دارای رتبه علمی پژوهشی از
کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور

انجمن علمی پرستاری ایران

فصلنامه
مدیریت ارتقای سلامت

دوره دوم شماره٤ (پیاپی ۸) پاییز ۱۳۹۲ - شماره استاندارد بین المللی: ۲۲۵۱-۸٦۱٤

تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مبتلا به آسم.....۷
راحله رجبی، سکینه سبزواری، فریبا برهانی، علی اکبر حقدوست، نسرین بازرگان

همبستگی خودکارآمدی و راهبردهای مدیریت تعارض در پرستاران.....۱٦
محمدعلی حسینی، الهه عظیم زاده

بررسی تأثیر آموزش به روش شبیه سازی شده بر میزان آمادگی پرستاران در انجام تریاژ حوادث.....۲٤
ابوالفضل فرجی، حمیدرضا خانکه، محمدعلی حسینی، کیانوش عبدی، پوریا رضاسلطانی

توانمندی بالینی و روانشناختی پرستاران و همبستگی آن ها با مشخصات فردی-اجتماعی.....۳۰
حسین ابراهیمی، راحله حسین زاده،منصوره زاغری تفرشی، صدف حسین زاده، محمد اصغری جعفرآبادی

بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و همبستگی آن با میزان اضطراب و برخی مشخصات جمعیت شناسی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی البرز.....۳۹
روح انگیز نوروزی نیا، مریم آقابراری، محمود کهن، مهرداد کریمی

همبستگی بین رفتار شهروندی سازمانی و ابعاد آن با مشارکت شغلی در کارکنان دو بیمارستان خصوصی و دولتی شهر تهران.....۵۰
محمد سلیمی، افسانه حسنی، مهدی رعدآبادی، مسعود طاهری میرقائد، سید هادی حسینی، محمد بختیاری

بررسی سبک های دفاعی به کار گرفته شده در موقعیت های تنش زا توسط پرستاران.....۵۷
نوراله طاهری، حمید حجتی، سالار کمانگر، سید ضیاء الدین موسوی، ساسان قربانی، سکینه فرهادی، هانیه حجتی، بهمن چراغیان

تحلیلی برمداخلات توانمندسازی در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن: مطالعه مروری.....٦۵
زهرا فتوکیان، فرحناز محمدی شاهبلاغی، مسعود فلاحی خشکناب

به نام خداوند جان و خرد

مجله مدیریت ارتقای سلامت

فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره دوم-شماره ٤ (پیاپی ٨) - پاییز ١٣٩٢

•**صاحب امتیاز:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**مدیر مسؤول:** دکتر محمدعلی حسینی

•**سردبیر:** دکتر فریده یغمایی

•**معاون سردبیر:** فرشته نجفی

•**شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:** ۸۰۶۷/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۴/۴

•**شماره بین المللی نشریه چاپی:** ISSN: ٢٢٥١-٨٦١٤ مورخ ١٣٩٠/١٢/١٠

•**شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی:** e-ISSN: ٢٢٥١-٩٩٤٧ مورخ ١٣٩١/٣/٨

رتبه علمی-پژوهشی مورخ ۱۳۹۱/۲/۱۶شماره رتبه علمی-پژوهشی کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی۱۰۰/۳۱۸

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر طاهره اشک تراب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر اردشیر افراسیابی فر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر عنایت اله بخشی، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهرنوش پازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمید پیروی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی چراغی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی حسینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سیده فاطمه حقدوست اسکویی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر ناهید رژه، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فرخنده شریف، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر حیدرعلی عابدی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان-خوراسگان
- دکتر عباس عبادی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر عباس عباس زاده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مسعود فلاحی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر لیلا قلی زاده، استادیار دانشگاه فناوری سیدنی، استرالیا
- دکتر مسعود کریملو، دانشیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سید حبیب اله کواری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سعاد محفوظ پور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر علی محمد پور، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر رضا نگارنده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر کیان نوروزی تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علیرضانیکبخت نصرآبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجیده هروی کریموی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

داوران این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فروزان آتش زاده شوریده
- دکتر عنایت اله بخشی
- دکتر سمانه حسین زاده
- دکتر فاطمه حشمتی نبوی
- دکتر ناهید رژه
- دکتر مهدی رهگذر
- پوریا رضا سلطانی
- دکتر رضا ضیغمی
- بتول نحریر
- دکتر مجیده هروی کریموی

•**ویراستار انگلیسی:** دکتر فریده یغمایی، مهندس پگاه یغمایی

•**ویراستار فارسی:** دکتر فریده یغمایی

•**حروفچینی و صفحه آرایی:** مهندس صادق توکلی

•**طراح جلد:** مهندس صادق توکلی

•**ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**نشانی:** تهران میدان توحید-دانشکده پرستاری و مامایی تهران

•**کدپستی:** ١٤١٩٧٣٣١٧١ **صندوق پستی:** ١٤١٩٥/٣٩٨ **تلفن و نمابر:** ٦٦٥٩٢٥٣٥

E-mail: info@jhpm.ir , **Website:** http://jhpm.ir

این مجله در SID, Magiran, Iran Medex, ISC, Google Scholar **نمایه می شود.**

مدیریت ارتقای سلامت دوره ۲ شماره ۴ پاییز ۱۳۹۲ ۷۶-۶۵

تحلیلی برمداخلات توانمندسازی در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن: مطالعه مروری

زهرا فتوکیان[۱]، *فرحناز محمدی شاهبلاغی[۲]، مسعود فلاحی خشکناب[۳]

چکیده

مقدمه: رشد جمعیت سالمندان جهان، منجر به افزایش میزان بیماری های مزمن خواهد شد. مداخلات توانمندسازی برای کاهش هزینه های بهداشتی، کسب استقلال، خودکارآمدی و اخذ تصمیمات مرتبط با سلامتی حیاتی می باشند. هدف از مطالعه حاضر، تحلیل مداخلات توانمندسازی در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن است.

مواد و روش ها: یک مطالعه مروری از نوع توصیفی جهت بررسی چگونگی توانمندسازی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انجام شد. جستجوی کامپیوتری و کتبی مقالات بدون در نظر گرفتن محدودیت زمانی از پایگاه های اطلاعاتی Pub Med، Ovid، Science Direct، Elsevier، IranMedex انجام شد. پس از جستجو، ۲۰ مقاله براساس معیارهای پژوهش انتخاب شد. این مطالعات براساس چارچوب مرور مقالات Sidani & Braden مورد بررسی و نقد قرار گرفتند.

یافته ها: تحلیل مطالعات، مواردی را نشان داد که شامل عدم استفاده از چارچوب نظری خاص توانمندی، عدم وضوح معیارهای برآیند، عدم توجه به همه ابعاد توانمندسازی، عدم توجه به تاثیر متغیرهای جمعیت شناسی بر توانمندسازی و عدم پیگیری برنامه می باشد.

نتیجه گیری: با توجه به محدودیت های تعیین شده در مداخلات توانمندسازی، پیشنهاد می شود که در اجرای مداخلات توانمندسازی در بیماری های مزمن، به همه ابعاد توانمندسازی توجه شود.

کلید واژه ها: توانمندسازی، سالمندی، بیماری مزمن.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۴/۲۰

۱- دانشجوی دکترای پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- استادیار، عضو مرکز تحقیقات مسائل روانی اجتماعی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. **(نویسنده مسؤول)**

پست الکترونیکی: F_mohammadi_2000@yahoo.com

۳- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

مقدمه

سالمندی از پدیده های مطرح در عرصه بهداشت و سلامت جهانی می باشد (۱). با رشد سریع جمعیت سالمندی تخمین زده می شود که تا ۴۰ سال آینده، جمعیت بالای ۶۵ سال جهان دوبرابر شود. به طوری که ۵۲ درصد آن ها در کشورهای آسیایی و ۴۰ درصد در کشورهای پیشرفته می باشند. بسیاری از آن ها نیز به دلیل مشکلات مرتبط با سلامتی، نیاز به مراقبت بهداشتی و درمانی دارند (۲). ایران نیز به عنوان یکی از کشورهای درحال توسعه، از این تغییرات جمعیتی مستثنی نیست. به طوری که روند پیر شدن در کشور، از رشد جمعیت سالمندی حکایت دارد. براساس سرشماری سال۱۳۹۰، سالمندان، ۸/۲۴ درصد جمعیت کشور را (معادل ۶۲۰۴۷۲۰ نفر) شامل می شوند. برآورد شده است تا سال ۱۴۰۰، ۱۰ درصد جمعیت کشور را سالمندان تشکیل دهند (۳). با در نظر گرفتن روند روبه رشد جمعیت سالمندی و کاهش توانائی های جسمی، روانی و فراوانی بیشتر بیماری های مزمن در سالمندان (۱)، توجه به توانمندسازی آن ها یک ضرورت محسوب می شود. زیرا فراوانی بیماری های مزمن در سالمندان باعث شده است که بیشتر بودجه بهداشتی و درمانی صرف درمان و مراقبت آن ها شود. از سویی دیگر، افزایش هزینه های بستری در بیمارستان، مشکلات ناشی از دوری از خانواده و خطر ابتلا به عفونت های بیمارستانی موجب شده که امروزه، مراقبت در منزل مورد استقبال بیشتری قرار گیرد (۴). به همین دلیل، اهمیت طراحی راه های خلاقانه و معنی دار برای کسب برآیندهای سلامتی با توانمندکردن سالمندان در همه ابعاد مراقبتی لازم است. این مداخلات، مشارکت سالمند را در اخذ تصمیمات مرتبط باسلامتی و ارتقاء سلامت افزایش می دهد (۵).

