

Research Paper**Effect of Self-management Empowering Model on the Quality of Life in the Elderly Patients with Hypertension**Roghieh Khezri¹, *Maryam Ravanipour², Niloofer Motamed³, Hakime Vahedparast⁴

1. Student Research Committee, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

2. The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

3. Department of Community Medicine, School of Medicine, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

4. Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

Received: 03 Sep. 2015

Accepted: 30 Nov. 2015

ABSTRACT

Objectives Lifestyle and quality of life are closely associated with the prevalence of hypertension, which its lack of control can cause disability and low quality of life. This study aimed to study the impact of self-management empowering model on the quality of life in patients with hypertension.

Methods & Materials This study was a clinical trial, conducted on elderly patients with hypertension in Bushehr City, Iran. They were selected by purposeful method and randomly divided into case and control groups. Intervention was done in 5 steps, based on the self-management empowering model (self-awareness of the performance level and self-expectations of the client, optimal goal setting by the client, planning, correcting the structure, and evaluation). Then, the data were collected by demographic data and SF36 questionnaires and analyzed using SPSS 18 with significance level set at ≤ 0.05 .

Results By using the empowering program for elders, the mean quality of life level and its dimensions in the case group showed significant differences ($P < 0.05$) after the intervention. Except for the activity restrictions, which showed increase in the score after the intervention, but it was not statistically significant. The scores of quality of life and its different aspects in the control group showed no statistically significant changes after the intervention ($P > 0.05$). Difference between the total score of quality of life before and after the intervention in the case group compared to that difference in the control group showed a significant difference ($P < 0.05$).

Conclusion Implementing the principles of self-management empowering model with emphasis on the elderly patients with hypertension could lead to a better quality of life among them. As a result, this model can be an appropriate approach in the health care programs and improve the quality of life in old age.

Key words:

Aging, Hypertension, Quality of life, Patient Education

*** Corresponding Author:****Maryam Ravanipour, PhD**

Address: The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

Tel: +98 (773) 3450187

E-mail: ravanipour@bpums.ac.ir

بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون

رقیه خضری^۱، مریم روانی پور^۲، نیلوفر معتمد^۳، حکیمه واحدپرست^۴

- ۱- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.
- ۲- مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.
- ۳- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.
- ۴- گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۲ شهریور ۱۳۹۴
تاریخ پذیرش: ۰۹ آذر ۱۳۹۴

اهداف: پرفشاری خون با شیوه زندگی و کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی دارد و در صورت کنترل نکردن باعث ایجاد ناتوانی و کاهش سطح کیفیت زندگی مبتلایان می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تأثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون اجرا گردید.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای کارآزمایی بالینی است که روی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون شهر بوشهر اجرا گردید. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف بود، اما نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه آزمون یا کنترل تخصیص داده شدند. مداخله در ۵ مرحله (خودآگاهی از سطح عملکرد و انتظارات از خود، هدف‌گذاری مطلوب توسط مددجو، برنامه‌ریزی، اصلاح ساختار ارزشیابی) بر اساس الگوی توانمندسازی خودمدیریتی صورت گرفت. اطلاعات از طریق پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی جمع‌آوری و با نسخه ۱۸ نرم‌افزار SPSS در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: با به‌کارگیری برنامه توانمندسازی سالمندان، میانگین نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه آزمون بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تفاوت معناداری را نشان داد ($P < 0/05$). به جز بُعد محدودیت فعالیت که بعد از مداخله در این بُعد افزایش نمره مشاهده شد، تفاوت معنادار آماری مشاهده نشد. نمره کل سطح کیفیت زندگی و دیگر ابعاد آن در گروه کنترل بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تغییری نداشت و از نظر آماری تفاوت معناداری مشاهده نگردید ($P > 0/05$). اختلاف نمره کل کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون نیز نسبت به اختلاف نمره در گروه کنترل تفاوت معناداری را نشان داد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: اجرای اصولی الگوی توانمندسازی خودمدیریتی با تأکید بر سالمندان مبتلا به پرفشاری خون توانست به بهبود ارتقای کیفیت زندگی بیانجامد؛ در نتیجه، این رویکرد می‌تواند در برنامه‌های مراقبتی راهکاری مناسب باشد و کیفیت زندگی را در دوران سالمندی بهبود بخشد.

کلیدواژه‌ها:

پرفشاری خون، خودمدیریتی، سالمند، آموزش بیمار

مقدمه

نفر تخمین زده شده است که نشان‌دهنده ۲۲٪ از جمعیت جهان خواهد بود [۳ و ۲]. در این راستا کشور ایران نیز از این تغییر و تحول جمعیتی بی‌نصیب نبوده، چنانکه شاخص‌های آماری نشان می‌دهد روند پیرشدن جمعیت در ایران نیز آغاز شده است و بر اساس پیش‌بینی صندوق جمعیت سازمان ملل در سال

در هزاره سوم، سالمندی بیش از گذشته به صورت یک واقعیت عمده جهانی جلوه‌گر شده است [۱]. بین سال‌های ۲۰۵۰-۲۰۰۶ جمعیت افراد سالمند ۶۰ ساله و بالاتر بیش از ۲ میلیارد

* نویسنده مسئول:

دکتر مریم روانی پور

نشانی: بوشهر، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس.

