

بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر توانمند سازی سالمندان بر اساس الگوی خانواده محور

لیلی ربیعی^۱، فیروزه مصطفوی^۲، رضا مسعودی^۳، اکبر حسن زاده^۴

چکیده

مقدمه: سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسایل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی می‌باشد. در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران و توجه به توانمند سازی، عزت نفس و خودکارآمدی در سالمندان امر بسیار مهمی است که به طور عمده مورد غفلت قرار می‌گیرد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی خانواده محور بر توانمند سازی سالمندان با تأکید بر خودکارآمدی، عزت نفس، تهدید درک شده و کیفیت زندگی سالمندان شهر اصفهان انجام گرفت.

روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی، ۶۴ نفر سالمند دارای توانایی انجام کارهای معمول و روزانه بدون وابستگی به دیگران و فاقد بیماری‌های سیستمیک و محدود کننده، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. برای گروه آزمون، الگوی توانمند سازی خانواده محور در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای آموزش و اجرا گردید. سطح تهدید درک شده، عزت نفس، خودکارآمدی و کیفیت زندگی هر دو گروه، قبل از مداخله و در پایان مداخله به وسیله پرسش‌نامه ارزیابی شد و در نهایت از آزمون‌های χ^2 ، Paired-t و Independent-t جهت تجزیه و تحلیل آماری استفاده گردید.

یافته‌ها: آزمون آماری Paired-t بیانگر تأثیر به کارگیری الگوی توانمند سازی خانواده محور در افزایش معنی‌دار سطح کیفیت زندگی گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد بود ($P < 0/01$). آزمون آماری Independent-t اختلاف معنی‌داری را در دو گروه آزمون و شاهد بعد از اجرای برنامه در نمره عزت نفس ($P < 0/01$) نشان داد، اما خودکارآمدی سالمندان بر خلاف افزایش نسبت به قبل از مداخله، معنی‌دار نبود ($P = 0/07$). آزمون Independent-t در زمینه خودکارآمدی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه قبل از آموزش نشان نداد و بر خلاف افزایش نمره خودکارآمدی بعد از مداخله این اختلاف معنی‌دار نبود ($P = 0/07$).

نتیجه‌گیری: الگوی توانمند سازی خانواده محور در سالمندان منجر به ارتقای سطح خودکارآمدی، عزت نفس، تهدید درک شده و در نهایت کیفیت زندگی سالمندان گردید. اجرای برنامه‌هایی با محوریت خانواده، در این گروه سنی توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: الگوی توانمند سازی خانواده محور، کیفیت زندگی، خودکارآمدی، عزت نفس، تهدید درک شده، سالمند

نوع مقاله: تحقیقی

پندیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۵

دریافت مقاله: ۹۰/۹/۸

* پژوهش حاضر طرح مصوب به شماره ۲۹۰۰۸۰ معاونت پژوهشی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: mostafavi@hlth.mui.ac.ir

۳- عضو هیأت علمی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد و دانشجوی دکترای تخصصی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۴- مربی، مرکز تحقیقات امنیت غذایی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسایل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی می باشد. در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران و توجه به رفتارهای ارتقا دهنده سلامت امر بسیار مهمی است که به طور عمده مورد غفلت مورد غفلت قرار می گیرد (۱).

سالم پیر شدن حق همه افراد بشر است و این امر بر اهمیت پدیده سالمندی و پی شگیری از مشکلات آن می افزاید (۲). بیش از نیمی از جمعیت سالمندان جهان (۵۹ درصد) در حال حاضر در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند و تخمین زده شده است تا سال ۲۰۳۰ این میزان به ۷۱ درصد برسد (۳). در حدود ۶۰ درصد از هزینه های مراقبت های بهداشتی، ۳۵ درصد از ترخیص های بیمارستانی و ۴۷ درصد از روزهای بستری در بیمارستان ها را سالمندان به خود اختصاص می دهند. با توجه به افزایش سریع تعداد سالمندان، مسأله بهداشت، سلامت و تأمین آسایش و رفاه آن ها در جامعه هر روز ابعاد تازه و گسترده تری پیدا می کند (۴). آن چه که دانش امروزی به آن توجه می کند، تنها طولانی کردن دوران زندگی نیست، بلکه توجه به این که سال های اضافی عمر انسان با آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری گردد، حایز اهمیت است و در صورتی که چنین شرایطی مهیا نشود، پیشرفت های علمی برای تأمین زندگی طولانی تر، بی نتیجه و مخاطره آمیز خواهد بود (۵).

به علت اختلالاتی که فرد با افزایش سن در سیستم های مختلف بدن با آن روبرو می شود، به خصوص به علت محدودیت های حرکتی، وابستگی فرد به خانواده در انجام کارهای روزانه افزایش یافته و این عوامل می توانند در احساس خوب بودن و در نتیجه بر کیفیت زندگی فرد اثرات منفی زیادی ایجاد نمایند (۶).

توجه به کیفیت زندگی و تأثیر ملاحظات مختلف روان شناختی و اصلاح شیوه زندگی تا حد بسیار زیادی می تواند باعث افزایش کارایی و استقلال سالمندان شود و آن ها را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان های مختلف آن کمک نماید (۷-۱۱).

مراقبت خانواده محور به عنوان یک فلسفه مراقبتی، اهمیت واحد خانواده را به عنوان نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت های بهداشتی به رسمیت می شناسد و روشی است که از طریق مشارکت های مفید دو طرفه بین مراقبت کنندگان، سالمندان و خانواده ها کنترل می شود (۱۴-۱۲). منظور از توانمند سازی خانواده، کمک به خانواده به گونه ای است که بتواند به توان تغییر برسد. نقش خانواده گاهی نقش گروه است که تلاش دارد تا اعضایش را در موقعیت های مختلف زندگی به گونه ای شکل دهد که می خواهد باشد. پس برای کمک به خانواده و در جهت کسب موفقیت باید آنان را هدایت کرد تا قادر باشند زندگی خودشان که شامل تک تک اعضا می باشد را تغییر دهند (۱۵).

اجرای یک برنامه توانمند سازی با هدف افزایش دانش، انگیزه، عزت نفس و خودکارآمدی - که به خودکنترلی رفتاری و اتخاذ رفتارهای پیش گیرانه منجر می شود- به منظور ارتقای بهداشت و بهبود کیفیت زندگی لازم به نظر می رسد (۲۰-۱۵). هدف مداخلات در مراقبت خانواده محور، ارتقای توانایی های اعضای خانواده در حیطه های معینی می باشد که به موانع موجود در زمینه های بهداشتی و سلامتی فایق آیند؛ چرا که بدون ارتقای توانمندی ها، آن ها قادر به غلبه بر موانع نخواهند بود (۲۱). همان طور که طول عمر افراد افزایش می یابد، اهمیت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت نیز با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش خودکارآمدی آن ها، روز به روز بیشتر آشکار می شود (۲۲).

