Volume 22, Issue 1 (January- February 2023)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Acceptability of middle-aged self-care program of the Iranian Ministry of Health

Afsoon Aeenparast[1*], Farzaneh Maftoon[2], Motahareh Allameh[3], Alieh Farahani[3], Kazem Mohammad[4], Faranak Farzadi[1], Fatemeh Riazi[1]

1. Health Services Management Group, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Iran
2. Population Health Group, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Iran
3. Department of Middle -aged Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
4. Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 30 August 2022
Accepted for publication: 8 January 2023
[EPub a head of print- 5 February 2023]
Payesh: 2023; 22(1): 7- 17

Abstract

Objective(s): The middle-aged are a significant group of the population. The aim of this study was to assess the acceptability of the middle-aged self-care program implementation.

Methods: This was a two phase study. At first stage qualitative study was conducted. In this stage recipients and service providers participated in two focus group interviews about key points of the program and convention content analysis was performed. Then a descriptive study was conducted to assess the acceptability of the program from the perspective of recipients and providers. This study was conducted using two separate questionnaires. The validity and reliability of the questionnaires were evaluated. In all 300 care receivers and the whole target group of providers were surveyed.

Results: The acceptability of program from the perspective of service recipients was examined by dimensions derived from the qualitative study. These dimensions were: responding to health needs, adapting to the conditions of service recipients, program benefits and side effects, participation, service delivery processes, and satisfaction. The study findings showed that acceptability was high for 'the service delivery processes' and 'satisfaction' and was low for 'public participation'. However, assessing the perspective of managers and service providers indicated that the acceptability was high for 'meeting healthcare needs' and it was low for 'compliance with the conditions of service recipients'.

Conclusions: Implementing the program requires resources and infrastructure. The pilot implementation of the program and the evaluation of it will play an important role in successful implementation of the program. As such the successful implementation of the middle-aged health self-care program could improve the responsibility of individuals in maintaining and promoting of their health.

Keywords: Self-care, Middle-aged, Acceptability, Health program

[*] Corresponding author: Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Iran
E-mail: aeenparast.af@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.1.6]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.7]

بررسی وضعیت مقبولیت برنامه خود ارزیابی سلامت میانسالان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

افسون آیین پرست[۱*]، فرزانه مفتون[۲]، مطهره علامه[۳]، عالیه فراهانی[۳]، کاظم محمد[۴]، فرانک فرزدی[۱]، فاطمه ریاضی[۱]

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی، تهران ایران
۲. گروه سلامت جامعه، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی، تهران ایران
۳. اداره سلامت میانسالان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
۴. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۶/۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۱۸
[انتشار الکترونیک پیش از انتشار- ۱۶ دی۱۴۰۱]
نشریه پایش: ۱۷- ۷ :(۱)۲۲؛ ۱۴۰۱

چکیده

مقدمه: میانسالان گروه قابل توجهی از جمعیت فعال جامعه را تشکیل می‌دهند که سلامت آنان اهمیت زیادی در تولید و بهره‌وری کشور دارد. این مطالعه با هدف تعیین مقبولیت برنامه خود مراقبتی میانسالان در گروه‌های مختلف گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه ترکیبی با استفاده از دو روش کیفی و کمی انجام گرفت. مطالعه کیفی با هدف تعیین ابعاد مقبولیت و چالش‌های برنامه خود مراقبتی میانسالان در دو گروه گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات انجام گرفت. به منظور جمع آوری داده های این بخش مطالعه از بحث گروهی استفاده شد. داده‌های کیفی به روش تحلیل موضوعی، تحلیل شدند. در مرحله بعد بر اساس اطلاعات به‌دست آمده از مطالعه کیفی، ابزارهای جمع آوری اطلاعات تدوین شد که شامل دو پرسشنامه مجزا برای گیرندگان(۳۶ سوال) و ارائه‌دهندگان(۴۰ سوال) خدمات بودند. روایی و پایایی پرسشنامه ها مورد بررسی و تایید قرار گرفت. نمونه های مورد بررسی در گروه گیرندگان خدمات ۳۰۰ نفر و در ارائه دهندگان خدمات کل جامعه (۱۱۱ نفر) بود. تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS انجام گرفت.

یافته ها: یافته های حاصل از بخش کیفی مطالعه نشان داد، ابعاد مقبولیت برنامه از دیدگاه گیرندگان خدمات شامل ۶ بعد و از دید ارائه‌دهندگان خدمات شامل ۸ بعد بود. نتایج بخش کمی نشان داد مقبولیت برنامه از دید گیرندگان خدمات در بعد فرآیندهای ارائه خدمت (۳/۷۱) و رضایت از برنامه (۳/۷۱) بالاتر و در بعد مشارکت مردم در برنامه (۳/۰۸) پایین‌تر از سایر ابعاد بود. همچنین بررسی مقبولیت برنامه از دید مدیران و ارائه‌دهندگان در بعد پاسخگویی به نیازهای سلامت (۴/۰۰) بیشتر از سایر ابعاد و در بعد انطباق با شرایط گیرندگان خدمات (۲/۷۸) کمتر از سایر ابعاد برآورد شد.

نتیجه گیری: شناخت ابعاد مقبولیت برنامه خود مراقبتی سلامت میانسالان نقش مهمی در اجرای موفقیت آمیز برنامه در سطح کشور دارد. در این زمینه توجه به راهکارهایی برای جلب مشارکت مردم و انطباق با شرایط گیرندگان خدمات نقش مهمی در این زمینه دارد.

