اجزای سطح بعدی مانند روش تعیین

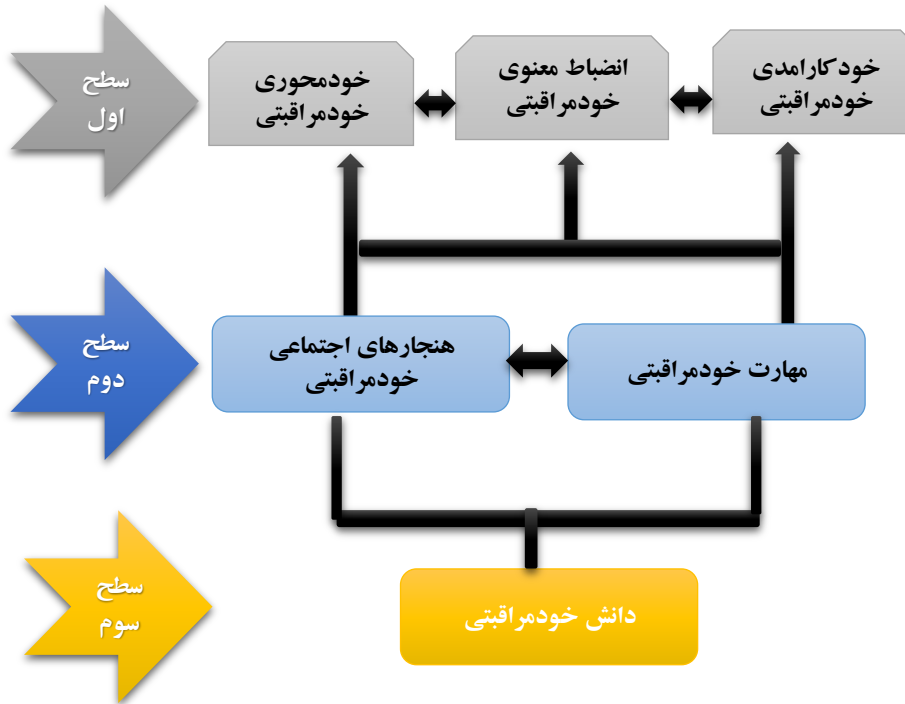
اجزای بالاترین سطح انجام می‌گردد. این عملیات تا آنجا تکرار می‌شود که اجزای تشکیل‌دهنده کلیه سطوح سیستم مشخص شوند.

جدول ۷. تعیین روابط و سطوح مؤلفه‌های الگوی فرهنگ خودمراقبتی سالمندان

سطح	اشتراک	ستون‌ها مجموعه ورودی (اثرپذیری)	سطرها مجموعه خروجی (اثرگذاری)	مؤلفه‌ها
۳	۱	۱	۱	۱
۱	۶-۵-۴-۳-۲	۶-۵-۴-۳-۲-۱	۶-۵-۴-۳-۲	۲
۲	۳	۳-۱	۳	۳
۱	۶-۵-۴-۲	۶-۵-۴-۳-۲-۱	۶-۵-۴-۲	۴
۱	۵-۴-۳-۲	۶-۵-۴-۳-۲-۱	۵-۴-۳-۲	۵
۲	۶	۶	۶	۶

بر اساس سطح‌بندی انجام‌شده در جدول ۷، الگوی فرهنگ خودمراقبتی سالمندان ترسیم شد. با توجه به الگوی ارائه‌شده در شکل ۱ هرچه متغیر در سطوح پایین‌تر قرار داشته باشد، از تأثیرگذاری بیشتر و تأثیرپذیری کمتری برخوردار است، لذا می‌توان گفت زیربنای الگوی فرهنگ خودمراقبتی سالمندان در درجه اول دانش خودمراقبتی و در درجه دوم مهارت خودمراقبتی و هنجارهای اجتماعی خودمراقبتی و در درجه سوم خودکارآمدی خودمراقبتی، انضباط معنوی خودمراقبتی و خودمحوری خودمراقبتی هستند.

شکل ۱. الگوی فرهنگ خود مراقبتی سالمندان



در ادامه میزان قدرت نفوذ و وابستگی مؤلفه‌های الگوی ارائه شده در شکل ۱ به دست می‌آید. بدین صورت که در جدول ۸، مجموع اعداد سطرها نشان دهنده قدرت نفوذ و مجموع اعداد ستون‌ها نشان دهنده قدرت وابستگی ابعاد می‌باشند (جدول ۸).