Adams و Bandura اظهار می دارند که خودکارآمدی، پیش شرط اصلی و مهم در تغییر رفتار، از جمله رفتارهای عدم برخورداری از سلامت و بروز ، بهداشتی است (۲۳). عدم برخورداری از سلامت و بروز بیماری های مزمن با افزایش سن، سبب محدود شدن فعالیت های فرد سالمند می گردد که برای پیش گیری از وابستگی و زمین گیر شدن، احتیاج به برنامه های توانمند سازی حس می گردد (۲۴).

تظاهرات و عوارض سالمندی به شدت بر روی تصور سالمند از خودش تأثیر گذاشته و اثرات بسیار مخربی بر روی عزت نفس سالمند دارد (۲۵). عزت نفس یک نیاز اساسی

است و بی‌اعتنایی به این نیاز موجب احساساتی از قبیل حقارت، ضعف و درماندگی شده و در نهایت منجر به دلسردی و یأس اساسی خواهد شد (۲۶، ۲۵).

Nakao و همکاران در مطالعه‌ای "نیازمندی‌های سالمندان تحت مراقبت‌های روزانه در منزل" را مورد بررسی قرار دادند. نتایج این مطالعه نشان داد، عوامل عملکرد فیزیکی، فعالیت‌های معمول روزانه و توانایی ورزش کردن باید در برنامه‌های حمایتی مورد توجه قرار گیرند. آن‌ها نشان دادند که سالمندان نیاز به توانمند سازی دارند و باید به آن‌ها در زمینه‌های گوناگون توجه گردد (۲۷).

Paswan و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان "توانمند سازی شهروندان برای زندگی بازنشستگی" نشان دادند که توانمندسازی سالمندان ظرفیت‌های روحی و جسمی آنان را به وسیله گفتگو در ارتباط با نیازهایشان ارتقا می‌دهد. آن‌ها نشان دادند که مشکلات اقتصادی آن‌ها را آزار نمی‌دهد؛ بلکه عدم موفقیت در موقعیت‌های اجتماعی و نداشتن زندگی شاد و خوب زیستن، زندگی آن‌ها را به مخاطره می‌اندازد. لذا در برنامه‌های توانمند سازی سالمندان باید به این مقوله‌ها توجه گردد (۲۸).

LO نیز در مطالعه‌ای تحت عنوان "توانمند سازی داوطلبانه سالمندان در هنگ‌کنگ" نشان داد که چهار مقوله توانمند سازی شامل دانسته‌های ذهنی، مشارکت، آگاهی و شناخت می‌باشد. او معتقد بود که مراقبت جامعه محور باید خدمات حمایتی را برای سالمندان بالای ۶۰ سال در این حیطه‌ها لحاظ نماید، تا به خوب بودن و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها منجر گردد و ارتقای عزت نفس و داشتن فعالیت مفید و سازنده در اجتماع را فراهم نماید (۲۹).

توجه به مطالعات فوق نشان می‌دهد که اجرای برنامه‌هایی که بنیان خانواده را محور خود قرار داده‌اند، تأثیرات مثبتی بر جا گذاشته است. در بیماری‌ها و در مشکلات سلامتی به طور قطع خانواده‌ها اهمیت خاص خود را دارند و به عنوان یک حامی، پشتیبان مددجوی خود هستند. سالمندان با توجه به تغییرات فیزیولوژیک حاصل شده و حساسیت خاص این دوره، از عزت نفس خاصی برخوردار هستند که اگر مورد توجه و تکریم اعضای خانواده قرار نگیرد

به طور قطع مشکلات حادی را به دنبال خواهد داشت که خودکارآمدی و عزت نفس سالمند را در فرایند زندگی به چالش خواهد کشاند. لذا برنامه‌هایی که با رویکرد خانواده محوری و اثربخش، عملکرد سالمندان را مورد توجه قرار دهد، اهمیت خاصی داشته و باید مورد توجه قرار گیرند. لذا پژوهشگر بر آن شد تا اثربخشی رویکرد مبتنی بر خانواده در توانمند سازی سالمندان را مورد ارزیابی قرار دهد.

روش‌ها

مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی حاضر در سال ۱۳۹۰ با مشارکت ۶۴ نفر از سالمندان بالای ۵۵ سال ساکن شهر اصفهان انجام گردید. نمونه‌گیری با استناد به مطالعات مرتبط (۳۰)، به صورت در دسترس از پارک‌های منتخب منطقه ۱۲ صورت گرفت (شکل ۱). نحوه نمونه‌گیری در جدول ۱ به طور مفصل آمده است. شرکت کنندگان در مطالعه از نظر فیزیکی، فعال و دارای توانایی انجام کارهای معمول و روزانه بدون وابستگی به دیگران بودند. معیارهای عدم انتخاب یا خروج از مطالعه برای واحدهای پژوهشی شامل نقص‌های نروولوژیک (سکته مغزی، بیماری پارکینسون و فلجی)، اختلالات قلبی-عروقی (انفارکتوس حاد میوکارد، نارسایی قلبی حاد و هیپرتانسیون کنترل نشده)، بیماری‌های مزمن ناپایدار (دیابت و بدخیمی‌ها)، نقص‌های مادرزادی شدید و اختلالات عضلانی-اسکلتی محدود کننده بود.

پژوهشگر با دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کسب اجازه نامه کتبی از سالمندان ساکن در منطقه ۱۲ اصفهان شروع به نمونه‌گیری نمود. نمونه‌ها در بوستان‌های گل‌محمدی، ملت، قلمستان و فدک به صورت تصادفی انتخاب شدند. پس از انتخاب افراد واجد شرایط، تعداد ۶۴ سالمند به صورت تصادفی در غالب دو گروه شاهد (۳۲ نفر) و آزمون (۳۲ نفر) قرار گرفتند.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل فرم مشخصات دموگرافیک، پرسش‌نامه سنجش تهدید درک شده، خودکارآمدی و عزت نفس کوپر اسمیت و چک لیست ثبت خودگزارش‌دهی (Self report) بود. جهت تعیین روایی

پرسش‌نامه‌ها از روش اعتبار محتوا (Content validity) برای تعیین پایایی آن‌ها از روش آزمون مجدد (Test retest method) استفاده شد. پرسش‌نامه تهدید درک شده، یک پرسش‌نامه محقق ساخته و نمره‌دهی آن بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت بود و طیف نمره‌دهی به این ترتیب که به مطلوب‌ترین حالت نمره ۴ و بدترین حالت صفر تعلق گرفت.

جهت تعیین روایی محتوا، نظر متخصصان اعمال گردید و پرسش‌نامه جهت تکمیل به ۲۰ نفر سالمند داده شد و پایایی آن از طریق Cronbach's alpha مقدار ۰/۷۵ به دست آمد. نحوه نمره‌دهی ۲ پرسش‌نامه خودکارامدی و عزت نفس کوپر اسمیت به صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای و کمترین مقدار صفر و بالاترین مقدار ۳ بود. سؤالات ابزار کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶، به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای طراحی شده بودند و طیف نمره‌دهی بین ۴-۰ قرار داشت. خودکارامدی، عزت نفس کوپر اسمیت و ابزار کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ ابزارهای استاندارد هستند که در مطالعات دیگر (۳۲، ۳۱، ۲۱-۱۹) استفاده شده و پایایی آن‌ها در این مطالعه با استفاده از آزمون Cronbach's alpha به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۹ و ۰/۷۱ به دست آمد.