کلیدواژه ها: خود مراقبتی، میانسالان، مقبولیت، برنامه سلامت

کد اخلاق: IR.TUMS.VCR.REC.1395.1691

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳
E-mail: aeenparast.af@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.1.6]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.7]

مقدمه

خود مراقبتی اقدام آگاهانه و برنامه‌ریزی شده افراد برای حفظ و ارتقاء سلامتی خودشان است. خود مراقبتی روشی است که کمک می‌کند تا افراد بتوانند با استفاده از توانمندی‌های شخصی خود در جهت تامین، حفظ و ارتقای سلامت فردی و خانوادگی موثر واقع شوند [۱]. به نظر می‌رسد که اجرای یک برنامه مناسب خودمراقبتی برای گروه‌های مختلف جمعیتی نقش مهمی در بهبود سلامت و عملکرد نظام سلامت خواهد داشت، به گونه‌ای که اجرای طولانی مدت برنامه منجر به کاهش مراجعات غیر ضروری و بهره‌وری منابع نظام سلامت خواهد شد [۲]. با این حال اجرای چنین برنامه‌هایی نیازمند ارتقاء مناسب آگاهی‌ها در سطح جامعه و طراحی فرآیندهای مناسب برای اجرای برنامه است [۳].

خود مراقبتی، پدیده جدیدی نیست. مراقبت از بیمار، به وسیله خود شخص و خانواده‌اش در تمام طول تاریخ و در تمام جوامع صورت گرفته است. اما توجه کنونی به خودمراقبتی به سال‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ بر می‌گردد [۴]. در دهه ۱۹۷۰ محدودیت‌های سیستم سلامت تخصصی کاملا آشکار شدند و نقش پزشکی مدرن در ارتقای سلامت مردم مورد تردید و نقد قرار گرفت. در دهه ۱۹۷۰ توجه به مراقبت از خود سرعت بیشتری یافت که ناشی از حرکت‌هایی در جهت کمک به خود یاری و سلامت بود [۴]. امروزه مراقبت از خود بسیار مورد توجه گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات قرار گرفته است و به عنوان یک رویکرد مناسب برای حفظ و ارتقای سلامت به کار گرفته می شود [۴]. دلایل اصلی این توجه عبارت است است: تغییر در الگوی بیماری‌ها از حاد به مزمن، تغییر دیدگاه از درمان قطعی (cure) به مراقبت (care)، افزایش نارضایتی حاصل از توسعه تکنولوژی و غیر شخصی شدن مراقبتهای پزشکی، رشد دانش افراد غیر متخصص، تمایل به اعمال کنترل شخصی در مسائل سلامتی و همکاری با متخصصین مراقبت از خود، نیاز به کنترل هزینه‌های مراقبت از خود [۶-۴].

به نظر می رسد با افزایش دانش و اطلاعات بیماران در زمینه سلامت امکان خود مراقبتی موثر برای بیماران را افزایش می دهد [۷].

چشم انداز آینده مراقبتهای سلامت، به عنوان هرم مراقبت از سلامت، شامل یک مدل ۶ پله‌ای است که در آن افراد با استفاده از منابع شخصی خود برای حل کردن مشکلات بهداشتی آغاز به حرکت می‌کنند. اگر مراقبت از خود مشکل را حل نکرد، قدم بعدی خانواده و دوستان، گروه‌های مراقبت خودیار و شبکه‌ها و متخصصین سلامت می‌باشند که به ترتیب در نقش‌های تسهیل گروه همکار یا منشاء صدور دستورات بهداشتی و درمانی ظاهر می‌شوند. در این هرم هر چه به سمت راس هرم حرکت می کنیم خدمات تخصصی تر می شود و ضمن افزایش هزینه، استقلال فرد گیرنده خدمت در تصمیم گیری کاهش می یابد [۸،۹]. به عبارتی هر نوع مراقبت در طیفی که دامنه اش از خودمراقبتی ۱۰۰ درصد (مانند مسواک زدن منظم) تا مراقبت حرفه ای ۱۰۰ درصد (مانند جراحی اعصاب) قرار می گیرد. مراقبت مشارکتی بین این دو طیف قرار می گیرد. تخمین زده می شود که ۶۵ تا ۸۵ درصد همه مراقبتهای سلامتی میتواند توسط شخص و خانواده او بدون دخالت متخصصین اعمال شود[۱۰].

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به منظور ارتقا سلامت جامعه برنامه خود مراقبتی را در میانسالان کشور طراحی نموده است. این برنامه در دانشگاههای علوم پزشکی ایران، البرز، لرستان، کرمان و شیراز به طور آزمایشی اجرا گردید. دلیل انتخاب گروه هدف میانسالان در این برنامه عبارت بود از قرار داشتن میانسالان در گروه سنی مولد و فعال جامعه، جایگاه موثر میانسالان در مراقبت از سلامت خود و خانواده، بالا بودن میزان بروز بیماریهای مزمن در این گروه سنی و مغفول ماندن گروه میانسالان در اکثر برنامه‌های وزارت بهداشت به دلیل تمرکز بر گروه‌های پر خطر [۱۲، ۸،۱۱]. تقسیم‌بندی‌های مختلفی برای گروه‌های سنی در نظر گرفته شده است ولی آنچه مورد تایید وزارت بهداشت است و مبنای تقسیم‌بندی برنامه‌ها قرار می گیرد به گروه سنی ۳۰ تا ۵۹ سال به عنوان گروه هدف میانسالان اشاره می کند [۱۳].

برنامه خود مراقبتی میانسالان تلاش می‌کند به بزرگسالان کمک کند تا سلامت خود را در چند حوزه کلیدی شامل، شیوه زندگی، بیماریهای قلبی و عروقی، مشکلات استخوانی و مفصلی، عوامل خطر سرطانها و سلامت روان به شیوه‌ای علمی ثبت کنند، ارزیابی کنند و ارتقا بخشند. در این برنامه یک مجموعه کتابچه ۶ جلدی آماده شده است که ضمن یک آموزش چند ساعته مختصر به میانسالان تحویل داده می شود. این مجموعه به میانسالان کمک می کند تا ضمن ارزیابی وضعیت سلامت خود در حیطه های مورد هدف برنامه با روشهای حفظ و ارتقای سلامت خود در این حیطه ها آشنا شوند و در زمان های ضروری برای دریافت خدمات تخصصی به مراقبین سلامت مراجعه کنند. در این کتابچه ها دستور العمل

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.1.6]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.7]

های دقیق خود ارزیابی و خود مراقبتی ارائه شده است و زمانبندی برای مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی یا سایر مراکز سلامت جهت پایش برنامه خود مراقبتی در نظر گرفته شده است. مجموعه های آموزشی این برنامه با زبان ساده و قابل فهم برای عموم جامعه نوشته شده است و آزمونهای آن استاندارد بوده و از اعتبار علمی کافی برخوردار است [۱۴].