ظهور مفهوم توانمندسازی از زمانی است که جوامع با افزایش هزینه های مراقبت بهداشتی و درمانی روبرو شدند. لذا دولت ها تلاش کردند تا هزینه های مراقبت بهداشتی و درمانی را با تقویت مسئولیت مراقبت از خود، در بیماران و سالمندان کاهش دهند (۶). این مفهوم، نخستین بار در دهه ۱۹۷۰ به عنوان یک عامل ارتقاء سلامت توسط Paulo Freire مطرح شد. وی معتقد بود که توانمندسازی یک فرایند و برآیند است (۷). در بعد فرایند، توانمندسازی یک فرایند پویا و مثبت است که بر قدرت، شایستگی، قابلیت های افراد و "خودصلاحیتی" (Self-capacity) متمرکز است (۸). توانمندسازی بیمار یعنی کمک به بیمار تا با توسعه و کشف ظرفیت ذاتی خود مسئولیت زندگی خود را برعهده گیرد (۹). توانمندسازی برای مبتلایان به بیماری مزمن به معنای آن است که آن ها مسئولیت مراقبت مرتبط با سلامتی خود را برعهده گیرند (۱۰).

Shearer & Fleury، هدف از توانمندسازی را رسیدن به "خودصلاحیتی" بیان می کند. شناخت خودصلاحیتی، توانایی سالمند مبتلا به بیماری مزمن جهت مشارکت در حل مشکل را افزایش می دهد و تغییرات معنی داری را در رفاه و آسایش وی ایجاد می کند (۱۱). براین اساس، سیاست طرح مراقبت از بیماری های مزمن برای مراقبت اولیه و کنترل بیماری تدوین شده است تا نیاز به بستری شدن بیماران در بیمارستان کاهش یافته، هزینه های درمانی تنزل پیدا کند و بیماران ناتوان از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار شوند. هدف این طرح، ارتقاء خود مدیریتی و توانمندشدن بیماران و افراد خانواده آن ها می باشد (۱۲).

مطالعات نشان می دهد که سالمندان بخصوص سالمندان مبتلا به یکی از بیماری های مزمن در مدیریت بیماری ناتوان هستند، در حالیکه دانش و آگاهی از منابع فردی و اجتماعی به توسعه سلامتی و ارتقاء کیفیت زندگی آن ها کمک می کند (۱۳). لذا اجرای مداخلات موثر توانمندسازی برای این افراد ضروری است. اما با وجود اهمیت توانمندسازی در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن، مرور مطالعات نشان می دهد که در مداخلات توانمندسازی به همه ابعاد توانمندسازی توجه نمی شود. به طوری که در برخی از مطالعات، اجرای برنامه آموزشی خاص یا اجرای یک برنامه ورزشی خاص معادل توانمندسازی در نظرگرفته می شود (۲۵،۳۴). در این مطالعات، برنامه های توانمندسازی جامع که شامل همه ی ابعاد فردی و اجتماعی باشد، مورد توجه نبوده است که بیانگر عدم شناخت کافی ابعاد

توانمندسازی است. هدف از مطالعه حاضر، تحلیل انتقادی مداخلات توانمندسازی در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن است.

مواد و روش ها

در مطالعه حاضر، بررسی در دو مرحله انجام شده است:

مرحله اول: جستجوی کامپیوتری و کتبی مقالات بدون در نظر گرفتن محدودیت زمانی انجام شد. جستجوی کامپیوتری از پایگاه های اطلاعاتی Pub Med، Ovid، Science Direct، Elsevier، IranMedex برای یافتن مقالاتی که عناوین آن ها دارای واژه های جستجوی زیرباشد، انجام شد: توانمندسازی، سالمندی، سالمندان، بیماری مزمن، توانمندسازی سالمندان، مدل توانمندسازی، توانمندسازی و سالمندی، برنامه توانمندسازی، توانمندسازی و سالمندان مبتلا به بیماری مزمن. معیارهای ورود اولیه مقالات شامل موارد زیر بودند: ۱.مقالاتی که به زبان انگلیسی و فارسی چاپ شده اند ۲. مطالعاتی که بر روی افراد سنین بالای ۶۰ سال انجام شده اند ۳. مطالعات مداخله ای(تجربی و نیمه تجربی)که در مورد توانمندسازی سالمندان مبتلا به یکی از بیماری های مزمن انجام شده باشد. معیارهای خروج شامل: مطالعات موردی و کیفی بود. پس از جستجو، ۵۸۰ مقاله استخراج شد که ۲۰ مقاله دارای معیارهای ورود بودند.

مرحله دوم: با توجه به اینکه برآیند توانمندسازی، ارتقاء سلامت و تغییر رفتار است، در مطالعه حاضر سعی شده است که از چارچوب نقد متناسب با مداخلات ارتقاء دهنده سلامت و تغییر رفتار استفاده شود. لذا از رویکرد Sidani & Braden برای ارزشیابی فرایند مداخلات استفاده شد (۱۴). نویسندگان چارچوبی را برای نقد مقالات مداخله ای طراحی کردند که شامل معیارهای ارزشیابی زیر می باشد: ۱. ارتباط مداخلات با برآیند مورد نظر ۲. چارچوب نظری مرتبط با اثر مداخلات ۳. اجزای مداخلات ۴. سطح پیچیدگی، قدرت و درستی مداخلات ۵. عوامل خارجی موثر بر مداخلات ۶. مداومت روش اجرا و ارتباط آن با مداخلات ۷. اعتبار و اعتماد معیارهای برآیند ۸. برآیند مورد انتظار ۹. اثربخشی مداخلات (۱۴). لازم به ذکر است که این چارچوب استاندارد شده در مطالعه مروری توصیفی دیگری مورد استفاده قرار گرفته است (۱۵). لذا در مطالعه حاضر، مطالعات با چارچوب ۹ معیار استاندارد Sidani & Braden نقد و مقایسه شدند. این چارچوب بخشی از مطالعه Sidani & Braden با عنوان "ارزشیابی مداخلات پرستاری، یک رویکرد مشتق از نظریه" است که توسط آن ها در سال ۱۹۹۸ استخراج شد(۱۴).

پس از بررسی، برخی گام ها ادغام شد و به صورت چارچوب کدگذاری(Coding Frame) در ۵ مرحله تدوین شد. سپس مقالات، براساس ۵ معیار چارچوب مورد ارزشیابی قرار گرفتند (جدول۱). این ۵ معیار شامل مراحل زیر می باشد: ۱. نام آخر نویسنده، سال انتشار و عنوان مداخله، ۲. ویژگی های محیط و نمونه پژوهش، ۳. چارچوب نظری هدایت کننده مداخله، ۴. روش مطالعه (طرح/ مشارکت کنندگان/ معیارهای برآیند) و ۵. نتایج.

یافته ها

۲۰ مطالعه مرتبط با مداخلات توانمندسازی در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن، معیارهای ورود به مطالعه را داشتند. در ۱۴ مطالعه، از طرح کارآزمایی بالینی(۹،۲۸-۱۶،۳۱) و در ۶ مطالعه از طرح نیمه تجربی استفاده شده است (۳۴-۲۹) (جدول۱).