برای مقایسه میانگین نمره سازه‌ها قبل و بعد از مداخله بین دو گروه از آزمون Independent-t و در هر گروه از آزمون Paired-t و برای مقایسه میانگین نمره تهدید درک شده، خودکارامدی، عزت نفس و کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه از آزمون Independent-t و در هر گروه از آزمون Paired-t و همچنین جهت تعیین میانگین متغیرهای دموگرافیک از آزمون Mann Whitney و χ^2 استفاده گردید. نرم‌افزار آماری SPSS_{۱۸} جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

این پژوهش با فلسفه احترام به شأن و مقام سالمندان و خانواده‌های آنان و با هدف توانمند سازی آن‌ها با محوریت خانواده بود که برای رسیدن به این اهداف، از الگوی توانمند سازی خانواده محور استفاده شد. این الگو حاصل یک تحقیق کیفی از نوع گراند تئوری است که پس از طی مراحل تشکیل مفاهیم، توسعه مفاهیم، مشخص کردن فرایند

روانی- اجتماعی مسأله و منتج شدن متغیر مرکزی (توانمند سازی خانواده محور)، مراحل الگوسازی برای ایجاد یک الگوی کاربردی را طی کرد (۱۶) و تاکنون برای بیماری‌های مزمن (کم‌خونی فقر آهن، تالاسمی، هموفیلی، دیابت، صرع، قلبی و آسم) آزمون شده است. هدف اصلی الگوی توانمند سازی خانواده محور، توانمند شدن سیستم خانواده (سالمند و خانواده) در جهت ارتقای سطح سلامت می‌باشد. مراحل اجرایی الگو شامل ۴ گام تهدید درک شده، خودکارامدی، عزت نفس و ارزشیابی است.

اولین گام در مدل توانمند سازی خانواده محور، افزایش تهدید درک شده عامل توانمند شونده یعنی سیستم خانواده (سالمند و خانواده) بود. لذا یکی از وظایف عمده عامل توانمند کننده، آگاهی دادن و افزایش دانش عامل توانمند شونده نسبت به سالمندی بود. در این مرحله، افزایش حساسیت و شدت درک شده با توجه به این که سالمند چقدر خود را در معرض ناتوانی‌های جسمی در دوران سالمندی می‌بیند و این که شدت و عوارض این ناتوانی چقدر وخیم است؟ مدنظر قرار می‌گیرد. روش مشکل‌گشایی در این مدل، روش بحث گروهی بود که فرد در عمل با مشکل و فرایند حل مشکل مواجه می‌گردید و خود او در ارایه راه‌حل‌ها و انتخاب بهترین راه حل مشارکت داشت.

سومین مرحله، مشارکت آموزشی بود که متأثر از نگرش سیستمی و تئوری سیستمی خانواده‌ها است. با این رویکرد که سالمند با مشارکت خانواده برنامه اثربخشی لازم را کسب نموده و برنامه با مشارکت خانواده اجرا می‌گردید؛ چرا که یکی از مشکلات سالمندان و خانواده آن‌ها کمبود آگاهی و دانش بود.

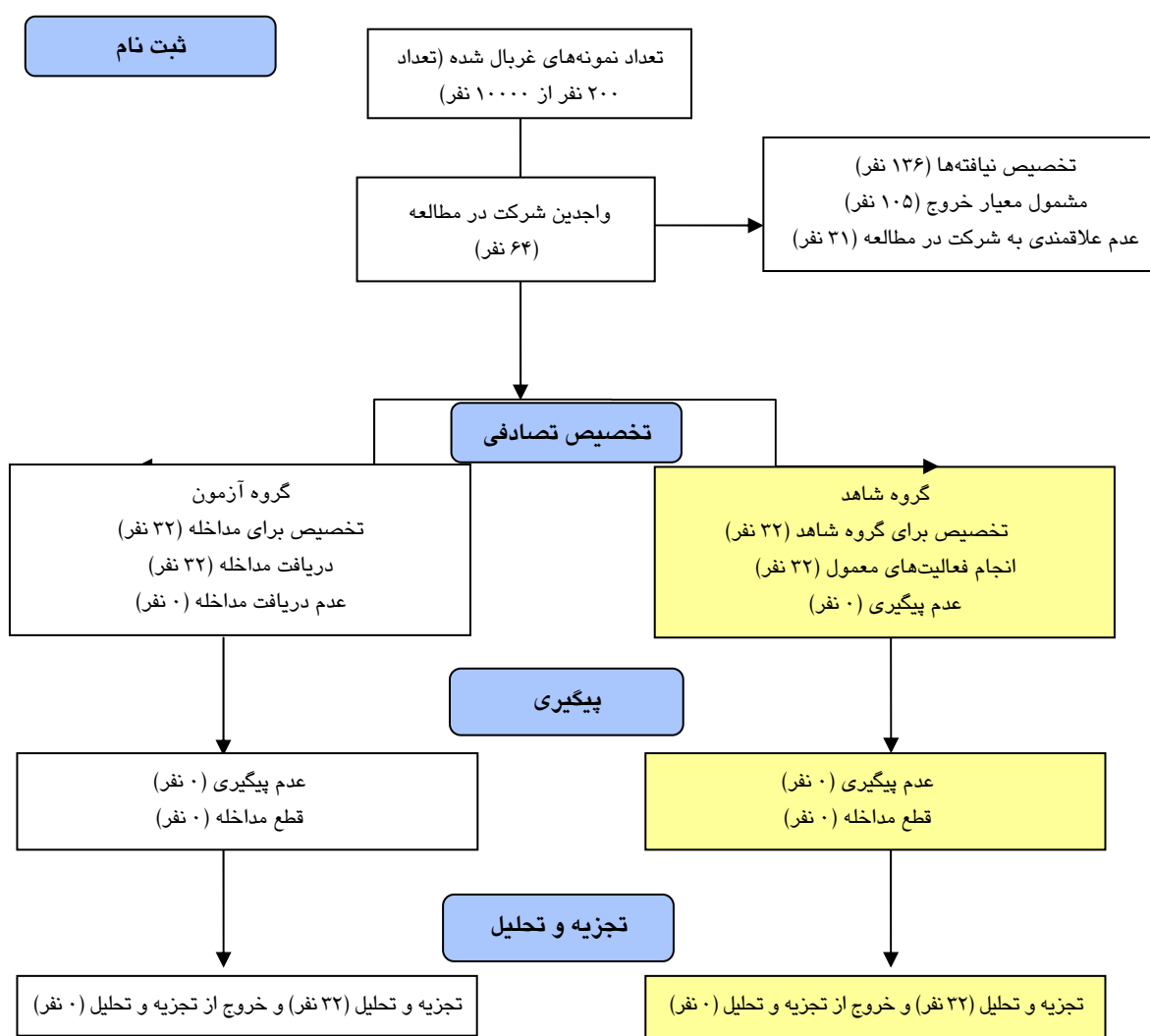
پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها و تعیین نیازهای آموزشی شدت درک شده در سالمندان، سطح دانش و آگاهی آنان در مورد فرایند سالمندی، شدت عوارض و فرایند پیر شدن ارتقا داده شد که یکی از اهداف جلسات آموزشی (به ویژه جلسه اول)، ارتقای شدت درک شده در نمونه‌های پژوهش بود. این مرحله در قالب دو جلسه آموزشی و هر کدام به مدت ۴۵ دقیقه به طول انجامید. در گام دوم، جلسات بحث گروهی در قالب چهار جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و در گروه‌های ۸ نفره برای سالمندان و خانواده آن‌ها برگزار گردید و سالمندان و

در قالب دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بررسی شد. نحوه ارزشیابی به صورت پرسش و پاسخ و بحث و بررسی به صورت گروهی در هر جلسه انجام و سؤالات و ابهامات پاسخ داده شد.

