# تأثير تطبيق برنامج تمريضي مُطوّر على أنشطة الحياة اليومية عند المسنين المقيمين في دور المسنين في اللاذقية

د. فاطمة قريط* د. سائر طنوس** سلمان محمود***

(الإيداع: 16 آيلول 2025، القبول: 16 تشرين الأول 2025 )

**الملخص:**

تنخفض المقدرة على أداء أنشطة الحياة اليومية لدى معظم المسنين نتيجة التقدم في السن، وهذا يؤدي الى انخفاض جودة الحياة والى الاعتماد على الأخرين في أنشطة الحياة اليومية، وزيادة تكاليف الرعاية الصحية. وتعتمد جميع أنشطة الحياة اليومية، باستثناء التنقل، على حركة اليد الماهرة، وبالتالي بالنسبة لكبار السن، يعد الحفاظ على وظيفة اليد أمرًا ضروريًا للعيش بشكل مستقل، ونظرًا لأن الكفاءة في أنشطة الحياة اليومية تعتمد إلى حد كبير على وظيفة اليد السليمة، فإن البحث حول تحسين وظيفة اليد لديه القدرة على المساهمة في استراتيجيات الوقاية أو التدخل للمساعدة في الحفاظ على الاستقلال الوظيفي لدى كبار السن.

دراسة أثر تطبيق برنامج تمريضي مطور على أداء أنشطة الحياة اليومية عند المسنين المقيمين في دور المسنين في اللاذقية.

تم اجراء دراسة شبه تجريبية بعد أن تم تحديد حجم العينة المناسب للبحث وهي 30 مسن تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة من المسنين المقيمين في دور المسنين في مدينة اللاذقية وهي (دار الراحة، دار البر والخدمات الاجتماعية، دار المواساة الإسلامية) خلال الفترة الواقعة بين (2024/5/1 وحتى 2024/12/1)، وتم جمع البيانات باستخدام أداتين هما استمارة البيانات الديموغرافية والصحية للمسن التي تم تصميمها من قبل الباحث بالاعتماد على استعراض المراجع ذات الصلة بالموضوع، ومؤشر بارثل The Barthel Index لقياس أنشطة الحياة اليومية. تم تفريغ البيانات ثم تحليلها باستخدام برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية spss.

أظهرت النتائج وجود تحسن في نتائج مؤشر بارثل بعد تطبيق البرنامج التمريضي المطور، حيث وجد فروق ذات دلالة احصائية مهمة جداً بين الاختبار القبلي والبعدي والتتبعي لأنشطة الحياة اليومية.

يوصى بإجراء برامج تدريبية للمسنين المقيمين في دور الرعاية لتعزيز وظائف أيديهم ووقايتها من التراجع والحفاظ على استقلاليتهم في أداء نشاطاتهم اليومية، وإجراء برامج لإعادة التأهيل الحركي لليدين.

**الكلمات المفتاحية:** تأثير، برنامج تدريبي، أنشطة الحياة اليومية، المسنين، دور المسنين.

* أستاذ مساعد– قسم تمريض البالغين – كلية التمريض– جامعة اللاذقية.

** أستاذ مساعد– قسم تمريض البالغين – كلية التمريض– جامعة اللاذقية .

***طالب دراسات عليا (دكتوراه)– قسم تمريض البالغين– كلية التمريض– جامعة اللاذقية .

# Effect of applying a developed nursing program on activities of daily living among elderly residing in nursing homes in Lattakia.

***Dr. Fatima Kuriet **Dr.Saer Tannos ***Salman Mahmoud**

**( Received: 16 September 2025, Accepted:16 October 2025)**

**Abstract:**

The ability to perform activities of daily living (ADL) declines in most older adults as they age. This leads to reduction in quality of life, dependence on others for activities of daily living (ADLs), and increased healthcare costs. All activities of daily living (ADLs), with the exception of mobility, rely on skilled hand movement. Therefore, for older adults, maintaining hand function is essential for independent living. Given that proficiency in ADLs is largely dependent on healthy hand function, research on improving hand function has the potential to contribute to prevention or intervention strategies to help maintain functional independence in older adults.

**Objective**: To study the impact of implementing an advanced nursing program on the performance of daily living activities among elderly residents of nursing homes in Lattakia.

A quasi-experimental study was conducted after determining the appropriate sample size for the research, which is 30 elderly people who were selected randomly from the elderly residing in nursing homes in the city of Lattakia (Dar Al Raha, Dar Al Ber and Social Services, Dar Al Mowasat Al Islamiya) during the period from (1/5/2024 to 1/12/2024). Data were collected using two tools: the demographic and health data form for the elderly, which was designed by the researcher based on a review of relevant references, and the Barthel Index to measure daily living activities. The data were transcribed and then analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

The results showed an improvement in the Barthel Index scores after implementing the advanced nursing program, with statistically significant differences found between the pre-, post-, and follow-up tests for activities of daily living.

It is recommended to conduct training programs for elderly residents of nursing homes to enhance their hand function, prevent decline, and maintain their independence in performing daily activities, as well as to implement hand motor rehabilitation programs.

**Keywords:** Effect, Training Program, Activity Of Daily Living, Elderly People, Nursing Home.

*Assistant Professor, Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Lattakia University, Lattakia, Syria.

**Assistant Professor, Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Lattakia University, Lattakia, Syria.

***PhD Student- Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Lattakia University, Lattakia, Syria.

**المقدمة:**

تتزايد الشيخوخة في جميع أنحاء العالم بخطى حثيثة، واليوم، يتوقع أن يصل معظم الناس إلى الستينيات من العمر وما فوق، وستكون نسبتهم بحلول عام 2030، واحد من كل ستة أشخاص في العالم، كما ستزداد نسبة السكان الذين تبلغ أعمارهم 60 عاماً فأكثر من مليار نسمة في عام 2020 إلى 1.4 مليار نسمة بحلول عام 2030، وسيتضاعف العدد الى (2.1 مليار نسمة) بحلول عام 2050. ومن المتوقع أن يتضاعف عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 80 عاماً فأكثر ثلاث مرات بين عامي 2020 و2050 ليصل إلى 426 مليون نسمة [1].