جدول۱: ویژگی های مداخلات توانمندسازی درسالمندان مبتلا به بیماری مزمن

نویسنده/ سال/عنوان	ویژگی های محیط و نمونه پژوهش	مفهوم سازی توانمندسازی/چار چوب نظری	ترکیب و میزان مداخله	معیارهای برآیند	نتایج/نتیجه گیری ها
Adolfsson et al (۱۶): توانمندسازی با آموزش به بیمار در دیابت نوع۲: یک مطالعه پیگیری یکساله کنترل شده بصورت تصادفی	مطالعه در۷ مرکز مراقبت اولیه در سوئد انجام شد. ۴۲ نفر در گروه کنترل و ۴۶ نفر در گروه شاهد بودند. معیارهای ورود شامل:افرادی که آنتی بیوتیک خوراکی یارژیم درمانی داشتند و سن بالا یا مساوی ۷۵سال داشتند. میزان هموگلوبین گلیکوزیله خونشان نیز بالای ۱۰-۶/۵ بود و سابقه حداقل ۱ سال ابتلاء به دیابت داشتند.	از چارچوب نظری استفاده نشد.	مطالعه، کارآزمائی بالینی است. شرکت کنندگان شامل ۸-۵ بیماربود. ۷پزشک و ۱۲ پرستارمتخصص دیابت، آموزش های خودمراقبتی را در اختیار بیماران قرار می دادند.	در پیگیری اولیه میزان اعتماد به دانش دیابت، خودکارآیی، رضایت از زندگی روزانه بررسی شد. کنترل قندخون با "تست قند خون گلیکوزیله (HgA1c) " و اندازه گیری "شاخص توده بدنی" انجام شد.	در پیگیری یکساله، گروه مداخله اعتماد به نفس بیشتری در زمینه دانش مربوط به دیابت داشتند.
Anderson et al (۹): توانمندسازی بیمار، نتایج یک کارآزمائی بالینی	برنامه آموزشی دیابت توسط فارغ التحصیلان مرکز پزشکی دانشگاه میشیگان ارائه شد، نمونه ها شامل ۶۴بیمار مبتلا به دیابت بود. ۴۶ بیمار به صورت تصادفی در گروه مورد و ۱۸نفر در گروه شاهد قرار داده شدند.	هیچ چارچوب نظری شناسایی نشد.	مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی بود. برنامه آموزشی در ۶ بخش به مدت ۶ هفته و هربار به مدت ۲ساعت برای آموزش بیماران طراحی شد.	پرسشنامه "خودکارآمدی (Self-efficacy) ، نگرش دربیماران میتلا به دیابت"، شاخص "مراقبت دیابت" و کنترل قندخون با HgA1c ابزارهای سنجش بودند.	پیشرفت زیادی در خودکارآمدی،کاهش نگرش منفی درمورد زندگی با دیابت و کاهش چشمگیری درمیزان هموگلوبین گلیکوزیله خون مشاهده شد.
Boonyaspun (۲۹): تاثیر برنامه توانمندسازی تغذیه محور بر مصرف غذا و چربی خون در سالمندان دارای هیپرلیپیدمی	۱۰۷ سالمند ساکن Thaiدر برنامه ارتقاء سلامت مشارکت داشتند. ۵۹ سالمند در گروه کنترل و ۴۸ نفردر گروه شاهد قرار داده شدند. معیارهای ورود شامل: عدم سابقه افزایش چربی خون، عدم سابقه مصرف داروهای پائین آورنده چربی، کلسیم و فشارخون.	نظریه آموزش بزرگسالان، مفهوم توانمندسازی و ویژگیهای تغذیه ای سالمندان	مطالعه از نوع نیمه تجربی، قبل و بعد از آزمون با یک گروه کنترل بود. برای گروه تجربی، کارگاه آموزشی اجراشد. ویزیت در منزل به مدت ۲ ماه هفته ای دوبار به منظور مشاهده نحوه مصرف غذا انجام شد.	"پرسشنامه ۵۶ عبارت" طراحی شد. مصرف غذا، میزان چربی خون و مشکلات بهداشتی در قبل و ۲ ماه پس از مداخله اندازه گیری شد.	کاهش میزان چربی خون اشباع شده، کلسترول وقند خون،افزایش مصرف روغن گیاهی و چربی مفید خون در ۲ ماه پس از مداخله مشاهده شد.
Clark et al (۱۷): مداخلات برای حفظ ورزش و الگوی غذایی سالم در سالمندان	۹۶۸سالمند با میانگین سنی ۷۵ سال به طور تصادفی در ۴ گروه مداخله قرار داده شدند: این مطالعه توسط برد مرور موسسه ای(Institutional Review Board) انجام گردید.	چارچوب نظری عمومی این پژوهش الگوی نظریه تغییر رفتاربهداشتی (Transtheore tical Model) است.	پس از انتخاب ۹۶۸ سالمند دارای شرایط ورود به پژوهش، مداخلات در۴ گروه اجراشد: گروه۱) برنامه ی ورزشی، گروه۲) برنامه مصرف میوه و سبزیجات، گروه۳) برنامه ورزش و مصرف میوه و سبزیجات و در گروه ۴) هیچ مداخله ای اجرانشد. این مداخله در مدت ۴۸ ماه اجراشد.	طرح مطالعه کارآزمائی بالینی بود. برآیندها با "SF-36"، "آزمون تناسب ارشد"(Senior Fitness Test)، "بررسی عملکرد شناختی" و معیارهای جسمی(وزن، قد و دورکمر)انجام شد.این معیارها در شروع مطالعه، ۱۲، ۲۴ و ۳۶ ماه پس از مداخله اندازه گیری شدند.	برآیندهای رفتاری در گروهی که آموزش تغذیه و ورزش داشتند، بهتراز سه گروه دیگر بود. به طوری که در این گروه میزان خودکارآمدی، اعتماد به نفس، احساس رضایت از زندگی و کیفیت زندگی بیشتر از ۳ گروه دیگر بود.
Davidson & Dehger (۱۸): توانمندسازی سالمندان مبتلا به سرطان پروستات	در مرکز مراقبت سرپائی وینیپک(Winnipeg)، ۶۰ بیمارمبتلا به سرطان پروستات مورد بررسی قرار گرفت. معیار ورود: افراد تازه تشخیص داده شده که هنوز درمان های اولیه در آن ها شروع نشده بود. دارای سواد خواندن و نوشتن، مسلط به زبان انگلیسی و فاقد اختلالات شناختی بودند.	چارچوب مفهومی الگوی توانمندسازی Conger & Kanungo استفاده شد.	مطالعه از نوع تجربی بود. همه نمونه ها در یک مطالعه مقدماتی شرکت داده شدند. همه نمونه ها، اطلاعات کتبی یکسان در مورد افزایش خود کارآمدی در بیماری دریافت کردند. مصاحبه ها توسط پرستاران انجام شد.	از شاخص "ویژگی بیانی"، ابزار "افسردگی" و پرسشنامه حاوی متغیرهای جمعیت شناسی و اجتماعی استفاده شد.	افراد گروه مداخله، نقش فعال در تصمیمات درمانی و اضطراب داشتند. اما میزان افسردگی در دو گروه یکسان بود.
Decoster & George (۳۰): یک رویکرد توانمندسازی برای سالمندان مبتلا به دیابت	۱۱سالمند مبتلا به دیابت بالای ۶۰ سال برای مطالعه انتخاب شدند. نمونه ها فاقد اختلالات شناختی و ذهنی بودند. میانگین سنی این افراد ۷۴ سال بود.	دیدگاه فمینیستی قدرت به عنوان حس انرژی، پتانسیل و صلاحیت مبنای کار بود.	طرح نیمه تجربی با یک گروه انجام شد. برای کنترل قندخون، مشاوره هفته ای یکبار بمدت ۱ساعت درطول ۶ ماه انجام شد. این برنامه مشاوره ای متمرکز برحل مشکلات و مشارکت در اطلاعات مراقبت از خود بود.	از ابزارهای "مراقبت از خود"، "خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت" و اندازه گیری هموگلوبین گلیکوزیله خون برای سنجش تاثیر مداخلات استفاده شد.	پس از ۶ ماه کاهش میزان هموگلوبین گلیکوزیله خون تا ۱درصدگزارش شد و رفتارهای خود کارآمدی و خودمدیریتی، رشد چشمگیری داشته است.
Figar(۱۹): تاثیراجرای برنامه توانمندسازی آموزش نحوه کنترل	۶۰ سالمند با سابقه فشارخون بالا در بیمارستان ایتالیانو واقع در ایتالیا در مطالعه شرکت کردند. ۳۰ نفر در گروه مداخله آموزش داده شد. برای	چارچوب نظری تعریف نشده است.	طرح مطالعه از نوع کارآزمائی بالینی بود. سه کارگاه آموزشی کنترل فشارخون با تمرکز بر مدیریت و نحوه	فشارخون اولیه و شبانه-روزانه، در ابتدا و انتهای کار اندازه گیری شد.از دستگاه کنترل فشارخون	فشار خون گروه مورد خیلی بهتر از فشارخون گروه شاهد کنترل شده بود.