در پایان جلسه دهم، جمع‌بندی کلی از جلسات به عمل آمد و سپس به مدت سه ماه به سالمندان و خانواده آن‌ها جهت به کارگیری مفاهیم الگوی توانمند سازی خانواده محور فرصت داده شد. در ارتباط با گروه شاهد نیز پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها و بعد از سه ماه پیگیری برنامه آموزشی، یک جلسه حضوری برگزار گردید و جزوه در اختیار این گروه قرار داده شد.

خانواده‌شان در عمل با مشکلات و فرایندها حل مشکل مواجه شدند و با یکدیگر تحت نظر پژوهشگر با ذکر مثال‌های عینی از وضعیت خودشان و این که برای بهبود مشکل مشابه با دیگران چه اقدامی انجام داده‌اند، بحث و گفتگو کردند.

در گام سوم، مطالب مطرح شده در جلسات بحث گروهی از طریق سالمند در قالب دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به سایر اعضای خانواده منتقل شد و علاوه بر این جزوه‌های آموزشی نیز در اختیار آنان قرار گرفت. در گام چهارم (ارزشیابی الگو)، دانش و خودکارآمدی سالمندان و خانواده آن‌ها بعد از مداخله



شکل ۱: زمینه مطالعه و تعداد مشارکت کنندگان در مطالعه

یافته‌ها

درصد (۳ نفر) راهنمایی، ۳/۱ درصد (۲ نفر) متوسطه و ۱۰/۹ درصد (۷ نفر) دانشگاهی بودند. ۷/۸ درصد (۵ نفر) از سالمندان کارمند، ۱۴/۱ درصد (۹ نفر) کارگر، ۱۰/۹ درصد (۷ نفر) شغل آزاد، ۲۳/۴ درصد (۱۵ نفر) خانه‌دار، ۲۸/۱ درصد (۱۸ نفر) بازنشسته، ۱۴/۱ درصد (۹ نفر) از کار افتاده و ۱۵/۶ درصد (۱۰ نفر) سایر مشاغل را داشتند. همچنین از نظر درآمد، ۸۱/۲ درصد (۵۲ نفر) زیر ۳۵۰ هزار تومان و ۱۸/۹ درصد (۱۲ نفر) بالای ۳۵۰ هزار تومان بود.

در مجموع ۶۴ سالمند در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند، ۶۰/۹ درصد (۳۹ نفر) از سالمندان سنی بین ۵۵-۷۰ سال و ۳۹/۱ درصد (۲۵ نفر) ۷۰-۸۵ سال داشتند. از نظر وضعیت تأهل، ۶/۳ درصد (۴ نفر) از سالمندان مجرد، ۵۳/۱ درصد (۳۴ نفر) متأهل و ۴۰/۶ درصد (۲۶ نفر) همسرانشان فوت شده بود. همچنین از لحاظ سطح تحصیلات، ۵۸/۸ درصد (۳۷ نفر) بی‌سواد، ۲۳/۴ درصد (۱۵ نفر) ابتدایی، ۴/۷

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیکی دو گروه مطالعه

متغیرها	گروه مورد تعداد (درصد)	گروه شاهد	سطح معنی‌داری
سن	۵۵-۷۰	۲۰ (۶۲/۵)	۰/۷۹
	۷۰-۸۵	۱۲ (۳۷/۵)	
جنس	مرد	۱۳ (۴۰/۶)	۰/۱۵
	زن	۱۸ (۵۶/۳)	
تأهل	مجرد	۲ (۶/۳)	۰/۳۶
	متأهل	۱۹ (۶۵/۶)	
	فوت شده	۹ (۳۴/۴)	
تحصیلات	بی‌سواد	۲۱ (۷۸/۱)	۰/۱۵
	ابتدایی	۸ (۲۵)	
	راهنمایی	۱ (۳/۱)	
	دبیرستان	۱ (۳/۱)	
	دانشگاهی	۲ (۶/۳)	
شغل	کارمند	۴ (۱۲/۵)	۰/۷۷
	کارگر	۵ (۱۵/۶)	
	آزاد	۲ (۶/۳)	
	خانه‌دار	۷ (۲۱/۹)	
	از کار افتاده	۱۲ (۳۷/۵)	
	سایر مشاغل	۶ (۹/۴)	
درآمد	کمتر از ۲۵۰ و بیشتر	۲۷ (۷۹/۵)	۰/۴۲
		۵ (۲۰/۵)	

جدول ۲: تفاوت میانگین ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد و آزمون (تی زوجی)

بعد	گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	Paired-t	P
سلامت عمومی	شاهد	۵۴/۶۴ ± ۲۱/۶۶	۵۵/۳۵ ± ۲۱/۷۱	-۰/۱۳	۰/۸۹
	آزمون	۴۸/۲۱ ± ۲۰/۸۱	۶۹/۲۸ ± ۱۴/۳۳	-۸/۸۱	۰/۰۰۱
ایفای نقش	شاهد	۲۷/۷۱ ± ۱۶/۲۸	۲۷/۷۱ ± ۱۵/۹۱	۰/۰۰	۱
	آزمون	۴۳/۰۰ ± ۲۳/۹۸	۸۳/۱۴ ± ۱۴/۹۵	-۱۲/۸۴	۰/۰۰۱
مشکلات جسمی	شاهد	۹/۲۸ ± ۲۴/۳۱	۸/۵۷ ± ۲۴/۲۱	۰/۱۳	۰/۸۹
	آزمون	۱۰/۷۱ ± ۲۱/۲۵	۸۱/۴۲ ± ۲۰/۴۲	-۱۷/۵۳	۰/۰۰۱
سلامت روانی	شاهد	۹/۵۲ ± ۲۵/۰۱	۸/۵۷ ± ۲۴/۷۱	۰/۱۶	۰/۸۷
	آزمون	۱۵/۲۳ ± ۳۵/۵۵	۸۸/۵۷ ± ۱۹/۷۰	-۱۲/۰۶	۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	شاهد	۵۲/۱۴ ± ۱۶/۴۶	۵۳/۵۷ ± ۱۶/۲۰	۰/۳۴	۰/۷۳
	آزمون	۵۰/۳۵ ± ۲۵/۲۷	۷۳/۲۱ ± ۱۵/۵۰	-۷/۵۹	۰/۰۰۱
درد	شاهد	۵۰/۹۲ ± ۲۰/۷۰	۶۰/۸۲ ± ۶/۶۹	-۰/۳۱	۰/۷۵
	آزمون	۴۷/۶۴ ± ۲۴/۸۲	۷۱/۰۰ ± ۱۳/۵۷	-۷/۸۱	۰/۰۰۱
نیرو و انرژی	شاهد	۶۰/۳۱ ± ۶/۵۵	۶۰/۸۲ ± ۶/۶۹	-۰/۲۹	۰/۷۷
	آزمون	۵۳/۶۵ ± ۱۸/۹۱	۷۲/۱۹ ± ۱۱/۱۵	-۸/۰۳	۰/۰۰۱
سلامت کلی	شاهد	۴۷/۸۸ ± ۵/۹۶	۴۸/۳۹ ± ۸/۴۸	-۰/۳۲	۰/۷۴
	آزمون	۵۱/۹۶ ± ۲۱/۰۴	۵۴/۲۸ ± ۱۸/۹۱	-۱/۹۷	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	شاهد	۳۸/۶۸ ± ۱۲/۴۱	۳۸/۹۱ ± ۱۲/۰۶	-۰/۰۷	۰/۹۴
	آزمون	۴۱/۷۱ ± ۱۷/۳۰	۷۵/۴۶ ± ۱۰/۹۲	-۱۵/۷۹	۰/۰۰۱

