

## The effect of family centered empowerment model on the quality of life in elderly people

R Masoudi\*

MA Soleimani\*\*

AM Hashemi nia\*

M Qorbani\*\*\*

AH Pour Dehkordi\*

N Bahrami\*\*

\* Instructor of Nursing and Midwifery Faculty, Shahrekord university of Medical Science, Iran

\*\* Instructor of Nursing and Midwifery Faculty, Qazvin university of Medical Science, Iran

\*\*\* Instructor of Medicine Faculty, Golestan University of Medical Science, Gorgan & PhD Student of Epidemiology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### \*Abstract

**Background:** the proportion of older adults in the population continues to grow in the developing countries. In addition, in elderly persons decrease quality of life in geriatric because of several factors, such as, low physical activity and impairment in mobility.

**Objective:** This study was performed to assess the effect of family centered empowerment model on the quality of life in charmahalobakhtiari elderly people

**Methods:** This quasi-experimental study was conducted older adults in 2007-2008. In this study 60 elderly persons were randomly (Stratified Sampling) divided into two groups; experimental (30) and control (30). Family centered empowerment model was administrated to the individual of experimental group for 3months; subsequently using SF-36 questionnaire, the level of quality of life was measured in the two groups at the beginning and the end of the study. The data was analyzed by using chi-square and nonparametric tests.

**Findings:** quality of life score mean in contro group was 41.71. pair test analysis showed that by Using family centered empowerment model, mean of level of quality of life(75.46) in different were increase statically significant ( $p<0.01$ ), whereas in the control group, these parameters, were unchanged.

**Conclusion:** Our study results showed that using a family centered empowerment model can increase the level of quality of life in older adult in different dimension.

**Keywords:** Family Centered Empowerment Model, Elderly People and Quality of life

**Corresponding address:** Nursing and Midwifery Faculty, Qazvin university of Medical Science, Iran

**Email:** soleimany.msn@gmail.com

**Tel:** +98 281 2237267

**Received:** 2009/05/09

**Accepted:** 2009/08/17

## تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده - محور بر کیفیت زندگی سالمندان

رضا مسعودی\* محمدعلی سلیمانی\*\* علی محمد هاشمی نیا\* مصطفی قربانی\*\*\*  
 علی حسن پوردهکردی\* نسیم بهرامی\*\*

\* مربی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد  
 \*\* مربی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین  
 \*\*\* مربی و عضو هیأت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان و دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی ایران

آدرس مکاتبه: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن ۰۲۸۱-۲۳۳۲۲۶۷ Email:soleimany.msn@gmail.com  
 تاریخ دریافت: ۸۸/۲/۱۹ تاریخ پذیرش: ۸۸/۵/۲۶

### \*چکیده

**زمینه:** سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسایل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به توانمندسازی خانواده - محور و کیفیت زندگی در سالمندان امر بسیار مهمی است که مورد غفلت قرار گرفته است.

**هدف:** مطالعه به منظور تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده - محور بر کیفیت زندگی سالمندان انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه مداخله‌ای در سال ۱۳۸۷ در شهرکرد انجام شد. ۶۰ 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 مداخله و شاهد تقسیم شدند. در گروه مداخله الگوی توانمندسازی خانواده - محور در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در مدت ۳ ماه آموزش داده شد. سطح کیفیت زندگی هر دو گروه، قبل و بعد از مداخله به وسیله پرسش‌نامه کوتاه ۳۶ ارزیابی شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری مجذور کای، تی زوج و غیر پارامتریک تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله قبل از آموزش ۴۱/۷۱ بود که با میانگین ۷۵/۴۶ به طور معنی‌داری نسبت به قبل از اجرای برنامه افزایش یافت ( $p < 0/01$ ). در حالی که در مدت زمان مشابه، تغییر معنی‌داری در ابعاد کیفیت زندگی افراد گروه شاهد ایجاد نشد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها، با به کارگیری الگوی توانمندسازی خانواده - محور منظم، مداوم و دارای پذیرش خوب از سوی این گروه سنی، می‌توان سطح کیفیت زندگی را در آنها افزایش داد و راه را برای سالم پیر شدن و برخورداری از سلامتی در این دوره هموار نمود.