فشارخون بر فشارخون سالمندان مبتلا به پرفشاری خون	۳۰ نفر دیگر که در گروه شاهد قرار گرفتند، مداخله آموزشی اجرانشد. معیارهای ورودشامل: سن بالای ۶۵سال، سابقه فشارخون بود.		اندازه گیری فشارخون تشکیل شد.آموزش در کارگاه ها توسط پزشکان مجرب ارائه شد.	دیجیتالی مدل-OMROM 450 برای کنترل فشارخون استفاده شد.	
Golant et al (۳۱): مدیریت اثرات جانبی سرطان برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سرطان	درشهرSanta Monica کالیفرنیا، ۳۰ بیمار(۲۶زن و ۴ مرد) در مطالعه مقدماتی و پیگیری شرکت داده شدند.	چارچوب نظری تعریف نشده است.	مطالعه نیمه تجربی است. درگروه مداخله، نحوه کنترل درد و خستگی و نحوه زندگی با کاهش گلبول سفید خون آموزش داده شد. پرسنل مجرب، روزانه یک ربع ساعت بمدت ۳۰روز با تلفن و پست الکترونیکی به نمونه ها آموزش می دادند.	از "شاخص مختصر علائم(Brief symptoms Index) "برای اندازه گیری دیسترس عاطفی استفاده شد.	در گروه مداخله، سطح دیسترس عاطفی کاهش یافته بود و علائمی مانند درد وخستگی کمتر از گروه شاهد گزارش شد.
Bucknall et al (۲۰): آزمایش خودمدیریتی دربیماران مبتلا به درجه متوسط و شدید COPD (Chronic obstructive Pulmonary Disease) مراجعه کننده به بیمارستان های گلاسگو(Glasgow): کارآزمائی بالینی	این مطالعه بر روی ۴۶۴سالمند مبتلا به COPD در مراکز درمانی انگلستان انجام شده است. ۲۳۲ بیمار با میانگین سنی ۷۰ سال درگروه مداخله و ۲۳۲ بیمار با میانگین سنی ۶۸/۳ سال در گروه کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورودشامل بیماران مبتلا به COPD که نسبت FEV1 (Forced Expiratory Volume) به FVC (Forced Volume Capacity) کمتراز ۷۰درصد داشته باشند. معیارهای خروج شامل سابقه آسم، بیماری های قلبی و سرطان بود.	آموزش پرستاران براساس نظریه خودتنظیمی بود	مطالعه از نوع کارآزمائی بالینی بود. بیماران مراجعه کننده به ۶ بیمارستان گلاسگو لاناکاشیر (Lanakashire)، انتخاب و به طور تصادفی در گروههای مداخله و شاهد قرار گرفتند. به گروه مداخله جزوات آموزشی داده شد. سپس تماس تلفنی با آن ها برقرارشد. برای افرادی که قبلا ثبت نام کرده بودند، ویزیت در منزل نیز انجام شد. پرسشنامه های خودمدیریتی در قبل و بعد از مداخله توسط بیماران تکمیل شد. برای افراد گروه کنترل، ویزیت و برنامه مراقبت عادی اجرا شد.	پرسشنامه "تنفسی سنت جورج(St Georges respiratory questionnaire)"، پرسشنامه "افسردگی" و "اضطراب" و "خودکارآمدی" در قبل و ۶ نقطه زمانی پس از شروع مداخله به افراد گروه مداخله برای تکمیل داده شد. از معیار "آنتونیسن (Anthonisens) criteria " برای درجه بندی COPD استفاده شد.	وضعیت تنفسی افراد گروه مداخله بهتر شده بود. سطح افسردگی و اضطراب نیز کاهش داشته است.اما بین دو گروه،از نظر میزان خود کارآمدی، اضطراب و افسردگی اختلاف معنی داری وجود نداشت.
Sachs et al (۲۱): توانمندسازی سالمندان بیمار؟یک کارآزمائی بالینی برای افزایش بحث و استفاده از دستورات پیشرفته	۱۳۱بیمار بالای سن ۶۵ سال درمرکزمراقبت سرپائی سالمندان وابسته به دانشکده پزشکی دانشگاه شیکاگو شرکت داشتند. معیار های ورود شامل سن بالای ۶۵ سال و ابتلاء به یکی از بیماری های مزمن بود.	برنامه بازتوانی ریه براساس خصوصیات نظریه خودکارآمدی باندورا طراحی شده بود.	مطالعه از نوع کارآزمائی بالینی برای دو گروه کنترل و تجربی اجراشد. گروه کنترل (۸۳نفر)مراقبت عادی را دریافت کردند و گروه تجربی (۴۸ نفر)علاوه بر دریافت مراقبت عادی، از راهنمائی های گسترده ای برای مراقبت از سلامتی خود استفاده کردند. مدت اجرای مداخله ۶ ماه بود.	ابزار گردآوری اطلاعات شامل برگه ثبت اطلاعات جمعیت شناسی و بیماری، پرسشنامه "خودکارآمدی" و "خود هدایتی" بود که قبل و بعد از مداخله به روش مصاحبه تکمیل شد.	در گروه مداخله، توانائی در کنترل سلامتی کسب شدو پس از پایان ۶ ماه،۱۵درصد ازافراد گروه مداخله و ۱۰درصدافراد گروه کنترل، خودهدایتی درسطح گسترده کسب کرده بودند.
Jantiya (۳۲): اثرات برنامه توانمندسازی با اجرای برنامه توانبخشی ریه بر رفتارهای مرتبط با سلامت سالمندان مبتلا به COPD	۳۰ بیمار مبتلا به COPD به شیوه نمونه گیری هدفمند از بخش سرپایی بیمارستان ویانگ پای پائو(Wiang) Pai Pao) انتخاب شدند. مداخلات توانمندسازی در زمینه توانبخشی ریه انجام شد. میانگین سنی بیماران، 67/53 سال بود.	مداخلات برمبنای مفهوم توانمندسازی گیبسون(Gibson) در زمینه توانبخشی ریه انجام شد.	طرح نیمه تجربی قبل و بعد از در یک گروه طراحی شد. در هفته های اول، سوم، چهارم و هشتم هربار به مدت ۲-۱ساعت اجرا شد. برنامه کلی توانمندسازی در ۴ قسمت متفاوت در هرهفته اجراشد.	پرسشنامه "توانمندسازی مرتبط با توانبخشی ریه" در قبل و بعد از شروع مداخله توسط بیماران تکمیل شد.	نتایج نشان داد که مداخلات موثر بوده است. رفتار مراقبت از خود بعد از شرکت در برنامه بهتر بود و قادر به انجام ورزش های تنفسی بودند.
Katula et al (۲۲): افزایش کیفیت زندگی سالمندان: تاثیرآموزش قدرت برقدرت عضلانی	مطالعه ای در بخش بهداشت و علوم ورزشی دانشگاه Wakeorest آمریکا طراحی شد. نمونه ها، ۴۵ سالمند با میانگین سنی ۷۴/۸ سال بودند. معیار ورود شامل: سالمندانی که اختلال در عملکرد پا داشتند، اختلال در راه رفتن در مسافت بیش از یک مایل داشتند، اختلال در بالارفتن از پله، سوار و پیاده شدن از ماشین و دوچرخه داشتند و به طور کلی اختلال در فعالیت های مراقبت از خود داشتند.	چارچوب نظری خاصی نداشت.	افراد به طور تصادفی در گروه مداخله (انجام ورزش) و گروه شاهد قرار داده شدند.آموزش ورزش مقاومتی ۳ بار در هفته به مدت ۱۲هفته با شدت حداکثر ۷۰درصد تکرار شد. معیارهای خودکارآمدی، رضایت از عملکرد جسمی و رضایت از زندگی با پرسشنامه در ابتدا و پس از آموزش توسط دو گروه تکمیل شد.	از پرسشنامه های "خودکارآمدی"، "رضایت از عملکرد جسمی" و "رضایت از زندگی"استفاده شد. شاخص های بیومتریک مانند وزن، فشار، ضربان قلب کنترل شد و شاخص توده بدنی و قدرت عضلات با دستگاه فشارنده پنوماتیک و ماشین اکستانسیون زانو اندازه گیری شدند.	نتایج،اختلاف معنی داری بین دو گروه نشان داد. درگروه مداخله، انجام ورزش مقاومتی، باعث بهبود قدرت عضلانی شده بودو نمرات کیفیت زندگی بهتری نسبت به گروه شاهد داشتند.
Katula et al(۲۳): آموزش قدرت در سالمندان، یک مداخله توانمندسازی	دراین مطالعه، سالمندان بالای ۶۰ سال و دارای مشکل در انجام یک یا چند فعالیت زندگی روزانه برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند.	مطالعه براساس نظریه یادگیری اجتماعی و خودکارآمدی انجام شد.	مطالعه از نوع کارآزمائی بالینی بود. مقایسه آموزش قدرت به شیوه سنتی و با استراتژی هایی که نمونه ها را به خودکارآمدی، تحرک، نشاط و توانایی انجام فعالیت های روزانه برساند.	پرسشنامه "آمادگی فعالیت فیزیکی (Physical Activity Readiness Questionnaire - PAR-	افزایش در قدرت دست ها در دوگروه دیده شد. در گروه مداخله، کارآمدی و قدرت دست ها و پاها بیشتر بود.