- داده‌ها به صورت انحراف معیار $\pm$ میانگین آورده شده‌اند.

- آزمون: گروهی که الگوی مراقبت خانواده محور را تمرین می‌کنند.

- شاهد: گروهی که هیچ مداخله‌ای برای آنان صورت نمی‌گیرد.

درک شده دو گروه دیده شد ($P = ۰/۰۱$). آزمون Paired-t نیز اختلاف معنی‌داری را در میانگین نمره تهدید درک شده قبل و بعد از مداخله گروه آزمون نشان داد ($P = ۰/۲۷$)، ولی در گروه شاهد تغییر معنی‌داری حاصل نشد (جدول ۳). قبل از آموزش میانگین نمره عزت نفس در دو گروه یکسان بود و آزمون Independent-t بین دو گروه همسانی نشان داد، ولی بعد از مداخله آموزشی، آزمون Independent-t اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمره عزت نفس دو گروه نشان داد ($P = ۰/۰۴$)؛ در حالی که تغییری در نمره عزت نفس گروه شاهد ایجاد نشد و بعد از آموزش اختلاف معنی‌داری با قبل از آموزش نداشت (جدول ۴).

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین سطح کیفیت زندگی در بین دو گروه قبل از اجرای الگوی توانمند سازی خانواده محور تفاوت معنی‌داری نداشت، ولی سه ماه پس از مداخله این تفاوت به طور چشمگیری معنی‌دار شد، اما در گروه شاهد تغییری نداشت (جدول ۲). آزمون آماری Independent-t اختلاف معنی‌داری را در دو گروه آزمون و شاهد بعد از اجرای برنامه در تمام ابعاد نشان داد ($P < ۰/۰۱$)؛ در حالی که قبل از مداخله این اختلاف معنی‌دار نبود. آزمون Independent-t بیانگر همسانی میانگین نمره تهدید درک شده قبل از آموزش در دو گروه بود، ولی بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمره تهدید

جدول ۳: میانگین نمره تهدید درک شده قبل و بعد از مداخله

زمان	گروه شاهد		گروه آزمون		P
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
قبل از مداخله	۵/۵۲	۲۲/۵۲	۴/۱	۲۳/۴۳	۰/۶۶۴
بعد از مداخله	۳/۴۸	۲۲/۳۷	۳/۶۲	۲۵/۴۵	۰/۰۰۱
P	۰/۹۱۹		۰/۰۲۷		

جدول ۴: میانگین نمره عزت نفس قبل و بعد از مداخله

زمان	گروه شاهد		گروه آزمون		P
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
قبل از مداخله	۶/۴۸	۶۰/۳۳	۵/۵۲	۶۱/۹۰	۰/۲۸۸
بعد از مداخله	۷/۱۸	۶۱/۸۴	۱۱/۳۶	۶۷/۶۵	۰/۰۰۴
P	۰/۹۱		۰/۰۱۹		

جدول ۵: میانگین نمره خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله

زمان	گروه شاهد		گروه آزمون		P
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
قبل از مداخله	۱/۸۵	۱۵/۳۹	۲/۵۴	۱۵/۱۵	۰/۵۸۱
بعد از مداخله	۲/۲۱	۱۵/۳۳	۲/۷۹	۱۶/۲۸	۰/۰۷۶
P	۰/۳۴		۰/۰۷۴		

در زمینه خودکارآمدی، آزمون Independent-t تفاوت معنی‌داری بین دو گروه قبل از آموزش نشان نداد. قبل از آموزش سطح خودکارآمدی گروه آزمون و شاهد به ترتیب ۱۵/۳۹ و ۱۵/۱۵ بود (جدول ۵)، ولی بعد از آموزش با وجود افزایش نمره خودکارآمدی آزمون Independent-t این اختلاف را معنی‌دار نشان نداد ($P = ۰/۰۷$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر توانمند سازی سالمندان بر اساس الگوی خانواده محور انجام گردید. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر، اجرای الگوی توانمند سازی خانواده محور موجب افزایش تهدید درک شده، عزت نفس و در نهایت افزایش کیفیت زندگی سالمندان گردید. در ارتباط با خودکارآمدی، بر خلاف این که سطح خودکارآمدی سالمندان در این مطالعه ارتقا یافت، ولی این اختلاف معنی‌دار نبود.

در کل می‌توان نتیجه‌گیری نمود که با به کارگیری اجرای الگوی توانمند سازی خانواده محور می‌توان ابعاد مختلف کیفیت زندگی و عزت نفس و تهدید درک شده را در فرد افزایش داده و به فرایند پیری موفق کمک زیادی نمود و راه را برای بهبود کیفیت زندگی در سالمندان هموار کرد تا از این طریق بتوان از تجربیات ارزشمند سالمندان در راستای اعتلای جامعه در ابعاد مختلف استفاده لازم را نمود.

مطالعات نشان داده است که اجرای مراقبت خانواده محور باعث ایجاد احساسات مثبت در کارکنان مراقبت بهداشتی می‌شود و افزایش رضایت سالمندان و خانواده‌ها را به دنبال دارد. همان طور که طی این تدابیر، درک و فهم و مشارکت خانواده‌ها در مراقبت از سالمندان بهبود می‌یابد، از اضطراب خانواده‌ها نیز کاسته می‌شود (۳۱).

در مطالعه حاضر نیز سالمندان با رویکرد محور قرار دادن بنیان خانواده مورد بررسی قرار گرفتند و برنامه اجرا گردید. همان طور که قدرت و کنترل در خانواده یک مسأله حیاتی و

توانمند سازی نیز متأثر از آن می‌باشد و همچنین با توجه به تأثیر ارتباطات تعاملی که تغییر یک فرد را بر سیستم خانواده مؤثر می‌داند، می‌توان انتظار داشت که توانمند کردن یک عنصر در خانواده بر توانمندی کل سیستم خانواده جهت دسترسی به اهداف بهداشتی مؤثر می‌باشد (۳۲).