جدول ۸. قدرت نفوذ - وابستگی مؤلفه‌ها

مؤلفه‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
قدرت نفوذ	۵	۵	۴	۴	۴	۴
قدرت وابستگی	۱	۶	۴	۶	۶	۳

بر اساس شکل ۲، انضباط معنوی خود مراقبتی و خودمحوری خود مراقبتی در خوشه وابسته، خودکارآمدی خود مراقبتی در خوشه پیوندی و دانش خود مراقبتی در خوشه

مستقل و مهارت خود مراقبتی و هنجارهای اجتماعی خود مراقبتی در خوشه خودمختار قرار گرفته‌اند. لذا می‌توان گفت دانش خود مراقبتی تأثیرگذاری بیشتری در الگوی فرهنگ خودمراقبتی سالمندان دارد.

شکل ۲. ماتریس قدرت نفوذ- وابستگی

قدرت نفوذ	۶		مستقل				پیوندی	
	۵	۱					۲	
	۴			۶	۳		۵-۴	
	۳							
	۲		خودمختار				وابسته	
	۱							
			۱	۲	۳	۴	۵	۶
			قدرت وابستگی					

بحث و نتیجه‌گیری

اساساً یک فرد سالمند به کسی اطلاق می‌گردد که بر اساس مقطع سنی بالای ۶۵ سال باشد. هرچند که بر اساس مطالعات جدید، مبنای این سن بسته به شرایط فرهنگ هر کشور متفاوت است اما عموماً افراد ۶۵ ساله، سالمند به حساب می‌آیند. البته بایستی اذعان داشت از نظر متخصصان، سن تقویمی شاخص نادرستی برای برآورد عملکرد انسان است، زیرا افراد از نظر زیستی به شکل‌های مختلفی پیر می‌شوند. برخی سالخوردگان شکننده و ضعیف هستند و برخی دیگر علی‌رغم سنشان بدن سالمی داشته و جوان‌تر از سن شناسنامه‌ای خود به نظر می‌رسند. سالمندان توانمند از نظر جسمی، ذهنی و روابط اجتماعی، شرایط مطلوبی دارند، مستقل هستند و بیشتر امور شخصی خود را بدون کمک انجام می‌دهند، با دوستانشان تعامل دارند، در جامعه مشارکت می‌کنند و از درآمد نسبی خوبی برخوردارند. سالمندان نیازمند به آن دسته از افرادی

گفته می‌شود که دارای مشکلات حسی - حرکتی یا بیماری‌های اعصاب و روان هستند، نیاز به مراقبت دارند، به صورت مستقل نمی‌توانند کارهای خودشان را انجام دهند یا برای انجام آن نیاز به کمک دیگران دارند.

نکته مهم آنجاست که اساساً با بالا رفتن سن در بسیاری از موارد مشکلاتی مانند ضعف قوای جسمانی، تنهایی، از کار افتادگی، معلولیت، بیماری و احتمالاً بدسرپرستی، فقر و تنگدستی را به همراه دارد و بروز این گونه مسائل برای سالمندان بسته به این است که فرد کهن سال در چه جامعه و با چه فرهنگی زندگی می‌کند. عموماً در جامعه توسعه یافته فرد در خانه‌های سالمندان و جدا از خانواده به سر می‌برد و در جوامع عمدتاً در حال توسعه فرد سالمند، در اکثر مواقع در کنار خانواده به حیات خود ادامه می‌دهد. این دو نگاه از نظر کمی و کیفی تفاوت‌های بسیاری دارد. چگونگی پاسخ به این مسائل به امکانات موجود در جامعه برمی‌گردد. بدیهی است با تغییرات حاصل از تحولات اجتماعی و تغییر بنیادی نهادهای اجتماعی مانند نهاد خانواده از شکل سنتی به جدید و در جوامعی مانند ایران باید انتظار داشت که در آینده شاهد مشکلات خاصی از جمله در حوزه سالمندان باشیم.