اجرای این مجموعه علمی در سطح جمعیت و توسعه برنامه در کشور نیازمند امکانات و منابعی است که برآورد و تامین مناسب آن نقش مهمی در افزایش اثربخشی برنامه در ارتقاء سلامت جامعه خواهد داشت. در این راستا به نظر می رسد پیش از توسعه کامل برنامه به سطح کشور باید ابعاد مختلف اجرای برنامه بررسی شود. این امر به شناسایی چالشها و موانع برنامه و تامین منابع مورد نیاز آن کمک می کند[۱۴]. یکی از ابعاد اجرای برنامه، بررسی مقبولیت برنامه است. برنامه های سلامت سودمند نخواهد بود مگر آنکه از سوی گروه هدف مورد پذیرش و استقبال قرار گیرد. برنامه ای که در راستای نیاز افراد و قابل اجرا باشد بسیار بیشتر مورد توجه قرار می گیرد و اجرای آن در ارتقای سلامت جامعه اثر بخش خواهد بود [۱۴].

در این راستا در این مطالعه تلاش گردید مقبولیت اجرای برنامه خود مراقبتی میانسالان از دید گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات به عنوان یکی از ابعاد مهم سهولت اجرای برنامه، مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش کار

این مطالعه ترکیبی با استفاده از دو روش کیفی و کمی و در دو مرحله به ترتیب زیر انجام گرفت:

مطالعه کیفی

در مرحله اول با هدف تعیین ابعاد مقبولیت برنامه خودمراقبتی سلامت میانسالان یک مطالعه کیفی به‌روش بحث گروهی متمرکز انجام گرفت. در مجموع دو جلسه بحث گروهی متمرکز انجام گرفت؛ یکی با گروه گیرندگان خدمات میانسالان و دیگری با صاحب‌نظران اجرایی و ارائه دهندگان خدمات میانسالان. این جلسات با دو دانشگاهی که در حال اجرای پایلوت برنامه خود مراقبتی سلامت میانسالان بودند (دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان و البرز) برگزار گردید. جلسات بحث گروهی متمرکز بر اساس نقشه سوالات بحث گروهی هدایت شد که بر اساس متون و مستندات علمی منتشر شده در زمینه مقبولیت برنامه های سلامت و عوامل موثر بر آن تدوین شد و در جلسات تخصصی گروه تحقیق تکمیل و نهایی گردید.

در گروه ارائه دهندگان خدمات، ابعاد مقبولیت برنامه خود مراقبتی سلامت میانسالان، قابلیت اجرای برنامه از نظر وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمعیت مورد مطالعه، میزان استقبال از برنامه، چالش‌ها و موانع اجرای برنامه و اثرات برنامه بر سلامت جمعیت مورد بررسی قرار گرفت. پاسخگویان شامل کارکنان و مسئولان مجری اجرای آزمایشی برنامه خود مراقبتی سلامت میانسالان در معاونت سلامت دانشگاه‌های مورد بررسی بودند.

گروه گیرندگان خدمات، جمعیت میانسالان ساکن در حوزه فعالیت دانشگاه‌های مورد بررسی بودند که در برنامه خود مراقبتی سلامت میانسالان شرکت کرده بودند. در این گروه نیز مقبولیت اجرای ابعاد مختلف برنامه خود مراقبتی سلامت میانسالان، چالش های شرکت و ادامه حضور در برنامه، عوارض و منافع برنامه مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات بدست آمده از مطالعه کیفی زیر بنای اصلی طراحی ابزارهای مطالعه بودند.

مطالعه کمی

جمعیت مورد مطالعه در مطالعه کمی میانسالان ۳۰ تا ۵۹ ساله، ساکن در محدوده تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی پایلوت برنامه خودارزیابی وزارت بهداشت و همچنین کارکنان رده‌های مختلف صف و ستاد دانشگاه های مذکور بودند. جمع‌آوری داده‌ها در بهمن و اسفند سال ۹۸، توسط تعدادی پرسشگر آشنا با فرآیند ارائه خدمات و برنامه خود مراقبتی سلامت میانسالان انجام گرفت. در این مطالعه بررسی مقبولیت برنامه از نظر گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت میانسالان با استفاده از پرسشنامه هایی که مختص هر گروه طراحی شد، مورد بررسی قرار گرفت. روایی کمی محتوایی پرسشنامه گیرندگان خدمات بر اساس نظرات خبرگان شامل ۳ نفر از مسئولان طراحی برنامه در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۴ نفر از مسئولان اجرای برنامه در دانشگاههای علوم پزشکی پایلوت برنامه و ۳ نفر از متخصصان حوزه مدیریت سلامت مورد ارزیابی قرار گرفت و CVR و CVI برای هریک از پرسشنامه ها محاسبه شد. به منظور انجام روایی صوری هر یک از پرسشنامه ها در یک مطالعه پایلوت از دید گیرندگان خدمات (۱۰ نفر) و ارائه دهندگان خدمات (۱۰ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. پایایی هر یک از پرسشنامه ها با استفاده از سنجش آلفای کرونباخ بررسی شد. پاسخ سوالات هر دو پرسشنامه در طیف

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.1.6]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.7]

لیکرت پنج گزینه‌ای از بسیار کم تا بسیار زیاد طراحی شد که به امتیاز کمّی تبدیل شد (بسیار کم ۱ تا بسیار زیاد ۵). به منظور محاسبه امتیاز هر بعد، میانگین امتیاز سوالات زیر مجموعه هر بعد محاسبه شد.