				Q)"، تست قدرت پا و پرسشنامه "خودکارآمدی" استفاده شد.	
Miszko et al (24): تاثیر آموزش قدرت و حرکات کششی بر عملکرد جسمی سالمندان	۳۹ مرد و زن با میانگین سنی ۶/۳±۷۲/۵ سال در جورجیا (Veterans Affairs) در مطالعه شرکت داشتند.	چارچوب نظری تعریف نشده است.	مطالعه از نوع کارآزمائی بالینی بود. ۱۵نفر در گروه کنترل، ۱۳ نفر در گروه مداخله تعلیم کشش عضلات و ۱۱ نفر هم در گروه آموزشی تعلیم قدرت قرار گرفتند. تمرین در گروه ۲و۳ به مدت ۳روز در هفته به مدت ۱۶هفته طول کشید. گروه کنترل نیزفقط در ۳ سخنرانی در طول دوره شرکت داشتند.	از ابزار "عملکرد جسمی"، "آزمون عملکردی حداکثر کشش غیرهوازی برای سنجش قدرت، کشش عضلات و عملکرد جسمی" استفاده شد.	عملکرد جسمی در گروه آموزش قدرت نسبت به دو گروه دیگر بهتر شده بود. بعدازمداخله، حداکثر کشش در گروه تحت آموزش کشش بیش از گروه کنترل بود. ازنظر حداکثر قدرت بین ۳ گروه اختلاف معنی دار ی وجود نداشت.
Pipernick-Okanovic et al (۳۳) : تاثیر مداخلات توانمندسازی روانی– اجتماعی محور بر کیفیت زندگی و کنترل متابولیک در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲	بیماران مراجعه کننده به مرکز مراقبت سرپائی دانشگاه واک روواک(Vrhovac) Vuk در کروتیا(Croatia) انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: مبتلایان به دیابت نوع ۲ سنین ۶۰ سال و بالاتر که قند خونشان بخوبی کنترل نشده بود (هموگلوبین گلیکوزیله خون بیش از ۸/۵ درصد درطول سال گذشته داشتند). ۷۳ نفر در گروه مداخله و ۳۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفته بودند.	از برنامه آموزشی بیمارمحور توانمندسازی فستی(Festes Empowerment (Program مراقبت از خود استفاده شد.	مطالعه نیمه تجربی بود.درهردوگروه برنامه آموزشی ۲روز در هفته در مرکز مراقبت سرپائی و ۱روز در هفته در منزل آموزش داده شد. مداخله آموزشی به مدت ۶ هفته در مرکز مراقبت سرپائی با تشکیل گروه های کوچک در مدت زمان ۹۰–۶۰ دقیقه اجرا شد. مهارت های حل مشکل، سازش با تنش و حمایت اجتماعی نیز به بیماران آموزش داده شد.	کنترل قندخون با اندازه گیری هموگلوبین گلیکوزیله خون انجام شد. از ابزار "خودکارآمدی" و "کیفیت زندگی" برای بررسی توانمندی استفاده شد. این ابزارها در شروع مطالعه، هفته ششم، انتهای ماه سوم و ششم بکار رفتند.	کیفیت زندگی اجتماعی و روانی بعد از مداخله توانمندسازی بهبود یافته بود. سطح قندخون در انتهای ماه ۳و۶ کاهش یافته بود.
معماریان وهمکاران(۳۴): تاثیر برنامه پیاده روی منظم بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه	مطالعه بر روی ۵۰ بیمار در محدوده سنی ۶۰ سال مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه با شدت متوسط در بخش تنفس بیمارستان های آموزشی شهر اصفهان انجام شد. شدت بیماری با اسپیرومتری سنجیده شد.	چارچوب نظری تعریف نشده بود.	دراین مطالعه نیمه تجربی، ۳۰ بیماردرگروه آزمون و ۲۰ نفر درگروه کنترل قرار گرفتند. برنامه پیاده روی منظم به مدت دوماه، سه بار در هفته هربار ۱۵ تا۳۵ دقیقه اجراشد. مسافت تعیین شده ۴۰۰ متر بود.	پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی و "فرم کوتاه کیفیت زندگی The 12-SF-12 (-Item Short Form Survey)"و چک لیست زمان پیاده روی استفاده شد که در قبل و پس از اتمام برنامه تکمیل شد.	برنامه پیاده روی منظم باعث ارتقاء کیفیت زندگی بیماران شد.
Murphy et al (۲۵): برنامه آموزشی ساختاریافته توانبخشی ریه برای بهبود وضعیت سلامت بیماران مبتلا به COPD	۳۲ بیمار دارای نسبت FEV1 به FVC کمتر از ۷۰درصد، در پژوهش شرکت داشتند. معیار خروج: سابقه فشارخون، پنوموتوراکس، اختلالات حادشناختی، آنژین صدری، جداشدگی شبکیه، فشارخون سیستولیک بیش از ۱۸۰و فشارخون دیاستولیک بیش از ۱۰۰ میلی متر جیوه. این مطالعه در مراکز پزشکی شمال غرب، غرب و مرکزایرلند انجام شد.	چارچوب نظری تعریف نشده است.	مداخله کارآزمائی بالینی یک سو کور انجام شد. برای گروه مورد ، توانبخشی ریه به مدت ۸هفته اجرا شد. گروه کنترل مراقبت معمولی دریافت کرد. در هر هفته یکی از روش های توانمندی به بیماران آموزش داده شد. آموزش در مرکز پزشکی و توسط یک پرستار بالینی و یک فیزیوتراپ انجام شد.	پرسشنامه های "بررسی سلامت"، "خودکارآمدی" و "آزمون گام برداشتن شاتل" استفاده شد. این پرسشنامه ها در ابتدای مطالعه و انتهای هفته ۲۴ توسط بیماران تکمیل شدند.	نتایج نشان داد که در گروه مورد میزان تنگی نفس بطور چشمگیری نسبت به گروه کنترل کمتر بود. وضعیت کیفیت زندگی نیز نسبت به گروه کنترل مطلوبتر ارزیابی شده بود.
Nguyen et al (۲۶): مقایسه اجرای برنامه خود مدیریتی در دو روش آموزش اینترنتی و چهره به چهره در مبتلایان به بیماری مزمن ریوی	۵۰ سالمندمبتلا به COPD به طور تصادفی در دوگروه آموزش با اینترنت(۲۶ نفر) و آموزش از طریق چهره به چهره (۲۴ نفر) قرار گرفتند. این مطالعه در مرکز مراقبت سرپائی آکادمیک دانشگاه واشنگتن انجام شد. میانگین سن بیماران، ۶۹ سال بود.	چارچوب نظری تعریف نشده است.	مطالعه از نوع کارآزمائی بالینی بود. بیماران در دو گروه آموزشی مجزا قرار گرفتند. محتوای آموزش در دو گروه یکسان بود.اما شیوه آموزش متفاوت بود. برنامه آموزشی در ۶ ماه اجرا شد. برای ارزشیابی برنامه، بیماران در انتهای ماه سوم و ششم به کلینیک مراجعه کردند تا نتایج مورد ارزیابی قرار گیرد.	برآیند تنگی نفس و توانایی انجام فعالیت های روزانه زندگی با پرسشنامه "بیماری مزمن ریوی"، "خودکارآمدی" و "حمایت اجتماعی" در انتهای ماه سوم و ششم در دو گروه ارزیابی شد. در پایان مصاحبه با افرادانجام شد.	گروه آموزش چهره به چهره تغییرات معنی داری در وضعیت تنگی نفس و انجام فعالیت های روزانه زندگی در پایان ماه سوم و ششم داشتند. میزان عملکرد، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در دوگروه خیلی تغییر یافته بود.
Shearer & Fleury (۲۷): کارآزمائی بالینی برای مداخله توانمندسازی سلامت محور در سالمندان	دراین مطالعه ۵۹ نفر در پژوهش شرکت کردند. معیارهای ورود: سن بالای ۶۰ سال، توانایی صحبت به زبان انگلیسی، برخورداری از شنوایی و توانایی پاسخگویی و تکمیل پرسشنامه بوده است.	براساس نظریه توانمندسازی سلامت محور، مداخله توانمندسازی اجراشد.	برنامه تهیه غذا توسط یکی از نمایندگی ها برای افراد گروه مورد تهیه شد و آموزش به صورت چهره به چهره ارائه شد. سپس افراد دو گروه مورد و شاهد بایکدیگر مقایسه شدند.	در ابتدا، انتهای هفته ششم و دوازدهم پس از مداخله، پرسشنامه های "خودکارآمدی" و "خودظرفیتی" در دو گروه تکمیل شد.	اجرای برنامه در گروه مورد نقش زیادی در توانمندسازی مرتبط با سلامت آن ها داشت.
Shearer et al (۲۸): مداخله	مطالعه بر روی ۹۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی اجراشد. محیط پژوهش، بیمارستان مترو	چارچوب نظری براساس نظریه	دراین مطالعه کارآزمائی بالینی، بیماران آموزش رابه صورت کتبی، شفاهی و	از ابزارهای ۳۶ عبارتی "سلامت عملکردی"، ۲۲ عبارت	اجرای مداخله توانمندسازی با تلفن باعث ایجاد تغییرات

توانمندسازی با تلفن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی	پولیتان(Metropolitan) واقع در جنوب غربی ایالت متحده است. معیارهای ورود: ابتلاء به نارسایی قلبی (اختلال سیستولیک و دیاستولیک)، توانایی خواندن و نوشتن به زبان انگلیسی و توانایی دسترسی به تلفن پس از ترخیص از بیمارستان. میانگین سنی بیماران۷۵/۷۶سال بود.	علم انسان واحد راجرز طرح ریزی شد.	تماشای یک فیلم آموزشی دریافت کردند. اما در گروه تجربی، بعد از ترخیص پیگیری با تلفن در ۱۲ هفته (هفته ای یکبار) توسط یک پرستار انجام شد وآموزش رفتارهای خودمراقبتی مانند مصرف دارو، رژیم غذایی ارائه شد.	"خودمدیریتی" و ۴۸ عبارت"قدرت" در قبل و بعد از اتمام برنامه استفاده شد. شاخص های فیزیولوژیک مانند عملکرد قلب، کسر تخلیه درابتدا و۳ ماه بعد از مداخله اندازه گیری شد.	مثبت در رفتارهای خودمراقبتی گروه مداخله شد.

نتایج نشان داد که مشارکت کنندگان، زنان و مردان سالمند مقیم جامعه با میانگین سنی ۷۶-۶۰ سال بودند. در یک مطالعه، اکثر بیماران زن بودند (۳۱). در دو مطالعه، نژاد و قومیت ذکر شده بود (۲۷،۱۹). همه مطالعات در کشورهای خارجی و تنها یک مورد در ایران (۳۵) انجام شد. در یک مطالعه، تاثیر وضعیت اقتصادی بر توانمندی ذکر شده است (۳۰). در پنج مطالعه، سطح تحصیلات بیان شده است که اکثر نمونه ها دارای سطح تحصیلات ابتدائی بودند (۱۸،۲۲،۲۵،۲۷،۲۸). اندازه نمونه از ۱۱ تا ۹۶۸ نفر و مدت مداخلات توانمندسازی از ۴۸-۱ ماه متغیر بود. نوع مداخلات به صورت بیمار محور یا گروهی بود(۹،۳۴-۱۶). فقط در دو مطالعه از شیوه مداخله فردی و گروهی استفاده شد (۲۹،۲۳). محل مداخلات در منزل، بیمارستان، کلینیک یا مراکز بهداشتی بود. بیشتر مداخلات نیز توسط پرستاران متخصص انجام شده بود (۹،۱۶،۱۸،۲۰،۲۱،۲۳،۲۴، ۲۵،۲۶،۲۸،۳۰،۳۱،۳۳).

دیدگاه نظری (Perspective Theoretical): در برخی مطالعات از چارچوب نظری خاصی استفاده نشده است (۱۹،۳۱،۲۲،۲۴،۳۴،۲۵،۲۶،۹،۱۶). درمطالعاتی که از چارچوب نظری استفاده کردند، از برنامه "توانمندسازی فستس" (Festes)، "کانگر و کانوگو" (Conger & Kanugo)، "دیدگاه فمینیستی قدرت" (Power Feministic Perspective)، "نظریه خودکارآمدی باندورا (Bandura's Self-efficacy Perspective) " و "گیبسون" (Gibson)، "یادگیری اجتماعی"، "خودکارآمدی"، "الگوی آموزشی بیمارمحور"، "کمک به خود استانفورد (Stanford)"، نظریه "توانمندسازی سلامت" (Health Empowerment Theory)، "نظریه خودتنظیمی" (Self-regulation Theory) و "نظریه راجرز" (Roger's Theory) الگو گرفتند. این چارچوب ها بر کسب دانش و مهارت های روانی-اجتماعی برای توسعه و اجرای یک برنامه موفق مراقبت از خود تاکید دارند(۲۳،۲۷،۲۸،۳۲،۳۳،۱۸،۲۰،۲۱).

روش و میزان مداخلات در مطالعات بررسی شده: در همه این مداخلات، یک برنامه آموزشی مرتبط با سلامتی جهت افزایش دانش برای اخذ تصمیمات آگاهانه و تسهیل مدیریت بیماری طراحی شده بود. بیماری های مزمن در مطالعات مرورشده شامل بیماری قلبی، دیابت، بیماری مزمن ریوی، آرتریت، فشارخون و هیپرلیپیدمی هستند. دربرخی از مطالعات، برنامه توانمندسازی اختصاصی بود و یکی از نیازهای آموزشی بیماران تامین شده بود (۱۹،۲۹،۳۱،۳۴،۳۲-۱۷،۲۵). اجزای کلیدی هدایت کننده برنامه توانمندسازی شامل افزایش توانایی شناخت جهت رسیدن به اهداف واقع گرایانه، کاربرد فرایند حل مشکل برای حذف موانع رسیدن به اهداف، سازش با دیابت، مدیریت تنش، شناسایی و کسب حمایت اجتماعی و بهبود خودانگیزشی بود. در برخی مداخلات، برنامه توانمندسازی شامل همه ابعاد تاثیرگذار بر زندگی سالمند بوده است (۲۶،۳۰،۳۳-۹،۱۶،۱۸،۲۸). به عنوان نمونه در مطالعه Katula و همکاران، علاوه بر آموزش تغذیه، فعالیت، دارو و رفتارهای مراقبت از خود، مداخلات روانشناختی نیز اجراشده است (۲۳). در مطالعه Adolfsson (۱۶)، Anderson و همکاران (۹)، Boonyasopun (۲۹) و Katula و همکاران (۲۳)، جزء حمایت اجتماعی برای تقویت توانمندی سالمندان مورد توجه بوده است، اما میزان و دلیل استفاده از برنامه اجتماعی معلوم نبود. به طوری که در مطالعه Katula و همکاران، در طول اجرای برنامه ورزشی قدرت، تعامل اجتماعی همراه با یک

مشاوره گروهی تلفیق گردید تا قدرت جسمی و کارآیی کششی افزایش یابد (۲۳). Boonyasopun و همکاران نیز از حمایت اجتماعی به دلیل ایجاد تغییر موثر در رفتارهای مرتبط با سالمند استفاده کردند (۲۹).

میزان مداخلات در مطالعات مرور شده متغیر بود. به طوری که Golant و همکاران (۳۱)، از برنامه آموزشی نیمروز، Boonyasopun و همکاران (۲۹)، از برنامه آموزشی تمام روز و در مطالعات دیگر، برنامه آموزشی در ۴ تا ۱۰ جلسه اجرا شده بود.

معیارهای برآیند: اگر چه در همه مطالعات مرور شده، برآیند کسب شده ارتقاء توانمندی بیماران بوده است، اما برآیندها با ابزارهای متفاوتی مورد ارزیابی قرار گرفته است. به عنوان مثال، پرسشنامه های خودکارآمدی (۹،۱۶،۲۳،۳۰)، خودمدیریتی بیمار (۱۹،۳۰،۳۱،۳۳)، سنجش دانش، نگرش، رفتار و برآیندهای سلامتی (۱۶،۲۹) و مشارکت در اخذ تصمیمات درمانی (۱۸) در مطالعات مرورشده مورد استفاده قرار گرفت. در مطالعاتی هم که از پرسشنامه خودکارآمدی استفاده شده است، همه پژوهشگران از پرسشنامه ی واحدی استفاده نکردند. در حالی که Tsay & Hung توانمندسازی را از خودکارآمدی (به عنوان برآیند توانمندسازی) افتراق داده است (۳۶). روش سنجش روایی و پایایی (Validity & Reliability) ابزارها در همه مطالعات نیز بیان شده است.

برآیندهای مطالعات: در مطالعات مرور شده، اثرات مهم برآیندها متفاوت بود. خودکارآمدی، مدیریت مراقبت از خود، کنترل بیماری (تنظیم قندخون، کاهش تنگی نفس، تنظیم فشارخون در محدوده طبیعی، بهبود عملکرد جسمی و توانایی انجام فعالیت های روزمره زندگی، کاهش اضطراب و افسردگی) از برآیندهای ذکر شده در مطالعات بود. به طورکلی برآیندهای حاصل از مداخلات توانمندسازی براساس ماهیت بیماری مزمن متفاوت است (۵). به طوری که در سالمندان مبتلا به COPD، خودکارآمدی به صورت توانایی انجام فعالیت و کاهش تنگی نفس، در سالمندان مبتلا به فشارخون بالا، تنظیم فشارخون در محدوده طبیعی و در افراد مبتلا به دیابت، عادی شدن میزان هموگلوبین گلیکوزیله خون، مشارکت بیشتر در تصمیم گیری و کاهش نگرانی گزارش شد. اما در همه مداخلات یک برآیند مشترک یعنی افزایش توانایی انجام فعالیت های روزانه مشاهده شد (۹،۳۴-۱۶).