موضوع مهم دیگر، فرهنگ رسیدگی و مراقبت از سالمندان رها شده است. این گروه از سالمندان به خاطر آن که امکان محافظت از خود در مورد تغذیه، آزار، خشونت و مشکلات اجتماعی را ندارند به مراتب به میزان بیشتری در معرض انواع مخاطرات اجتماعی و خانوادگی قرار می‌گیرند. از نظر آسیب‌شناسی، دلایل متعددی برای رهاشدگی سالمندان در جامعه وجود دارد که از جمله می‌توان به فقر و مشکلات مالی، فقدان خانواده و سرپرست مؤثر، ابتلا به بیماری‌های مزمن یا سخت، اختلالات روانی، ازهم گسیختگی خانوادگی و فقدان مسئولیت‌پذیری اطرافیان در نگهداری، افزایش هزینه‌های تأمین مسکن، فقدان پشتوانه مالی، ناسازگاری و... اشاره کرد. با وجود این به نظر می‌رسد که چند عامل در سطح کلان نیز می‌تواند مولد شرایط موجود بوده یا این روند را تشدید کند.

این چالش، ضرورتی با عنوان تغییر جایگاه سالمندان را به ویژه در میان مسئولین می‌طلبد. بر این اساس، نظام‌های تأمین اجتماعی در کشورهای در حال توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه یافته تعداد افراد کمی را تحت پوشش خدمات قرار می‌دهند. هرچند که در ایران نیز طی دهه اخیر اقداماتی برای حمایت از سالمندان صورت پذیرفته اما به نظر می‌رسد که هنوز تا رسیدن به میزان قابل پذیرش پوشش سالمندان در حوزه تأمین اجتماعی فاصله بسیاری وجود دارد و ضروری است که چتر حمایت دولتی در این حوزه با همکاری سایر بخش‌های اجتماعی و خصوصی برای همه قشرها گسترش یابد. عامل دوم تغییر نگاه به جایگاه سالمندان در جامعه، به مسائل فرهنگی مرتبط می‌باشد. روند روبه‌رشد فردگرایی در دنیا منجر به بروز خانواده‌های هسته‌ای، کاهش تعلقات و پیوندهای خانوادگی، افزایش نقش رسانه‌ها و تضعیف جایگاه نهاد خانواده شده است. در حالی که در گذشته سالمندان از جایگاه بالایی در جامعه و خانواده برخوردار بودند و همواره سرمایه‌های قیمتی به حساب می‌آمدند، تحولاتی که در نهاد خانواده و هنجارهای اجتماعی و فرهنگی به وجود آمده منجر به اختلال در جایگاه سالمندی و در نتیجه بی‌توجهی به آنان شده است. این تغییرات در نهایت جایگاه سالمندان را از رأس هرم ارزشی خانواده تغییر داده و موجب بی‌توجهی و در نهایت رهاشدگی آنان در خیابان شده است. باید توجه نمود که سالمندان از نظر روانی به مراتب آسیب‌پذیرتر از گروه‌های سنی دیگر و دارای نیازهای خاصی هستند. بر همین اساس ضروری است که توجه ویژه‌ای به نیازهای زیستی و روان‌شناختی آنان صورت بگیرد. عامل سوم، به کاهش انسجام اجتماعی و تعلقات اجتماعی برمی‌گردد. بسیاری از جوامع در گذشته نسبت به سالمندان احساس تعلق کرده و به دلیل انسجام اجتماعی آنان را محور و مورد توجه قرار می‌دادند اما در حال حاضر این روند تغییر پیدا کرده و سالمندان به دلیل ضعف علقه‌های اجتماعی و فرهنگی به حاشیه رانده شده‌اند؛ در حالی که آنان از مهم‌ترین سرمایه‌های فرهنگی جوامع محسوب می‌شوند و نقششان در حفظ انسجام اجتماعی و خانوادگی بی‌بدیل است. در مقابل به نظر می‌رسد که

تضعیف جایگاه سالمندان در جامعه منجر به تضعیف هنجارهای ارزشی و فرهنگی شده و علاوه بر تبعات اقتصادی و اجتماعی، به افزایش سالمندان رهاشده در جامعه می‌انجامد.

با توجه به عوامل مذکور، به نظر می‌رسد جامعه ایران نیازمند بازاندیشی در ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی در راستای تکریم سالمندان و تقویت نقش، جایگاه و پایگاه آنان در خانواده و جامعه است. تجربه بسیاری از کشورهای توسعه یافته در ارائه خدمات به سالمندان، حکایت از تقویت نقش و جایگاه خانواده و جوامع محلی برای مراقبت اجتماعی از آنان دارد. در ایران نیز ضروری است که سازمان‌ها و نهادهای فرهنگی و اجتماعی نسبت به تقویت بازپیوند سالمندان با جامعه و افزایش نقش آنان در جامعه اقدامات لازم و مقتضی را به انجام برسانند. چنین روندی می‌تواند بسیار مؤثر بوده و از وقوع مشکلات بعدی جلوگیری کند.