يُقدر عدد السكان الذين تبلغ أعمارهم 65 عاماً فأكثر في الجمهورية العربية السورية في منتصف عام 2025 بـ 1,239,819 نسمة، بزيادة قدرها 5.98% عن منتصف عام 2024، حين بلغ 1,169,911 نسمة، ويشهد هذا العدد نمواً مستمراً، وعلى مدار الفترة التي تغطيها بيانات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة منذ عام 1950، ارتفع هذا المؤشر بمقدار 4.71 مرة، وسُجل أدنى عدد للسكان الذين تبلغ أعمارهم 65 عاماً فأكثر في عام 1972، حين بلغ 225,136 نسمة، وتصف تقديرات السكان حسب العمر حجم السكان في هذه الفئة، وتعتمد تقديرات السكان على العوامل الديموغرافية للتغير، وهي الخصوبة والوفيات والهجرة [2].

تُعرَّف أنشطة الحياة اليومية في مجال الرعاية الصحية بأنها الأنشطة التي يمارسها الأفراد بشكل روتيني في حياتهم اليومية، والتي تُعدّ ضرورية للعيش باستقلالية عن الأسرة أو المساعدة الخارجية. ويُعد قياس القدرة أو عدم القدرة على أداء أنشطة الحياة اليومية أمرًا بالغ الأهمية لوصف الحالة الوظيفية للشخص، ومن ثم في تنفيذ التدخلات العلاجية. وتُستخدم تقييمات أنشطة الحياة اليومية بشكل رئيسي في مجال التمريض وإعادة تأهيل ذوي الإعاقة وكبار السن [3].

غالبًا ما يبلغ كبار السن عن صعوبات متزايدة في أداء المهام اليومية مثل ربط أربطة الحذاء، وربط وفك الأزرار والأقراط، والتقاط الأشياء من الحقائب وكتابة الملاحظات، وترتبط الوظيفة الحركية للطرف العلوي، وخاصة الوظيفة الحركية اليدوية، ارتباطًا وثيقًا بانخفاض القدرة على أداء أنشطة الحياة اليومية [4].

وجد (Beckman AGK.et.al) عام 2005 في السويد أن 14.6% من كبار السن (77+ سنة) لم يتمكنوا من فتح زجاجات الدواء بسبب ضعف الوظيفة الحركية اليدوية [5]. وبالمثل، أظهر (Dickinson C & Shim M) عام 2007 في انكلترا أن الانخفاض في أداء المهارة اليدوية أدى إلى تباطؤ معدلات القراءة باستخدام العدسة المكبرة بين كبار السن مقارنة بالبالغين الأصغر سناً [6]، وبنفس الطريقة وجد (Padilha DMP.et.al) عام 2007 في البرازيل أنه ارتبط الانخفاض في المهارة اليدوية أيضًا بزيادة في اللويحات السنية على الأسنان وأطقم الأسنان بين كبار السن، والتي يُعتقد أنها عامل مسبب لزيادة معدلات التهابات الغشاء المخاطي للفم بين كبار السن [7].

تُظهر الدراساتٍ أن الأنشطة المُقدمة في دور رعاية المسنين محدودة [8]. وأن النزلاء غالبًا ما يكونون غير نشيطين [9]. كما تُظهر الأبحاث السابقة أن العاملين في دور رعاية المسنين ملتزمون بالروتين، مثل مساعدة النزلاء في الرعاية الشخصية، والمساعدة العملية، والتغذية، واستخدام الحمام [10،11]، وغالبًا ما تفتقر دور رعاية المسنين إلى الفرصة والوقت لتقديم أنشطة لجميع النزلاء، ويدرك موظفوها أن بعض النزلاء قد يقضون وقتًا جالسين بمفردهم [12].

قد يُحسّن النشاط البدني، وإعادة التأهيل، أو ممارسة الرياضة الاستقلالية ويمنع تراجع أنشطة الحياة اليومية لدى كبار السن في دور الرعاية طويلة الأجل [13،14]. وقد أجريت العديد من الدراسات لتحسين قدرة المسنين على أداء أنشطة الحياة اليومية ففي دراسة قام بها (**Mohammadifard, M.** et. al.) عام 2016 في ايران، أظهرت النتائج أن التدريب لمدة 6 أسابيع يمكن أن يحسن وظيفة اليد ويحافظ على القدرة على أداء ADL لدى كبار السن [15].

ودراسة قام بها (Dechamps A.et.al) عام 2010 في فرنسا أظهرت أن التمارين الرياضية التي تركز على الأطراف العلوية والسفلية يمكن أن تحسن درجات اختبار جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى كبار السن، حتى في هؤلاء مع

مشاكل عصبية حادة [16]. ودراسة قام بها(Bahgeri H.et.al) عام 2010 في ايران، حيث أظهر أن التدريب على المقاومة التدريجي أدى إلى تحسين قوة العضلات وكانت هناك أيضًا علاقة مباشرة بين القوة والاستقلال في ADL [17]. ودراسة أخرى قام بها (Venturelli M.et.al) عام 2010 في إيطاليا، حيث وجد أن المجموعة التجريبية بعد برنامج تمرين لمدة 12 أسبوعًا أظهرت تحسنًا في أداء أنشطة الحياة اليومية [18].

تعتبر العناية التمريضية المقدمة للمسن مهمة جداً خاصة للمقيمين في دور المسنين، لأنهم أكثر فئة بين المسنين بحاجة الى رعاية، ويجب أن يكون الممرض على علم بالتغيرات التي تصيب المسن ويكون قادراً على القيام بمهامه في رعاية المسنين ومساعدتهم في الحفاظ على استقلاليتهم خلال أدائهم لنشاطاتهم الاعتيادية، وتوفير جودة حياة عالية، وتجنب الأذية، ومراقبة المشاكل الصحية المزمنة، وتتمثل المسؤولية الرئيسية لممرضة الشيخوخة في توفير استمرارية الرعاية الصحية والدعوة إلى الإشراف على الاستخدام المناسب لموارد الرعاية الصحية وتقديم الخدمات التعليمية لكبار السن وأسرهم [19].

تؤدي الشيخوخة إلى انخفاض تدريجي في الوظائف الحركية وتعتبر وظيفة اليد مهمة جدا في تمكين الاستقلال، لتصبح معظم أنشطة الحياة اليومية كالتغذية والعناية الذاتية وتناول الأدوية سهلة مع وظيفة اليد الطبيعية والا ستؤدي بالفرد إلى الاعتماد على مساعدة مقدمي الرعاية. وبالنظر لأهمية الاستقلالية في أداء أنشطة الحياة اليومية، وعدم وجود دراسة سابقة في سورية لتحسين القدرة على أداء أنشطة الحياة اليومية للمسنين المقيمين في دور الرعاية كان لابد من إجراء هذه الدراسة.