تلفن: ۳۴۵۰۱۸۷ (۷۷۳) ۹۸+

پست الکترونیکی: ravanipour@bpums.ac.ir.

تغذیه، فعالیت فیزیکی و کنترل علائم وجود دارد که پرستاران می‌توانند بر آن تأثیر گذارند. این اقدامات از طریق ارائه اطلاعات لازم به سالمندان و اعضای خانواده و کنترل علائم و عوارض و اقدامات پرستاری امکان‌پذیر است. کنترل مشکلات و عوارض بیماری‌ها و بهبود کیفیت زندگی به مشارکت مددجو در روند درمان و مراقبت نیاز دارد و لازمه ضروری این کار نیز افزایش آگاهی افراد است [۱۱].

مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در افراد مبتلا به پرفشاری خون در سطح پایین‌تری نسبت به افراد مشابه سالم قرار دارد؛ بنابراین، توجه بیشتر در شناسایی زودهنگام و درمان‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به پرفشاری خون لازم است [۱۰]. «شمسی» و همکاران نیز ضرورت توجه بیشتر در شناسایی زودهنگام و درمان‌های مبتنی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به پرفشاری خون را توصیه می‌کنند [۱۲]. افراد مبتلا به بیماری مزمن اغلب با تغییرات عمده‌ای در زندگی روزانه‌شان مواجه هستند که نه تنها در مورد درمان و بیماری‌شان باید آموزش ببینند، بلکه بیشتر به ادغام تعدادی از شیوه‌های زندگی جدید یا رفتارهای مربوط به درمان در زندگی روزمره خود نیاز دارند.

در زمینه مراقبت‌های سلامتی، «توانمندسازی» به‌عنوان یک جایگزین برای انطباق به‌منظور راهنمایی رابطه بین ارائه‌دهنده مراقبت و بیمار محسوب می‌شود. دیدگاه رویکرد توانمندسازانه، بیماران را به‌عنوان مسئول انتخاب‌های خود و پیامدهای حاصل از تصمیمات خود می‌داند [۱۳]. از حدود سال ۱۹۹۰ توانمندسازی به‌عنوان یک روش آموزشی در بیماران در نظر گرفته شده است [۱۴] و آموزش اداره خود، اصلی‌ترین رکن برای رسیدن به اهداف در برنامه توانمندسازی محسوب می‌شود [۱۵]. افزایش توانمندی افراد به‌منظور بهبود مدیریت بیماری باعث بهبود کیفیت زندگی افراد بیمار و خانواده‌شان و همچنین کاهش هزینه‌های درمان و مراقبت‌های پزشکی خواهد گردید [۱۶].

از طرف دیگر توانمندسازی بر اهمیت توجه به موقعیت‌های خاص و اولویت‌های زندگی هر فرد بیمار برای توانمندسازی تأکید دارد، نه برنامه‌های از قبل طراحی شده کارکنان درمانی یا فقط پیامدهای مورد نظر برای درمان بیماری [۱۳]. به‌همین دلیل در سال‌های اخیر مفهوم توانمندی بیمار در پژوهش‌های پرستاری و پزشکی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است و از آن به‌عنوان ضرورت حرفه پرستاری نام برده می‌شود [۱۷ و ۱۸]. مطالعات نشان می‌دهند اجرای یک برنامه توانمندسازی با اهداف افزایش دانش، انگیزه، عزت‌نفس و خودکارآمدی که به خودکنترلی رفتاری و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه منجر می‌شود، به‌منظور ارتقای بهداشت و بهبود کیفیت زندگی لازم است [۲۰].

نتایج حاصل از توانمندسازی بیماران شامل افزایش اعتماد به‌نفس

۲۰۵۰، ۲۵/۹ درصد از جمعیت ۱۰۱۹۴۴ میلیونی ایران بالای ۶۰ سال خواهند بود؛ یعنی ۲۶۴۰۳ میلیون نفر [۴]. علاوه بر این پیشرفت‌هایی که در زمینه‌های مختلف به‌ویژه بهبود تغذیه، کنترل بیماری‌های عفونی و سالم‌سازی محیط حاصل شده است، سبب افزایش امید به زندگی و طول عمر و تبدیل چالش قرن بیستم از «زنده‌ماندن» به «زندگی کردن با کیفیت برتر» در قرن جدید گردیده است [۱].

کیفیت زندگی اصطلاحی است که اخیراً رایج شده است. در سال ۱۹۷۰ دانشمندان علوم اجتماعی شروع به استفاده از آن کردند و از آن پس، علاقه روبه‌رشدی در کیفیت زندگی و مسائل آن در گروه پزشکی، پرستاری و مراقبت‌های بهداشتی به‌وجود آمد. توضیحات مختلفی برای این علاقه روبه‌رشد وجود دارد. از جمله این توضیحات افزایش تعداد افراد مسن در جامعه است؛ زیرا سن بالا بیشتر با مشکلات سلامتی و کاهش ظرفیت عملکردی افراد همراه است. به این معنی که ما با تعداد روبه‌رشد افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، مشکلات سلامتی و کاهش ظرفیت زندگی مواجه هستیم. برای این بیماران هدف از مراقبت‌های سلامتی نمی‌تواند رهایی از بیماری باشد، بلکه آنچه می‌توانیم انجام دهیم این است که به این بیماران کمک نماییم تا به‌خوبی و با وجود بیماری و کاهش ظرفیت خود زندگی کنند [۵].