یکی از حوزه‌های مهم در بحث بهبود شرایط سالمندان تقویت بنیان خانواده است. مرور برنامه‌های جهانی در حوزه مراقبت از سالمندان، گواه این موضوع است که به دلیل هزینه‌های انسانی، روانی و عاطفی زیادی که تأسیس مراکز نگهداری سالمندان برای جامعه به همراه می‌آورد، تقویت بنیان خانواده به منظور ارتقاء مراقبت از سالمندان همراه با نظارت دولت و ارائه امکانات به خانواده‌ها در بسیاری از کشورهای جهان به عنوان یکی از مهم‌ترین استراتژی‌ها در نظر گرفته شده است. چنین رویه‌ای ضمن تقویت مسئولیت‌پذیری جمعی، مانع از انزوا و بروز مشکلات متعدد برای سالمندان می‌شود. یکی دیگر از راهبردهای مؤثر، اجرای برنامه‌های اجتماع‌محور و مبتنی بر محله است. بنیان اصلی این برنامه‌ها بر تقویت انسجام محلی، ارتقای مسئولیت‌پذیری جمعی، نظارت بیشتر بر وضعیت سالمند و مشارکت دادن مردم بومی و محلی در فرآیند مراقبت از سالمندان استوار است و امکان شناسایی سالمندان نیازمند را فراهم می‌کند، در نتیجه می‌توان خدمات را به موقع و در زمان کوتاه در اختیار سالمندان قرار داد. مددکاران اجتماعی به دلیل ارتباط نزدیکی که با سالمندان و مردم محلی دارند با

برقراری ارتباط با سالمندان، خانواده‌ها و منابع حمایت اجتماعی در کاهش آسیب و بهبود وضعیت رفاهی سالمندان نقش پررنگی ایفا می‌کنند. یکی دیگر از مؤلفه‌های مهم در ارائه خدمات به سالمندان، استفاده از تکنولوژی و بهره‌گیری از فن‌آوری‌های جدید است. به‌عنوان مثال در حوزه خدمات سلامت می‌توان از برنامه‌های سلامت مجازی و ارتقای سطح سواد رسانه‌ای سالمندان به‌منظور پیشگیری از وقوع مشکلات جسمی و روانی آن‌ها استفاده کرد.

هدف از انجام این پژوهش طراحی الگوی فرهنگ خود مراقبتی سالمندان با رویکرد ساختاری تفسیری بود. پدیده سالمندی در سال‌های آینده افزایش پیدا می‌کند و روزبه‌روز جمعیت سالمند در کشور بیشتر از دیگر رده‌های سنی مشاهده خواهد شد، قشری که مراقبت‌های ویژه خود را می‌طلبند با توجه به کهولت سن ابتلای آن‌ها به انواع عارضه‌ها و اختلال‌های حرکتی قابل پیش‌بینی خواهد بود. از این رو باید آموزش خودمراقبتی را در میان این قشر افزایش داد تا بتوانند از عهده بسیاری از کارهای خود برآیند. نتایج روش داده‌بنیاد در این تحقیق نشان داد که فرهنگ خود مراقبتی سالمندان در قالب شش مؤلفه (انضباط معنوی خود مراقبتی، مهارت خود مراقبتی، خودمحوری خود مراقبتی، هنجارهای اجتماعی خود مراقبتی، خودکارآمدی خود مراقبتی و دانش خود مراقبتی) دسته‌بندی شدند. در خصوص عامل انضباط معنوی خودمراقبتی تعداد ۱۱ شاخص بر اساس مصاحبه شناسایی و دسته‌بندی شد. بر این اساس شاخص‌های اعتماد به نفس، میل و رغبت به زندگی، عشق و محبت ورزیدن، احساس رضایت از زندگی، معنا دادن به زندگی، نگرش مثبت به زندگی، اعتقادات معنوی، شور و شوق زندگی، محیط آرام و مشارکت در آئین‌های مذهبی به ترتیب دارای بالاترین اولویت است. این یافته با نتایج خراشادی زاده، شریفیان، نبوی و گریوانی (۱۴۰۲) و فوکونیشی و کوبایاشی (۲۰۲۳) همخوانی دارد. در خصوص عامل مهارت خود مراقبتی تعداد ۷ شاخص بر اساس مصاحبه شناسایی و دسته‌بندی شد. بر این اساس شاخص‌های مهارت‌های ارتباطی، تعامل بین پزشک و سالمند، تشکیل شبکه