**کلیدواژه‌ها:** الگوی توانمندسازی خانواده - محور، کیفیت زندگی، سالمند

### \*مقدمه

نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری شود. در صورتی که چنین شرایطی تأمین نشود، پیشرفت‌های علمی برای زندگی طولانی‌تر، بی‌نتیجه و مخاطره آمیز خواهد بود.<sup>(۳)</sup>

کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب می‌شود و از آنجا که ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در بر می‌گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است.<sup>(۴)</sup> مشکلات و مسایل متعددی که به طور فیزیولوژیک در سنین بالا رخ می‌دهد، در کاهش کیفیت زندگی در طول دوره سالمندی تأثیر دارد.<sup>(۵)</sup>

سالمندی دوران حساسی از زندگی است و توجه به مسایل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به رفتارهای ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان نیز امر بسیار مهمی است که به طور عمده مورد غفلت قرار می‌گیرد.<sup>(۱)</sup> سالم پیر شدن حق همه افراد بشر است و این امر بر اهمیت پدیده سالمندی و پیشگیری از مشکلات آن می‌افزاید.<sup>(۲)</sup> آن چه دانش امروزی بدان توجه می‌کند، تنها طولانی کردن دوران زندگی نیست، بلکه باید توجه داشت که سال‌های اضافی عمر انسان در

مربوط می‌شود.<sup>(۱۲)</sup> عدم برخورداری از سلامت و بروز بیماری‌های مزمن با افزایش سن سبب محدود شدن فعالیت‌های فرد سالمند می‌شود و به طور معمول از سن بازنشستگی به بعد، یک چهارم مردم قادر به انجام فعالیت‌های خود نیستند و ۱۰ درصد آنان نیز کاملاً وابسته و زمین‌گیر می‌شوند.<sup>(۱۳)</sup> با توجه به اهمیت سالمندی در جوامع صنعتی و در حال توسعه و با عنایت به ویژگی‌های این دوران و تأثیر آن بر روند زندگی آنها، ضرورت و اهمیت برنامه‌ریزی به منظور شناخت کیفیت زندگی و تغییر در کیفیت زندگی این قشر از افراد جامعه، این مطالعه با هدف تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده - محور بر کیفیت زندگی سالمندان شهرستان شهرکرد انجام شد.

#### \* مواد و روش‌ها:

این مطالعه مداخله‌ای در سال ۱۳۸۷ بر روی ۶۰ سالمند بالای ۵۵ سال، ساکن شهرستان شهرکرد انجام شد. همه شرکت کنندگان در مطالعه از نظر فیزیکی فعال و توانایی انجام کارهای روزانه را بدون وابستگی به دیگران داشتند. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: نقص‌های سیستم عصبی (سکته مغزی، بیماری پارکینسون و بیماری‌های فلجی)، اختلال‌های قلبی-عروقی (سکته حاد میوکارد، نارسایی قلبی حاد و پرفشاری خون کنترل نشده)، بیماری‌های مزمن ناپایدار (دیابت و بدخیمی‌ها)، نقص‌های مادرزادی شدید و اختلال‌های عضلانی-اسکلتی محدودکننده.

نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد، تعداد نمونه ۵۵ نفر برآورد شد که با لحاظ کردن احتمال ریزش آنها تعداد ۶۰ فرد واجد شرایط در قالب دو گروه ۳۰ نفری انتخاب شدند. از افراد گروه شاهد پس از توضیحات لازم در مورد مراحل تحقیق، رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش برگه مشخصات فردی (مشخصات دموگرافیک و اطلاعات سالمندی و خانواده

مراقبت خانواده - محور یک فلسفه مراقبتی است که اهمیت واحد خانواده را به عنوان نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های بهداشتی به رسمیت می‌شناسد.<sup>(۶)</sup> مراقبت خانواده - محور روشی برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی مراقبت بهداشتی است که از طریق مشارکت‌های مفید دو طرفه بین مراقبت کنندگان، سالمندان و خانواده‌ها کنترل می‌شود.<sup>(۷)</sup> یک روش مراقبتی خانواده - محور، افراد و خانواده‌ها را توانمند کرده و استقلال و عدم وابستگی را تقویت می‌کند، از تصمیم‌گیری و ارائه مراقبت خانواده حمایت می‌کند، به انتخاب خانواده و سالمند و ارزش‌ها، عقاید و زمینه‌های فرهنگی آنها احترام می‌گذارد، بر پایه نیروهای خانواده و فرد بنا می‌شود و خانواده و سالمند را در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی خدمات مراقبت بهداشتی شرکت می‌دهد.<sup>(۸)</sup>

اجرای یک برنامه توانمندسازی با اهداف افزایش دانش، انگیزه، عزت نفس و خودکارآمدی که به خودکنترلی رفتاری و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه منجر می‌شود به منظور ارتقای بهداشت و بهبود کیفیت زندگی لازم است.<sup>(۹)</sup> یکی از اجزای کلیدی توانمندسازی که توسط آموزش‌دهندگان بهداشت مورد توجه قرار گرفته، فرآیند مشارکت افراد برای ارتقا و بهبود کیفیت زندگی است.<sup>(۱۰)</sup> هدف مداخله‌های پرستاری در مراقبت خانواده‌محور، ارتقای توانایی‌های اعضای خانواده در حیطه‌های معینی است تا به موانع موجود در زمینه‌های بهداشتی و سلامتی فائق آیند؛ زیرا بدون ارتقای توانمندی‌ها، آنها قادر به غلبه بر موانع نخواهند بود.<sup>(۱۱)</sup>

امروزه مسأله ارتقای سلامت افراد مسن و مراقبت خانواده - محور و فعال ماندن آنان در سنین بالا، مسأله جدی تلقی می‌شود و به عنوان یک مفهوم تجملی مطرح نیست. مهم‌ترین مسایل در ارتقای سلامت سالمندان به حفظ استقلال آنان در فعالیت‌های روزمره، کارکرد روزانه و شناختی بالای آنها و ادامه زندگی به صورت فعال

خانواده متشکل از سالمند و خانواده بود. روش مشکل‌گشایی در این مدل، روش بحث گروهی بود که فرد به طور عملی با مشکل و فرآیند حل مشکل مواجه می‌شد و در ارائه راه‌حل‌ها و انتخاب بهترین راه حل مشارکت داشت. این مرحله در قالب دو جلسه آموزشی و هر کدام به مدت ۴۵ دقیقه برگزار شد. برای این منظور جلسه‌های بحث گروهی در قالب چهار جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در گروه‌های ۸ نفره برگزار شد و سالمندان و خانواده آنها به طور عملی با مشکلات و فرآیند حل مشکل مواجه شدند. آنها با یکدیگر و 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 (مشارکت آموزشی)، مطالب بحث شده در جلسه‌های بحث گروهی، از طریق سالمند در قالب دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به سایر اعضای خانواده منتقل شد. علاوه بر این پمفلت‌های آموزشی نیز توسط سالمند برای سایر اعضای خانواده ارسال شد.

در گام چهارم (ارزشیابی الگو)، دانش و خودکارآمدی سالمندان و خانواده آنها بعد از مداخله در قالب دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بررسی شد. درحین مداخله نیز، همان‌طور که در مراحل قبلی گفته شد، خودکنترلی و عزت نفس و میزان رفتارهای پیشگیرانه اتخاذ شده توسط پژوهشگر در هر جلسه برای جلسه قبلی به طور حضوری ارزیابی شد. در واقع نحوه ارزشیابی به صورت پرسش و پاسخ و بحث و بررسی به صورت گروهی در هر جلسه انجام شد و سؤال‌ها و ابهام‌ها پاسخ داده شدند.

در پایان جلسه دهم جمع‌بندی کلی از جلسه‌ها به عمل آمد. سپس به مدت سه ماه به سالمندان و خانواده آنها جهت به کارگیری مفاهیم الگوی توانمندسازی خانواده - محور فرصت داده شد. در ارتباط با گروه شاهد نیز پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها بعد از سه ماه پی‌گیری

آنها)، پرسش‌نامه سنجش کیفیت زندگی نوع کوتاه ۳۶ و برگه ثبت خود گزارش‌دهی انجام الگوی توانمندسازی خانواده - محور بود. جهت تعیین روایی پرسش‌نامه مشخصات فردی از روش اعتبار محتوی استفاده شد. پرسش‌نامه سنجش کیفیت زندگی نوع کوتاه یک پرسش‌نامه استاندارد با روایی و پایایی ثابت شده است. این ابزار ۸ بعد مختلف کیفیت زندگی مانند سلامت عمومی (سؤال ۱)، مشکلات جسمی (سؤال‌های ۳ تا ۱۲)، ایفای نقش (سؤال‌های ۱۳ تا ۱۹)، درد (سؤال‌های ۲۱ و ۲۲)، سلامت روانی (سؤال‌های ۲۴ تا ۳۰)، عملکرد اجتماعی (سؤال‌های ۲۰ و ۳۳)، نیرو و انرژی (سؤال‌های ۲۳، ۲۷، ۲۹ و ۳۱) و سلامت کلی (سؤال ۲) را مورد بررسی قرار می‌دهد.<sup>(۱۴)</sup> مجموع ۸ بعد امتیاز صفر تا ۱۰۰ را دارد که امتیاز بالاتر، نشان‌دهنده عملکرد بهتر است. از افراد گروه مداخله، پس از توضیح در مورد مراحل تحقیق، مفاهیم مورد نیاز، الگوی توانمندسازی خانواده - محور و چگونگی انجام برنامه، رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. سپس در همان جلسه برگه اطلاعات فردی و پرسش‌نامه کیفیت زندگی در اختیار آنان قرار گرفت. پس از طی مراحل فوق، افراد گروه مداخله در مساجد محل خود حضور می‌یافتند و با حضور پژوهشگر، الگوی توانمندسازی خانواده - محور اجرا می‌شد.

مفاهیم مدل توانمندسازی خانواده - محور عبارت بودند از: تهدید درک شده، دانش، نگرش، خودکارآمدی، مهارت، انتظار از خود، تعریف از سلامت، انگیزه، عزت نفس و محور کنترل.<sup>(۹)</sup>

برای اجرای گام به گام و کاربردی کردن الگوی توانمندسازی خانواده - محور، چهار مرحله اجرایی برای آنان طراحی شد که پیوستگی و انسجام داشته و به شرح زیر بودند: درک تهدید، مشکل گشایی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی.

اولین گام در مدل توانمندسازی خانواده - محور افزایش تهدید درک شده عامل توانمند شونده یعنی سیستم

حمایت کننده و درآمد با کیفیت زندگی سالمندان ارتباط معنی داری یافت نشد.

میانگین سطح کیفیت زندگی در بین دو گروه قبل از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده- محور تفاوت معنی داری نداشت، ولی سه ماه پس از مداخله این تفاوت به طور چشمگیری معنی دار شد، به طوری که میانگین کیفیت زندگی در گروه مداخله افزایش داشت ( $p=0/001$ ) و در گروه شاهد تغییری نداشت (جدول شماره ۱). آزمون آماری تی مستقل اختلاف معنی داری را در دو گروه مداخله و شاهد بعد از اجرای برنامه در تمام ابعاد با ( $p<0/001$ ) نشان داد در حالی که قبل از مداخله این اختلاف معنی دار نبود.

برنامه آموزشی در قالب یک جلسه به همراه پمفلت در اختیار آنها قرار داده شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های تی زوج، من ویتنی، مجذور کای و آزمون‌های غیر پارامتریک تجزیه و تحلیل شدند.

#### \* یافته‌ها:

میانگین سنی گروه شاهد  $72/3 \pm 7/6$  و گروه مداخله  $73/6 \pm 8/7$  سال بود. ۲۲ نفر (۳۶/۷ درصد) از هر دو گروه را مردان و ۳۸ نفر (۶۳/۳ درصد) را زنان تشکیل داده بودند. دو گروه به لحاظ اطلاعات دموگرافیک تفاوت آماری معنی داری نداشتند. بین متغیرهایی نظیر سن، جنس، تأهل، تکفل، تحصیلات، شغل، بیمه، سازمان

جدول ۱- مقایسه میانگین ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد و مداخله (تی زوجی)

سطح معنی داری	تی زوجی	بعد از مداخله	قبل از مداخله	گروه	بعد
0/89	-0/13	55/35 ± 21/71	54/64 ± 21/66	شاهد	سلامت عمومی
0/001	-8/81	69/28 ± 14/33	48/21 ± 20/81	مداخله	
1	0/00	27/71 ± 15/91	27/71 ± 16/28	شاهد	ایفای نقش
0/001	-12/84	83/14 ± 14/95	43/00 ± 22/98	مداخله	
0/89	-0/13	8/57 ± 24/21	9/28 ± 24/31	شاهد	مشکلات جسمی
0/001	-17/53	81/42 ± 20/42	10/71 ± 21/25	مداخله	
0/87	-0/16	8/57 ± 24/71	9/52 ± 25/01	شاهد	سلامت روانی
0/001	-12/06	88/57 ± 19/70	15/23 ± 35/55	مداخله	
0/73	-0/34	53/57 ± 16/20	52/14 ± 16/46	شاهد	عملکرد اجتماعی
0/001	-7/59	73/21 ± 15/50	50/35 ± 25/27	مداخله	
0/75	-0/31	60/82 ± 6/69	50/92 ± 20/70	شاهد	درد
0/001	-7/81	71/00 ± 13/57	47/64 ± 24/82	مداخله	
0/77	-0/29	60/82 ± 6/69	60/31 ± 6/55	شاهد	نیرو و انرژی
0/001	-8/03	72/19 ± 11/15	53/65 ± 18/91	مداخله	
0/74	-0/32	48/39 ± 8/48	47/85 ± 8/96	شاهد	سلامت کلی
0/001	-1/97	54/28 ± 18/91	51/96 ± 21/04	مداخله	
0/94	-0/07	38/91 ± 12/06	38/68 ± 12/41	شاهد	کیفیت زندگی
0/001	-15/79	75/46 ± 10/92	41/71 ± 17/30	مداخله	

**\*بحث و نتیجه‌گیری:**

این مطالعه نشان داد اجرای الگوی توانمندسازی خانواده- محور موجب ارتقای کیفیت زندگی سالمندان می‌شود. با به کارگیری و اجرای الگوی توانمندسازی خانواده- محور می‌توان ابعاد مختلف کیفیت زندگی، به خصوص عملکرد فیزیکی و ایفای نقش را در سالمندان افزایش داد و باعث استقلال بیش‌تر آنان در انجام کارهای روزانه شد و به فرآیند پیری موفق کمک نمود و راه را برای بهبود کیفیت زندگی در سالمندان هموار نمود تا بتوان از این طریق از تجربیات ارزشمند سالمندان در راستای اعتلای جامعه در ابعاد مختلف استفاده نمود. از آنجا که مراقبت‌های خانواده- محور یکی از روش‌های مراقبتی مؤثر در بیماری‌های مزمن است؛ این‌گونه مراقبت‌ها در سالمندان نیز با توجه به ماهیت پیری می‌تواند کمک‌کننده باشد. اجرای مراقبت خانواده- محور باعث ایجاد احساسات مثبت در کارکنان مراقبت بهداشتی می‌شود. همانطور که طی این تدابیر، درک، فهم و مشارکت خانواده‌ها در مراقبت از سالمندان بهبود داده می‌شود، از اضطراب خانواده‌ها نیز کاسته می‌شود.<sup>(۱۵)</sup>