علاوه بر این کسانی که به بیماری مزمن دچار می‌شوند نه تنها خودشان تحت تأثیر قرار می‌گیرند، بلکه اعضای خانواده و دوستانی که به نوعی از آنان مراقبت می‌کنند نیز ممکن است تحت تأثیر قرار گیرند [۶]. از جمله این بیماری‌ها، پرفشاری خون است که افزایش شیوع آن با بالا رفتن سن ارتباط دارد؛ به‌طوری‌که شیوع آن در سالمندان بالای ۶۰ سال بیش از ۷۰-۶۰ درصد گزارش شده است.

شیوع بالای پرفشاری خون موجب افزایش قابل توجه مرگ‌ومیر و ناتوانی در سالمندان می‌شود [۷] و همچنین با افزایش میزان بیماری‌های قلبی-عروقی و بیماری‌های مزمن کلیوی به‌شدت در ارتباط است. به‌علاوه عامل بیشترین مرگ‌ومیر و بیماری‌ها نسبت به دیگر عوامل خطرزا در سراسر جهان است [۸] که در صورت کنترل نکردن به‌موقع و مناسب، موجب بروز بیماری‌های مختلف، ایجاد ناتوانی‌هایی قابل توجه، کاهش بهره‌وری و در نهایت کاهش کیفیت زندگی افراد می‌گردد [۹]. کاهش کیفیت زندگی نیز به‌نوبه خود جنبه‌های مختلف جسمی، روحی-روانی، اقتصادی، اجتماعی، سلامتی، کار و خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۰].

عوامل متعددی نظیر فرهنگ، سن، نوع تشخیص و پیش‌آگهی بیماری کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که پرستاران قادر به کنترل این عوامل نیستند، اما عوامل مؤثر دیگر بر کیفیت زندگی نظیر عوامل محیطی، موقعیت‌های اجتماعی و فردی،

زیرا الگویی بومی محسوب می‌شود و هدف اصلی آن توانمندسازی خود فرد است. در حقیقت، این الگو به‌گونه‌ای است که در آن، فرایند مشارکت خود فرد ضرورت دارد که می‌تواند با افزایش قدرت ذهنی، اجتماعی و به‌ویژه قدرت معنوی افراد مسن، اثر ازدست‌دادن قدرت جسمی - که با اثرات بدترشونده مشکلات سنی و افسردگی همراه است-، را جبران کند [۲۴].

الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر تأثیر نقش فرد در کسب قدرت از طریق حفظ استقلال و عدم وابستگی، آگاهی از تغییرات برای به‌کارگیری راهبردهای مؤثر از توانایی‌هایش، نگرش‌های حل مسئله به‌صورت فعالانه از طریق سازگاری، رضایت از زندگی و ایفای نقش مفید در زندگی و در نهایت، به‌دست آوردن توانایی کنترل مشکلات ناشی از بیماری و سالمندی تأکید دارد [۳۵ و ۲۵]. بدین ترتیب مطالعه حاضر با در نظر گرفتن کاربردهای الگوی توانمندسازی خودمدیریتی با هدف تأثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون طراحی گردید.

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی است که در دو گروه کنترل و آزمون انجام گردید. جامعه پژوهش، تمامی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون شهر بوشهر بودند که در مراکز بهداشتی-درمانی زیرپوشش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر پرونده داشتند. به‌منظور نمونه‌گیری از بین ۱۳ مرکز بهداشتی شهر بوشهر، ۶ مرکز به‌صورت تصادفی انتخاب و با مراجعه به مراکز و دریافت اطلاعات خانوارهای زیرپوشش، فهرستی از خانوارهایی را که فرد سالمند داشتند، گرفته شد و برحسب تعداد سالمند زیرپوشش، به هر مرکز سهمیه‌ای تعلق گرفت (برای هر مرکز تعدادی مشخص سالمند در نظر گرفته می‌شد).

سپس به‌ترتیب شماره افراد در فهرست، با آنان تماس تلفنی گرفته می‌شد و در صورتی که افراد دارای معیارهای موردنظر برای ورود به مطالعه بودند، به مشارکت دعوت می‌شدند. این کار تا زمان رسیدن به تعداد نمونه‌های سهمیه‌ای مشخص شده، ادامه می‌یافت. حجم نمونه نیز با در نظر گرفتن آلفای ۵٪، بتای ۲۰٪ و تفاوت امتیاز کیفیت زندگی بر مبنای امتیاز پرسشنامه فرم ۳۶ سؤالی کیفیت زندگی به‌میزان ۳۰ امتیاز و انحراف معیار ۱۲ و ۱۷ در دو گروه، در هر گروه ۲۶ نفر محاسبه گردید که با در نظر گرفتن ۱۵٪ ریزش، در نهایت ۳۰ نفر در هر گروه و در مجموع ۶۰ نفر نمونه‌گیری انجام شد. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و دردسترس بود، اما به‌صورت تصادفی و با استفاده از فرم تصادفی‌سازی اکسل، به هر یک از گروه‌های آزمون یا کنترل تخصیص داده شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۶۰ سال و بیشتر، تأیید فشارخون به‌وسیله علائم کلینیکی (فشارخون سیستمولیک بالای ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و فشار دیاستولیک بالای

مثبت، توانایی رسیدن به هدف و داشتن احساس کنترل بر زندگی و فرایندهای تغییر و نیز احساس امیدواری به آینده است که روی همه ابعاد کیفیت زندگی (جسمی، ذهنی و اجتماعی) تأثیر دارد و تدابیر پرستاری که برای توانمندسازی لازم است باید در راستای ایجاد مشارکت پرستار و خانواده با تأکید بر کاهش عوامل خطرزا و ارتقای بهداشت باشد [۱۹].

محققین به‌منظور توانمندی افراد برای مدیریت بیماری‌شان و همچنین بهبود کیفیت زندگی‌شان از الگوهای توانمندسازی مختلفی استفاده کرده‌اند که تأثیرگذار بوده‌اند [۱۸ و ۲۰]. از جمله «تانگ» که در مطالعه خود به توانمندسازی افراد مبتلا به پرفشاری خون پرداخته بود و نتایج مطالعه وی پس از ۶ ماه و بار دیگر ۱۲ ماه، تغییرات قابل توجهی در فشارخون دیاستولیک و کلسترول سرم به‌دنبال یک رژیم غذایی سالم و نظارت بر قندخون نشان داد [۲۱].

نتایج حاصل از مطالعه «شرر» و همکارانش نیز نشان داد که مداخله توانمندسازی به‌منظور خودمدیریتی افراد مبتلا به نارسایی قلبی مؤثر بوده است و توانایی خودمدیریتی و تصمیم‌های مراقبت سلامت در بیماران مورد مداخله افزایش یافته بود، در صورتی که در گروه کنترل تغییری مشاهده نشده بود [۲۲]. تحقیق «استانگ» نیز بیانگر این است که گروه‌های خودمراقبتی با تمرکز بر توانمندسازی، سهم ارزشمندی در فرایند بهبودی افراد مبتلا به سرطان سینه نسبت به گروه کنترل دارند [۲۳].

در بیشتر مطالعات که به اجرای مداخلات توانمندسازی پرداخته شده است، مشاهده می‌شود که الگوهایی به‌کار رفته که کمتر به توانمندسازی خود فرد تأکید داشته و بیشتر به توانمندسازی خانواده پرداخته است. به‌عنوان مثال الگوی توانمندسازی خانواده‌محور که هدف اصلی آن، توانمندشدن کل سیستم خانواده برای ارتقای بهداشت بوده است نه خود فرد [۱۹] یا برخی دیگر از الگوهای توانمندسازی به همه ابعاد توانمندسازی توجه نکرده و دارای نقایصی بوده است، به‌طوری که در برخی از مطالعات، فقط اجرای برنامه آموزشی خاص یا اجرای یک برنامه ورزشی ویژه، معادل توانمندسازی در نظر گرفته شده است [۲۶ و ۲۷].

از آنجا که پژوهشگران مطالعه حاضر قصد داشتند سالمندان بدون معلولیت و نسبتاً سالمی که فقط بیماری پرفشاری خون داشتند و فعالانه در خانواده‌شان مشغول زندگی بودند را مورد مطالعه قرار دهند، از الگوی توانمندسازی خودمدیریتی که اتکای اصلی آن بر سالمندان و توانمندسازی آنهاست به‌گونه‌ای که بتوانند از منابع موجود در خود و در محیط اطرافش نهایت استفاده و بهره‌برداری را ببرند تا به اهداف نهایی خود برسند، استفاده گردید.

الگوی توانمندسازی خودمدیریتی می‌تواند به‌عنوان الگوی مناسبی برای ارتقا و بهبود کیفیت زندگی سالمندان به‌کار رود؛

مرحله قبل از مداخله

پس از حضور شرکت‌کنندگان در محل تعیین شده و برقراری ارتباط با آنان و توضیحات لازم در مورد اهداف و مراحل پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی فرم ۳۶ (SF-۳۶) در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت. شرکت‌کننده در صورت توانایی به پرسشنامه پاسخ می‌داد و در صورت ناتوانی فرد شرکت‌کننده، پرسشنامه توسط همکار پژوهشگر تکمیل می‌شد. با استفاده از داده‌های حاصل از این پرسشنامه، وضعیت اولیه کیفیت زندگی نمونه‌ها سنجیده شد و سپس مراحل مداخله پژوهش با استفاده از برنامه از قبل پیش‌بینی شده برای افراد گروه مداخله، در پنج مرحله به‌اجرا درآمد.

مرحله مداخله

هر پنج‌گام مداخله به‌صورت متوالی صورت گرفت.

• گام نخست (خودآگاهی از سطح عملکرد و انتظارات از خود توسط مددجو): در طی جلسه‌ای که فقط برای شرکت‌کنندگان گروه آزمون تشکیل گردید، ضمن مصاحبه با سالمندان به بررسی میزان اطلاعات آنان از تأثیر بیماری بر آنان و وضعیت عملکرد خود و انتظاراتی که از خود برای داشتن یک زندگی مطلوب داشتند، پرداخته شد. درحقیقت به تعیین سطح عملکرد سیستم‌های مختلف جسمی، روحی-روانی، اجتماعی و معنوی از خود توسط سالمند و تعیین قابلیت‌ها، پتانسیل‌ها، محدودیت‌ها و مشکلات در هر سیستم، تعیین سطح عملکرد نقش سالمند از خود در خانواده و در گروه‌های اجتماعی، تعیین دیدگاه و انتظارات سالمند از سطح عملکرد خود در وضعیت داشتن استقلال و تعیین سطح عملکرد سازوکارهای سازگاری معمولی که سالمند در مقابل موانع و مشکلات به‌کار می‌گیرد، پرداخته شد.

میزان خودآگاهی و شناخت از سطح عملکرد و انتظارات از خود نیز به‌وسیله فرم طراحی شده توانمندسازی با کمک فرد تکمیل گردید. این فرم محقق ساخته حاوی تاریخچه بیماری، سن شروع درمان، مشکلات و عوارض احتمالی، داروهای مصرفی، منابع حمایتی، نگرش، عملکرد فرد و اطلاعات بیماری بود که به محقق در پیگیری وضعیت پیشرفت بیمار و اهدافی که در مرحله بعد تعیین می‌شد کمک می‌نمود. برای مثال، سالمند بیان می‌کرد که «نمی‌دانم معنای فشارخون چیست و فقط تا حدی می‌دانم که اگر کنترل نکنم قلبم آسیب می‌بیند» یا سالمندی دیگر عنوان می‌کرد که «اگر رژیم غذایی را رعایت نکنم یا داروهایم را نخورم مگر چه اتفاقی می‌افتد؟ من امتحان کردم فقط گاهی فشارم بالا می‌رود». محقق این موارد را به‌عنوان مشکل در آگاهی و کمبود اطلاعات برداشت می‌نمود. در ضمن از خود بیمار نیز درباره انتظارات از خود برای هر یک از حیطه‌ها سوال و بررسی می‌شد.

۹۰ میلی‌متر جیوه) و تشخیص توسط پزشک مربوطه و استفاده از داروهای ضدفشارخون بود و نیز تمایل بیمار به شرکت در پژوهش، تکلم به زبان فارسی.

معیارهای خروج از مطالعه داشتن بیماری روحی-روانی خاص، عدم توانایی تکمیل پرسشنامه یا همکاری در تکمیل پرسشنامه، عدم تمایل به شرکت در برنامه توانمندسازی، در دسترس نبودن یا نداشتن توانایی پیگیری، ناتوانی در یادگیری به دلیل اختلالات ذهنی-روانی، داشتن معلولیت‌های جسمی، عدم تمایل بیمار برای ادامه شرکت در کلاس‌های آموزشی و عدم پیگیری و شرکت در کلاس‌های آموزشی قبلی مربوط به بیماری‌شان، فوت یا مهاجرت به‌شمار می‌آمد.

روند مطالعه بعد از تصویب پروپوزال و اخذ معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی، شروع گردید. محققان پس از معرفی خود، با معرفی پژوهش از بیماران رضایت آگاهانه گرفتند. پس از آن به بیان اهداف و اهمیت موضوع پرداختند و پس از اخذ فرم رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از افراد مبنی بر چگونگی مداخله و حق ورود و خروج از مداخله و محرمانه‌ماندن داده‌ها، به جمع‌آوری داده‌ها پرداختند.

پرسشنامه استاندارد بین‌المللی کیفیت زندگی فرم ۳۶ سؤال‌ی، در بردارنده ۸ مقیاس یا مفهوم است که شامل محدودیت فعالیت، مشکلات سلامتی، انرژی و نشاط، فعالیت‌های اجتماعی، درد و سلامت عمومی هستند [۲۸]. این پرسشنامه توسط بسیاری از محققان در ایران مورد استفاده قرار گرفته است [۲۹-۳۲]. روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی فرم ۳۶ (SF-۳۶) توسط «منتظری» و همکاران هنجاریابی شده و اعتبار و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است [۳۳].

پایایی این پرسشنامه در مطالعه «دهداری» و همکاران (۱۳۸۶) با روش آزمون مجدد با فاصله زمانی ۲ هفته سنجیده شد و ضریب همبستگی پیرسون ۷۵٪ به‌دست آمده است [۳۴]. همچنین پایایی این پرسشنامه در مطالعه «پرنده» و همکاران (۱۳۸۶) با ضریب همبستگی با روش اعتبار محتوا و روش آزمون مجدد محاسبه و ۸۲٪ گزارش گردید [۳۲]. دامنه امتیازات کیفیت زندگی فرم ۳۶ از ۰-۱۰۰ بوده و نمره صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین نمره و نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است [۳۳].

نمونه‌های منتخب برای آموزش به مرکز تحقیقات سالمندی دعوت شدند و کلاس‌های آموزشی نیز در همان مکان جهت مداخلات برگزار گردید. در این پژوهش برای رسیدن به اهداف از الگوی توانمندسازی خودمدیریتی استفاده شد که حاصل تحقیق نظریه زمینه‌ای روی مفهوم قدرت در ۲۱ سالمند ایرانی و خانواده‌های آنها در سال ۱۳۸۷ به‌شمار می‌آید [۳۵]. مطالعه در سه مرحله به شرح زیر اجرا گردید:

فرم‌های تکمیل شده برای هر فرد صورت پذیرفت.

مرحله بعد از مداخله

پس از اتمام یک‌ماه‌ونیم دوره مداخله، دوباره پرسشنامه کیفیت زندگی فرم ۳۶ (SF-۳۶) در اختیار سالمند قرار گرفت و تکمیل گردید و با استفاده از پاسخ فرد به پرسشنامه، میزان تغییرات در کیفیت زندگی فرد بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله به دست آمد.

در گروه آزمون، یک‌ماه‌ونیم پس از اجرای مداخله موردنظر و پیگیری نتایج حاصل از مداخله و نیز در گروه کنترل نیز پس از گذشت یک‌ماه‌ونیم، مرحله بعد از مداخله انجام گردید. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها مورد سنجش قرار گرفت و تأثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر ارتقای کیفیت زندگی بیمار محاسبه و در هر دو گروه مقایسه شد و همچنین کیفیت زندگی سالمندان قبل و بعد از مداخله با یکدیگر مقایسه گردید [۳۵ و ۲۴].

انجام این پژوهش توسط دانشگاه علوم پزشکی بوشهر مورد تأیید قرار گرفته است. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی هنگام نمونه‌گیری، هدف از پژوهش، جنبه اختیاری بودن شرکت در این پژوهش و محرمانه‌ماندن اطلاعات برای شرکت‌کنندگان توضیح داده و از آنها رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد. این پژوهش در وب‌گاه کارآزمایی ایران با کد IRCT۲۰۱۴۰۱۰۴۱۳۰۹۲۲ ثبت گردیده است. داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۸ نرم‌افزار SPSS و کای-دو، تی مستقل، تی زوج و من-ویتنی در سطح معناداری ۰/۰۵ و آزمون‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. از آزمون کای-دو و تی استیودنت برای مقایسه متغیرهای دموگرافیک و نیز مقایسه کیفیت زندگی بین دو گروه و همچنین از آزمون تی زوجی و من-ویتنی برای مقایسه کیفیت زندگی هر گروه قبل و بعد از مداخله استفاده گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه که با هدف بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون شهر بوشهر انجام گردید، ۶۰ سالمند شرکت داشتند. براساس یافته‌های دموگرافیک، میانگین سن شرکت‌کنندگان گروه کنترل ۶۷/۸ و میانگین سنی گروه آزمون ۶۷/۵ بود که بین دو گروه از نظر سنی تفاوت معناداری مشاهده نگردید ($P=0$). از نظر دیگر متغیرهای دموگرافیک، ۷۳/۳ درصد از شرکت‌کنندگان زن و ۲۶/۷ درصد از آنان مرد بودند، ۶۶/۷ درصد باسواد و ۶۶/۷ درصد متأهل بودند، ۴۰/۷ درصد سابقه ابتلا به پرفشاری خون زیر ۵ سال و ۵۹/۳ درصد سابقه ابتلا به پرفشاری خون بالای ۵ سال را گزارش کردند و همچنین ۳۶/۶ درصد نیز سابقه مصرف قلیان یا سیگار را گزارش کردند. تجزیه و تحلیل یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک تفاوت معنادار آماری ندارند

• گام دوم (هدف‌گذاری مطلوب توسط مددجو): در این گام پس از تعیین میزان خودآگاهی سالمندان براساس نوع پاسخ و میزان آگاهی آنها، به‌همراه سالمند به هدف‌گذاری مطلوب درباره موارد موردنیاز آموزش پرداخته شد. به‌منظور تعیین اهداف برای هر بیمار یک پرونده تهیه شده بود و در پرونده مربوطه، اهداف تعیین شده براساس مراحل الگو ثبت می‌گردید و براساس آن پرونده جهت پیگیری مداخلات برنامه‌ریزی شد.

• گام سوم (برنامه‌ریزی): با استفاده از اهداف تبیین شده و راهکارهای پیشنهادی خود مددجو، برنامه‌ای برای رفع نیاز فرد سالمند که براساس حیطه‌های الگوی توانمندسازی خودمدیریتی از جمله سازگاری، عملکرد نقش و استقلال تنظیم گردید.

• گام چهارم (اصلاح شرایط): مداخله توانمندسازی به‌منظور اصلاح ساختار فیزیکی، اجتماعی و روانی قابل تغییر براساس نتایج و بررسی‌ها و نیازسنجی انجام شده و برنامه تهیه شده با استفاده از حیطه‌های الگوی خودمدیریتی توانمندسازی شامل آگاهی از تغییرات، عملکرد نقش، استقلال، سازگاری، حس کنترل و رضایت پنداشته شده طی یک جلسه توانمندسازی صورت گرفت.

البته با توجه به اینکه اصلاحات در همه ابعاد قابل تغییر نیست؛ مانند جسم پیر شده را که نمی‌توان کاری کرد، بر موارد قابل تغییری که در بهبود کیفیت زندگی فرد و توانمندی فرد نقش مؤثری داشت، تأکید می‌شد. برای نمونه، در بخش آگاهی از تغییرات، در مورد تغییرات ناشی از بیماری بر بدن، روح و روان و عوارض بیماری و نیز تغییرات ناشی از سالمندی که مورد تأکید سالمند در گام‌های قبل بود و همچنین برای دستیابی به اهداف قابل اجرا، راه‌هایی برای غلبه بر تغییرات ایجاد شده و سوق دادن به سمت سلامتی و کسب اطلاعات بیشتر که در گام برنامه‌ریزی توصیه شده بود را در این گام اجرا می‌کرد و در صورت نیاز دوباره در طول یک‌ماه‌ونیم پیگیری، توصیه‌های لازم ارائه می‌گردید.

به‌علاوه با کمک کتابچه‌ای که مفاهیم آن در تحقیقی دیگر به‌صورت توصیفی-اکتشافی در قالب مصاحبه‌های کیفی و پرسشنامه بسته پاسخ در زمینه محورهای الگوی توانمندسازی خودمدیریتی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون طراحی شده بود، در اختیار سالمندان قرار گرفت تا آموزش‌ها را در منزل با مطالعه کتابچه پیگیری نمایند. در طول یک‌ماه‌ونیم میزان یادگیری سالمندان از طریق تلفن نیز پیگیری شد. در این میان محقق نیز شماره تماس خود را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داد تا در صورت وجود هرگونه سؤال بتوانند بلافاصله با پژوهشگر تماس حاصل نمایند.

• گام پنجم (ارزشیابی): ارزشیابی در طی جلسه توانمندسازی و طول زمان پیگیری، به‌صورت مرحله‌ای از موارد آموزش داده شده درباره تعیین اهداف و برنامه‌های مداخله‌ای توافقی و پیشنهادی و همچنین طی تماس‌های تلفنی در طول زمان مداخله براساس

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک در دو گروه کنترل و آزمون.

| P-value | آزمون (انحراف معیار ± میانگین) | | کنترل (انحراف معیار ± میانگین) | | گروه | متغیر |
|----------------|-----------------------------------|------|-----------------------------------|------|-------------------|-------------------------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | | |
| ۰/۳۷ | ۶۵/۵۷±۵/۳۴ | | ۶۷/۸۰±۵/۷۱ | | سن | |
| فراوانی (درصد) | | | | | | |
| | آزمون | | کنترل | | | |
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | | |
| ۰/۳۸ | ۲۰ | ۶۶/۷ | ۲۴ | ۸۰ | زن | |
| | ۱۰ | ۳۳/۳ | ۶ | ۲۰ | مرد | جنس |
| ۰/۴۱ | ۲۲ | ۷۳/۳ | ۱۸ | ۶۰ | متاهل | |
| | ۸ | ۲۶/۷ | ۱۲ | ۴۰ | همسر مرده یا مجرد | تاهل |
| ۰/۴۲ | ۹ | ۳۰ | ۱۳ | ۴۲/۳ | بی‌سواد | |
| | ۲۱ | ۷۰ | ۱۷ | ۵۶/۷ | باسواد | تحصیلات |
| | ۳ | ۱۰/۳ | ۲ | ۶/۷ | کمتر از یک سال | |
| | ۸ | ۲۷/۶ | ۱۱ | ۳۶/۷ | ۱-۴ | سال‌های ابتلا به بیماری |
| ۰/۸۲ | ۱۰ | ۳۴/۵ | ۷ | ۲۲/۳ | ۵-۹ | |
| | ۵ | ۱۷/۲ | ۷ | ۲۳/۳ | ۱۰-۱۴ | |
| | ۳ | ۱۰/۳ | ۳ | ۱۰ | ۱۵ سال و بالاتر | |
| | ۴ | ۱۳/۳ | ۷ | ۲۳/۳ | پله | |
| ۰/۶۰ | ۲۰ | ۶۶/۷ | ۱۸ | ۶۰ | خیر | سیگار |
| | ۶ | ۲۰ | ۵ | ۱۶/۷ | ترک کرده‌ام | |

سالمند

(جدول شماره ۱).

اجتماعی، درد و سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود نداشته است ($P < 0.05$)، اما پس از مداخله توانمندسازی خودمدیریتی در تمامی ابعاد کیفیت زندگی به جز بعد محدودیت فعالیت در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده گردید که نشان‌دهنده تأثیر مداخله بود ($P > 0.05$).

مقایسه میانگین اختلاف نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه آزمون بعد از مداخله توانمندسازی نسبت به قبل از مداخله تفاوت معناداری را نشان داد ($P > 0.05$). این تفاوت در گروه آزمون بعد از مداخله توانمندسازی، بیانگر تأثیر مثبت مداخله توانمندسازی و بهبود کیفیت زندگی افراد شرکت‌کننده در گروه آزمون بود. در گروه کنترل مقایسه میانگین اختلاف نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن بعد از مداخله توانمندسازی نسبت به قبل از مداخله تغییری نداشت و تفاوت معناداری مشاهده نگردید ($P < 0.05$).