همکاری با متخصصان سلامت، مهارت های مقابله، حفظ تعادل خانواده، خود آگاهی و برقراری ارتباطات بین فردی به ترتیب دارای بالاترین اولویت است. این یافته با نتایج دهن، مرادی، روحی و قانعی قشلاق (۱۴۰۱) همخوانی دارد. در خصوص عامل خودمحموری خود مراقبتی تعداد ۶ شاخص بر اساس مصاحبه شناسایی و دسته بندی شد. بر این اساس شاخص های تغذیه و مصرف غذای سالم، اتخاذ سبک سالم زندگی، استفاده درست از داروها، خواب و استراحت کافی، مصرف صحیح داروها و فعالیت ها و تمرینات ورزشی به ترتیب دارای بالاترین اولویت است. این یافته با نتایج مصلحی، نعیمی و واحدی (۱۴۰۰) و زنده طلب، ونکی و معمایان (۱۴۰۰) همخوانی دارد. در خصوص عامل هنجارهای اجتماعی خود مراقبتی تعداد ۱۰ شاخص بر اساس مصاحبه شناسایی و دسته بندی شد. بر این اساس شاخص های پشتیبانی روانی از خانواده، تجربه دیگران، پذیرش اجتماعی مثبت، انطباق با تغییرات، حفظ دوستی و ارتباط با دوستان، مشارکت در رویدادهای اجتماعی، گذراندن وقت با دوستان با کیفیت بیشتر، ارتباط عاطفی با دیگران، حفظ روابط درون خانواده و مسئولیت نسبت به خانواده به ترتیب دارای بالاترین اولویت است. این یافته با نتایج اوسوکیو و ریگل (۲۰۱۹) همخوانی دارد. در خصوص عامل خودکارآمدی خود مراقبتی تعداد ۵ شاخص بر اساس مصاحبه شناسایی و دسته بندی شد. بر این اساس شاخص های تجربیات گذشته، تدبیراندیشی قبل از رخداد حادثه، استقلال انجام امور، بهبود خودانگاره و کنترل درک شده به ترتیب دارای بالاترین اولویت است. این یافته با نتایج سالاروند و هاشم زاده و دلشاد نوقایی (۲۰۲۳) همخوانی دارد. در خصوص عامل دانش خود مراقبتی تعداد ۸ شاخص بر اساس مصاحبه شناسایی و دسته بندی شد. بر این اساس شاخص های سواد سلامتی، آگاهی بهداشتی، بهره مندی از منابع سلامت، بالا رفتن سطح آگاهی خود مراقبتی، سطح آگاهی بالینی، سواد بهداشتی، فرهنگ رژیم غذایی و دوره های آموزشی به ترتیب دارای بالاترین اولویت است. این یافته با نتایج کوئواس، گارسیا،

ژیل کاراواکا و کاریلو د آلبرنوز (۲۰۲۳) و کاتز، پراگر گلر و ساروسی (۲۰۲۳) همخوانی دارد.

همچنین نتایج مدل‌سازی ساختاری تفسیری نشان دادند الگوی فرهنگ خودمراقبتی سالمندان دارای سه سطح می‌باشد و مؤلفه‌هایی که در سطوح پایین‌تر قرار دارند از تأثیرگذاری بیشتر و تأثیرپذیری کمتری برخوردار هستند؛ بنابراین می‌توان گفت دانش خود مراقبتی زیربنای توسعه فرهنگ خودمراقبتی سالمندان هستند. نتایج تحلیل میک میک نیز نشان دادند انضباط معنوی خود مراقبتی و خودمحوری خود مراقبتی در خوشه وابسته قرار دارند، یعنی به‌طور عمده نتیجه الگوی فرهنگ خودمراقبتی سالمندان می‌باشند و تغییر در سایر مؤلفه‌ها تشکیل‌دهنده الگو سبب تغییر در این مؤلفه‌ها می‌گردد. همچنین خودکارآمدی خود مراقبتی در خوشه پیوندی قرار دارد، یعنی این مؤلفه غیرایستا است و هر نوع تغییر در آن می‌تواند الگو را تحت تأثیر قرار دهد. دانش خود مراقبتی نیز در خوشه مستقل قرار دارد و روی سایر مؤلفه‌ها تأثیرگذار است.