**2. هدف البحث:**

دراسة تأثير تطبيق برنامج تمريضي مُطوّر على أداء أنشطة الحياة اليومية عند المسنين المقيمين في دور المسنين في اللاذقية.

**3. المواد وطرائق البحث:**

**3-1 تصميم البحث:** شبه تجريبي.

**3-2 الحدود المكانية: مكان البحث:** أجريت هذه الدراسة في دور المسنين في مدينة اللاذقية وهي (دار الراحة، دار البر والخدمات الاجتماعية، دار المواساة الإسلامية)

**3-3 الحدود الزمانية:** تم جمع البيانات في الفترة الواقعة بين 2024/5/1 وحتى 2024/12/1.

**3-4 عينة البحث:** أجريت هذا الدراسة على عينة عشوائية قوامها 30 مسن من المسنين المقيمين في الدور المذكورة أعلاه من كلا الجنسين، حيث تم تقييم جميع المسنين المقيمين في هذه الدور، وقد بلغ عددهم 72 مسن من كلا الجنسين، وانطبقت معايير الدراسة على 48 منهم، ثم تم اختيار 30 منهم بطريقة عشوائية بسيطة عن طريق القرعة، وقد توفرت فيهم الصفات التالية:

1. العمر 65سنة أو أكثر.
2. جميع المشاركين لديهم رؤية طبيعية أو مصححة الى الطبيعية.
3. قادرين على التواصل اللفظي ولا يعانون من فقدان سمع أو ضعف سمع شديد.
4. لا يعانون من أي حالة عصبية أو جسدية يمكن أن تؤثر على اليدين (مثلا الشلل والتهاب المفاصل الروماتزمي وداء باركنسون والسكتة الدماغية وغيرها).
5. ليس لديهم تشخيص اضطراب عقلي أو نفسي.
6. ليس لديهم كسر أو جراحة حديثة في الذراع أو اليد

كان توزع المسنين الذين تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة كما يلي: 15 مسن في دار المواساة و13 مسن في دار الراحة و2 مسن في دار البر، وتم تقسيمهم إلى مجموعات صغيرة تحوي كل مجموعة (2–5) مسنين، وقد خضعوا لجلسات البرنامج التمريضي لمدة 3 أشهر بمعدل جلستين في الأسبوع لكل مجموعة.

**3–5 أدوات البحث:** تم جمع بيانات هذا الدراسة باستخدام أداتين وهما:

**الأداة الأولى: استمارة جمع البيانات الديموغرافية والصحية:** تم تصميمها من قبل الباحث بالاعتماد على استعراض المراجع ذات الصلة بالموضوع وتشمل جزأين هما:

- **الجزء الأول: ويشمل البيانات الديموغرافية** وتحوي معلومات حول (العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، المهنة، مدة الاقامة في الدار).
- **الجزء الثاني: ويشمل البيانات الصحية** مثل (حالة السمع، حالة البصر، الأمراض الحالية والمزمنة، الأدوية).

**الأداة الثانية: مؤشر بارثل The Barthel Index** [20]: طُوّر من قبل (Mahoney FI, Barthel D.1965) لقياس الأداء في أنشطة الحياة اليومية، وهو عبارة عن استمارة مقابلة تحوي عشر متغيرات تصف أنشطة الحياة اليومية Activity Of Daily Living (ADL ) كالتغذية والاستحمام والعناية الشخصية وارتداء الملابس والتغوط والتحكم بالمثانة والانتقال من السرير الى الكرسي والعكس والحركة على سطوح مستوية وصعود الدرج، وكل عنصر من المتغيرات العشرة له مستويات تتراوح من (0 – 15 ). كما تحدد هذه الأداة قدرة الفرد في جميع الجوانب من الأداء اليومي على مقياس من 0 الى 100 مع درجات أعلى تشير الى وظيفة أكثر كفاءة في أداء أنشطة الحياة اليومية [21،22]، ووفقا لذلك تعتبر الدرجة:

- من 0 الى 20 اعتمادا كاملا
- من 21 الى 60 اعتمادا شديدا
- من 61 الى 90 اعتمادا متوسطا
- من 91 الى 99 اعتمادا جزئيا
- ودرجة 100 على أنها استقلالية كاملة

**3. 6 طرائق البحث:**

1. تم الحصول على الموافقات الرسمية لإجراء الدراسة من كلية التمريض ومديرية الشؤون الاجتماعية والعمل باللاذقية ودور المسنين.
2. تم تطوير أداة الدراسة الأولى واعتماد أداة الدراسة الثانية بعد ترجمتها إلى اللغة العربية من قبل الباحث.
3. تم اختبار أداة الدراسة الثانية للتأكد من الترجمة وملائمتها للبيئة السورية من قبل خمسة خبراء في المجال ذي الصلة (التخصصات الطبية والتمريضية).
4. تم إجراء دراسة استرشادية (Pilot Study) على عينة مكونة من 3 مرضى للتأكد من ثبات الأداة الثانية وكانت قيمة معامل ألفا كرونباخ $r = 0.82$ .
5. تم الحصول على موافقة المسنين على المشاركة في الدراسة بعد شرح الهدف منها والتأكيد على سرية المعلومات وأنها لغرض البحث العلمي فقط.
6. تم مقابلة كل مسن بشكل منفرد لجمع المعلومات الديموغرافية والحيوية وتقييم أنشطة الحياة اليومية قبل البدء بتطبيق البرنامج التمريضي باستخدام أدوات البحث (الأداة I والأداة II). استغرقت المقابلة مدة تراوحت بين 30 – 45 دقيقة اعتماداً على مدى فهم وتعاون المسن.