از آنجا که به دلیل ماهیت فرایند پیری، سالمندان و خانواده به طور توأم متأثر می‌شوند؛ مراقبت خانواده- محور در افزایش کیفیت زندگی آنها نقش ویژه‌ای دارد که برای اجرای بهتر می‌توان طبق الگوی توانمندسازی خانواده- محور اقدام نمود. اجرای یک برنامه توانمندسازی می‌تواند به اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه منجر شود که برای ارتقای بهداشت و بهبود کیفیت زندگی ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به مطالب گفته شده و با توجه به اصول ذکر شده الگوی توانمندسازی خانواده- محور الگوی مناسبی برای ارتقای بهداشت و بهبود کیفیت زندگی در سالمندان و خانواده‌هاست. زیرا سالمندان و خانواده‌ها ضمن دریافت استقلال، مسؤلیت و آزادی، فرصت می‌یابند تا با شناخت و مهارت کافی، با انگیزه و عزت نفس بالا و احساس

خودکارآمدی در ارتقای وضعیت سلامتی خود فعالانه شرکت کنند.

ناکائو و همکاران نشان دادند سالمندانی که به صورت خود مراقبتی برنامه‌های الگوی توانمند سازی را دنبال می‌کردند تعادل، توده بدنی و قدرت عضلانی بهتری در مقایسه با سالمندان دیگر که در محیط خانواده وابسته به دیگران بودند، داشتند. این پژوهش، برای برنامه‌های بازتوانی، بر خودمراقبتی خانواده- محور تأکید داشته تا سالمندان با عضلات توانمند و کارا بتوانند فعالیت‌های جسمی و کارهای روزانه و ورزش را در دستور کار خود قرار دهند تا سطح کیفی زندگی آنان ارتقا یابد.<sup>(۱۶)</sup> یافته- های پژوهش حاضر نیز نتایج تحقیق ناکائو 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 می‌دهد و وی را در ادامه زندگی با کیفیت بالا ترغیب می‌نماید.

رسنیک و همکاران در پژوهشی نشان دادند که برنامه‌های توانمندسازی که در برگرفته فعالیت‌های جسمی، خانواده محور و جامعه‌محور باشد به توانمندی سالمند به طور معنی‌داری کمک خواهد کرد. آنها برنامه ۱۲ هفته‌ای را طراحی و اجرا کردند؛ بعد از اجرای برنامه میزان امیدواری در نزد سالمندان به طور معنی‌داری افزایش یافت. اهمیت بها دادن به ورزش و بهبود علائم مربوط به افسردگی نیز حاصل شد.<sup>(۱۷)</sup> نتایج این مطالعه با آنچه که در پژوهش حاضر به دست آمده مطابقت دارد.

اندرسون و همکاران در یک مطالعه نشان دادند که سالمندان بالای ۷۵ سال که حمایت‌ها و برنامه‌های توانمندسازی بهزیستی را دریافت کرده بودند، درون‌گراتر و بسیار حساس بوده، محدودیت‌های جسمی آنها تقلیل یافته و احساس ارزش نفس بهتر و والاتری داشتند. آنها نشان دادند که اجرای این گونه برنامه‌ها احترام و عزت نفس سالمندان را بهبود می‌دهد و سالمندان احساس ارزشمندی بالاتری می‌کنند. در این پژوهش به مسئولین مراقبت از سالمندان توصیه شده تا در برنامه‌ریزی‌ها جهت

**\*سپاس‌گزاری:**

از سالمندان شرکت کننده و تمام عزیزانی که در اجرای این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