با توجه به نتایج به دست آمده از تحقیق، نویسندگان ابتدا این پیشنهاد را مطرح می‌نمایند که به منظور افزایش فرهنگ خودمراقبتی سالمندان باید محدودیت‌ها و قابلیت‌های آن‌ها شناسایی شده و موردپذیرش قرار گیرد. همچنین، مطالب خودمراقبتی به سالمندان و خانواده‌های آنان از طریق برگزاری کارگاه‌ها و جلسات آموزشی یا استفاده از ظرفیت سایر ارگان‌های مرتبط به خصوص صداوسیما آموزش داده شود و در نهایت بایستی اذعان داشت از آنجایی که خودمراقبتی مستلزم وجود آگاهی و عملکرد مناسب در کنترل نیازهاست؛ بنابراین اگر سالمندان بیاموزند که چگونه باید خود را با زندگی سالمندی تطبیق دهند، می‌توانند عوامل کاهش‌دهنده کیفیت زندگی خود را به نحو مطلوب‌تری تعدیل کنند. پس لازم است اعضای تیم سلامت توجه ویژه‌ای به ارتقای سطح آگاهی و بهبود عملکرد سالمندان در امر خودمراقبتی داشته باشند.

در خصوص محدودیت‌های پژوهش نویسندگان بایستی اذعان داشت که در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده گردید، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیرواقعی داده باشند. همچنین، تعداد زیاد پرسش‌های پرسشنامه‌ها به طولانی شدن زمان اجرای آن انجامید که بر مقدار دقت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بی‌تأثیر نبوده است. از طرفی، این پژوهش در بازه زمانی خاصی صورت پذیرفته است (سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۱) که این موضوع نیز از دیگر محدودیت‌ها می‌باشد.

تعارض منافع

تعارض منافع ندارم.

ORCID

Sara Sadat Sabzevari



<https://orcid.org/0009-0007-7904-6456>

Saeid Emamgholizadeh



<https://orcid.org/0000-0003-0452-7144>

Mahmoudreza



<https://orcid.org/0000-0003-1188-1600>

Mostaghimi

Hamid Hojjati



<https://orcid.org/0000-0002-3350-7356>

منابع

- ابویی مهریزی، مطهره؛ موسوی، سیده فاطمه و باقری، فریبرز. (۱۳۹۹). مقایسه خودمراقبتی ذهن آگاه، سبک‌های دل‌بستگی و راهبردهای حفظ رابطه در متأهلین با و بدون تعارض زناشویی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۱(۴۱)، ۱۸۱-۲۱۰.
- باباخانی، فاطمه و آزرمی، هاله. (۱۴۰۲). اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر اضطراب وجودی و کیفیت زندگی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۹(۲)، ۱۸۰-۱۶۷.
- خراشادی زاده، فاطمه؛ شریفیان، الهام؛ نبوی، حمید و گریوانی، طیبه. (۱۴۰۲). بررسی انزوای اجتماعی در سالمندان و عوامل مرتبط. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۵(۱)، ۲۷-۳۳.
- دهون، فاضل؛ مرادی، بلور؛ روحی، مهسا و قانع‌قشلاق، رضا. (۱۴۰۱). ارتباط سواد سلامت با توانایی خود مراقبتی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا. *مدیریت سلامت*، ۲۵(۴)، ۱۴۴-۱۵۸.
- زنده طلب، حمیدرضا؛ ونکی، زهره و معمایان، ربابه. (۱۴۰۰). ارتقای کیفیت مراقبت سالمندی سالم، تحقیق عملکردی مشارکتی. *سالمند: مجله سالمندی ایران*. ۱۶(۴)، ۵۱۸-۵۲۹.
- شریفی فردشاد، مونا؛ بهرامی هیدجی، مریم؛ سوداگر، شیدا؛ حسنی ابهریان، پیمان و ملیحی الذاکرینی، سعید. (۱۴۰۰). مدل علی پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس فعالیت روزمره زندگی و سرمایه اجتماعی در سالمندان: نقش میانجی خودمراقبتی. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۳)، ۳۱۵-۳۰۱.
- قربانی، مریم؛ صالح آبادی، رها؛ مهدوی فر، ندا و راد، مصطفی. (۱۴۰۰). عوامل مرتبط با نگرش پرستاران به مراقبت از سالمندان بیمار: نقش پیشگویی‌کنندگی نوع دوستی، هوش اخلاقی، رضایت از زندگی و سلامت عمومی. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۶(۲)، ۲۴۸-۲۵۹.
- مصلحی، محدثه؛ نعیمی، ابراهیم و واحدی، مهدی. (۱۴۰۰). واکاوی فرآیند سلامت روان در سالمندان کاربر فضای مجازی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۲(۴۷)، ۹۷-۱۲۲.