7. **تطوير جلسات البرنامج التمريضي:** تم تطويرها من قبل الباحث بعد استعراض المراجع والأدبيات ذات الصلة بموضوع البحث، شارك المسنون في جلسات التدريب لمدة ثلاثة أشهر والتي تضمنت جلستين بالأسبوع بفاصل يومين بين كل جلسة والأخرى، ومدة كل جلسة 45 دقيقة.
8. **تقويم جلسات البرنامج التمريضي:** بعد تطبيق جلسات البرنامج التمريضي لمدة 3 أشهر من 1-6-2024 ولغاية 1-9-2024 تم إعادة تقييم أنشطة الحياة اليومية باستخدام (الأداة II) لكل مسن في العينة مباشرة بعد انتهاء تطبيق البرنامج التمريضي ثم بعد مضي 3 أشهر على انتهاء تطبيق البرنامج التمريضي المطور بتاريخ 1-12-2024 وذلك لتقييم فعالية البرنامج التمريضي المطبق.
9. تم تفريغ البيانات التي تم جمعها بإشراف احصائي متخصص ثم حللت باستخدام برنامج التحليل الاحصائي SPSS V25 باستخدام اختبارات التكرار (N) والمتوسط الحسابي (M) والانحراف المعياري (SD) والنسبة المئوية (%) واختبار التباين الأحادي (ANOVA).

**التداخل: تطبيق جلسات البرنامج التمريضي**

تم تجهيز قاعة في كل دار من أجل تطبيق جلسات البرنامج التمريضي موجود فيها: طاولة مع مجموعة من الكراسي بالإضافة الى أقلام رصاص ومجموعة من الأوراق البيضاء والمجلات الملونة والمقصات والملاقط والعملات المعدنية والأزرار وكرات مطاطية تكفي المسنين جميعا. وفي كل جلسة تم جمع المسنين في القاعة المجهزة سابقا وتم تطبيق البرنامج التمريضي كما يلي:

**الجلسة الأولى:** تم تعريف المسنين على البرنامج التمريضي المكون من مجموعة من التمارين والأنشطة، وشرح التمارين الخاصة باليدين وتنفيذها مع الباحث وتم تكرار كل تمرين 10 مرات لمدة 30 دقيقة ثم الأنشطة لمدة 15 دقيقة كما يلي:

**تمارين الأصابع والابهام:** قام الباحث بتعليم المسن القيام بالتمارين التالية وتنفيذها أمام الباحث بتكرار عشر مرات لكل تمرين:

- ضع ساعدك على الطاولة وابدأ بثني أصابعك ثم أفرد أصابعك ببطء حتى تصبح مسطحة على الطاولة
- ضح راحة يدك بشكل مسطح على الطاولة وارفع ابهامك وكل إصبع عن الطاولة بالتناوب
- ضح راحة يدك بشكل مسطح على الطاولة وانشر أصابعك ثم اجمعهم معا
- ضع مرفقك أو ظهر يدك على الطاولة وضع ابهامك مقابل طرف كل إصبع بالترتيب
- أمسك أصابعك الأربعة بشكل مستقيم واصنع دائرة كبيرة مع الابهام

**تمارين المعصم والساعد:**

- ادعم الساعد على الطاولة مع وضع اليد على حافة الطاولة ثم قم بمد الرسغ لأعلى ثم استرخ وخفض اليد لأسفل مرة أخرى
- ادعم ساعديك على طاولة مع وضع يديك على حافة الطاولة ثم اشبك يديك معا واثن معصميك لأعلى ولأسفل
- أمسك ساعديك بشكل افقي أمامك وضع راحتي اليدين معا ثم ادفع راحتي يديك معا لمدة 5 ثوان تقريبا ثم استرخ
- ضع راحة اليد بشكل مسطح على الطاولة مع الاستمرار في استقامة الرسغ والأصابع ثم اثن الرسغ باتجاه الاصبع الصغير أولا ثم باتجاه الابهام.

**مجموعة من الأنشطة: تشمل:**

- قبضة الكماشة: وهي إمساك شيء بين الابهام والسبابة حيث طلب الباحث من كل مسن تقليب صفحات الكتاب
- معاكسة الابهام: حيث طلب الباحث من كل مسن استخدام مشابك الغسيل والملاقط وضغط كرة مطاطية.

- قبضة الحامل ثلاثي القوائم: ويشار لها بقبضة قلم الرصاص حيث طلب الباحث من كل مسن استخدام المقص لقص أشكال صغيرة كصورة من مجلة وكذلك الكتابة مثل كتابة اسم المسن او غير ذلك.
- طلب الباحث من كل مسن أخذ حفنة من العملات المعدنية والأزرار واسقاطها واحدة تلو الأخرى على الطاولة ثم التقاط العملات المعدنية واحدة تلو الأخرى.
- تحريك كل إصبع على حده
- طلب الباحث من كل مسن لف القلم بين الأصابع مثل العصا.
- طلب الباحث من كل مسن التقاط قلم رصاص ولفه بين الابهام وكل إصبع من أصابع اليد.

وبنفس الطريقة طبقت جميع الجلسات.

**4. النتائج:**

**الجدول رقم (1): توزع أفراد العينة وفق البيانات الدّيموغرافية**

| المتغير | فئات المتغير | العينة = 30 | |
|---|---|---|---|
| | | N | % |
| اسم الدار | البر | 2 | 6.7 |
| | الراحة | 13 | 43.3 |
| | المواساة | **15** | **50.0** |
| العمر | 65–69 | 9 | 30.0 |
| | 70–74 | 6 | 20.0 |
| | 75 أو أكبر | **15** | **50.0** |
| الجنس | ذكر | 3 | 10.0 |
| | انثى | **27** | **90.0** |
| الوضع العائلي | عازب | 11 | 36.7 |
| | متزوج | 3 | 10.0 |
| | مطلق | 4 | 13.3 |
| | أرمل | **12** | **40.0** |
| المستوى التعليمي | ابتدائي | **16** | **53.3** |
| | اعدادي | 4 | 13.3 |
| | ثانوي | 5 | 16.7 |
| | جامعة أو أعلى | 5 | 16.7 |
| العمل السابق | عامل حرفي | 3 | 10.0 |
| | موظف | **14** | **46.7** |
| | عمل تجاري | 5 | 16.7 |
| | ربة منزل | 8 | 26.6 |
| مدة الإقامة في الدار | أقل من سنة | 7 | 23.4 |
| | من سنة الى < 5 سنوات | **15** | **50.0** |
| | من 5 سنوات إلى <10 سنوات | 4 | 13.3 |
| | عشر سنوات أو أكثر | 4 | 13.3 |

يظهر الجدول 1، توزع أفراد العينة وفق البيانات الدّيموغرافية، ويبين أن نصفهم 50% من المقيمين في دار المواساة، ونصفهم 50% من الفئة العمرية (75 سنة أو أكبر)، وغالبيتهم 90% من الاناث. والنسبة الأعلى منهم 40% من الأرامل، وأكثر من نصفهم 53.3% من حملة الشهادة الابتدائية، و46.7% منهم من الموظفين سابقاً، وبالنسبة لمدة الإقامة في الدار يبين الجدول أن نصفهم 50% موجود فيها منذ (سنة الى < 5 سنوات).