بحث

یافته های این مقاله مروری، اهمیت مداخلات توانمندسازی برای افزایش کنترل و مراقبت برای ارتقاء سلامتی را در سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن حمایت می کند. مطالعات، مداخلات توانمندسازی استانداردی را اجراکردند که بر مدیریت بیماری مزمن و استفاده از یک رویکرد متمرکز است، اما این مداخلات با محدودیت هایی نیز همراه هستند که به شرح زیر است:

در برخی مطالعات از چارچوب نظری خاصی برای مداخلات توانمندسازی استفاده نشده بود و یا بخوبی تعریف نشده است. در حالی که استفاده از چارچوب نظری در اجرای مداخلات به پژوهشگر در شناخت و توجه به جنبه های مختلف مفهوم توانمندی کمک می کند و تاثیرات بهتری نسبت به مداخلات بدون مبنای تئوری ایجاد خواهد کرد (۳۵). اگرچه اکثر روش های مداخله ای بر دانش، حمایت اجتماعی، عوامل انگیزشی، خودکارآمدی، خودمدیریتی و آموزش تاکید دارند، اما واضح نیست که این روش ها چگونه به عنوان اجزای توانمندی محسوب می شوند. زیرا بدون درک اجزای اصلی توانمندی، کاربرد مداخلات برای بالین محدود می شود. به طورکلی استراتژی های مداخله ای بخوبی تعریف نشده است و به وضوح با نظریه مرتبط نیست. لذا بدون درک اجزای اصلی توانمندسازی مرتبط با مداخلات، کاربرد آن در بالین محدود می شود.

مفهوم سازی و اجرای روش های توانمندسازی در مداخلات یکسان نیست. Adolfsson و همکاران، توانمندسازی را به عنوان بلوغ و کنترل با یک مداخله آموزشی در نظر گرفتند (۱۶). به طور مشابهی Figar و همکاران، توانمندسازی را به عنوان افزایش ظرفیت، مداخله آموزشی و کنترل فشارخون با دستگاه دیجیتال (۱۹)، Davidson &

Degner، توانمندسازی را به عنوان افزایش خودکارآمدی (۱۸) و Decoster & George، توانمندسازی را توانایی کنترل، خودکارآمدی، انرژی و صلاحیت بررسی کردند (۳۰). در برخی مطالعات، توانمندسازی تعریف نشده است، اما بر نقش آموزش بر ارتقاء کیفیت زندگی تاکید شده است (۳۱).

اکثر مطالعات، توانمندسازی را از دیدگاه اجتماعی (ارتباطات و خدمات اجتماعی موثر بر حس کنترل و قدرت) مفهوم سازی کردند. طرح های مداخله ای موفق نیاز به درک دیدگاه های فرهنگی-اجتماعی و ویژگی های جمعیت هدف دارند. در این دیدگاه، مشارکت کننده یک عامل فعال در فرایند توانمندسازی است و مداخلات کمتر به سوی تغییر رفتار مشارکت کننده متمرکزند، بلکه بیشتر بر رساندن نیروهای بالقوه انسان به وضعیت مطلوب تاکید دارند. فرایند توانمندسازی وابسته به زمینه محیطی-اجتماعی است و یک فرایند اجتماعی است که با مشارکت دیگران کسب می شود (۳۷)، اما در اکثر مداخلات به بعد اجتماعی آن توجه نشده است. اجزای کلیدی مداخلات توانمندسازی، افزایش توانایی سالمند برای شناخت و رسیدن به اهداف، بکارگیری فرایند حل مشکل برای حذف موانع دستیابی به هدف، سازش با بیماری، مدیریت تنش ناشی از زندگی با بیماری،ارتقاء خودکارآمدی و کیفیت زندگی این افراد است. با توجه به اینکه حمایت اجتماعی برای توانمندشدن لازم است، اما در برخی مطالعات جزء حمایت اجتماعی برای تسریع توانمندسازی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن مورد توجه قرار نگرفته است.

در برخی مطالعات، معیارهای برآیند به وضوح با مفهوم توانمندسازی مرتبط است (۱۰،۲۹،۳۳)، درحالی که این ارتباط در مطالعات دیگر از وضوح کمتری برخوردار است. به عنوان نمونه Adolfsson و همکاران، توانمندسازی را به بلوغ و کنترل همراه با برآیند کسب دانش، خودکارآمدی، کنترل طبیعی میزان هموگلوبین گلیکوزیله خون و شاخص توده بدنی معرفی می کنند (۱۶)، Davidson & Degner توانمندسازی را به عنوان خودکارآمدی همراه با توانایی کنترل بر بیماری، اضطراب و افسردگی بررسی کرده است (۱۸). در مطالعه Figar و همکاران، توانمندسازی به عنوان افزایش منابع، ظرفیت و دانش همراه با برآیند کاهش فشار خون سیستولیک معرفی شده است (۱۹).در مطالعه Katula و همکاران، خودکارآمدی همراه با بهبود فعالیت فیزیکی و قدرت پاها (۲۳)، در مطالعه معماریان و همکاران، کارآمدی و بهبود وضعیت تنفسی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه و ارتقاء کیفیت زندگی آن ها (۳۴) و در مطالعه Jantiya، بهبود رفتار خودمراقبتی و توانایی انجام ورزش های تنفسی به عنوان برآیند نهایی گزارش شده است (۳۲). به طورکلی در این مقالات، ارزشیابی برآیندها جامع نیست. در میان برآیندهای معرفی شده، تاثیر متغیرهای فیزیولوژیک و برآیندهای ناشی از آن، بیشتر گزارش شده است.

در همه مطالعات، از ابزار خاص توانمندسازی برای اندازه گیری برآیندهای توانمندسازی استفاده نشده است. در این مطالعات، برآیند نهایی مداخلات با پرسشنامه های "خودکارآمدی" و "خودمدیریتی" اندازه گیری شد. Tsay & Hung، توانمندسازی را از خودکارآمدی (برآیند توانمندسازی) افتراق داده اند. آن ها از ابزار "توانمندسازی" طراحی شده توسط Anderson و همکاران، برای ارزشیابی اثر مداخلات توانمندسازی در بیماران مبتلا به نارسائی مزمن کلیه استفاده کردند (۳۶). با توجه به تفاوت ماهیت توانمندی در بیماری های مزمن مختلف (۵)، پیشنهاد می شود که پرسشنامه توانمندی برای هر بیماری مزمن به صورت جداگانه طراحی شود.

مطالعه Fallon نشان داد که برخی عوامل مانند سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، ثروت، وضعیت فرهنگی-اجتماعی بر توانمندسازی افراد تاثیرگذار است (۳۸). اما در اکثر مطالعات به تاثیر این عوامل بر توانمندسازی توجه نشده است. دریکی از مداخلات به تاثیر وضعیت اقتصادی بر توانمندسازی توجه کردند (۳۰). در برخی مطالعات، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات گزارش نشد (۱۶،۱۹). در مطالعاتی که سطح تحصیلات را ذکر کرده بودند، سالمندان از سطح تحصیلات ابتدائی برخوردار بودند. لذا برای تعمیم بخشی نتایج

لازم است که نمونه ها از سطح تحصیلات یکسانی برخوردار باشند.

محدودیت دیگر مداخلات توانمندسازی، عدم پیگیری مداوم برنامه ها است. اگر چه در این مطالعات، تغییرات متوسطی در رفتارهای بهداشتی و سطح توانمندی بیماران ایجاد شد، اما میزان برآیندها واضح نبود. برخی مداخلات فقط برای چند هفته اجرا شده بودند. در این مطالعات، محدودیت زمانی برای پیگیری و تاثیر طولانی مداخلات بر برآیندها باعث شده بود که ارزشیابی مشکل باشد.

نتیجه گیری نهایی

مرور مقالات نتایجی را نشان داد که شامل: عدم استفاده از چارچوب نظری خاص توانمندی در برخی مطالعات، عدم وضوح معیارهای برآیند، عدم توجه به همه ابعاد توانمندسازی، عدم توجه به تاثیر متغیرهای جمعیت شناسی بر توانمندسازی و عدم پیگیری برنامه می باشد. بنابراین پیشنهاد می شود که با توجه به گستردگی مفهوم توانمندسازی، این محدودیت ها در اجرای مداخلات توانمندسازی در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن مورد توجه قرار گیرد.

منابع

1- Mohammadi Shahboulaghi F, Dabbaghi F, Nikravesh M. [Facilitator and Barriers Factors in Family Caregiving Process of Iranian Frail Elderly: Qualitative study]. Iran Journal of Nursing. 2008; 21 (55): 55-65. (Persian).

2- WHO. Kobe center.[Global health expectancy research among older people]. Aging and Health Technical Report Series. 2002; 10.

3- [Iran Statistics Center, results of Iranian people Census 1390]. (Persian).

4- Joakar Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Khanke HR, Tafti S. [Effects of pulmonary rehabilitation home-based on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease]. (Theses of master of nursing). Welfare & Rehabilitation University. 2012 (Persian).

5- Shearer NBC. Health Empowerment Theory as a Guide for Practice. Geriatric Nursing. 2009; 30 (2): 4–10

6- Ek K, Ternestet B. Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. Journal of Advanced Nursing 2008, 62 (4):470-8.