Nakao و همکاران در پژوهشی تحت عنوان "آستانه نیازهای فعالیت جسمی برای زندگی و برنامه خودمراقبتی سالمندان زن" با هدف بررسی نیازمندی سالمندان تحت مراقبت‌های روزانه در منزل نشان دادند که پارامترهای عملکرد فیزیکی، فعالیت‌های معمول روزانه و توانایی ورزش باید در برنامه‌های خودمراقبتی با تکیه بر محور خانواده مورد بررسی قرار گیرد. آن‌ها نشان دادند سالمندانی که به صورت خودمراقبتی برنامه‌های ذکر شده را دنبال می‌کنند دارای نیروی عضلانی، توانمندی در زمینه پیاده‌روی، تعادل و توده و قدرت عضلانی بهتری در مقایسه با سالمندان دیگر که در محیط خانواده وابسته به دیگران هستند، دارند (۲۷).

در این پژوهش، Nakao و همکاران برنامه‌های بازتوانی با تکیه به برنامه‌های خودمراقبتی خانواده محور داشته تا سالمندان با عضلات توانمند و کارا بتوانند فعالیت‌های جسمی و کارهای روزانه و ورزش را در دستور کار خود قرار داده و سطح کیفی زندگی آنان ارتقا یابد. یافته‌های پژوهش حاضر نیز نتایج تحقیق Nakao و همکاران را مورد تأیید قرار می‌دهد؛ به طوری که برنامه‌های مبتنی بر اصل خودمراقبتی و با تکیه بر بنیان خانواده، سالمند را به توانمندی لازم سوق داده و وی را به ادامه زندگی با کیفیت بالا ترغیب می‌نماید.

Paswan و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان "توانمند سازی شهروندان برای زندگی بازنشستگی" نشان دادند که از ۱۲۰ نفر مشارکت کننده که در این پژوهش بودند، افراد به طور معنی‌داری در دوران سالمندی از افسردگی، کاهش توانایی در موقعیت‌های اجتماعی و اقتصادی رنج می‌برند. آن‌ها نشان دادند که سلامت عمومی خانم‌های سالمند بهتر از آقایان سالمند است و همچنین خاطر نشان کردند که توانمند سازی سالمندان، ظرفیت‌های روحی و جسمی آنان را به وسیله گفتگو در ارتباط با نیازهایشان ارتقا می‌دهد. آن‌ها بیان

کردند که مشکلات اقتصادی آن‌ها را آزار نمی‌دهد، بلکه عدم موفقیت در موقعیت‌های اجتماعی و نداشتن زندگی شاد و خوب زیستن، زندگی آن‌ها را به مخاطره می‌اندازد. لذا در برنامه‌های توانمند سازی سالمندان باید به این مقوله‌ها توجه ویژه شود (۲۸).

یافته‌های مطالعه Paswan و همکاران نتایج مطالعه حاضر را مورد تأیید قرار می‌دهد. سالمندان بر خلاف داشتن مشکلات اقتصادی، هیچ گاه ظرفیت‌های روحی و جسمی خود را از دست رفته نمی‌بینند و پیگیر برنامه‌هایی هستند که به دنبال ارتقای عزت نفس و تکریم آنان بوده و با انگیزه و تلاش کافی سعی در انجام آن‌ها هستند.

LO در مطالعه‌ای تحت عنوان توانمند سازی داوطلبانه سالمندان در هنگ‌کنگ نشان داد که مراقبت جامعه محور باید خدمات حمایتی را برای سالمندان بالای ۶۰ سال در حیطه‌های ذهنی، مشارکت، آگاهی و شناخت لحاظ نماید تا به خوب بودن و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها منجر شده و باعث ارتقای عزت نفس و داشتن فعالیت مفید و سازنده در اجتماع شود (۲۹).

توجه به مطالعات فوق، همسو با مطالعه حاضر نشان می‌دهد که اجرای برنامه‌هایی که بنیان خانواده را محور خود قرار داده‌اند، تأثیرات مثبتی بر جا گذاشته است. در بیماری‌ها و در مشکلات سلامتی به طور قطع خانواده‌ها اهمیت خاص خود را دارند و به عنوان یک حامی، پشتیبان مددجوی خود هستند.

سالمندان با توجه به تغییرات فیزیولوژیک حاصل شده و حساسیت خاص این دوره، از روحیه و عزت نفس خاصی برخوردار هستند و اگر مورد توجه و تکریم اعضای خانواده قرار نگیرند به طور قطع مشکلات حادی را به دنبال خواهد داشت که خودکارامدی سالمند را در فرایند زندگی به چالش خواهد کشاند. لذا برنامه‌هایی که با رویکرد خانواده محوری و اثربخش، عملکرد سالمندان را مورد توجه قرار دهد، اهمیت خاص خود را دارا بوده و باید مورد توجه قرار گیرند.

آن چه از نتایج مطالعه حاضر در ارتباط با مقوله خودکارامدی حاصل گردیده این است که این موضوع شاید فاکتوری چند بعدی باشد که به عوامل گوناگون وابسته بوده و باید برنامه‌های حمایتی با نگرشی خاص به این مقوله توجه

نمایند و ابعاد و مؤلفه‌های تأثیرگذار بر آن را در این سنین مورد بررسی قرار دهند.

روند کند ارتقای سطح خودکارآمدی سالمندان نشان می‌دهد که برنامه‌ریزان بهداشتی و متخصصین طب سالمندی باید با رویکردی متناسب به این مقوله توجه نمایند؛ چرا که با عنایت به نتایج به دست آمده، موضوع خودکارآمدی فاکتوری حساس و چند بعدی می‌تواند باشد که برنامه‌های حمایتی باید به آن توجه نموده و از لحاظ بازه زمانی تأثیرگذاری نیز آن را مدنظر قرار دهند.

Resnick و همکاران در ایالات متحده در پژوهشی تحت عنوان "بررسی پروژه‌های ورزشی جهت خودکارآمدی سالمندان مقیم شهر" با شرکت ۱۶۶ سالمند با میانگین سنی ۷۳ سال نشان دادند که برنامه‌های توانمند سازی که در برگیرنده فعالیت‌های جسمی و برنامه‌های خانواده محور و جامعه محور باشد به توانمندی سالمند به طور معنی‌داری کمک خواهد کرد. آن‌ها برنامه ۱۲ هفته‌ای طراحی و اجرا کردند. بعد از اجرای برنامه، میزان امیدواری در نزد سالمندان به طور معنی‌داری ($P = 0.02$) افزایش یافت (۳۳).