**\*مراجع:**

1. Simonetti JP, Ferreira JC. Coping strategies developed by caregivers of elderly with chronic diseases. *Rev Esc Enferm USP* 2008 Mar; 42(1): 19-25
2. Löfmark U, Hammarström A. Education-related differences in case fatality among elderly with stroke. *Neuroepidemiology* 2008; 31(1): 21-7
3. Kim JH, Knight BG. Effects of caregiver status, coping styles, and social support on the physical health of Korean American caregivers. *Gerontologist* 2008 Jun; 48(3): 287-99
4. Warren-Findlow J, Prohaska TR. Families, social support, and self-care among older African-American women with chronic illness. *Am J Health Promot* 2008; 22(5): 342-9
5. Knussen C, Tolson D, Brogan CA, et al. Family caregivers of older relatives: ways of coping and change in distress. *Psychol Health Med* 2008 May; 13(3): 274-90
6. Bowden VR, Greenberg CS. *Pediatric Nursing procedures*. Philadelphia: Lippincott Co; 2003. 1-3
7. Institute for Family-centered care. *Family - centered care: Questions & Answers* 2005. available at: <http://www.Familycenteredcare.org>. Accessed in: 2008
8. Institute for Family-centered care. *What is Family-centered care* 2005. Available at: <http://www.familycenteredcare.org>. A
9. Alhani F. *Plannaning and evaluation of family centered emprowement model in iron*

مراقبت از سالمندان به اصل خانواده و جامعه بها دهد تا احترام و ارزش سالمندان حفظ شود.<sup>(۱۸)</sup>

نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد اگر برنامه ریزی در جهت برآوردن نیازهای روحی و روانی سالمندان در کنار مسایل جسمی آنها انجام پذیرد، نتایج مثبتی را به دنبال خواهد داشت. لذا مدیران و برنامه‌ریزان باید مفهوم و فرایند سالمندی را از دیدگاه جامعه و خانواده و با محوریت استقلال و خودباوری سالمند بنگرند. بر همین اساس و با توجه به محدودیت‌هایی نظیر ویژگی‌های فردی سالمندان و شرایط موجود در جامعه سالمندی پیشنهاد می‌شود مطالعه‌هایی با تکیه بر محورهای جامعه و فرد بر ابعاد مختلف زندگی سالمندان نظیر فعالیت‌های معمول روزانه، عزت نفس، رضایت‌مندی و خودکارآمدی سالمندان انجام شود.

امید است این پژوهش چراغی فرا راه محققین جهت پژوهش در راستای بهبود شرایط زندگی سالمندان قرار دهد و با استفاده از بنیان خانواده که در دین مبین اسلام نیز به آن اهمیت ویژه‌ای داده شده به ارتقای سطح کیفی زندگی سالمندان منجر شود. تلاش‌های مسؤولین سلامتی جامعه در زمینه رفاه و تندرستی سالمندان زمانی به بار خواهد نشست که برنامه‌ها و الگوهای توانمندسازی در قالب خانواده‌ها و با کمک تمام اعضا آنها شکل گیرد؛ پرستاران نیز باید توجه داشته باشند که مراقبت مفید و مؤثر از سالمند باید در چارچوب خانواده انجام شود تا به ارتقای عزت نفس و توانمندی سالمند کمک نماید و در نهایت کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و اجرای اصولی الگوی توانمندسازی خانواده - محور می‌توان انتظار داشت که سالمندان و خانواده‌های آنان با آموزش در سه حیطه دانش، نگرش و عملکرد بتوانند مهارت‌های لازم را برای به دست آوردن زندگی با کفایت به کار گیرند و شیرینی زندگی در دوران سالمندی را چندین برابر نمایند.

- deficiency anemia. PhD thesis, modares university 2002 [In Persian]
10. 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 May; 76(5): 473-6
  11. 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 Mar; 40(1): 143-60
  12. Fraczak B, Stawska B. Pensioners' quality of life in social care houses. *Ann Acad Med Stetin* 2007; 53(1): 98-103
  13. Ben Natan M. Perceptions of nurses, families, and residents in nursing homes concerning residents' needs. *Int J Nurs Pract* 2008 Jun; 14(3): 195-9
  14. Huber D. Leadership & Nursing care management. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2000. 196
  15. Perry AG, Potter PA. *Fundamentals of Nursing*. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby Co; 2001.
  16. Nakao H, Yoshikawa T, Hara T, et al. Thresholds of physical activities necessary for living a self-supporting life in elderly women. *Osaka City Med J*. 2007 Dec; 53(2): 53-61
  17. 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 May-Jun; 25(3): 221-34
  18. 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 Jun; 45(6): 818-28