**الجدول رقم (2): توزع أفراد العينة وفق البيانات الصّحّية**

| المتغير | فئات المتغير | العينة = 30 | |
|---|---|---|---|
| | | N | % |
| صعوبات سمعية | لا مشكلة | **28** | **93.3** |
| | يستعمل سماعة | 2 | 6.7 |
| صعوبات بصرية | لا مشكلة | 13 | 43.3 |
| | يستعمل نظارة | **17** | **56.7** |
| وجود المرض المزمن * العدد 22 | أمراض القلب والأوعية الدموية | **19** | **86.36** |
| | أمراض الجهاز التنفسي | 2 | 9.09 |
| | أمراض الغدد الصم | 4 | 18.18 |
| | أمراض الجهاز العضلي الهيكلي | 4 | 18.18 |
| | أمراض الجهاز العصبي | 0 | 0 |
| الأدوية ** العدد 27 | أدوية القلب وخافضات الضغط | **26** | **96.30** |
| | أدوية تنفسية | 2 | 7.41 |
| | خافضات السكر | 4 | 14.81 |
| | المسكنات | 2 | 7.41 |
| | المدرات | 2 | 7.41 |
| | الفيتامينات | 3 | 11.11 |

يظهر الجدول 2 توزع أفراد العينة وفق البيانات الصّحّية، ويبين عدم وجود مشاكل سمعية لدى غالبيتهم 93.3%، بينما يعاني أكثر من نصفهم 56.7% من صعوبات بصرية ويستخدمون نظارات لتحسين قدرتهم البصرية. بالنسبة للأمراض المزمنة والأدوية، لدى النسبة الأعلى منها 86.36% مرض قلبي وعائي، وتستعمل النسبة الأعلى منهم 96.30% أدوية قلبية وخافضات ضغط.

**الجدول رقم (3): مقارنة أداء أفراد العينة لأنشطة الحياة اليوميّة قبل وبعد تطبيق البرنامج التمريضي المطور**

| النشاط اليومي | المتغير | قبلي | | بعدي | | تتبعي | | $X^2$ & | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | العدد | % | العدد | % | العدد | % | | |
| التغذية (تناول الطعام) | معتمد | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | **14.70** | **0.000**** |
| | يحتاج مساعدة | 8 | 26.67 | 0 | 0.00 | 3 | 10.00 | | |
| | مستقل | **22** | 73.33 | **30** | 100.00 | **27** | 90.00 | | |
| الاستحمام | معتمد | **17** | 56.67 | 4 | 13.33 | 10 | 33.33 | **53.20** | **0.014*** |
| | مستقل | 13 | 43.33 | **26** | 86.67 | **20** | 66.67 | | |
| العناية الذاتية | يحتاج لمساعدة | **17** | 56.67 | 5 | 16.67 | 14 | 46.67 | **16.62** | **0.000**** |
| | مستقل | 13 | 43.33 | **25** | 83.33 | **16** | 53.33 | | |
| ارتداء الملابس | معتمد | 3 | 10.00 | 0 | 0.00 | 1 | 3.33 | **14.05** | **0.045*** |
| | يحتاج مساعدة | **12** | 40.00 | 2 | 6.67 | 6 | 20.00 | | |
| | مستقل | 15 | 50.00 | **28** | 93.33 | **23** | 76.67 | | |
| التغوط | سلس | 2 | 6.67 | 2 | 6.67 | 2 | 6.67 | **16.0** | **0.000**** |
| | حوادث عرضية | 8 | 26.67 | 3 | 10.00 | 7 | 23.33 | | |
| | متحكم | **20** | 66.67 | **25** | 83.33 | **21** | 70.00 | | |
| التحكم بالمثانة | سلس | 2 | 6.67 | 2 | 6.67 | 2 | 6.67 | 3.60 | 0.521 |
| | حوادث عرضية | 6 | 20.00 | 5 | 16.67 | 6 | 20.00 | | |
| | متحكم | **22** | 73.33 | **23** | 76.67 | **22** | 73.33 | | |
| استعمال المرحاض | معتمد | 4 | 13.33 | 2 | 6.67 | 3 | 10.00 | 0.40 | 0.819 |
| | يحتاج مساعدة | 6 | 20.00 | 5 | 16.67 | 6 | 20.00 | | |
| | مستقل | **20** | 66.67 | **23** | 76.67 | **21** | 70.00 | | |
| الانتقال من السرير الى الكرسي | معتمد | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | **50.00** | **0.049*** |
| | مساعدة كبيرة | 2 | 6.67 | 1 | 3.33 | 2 | 6.67 | | |
| | مساعدة صغيرة | 6 | 20.00 | 4 | 13.33 | 5 | 16.67 | | |
| | مستقل | **22** | 73.33 | **25** | 83.33 | **23** | 76.67 | | |
| الحركة على أسطح مستوية | ثابت | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | **12.00** | **0.050*** |
| | ينتقل بكرسي | 2 | 6.67 | 2 | 6.67 | 2 | 6.67 | | |
| | يحتاج مساعدة | 6 | 20.00 | 3 | 10.00 | 5 | 16.67 | | |
| | مستقل | **22** | 73.33 | **25** | 83.33 | **23** | 76.67 | | |
| صعود ونزول الدرج | معتمد | 2 | 6.67 | 2 | 6.67 | 2 | 6.67 | **52.00** | **0.000**** |
| | يحتاج مساعدة | 12 | 40.00 | 4 | 13.33 | 8 | 26.67 | | |
| | مستقل | **16** | 53.33 | **24** | 80.00 | **20** | 66.67 | | |

يظهر الجدول 3، مقارنة أداء أفراد العينة لأنشطة الحياة اليوميّة قبل وبعد تطبيق البرنامج التمريضي المطور، حيث يلاحظ بالنسبة للتغذية (تناول الطعام) أن ثلاثة أرباع المسنين تقريباً 73.33% مستقلين خلال التقييم القبلي، وأصبح جميعهم 100% مستقل في تناول طعامه خلال التقييم البعدي، وبقي غالبيتهم 90% مستقل خلال التقييم التتبعي. مع وجود فروق ذات دلالة احصائية مهمة في التحسن الحاصل لصالح التقييم البعدي (p=0.000). بالتالي حقق البرنامج التمريضي المطور تحسناً في تناول الطعام لدى المسنين.

بالنسبة للاستحمام يلاحظ أن أكثر من نصف المسنين 56.67% معتمدين على الآخرين خلال التقييم القبلي، وأصبح معظمهم 86.67% مستقل في استحمامه خلال التقييم البعدي، وبقي أكثر من ثلثيهم 66.67% مستقل في استحمامه خلال التقييم التتبعي. مع وجود فروق ذات دلالة احصائية مهمة في التحسن الحاصل لصالح التقييم البعدي (p=0.014). بالتالي حقق البرنامج التمريضي المطور تحسناً في استحمام المسنين الذاتي دون الاعتماد على الآخرين.

بالنسبة للعناية الذاتية يلاحظ أن أكثر من نصف المسنين 56.67% يحتاج للمساعدة خلال التقييم القبلي، وأصبح معظمهم 83.33% مستقل في عنايته الذاتية خلال التقييم البعدي، واستمر أكثر من نصفهم 53.33% مستقل خلال التقييم التتبعي. مع وجود فروق ذات دلالة احصائية مهمة جداً في التحسن الحاصل لصالح التقييم البعدي (p=0.000). بالتالي حقق البرنامج التمريضي المطور تحسناً في أداء المسنين للعناية الذاتية.

فيما يتعلق بارتداء الملابس يلاحظ أن نصف المسنين 50% لا يحتاج للمساعدة خلال التقييم القبلي، وأصبح غالبيتهم 93.33% مستقل في ارتداء ملابسه خلال التقييم البعدي، واستمرت استقلالية ارتداء الملابس لدى أكثر من ثلاثة أرباعهم 76.67% خلال التقييم التتبعي. مع وجود فروق ذات دلالة احصائية مهمة في التحسن الحاصل لصالح التقييم البعدي (p=0.045). بالتالي حقق البرنامج التمريضي المطور تحسناً في ارتداء المسنين لملابسهم.

بالنسبة للتغوط يلاحظ أن النسبة الأعلى من المسنين 66.67% لديهم تحكم ذاتي بالتغوط خلال التقييم القبلي، وأصبح لدى معظمهم 83.33% تحكم ذاتي خلال التقييم البعدي، واستمر الحفاظ على التحسن لدى 70.00% منهم خلال التقييم التتبعي، مع وجود فروق ذات دلالة احصائية مهمة جداً في التحسن الحاصل لصالح التقييم البعدي (p=0.000). بالتالي حقق البرنامج التمريضي المطور تحسناً في قدرة المسنين على التحكم الذاتي بالتغوط.

بالنسبة للتحكم بالمثانة، يلاحظ أن لدى حوالي ثلاثة أرباع المسنين 73.33% تحكم ذاتي بالمثانة خلال التقييم القبلي، وأصبح لدى أكثر من ثلاثة أرباعهم 76.67% قدرة على التحكم بالمثانة خلال التقييم البعدي، وبقي التحكم بالمثانة موجود لدى حوالي ثلاثة أرباع المسنين 73.33% خلال التقييم التتبعي، مع عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية مهمة جداً في التحسن الحاصل (p=0.521). بالتالي لم يحقق البرنامج التمريضي المطور تحسناً كبيراً في قدرة المسنين على التحكم الذاتي بالتبول.

كذلك بالنسبة لاستعمال المرحاض، يلاحظ أن 66.67 % من المسنين لديهم قدرة على استعمال المرحاض بشكل مستقل خلال التقييم القبلي وأصبح لدى أكثر من ثلاثة أرباعهم 76.67% استقلالية في استخدام المرحاض خلال التقييم البعدي، وحدث تحسن أكبر خلال التقييم التتبعي حيث بلغت نسبة المستقلين منهم 70% لكن التحسن لم يكن ذو ذات دلالة إحصائية (p=819). بالتالي لم يحقق البرنامج التمريضي المطور تحسناً هاماً في قدرة المسنين على استعمال المرحاض.

بالنسبة للانتقال من السرير إلى الكرسي، يلاحظ أن حوالي ثلاثة أرباع المسنين 73.33 % لديهم قدرة على الانتقال من السرير الى الكرسي بشكل مستقل خلال التقييم القبلي، وأصبح لدى معظمهم 83.33% استقلالية في الانتقال من السرير إلى الكرسي خلال التقييم البعدي، وبقي التحسن لدى أكثر من ثلاثة أرباعهم 76.67% خلال التقييم التتبعي، والتحسن ذو دلالة إحصائية مهمة (p=0.049). بالتالي حقق البرنامج التمريضي المطور تحسناً هاماً في قدرة المسنين على الانتقال من السرير إلى الكرسي.

فيما يتعلق بالحركة على أسطح مستوية، يلاحظ أن حوالي ثلاثة أرباع المسنين 73.33% مستقلين في قدرتهم على الحركة على الأسطح المستوية خلال التقييم القبلي، وحدث تحسن خلال التقييم البعدي حيث أصبح معظمهم مستقل بالحركة على أسطح مستوية 83.33%، واستمر التحسن لدى أكثر من ثلاثة أرباعهم 76.67% خلال التقييم التتبعي، مع فروق ذات دلالة إحصائية مهمة (p=0.050). بالتالي حقق البرنامج التمريضي المطور تحسناً هاماً في قدرة المسنين على الحركة على أسطح مستوية.

بالنسبة لصعود ونزول الدرج، يلاحظ أن أكثر من نصف المسنين 53.33% كانوا مستقلين خلال التقييم القبلي، وقد حدث تحسن مهم جداً خلال التقييم البعدي حيث أصبح معظمهم 80% مستقل في صعود ونزول الدرج، وبقي التحسن لدى أكثر من ثلثيهم خلال التقييم التتبعي 66.67% مع فروق ذات دلالة إحصائية مهمة جداً (p=0.000) لصالح التقييم البعدي. بالتالي حقق البرنامج التمريضي المطور تحسناً هاماً في قدرة المسنين على الحركة على أسطح مستوية.