حجم نمونه مورد بررسی در گروه گیرندگان خدمات بر اساس فرمول برآورد حجم نمونه کوکران با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد، نسبت ۵۰ درصد و دقت ۰/۰۶ معادل ۲۶۶ نفر برآورد گردید که برای کاهش انحراف ناشی از عدم پاسخگویی به برخی از سوالات، ۳۰۰ نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌ها به‌طور مساوی بین دانشگاه‌های پایلوت برنامه تقسیم گردید؛ سهم هر دانشگاه ۶۰ نمونه بود. نمونه‌ها در هر دانشگاه به صورت تصادفی از لیست میانسالان تحت پوشش هر دانشگاه انتخاب گردید و از آنان جهت حضور در مطالعه دعوت شد.

در گروه ارائه دهندگان خدمت با توجه به محدود بودن تعداد جامعه، همه افراد ذینفع و مطلع در دانشگاه‌های پایلوت برنامه خودمراقبتی میانسالان که تعداد آنها در ۵ دانشگاه، ۱۱۱ نفر بود مورد بررسی قرار گرفتند. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام گرفت.

یافته‌ها

مطالعه کیفی

یافته های حاصل از بخش کیفی مطالعه نشان داد، ابعاد مقبولیت برنامه از دیدگاه گیرندگان خدمات شامل پاسخگویی به نیازهای سلامت، انطباق با شرایط گیرندگان خدمات، عوارض و منافع برنامه، مشارکت در برنامه، فرآیندهای ارائه خدمت و رضایت از برنامه بود. ابعاد مقبولیت برنامه از دید ارائه‌دهندگان خدمات نیز شامل پاسخگویی به نیازهای سلامت، انطباق با شرایط گیرندگان خدمات، عوارض و منافع برنامه، مشارکت در برنامه، فرآیندهای ارائه خدمت، منابع مورد نیاز برنامه و همپوشانی برنامه‌ها و رضایت از برنامه بودند. این ابعاد برای طراحی پرسشنامه ها مورد استفاده قرار گرفت.

مطالعه کمّی

پرسشنامه گیرندگان خدمات شامل ۱۱ سوال دموگرافیک و ۳۶ سوال اصلی بود. محورهای سوالات اصلی در پرسشنامه گیرندگان خدمات شامل ۶ بعد بود؛ پاسخگویی به نیازهای سلامت (۳ سوال)، انطباق با شرایط گیرندگان خدمات (۷ سوال)، عوارض و منافع برنامه (۹ سوال)، مشارکت (۶ سوال)، فرآیندهای ارائه خدمت (۵ سوال) و رضایت از برنامه (۶ سوال) بود.

پرسشنامه ارائه‌دهندگان خدمات نیز شامل ۹ سوال دموگرافیک و ۴۰ سوال اصلی بود. ابعاد پرسشنامه ارائه دهندگان خدمات شامل ۸ بعد بود؛ پاسخگویی به نیازهای سلامت (۳ سوال)، انطباق با شرایط گیرندگان‌خدمات (۴ سوال)، مشارکت گیرندگان خدمات و موانع (۴ سوال)، منابع مورد نیاز برنامه (۳ سوال)، فرآیندها و زیر ساخت‌های برنامه (۴ سوال)، منافع و عوارض (۸ سوال)، هم‌پوشانی برنامه ها (۳ سوال)، میزان رضایت از برنامه (۱ سوال). با توجه به حیطه عملکرد و ماهیت مسئولیت در اجرای برنامه خود مراقبتی سلامت میانسالان ۶ سوال اختصاصا برای مدیران و ۳ سوال نیز اختصاصا برای مراقبان سلامت در نظر گرفته شد. یک سوال نیز مربوط به بررسی پیشنهادات برای بهبود برنامه و شرایط اجرای آن بود. در بررسی روایی محتوایی کمی میزان CVR و CVI برای پرسشنامه گیرندگان خدمت به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۴ و برای پرسشنامه ارائه دهندگان خدمت به ترتیب ۰/۸۷ ,۰/۹۳ به دست آمد که مقادیری مورد تایید بودند. در بررسی روایی صوری هر یک از پرسشنامه ها از دیدگاه جمعیت مورد هدف بررسی و ابهامات موجود در سوالات رفع گردید. پایایی پرسشنامه نیز با سنجش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه گیرندگان خدمات α=۰/۸۲ و برای ارائه دهنگان خدمت α=۰/۸۹ به دست آمد که مورد تایید بودند.

بررسی یافته ها نشان داد که در مجموع، ۲۹۵ نفر از گیرندگان خدمات، پرسشنامه‌های مقبولیت برنامه خود مراقبتی سلامت میانسالان را تکمیل کردند. اکثر پاسخگویان زن (۷۰/۸ درصد)، و در محدوده سنی ۳۹ – ۳۰ سال(۵۷/۳ درصد) بودند. اکثر آنها تحصیلات متوسطه (۶۱/۱ درصد) داشتند، بیش از نیمی از آنها خانه‌دار (۵۷/۲ درصد) و بیش از ۹۰ درصد آن‌ها متاهل بودند. (جدول ۱). بررسی متغیرهای کلی نشان داد که امتیاز مقبولیت برنامه از دید گیرندگان خدمات در همه ابعاد بالاتر از میانه امتیازات (عدد ۳) بود. مقبولیت در بعدهای فرآیندهای ارائه خدمت (امتیاز ۳/۷۱) و رضایت از برنامه بالاتر (امتیاز ۳/۷۱) از سایر ابعاد و در بعد مشارکت مردم (امتیاز ۳/۰۷) در برنامه پایین‌تر از سایر ابعاد بود. (جدول ۲). به منظور بررسی مقبولیت برنامه خود مراقبتی سلامت میانسالان از دید مدیران و ارائه دهندگان خدمات، ۱۱۱ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. اکثر پاسخگویان زن (۹۱/۰ درصد)، دارای تحصیلات کارشناسی (۶۶/۷ درصد)، عمدتاً ماما (۴۷/۷ درصد) و مراقب سلامت مراکز بهداشتی (۷۰/۳ درصد) بودند. میزان سابقه کاری افراد مورد مطالعه به طور متوسط ۵/۰ سال با انحراف معیار