نتایج این مطالعه در ارتباط با مقوله خودکارآمدی با آن چه که در پژوهش حاضر به دست آمده متناقض است. برنامه‌های ورزشی با توجه به ماهیت آن، سالمند را بیشتر درگیر فعالیت فیزیکی می‌کند و به توانمندی فیزیکی وی کمک کرده و می‌تواند به صورت مستقیم کارآمدی سالمند را در فرایندهای زندگی روزمره افزایش دهد. با توجه به این که در برنامه توانمند سازی مطالعه حاضر بیشتر مسایل روحی و روانی مدنظر بود، مقوله خودکارآمدی دستخوش تغییری محسوس نگردید که نشان می‌دهد توجه به مسایل روحی و روانی سالمندان حساسیت خاص و بالایی دارد و برنامه‌های توانمند سازی باید نسبت به این سنین و گروه‌ها با درایت و توجه خاصی طراحی و زمان پیگیری آن‌ها نیز طولانی‌تر گردد تا با اثرگذاری بر موضوعات روحی و روانی نتایج در دراز مدت بهتر و بهینه‌تر گردد.

مراقبت‌های پیش‌گیرانه باید در مراکز حمایتی و پیش‌گیری مدنظر قرار گیرد. Wallace و همکاران در ایالات

متحده در پژوهشی تحت عنوان کاربرد و تأثیر برنامه ارتقای سلامت جامعه محور در سالمندان نشان دادند که برنامه‌های ارتقای سلامت باید در مراکز درمانی به عنوان یکی از اولویت‌ها و اصول کاربردی لحاظ گردد (۳۴). در این پژوهش ۱۰۰ سالمند در طول ۶ ماه تحت برنامه‌های ورزشی و تغذیه‌ای و بررسی‌های ایمنی در منزل تحت نظر قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان داد که در گروه مداخله ۷ الی ۸ مقیاس از پرسش‌نامه فرم کوتاه ۳۶ به طور معنی‌داری افزایش یافت. آن‌ها پیشنهاد کردند که برنامه‌های توانمند سازی در مراکز بهداشتی باید اهمیت داده شود؛ چرا که این برنامه‌ها در این مراکز دارای اثرگذاری بالا بوده و سالمندان، این مراکز را با علاقمندی بالا انتخاب و برنامه‌های آن‌ها را دنبال می‌کنند. یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان داد که اجرای الگوی خانواده محور منجر به بهبود تمام ابعاد کیفیت زندگی سالمندان با استفاده از پرسش‌نامه فرم کوتاه ۳۶ گردید.

Andersson و همکاران در پژوهشی تحت عنوان "سالمندان تحت مراقبت‌های بهزیستی و تجارب آن‌ها در ارتباط با سال‌های آخر زندگی" با هدف تعیین تجارب سالمندان تحت حمایت‌های بهزیستی نشان دادند که سالمندان بالای ۷۵ سال که حمایت‌ها و برنامه‌های توانمند سازی بهزیستی را دریافت می‌کنند در دوران سالمندی درون‌گرا بوده و بسیار حساس هستند، محدودیت‌های جسمی آن‌ها تقلیل یافته و احساس ارزش نفس بهتر و والاتری می‌کنند. آن‌ها نشان دادند که اجرای این گونه برنامه‌ها احترام و عزت نفس سالمندان را بهبود داده و سالمندان احساس ارزشمندی بیشتری می‌کنند (۳۵).

در این پژوهش به مؤولین مراقبت از سالمندان توصیه شده است تا در برنامه‌ریزی‌ها جهت مراقبت از سالمندان به اصل خانواده و جامعه بها داده تا احترام و ارزش سالمندی حفظ گردد. لذا با عنایت به نتایج حاصل شده از مطالعه Andersson و همکاران و مطالعه حاضر، مراقبین سالمندان نقشی حساس و سرنوشت‌ساز در امر مراقبت از آنان دارند و باید در برنامه‌های توانمند سازی که از طرف نهادهای حمایتی برای سالمندان در نظر گرفته می‌شود حضوری فعال داشته

امید است این پژوهش و نتایج آن بتواند در راستای بهبود شرایط زندگی سالمندان مورد استفاده محققین جهت انجام پژوهش‌ها و مداخلات بیشتر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

از آن جا که اجرای اصولی الگوی توانمند سازی خانواده محور با تأکید بر خود سالمند و تمام اعضای خانواده می‌تواند به ارتقای عزت نفس، تهدید درک شده و در نهایت کیفیت زندگی بیانجامد، این رویکرد راه‌کار مناسب در برنامه‌های مراقبتی بوده و با تکیه بر آن می‌توان شیرینی زندگی در دوران سالمندی را چندین برابر نمود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از این معاونت به خاطر حمایت‌های مالی و از اعضای محترم هیأت علمی گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشکده بهداشت به دلیل حمایت‌های معنوی و راهنمایی‌های ارزشمندشان و همچنین از تمام سالمندان شهر اصفهان و خانواده‌های محترم آن‌ها و تمام عزیزانی که در اجرای این مطالعه پژوهشگر را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

باشند و همین طور برنامه‌ریزان بهداشتی و حوزه سلامت باید توجه خاصی به مراقبین و خانواده‌های سالمندان داشته باشند تا زندگی آنان شاد، بانشاط و با کیفیت بالا سپری گردد. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به انجام مطالعه در قالب خانواده و تأثیر آن بر توانمند کردن سالمندان اشاره نمود و از محدودیت‌های آن می‌توان به نحوه نمونه‌گیری اشاره کرد که به دلیل مشکل دسترسی به سالمندان از نمونه‌گیری آسان استفاده گردید. همچنین طول دوره پیگیری مطالعه نیز یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر است که توصیه می‌گردد چنین برنامه‌هایی با پیگیری‌های شش ماهه و یک ساله اجرا گردد.

نتایج این پژوهش ضمن تأکید بر استفاده از بنیان خانواده که در دین مبین اسلام نیز به آن اهمیت ویژه‌ای داده شده، مؤید این است که تلاش‌های مسؤولین و سلامتی جامعه در زمینه رفاه و تندرستی سالمندان زمانی به بار خواهد نشست که برنامه‌ها و الگوهای توانمند سازی در قالب خانواده‌ها و با کمک تمام اعضای آن‌ها شکل گیرد، مراقبین نیز باید عنایت داشته باشند که مراقبت مفید و مؤثر از سالمند باید در چارچوب خانواده صورت پذیرد تا به ارتقای عزت نفس و توانمندی سالمند کمک نموده و در نهایت کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشد.

References

1. Lofmark U, Hammarstrom A. Education-related differences in case fatality among elderly with stroke. *Neuroepidemiology* 2008; 31(1): 21-7.
2. Schneider G, Driesch G, Kruse A, Wachter M, Nehen HG, Heuft G. What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 39(3): 227-37.
3. Kozaki K, Murata H, Kikuchi R, Sugiyama Y, Hasegawa H, Igata A, et al. "Activity scale for the elderly" as a measurement for the QOL of local elderly individuals and the assessment of the influence of age and exercise. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* 2008; 45(2): 188-95.
4. Simonetti JP, Ferreira JC. [Coping strategies developed by caregivers of elderly with chronic diseases]. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1): 19-25.
5. von WP. [The importance of atmospheric heat waves for health service in already altered people]. *Med Klin (Munich)* 2008; 103(2): 75-9.
6. Newsom JT, Schulz R. Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychol Aging* 1996; 11(1): 34-44.
7. Wood R, Alvarez R, Maraya B, SC. Physical fitness ,cognitive function and health-related quality of life in older adults. *J Aging Phys Act* 2001; 7(71): 217-30.
8. Rowe M, Leachan E, Youg D. Evaluating the efficacy of physical activity for influencing quality of life out comes in older adults. *Ann Beh Med* 1999; 25(14): 718-25.
9. Institute for Family -centered car. Family -centered car: Questions & Answers [Online]. 2005; Available from: URL: <http://www.Familycenteredare.org>. 2012.