7- Leidy N, Haase J. Functional status from the patient's perspective: The challenge of preserving personal integrity. Research in Nursing & Health. 1999; 22(1): 67-77.

8- Harris R, Veinot T. The empowerment model and using e-health to distribute information. Action for Health. 2004. 1-28

9- Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial. Diabetes Care.1995; 18(7): 943-949.

10- Shearer NB. Fleury JD. Belyea M. An innovative approach to recruiting homebound older adults. Research in Gerontological Nursing. 2010; 3(1): 11.

11- Shearer NBC, Fleury J. Social support promoting health in older women. Journal of Women and Aging. 2006; 18(4): 3–17.

12- Soriano JB, Zielinski J, Price D. Screening for and early detection of chronic obstructive pulmonary disease. Lancet. 2009; 374(9691): 721-32.

13- Shearer NB. Toward a nursing theory of health empowerment in homebound older women. Journal of Gerontological Nursing. 2007; 33(12): 38–45.

14- Sidani S, Braden CJ. Evaluating Nursing Interventions: A Theory-Driven Approach. Thousand Oaks 1998, CA: Sage.

15- Blue CL, Black DR. Synthesis of intervention research to modify physical activity and dietary behaviors. Research & Theory for Nursing Practice: An International Journal. 2005; 19(1): 25-61.

16- Adolfsson ET. Walker-Engstrom ML, Smide B, Wikblad K. Patient education in type 2 diabetes—A randomized controlled 1year follow-up study. Diabetes Research and Clinical Practice. 2007; 76(3): 341-350.

17- Clark PHG, Blissmer BJ, Greene GW, Lees FD, Riebe DA, Stamm KE. Maintaining exercise and healthful eating in older adults: The SENIOR project 2: Study design and methodology. Contemporary Clinical Trials. 2011; 32(1):129-139.

18-Davidson BJ, Degner LF. Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. Cancer Nursing. 1997; 20(3): 187-196.

19- Figar S, Glarza C, Petrlik E, Homstein L, Loria GR, Waisman G. Effect of education on blood pressure control in elderly persons. American Journal of Hypertension. 2006; 19(7): 737-743.

20- Bucknall CE, Miller G, Lioyd SM, Cleland J, McCluskey S, Cotton M, et al. Glasgow supported self-management trial (GSuST) for patients with moderate to severe COPD: randomized controlled trial. British Medical Journal. 2012; 344: e1060.

21- Sachs GA, Stocking CB, Miles SH. Empowerment of the older patient? A Randomized, Controlled Trial to increase discussion and use of advance directives. Journal of the American Geriatrics Society.1992; 40(3): 269-73.

22- Katula J, Rejeski WJ, Marsh AP. Enhancing quality of life in older adults: A comparison of muscular strength and power training. Health and Quality of Life Outcomes. 2008, 6 (45): 1-8.

23- Katula JA, Sipe M, Rejeski WJ, Focht BC. Strength training in older adults: A empowering intervention. Medicine & Science in sports & Exercise. 2006; 38(1): 106-111.

24- Miszko TA, Cress ME, Slade JM, Covey CJ, Agrawal SK, Doerr CE. Effect of strength and power training on physical function in community–dwelling older adults. Journals of gerontology. Series A: Biological sciences and medical sciences. 2003; 58(2) 171-5.

25- Murphy K, Casey D, Devane D, Cooney A, McCarthy B, Mee L, et al. A cluster randomised controlled trial evaluating the effectiveness of a structured pulmonary rehabilitation education programme for improving the health status of people with chronic obstructive pulmonary disease(COPD):The PRINCE study protocol. BMC pulmonary Medicine. 2011; 11(1):4.

26- Nguyen HQ, Donesky-Cuenco D,Wolpin S, Reinke LF, Benditt JO, Paul SM, et al. Randomized controlled trial of an internet-based versus face-to-face dyspnea self-

management program for patients with chronic obstructive pulmonary disease: pilot study. Journal of Medical Internet Research. 2008; 10(2) e9.

27- Shearer NBC, Fleury JD, Belyea MB. Randomized control trial of the health empowerment intervention: Feasibility and impact. Canadian Journal of Nursing Research. 2011; 59(3): 203-211.

28- Shearer NBC, Cisar N, Greenberg EA. A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. Heart &Lung. 2007; 36 (3): 159-168.

29- Boonyasopun U, Aree P, Avant KC. Effect of an empowerment-based nutrition promotion program on food consumption and serum lipid levels in hyperlipidemic Thai elderly. Nursing and Health Sciences.2008; 10(2): 93-100.

30- DeCoster VA, George L. An empowerment approach for elders living with diabetes: A pilot study of a community-based self-help group—the diabetes club. Educational Gerontology. 2005; 31(9): 699-713.

31- Golant M, Altman T, Martin C. Managing cancer side effects to improve quality of life. Cancer Nursing. 2003; 26(1): 37-44.

32- Jantiya M. Effects of an empowerment program using allied pulmonary rehabilitation on health behaviors of patients living with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Nursing Science. 2011; 29 (2): 8-14.

33- Pibernik-Okanovic M, Prasek M, Poljicanin-Filipovic T, Pavlic-Renar I, Metelko, Z. Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. Patient Education and Counseling. 2004; 52(2): 193-199.

34- Meamarian R, Mohammadi E, Mirbagheri N. [The effects of systematic walking program on quality of life in older patients with moderate chronic obstructive pulmonary disease]. Iranian Journal of Rehabilitation. 2009; 2(38): 27-32.

35- Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. Archives of Internal Medicine. 2002; 162 (20): 2269-2276.

36-Tsay SL, Hung LO. Empowerment of patients with end-stage renal disease: A Randomized Controlled Trial. International Journal of Nursing Studies. 2004; 41(1):59-65.

37- Shearer NBC, Reed PG. Empowerment: Reformulation of a non-Rogerian concept. Nursing Science Quarterly. 2004; 17(3): 253-259.

38- Fallon KM. Education and perceptions of social status and power among women in Larteh, Ghana**.** Apartment Finance Today. 1999; 46(2): 67-91.

Analytical on empowerment interventions in older people with chronic disease: A review literature

Fotoukian Z[1], *Mohammadi Shahboulaghi F[2], Fallahi Khoshknab M[3]

Abstract

Introduction: The growing number of older people in world, will increase chronic diseases. It is necessary empowerment interventions for reduce health costs, authority and self-efficacy attainment and informed health related decisions-making. The aim of this article was to critically analyze the findings of publish review empowerment interventions studies in older people with chronic diseases.

Materials and Methods: This descriptive review was conducted to examine how empowerment is conceptualized across interventions. Computerized and manual searches were conducted of articles regardless of the time limit. Computerized searches of Academic Search Ovid, Science Direct, Elsevier and IranMedex databases were conducted. During this search, 20 studies were found which met the inclusion criteria. These studies were assessed and criticized based on Sidani & Braden (1998) framework

Findings: Results showed that some studies did not use the theoretical frame and outcome of criteria were not clear too. In addition, all of empowerment dimensions effects of demographic variables on empowerment were neither considered, nor had a follow-up program.

Conclusion: According empowerment interventions and its limitations, it is suggested that all empowerment dimensions should be considered in further research studies.

Keywords: Empowerment, Aging, Chronic Disease.

Received: 13 January 2013 **Accepted:** 11 July 2013

1- PhD student in Nursing, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, Member of Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. (**Corresponding author)**.

E-mail: F_mohammadi_2000@yahoo.com

3- Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Iranian Nursing Scientific Association

Journal Of Health Promotion Management

ISSN: 2251-8614 Vol.2 No.4 (Serial 8) Fall 2013

The effect of family-centered Empowerment Model on quality of life school age children with asthma.....80
Rajabi R, Sabzevari S, Borhani F, Haghdoost AA, Bazargan N

Correlation between self-efficacy and nurses' conflict management strategies.....81
Hosseini MA, Azimzadeh E

Effect of simulated training course on preparedness of nurses to do pre-hospital triage.....82
Faraji A, Khankeh HR, Hosseini MA, Abdi K, Rezasoltani P

Clinical competency and psychological empowerment of nurses and their correlation with demographic characteristics.....83
Ebrahimi H, Hosseinzadeh R, Zaghari Tefreshi M, Hosseinzadeh S, Asghari Jafarabadi M

Health promotion behaviors and its correlation with anxiety and some students' demographic factors of Alborz University of Medical Sciences.....84
Norouzinia R, Aghabarari M, Kohan M, Karimi M

The correlation between organizational citizenship behavior and job Involvement of staff at educational & private hospital.....85
Salimi M, Hasani A, Raadabadi M, Taheri Mirghaed M, Hosseini SH, Bakhtiari M

Comparative defense style used by nurses in stressful situations.....86
Tahery N, Hojjati H, Kamangar S, Mousavi SZ, Ghorbani S, Farhadi F, Hojjati H, Cheraghian B

Analytical on empowerment interventions in older people with chronic disease: A review literature.....87
Fotoukian Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Fallahi Khoshknab M