**الجدول رقم (4): مقارنة مستوى أداء أفراد العينة لأنشطة الحياة اليومية وفق مقياس بارثل قبل وبعد تطبيق البرنامج التمريضي المطور**

| التقييم / المستوى | القبلي | | البعدي | | التتبعي | | & $X^2$/p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | العدد | % | العدد | % | العدد | % | |
| 20– 0 اعتماد كامل | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 53.22 |
| 60 –21 اعتماد شديد | 7 | 23.3 | 2 | 6.7 | 3 | 10.0 | 0.000** |
| 90 –61 اعتماد متوسط | **19** | **63.4** | 5 | 16.7 | **17** | **56.6** | |
| 99 –91 اعتماد جزئي | 4 | 13.3 | **16** | **53.3** | 5 | 16.7 | |
| 100 استقلالية كاملة | 0 | 0 | 7 | 23.3 | 5 | 16.7 | |

يظهر الجدول 4، مقارنة مستوى أداء أفراد العينة لأنشطة الحياة اليومية وفق مقياس بارثل قبل وبعد تطبيق البرنامج التمريضي المطور، حيث يلاحظ أن خلال التقييم القبلي أن لدى النسبة الأعلى من المسنين 63.4% اعتماد متوسط على الآخرين في أنشطة الحياة اليومية، وأصبح لدى أكثر من نصفهم 53.3% اعتماد جزئي على الآخرين خلال التقييم البعدي، أما خلال التقييم التتبعي فقد تراجع الاعتماد لديهم وبقي أكثر من نصفهم 56.6% لديه اعتماد متوسط على الآخرين. مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية مهمة جداً بين التقييمات الثلاث لصالح التقييم البعدي (p=0.000). بالتالي ساعد البرنامج التمريضي المطور في تحسين أداء أنشطة الحياة اليومية لدى المسنين لكن هذا التحسن لم يستمر بشكل دائم.

**5. المناقشة:**

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن البرنامج التمريضي كان فعالاً في تحسين القدرة على أداء ADL لدى كبار السن، حيث وجدنا تحسن في أداء نشاطات الحياة اليومية في التقييم البعدي وبقي أعلى من التقييم البدئي في التقييم التتبعي (الجدولين3،4). وبشكل عام كان مستوى متوسط أداء أفراد العينة لأنشطة الحياة اليومية في التقييم البعدي أعلى من التقييمين البدئي والتتبعي مع أفضلية لمتوسطات التقييم التتبعي على متوسطات التقييم البدئي مع فروق ذات دلالة إحصائية مهمة جداً بين التقييم القبلي والبعدي والتتبعي.

ربما يعود هذا التحسن الى اكتساب المرونة للأصابع والتقليل من تيبس المفاصل من خلال الحركات والتمارين المتكررة لأن التكرار يعلم المهارة ويحافظ على المرونة في اليدين والمفاصل المشاركة في المهمة، بالإضافة لذلك قد يكون السبب تحسن

استثارة الخلايا العصبية الحركية من خلال التمارين التي قد تساهم في تحسين القدرة على التحكم في قبضة الأصابع. أما التراجع بعد انتهاء البرنامج التمريضي ربما يعود لغياب التحفيز وعودة المسنين لحياتهم الروتينية قبل تطبيق البرنامج التمريضي وعدم اهتمام مقدمي الرعاية بمتابعة تحفيز المسنين، أو يعود إلى اهمال المسنين وعدم متابعتهم لممارسة التمارين والأنشطة التي تعلّموها خلال فترة التدريب، كما أن كبار السن الذين يعيشون في مراكز الرعاية ليس لديهم الدافع للنشاط بسبب أسلوب حياتهم ومحدودية التواصل مع الآخرين، وهذا قد يفسر تدهور أدائهم بعد مضي ثلاثة أشهر على انتهاء البرنامج التمريضي.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة قام بها (**Mohammadifard M**.et.al) عام 2016 في ايران حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة أن التدريب لمدة 6 أسابيع يمكن أن يحسن وظيفة اليد ويحافظ على القدرة على أداء ADL لدى كبار السن. حيث أظهر تقييم الأنشطة اليومية باستخدام اختبار بارثيل زيادة في درجات بارثيل للمجموعة التجريبية بعد 3 و6 أسابيع من التدخل، وبعد متابعة لمدة شهر واحد، وعلى الرغم من انخفاض درجات بارثيل، كانت درجات المجموعة التجريبية أعلى من درجات المجموعة الضابطة وأعلى من الدرجات الأولية للمجموعة التجريبية [15].

كما كانت النتائج متسقة مع النتائج التي توصل إليها (Dechamps A.et.al) عام 2010 في فرنسا والتي أظهرت أن تدخل التمارين الرياضية الذي يركز على الأطراف العلوية والسفلية يمكن أن يحسن درجات اختبار جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى كبار السن، حتى في هؤلاء مع مشاكل عصبية حادة. وفي حين أن درجات ADL المقاسة قد انخفضت بشكل ملحوظ في المجموعة الضابطة، إلا أن المشاركين في المجموعة التجريبية أظهروا تدهورًا أقل في الأداء [16].

وكانت نتائج هذه الدراسة متسقة مع نتائج (Bahgeri H.et.al) عام 2010 في ايران والذي فحص تأثير تدريب المقاومة التدريجي على ADL لدى كبار السن حيث أظهر أن التدريب على المقاومة التدريجي أدى إلى تحسين قوة العضلات وكانت هناك أيضًا علاقة مباشرة بين القوة والاستقلال في ADL [17].

وتتوافق مع دراسة قام بها (Venturelli M.et.al) عام 2010 في إيطاليا والتي أظهرت فيها المجموعة التجريبية تحسنًا في أداء ADLs بعد برنامج تمرين لمدة 12 أسبوعًا [18]. ولكنها لم تتوافق مع نتائج دراسة قام بها (Singh NA.et.al) عام 1997 في استراليا، والذي قام بتجربة سريرية لمدة 10 أسابيع على كبار السن المصابين بالاكتئاب، حيث أظهر أن تدخل التمارين الرياضية لم يكن له أي تأثير كبير على ADL [23].

**6. الاستنتاجات:**

- نستنتج أن تطبيق البرنامج التمريضي المطور في هذه الدراسة أدى إلى تحسين أداء أنشطة الحياة اليومية عند المسنين.
- يمكن اعتبار تطبيق البرنامج التمريضي المطور من التداخلات التمريضية ذات الأثر الإيجابي على جودة حياة المسن.

**7. التوصيات:**

**7-1 توصيات على مستوى الممارسة السريرية:**

- تطبيق البرنامج التمريضي بشكل مستمر في دور المسنين لتحسين أداء أنشطة الحياة اليومية عند المسنين المصابين بتراجع في أداء أنشطة الحياة اليومية بالإضافة إلى تطبيقها كدور وقائي في تأخير تراجع أداء أنشطة الحياة اليومية.
- استخدام البرنامج التمريضي عند المرضى المصابين بأمراض تؤثر على اليدين مثل داء باركنسون.
- تدريب مقدمي الرعاية على تطبيق التمارين والأنشطة عند المسنين المقيمين في دور المسنين.

**7-2 توصيات على المستوى البحث العلمي:**

- إعادة الدراسة وتطبيقها على عينة أوسع من نزلاء دور المسنين في محافظات مختلفة لتعميم النتائج.
- إعادة تطبيق الدراسة على المسنين الموجودين في المجتمع للمحافظة على قدرتهم على أداء أنشطة الحياة اليومية أطول مدة ممكنة.

**8. المراجع:**


1. World Health Organization. (2024). Ageing and health. WHO. available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

2. World Population Prospects UN. (2025). Population ages 65 and above | Syrian Arab Republic. available at: https://statbase.org/data/syr-population-age-65-and-above/

3. Klimczuk, A., (2016). Activities of Daily Living, the Wiley Blackwell Encyclopedia of Family Studies**,** Wiley-Blackwell, Hoboken, New Jersey, (pp. 22-25). https://doi.org/10.1002/9781119085621.wbefs143

4. Ranganathan, V.K., Siemionow, V., Sahgal, V., Yue, G.H., (2001). Effects of aging on hand function. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(11):1478–84.

5. Beckman, A.G.K., Parker, M.G., & Thorslund, M., (2005). Can elderly people take their medicine? *Patient Education and Counseling*, 59(2):186-191.

6. Dickinson, C., & Shim, M., (2007). The influence of manual dexterity on reading speed with hand-held magnifier. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 48(9):4368-4374.

7. Padilha, D.M.P., Hugo, F.N., Hilgert, J.B., & Dal moro, R.G., (2007). Hand function and oral hygiene in older institutionalized Brazilians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(9):1333-38.

8. Kjøs, B.Ø., Havig, A.K., (2016). An examination of quality of care in Norwegian nursing homes_a change to more activities? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2):330-39 DOI 10.1111/scs.12249.

9. Harper Ice, G., (2002) Daily life in a nursing home: has it changed in 25 years? *Journal of Aging Studies*, 16(4):345-359 DOI 10.1016/S0890-4065(02)00069-5NB.

10. Harnett, T., (2010). Seeking exemptions from nursing home routines: residents' everyday influence attempts and institutional order. *Journal of Aging Studies*, 24(4):292-301 DOI 10.1016/j.jaging.2010.08.001.

11. Sandvoll, A.M., Kristoffersen, K., Hauge, S., (2012). New quality regulations versus established nursing home practice- a qualitative study. *BMC Nursing,* 11(1):1-7. DOI 10.1186/1472-6955-11-7.

12. Sandvoll, A.M., Kristoffersen, K., Grov, E.K., Hauge, S., (2015). When care situations evoke difficult emotions in nursing staff members: an ethnographic study in two Norwegian nursing homes. *BMC Nursing*, 14(40):1-6 DOI 10.1186/s12912-015-0093-7.

13. Bürge, E., Von Gunten, A., Berchtold, A., (2012). Factors favoring a degradation or an improvement in activities of daily living (ADL) performance among nursing home (NH) residents: a survival analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(1):250-57 DOI 10.1016/j.archger.2012.09.001.

14. Crocker, T., Young, J., Forster, A., Brown, L., Ozer, S., Greenwood, D.C., (2013). The effect of physical rehabilitation on activities of daily living in older residents of long-term care facilities: systematic review with meta-analysis. *Age and Ageing*, 42(6):682-88 DOI 10.1093/ageing/aft133.

**15. Mohammadifard, M., Raji, P., Hadian, M.R., Mahmoodian, M., Baghestani, A.R., Esmaeilian, H., (2016). The Effects of Hand Exercise Program on Activities of Daily Living of People Older Than 60 Years. *Journal of Modern Rehabilitation*, 10(4):193-98.** DOI: 10.18869/nirp.jmr.10.4.193

16. Dechamps, A., Diolez, P., Thiaudière, E., Tulon, A., Onifade, C., Vuong, T., Helmer, C., Bourdel-Marchasson, I. (2010). Effects of exercise programs to prevent decline in health-related quality of life in highly deconditioned institutionalized elderly Persons. *Archives of Internal Medicine*, 170(2):162-9.
17. Bahgeri, H., Abdolvahab, M., Raji, P., Jalili, M., Faghih Zadeh, S., Soltani, Z., (2010). The effects of progressive resistive exercises on activities of daily living of elderly persons (Persian). *Journal of Modern Rehabilitation*, 4(1-2):56-9.
18. Venturelli, M., Lanza, M., Muti, E & Schena, F., (2010). Positive Effects of Physical Training in Activity of Daily Living–Dependent Older Adults. *Experimental Aging Research*, 36(2):190-205.
19. World Health Organization (2020). Healthy ageing and functional ability. Available at: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability
20. Mahoney, F.I., Barthel, D.W., (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14:61–65.
21. Oveisgharan, S., Shirani, S., Ghorbani, A., Soltanzade, A., Baghaei, A., Hosseini, S., Sarrafzadegan, N. (2006). Barthel index in a middle-east country: Translation, validity and reliability. *Cerebrovascular Diseases*, 22(5-6):350–4.
22. Tagharrobi, Z., Sharifi Kh., Sooky Z. (2011). Psychometric evaluation of Shah version of modified Barthel index in elderly people residing in Kashan Golabchi nursing home. *Feyz Journals of Kashan University of Medical Sciences*, 15(3):213-24.
23. Singh, N.A., Clements, K.M., Fiatarone, M.A., (1997). A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 52(1):27–35.