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.1.6]

[DOI: 10.52547/payesh.22.1.7]

۴/۴ سال بود. اطلاعات دموگرافیک پاسخگویان به طور کامل در جدول ۳ ارائه شده است. یافته ها نشان داد که مقبولیت برنامه خود مراقبتی سلامت میانسالان از دید مدیران و ارائه‌دهندگان خدمات در بیشتر ابعاد مورد بررسی بالاتر از میانه امتیازات (عدد ۳) است و فقط در دو بعد انطباق با شرایط گیرندگان خدمات و مشارکت گیرندگان خدمات پایین تر از میانه بود. مجموع امتیازات در نظر گرفته شده برای پاسخ‌های ارائه شده از سوی مدیران و ارائه دهندگان خدمات نشان داد که مجموع امتیازات در بعد پاسخگویی به نیازهای سلامت (امتیاز ۴/۰۰) بیشتر از سایر ابعاد و در بعد انطباق با شرایط گیرندگان خدمات (امتیاز ۲/۷۸) کمتر از سایر ابعاد برآورد شده است (جدول ۴). در سوالی که مدیران در مورد تامین منابع مورد نیاز برای اجرای برنامه به آن پاسخ داده بودند نیز امتیاز نهایی بسیار بالا نبود (امتیاز ۲/۵۲) (جدول۴).

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیتی گیرندگان خدمات خودمراقبتی سلامت میانسالان در مراکز مورد مطالعه در سال ۹۸ (n = ۲۹۵)

	تعداد	درصد
جنسیت		
مرد	۸۶	۲۹/۲
زن	۲۰۹	۷۰/۸
سن		
۳۹ – ۳۰	۱۶۹	۵۸/۵
۴۹ – ۴۰	۹۲	۳۱/۸
۵۹ – ۵۰	۲۸	۹/۷
نامشخص	۹	-
سطح تحصیلات		
ابتدایی (۶ – ۰)	۴۲	۱۴/۶
دبیرستان (۱۲ – ۷)	۱۷۶	۶۱/۱
دانشگاهی (۲۳ – ۱۳)	۷۰	۲۴/۳
نامشخص	۷	-
شغل		
خانه دار	۱۶۶	۵۷/۲
دانشجو / دانش آموز	۴	۱/۴
کارمند	۴۸	۱۶/۶
کارگر/ کشاورزی	۱۰	۳/۴
آزاد	۵۱	۱۷/۶
بیکار	۶	۲/ ۱
سایر موارد	۵	۱/۷
نامشخص	۵	-
وضعیت تاهل		
مجرد	۲۲	۷/۵
متاهل	۲۶۶	۹۰/۱
همسر فوت شده / مطلقه	۷	۲/۴
استان محل سکونت		
البرز	۶۰	۲۰/۳
تهران	۶۱	۲۰/۸
لرستان	۶۰	۲۰/۳
فارس	۵۴	۱۸/۳
کرمان	۶۰	۲۰/۳

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.1.6]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.7]

جدول ۲: بررسی میزان مقبولیت برنامه خودمراقبتی سلامت میانسالان در ابعاد مختلف از دید گیرندگان خدمات

ابعاد مقبولیت	تعداد	میانگین امتیاز	انحراف معیار امتیاز	حداقل امتیاز	حداکثر امتیاز
بعد پاسخگویی به نیازهای سلامت	۲۸۸	۳/۶۰	۰/۶۷	۱/۹۱	۵/۰۰
بعد انطباق با شرایط گیرندگان خدمات	۲۸۰	۳/۳۱	۰/۴۳	۱/۵۷	۵/۰۰
بعد عوارض و منافع برنامه	۲۸۸	۳/۴۰	۰/۶۹	۱/۴۰	۵/۰۰
بعد مشارکت مردم در برنامه	۲۰۰	۳/۰۸	۰/۷۴	۱/۰۰	۴/۲۵
بعد فرایندهای ارائه خدمت	۲۸۶	۳/۷۱	۰/۷۶	۱/۰۰	۵/۰۰
بعد رضایت از برنامه	۲۸۳	۳/۷۱	۰/۷۰	۱/۸۰	۵/۰۰

جدول ۳: مشخصات جمعیتی مدیران و ارائه دهندگان خدمات خودمراقبتی سلامت میانسالان در سال ۹۸ (n = ۱۱۱)

	تعداد	درصد
جنسیت		
مرد	۱۰	۹/۰
زن	۱۰۱	۹۱/۰
سن		
۳۰ - ۲۱	۴۴	۳۹/۶
۴۰ – ۳۱	۴۵	۴۰/۵
۵۰ – ۴۱	۱۷	۱۵/۳
۶۰ – ۵۱	۵	۴/۵
سطح تحصیلات		
دیپلم	۱	۰/۹
کاردانی	۱۳	۱۱/۸
کارشناسی	۷۳	۶۶/۴
کارشناسی ارشد و بالاتر	۲۳	۲۰/۹
نامشخص	۱	-
رشته تحصیلی		
بهداشت خانواده	۱۳	۱۱/۷
بهداشت عمومی	۲۳	۲۰/۷
بهداشت محیط	۳	۲/۷
مامایی	۵۳	۴۷/۷
پزشکی و دندانپزشکی	۱۳	۱۱/۷
مدیریت	۳	۲/۷
آموزش پزشکی	۱	۰/۹
آموزش سلامت	۱	۰/۹
علوم تجربی	۱	۰/۹
شغل (پست)		
مراقبت سلامت	۷۸	۷۰/۳
کارشناس و مدیر گروه ستاد	۲۱	۱۸/۹
مدیر و معاون شبکه / مرکز بهداشت	۱۲	۱۰/۸