10. Cott CA, Falter LB, Gignac M, Badley E. Helping networks in community home care for the elderly: types of team. *Can J Nurs Res* 2008; 40(1): 19-37.
11. Mellor D, Davison T, McCabe M, George K. The management of depressed elderly care recipients: family perspectives on the skills of professional carers. *J Community Health Nurs* 2008; 25(1): 44-61.
12. Bowden VR, Greenberg CS. *Pediatric Nursing Procedures*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins p.1-3; 2002.
13. Institute for Family-centered care. What is Family-centered care [Online]. 2005; Available from: URL: <http://www.familycenteredcare.org/>
14. Dolmans DH, Wolfhagen IH, Scherpbier AJ, Vleuten CP. Relationship of tutors' group-dynamics skills to their performance ratings in problem-based learning. *Acad Med* 2001; 76(5): 473-6.
15. Sampsel D, McNichols S, Kordash RD, Bonitati D. Information for integration. A senior services program spurs development of a multi-hospital integrated network. *Health Prog* 1994; 75(7): 40-1.
16. Alhani F. Evaluating of family center empowerment model on preventing iron deficiency anemia [PhD Thesis]. Tehran, Iran: School of Medical Science, Tarbiat Modares University; 2003.
17. Stanhope M, Lancaster J. *Community and Public Health Nursing*. Philadelphia: Mosby p. 612; 2004.
18. Huber D. *Leadership and Nursing Care Management*. 2nd ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders p. 196; 2000.
19. Friedman MM, Bowden VR, Jones E. *Family nursing: research, theory & practice*. 5th ed. New York, NY: Prentice Hall; 2003. p. 202-3.
20. Bomar PJ. *Promoting Health in Families: Applying Family Research and Theory to Nursing Practice*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2004. p. 375.
21. Meyer C, Muhlfeld A, Drexhage C, Floege J, Goepel E, Schauerte P, et al. Clinical research for patient empowerment--a qualitative approach on the improvement of heart health promotion in chronic illness. *Med Sci Monit* 2008; 14(7): CR358-CR365.
22. Lefebvre H, Levert MJ, Pelchat D, Lepage JG. Nature, sources, and impact of information on the adjustment of family caregivers: a pilot project. *Can J Nurs Res* 2008; 40(1): 143-60.
23. Bandura A, Adams NE. Analysis of self efficacy theory in behavior change. *Cognitive theory therapy and research* 2002; 23(1): 287-310.
24. Fraczak B, Stawska B. Pensioners' quality of life in social care houses. *Ann Acad Med Stetin* 2007; 53(1): 98-103.
25. Ben NM. Perceptions of nurses, families, and residents in nursing homes concerning residents' needs. *Int J Nurs Pract* 2008; 14(3): 195-9.
26. Altman DG. The size of clinical trial. In: Pocock SJ, Editor. *Clinical trials: a practical approach*. New Jersey: Wiley p. 144-154; 1983.
27. Nakao H, Yoshikawa T, Hara T, Wang L, Suzuki T, Fujimoto S. Thresholds of physical activities necessary for living a self-supporting life in elderly women. *Osaka City Med J* 2007; 53(2): 53-61.
28. Paswan S, Punia S, Balda S. Empowerment of Senior Citizens for Retired Life. *J Soc Sci* 2005; 11(3): 255-6.
29. Siu-Ching LO. Elderly Volunteering as Empowerment [Online]. 2006; Available from: URL: www.volunteerlink.net/datafiles/D100.pdf/
30. Knussen C, Tolson D, Brogan CA, Swan IR, Stott DJ, Sullivan F. Family caregivers of older relatives: ways of coping and change in distress. *Psychol Health Med* 2008; 13(3): 274-90.
31. Heller R, McKlindon D. Families as "faculty": parents educating caregivers about family-centered care. *Pediatr Nurs* 1996; 22(5): 428-31.
32. Potter PA, Perry AG. *Fundamentals of nursing*. 5th ed. Philadelphia: Mosby; 2001.
33. Resnick B, Luisi D, Vogel A. Testing the Senior Exercise Self-efficacy Project (SESEP) for use with urban dwelling minority older adults. *Public Health Nurs* 2008; 25(3): 221-34.
34. Wallace JI, Buchner DM, Grothaus L, Leveille S, Tyll L, LaCroix AZ, et al. Implementation and effectiveness of a community-based health promotion program for older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998; 53(4): M301-M306.
35. Andersson M, Hallberg IR, Edberg AK. Old people receiving municipal care, their experiences of what constitutes a good life in the last phase of life: a qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(6): 818-28.

Effects of Family-Centered Interventions on Empowerment of the Elderly

Leili Rabiei¹, Firouzeh Mostafavi², Reza Masoudi³, Akbar Hassanzadeh⁴

Abstract

Background: Adult age is a sensitive period of human life and paying attention to the issues and needs of this stage is a social necessity. Regarding the specific needs of this period, considering the empowerment, dignity and self-efficacy in the elders is very important too which is frequently neglected. This study aimed to determine the effect of family-based interventions on the elders' empowerment with emphasis on self-efficacy, self-esteem, perceive threat and quality of life of the elders in Isfahan, Iran.

Methods: In this semi-experimental study, 64 elder people with the ability to perform routine and daily tasks without dependence on others and without systemic and restrictive diseases were chosen by available sampling method and were divided into two intervention and control groups. In intervention group, the pattern of family-based empowerment was trained and conducted in ten 45-minute sessions. The level of perceived threat, self-esteem, self-efficacy and life quality in both groups were evaluated before and after intervention through questionnaire. Chi Square, paired t and independent t were used for statistical analysis.

Results: Statistical test of paired t test indicated the effect of using family-based empowerment pattern on significant increase of quality of life in intervention group compared to the control group ($P < 0.01$). Statistical test of independent t test showed a significant difference in intervention group and control group after conducting the program in the score of self-esteem ($P < 0.001$). While, this difference was not significant before intervention. Regarding self-efficiency, independent t-test did not show significant difference between the two groups before intervention. Despite the increase of self-efficacy score after intervention, this difference was not meaningful ($P = 0.076$).

Conclusion: Regarding the findings of this research, we can conclude that it is possible to increase the level of self-efficacy, self-esteem, perceived threat and finally quality of life of the elders and pave the way for healthy aging and being healthy in this period family-based empowerment pattern regularly, consistently and with good acceptance by this age group.

Keywords: Family-Based Empowerment Pattern, Life Quality, Self-Efficacy, Self-Esteem, Perceived Threat, Elder

1- MSc Student, Student Research Committee, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: mostafavi@hlth.mui.ac.ir

3- Member of Faculty, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran And PhD Candidate, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ahwaz University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

4- Lecturer, Food Security Research Center, Department of Statistics and Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran