

## A review of 15 years application the family centered empowerment model on the consequences of acute and chronic Diseases

Farshid Rahimi Bashar<sup>1</sup>, Mahmood Salesi<sup>2</sup>, Fatemeh Alhani<sup>\*3</sup>

<sup>1</sup> Department of Anesthesiology and Critical Care, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>2</sup> Chemical injuries research center, systems biology and poisonings institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Received: 19 August 2018 Accepted: 8 February 2019

### Abstract

**Background and Aim:** Due to the widespread prevalence of different acute and chronic diseases (ACD), nurses need to know the choices, necessities and abilities of patients. The study purposes were to determine: 1) the effect of family-centered empowerment model (FCEM) on the outcomes of ACD and 2) the sustainability of FCEM on the consequences of ACD in the following-up period.

**Methods:** The review study was conducted in-the-year-2017. The PRISMA guideline was used to retrieve all national and international studies using the FCEM keyword.

**Results:** In the initial search, 644 papers were retrieved, following PRISMA screening guideline, 47 relevant papers were recognized. The final studies were classified and reviewed using the variables: authors, year, type of research with the number of studied groups, the purpose of the research, the sampling method, the characteristics of the research samples in terms of the number of people and the type of disease, the method of data collection and final conclusion.

**Conclusion:** The review of the published studies with the FCEM and the effectiveness of all of those on the different outcomes of the studies, indicates that this indigenous model: 1) corresponds with the culture of Iran; 2) is an effective, simple, efficient and reliable model; 3) can be used in promoting and improving the different aspects of ACD. The quality of conducting intervention studies using the FCEM was relatively good, but the reporting style and quality of the studies are inadequate.

**Keywords:** Acute Disease, Chronic Disease, Family-Centered Empowerment Model, Methodology.

\*Corresponding author: **Fatemeh Alhani**, Email: [alhani\\_f@modares.ac.ir](mailto:alhani_f@modares.ac.ir)

## مروری بر ۱۵ سال کاربرد مدل توانمندسازی خانواده‌محور بر پیامدهای بیماری‌های حاد و مزمن

فرشید رحیمی‌بشر<sup>۱</sup>، محمود ثالثی<sup>۲</sup>، فاطمه الحانی<sup>۳\*</sup>

<sup>۱</sup> گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران  
<sup>۲</sup> مرکز تحقیقات آسیب‌های شیمیایی، انستیتو سیستم بیولوژی و مسمومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** با توجه به شیوع گسترده انواع بیماری‌های حاد و مزمن پرستاران نیازمند شناخت انتخاب‌ها، نیازها و توانایی‌های بیماران هستند. اهداف مطالعه حاضر عبارت بودند از: ۱) تعیین تاثیر مدل توانمندسازی خانواده‌محور بر پیامدهای بیماری‌های حاد و مزمن و ۲) تعیین پایداری تاثیر مدل بر پیامدهای بیماری‌های حاد و مزمن در دوره پیگیری.

**روش‌ها:** مطالعه مروری حاضر در سال ۲۰۱۷ انجام شد. جستجوی سیستماتیک با استفاده از دستورالعمل PRISMA برای بازیابی تمام مطالعات ملی و بین‌المللی در زمینه مدل توانمندسازی خانواده محور انجام شد.

**یافته‌ها:** در جستجوی اولیه متون ۶۴۴ مقاله بازیابی شد که با توجه به راهنمای انتخاب PRISMA، این تعداد مقاله بازیابی شده به ۴۷ مورد کاهش یافت. مطالعات نهایی شده از حیث نویسندگان، سال انجام، نوع پژوهش به همراه تعداد گروه‌های مورد مطالعه، هدف از اجرای پژوهش، روش نمونه‌گیری، ویژگی‌های نمونه‌های پژوهش از حیث تعداد افراد و نوع بیماری، روش جمع‌آوری اطلاعات و نتیجه‌گیری نهایی اجرای مدل توانمندسازی خانواده محور طبقه‌بندی و مرور شدند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به مرور مطالعات انجام شده با مدل توانمندسازی خانواده محور و موثر بودن تمامی آنها بر پیامدهای مختلف مورد مطالعه، می‌توان با قطعیت بیان نمود که این مدل بومی همخوان با فرهنگ و بافت کشور ایران مدلی موثر، ساده، کارا و قابل اعتماد بوده و توانایی کاربرد در ارتقاء و بهبود ابعاد مختلف بیماری‌های حاد و مزمن را دارد. کیفیت اجرای مطالعات مداخله‌ای اجرای مدل توانمندسازی خانواده محور از کیفیت نسبتاً خوبی برخوردار بوده اما سبک و کیفیت گزارش‌دهی آنها نامناسب است.

**کلیدواژه‌ها:** بیماری حاد، بیماری مزمن، مدل توانمندسازی خانواده محور، روش‌شناسی.

\*نویسنده مسئول: فاطمه الحانی. پست الکترونیک: [alhani\\_f@modares.ac.ir](mailto:alhani_f@modares.ac.ir)

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۲۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۱۹

## مقدمه

تغییر سبک و شیوه زندگی سبب شیوع بالای بیماری‌های حاد و مزمن شده؛ یک سوم بیماران حاد فوت می‌کنند که نیمی از این افراد در عرض یک ساعت اولیه و قبل از رسیدن به بیمارستان و علی‌رغم انجام اقدامات نجات دهنده پایه و پیشرفته حیات بوده و دو سوم آنها که زنده می‌مانند هرگز بهبودی کامل نخواهند یافت و به زندگی عادی باز نمی‌گردند (۱،۲).

نظر به اینکه اکثر قربانیان در سنین ۲۵-۶۵ سال قرار داشته و در واقع بازوهای کاری جامعه هستند، تهی شدن جامعه از این نیروها یا معلولیت موقت یا مادام‌العمر آنها می‌تواند به‌ویژه در جوامع جهان سوم که با کمبود نیروهای کارآمد روبرو هستند به صورت ضایعات و خسارات جبران‌ناپذیر باشد که در تمام طول عمر می‌تواند همراه فرد بوده و علاوه بر مددجو سایر افراد خانواده و حتی جامعه که در بسیاری از موارد شاغلین بیمارستان‌هایی هستند که این بیمارستان‌ها با کمبود شدید نیرو مواجه هستند را متاثر کند (۳،۴). بنابراین؛ بیماری مزمن رویکردی متفاوت با رویکرد غالب در مراقبت از بیماری‌های حاد را طلب می‌کند؛ رویکردی که در آن فرد به عنوان تصمیم‌گیرنده اصلی مسئولیت بیماری خود را پذیرفته و در زندگی با آن به لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی توانمند شود (۵). بررسی مقالات متعدد نشان می‌دهد تعداد مقالات مرتبط با توانمندسازی در پرستاری رشد چشمگیری داشته و بیش از نیمی از این مقالات به بحث پیرامون توانمندسازی در بستر ارتباطات پرستار و بیمار، پرستاری در جهت پیشگیری و آموزش و بهداشت پرداخته‌اند (۶،۷)؛ بنابراین توانمندسازی خواه به عنوان مفهومی در سطح فردی و یا مفهومی در سطح ارتباط با بیماری، منجر به رضایت شخصی، خودکارآمدی، مفهوم مثبت از خود، تعریف مجدد سلامتی، اطمینان، مشارکت فعال، تمایل به زندگی، هیجان، هدفمندی، داشتن توان برای کمک به دیگران، احساس تسلط، امیدواری، بهبود کیفیت زندگی و رشد گشته (۸)، تحت تاثیر حمایت، تصمیم‌گیری مشارکتی، آموزش و مشاوره قرار دارد (۹). در این راستا یکی از مدل‌های بومی مبتنی بر فرهنگ و ساختار جامعه ایرانی اسلامی که متکی بر توانمندسازی سیستم بیمار (بیمار، اعضاء خانواده) است، مدل توانمندسازی خانواده محور است.

## نحوه پیدایش و شکل‌گیری مدل توانمندسازی خانواده

### محور

مدل توانمندسازی خانواده محور توسط فاطمه الحان طراح شد. این مدل حاصل یک یک تحقیق ترکیبی بود که در مراحل اول تحقیق کیفی از نوع گراند تئوری بود که پس از طی مراحل تشکیل مفاهیم، توسعه مفاهیم، مشخص کردن فرآیند روانی-اجتماعی مسئله و منتج شدن متغییر مرکزی مراحل مدل‌سازی برای ایجاد یک مدل کاربردی را طی نمود و سپس طی یک تحقیق کمی نیمه تجربی اجرا شد (۱۰).

هدف اصلی مدل توانمندسازی خانواده محور توانمند شدن سیستم خانواده و بیمار (کودک و والدین/بیمار و سایر اعضای خانواده) در جهت ارتقای سطح سلامت آنان است (۱۱). مفاهیم مدل توانمندسازی خانواده محور عبارتند از:

۱- **تهدید درک شده:** تهدید درک شده شامل دو مفهوم شدت درک شده و حساسیت درک شده است. منظور از شدت درک شده این است که فرد با شناخت خطرات یا عوارض ناشی از یک بیماری، میزان جدی بودن آن بیماری را درک کرده و نسبت به آن بیماری احساس خطر کند و منظور از حساسیت درک شده این است که فرد با شناخت موقعیت و وضعیت خودش و تعریف صحیحی از سلامت با توجه به فرآیند بیماری نسبت به ابتلاء خودش به آن بیماری احساس خطر کند و احتمال ابتلاء خودش به آن بیماری را ممکن بداند.

۲- **خودکارآمدی:** منظور از خودکارآمدی این است که شخص اعتقاد داشته باشد که می‌تواند کار خاصی را انجام دهد و واقعا هم بتواند آن را انجام دهد. احساس خودکارآمدی به انتظار فرد از خودش و توان انجام کار، یعنی اینکه فرد از خودش چه انتظاری دارد؛ آیا از خودش انتظار انجام دادن رفتار یا کار خاصی را دارد؟ آیا مهارت انجام آن کار را دارد؟ بر می‌گردد.

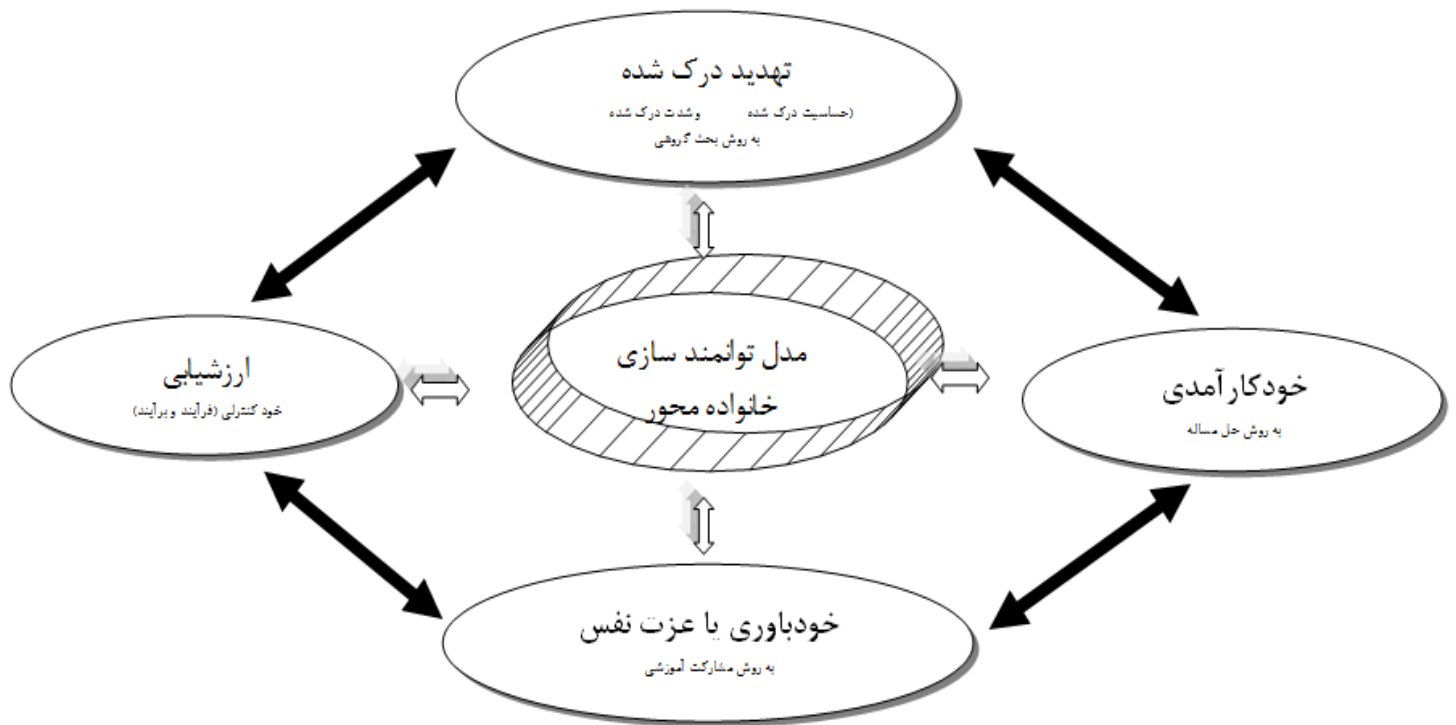
۳- **عزت نفس (خودباوری):** منظور از خودباوری یا عزت نفس درجه تصویب، تأیید، پذیرش و ارزشمندی است که شخص نسبت به خود یا خویشتن احساس می‌کند. افراد با عزت نفس پائین محور کنترل بیرونی و افراد با عزت نفس بالا محور کنترل درونی دارند.

۴- **ارزشیابی:** در این مدل دو نوع ارزشیابی وجود دارد. ارزشیابی فرآیندی که در طول اجرای مدل انجام می‌شود و ارزشیابی برآیندی که در پایان کار صورت می‌گیرد (شکل-۱).

با عنایت به شیوع گسترده انواع بیماری‌های حاد و خصوصاً مزمن پژوهشگران بر آن شدند تا پژوهشی با عنوان "مروری بر ۱۵ سال کاربرد مدل توانمندسازی خانواده محور بر پیامدهای بیماری‌های حاد و مزمن" با دو هدف (۱) تعیین تاثیر مدل توانمندسازی خانواده محور بر پیامدهای بیماری‌های حاد و مزمن و (۲) تعیین پایداری تاثیر مدل توانمندسازی خانواده محور بر پیامدهای بیماری‌های حاد و مزمن در دوره پیگیری را انجام دهند.

## روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مروری سیستماتیک بوده که تا تاریخ ۲۰ آذرماه ۱۳۹۶ انجام شده است. جستجوی سیستماتیک با استفاده از راهنمای PRISMA برای بازیابی مطالعات چاپی و غیرچاپی مرتبط با مدل توانمندسازی خانواده محور انجام شد (۱۳). جامعه پژوهش همه مقالات داخلی و خارجی بودند که از مدل توانمندسازی خانواده محور استفاده کرده بودند.



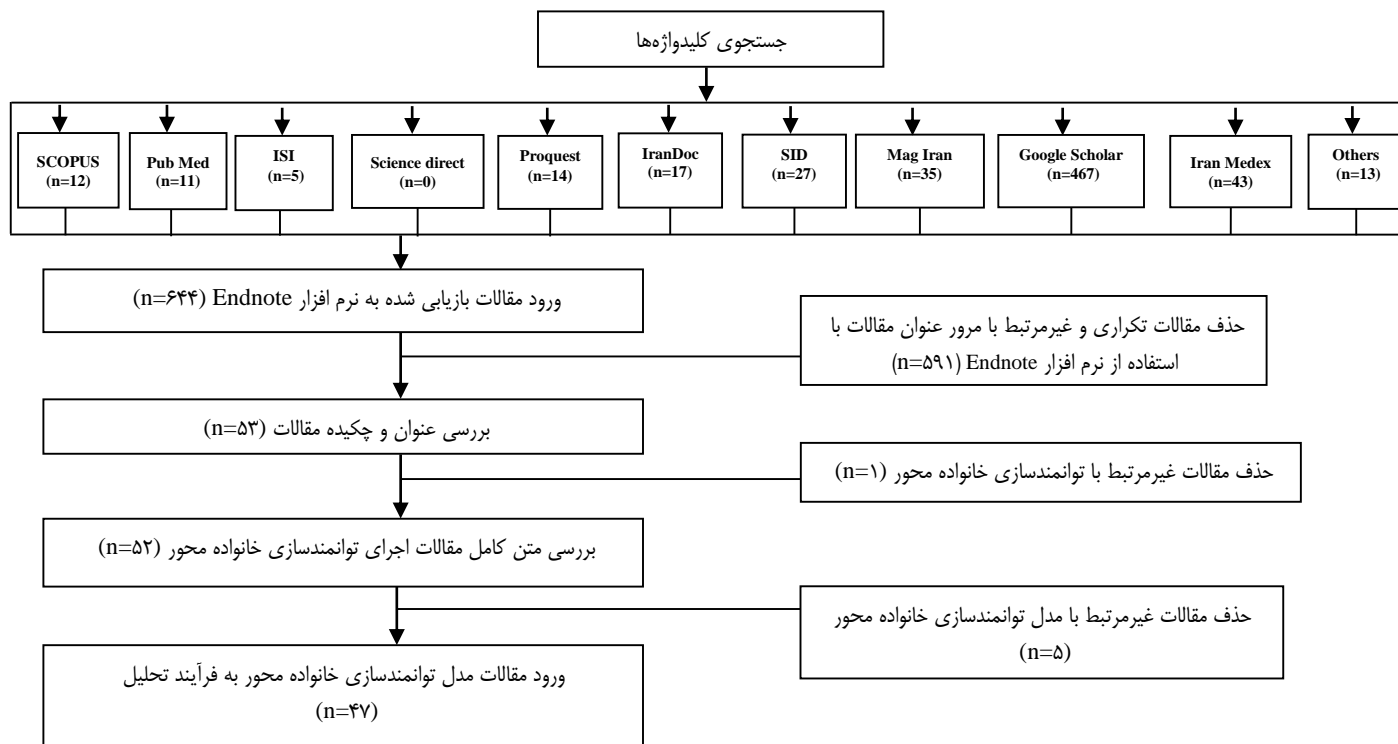
شکل-۱. مراحل اجرایی مدل توانمندسازی خانواده محور (اقتباس از مطالعه الحانی و همکاران (۱۲))

منظور سازمان‌دهی مطالعات از نرم افزار مدیریت منابع اطلاعاتی (Endnote (Thomson Reuters, X7.5, Bld 9325) استفاده شد.

معیارهای انتخاب اولیه مطالعات عبارت بودند از: کاربرد مدل توانمندسازی خانواده‌محور به عنوان مداخله و در دسترس بودن فایل الکترونیکی یا چاپی مقاله. مقالات مروری و نامه به سردبیر به علت عدم استفاده از داده‌های اولیه و ارائه شفاهی یا پوستر مقالات در صورت عدم دسترسی به اصل مقاله و اطلاعات روش‌شناسی مقاله از مطالعه حذف شدند. پس از جستجوی اولیه مطالعات بازبینی شده، مطالعات با توجه به معیارهای ورود غربال شدند تا به مطالعاتی رسیدیم که شرایط ورود به مطالعه حاضر را داشتند.

کیفیت مقالات نهایی شده توسط سه محقق ارزیاب با تجربه در زمینه پژوهش‌های مرور سیستماتیک به طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفت؛ سپس در یک جلسه مشترک نتایج به بحث و بررسی گذاشته شد و در مواردی که اختلاف نظر وجود داشت، بحث و بررسی تا حدی ادامه یافت که توافق نهایی بین سه محقق ارزیاب حاصل شد. به منظور بررسی کیفیت مقالات از چهار مقیاس JADAD (۱۴)، Cochrane Risk of Bias (۱۵)، Newcastle-Ottawa (۱۶) و زیرمقیاس چک لیست Consor ۲۰۱۰ (۱۷) استفاده شد که از طریق وب-سایت [www.consort-statement.org](http://www.consort-statement.org) قابل دسترس می‌باشد.

جستجو در پایگاه‌های فارسی زبان اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)، اطلاعات نشریات کشور (MagIran)، سامانه دانش‌گستر برکت (Iran Medex) و پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران (Iran Doc) و انگلیسی زبان Pub med, Web of science, Scopus, Science direct و Proquest انجام شد. موتور جستجوی Google scholar به صورت انگلیسی و فارسی به جهت افزایش غنای تعداد مقالات بازبینی شده و همچنین اینکه خواستگاه "مدل توانمندسازی خانواده-محور" یک مدل ایرانی است، جستجو شد. جهت حفظ تمامی مقالات مرتبط محدودیتی از نظر زمان و زبان چاپ مقالات در نظر گرفته نشد. برای یافتن مقالات مرتبط در پایگاه‌های فارسی زبان عبارت "توانمندسازی خانواده-محور" و انگلیسی زبان عبارت "Family centered empowerment" جستجو شد. به منظور افزایش غنای مقالات بازبینی شده، جستجوی دستی علاوه بر جستجوی پایگاه‌های ذکر شده در بین مقالات و پایان‌نامه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی، بهزیستی، تربیت مدرس، مشهد، تبریز، اصفهان، شیراز و یزد انجام شد که انتخاب مکان‌های جستجوی دستی بر اساس توان محققین و امکان انجام آن بود که در نمودار ۱- با برجسب "سایرین" مشخص شده است. جهت اطمینان از بازبینی کلیه مقالات قابل استفاده فهرست منابع مقالات بازبینی شده نیز مورد جستجو قرار گرفت. (نمودار ۱-). به



نمودار-۱. روند ورود مطالعات به پژوهش

جدول-۱. مطالعات نهایی انتخاب شده

نویسندگان (سال)	نوع پژوهش	هدف (تاثیر کاربرد مدل بر .....)	روش نمونه‌گیری	ویژگی نمونه‌ها	روش جمع‌آوری اطلاعات	نتیجه‌گیری
مسعودی و همکاران (۱۳۸۹) (۳۸)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۶۰ بیمار سالمند	پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی SF-36	آمیانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
روشن و همکاران (۱۳۹۳) (۳۹)	نیمه تجربی دو گروهی	کیفیت زندگی	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۶۰مادر دخترنوجوان مبتلا به کم خونی فقر آهن	فرم کوتاه پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی	آمیانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
الله یاری و همکاران (۱۳۸۵) (۴۰)	نیمه تجربی دو گروهی	کیفیت زندگی	سرشماری و تخصیص تصادفی	۵۰ کودک مبتلا به تالاسمی	پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی عمومی و کیفیت زندگی بعد تالاسمی	آمیانگین نمره کیفیت زندگی عمومی و کیفیت زندگی بعد تالاسمی
مسعودی و همکاران (۱۳۸۹) (۴۱)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	دانش، نگرش و عملکرد	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۰مراقب‌بیمارمبتلا به‌مولتیپل اسکلروزیس	پرسشنامه‌های سنجش دانش، نگرش و عملکرد	آمیانگین نمرات دانش، نگرش و عملکرد در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
تیاموری و همکاران (۱۳۹۰) (۴۲)	نیمه تجربی دو گروهی	کیفیت زندگی	خوشه‌ای تصادفی و تخصیص تصادفی	۶۰ کودک مبتلا به اسم و والدین آنها	پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی عمومی و اسم کودک	آمیانگین نمره کیفیت زندگی عمومی و کیفیت زندگی بعد اسم در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
واحدیان عظیمی و همکاران (۱۳۸۹) (۴۳)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	سبک زندگی	خوشه‌ای تصادفی و تخصیص تصادفی	۷۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی	پرسشنامه سنجش سبک زندگی	آمیانگین نمرات سبک زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
نجفی و همکاران (۱۳۹۱) (۴۴)	نیمه تجربی دوگروهی	آگاهی و نگرش مادران	در دسترس و تخصیص تصادفی	۸۶ کودک مبتلا به تالاسمی	پرسشنامه سنجش دانش و نگرش مادران نسبت به بیماری تالاسمی	آمیانگین نمرات دانش و نگرش مادران نسبت به بیماری تالاسمی
مسعودی و همکاران (۱۳۹۱) (۴۵)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی و خودکارآمدی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۰ مراقب خانوادگی بیمار مولتیپل اسکلروزیس	چک لیست خودگزارش‌دهی، پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی آنالوگ تصویری و پرسشنامه سنجش خودکارآمدی	آمیانگین نمرات کیفیت زندگی و خودکارآمدی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
مسعودی و همکاران (۱۳۹۱) (۴۶)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	خشونودی درک شده و عزت نفس	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۰مراقب خانوادگی بیمار مولتیپل اسکلروزیس	چک لیست خودگزارش‌دهی، پرسشنامه سنجش خشونودی درک شده و پرسشنامه سنجش عزت نفس	آمیانگین نمرات خشونودی درک شده و عزت نفس در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
رجبی و همکاران (۱۳۹۲) (۴۷)	نیمه تجربی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۱۷۲ کودک مبتلا به اسم	پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی کودکان مبتلا به اسم (PAQLA)	آمیانگین نمرات کیفیت زندگی کودکان مبتلا به اسم در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
ثناپی و همکاران (۱۳۹۲) (۴۸)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	خودکارآمدی و عزت نفس	در دسترس و تخصیص تصادفی	۱۰۲ بیمار CABG و ۱۰۲ عضو فعال خانواده آنها	پرسشنامه سنجش خودکارآمدی و عزت نفس	آمیانگین نمرات خودکارآمدی و عزت نفس در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
ریبی و همکاران (۱۳۹۱) (۴۹)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	دانش، نگرش و عملکرد	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس	پرسشنامه‌های سنجش دانش، نگرش و عملکرد	آمیانگین نمرات دانش، نگرش و عملکرد در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
ریبی و همکاران (۱۳۹۱) (۵۰)	نیمه تجربی دوگروهی	خودکارآمدی، تهدید درک شده، عزت نفس و کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۶۴ سالمند	پرسشنامه‌های سنجش عزت نفس، تهدید درک شده، خودکارآمدی و کیفیت زندگی SF-36	آمیانگین نمرات تهدید درک شده، عزت نفس و کیفیت زندگی
روشن و همکاران (۱۳۹۳) (۵۱)	نیمه تجربی دو گروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۶۰ دخترنوجوان مبتلا به کم خونی فقر آهن	پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی اختصاصی نوجوانان (KIDSCREEN-52)	آمیانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
پدرام‌رازی و همکاران (۱۳۹۳) (۵۲)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	دانش و کنترل متابولیکی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۱۰۳ بیمار مبتلا به دیابت تپ دو	پرسشنامه سنجش دانش و پرسشنامه کنترل متابولیکی	آمیانگین نمره دانش و I میزان HbA1C در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
محمودی‌راد و همکاران (۱۳۹۲) (۵۳)	نیمه تجربی دو گروهی	سبک زندگی	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۶۷ بیمار مبتلا به پرفشاری خون	پرسشنامه سنجش سبک زندگی	آمیانگین نمره سبک زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
تیاموری و همکاران (۱۳۹۳) (۵۴)	نیمه تجربی دو گروهی	کیفیت زندگی والدین	خوشه‌ای تصادفی و تخصیص تصادفی	۶۰ نفر از والدین کودکان مبتلا به اسم	پرسشنامه‌های سنجش دانش، خود کارآمدی، عزت نفس و کیفیت زندگی SF-12	آمیانگین نمرات دانش، خودکارآمدی، عزت نفس و کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
ثناپی و همکاران (۱۳۹۳) (۵۵)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	میزان همکاری خانواده در تبعیت از رژیم درمانی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۱۰۲ بیمار CABG و ۱۰۲ عضو فعال خانواده آنها	پرسشنامه سنجش همکاری همکاری خانواده در تبعیت از رژیم درمانی	آمیانگین نمره کل و سه زیر مقیاس رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی و رژیم دارویی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
صادقی و همکاران (۱۳۹۲) (۵۶)	کارآزمایی بالینی سه‌گروهی	دانش و کنترل متابولیکی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۱۵۳ بیمار مبتلا به دیابت تپ دو	پرسشنامه سنجش دانش و پرسشنامه کنترل متابولیکی	آمیانگین نمره دانش بین دو گروه آزمون نسبت به گروه شاهد؛ عدم تفاوت معنی‌دار در میزان HbA1C اما I بیشتر میزان HbA1C در دو گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
رجبی و همکاران (۱۳۹۵) (۵۷)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	دانش، نگرش و خودکارآمدی مادران	در دسترس و تخصیص تصادفی	۱۷۲ مادر کودک مبتلا به اسم	پرسشنامه‌های سنجش دانش، نگرش، خودکارآمدی نسبت به اسم	آمیانگین نمرات دانش، نگرش و خودکارآمدی مادران کودکان مبتلا به اسم در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
خسروان و همکاران (۱۳۹۲) (۵۸)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۶۴ زن مبتلا به بی‌اختیاری استرسی ادرار	پرسشنامه‌های سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بی‌اختیاری ادرار، دانش، عزت نفس و رفتارهای بهداشتی	آمیانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بی‌اختیاری ادرار، دانش، عزت نفس و رفتارهای بهداشتی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
عابدینی و همکاران (۱۳۹۵) (۵۹)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	شاخص‌های توانمندسازی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۴۰ بیمار تمویض درجه‌ی مصنوعی قلب شده	پرسشنامه‌های سنجش تهدید درک شده، خودکارآمدی و عزت نفس	آمیانگین نمرات تهدید درک شده، خودکارآمدی و عزت نفس
شیروانی و همکاران (۱۳۹۶) (۶۰)	نیمه تجربی دوگروهی	مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۷۰ زن مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی	پرسشنامه‌های سنجش کیفیت زندگی عمومی مبتلایان به سرطان و کیفیت زندگی - اختصاصی مبتلایان به سرطان پستان	آمیانگین نمرات سنجش کیفیت زندگی عمومی مبتلایان به سرطان و کیفیت زندگی - اختصاصی مبتلایان به سرطان پستان
بابازاده و همکاران (۱۳۹۵) (۶۱)	نیمه تجربی دوگروهی	اصلاح رفتارهای پرخطر	تصادفی‌سازی طبقه‌ای و تخصیص تصادفی	۷۶ بیمار مبتلا به تب مالت	پرسشنامه‌های سنجش دانش، نگرش، خودکارآمدی، عزت نفس و رفتار	آمیانگین نمرات دانش، نگرش، خودکارآمدی، عزت نفس و رفتار
خیرالهایی و همکاران (۱۳۹۳) (۶۲)	نیمه تجربی دوگروهی	شدت تهدید درک شده	در دسترس و تخصیص تصادفی	۸۸ مراقب بیماران مبتلا به سکنه مغزی	پرسشنامه سنجش تهدید درک شده و پرسشنامه ارزیابی میزان ناتوانی بارتل	آمیانگین نمره تهدید درک شده در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
فرزایی و همکاران (۱۳۹۶) (۶۳)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۹۰ بیمار سالمند مبتلا به آنژین صدری	پرسشنامه‌های تخصصی مدل توانمندسازی خانواده محور و پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی آنژین سیانل	آمیانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد

نویسندگان (سال)	نوع پژوهش	هدف (تاثیر کاربرد مدل بر .....)	روش نمونه‌گیری	ویژگی نمونه‌ها	روش جمع‌آوری اطلاعات	نتیجه‌گیری
آتش‌زاده‌مشوریده و همکاران (۱۳۹۶) <sup>(۳۱)</sup>	کارآزمایی بالینی دوگروهی	سبک زندگی، خودکارآمدی و HbA1C	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۰ بیمار مبتلا به دیابت تیپ دو	پرسشنامه‌های تعدیل یافته سبک زندگی، خودکارآمدی و آزمایش HbA1C	↑ میانگین نمره سبک زندگی و خودکارآمدی و ↓ میزان HbA1C در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
رضایی‌اصل و همکاران (۱۳۹۶) <sup>(۳۴)</sup>	کارآزمایی بالینی دوگروهی	تبعیت از درمان	در دسترس و تخصیص تصادفی	۵۶ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو	پرسشنامه‌های سنجش توانمندی و تبعیت از درمان در بیماری‌های مزمن	↑ میانگین نمره پرسشنامه‌های توانمندی و تبعیت از درمان و ↓ میزان HbA1C در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
محمودی‌راد و همکاران (۱۳۹۵) <sup>(۳۵)</sup>	کارآزمایی بالینی دوگروهی	سبک تغذیه و فعالیت جسمانی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۰ بیمار مبتلا به آسم	پرسشنامه سنجش سبک تغذیه و پرسشنامه فعالیت فیزیکی بک	↑ میانگین نمرات سبک تغذیه و فعالیت فیزیکی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
نوری و همکاران (۱۳۹۴) <sup>(۳۶)</sup>	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی و فشار خون	طبقه‌ای و تخصیص تصادفی	۱۲۰ بیمار مبتلا به پرفشاری خون	چک لیست ثبت فشار خون و پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی SF-36	↑ میانگین نمره کیفیت زندگی و ↓ میزان فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در گروه آزمون نسبت به شاهد
حکیم و همکاران (۱۳۹۴) <sup>(۳۷)</sup>	کارآزمایی بالینی دوگروهی	میزان دانش والدین	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۶۰ کودک تحت عمل جراحی استومی	پرسشنامه‌های سنجش دانش در حیطه‌های مراقبت و عوارض استومی و ابعاد مدل توانمندسازی خانواده‌محور	↑ میانگین نمرات دانش در حیطه‌های مراقبت و عوارض استومی والدین و کودکان در گروه آزمون نسبت به شاهد
واحدیان و همکاران (۱۳۹۴) <sup>(۳۸)</sup>	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۲ بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی	پرسشنامه‌های تخصصی مدل توانمندسازی خانواده محور و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36	↑ میانگین نمره کل کیفیت زندگی و ۸ زیر مقیاس آن در گروه آزمون نسبت به شاهد
حکیم و همکاران (۱۳۹۳) <sup>(۳۹)</sup>	کارآزمایی بالینی دوگروهی	میزان رعایت نکات بهداشتی در والدین	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۷۰ مادر با کودک مبتلا به عفونت اداری	پرسشنامه رعایت نکات بهداشتی	↑ میانگین نمره رعایت نکات بهداشتی در گروه آزمون نسبت به شاهد
رضائیان و همکاران (۱۳۹۳) <sup>(۴۰)</sup>	نیمه تجربی دوگروهی	کیفیت زندگی	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۶۰ مادر با کودک مبتلا به عفونت اداری	پرسشنامه‌های تخصصی مدل توانمندسازی خانواده محور و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36	↑ میانگین نمره کل کیفیت زندگی و ۸ زیر مقیاس آن در گروه آزمون نسبت به شاهد
قطبی و همکاران (۱۳۹۲) <sup>(۴۱)</sup>	نیمه تجربی دوگروهی	رفتارهای خودمراقبتی	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۴۰ بیمار مبتلا به دیابت تیپ دو	پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی با چهارحیطه تغذیه، فعالیت جسمی و ورزش، مراقبت از پا، کنترل دارو و عوارض	↑ میانگین نمره کل رفتارهای خودمراقبتی و ۴ زیر مقیاس آن در گروه آزمون نسبت به شاهد
صالحی و همکاران (۱۳۹۱) <sup>(۴۲)</sup>	نیمه تجربی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۹۹ بیمار تحت درمان با همدیالیز	پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی SF-36	↑ میانگین نمره کل کیفیت زندگی و ۶ زیر مقیاس آن در گروه آزمون نسبت به شاهد
کریمی و همکاران (۱۳۸۸) <sup>(۴۳)</sup>	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۶۲ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس	پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مولتیپل اسکلروزیس	↑ میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به شاهد
ماتاجی و همکاران (۱۳۹۳) <sup>(۴۴)</sup>	نیمه تجربی دوگروهی	اصلاح رفتارهای غذایی مرتبط با چاقی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۹۰ زن چاق	پرسشنامه‌های تخصصی مدل توانمندسازی خانواده محور و چک لیست رفتارهای غذایی	↑ میانگین نمره رفتارهای غذایی در گروه آزمون نسبت به شاهد
برهانی و همکاران (۱۳۹۰) <sup>(۴۵)</sup>	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۸۶ کودک مبتلا به تالاسمی	پرسشنامه عمومی سنجش کیفیت زندگی کودکان	↑ میانگین نمره کل کیفیت زندگی و ۲ زیر مقیاس جسمی، عاطفی و اجتماعی در گروه آزمون نسبت به شاهد
بریم‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷) <sup>(۴۶)</sup>	نیمه تجربی دوگروهی	خودکارآمدی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۰ نوجوان مبتلا به تالاسمی ماژور	پرسشنامه‌های سنجش بررسی نیازها، خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی اختصاصی سلول داسی شکل	↑ میانگین نمره خودکارآمدی عمومی و اختصاصی در گروه آزمون نسبت به شاهد
هدایتی (۱۳۹۴) <sup>(۴۷)</sup>	کارآزمایی بالینی دوگروهی	عزت نفس	تصادفی خوشه‌ای و تخصیص تصادفی	۶۲ بیمار سالمند با پرفشاری خون	پرسشنامه سنجش عزت نفس	↑ میانگین نمره عزت نفس در گروه آزمون نسبت به شاهد
کنسوری و همکاران (۱۳۹۴) <sup>(۴۸)</sup>	کارآزمایی بالینی دوگروهی	فشار خون	تصادفی خوشه‌ای و تخصیص تصادفی	۶۲ بیمار سالمند با پرفشاری خون	پرسشنامه‌های تخصصی مدل توانمندسازی خانواده محور و چک لیست ثبت فشار خون	↓ میانگین فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در گروه آزمون نسبت به شاهد
سرگزی و همکاران (۱۳۹۶) <sup>(۴۹)</sup>	نیمه تجربی دوگروهی	کیفیت زندگی و خودکارآمدی	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۵۰ نوجوان مبتلا به دیابت تیپ یک	پرسشنامه خودکارآمدی در مدیریت دیابت و کیفیت زندگی نوجوانان دیابتی	↑ میانگین نمرات خودکارآمدی و کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به شاهد
پاشایی و همکاران (۱۳۹۵) <sup>(۵۰)</sup>	نیمه تجربی دوگروهی	مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۷۰ زن مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی	پرسشنامه‌های سنجش کیفیت زندگی عمومی مبتلایان به سرطان و کیفیت زندگی - اختصاصی مبتلایان به سرطان پستان	↑ میانگین نمرات مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی و ۳ زیر مقیاس جسمی، عاطفی و اجتماعی در گروه آزمون نسبت به شاهد
قاسمی و همکاران (۱۳۹۳) <sup>(۵۱)</sup>	کارآزمایی بالینی سه‌گروهی	حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۱۹۰ فرد و ۹۵ عضو خانواده فرد مصرف کننده متامفتامین	پرسشنامه استاندارد سنجش حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی SF-36	↑ میانگین نمرات حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در دو گروه آزمون نسبت به شاهد و ارتباط مثبت معنی‌دار بین حمایت اجتماعی با تمام ابعاد کیفیت زندگی در سه گروه
واحدیان و همکاران (۱۳۹۵) <sup>(۵۲)</sup>	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی، استرس درک شده و اضطراب صفتی و موقعیتی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی و عضو خانواده آنها	پرسشنامه‌های تخصصی مدل توانمندسازی خانواده محور، کیفیت زندگی SF-36، استرس درک شده، اضطراب صفتی و موقعیتی	↑ میانگین نمرات استرس درک شده و کیفیت زندگی و ↓ اضطراب صفتی و موقعیتی در گروه آزمون نسبت به شاهد
مینویی و همکاران (۱۳۹۵) <sup>(۵۳)</sup>	نیمه تجربی دوگروهی	کیفیت زندگی	تصادفی ساده و تخصیص تصادفی	۶۸ کودک مبتلا به نارسایی کلیه	پرسشنامه کیفیت زندگی کودک مبتلا به نارسایی کلیه	↑ میانگین نمره کل کیفیت زندگی و دو زیر مقیاس جسمی و روانی در گروه آزمون نسبت به شاهد

## نتایج

در جستجوی اولیه متون، ۶۴۴ مقاله بازبایی شد که با توجه به راهنمای انتخاب PRISMA، این تعداد مقاله بازبایی شده به ۴۷ مورد کاهش یافت (نمودار-۱). از ۴۷ مقاله باقیمانده، تعداد مقالات وارد شده به تفکیک هر پایگاه عبارتند از: ۲۷ مقاله از پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، ۸ مقاله از پایگاه اطلاعات نشریات کشور، ۱ مقاله از پایگاه Proquest، ۷ مقاله از پایگاه Pubmed، ۳ مقاله از پایگاه Web of science و ۱ مقاله از پایگاه Scopus. مطالعات نهایی شده از حیث نویسندگان، سال انجام، نوع پژوهش به همراه تعداد

دریچه قلب (۳۸)، فرزاسی و همکاران بر کیفیت زندگی بیماران سالمند مبتلا به آنژین صدری (۴۲) و واحدیان و عظیمی و همکاران بر کیفیت زندگی بیماران انفارکتوس قلبی (۱۲) انجام شده بود (جدول-۱).

## بیماران مبتلا به بیماری تالاسمی

در خصوص بیماران تالاسمی مطالعات در سه حیطه کودکان (۲۰ و ۵۴)، نوجوانان (۵۵) و والدین کودکان مبتلا به تالاسمی (۲۳) انجام شده بود. مطالعات الله‌یاری و همکاران بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به تالاسمی (۲۰)، نجفی و همکاران بر آگاهی و نگرش مادران دارای کودک تالاسمی (۲۳)، برهانی و همکاران بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به تالاسمی (۵۴) و بریم‌نژاد و همکاران بر خودکارآمدی نوجوانان مبتلا به تالاسمی (۵۵) انجام شده بود (جدول-۱).

## بیماران مبتلا به بیماری آسمی

در خصوص بیماران آسمی مطالعات در سه حیطه کودکان (۲۲، ۲۶)، والدین کودکان مبتلا به آسم (۲۲، ۳۳، ۳۶) و بیماران بزرگسالان (۴۵) انجام شده بود. مطالعات تیموری و همکاران بر کیفیت زندگی کودکان و والدین آنها (۲۲)، رجبی و همکاران بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به آسم (۲۶)، تیموری و همکاران بر کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به آسم (۳۳)، رجبی و همکاران بر دانش، نگرش و خودکارآمدی مادران کودکان مبتلا به آسم (۳۶) و محمودی‌راد و همکاران بر سبک تغذیه و فعالیت جسمانی بزرگسالان مبتلا به آسم (۴۵) انجام شده بود (جدول-۱).

## پایداری تاثیر مدل توانمندسازی خانواده‌محور در دوره پیگیری بعد از اجرای مدل

همانطوری که در قسمت توضیح مدل بیان شد، برای گروه مداخله توانمندسازی خانواده‌محور با چهار مرحله تهدید درک شده، خودکارآمدی، خودباوری (عزت نفس) و ارزشیابی (شکل-۱) بر اساس نیازهای فردی سیستم بیمار (بیمار/اعضاء خانواده) اجرا می‌شود. بعد از اجرای مدل، بیمار به مدت ۴۵ تا ۹۰ روز فرصت تمرین و اجرای موارد آموزش داده شده بر اساس مدل توانمندسازی خانواده‌محور را دارد.

یکی از اهداف مطالعه الحانی و همکاران بررسی پایداری تاثیر مدل توانمندسازی خانواده‌محور در دوره پیگیری بعد از اجرای مدل بوده، نتایج این مطالعه نشان داد که توانمندشدن بیماران گروه آزمون ثبات و ماندگاری معنی‌داری نسبت به گروه شاهد دارد (۶۱). شکل-۲ نشان می‌دهد که بعد از توانمندسازی، میانگین دو بعد فیزیکی (عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش فیزیکی، درد جسمانی و سلامت عمومی) و بعد روانی (عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، محدودیت نقش روانی و شادابی) کیفیت زندگی در گروه مداخله از روند نسبتاً ثابت معنی‌داری پیروی کرده، این روند برای بیماران گروه شاهد به طور معکوس است؛ به عبارتی بهبود میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون همانند اولین دوره پیگیری بعد

## پیامدهای مورد مطالعه

در مطالعات انجام شده پیامدهای مورد بررسی به تفکیک نوع بیماری گزارش شده بودند که این پیامدها به طور کامل در جدول-۱ گزارش شده است. در ذیل به شایع‌ترین پیامدهایی که به طور مکرر در بیماران دیابتی، قلبی، تالاسمی و آسمی انجام شده است، اشاره می‌شود.

## بیماران مبتلا به دیابت

در خصوص بیماری دیابت مطالعات مختلفی بر ابعاد متفاوت مسایل مراقبتی درمانی این بیماران انجام شده بود. به طور کلی ۵ مطالعه بر دیابت تیپ دو (۳۱، ۳۵، ۴۳، ۴۴، ۵۰) و یک مطالعه بر دیابت تیپ یک (۵۸) تمرکز داشتند. از مطالعاتی که بر روی جامعه بیماران دیابتی تیپ دو انجام شده بود، می‌توان به مطالعات پدرام-رازی و همکاران بر دانش و کنترل متابولیکی (۳۱)، صادقی و همکاران بر دانش و کنترل متابولیکی (۳۵)، آتش‌زاده شوریده و همکاران بر سبک زندگی، خودکارآمدی و میزان HbA1C (۴۳)، رضایی اصل و همکاران بر تبعیت از درمان (۴۴) و قطبی و همکاران بر رفتارهای خودمراقبتی (۵۰) اشاره نمود. مطالعه سرگزی و همکاران بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت تیپ یک تمرکز داشت (۵۸) (جدول-۱).

## بیماران مبتلا به بیماری قلبی

در خصوص بیماری قلبی دسته‌بندی‌های متفاوتی صورت گرفته بود اما در مطالعه حاضر تمام بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی، تحت عمل پیوند عروق کرونر، تعویض دریچه قلب و آنژین صدری زیر مجموعه بیماری قلبی دسته بندی شدند.

مطالعات واحدیان و عظیمی و همکاران بر سبک زندگی بیماران انفارکتوس قلبی (۷)، ثنایی و همکاران بر خودکارآمدی و عزت نفس بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر (۲۷)، ثنایی و همکاران بر میزان همکاری خانواده در تبعیت از رژیم درمانی (۳۴)، عابدینی و همکاران بر شاخص‌های توانمندسازی بیماران تعویض



مختلفی حضور یافته، جراحی و مجروح شدن اجزاء لاینفک این شرایط است. شکل-۲ نشان می‌دهد که افزایش نمرات توانمندسازی در گروه آزمون ماه‌ها بعد از اجرای مداخله و حتی زمانی که مطالعه اتمام شده و بیمار رها شده بود، همچنان در سطح بالایی قرار داشت که این وضعیت در گروه شاهد برعکس بوده و کاهش نمرات توانمندسازی در دوره طولانی بعد از اجرای مداخله به طور معنی‌داری در سطح پایینی قرار داشت.

### ارزیابی کیفیت مقالات

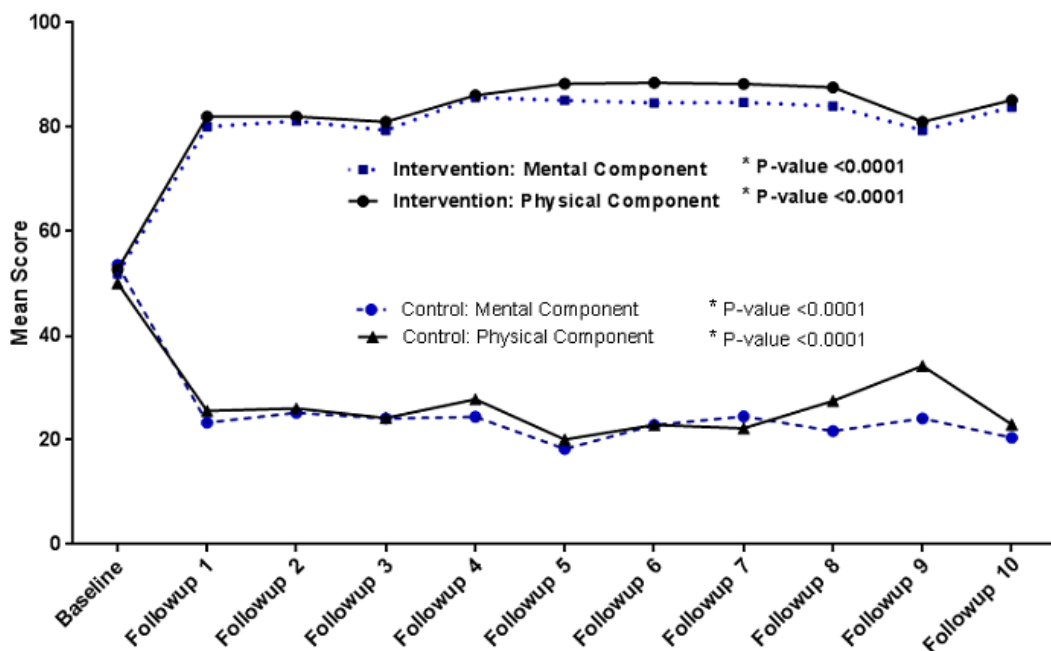
اطلاعات به دست آمده از بررسی کیفیت مقالات با استفاده از چهار مقیاس جَداد، کانسورت، کوکران و نیوکاسل-آتاوا وارد نرم افزار Microsoft Excel 2007 شد و با توجه به نوع اطلاعات ارائه شده در مقالات دسته‌بندی، مقایسه و خلاصه گردید (جدول-۲ و ۳). با توجه به کیفیت مقالات ارزیابی شده و متغیرهای پیامد مختلفی که در هر مطالعه بررسی و گزارش شده بود، امکان انجام متاآنالیز مهیا نبود و نتایج به صورت بررسی کیفیت چاپ مقالات معرفی شد. سایر دلایل به غیر از کیفیت مطالعات عبارت بودند از: ابزارهای به کاررفته متنوع، گروه‌های غیرهمسان گزارش شده در مطالعات و نتایج ناقص که ادغام و تجمیع آنها امکان پذیر نبود. ارزیابی کیفیت چاپ مقالات به تفکیک هر مقیاس توسط سه ارزیاب با تجربه در زمینه ارزیابی کیفیت چاپ مقالات انجام شد و در مورد هر مقیاس بعد از اتمام ارزیابی جلسات گروهی به منظور بررسی و چک صحت ارزیابی‌های انجام شده بین سه محقق صورت گرفت. در صورت رخداد اختلاف بین سه ارزیاب، بحث و بررسی تا زمانی ادامه یافت که توافق بین ارزیابان در مورد نمرات ارزیابی هر چهار مقیاس جَداد ( $P < 0.001$ )، کانسورت ( $P < 0.001$ )، کوکران ( $P < 0.001$ ) و نیوکاسل-آتاوا ( $P < 0.001$ ) حاصل شد.

از اجرای مدل در حد بالایی باقیمانده که این میانگین در بیماران گروه شاهد همانند اولین دوره پیگیری بعد از اجرای مدل در حد پایینی باقیمانده است. می‌توان نتیجه گرفت که توانمندی بیماران گروه آزمون ماه‌ها بعد از اجرای مداخله پایدار باقیمانده و منجر به بهبود کیفیت زندگی آنها شده است و از طرفی اختلال و نقض توانمندی بیماران گروه شاهد ماه‌ها بعد از ترخیص از بیمارستان باقیمانده و حتی منجر به تشدید کاهش و تنزل کیفیت زندگی این بیماران شده است.

در تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری به منظور عدم تاثیر میانگین نمرات قبل از مداخله بر نمرات بعد از مداخله، نمرات قبل از مداخله در آزمون وارد نشد؛ با این وجود آزمون واریانس با اندازه-های تکراری تفاوت درون و بین گروهی در دفعات مختلف سنجش تاثیر میزان پایداری مدل توانمندسازی خانواده‌محور را در دو گروه آزمون و شاهد نشان داد. معنی‌داری درون گروهی در گروه آزمون نشان دهنده بهبود مداوم و در گروه شاهد نشان دهنده تنزل پایدار میانگین نمرات کیفیت زندگی است؛ همچنین، معنی‌داری بین گروهی در دو گروه آزمون و شاهد حاکی از تاثیر قابل ملاحظه اجرای مدل توانمندسازی خانواده‌محور بوده که سبب پدیدار شدن چنین تفاوتی شده است (شکل-۲).

### کاربرد مدل توانمندسازی خانواده محور در شرایط بحران، نظامی، جنگ و آسیب‌های ناشی از آن

همانطوری که در مطالعه الحانی و همکاران (۶۱) پایداری تاثیر اجرای مدل توانمندسازی خانواده‌محور در دوره طولانی بعد از اجرای مدل نشان داده شد، از این پایداری به منظور افزایش توان نیروهای امدادی، نظامی، تکاور و یگان‌های عملیاتی می‌توان استفاده دوچندانی نمود؛ زیرا این نیروها در عملیات مختلف و در صحنه‌های



شکل-۲. الگوی تغییرات تاثیر مدل توانمندسازی خانواده محور در طول زمان (اقتباس از مطالعه الحانی و همکاران (۶۱))

جدول-۲. ارزیابی کیفیت مقالات با استفاده از دو مقیاس Jadad و Cochrane Risk of Bias Tool

نویسندگان (سال)	مقیاس JADAD						مقیاس Cochrane Risk of Bias Tool (انواع تورش)				
	تصادفی سازی		کورسازی		خروج از مطالعه	نمره کل	تورش انتخاب	تورش عملکرد	تورش گزارش	تورش ریزش	سایر انواع تورش
	تخصیص تصادفی	روش تصادفی سازی کورسازی	روش کورسازی	روش کورسازی	مطالعه	تولید توالی تصادفی	پنهان سازی تصادفی	کورسازی نمونه	کورسازی پیامد	گزارش	تورش
مسودی و همکاران (۱۳۸۹) (۱۸)	۰	۰	۰	۰	۱	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
روشن و همکاران (۱۳۹۳) (۱۹)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
الله یاری و همکاران (۱۳۸۵) (۲۰)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
مسودی و همکاران (۱۳۸۹) (۲۱)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
تیموری و همکاران (۱۳۹۰) (۲۲)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
واحدیان عظیمی و همکاران (۱۳۸۹) (۲۳)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	پایین	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
نجفی و همکاران (۱۳۹۱) (۲۴)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	پایین	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
مسودی و همکاران (۱۳۹۱) (۲۵)	۰	۰	۰	۰	۳	۱	پایین	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
مسودی و همکاران (۱۳۹۱) (۲۶)	۰	۰	۰	۰	۱	۰	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نامشخص
رجبی و همکاران (۱۳۹۲) (۲۷)	۱	۰	۰	۰	۳	۱	پایین	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
ثنایی و همکاران (۱۳۹۲) (۲۸)	۱	۰	۰	۰	۳	۱	پایین	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
ریبی و همکاران (۱۳۹۱) (۲۹)	۱	۰	۰	۰	۳	۱	پایین	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
ریبی و همکاران (۱۳۹۱) (۳۰)	۱	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
پنجم‌رازی و همکاران (۱۳۹۳) (۳۱)	۱	۰	۰	۰	۲	۰	پایین	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نامشخص
محمودی‌راد و همکاران (۱۳۹۲) (۳۲)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
تیموری و همکاران (۱۳۹۳) (۳۳)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
ثنایی و همکاران (۱۳۹۲) (۳۴)	۱	۰	۰	۰	۳	۱	پایین	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
صادقی و همکاران (۱۳۹۲) (۳۵)	۱	۰	۰	۰	۳	۱	پایین	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
رجبی و همکاران (۱۳۹۵) (۳۶)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
خسروان و همکاران (۱۳۹۲) (۳۷)	۱	۰	۰	۰	۳	۱	پایین	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
عابدینی و همکاران (۱۳۹۵) (۳۸)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
شیرزایی و همکاران (۱۳۹۶) (۳۹)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
بایزاده و همکاران (۱۳۹۵) (۴۰)	۱	۰	۰	۰	۳	۱	پایین	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
خیراللهی و همکاران (۱۳۹۳) (۴۱)	۱	۰	۰	۰	۳	۱	پایین	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
فرزانی و همکاران (۱۳۹۶) (۴۲)	۱	۱	۰	۰	۴	۱	نامشخص	بالا	بالا	پایین	نامشخص
آنتزآزادمو همکاران (۱۳۹۶) (۴۳)	۱	۰	۰	۰	۳	۱	پایین	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
رضایی‌اصل و همکاران (۱۳۹۶) (۴۴)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
محمودی‌راد و همکاران (۱۳۹۵) (۴۵)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
توری و همکاران (۱۳۹۴) (۴۶)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
حکیم و همکاران (۱۳۹۴) (۴۷)	۰	۰	۰	۰	۱	۰	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نامشخص
واحدیان و همکاران (۱۳۹۴) (۴۸)	۱	۰	۰	۰	۳	۱	پایین	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
حکیم و همکاران (۱۳۹۳) (۴۹)	۰	۰	۰	۰	۱	۰	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
رمضانیان و همکاران (۱۳۹۳) (۵۰)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
قطبی و همکاران (۱۳۹۲) (۵۱)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
صالحی و همکاران (۱۳۹۱) (۵۲)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
کریمی و همکاران (۱۳۸۸) (۵۳)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
ماناجی و همکاران (۱۳۹۳) (۵۴)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
برهانی و همکاران (۱۳۹۰) (۵۵)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	پایین	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
بریم‌نژاد و همکاران (۱۳۹۶) (۵۶)	۱	۱	۰	۰	۴	۱	پایین	بالا	بالا	پایین	نامشخص
هدایتی (۱۳۹۴) (۵۷)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
کشوری و همکاران (۱۳۹۴) (۵۸)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
سرگزی و همکاران (۱۳۹۶) (۵۹)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
پاشایی و همکاران (۱۳۹۵) (۶۰)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
قاسمی و همکاران (۱۳۹۳) (۶۱)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص
واحدیان و همکاران (۱۳۹۵) (۶۲)	۱	۱	۱	۱	۵	۱	پایین	پایین	پایین	پایین	نامشخص
مینویی و همکاران (۱۳۹۵) (۶۳)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص

CONSORT 2010 زیرمقیاس										Newcastle-Ottawa مقیاس					نویسندگان (سال)
نمره کل	23	17a	6a	5	4b	4a	1a	نمره کل	پیامد	مقایسه پذیری		انتخاب			
										ریش	ارزیابی مداخله مدت پیگیری	تحلیل	طراحی	اثر مداخله	
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	مسمودی و همکاران (۱۳۸۹) (۱۸)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	روشن و همکاران (۱۳۹۳) (۱۹)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	الله یاری و همکاران (۱۳۸۵) (۲۰)
۶	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	مسمودی و همکاران (۱۳۸۹) (۲۱)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	تیموری و همکاران (۱۳۹۰) (۲۲)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	واحدیان عظیمی و همکاران (۱۳۸۹) (۲۳)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	نجفی و همکاران (۱۳۹۱) (۲۴)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	مسمودی و همکاران (۱۳۹۱) (۲۵)
۶	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	مسمودی و همکاران (۱۳۹۱) (۲۶)
۵	*	*	*	*	*	*	۶	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	رجبی و همکاران (۱۳۹۲) (۲۷)
۶	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	تنایی و همکاران (۱۳۹۲) (۲۸)
۶	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	ریبی و همکاران (۱۳۹۱) (۲۹)
۵	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	ریبی و همکاران (۱۳۹۱) (۳۰)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	روشن و همکاران (۱۳۹۳) (۳۱)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	پدرام‌رزی و همکاران (۱۳۹۳) (۳۲)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	محمودی‌راد و همکاران (۱۳۹۲) (۳۳)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	تیموری و همکاران (۱۳۹۳) (۳۴)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	تنایی و همکاران (۱۳۹۳) (۳۵)
۵	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	صادقی و همکاران (۱۳۹۲) (۳۶)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	رجبی و همکاران (۱۳۹۵) (۳۷)
۶	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	خسروان و همکاران (۱۳۹۲) (۳۸)
۶	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	عابدینی و همکاران (۱۳۹۵) (۳۹)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	شیرزانی و همکاران (۱۳۹۶) (۴۰)
۶	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	بایبازده و همکاران (۱۳۹۵) (۴۱)
۷	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	خیراللهی و همکاران (۱۳۹۳) (۴۲)
۶	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	فرزانی و همکاران (۱۳۹۶) (۴۳)
۶	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	آنتز‌زاده و همکاران (۱۳۹۶) (۴۴)
۶	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	رضایی‌اصل و همکاران (۱۳۹۶) (۴۵)
۶	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	محمودی‌راد و همکاران (۱۳۹۵) (۴۶)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	نوری و همکاران (۱۳۹۴) (۴۷)
۶	*	*	*	*	*	*	۶	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	حکیم و همکاران (۱۳۹۴) (۴۸)
۷	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	واحدیان و همکاران (۱۳۹۴) (۴۹)
۴	*	*	*	*	*	*	۶	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	حکیم و همکاران (۱۳۹۳) (۵۰)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	رضائیانی و همکاران (۱۳۹۳) (۵۱)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	قطبی و همکاران (۱۳۹۲) (۵۲)
۳	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	صالحی و همکاران (۱۳۹۱) (۵۳)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	کریمی و همکاران (۱۳۸۸) (۵۴)
۴	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	ماتانی و همکاران (۱۳۹۳) (۵۵)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	برهانی و همکاران (۱۳۹۰) (۵۶)
۷	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	بریم‌زاد و همکاران (۱۳۹۶) (۵۷)
۶	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	هدایتی (۱۳۹۴) (۵۸)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	کشوری و همکاران (۱۳۹۴) (۵۹)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	سرگزی و همکاران (۱۳۹۶) (۶۰)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	پاشایی و همکاران (۱۳۹۵) (۶۱)
۴	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	قاسمی و همکاران (۱۳۹۳) (۶۲)
۷	*	*	*	*	*	*	۸	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	واحدیان و همکاران (۱۳۹۵) (۶۳)
۵	*	*	*	*	*	*	۷	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	مینویی و همکاران (۱۳۹۵) (۶۴)

بیوتروریسم و تغییر نگرش افراد نسبت به خطرات اپیدمی شدن آن بسیار اهمیت دارد. از اقدامات این مرحله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: (۱) بررسی و جمع‌آوری منابع موجود، مستندات، گزارشات، کتاب‌ها و مقالات مرتبط با بیوتروریسم در ایران و جهان؛ (۲) بررسی برنامه‌ها و ساختارهای موجود برای مقابله با بیوتروریسم؛ (۳) بررسی ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص تعیین جایگاهی که برنامه‌های مقابله با بیوتروریسم را بتواند هدایت کند. مرحله دوم خودکارآمدی بوده، در این مرحله می‌توان به تطبیق مطالب و برنامه‌های جمع‌آوری شد با نظام بهداشتی درمانی کشور و البته به صورت بومی و با نگاه به توان داخلی به برنامه‌ای کاملاً منطبق با شرایط کشور و در فضای ایرانی اسلامی پرداخت. طراحی شیوه‌های عملیاتی صحیح و ممکن آموزش بهداشت، پیشگیری و کنترل سرایت عامل بیولوژیک به مراکز حساس و استفاده از حداکثر امکانات برای کشف روش‌های تشخیص سریع و هرچه دقیق‌تر در این دسته جای می‌گیرند. مرحله سوم خودباوری بوده که باید در این مرحله با توجه به ابزارهای آموزشی معرفی شده در ذیل این مرحله در مدل توانمندسازی خانواده محور به اجرایی و عملیاتی نمودن برنامه تنظیم شده پرداخت و در نهایت در مرحله آخر باید به ارزشیابی فرآیندی و برآیندی برنامه پرداخت تا بتوان به نقاط ضعف و قدرت برنامه تنظیمی پی برد.

می‌توان بیان نمود که مراحل چهارگانه مدل توانمندسازی خانواده محور قابل اجرا و پیگیری در اجرای مانورهای آموزشی و شبه واقعی است و بر این اساس می‌توان به نقاط قوت و ضعف بسته اجرایی عملیاتی مانور طراحی و اجرا شده پی برد. به عبارتی نقطه قوت و همخوانی این مدل در اجرای عملیات دفاعی در برابر حملات بیوتروریسم، از جنس خود عامل بیوتروریسم بودن آن است؛ زیرا هر دو طرف مساوی از جنس نرم (Soft) بوده که توانایی و قابلیت نفوذ در سدهایی از جنس سخت (Hard) را دارند؛ مدل با تاثیر بر دانش، نگرش و عملکرد افراد (Knowledge, attitude, and practice) و عامل بیوتروریسم با انتقال آسان و بدون دردسر آن.

#### پیامدهای مورد مطالعه در جوامع بیماری‌های حاد و مزمن

مدل توانمندسازی خانواده‌محور بر پیامدهای مختلف بیماران حاد و مزمن و در جوامع مختلف کودکان، خردسالان، نوجوانان و بزرگسالان اجرا شده و نتایج مثبت و معنی‌داری داشته است. این معنی‌داری بر پیامدهای مختلف بیماری‌های متفاوت حاد و مزمن و البته در جوامع مختلف می‌تواند نشان دهنده نقطه عطف و به عبارتی حلقه مفقود شده در این بیماری‌ها باشد که توسط عوامل مختلف فردی، بین‌فردی، فرافردی و درون‌فردی به بیمار و خانواده وی القاء شده باشد. هنر مدل توانمندسازی خانواده‌محور اتصال و به عبارتی ترمیم و پوشش این حلقه مفقود شده است زیرا مراقبت خانواده‌محور یک فلسفه مراقبتی بوده که اهمیت سیستم

مطالعه حاضر اولین مطالعه مروری در طول ۱۵ سال کاربرد مدل بومی توانمندسازی خانواده‌محور بوده که با دو هدف (۱) تعیین تاثیر مدل توانمندسازی خانواده‌محور بر پیامدهای بیماری‌های حاد و مزمن و (۲) تعیین پایداری تاثیر مدل توانمندسازی خانواده‌محور بر پیامدهای بیماری‌های حاد و مزمن در دوره پیگیری انجام شده است تا بررسی نمایند که آیا بکارگیری مدل توانمندسازی خانواده‌محور در طول ۱۵ سال بعد از تولد قادر به انجام رسالت خود بوده است یا خیر؟ در جستجوی اولیه متون، ۶۴۴ مقاله بازیابی شد که با توجه به راهنمای غربال PRISMA، این تعداد مقاله بازیابی شده به ۴۷ مورد مطالعه کاهش یافت (نمودار-۱).

همانگونه که نتایج جدول-۱ و شکل-۲ نشان می‌دهد، عملیاتی شدن مدل توانمندسازی خانواده محور با چهار مرحله تهدید درک شده، خودکارآمدی، خودباوری و ارزشیابی (شکل-۱) نتایج مثبت و معنی‌داری در طولانی مدت و بعد از اجرای مداخله در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد داشته است. این نتایج مبین این موضوع است که مدل توانمندسازی خانواده محور می‌تواند در محیط‌های نظامی و عملیاتی که امکان امداد و کمک‌رسانی آنی و لحظه‌ای مهیا نیست، قابل کاربرد و استفاده باشد؛ زیرا نیروهای نظامی و عملیاتی می‌توانند تکنیک‌ها و آموزش‌های لازم را بر اساس مراحل چهارگانه مدل فرا گرفته تا در مواقع لزوم و ضرورت موثرتر و کارا تر واقع شده که در بسیاری از موارد می‌تواند تعیین کننده موفقیت عملیات و فرآیندهای در حال جریان باشد. این مدل نظر به بومی، ساده و عدم نیاز به تکنولوژی و تجهیزات مدرن قابل استفاده در تمامی محیط‌ها با حداقل امکانات بوده، فراگیری آن نیازمند پیش فرض خاصی نیست؛ بنابراین به عنوان یکی از ملزومات اجرایی شدن اولویت‌های آموزشی بهداشتی درمانی نظامی نیروهای رزمی و امدادی می‌تواند در نظر گرفته شود.

نمونه‌ای از کاربرد این مدل را می‌توان در آموزش نیروهای تازه نفس و مبتدی نظامی و حتی غیرنظامی در رویارویی با پدیده‌های بلایای طبیعی و غیرطبیعی (Man made) یافت نمود؛ زیرا در بلایا چه طبیعی و چه غیرطبیعی تنها تعداد بیماران یا افراد سانحه دیده نیستند که Diasaster را ایجاد می‌کنند بلکه ماهیت، شدت و ابعاد بلایاست که آنها را تبدیل به فاجعه می‌کند. نکته حایز اهمیت آن است که برخلاف بلایای طبیعی و حتی بلایای غیرطبیعی مانند عوامل شیمیایی که در عرض چند دقیقه در محل مواجهه منجر به سندروم‌های حاد و سریع گشته و فرآیند درمانی مراقبتی را تا حدودی مشخص می‌کنند، عوامل بیولوژیک تحت عنوان حملات بیوتروریسم دوره کمون چندین روزه دارند، توانمندی اولین افرادی که با این پیامدها روبرو می‌شوند که در محیط‌های نظامی احتمالاً افراد نظامی هستند، به عنوان نیروهای خط اول بسیار حایز اهمیت است (۱۱، ۱۲).

شکل-۱ نشان می‌دهد که مرحله اول مدل توانمندسازی خانواده محور تهدید درک شده بوده، در این مرحله شناخت پدیده

خانواده را به عنوان نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های درمانی مراقبتی به رسمیت می‌شناسد (۶۳).

می‌توان بیان نمود که صرف نظر از نوع بیماری مدنظر و پیامد مرتبط با آن، اجرای مدل توانمندسازی خانواده‌محور با عملیاتی شدن چهار مرحله آن می‌تواند تاثیر مثبت و معنی‌داری داشته باشد؛ زیرا در این رویکرد بیمار، خانواده، تیم درمانی مراقبتی و تمامی افراد و اعضاء دخیل و درگیر در امر درمان و مراقبت بیمار در فرآیند درمانی مراقبتی بیمار دخیل خواهند شد و با این شرایط، مسلماً بسیاری از مسایل و مشکلات بیمار مرتفع خواهد شد؛ زیرا مشکل این بیماران در نوع کمیت و کیفیت درمان و مراقبت نیست؛ بلکه بهترین درمان‌ها و مراقبت‌ها را دریافت می‌کنند. مشکل این بیماران در تداوم، استمرار و مستمر بودن اجرای درمان‌ها و مراقبت‌های آنها است. بنابراین مفهوم اساسی و سرنوشت‌ساز پیگیری و استمرار مراقبتی واحد بیمار می‌تواند در فرآیند مراقبت پویا و متعامل بین پرستار، بیمار و خانواده او در کنترل بیماری و کاهش عوارض در این بیماران در نظر و به کار گرفته شود. آژانس مراقبت‌های تحقیقاتی بهداشتی، مشاوره و حمایت بیماران را به عنوان عاملی اساسی در بهبود و پیشگیری از عوارض احتمالی بیماری می‌داند و تاکید می‌کند تمام بیماران چه حاد و چه مزمن باید در جریان بیماری خود قرار گرفته و اطلاعات کافی در خصوص ماهیت بیماری، علایم و نشانه‌های خطر آفرین بیماری و پیش-آگاهی عوارض بیماری را کسب نمایند (۶۴).

مدل توانمندسازی خانواده‌محور به عنوان مداخله‌ای موثر بوده، این مداخله صرفاً در گروه آزمون اجرا شده و برای گروه شاهد انجام این مداخله صحیح نیست اما در تعدادی از مطالعات جدول ۱- مشاهده می‌شود که ابزارهای توانمندسازی را گروه شاهد همانند گروه آزمون اجرا نمودند که صحیح نبوده؛ مطالعات در این زمینه پنج نحوه رفتار متفاوت داشتند که عبارتند از: ۱) یکسری از مطالعات گام‌ها و مراحل مدل را به عنوان اهداف مطالعه انتخاب کردند که این رویه صحیح نیست؛ زیرا مدل برای اجرایی شدن نیازمند اجرای گام‌ها و مراحل خود است که این گام‌ها و مراحل نمی‌توانند به عنوان اهداف مستقل مطالعه باشند. از این قبیل مطالعات می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: "مطالعه مسعودی و همکاران (۲۱) هدف آن ارتقاء دانش، نگرش و عملکرد مراقبین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است؛ مطالعه نجفی و همکاران (۲۳) هدف آن ارتقاء آگاهی و نگرش مادران کودکان مبتلا به تالاسمی است؛ مطالعه ثنایی و همکاران (۲۷) هدف آن ارتقاء خودکارآمدی و عزت نفس بیماران تحت عمل جراحی عروق کرونر است؛ مطالعه ربیعی و همکاران (۲۸) هدف آن ارتقاء دانش، نگرش و عملکرد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است؛ مطالعه ربیعی و همکاران (۲۹) هدف آن ارتقاء خودکارآمدی، تهدید درک شده و عزت نفس بیماران سالمند است؛ مطالعه رجبی و همکاران (۳۶) هدف آن ارتقاء دانش، نگرش و خودکارآمدی مادران کودکان مبتلا به آسم است؛

مطالعه خیراللهی و همکاران (۴۱) هدف آن بهبود شدت درک شده بیماران مبتلا به سکتته مغزی است؛ مطالعه بریم‌نژاد و همکاران (۵۵) هدف بهبود خودکارآمدی است؛ مطالعه (۵۶) هدف بهبود عزت نفس است و مطالعه سرگزی و همکاران (۵۸) یکی از اهداف آن ارتقاء خودکارآمدی است". ۲) دسته دوم مطالعات اگرچه هدف آنها گام‌ها و مراحل اجرایی مدل نیست؛ اما در قسمت روش‌های جمع‌آوری اطلاعات به پرسشنامه‌های تخصصی مدل توانمندسازی خانواده محور دیدگاهی همانند ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات داشتند و این پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه آزمون و شاهد تکمیل شده است که این رویه صحیح نیست؛ زیرا اجرای مداخله و سنجش و مقایسه ارتقاء و بهبود توانمندسازی خانواده‌محور مربوط به نوع متغیر مستقل که صرفاً در گروه آزمون انجام می‌شود، بوده و باید صرفاً در همین گروه هم سنجیده شود نه گروه کنترل که هیچگونه مداخله‌ای دریافت نمی‌کند. از این قبیل مطالعات می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: مطالعه رضایی‌اصل و همکاران (۴۴) اگرچه هدف آن بهبود تبعیت از درمان است، اما پرسشنامه‌های تخصصی توانمندسازی خانواده‌محور در کنار پرسشنامه تبعیت از درمان توسط بیماران مبتلا به دیابت تیپ دو تکمیل شد است؛ مطالعه رمضانیان و همکاران (۴۹) اگرچه هدف بهبود کیفیت زندگی است؛ پرسشنامه‌های تخصصی توانمندسازی خانواده‌محور در کنار پرسشنامه‌های غذایی مرتبط با چاقی است؛ پرسشنامه‌های تخصصی توانمندسازی خانواده‌محور در کنار چک لیست رفتارهای غذایی تکمیل شده است؛ مطالعه کشوری و همکاران (۵۷) اگرچه هدف بهبود و اصلاح پرفشاری خون است، پرسشنامه‌های تخصصی توانمندسازی خانواده‌محور در کنار چک لیست ثبت فشارخون تکمیل شده است؛ ۳) دسته سوم مطالعات هدف آنها ارتقاء مراحل و گام‌های مدل است که و در واقع هیچگونه پیامدی به جزء سنجش مدل را انجام نمی‌دهند که این رویه صحیح نیست؛ زیرا هدف از اجرای مدل توانمندسازی خانواده‌محور ارتقاء پیامدهای موردنظر از طریق توانمندسازی خانواده‌محور است نه اینکه خود گام‌ها و مراحل اجرایی به عنوان پیامد مدنظر قرار گیرند. از این قبیل مطالعات می‌توان به مطالعه زیر اشاره نمود: مطالعه عابدینی و همکاران (۳۸) هدف آن ارتقاء شاخص‌های توانمندسازی شامل تهدید درک شده، خودکارآمدی و عزت نفس است؛ ۴) دسته چهارم مطالعات، مطالعاتی هستند که تکمیل پرسشنامه‌های تخصصی خانواده‌محور را صرفاً در گروه آزمون اجرایی نمودند و گروه شاهد که هیچگونه مداخله‌ای دریافت نمی‌کنند، پرسشنامه‌های تخصصی خانواده‌محور را تکمیل نکردند که این گروه مداخله مدل توانمندسازی خانواده‌محور را به درستی اجرا نمودند. از این قبیل مطالعات می‌توان به دو مطالعه زیر اشاره نمود: مطالعه واحدیان و همکاران (۱۲) اگرچه هدف بهبود کیفیت زندگی است؛

مدل توانمندسازی خانواده‌محور به عنوان مداخله‌ای موثر بوده، این مداخله صرفاً در گروه آزمون اجرا شده و برای گروه شاهد انجام این مداخله صحیح نیست اما در تعدادی از مطالعات جدول ۱- مشاهده می‌شود که ابزارهای توانمندسازی را گروه شاهد همانند گروه آزمون اجرا نمودند که صحیح نبوده؛ مطالعات در این زمینه پنج نحوه رفتار متفاوت داشتند که عبارتند از: ۱) یکسری از مطالعات گام‌ها و مراحل مدل را به عنوان اهداف مطالعه انتخاب کردند که این رویه صحیح نیست؛ زیرا مدل برای اجرایی شدن نیازمند اجرای گام‌ها و مراحل خود است که این گام‌ها و مراحل نمی‌توانند به عنوان اهداف مستقل مطالعه باشند. از این قبیل مطالعات می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: "مطالعه مسعودی و همکاران (۲۱) هدف آن ارتقاء دانش، نگرش و عملکرد مراقبین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است؛ مطالعه نجفی و همکاران (۲۳) هدف آن ارتقاء آگاهی و نگرش مادران کودکان مبتلا به تالاسمی است؛ مطالعه ثنایی و همکاران (۲۷) هدف آن ارتقاء خودکارآمدی و عزت نفس بیماران تحت عمل جراحی عروق کرونر است؛ مطالعه ربیعی و همکاران (۲۸) هدف آن ارتقاء دانش، نگرش و عملکرد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است؛ مطالعه ربیعی و همکاران (۲۹) هدف آن ارتقاء خودکارآمدی، تهدید درک شده و عزت نفس بیماران سالمند است؛ مطالعه رجبی و همکاران (۳۶) هدف آن ارتقاء دانش، نگرش و خودکارآمدی مادران کودکان مبتلا به آسم است؛

مراقبت‌های بهداشتی را در تمام سطوح از تدوین سیاست‌های ملی بهداشت عمومی تا درمان یک بیمار همراه کنند؛ بنابراین لازم است که محققین همانند اجرای دقیق و صحیح انجام مطالعه، در نحوه گزارش و کیفیت چاپ مقالات نهایت دقت و تلاش خود را بکنند تا همراستا و هم‌پای کیفیت بالای اجرای مطالعات، کیفیت گزارش و چاپ مطالعات آنها هم افزایش و بهبود یابد. در پایان پیشنهاد می‌شود به منظور اجرای صحیح مدل‌ها حتی الامکان با طراحان مدل‌ها مشاوره شود.

### نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- اجرای مدل توانمندسازی خانواده محور سبب افزایش توانمندی و توان نیروهای نظامی در صحنه‌های مختلف ماموریتی خواهد شد؛ زیرا نیروهای درگیر آگاهی و نگرش جامعی نسبت به ابعاد عملیات قبل از شروع آن پیدا خواهند کرد.
- افزایش خودکارآمدی که گام دوم مدل توانمندسازی خانواده محور است سبب اتخاذ تصمیم‌های عملی یا کاربردی و مناسب در صحنه‌های ماموریتی خواهد شد.
- لازمه ماموریت محور عمل کردن نیروهای نظامی در صحنه‌های عملیات، اتکاء و قدرت خود جوش است که همگام با گام‌های سوم و چهارم مدل توانمندسازی خانواده محور است که می‌تواند جهت آمادگی و به روز کردن این نیروها به کار گیری شود.
- آمادگی نیروهای نظامی بر اساس ۴ گام مدل توانمندسازی خانواده محور پیش شرط اجرای موفقیت آمیز ماموریت‌های محوله به نیروهای نظامی است

**تشکر و قدردانی:** نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان بعثت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان و معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس جهت پشتیبانی و همکاری در طول دوره مطالعه اعلام می‌دارند.

**تضاد منافع:** بدین‌وسیله نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

### منابع

1. Azimi AV, Hajiesmaeili M, Amirsavadkouhi A, Jamaati H, Izadi M, Madani SJ, et al. Effect of the Cardio First Angel™ device on CPR indices: A randomized controlled clinical trial. Crit Care. 2016; 20(1).
2. Bashar FR, Vahedian-Azimi A, Salesi M, Mostafa S, Zijoud H. The effect of progressive muscle relaxation on the outcomes of myocardial infarction: Review study. Journal of Military Medicine. 2017; 19 (4):326-35.

پرسشنامه‌های توانمندسازی در کنار پرسشنامه کیفیت زندگی توسط بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی تکمیل شده است و مطالعه واحدیان و همکاران (۶۱) اگرچه هدف بهبود کیفیت زندگی، استرس درک شده و اضطراب صفتی و موقعیتی است، اما پرسشنامه‌های تخصصی توانمندسازی خانواده‌محور در کنار پرسشنامه‌های ذکر شده تکمیل شده است؛ (۵) دسته پنجم مطالعات، مطالعاتی هستند که صرفاً از پرسشنامه‌های تخصصی توانمندسازی خانواده‌محور به عنوان بسته مداخله استفاده کرده و این پرسشنامه‌ها را به عنوان ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات به حساب می‌آورند که البته این دسته هم همانند دسته چهارم صحیح است.

### نتیجه‌گیری

با توجه به مرور مطالعات انجام شده با مدل توانمندسازی خانواده‌محور و موثر بودن تمامی آنها بر پیامدهای مختلف مورد مطالعه و البته در جوامع مختلف کودکان، خردسالان، نوجوانان و بزرگسالان، می‌توان بیان نمود که این مدل بومی همخوان با فرهنگ و بافت کشور ایران مدلی موثر، ساده، کارا و قابل اعتماد بوده و توانایی کاربرد در ارتقاء و بهبود ابعاد مختلف بیماری‌های حاد و مزمن در جوامع مختلف را دارد. نکته مغفول مانده در گزارش ۴۷ مطالعه اجرای مدل توانمندسازی خانواده‌محور، کیفیت گزارش مطالعات بوده، امروزه کوشش‌های بسیاری به منظور بهبود کیفیت گزارش کارآزمایی‌های بالینی صورت گرفته است؛ زیرا کارآزمایی‌های بالینی تصادفی سازی شده می‌توانند بیش از هر روش دیگری بر درمان بیماران تأثیرگذار باشند؛ بنابراین طراحی مناسب و گزارش دقیق آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در گزارش مناسب یک کارآزمایی بالینی لازم است تا اطلاعات جامعی درباره طرح، اجراء، تحلیل و تفسیر آن بیان گردد؛ زیرا داوران و خوانندگان یک کارآزمایی بالینی برای آن که بتوانند قابلیت‌ها و محدودیت‌های آن را شناسایی نمایند باید از موضوعاتی مانند علت و چگونگی انجام کارآزمایی و روش تحلیل آن آگاه گردند. کارآزمایی‌هایی که از متدولوژی ضعیفی برخوردار بوده و با سوگیری همراه باشند، می‌توانند هم پزشکان را در تصمیم‌گیری‌های بالینی همراه کنند و هم تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران را در تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری همراه کنند. گزارش نادرست نتایج بالینی می‌تواند

3. Vahedian-Azimi A, Hajiesmaeili M, Kangasniemi M, Fornés-Vives J, Hunsucker RL, Rahimibashar F, et al. Effects of Stress on Critical Care Nurses: A National Cross-Sectional Study. Journal of intensive care medicine. 2017;0885066617696853
4. Hashemian SMR, Farzanegan B, Fathi M, Ardehali SH, Vahedian-Azimi A, Asghari-Jafarabadi M, et al. Stress among Iranian nurses in critical wards. Iran Red Crescent Med J. 2015;17(6).
5. Bashar FR, Vahedian-Azimi A, Salesi M, Hajiesmaeili M, Shojaei S, Farzanegan B, et al.

- Spiritual Health and Outcomes in Muslim ICU Patients: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Journal of religion and health*. 2018;1-17
6. Kuokkanen L, Leino-Kilpi H. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of advanced Nursing*. 2000; 31(1): 235-41.
  7. Azimi AV, Ebadi A, Ahmadi F, Saadat S. Delirium in prolonged hospitalized patients in the intensive care unit. *Trauma monthly*. 2015; 20(2): 34-40.
  8. Chamberlin J, Schene AH. A working definition of empowerment. *Psychiatric rehabilitation journal*. 1997; 43: 16-20.
  9. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling*. 2016;99 (12):1923-39.
  10. Alhani Fatemeh NS, Kimiagar Seyed Masoud, Kazemnejad Anoushiravan, Heydarnia Ali Reza. Empowerment of a family-oriented pattern and its effects on prevention of iron deficiency anemia in adolescent girls. *Pejouhandeh*. 2003;8(4):283-90.
  11. Alhani Fatemeh. Designing and evaluation of family-centered empowerment model on the preventing of Iron deficiency anemia. Doctoral thesis of Tarbiat Modares University. 2003:89-125.
  12. Azimi AV, Alhani F, Goharimogaddam K, Madani S, Naderi A, Hajiesmaeili M. Effect of family-centered empowerment model on the quality of life in patients with myocardial infarction: A clinical trial study. *Journal of Nursing Education*. 2015; 4(1):8-22.
  13. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*. 2015;4(1):1-9.
  14. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled clinical trials*. 1996; 17(1):1-12.
  15. Deeks J, Higgins J, Altman D, Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0 (updated March 2011)*. The Cochrane Collaboration. 2011.
  16. Likis FE, Andrews JC, Fonnesbeck CJ, Hartmann KE, Jerome RN, Potter SA, et al. Smoking cessation interventions in pregnancy and postpartum care. 2014.
  17. Altman DG, Schulz KF, Moher D. The revised CONSORT statement for reporting randomized trials: explanation and elaboration. *Chinese Journal of Evidence-Based Medicine*. 2005;5(9):712-4.
  18. Masoudi R, Soleimani M, Hashemi Nia A, Qorbani M, Hasanpour-Dehkordi A, Bahrami N. The effect of family centered empowerment model on the quality of life in elderly people. *The journal of Qazvin University of medical sciences*. 2010; 14.
  19. Seyed Nematollah Roshan F, Navipor H, Alhani F. Effect of Family-Centered Empowerment Model (FCEM) on quality of life of mothers having teenagers with iron deficiency anemia. *Journal of Nursing Education*. 2014;3(2):27-40.
  20. Allahyari A, Alhani F, Kazemnejad A. The effect of family-centered empowerment model on the Quality of Life of school-age B-thalassemic children. *Iranian journal of pediatrics*. 2006;16 (4):455-61.
  21. Masoodi R, Alhani F, Moghadassi J, Ghorbani M. The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude, and knowledge of multiple sclerosis caregivers. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2010;17 (2).
  22. Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. The effect of family-centered empowerment model on the Quality of life of school-age asthma children. 2011
  23. KargarNajafi M, Borhani F, DortajRaberi E, Sabzevari S. Effect of family-centered empowerment model on the knowledge and attitude of mothers with thalasemia children. *Payesh*. 2012;11(4):519-27.
  24. Masoodi R, Alhani F, Rabiei L, Majdinasab N, Moghaddasi J, Esmaeili S, et al. The effect of family-centered empowerment model on quality of life and self efficacy of multiple sclerosis patients' family care givers. 2013.
  25. Masoodi R, Soleimani MA, Alhani F, Rabiei L, Bahrami N, Esmaeili SA. Effects of family-centered empowerment model on perceived satisfaction and self concept of multiple sclerosis patients care givers. *Koomesh*. 2013;14(2):240-8.
  26. Rajabi R, Sabzevari S, Borhani F, Haghdoost A, Bazargan N. The effect of family-centered Empowerment Model on quality of life school age children with asthma. *Journal of Health Promotion Management*. 2013;2(4):7-15.
  27. Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, KazemNejad A. The effect of family-centered empowerment in self efficacy and self esteem in patients undergoing coronary bypass graft surgery. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2013;10(2):44-53.
  28. Rabiei L, Sharifirad G, Masoodi R, Mostafavi F, Esmaeili Sa, daniali s. Knowledge, attitude and skill of multiple sclerosis patients; the effect of family-centered empowerment model. 2012.
  29. Rabiei L, Mostafavi F, Masoudi R, Hassanzadeh A. Effects of family-centered interventions on empowerment of the elderly. 2012.
  30. Seyed-Nematollah-Roshan F, Navipor H, Alhani F. Effect of Family-Centered Empowerment Model (FCEM) on quality of life of teenagers with iron deficiency anemia. *Journal of Lorestan University of medical sciences (Yafteh)*. 2014;16(4):88-99.
  31. Pedram Rs, Sadeghi M, Nikbakht Nar, Ebrahimi H, Kazemnejad A. The effect of family-centered empowerment model on knowledge and metabolic control of patients with type 2 diabetes. 2014.
  32. Mahmmodirad Gh, Mohali F, Alhani F. Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Lifestyle of Patients with Hypertension. 2013.

33. Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. The effect of the family-centered empowerment model on the quality of life in parents of children with asthma. 2014.
34. Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, Kazemnezhad A. The effects of family-based empowerment on family cooperation in following patient treatment regime after coroner arteries bypass surgery. *Modern Care Journal*. 2014;11(1): 19-27.
35. Sadeghi M, Pedram Rs, Nikbakht Na, Ebrahimi H, Kazemnejad A. Comparison of the impact of education based on the empowerment model and family-center empowerment model on knowledge and metabolic control of patients with type 2 diabetes mellitus. 2013.
36. Rajabi R, Forozy M, Fuladvandi M, Eslami H, Asadabady A. The effect of family-centered empowerment model on the knowledge, attitudes and self-efficacy of mothers of children with asthma. *Journal of nursing education*. 2016;5(4):41-50
37. Sh K, Kolbadezhad N, Alami A, Sh T. Effect of intervention based on family-centered empowerment model on the quality of life of women suffering from stress urinary incontinence. 2014.
38. Abedini F, Zareiyana A, Alhani F, Teimouri F. The implementation of family-centered empowerment model on the empowerment parameters of patients with prosthetic heart valves. 2016.
39. Shirvani H, Alhani F, Montazeri A. The effect of family-centered empowerment model on the functional scales quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy. 2017.
40. Babazadeh T, Banaye Jeddi M, Shojaeizadeh D, Moradi F, Mirzaeian K, Elham G. Effect of educational intervention based on family-centered empowerment model in high risk behavior modification among patients with brucellosis. *Jorjani biomedicine journal*. 2017;4(2):81-91.
41. Kheirollahi N, Khatiban M, Oshvandi K, Alhani F, Faradmaj J. The effect of family-centered empowerment intervention on perceived severity of threat in caregivers of patients with stroke: a semi experimental study. 2014.
42. Farzami H, Heravi K, Rejeh N, Alhani F, Sharif N. The effect of family-centered empowerment model on quality of life in elderly patients with angina. 2017.
43. Atashzadeh Shoorideh H, Arshi S, Atashzadeh Shoorideh F. The Effect of Family-centered Empowerment Model on the Life Style, Self-efficacy and HbA1C of Diabetic Patients. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2017;19(4):244-51.
44. Rezai-Asl H, Seyyed-Mazhari M, Pishgooi SAH, Alhani F. The Effectiveness of "Family-Centered Empowerment Model" on the Treatment Adherence of Patients with Type II Diabetes and Heart Disorder Admitted to AJA Hospitals, During Year 2015. *Military Caring Sciences*. 2017;4(1):58-69.
45. Hosein MRG, Fatemeh KM, Reza NA. Evaluation of the effect of family-centered empowerment model on nutrition and physical activity in patients with asthma. *Medical-Surgical Nursing Journal*. 2016;5(2):41-8.
46. Noori R, Alami A, Delshad Noghabi A. Effect of family-centered empowerment model on quality of life in patients with hypertension. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015; 25 (127):100-7.
47. Hakim A, Palizban E, Ahmadi Angali K. The effect of family-centered empowerment model on the Level of parents' knowledge of children with ostomy. *Journal of Pediatric Nursing*. 2015;1(4):22-31.
48. Hakim A, Barjasteh M. The effect of family centered empowerment program on hygiene compliance in parents with children of recurrent urinary tract infection. *Iranian journal of pediatric nursing*. 2014; 1(1): 57-64.
49. Zafar-Ramazanian Z, Alhani F, Anosheh M. The effect of Family Centered Empowerment Model on mothers' QOL of girls under six years old with UTI. *Journal of Health Promotion Management*. 2014;3 (3):7-15.
50. Ghotbi N, Seyed Bagher Maddah S, Dalvandi A, Arsalani N, Farzi M. The effect of education of self care behaviors based on family-centered empowerment model in type II diabetes. *Advances in nursing and midwifery*. 2014; 23(83): 43-50.
51. Salahi S, Javanbakhtian R, Hasheminia A, Habibzadeh H. The Effect of Family-Centered Empowerment Model on Quality of Life of Hemodialysis Patients. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 2012;10(1).
52. Karimi-Monaghi H, Mohammadi H, Froghipor M, Zarifnegad GH, Mazlom SR, Alhani F. The effect of family-centered empowerment model on the Quality of Life of patient with multiple sclerosis. *Evidence-based care journal*. 2009;9(3):8-14.
53. Amirrood MM, Taghdisi MH, Shidfar F, Gohari MR. The impact of training on women's capabilities in modifying their obesity-related dietary behaviors: Applying family-centered empowerment model. *Journal of Research in Health Sciences*. 2014;14(1):76-81.
54. Borhani F, Najafi MK, Rabori ED, Sabzevari S. The effect of family-centered empowerment model on quality of life of school-aged children with thalassemia major. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2011;16(4):292-8.
55. Borimnejad L, Parvizy S, Haghaani H, Sheibani B. The effect of family-centered empowerment program on self-efficacy of adolescents with thalassemia major: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2018;6(1):29-38.
56. Hedayati B. The effect of implementation of family-centered empowerment model on the self-esteem of the old people with hypertension. *J Educ Health Promot*. 2015;4:74.
57. Keshvari M, Hedayati B, Moeini M, Alhani F. A survey on the effect of implementation of a family-centered empowerment model on blood pressure and



empowerment dimensions in the elderly people with hypertension. *J Educ Health Promot.* 2015;4:94.

58. Sargazi Shad T, Kermansaravi F, Navidian A. Effect of the family-centered empowerment model on quality of life and self-efficacy in adolescents with type 1 diabetes referring to the Ali Asghar's clinic in Zahedan, 2016. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism.* 2018;19(5):330-9.

59. Sona P, Fatemeh J, Arash K, Saeedeh A, Hengameh S. The impact of the implementation of the empowerment family-centered model on the performance scale of the lives quality of women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences.* 2016;7(6):2095-102.

60. Ghasemi A, Rahimi Foroshani A, Kheibar N, Latifi M, Khanjani N, Eshagh Afkari M, et al. Effects of family-centered empowerment model based education program on quality of life in methamphetamine users and their families. *Iranian Red Crescent Medical Journal.* 2014;16(3).

61. Vahedian-Azimi A, Miller AC, Hajiesmaeili M, Kangasniemi M, Alhani F, Jelvehmoghaddam H, et al. Cardiac rehabilitation using the Family-Centered Empowerment Model versus home-based cardiac rehabilitation in patients with myocardial infarction: A randomised controlled trial. *Open Heart.* 2016;3(1).

62. Minooei MS, Ghazavi Z, Abdeyazdan Z, Gheissari A, Hemati Z. The effect of the family empowerment model on quality of life in children with chronic renal failure: Children's and parents' views. *Nephro-Urology Monthly.* 2016;8(4).

63. Vahedian-Azimi A, Ebadi A, Saadat S, Ahmadi F. Intelligence care: a nursing care strategy in respiratory intensive care unit. *Iranian Red Crescent Medical Journal.* 2015;17(11).

64. Cline C, Israelsson B, Willenheimer R, Broms K, Erhardt L. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. *Heart.* 1998;80(5):442-6.