جدول ۴: بررسی میزان مقبولیت برنامه خودمراقبتی سلامت میانسالان در ابعاد مختلف از دید مدیران و ارائه دهندگان خدمات

	تعداد	میانگین امتیاز	انحراف معیار امتیاز	حداقل امتیاز	حداکثر امتیاز
بعد پاسخگویی به نیازهای سلامت	۱۱۱	۴/۰۰	۰/۶۶	۲/۵۰	۵/۰۰
انطباق با شرایط گیرندگان خدمات	۱۰۵	۲/۷۸	۰/۷۳	۱/۲۰	۴/۲۰
مشارکت گیرندگان خدمات	۱۰۹	۲/۸۰	۰/۷۷	۱/۰۰	۴/۵۰
منابع مورد نیاز برای برنامه	۱۱۱	۳/۲۶	۰/۷۹	۱/۳۳	۵/۰۰
فرآیندها و زیرساخت‌های برنامه	۱۰۹	۳/۵۰	۰/۸۳	۱/۲۵	۵/۰۰
منافع و عوارض برنامه	۱۱۰	۳/۵۱	۰/۷۶	۱/۲۹	۵/۰۰
رضایت از برنامه	۱۱۰	۳/۵۱	۰/۷۶	۱/۲۹	۵/۰۰
دسترسی به منابع از دید مدیران و مسئولان	۶۳	۲/۵۲	۱/۰۸	۱/۰۰	۵/۰۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.1.6]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.7]

بحث و نتیجه‌گیری

برنامه خود مراقبتی سلامت میانسالان یکی از برنامه های سلامت دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت است که به منظور ارتقای سلامت میانسالان طراحی شده است. در این مطالعه تلاش گردید مقبولیت برنامه از دید گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات، در مرحله اجرای آزمایش و پیش از توسعه برنامه به کل کشور بررسی شود تا گسترش برنامه در کل کشور به موثرترین شیوه انجام شود. آموزش خودمراقبتی یکی از رویکردهای مناسب برای سوق دادن انسان‌ها به سمت حفظ، نگهداری و ارتقای سلامت است [۱۵]. نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه نشان داده است که ارائه آموزش‌های خودمراقبتی می‌تواند به طور موثری رفتار خودمراقبتی بیماران را افزایش داده و میزان بستری را کاهش دهد. از سوی دیگر برنامه‌های خودمراقبتی که توسط بیماران انجام می‌شود می‌تواند اهداف آموزشی را تقویت کرده و توانایی بیمار را در انجام موثر مراقبت از خود را بهبود بخشد [۱۶]. به حداقل رساندن عوارض بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیمار از پیامدهای مثبت مراقبت از خود برای حفظ سلامتی است [۱۷]. نتایج مطالعات نشان داده است که خود مراقبتی موجب بهبود مراقبت از خود و افزایش دانش افراد در زمینه عوامل خطر بیماری¬ها و نحوه کنترل آنها می‌شود [۱۸]. بررسی یافته‌های پرسشنامه مقبولیت گیرندگان خدمات حاکی از آن بود که مقبولیت برنامه خود مراقبتی سلامت میانسالان در تمام ابعاد بالاتر از میانه امتیاز بود. با این حال امتیاز مقبولیت برنامه در بعدهای فرآیندهای ارائه خدمت، رضایت از برنامه و پاسخگویی به نیازهای سلامت بالاتر از سایر ابعاد بود.

بازخور بدست آمده از گیرندگان خدمات نشان داد که فرآیندهای برنامه شامل آموزش و پیگیری برای گیرندگان‌خدمات روشن و شفاف بود. این نکته نشانگر طراحی مناسب برنامه براساس ویژگی‌های گروه هدف است. یکی از نکات قابل تامل در این زمینه بازبینی و در نظر گرفتن فرآیندهای ارجاع به مشاوره تخصصی است که به کامل شدن فرآیندهای برنامه بسیار کمک خواهد کرد.

شاخص‌های رضایت از برنامه نیز بسیار مطلوب بود. میانسالان شرکت‌کننده در برنامه نه تنها از تمام ابعاد برنامه رضایت داشتند، بلکه مایل به ادامه حضور در برنامه بودند و علاوه بر آن شرکت در برنامه را نیز به دوستان و آشنایان خود توصیه کرده بودند. نتایج مطالعه نشان داد که شرکت موثر افراد در برنامه حتی در خودمراقبتی سایر افراد خانواده از سلامتی شان موثر بوده است. این یافته در برخی مطالعات نیز تایید شده است [۲۰، ۱۹].

بررسی مقبولیت برنامه خودمراقبتی از بعد پاسخگویی به نیازهای سلامت نشان داد که برنامه در ارائه اطلاعات لازم و تکمیل خلاءهای اطلاعاتی میانسالان در زمینه سلامت و خودمراقبتی سلامت موثر بوده است. بدیهی است اولین گام برای اثربخشی یک برنامه آموزشی آن است که نیازهای گروه هدف را با بیانی ساده و قابل درک پاسخ دهد. در مطالعه انجام شده توسط صالحی و همکاران در زمینه ابعاد خودمراقبتی در سالمندان به اهمیت این نکته اشاره شده است [۲۱]. با این حال نتایج مطالعه نشان داد که برنامه در بعد جلب مشارکت مردم نیاز به بازنگری هایی دارد. به نظر می رسد که جلب مشارکت آقایان و زنان شاغل نیازمند تدارکات و راهکارهایی برای تسهیل حضور این قشر در برنامه است.

اجرای موفقیت آمیز برنامه‌های سلامت در گرو توانمندی نیروی انسانی متخصص شاغل در این حوزه است. بر این اساس دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمات به عنوان یکی از محورهای اجرای موفقیت‌آمیز برنامه خودمراقبتی سلامت میانسالان در این طرح مورد ارزیابی قرار گرفت. امروزه نیروی انسانی محور توسعه و یک عامل راهبردی در سازمان‌های شناخته شده است. نقش نیروی انسانی در توسعه بخش سلامت اهمیت ویژه‌ای دارد. ارائه موثر خدمات بهداشتی و درمانی به طور جدی تحت تاثیر منابع انسانی است [۲۲]. سهم عمده‌ای از نیروی انسانی در حوزه سلامت نیروی انسانی تخصصی هستند. بر این اساس تخصص و مهارت نیروی انسانی در این بخش نقش مهمی در دستیابی به اهداف توسعه ملی دارد [۲۳].

بررسی ابعاد مقبولیت برنامه خود مراقبتی سلامت میانسالان از نظر ارائه دهندگان خدمت نشان داد که مقبولیت برنامه در تمام ابعاد بالاتر از متوسط بود. این شاخص در ابعاد پاسخگویی به نیازهای سلامت، فرآیندها و زیرساخت¬های برنامه، منافع و عوارض برنامه، رضایت از برنامه، امتیاز بیشتری کسب کرده بود. بر این اساس می¬توان گفت که برنامه به نیاز گروه هدف پاسخ می دهد و فرآیندهای درستی نیز برای اجرای آن در نظر گرفته شده است. با این حال امتیاز ابعاد جلب مشارکت گیرندگان و تامین منابع تا حدی پایین‌تر بود. به عبارت دیگر ارائه‌دهندگان خدمات عقیده دارند که برای جلب مشارکت گیرندگان‌خدمات و همینطور ادامه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.1.6]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.7]

اجرای برنامه باید منابع و زیر ساخت هایی فراهم شود تا امکان اجرای موثر برنامه در سطح کشور فراهم شود.

در مجموع میزان رضایت ارائه‌دهندگان خدمات از برنامه بالاتر از میانه بود و سهم عدم رضایت بیشتر ناشی از مشکلات زیرساختی برای اجرای برنامه بود تا خود برنامه، در این زمینه تامین منابع لازم، توجه به بار کاری نیروی انسانی درگیر در اجرای طرح و در نظر گرفتن سیاست هایی برای جلب مشارکت جامعه، نقش مهمی در افزایش رضایت مدیران و ارائه‌دهندگان از برنامه دارد. کنشگران حوزه سلامت به نقش مشارکت در برنامه و تاثیر آن بر اثر بخشی اجرای برنامه بسیار تاکید دارند [۲۴].

یکی دیگر از چالش ای برنامه از دید مدیران و ارائه دهندگان خدمات، تامین منابع لازم برای ارائه این خدمت در کنار برنامه های جاری سیستم سلامت است. بدیهی است که در صورت تایید اجرای کامل طرح در سطح کشور، منابع لازم برای آن نیز تدارک دیده می شود ولی موضوع بار کاری نیروی انسانی باید در این زمینه مورد توجه قرار گیرد. پیشنهادات مختلفی برای بهبود اجرای برنامه ارائه شده است که موارد کلیدی آن عبارت بودند از جلب مشارکت آقایان و افراد شاغل از طریق ارائه برنامه در سازمان¬ها و ادارت، محدود کردن گروه هدف برنامه به افراد علاقمند برای شرکت در برنامه، جلب حمایت سازمان‌های مردم نهاد و خیریه‌ها در جهت حمایت از توسعه برنامه و کمک به میانسالان در جهت شرکت فعالتر در برنامه، در نظر گرفتن پاداش یا پرداخت مالی بابت کارکنان مشارکت کننده در اجرای برنامه.

برنامه خود مراقبتی سلامت میانسالان نه تنها موجب ارتقاء سلامت میانسالان می‌شود، بلکه مسئولیت‌پذیری آنان در حفظ و ارتقای سلامت خود را افزایش می دهد. این برنامه با هدف قرار دادن بیماری¬ها و اختلالات اصلی دوره میانسالی به پیشگیری و درمان زود هنگام این اختلالات کمک می‌کند.

سه محور اصلی و پیش شرط اولیه برای استقرار موفقیت آمیز این برنامه عبارت بود از تامین منابع لازم برای اجرای برنامه، جلب مشارکت گیرندگان خدمات خصوصاً آقایان و افراد شاغل، و برنامه‌ریزی برای بهبود فعالیت های مشاوره تخصصی و آزمایشات ضروری برای اجرای برنامه. بدیهی است که تامین منابع و زیر ساخت های لازم نقش مهمی در اجرای مداخلات سلامت و برنامه های مرتبط با آن دارد.

دستارودهای مطالعه آشکار ساخت که اجرای موفقیت‌آمیز برنامه خودمراقبتی سلامت میانسالان نه تنها در ارتقای سلامت این گروه سنی تاثیر دارد بلکه نقش مهمی در باورمندی و قبول مسئولیت افراد در حفظ و ارتقاء سلامت خود و ترویج فرهنگ خودمراقبتی سلامت در سطح جامعه دارد.

سهم نویسندگان

افسون آیین پرست: طراحی و اجرای مطالعه، تدوین و اصلاح مقاله

فرزانه مفتون: همکاری در طراحی مطالعه و تحلیل نتایج، بازبینی مقاله

مطهره علامه: همکاری در طراحی مطالعه و طراحی ابزارها، بازبینی مقاله

عالیه فراهانی: همکاری در طراحی مطالعه و جمع‌آوری داده‌ها، بازبینی مقاله

کاظم محمد: همکاری در برآورد حجم نمونه، تایید روش نمونه‌گیری و تحلیل داده‌ها، بازبینی مقاله

فرانک فرزدی: همکاری در تحلیل داده‌ها و تدوین گزارش نهایی، بازبینی مقاله

فاطمه ریاضی: ورود داده‌ها، همکاری در تدوین گزارش نهایی و تدوین مقاله

تشکر و قدردانی

این طرح به سفارش و با حمایت مالی دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس وزارت بهداشت و اداره سلامت میانسالان این دفتر، توسط مرکز تحقیقات سنجش سلامت پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی اجرا شده است. بدینوسیله از کلیه همکارانی که در مراحل مختلف تدوین و اجرای طرح مشارکت داشته اند تشکر به عمل می‌آید. از کلیه همکاران دانشگاههای اجرا کننده برنامه خود مراقبتی سلامت میانسالان شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی البرز، ایران، شیراز، کرمان، و لرستان که با تلاش مضاعف ضمن شرکت در اجرای آزمایشی برنامه، در جمع‌آوری داده‌های طرح پژوهشی مشارکت داشتند تشکر می‌شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.1.6]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.7]

منابع

1. Nasiri S, Heydari N, Rafiee S, Paran M. Effect of Family-Centered Education on Patient's Self-Care. Sadra medical sciences journal 2020; 3: 311-320 [Persian]
2. Panahi R, Kazemi S S, Karami Juyani A, Pishvaei M. Health literacy and self-care in patients. Journal of Research and Health 2018; 8:392-393 [Persian]
3. Dafei M, Hatefi S, Dehghani A. The Effect of Group Counseling Based on Cognitive-behavioral Approach on Self-Care Behaviors and Illness Perception of Middle-aged Women with Diabetes Type 2: A Quasi-experimental Study. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care 2020; 28:216-226 [Persian]
4. Allameh M, Rahmani K, Farahani A, Taymoori P, Khayyati F, Pashaei T, et al. Evaluation of Physical Activity Status Among Middle-Aged Population of Iran. Hakim 2020; 23:415-424 [Persian]
5. Badpar S, Bakhtiarpour S, Heidari A, Moradimanesh F. Structural Model of Diabetic Patients' Self-Care Based on Depression and Mindfulness: The Mediating Role of Health-Based Lifestyle. Journal of Diabetes Nursing 2020; 8:1032-1044 [Persian]
6. Sayyari AA, Motlagh ME, Tabatabaie M, Farahani A, Allameh M, Self Health assessment for middle aged 30-59 years, Andisheh Mandegar publication, first edition, 2018, Tehran [Persian]
7. Farghadani Z, Taheri-Kharameh Z, Amiri-Mehra A, Ghajari H, Barati M. The relationship between health literacy and self-care behaviors among patients with heart failure . Journal of Hayat 2018; 24:186-196
8. Maftoon F, Aeenparasr A, Allameh M, Motlagh ME, Farahani A, Kazem M. Evaluation of adult self-care program before intervention (Research report), Health services Research Center, ACECR, https://ihsr.ac.ir/ 2018 [Persian]
9. Maftoon F, Sharifan M, Naghizadeh Moghari F. Self-care in health system: Prevention and management dimensions. Payesh 2018; 17:361-370 [Persian]
10. Davoudi F, Ahmadzadeh-Asl M, Self care model for family health programs, Andisheh Mandegar publication, first edition, 2014, Tehran [Persian]
11. Salehi L, Keikavoosi-Arani L. Using the Backman Model in Determining the Dimensions of Self-Care and Its Factors Affecting the Elderly in Tehran City, Iran. Internal Medicine Today 2020; 26:382-397 [Persian]
12. Farghadani Z, Taheri-Kharameh Z, Airi-Mehra A, Montazeri A. Self-care behaviors and its related factors in patients with heart failure. Payesh 2018; 17:371-379 [Persian]
13. Shokri A, Dabaghi F, Mahmoudi G. Investigating the Validity and Reliability of the Questionnaire of Modern Health Services Management Model for Middle-aged People. Journal of Health and Hygiene 2020; 11:541-554 [Persian]
14. Pashaie T, Bahmani A, Taymoori P. Assessment and analysis of the lifestyle indices in regard to the status of nutrition and physical activity in middle-aged people (between 30 and 59 years of age) in Kurdistan by using the data of apple system. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2019; 23:59-71 [Persian]
15. Liou HL, Chen HI, Hsu SC, Lee SC, Chang CJ, Wu MJ. The effects of a self-care program on patients with Heart failure. Journal of the Chinese Medical Association 2015; 78: 648-56
16. Osokpo O, Riegel B. Cultural factors influencing self-care by persons with Cardiovascular disease: An integrative review. International Journal of Nursing Studies 2021;116:103383
17. Dickson VV, Chyun D, Caridi C, Gregory JK, Katz S. Low literacy self-care management patient education for a multi-lingual Heart failure population: Results of a pilot study. Applied Nursing Research 2016; 29: 122-4
18. tamizkar P, mohammadi M, Fathnezhad-kazemi A, Marami S. The relationship between health literacy level and self-care ability in the elderly. Journal of Gerontology 2019; 4:54-62 [Persian]
19. Nasiri N, Heydari N, Paran M, Effect of Family-Centered Education on Patient's Self-Care. Sadra Medical Journal 2020; 8: 311-320 [Persian]
20. Shakiba E, Shahabadi S, Marzbani B, Barkhordar Poor Eayvazi N. The Effect of Self-Care Training for Health Ambassadors on The Number of Doctor Appointment Due to The Treatment of Minor Ailments. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion 2021; 9 :68-79 [Persian]
21. Salehi L, Keikavoosi-Arani L. Using the Backman Model in Determining the Dimensions of Self-Care and Its Factors Affecting the Elderly in Tehran City, Iran. Internal Medicine Today 2020; 26:382-397 [Persian]
22. Noorian-Zavare S, Sadeqi-Arani Z. Interactive

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.1.6]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.7]

and process model of human resource risks in the health sector: A structural-interpretive modeling approach. Journal of Health Administration 2022; 24: 58-70 [Persian]

23. Mehrolhassani M, Amiresmaili M, Iranmanesh M. An Evaluation Model for Monitoring Human Resources in the Health System of Iran, Iranian Journal of Epidemiology 2019; 14: 40-49 [Persian]

24. Keshavarz Mohammadi N, Bahreini, F .A Review on the Role of Community Participation in Health Promotion Programs. Depiction of Health 2020; 10: 310-31 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.1.6]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.7]