References

- Abooie Mehrizi, M., Mousavi, S. F., & Bagheri, F. (2020). The comparison of Mindful self-care, Attachment Styles and Relationship Maintenance Strategies in Married People with & without Marital Conflict. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 11(41), 181-210. [In Persian]
- Adegoriola, M., Lai, J., & Abidoye, R. (2023). Critical success factors of heritage building maintenance management: An ISM-MICMAC analysis. *Journal of Building Engineering*, (75), 228-241.
- Akter, N., Banu, B., Haque Chowdhury, S., & Rakibul Islam, K. (2023). Astute exploration of collective mental health events among the residents of elderly care homes. *Journal of Heliyon*, 9(7), 425- 441.
- Andrade, C., & Costa Neves, P. (2022). Emotional exhaustion in female health support workers in elderly care facilities. *Journal of Women's Studies International Forum*, (93), 921-939.
- Babakhani, F., & Azarmi, H. (2023). The Effectiveness of Existential Group Therapy on Existential Anxiety and the Quality of Life of the Elderly. *Aging Psychology*, 9(2), 180-167. [In Persian]
- Chakraborty, A., Al Amin, D., & Baldacci, R. (2023). Analysis of internal factors of green supply chain management: An interpretive structural modeling approach. *Cleaner Logistics and Supply Chain*, (7), 454-469.
- Cheng, T., Liu, C., Yang, H., Wang, N., & Liu, Y. (2022). From service capacity to spatial equity: Exploring a multi-stage decision-making approach for optimizing elderly-care facility distribution in the city centre of Tianjin, China. *Journal of Sustainable Cities and Society*, (85), 301-319.
- Cheraghpour Khonakdar, R., & Shokri Foumeshi, E. (2022). The Effectiveness of spiritual therapy on the mental health, self-care and self-esteem of the elderly living in nursing homes. *Journal of New Advances in Psychology*, (46), 44-54.
- Cuevas Garcia, J., Gil Caravaca, V., & Carrillo de Albornoz, E. (2023). Attitudes and beliefs towards advance directives and end-of-life care preferences among elderly population in a community health centre. Actitudes y opiniones sobre el documento de instrucciones previas y preferencias sobre los cuidados Del final de la vida en población mayor de UN centro de salud. *Medicina Clinica*, 160(5), 544- 557.
- Das, S., Adhikary, A., Laghari, A., & Mitra, S. (2023). Eldo-care: EEG with Kinect sensor based telehealthcare for the disabled and the elderly. *Journal of Neuroscience Informatics*, 3(2), 577-592.
- Dehvan, F., Moradi, B., Rouhi, M., & Ghanei Gheshlagh, R. (2023). The relationship between health literacy and self-care ability in patients

- with hypertension. *Journal of Health Administration*, 25(4), 144-158. [In Persian]
- Ekkel, M., Depla, M., Sakhizadah, Z., Verschuur, L., & Hertogh, C. (2023). Advance Care Planning in Huntington Disease: The Elderly Care Physician's Perspective. *Journal of the American Medical Directors Association*, 34(2), 970-989.
- Fukunishi, H., & Kobayashi, Y. (2023). Care-needs level prediction for elderly long-term care using insurance claims data. *Journal of Informatics in Medicine Unlocked*, 26(2), 1-15.
- Ghorbani, M., Salehabadi, R., Mahdavi, N., & Rad, M. (2021). Factors Related to Nurses' Attitudes toward the Elderly Care: The Predictive Roles of Altruism, Moral Intelligence, Life Satisfaction and General Health. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 16 (2), 248-259. [In Persian]
- Graham, C., Himick, D., & Nappert, P. (2023). The dissipation of corporate accountability: Deaths of the elderly in for-profit care homes during the coronavirus pandemic. *Journal Critical Perspectives on Accounting*, 26(2), 243-261.
- Joshi, M., Umredkar, S., & Das, S. (2022). Application of interpretive structural modeling in user interface design. *Journal of Materialstoday Proceedings*, 72(3), 698-705.
- Katz, Y., Prager-Geller, T., & Sarusi, M. (2023). Is malnutrition as defined by the glim criteria a prognostic factor in the COVID-19 frail elderly hospitalized in a post-acute care facility? *Journal of Clinical Nutrition ESPEN*, (54), 1-16.
- Khorashadizade, F., Sharifian, E., Nabavi, H., & Gerivani, T. (2023). Investigation of Social Isolation in the Elderly and its Related Factors. *North Khorasan University of Medical Sciences*, 15 (1), 27-33. [In Persian]
- Li, M., Ao, Y., Oeng, P., Bahmani, H., Zhou, Z., & Li, Q. (2023). Resource allocation of rural institutional elderly care in China's new era: spatial-temporal differences and adaptation development. *Journal of Public Health*, (223), 7-14.
- Li, Y. (2022). Social care for disabled elderly women in urban China: The roles of the community. *Journal of Social Science & Medicine*, (314), 401- 419.
- Li Chen, T., Hsuan Feng, Y., Lun Kao, S., Wun Lu, J., & Hui Loh, C. (2022). Impact of integrated health care on elderly population: A systematic review of Taiwan's experience. *Journal of Archives of Gerontology and Geriatrics*, (102), 8-24.

- Liu, B., Zhou, L., & Wang, Y. (2023). Preventive health behaviors among the middle-aged and elderly in China: Does social capital matter? *Preventive Medicine Reports*, (35), 787- 803.
- Mc Nabney, M., Fitzgerald, P., Pedulla, J., Phifer, M., Nash, M., & Kinosian, B. (2022). The Program of All-Inclusive Care for the Elderly: An Update after 25 Years of Permanent Provider Status. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(12), 1893-1899.
- Moslehi, M., Naeimi, E., & vahedi, M. (2021). Analysis of Mental Health in Cyberspace Elderly Users. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 12(47), 97-122. [In Persian]
- Salarvand, S., Hashemzadeh, A., & Delshad Noghabi, A. (2023). The sense of dignity of care and the perceived social support for hospitalized elderly patients. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, (18), 21-36. [In Persian]
- Sanchiz, M., Chevalier, A., & Amadiou, F. (2017). How do older and young adults start searching for information? Impact of age, domain knowledge and problem complexity on the different steps of information searching. *Computers in Human Behavior*, 6(72), 67-78.
- Sayadi, A., Abedini, S., Abedini, S., & Kamalzadeh, H. (2023). Self-care and Health Literacy in Iranian Elderly: A Review. *Journal of Modern Medical Information Science*, 9(1), 80-89. (In Persian)
- Sharifi Fardshad, M., Bahrami Hidaji, M., Sodagar, S., Hassani Abharian, P., & Malihialzackerini, S. (2021). Causal Model of the Anticipation of Quality of Life Based on Activity of Daily Living and Social Capital in the Elderly: The Mediating Role of Self-Care. *Aging Psychology*, 7(3), 315-301. [In Persian]
- Sheikh, W., Sleem, B., Kobeissy, F., & Bizri, M. (2023). Biomarkers of delirium and relation to dementia among the elderly in the intensive care unit: A narrative review. *Journal of Biomarkers in Neuropsychiatry*, (8), 62-74.
- Wang, M., Qi, X., Li, Z., Li, J., & Dong, S. (2023). Evaluation of the suitability of elderly care in prefecture-level cities in China based on GIS. *Journal of Heliyon*, 9(6), 1039-1052.
- Warner, R., Iwanyshyn, N., Johnson, D., & Skarupa, D. (2023). Optimization of Care for the Elderly Surgical Emergency Patient. *Journal of Surgical Clinics of North America*, 38(1), 662- 681.
- Zendehtalab H, Vanaki Z, Memarian R. Improving the Quality of Healthy Aging Care: Participatory Action Research. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 16(4), 518-529. [In Persian]

- Zhou, Z., Wang, L., & Dong, Y. (2023). Research on innovative design of community mutual aid elderly care service platform based on Kano model. *Journal of Heliyon*, 9(5), 481-499.
- Zhou, X., Cao, K. (2023). Spatial multi-objective optimization of institutional elderly-care facilities: A case study in Shanghai. *International Journal of Applied Earth Observation and Geoinformation*, (122), 193- 212.

استناد به این مقاله: سبزواری، سارا سادات، امام قلی زاده، سعید، مستقیمی، محمودرضا، حجتی، حمید. (۱۴۰۳). طراحی الگوی فرهنگ خود مراقبتی سالمندان با رویکرد ترکیبی، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۵(۵۸)، ۹۱-۱۲۲. DOI: 10.22054/qccpc.2024.75378.3177



Counseling Culture and Psychotherapy is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.