آزمون‌های آماری تی و من-ویتنی نشان داد که اختلاف معنادار آماری بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد آن قبل از مداخله وجود ندارد ($P > 0.05$)، در صورتی که میانگین نمره کل کیفیت زندگی بعد از مداخله در گروه آزمون نسبت به قبل از مداخله توانمندسازی معنادار شده و از $49/18 \pm 40/54$ در قبل از مداخله به $68/11 \pm 0/180$ بعد از مداخله افزایش یافته بود و میانگین نمره کل کیفیت زندگی در گروه کنترل از $45/21 \pm 34/21$ در قبل از مداخله به $41/18 \pm 0/102$ در بعد از مداخله تغییر کرده بود که تفاوت معناداری را نشان نداد ($P < 0.05$).

همچنین نتایج نشان می‌دهد که قبل از آموزش بین دو گروه کنترل و آزمون در تمامی ابعاد کیفیت زندگی شامل محدودیت فعالیت، مشکلات سلامتی، انرژی و نشاط، فعالیت‌های

جدول ۲. مقایسه نمره ابعاد و کل کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه کنترل و آزمون.

| P-value | بعد | | P-value | قبل | | گروه | ابعاد |
|---------|------------------------|---------------|---------|------------------------|---------------|--------------------|-------|
| | انحراف معیار ± میانگین | | | انحراف معیار ± میانگین | | | |
| | کنترل | آزمون | | کنترل | آزمون | | |
| ۰/۲۸ | ۳۹/۶۶ ± ۱۶/۱۳ | ۵۶/۶۶ ± ۸/۰۲ | ۰/۸۶ | ۴۱/۸۳ ± ۲۵/۱۰ | ۵۲/۱۶ ± ۲۳/۷۶ | محدودیت فعالیت | |
| ۰/۰۰۰۱* | ۳۳/۳۳ ± ۲۶/۷۵ | ۷۲/۵۰ ± ۲۷/۳۴ | ۰/۵۲* | ۳۱/۶۶ ± ۳۹/۳۵ | ۳۵/۰۰ ± ۳۲/۵۶ | مشکلات سلامت جسمی | |
| ۰/۰۰۰۱* | ۲۰/۰۰ ± ۳۱/۰۷ | ۷۰/۰۰ ± ۳۵/۳۹ | ۰/۳۴* | ۳۲/۲۲ ± ۲۸/۶۳ | ۴۱/۱۱ ± ۴۰/۷۶ | مشکلات سلامت روانی | |
| ۰/۰۰۰۱ | ۳۴/۱۶ ± ۲۶/۳۶ | ۷۲/۰۰ ± ۱۷/۶۹ | ۰/۴۲ | ۴۹/۰۰ ± ۲۳/۳۴ | ۴۸/۰۰ ± ۲۵/۹۱ | انرژی | |
| ۰/۰۰۰۱ | ۳۴/۱۳ ± ۲۷/۱۳ | ۷۴/۱۳ ± ۲۱/۵۷ | ۰/۸۶ | ۴۹/۰۶ ± ۲۷/۵۷ | ۵۳/۷۳ ± ۲۶/۴۰ | نشاط | |
| ۰/۰۰۰۱ | ۵۳/۷۵ ± ۲۸/۴۵ | ۸۳/۷۵ ± ۱۶/۲۸ | ۰/۰۹ | ۶۸/۲۳ ± ۲۳/۸۳ | ۵۸/۳۳ ± ۳۵/۳۰ | فعالیت‌های اجتماعی | |
| ۰/۰۰۰۱ | ۴۵/۸۳ ± ۳۲/۵۰ | ۸۰/۹۱ ± ۱۷/۸۸ | ۰/۱۴ | ۴۹/۱۶ ± ۳۳/۷۶ | ۶۰/۸۳ ± ۲۷/۵۵ | درد | |
| ۰/۰۰۰۱ | ۴۹/۸۳ ± ۱۴/۸۲ | ۶۶/۸۳ ± ۱۹/۱۴ | ۰/۴۵ | ۵۲/۸۳ ± ۱۸/۶۴ | ۵۰/۳۳ ± ۱۷/۵۱ | سلامت عمومی | |
| ۰/۰۰۰۱ | ۴۱/۰۱ ± ۱۸/۰۲ | ۶۸/۰۱ ± ۱۱/۸۰ | ۰/۴۳ | ۴۵/۳۴ ± ۲۱/۲۱ | ۴۹/۴۰ ± ۱۸/۵۴ | کل کیفیت زندگی | |

سازند

* از آزمون من-ویتنی استفاده شده است.

هستند. نتایج به دست آمده در بخش اطلاعات دموگرافیک مشابه مطالعه «حیدری» و «شهبازی» است. در یافته‌های آنان نیز تعداد شرکت‌کنندگان زن از مرد بیشتر بود و بیشتر شرکت‌کنندگان متأهل و دارای سواد زیردیپلم بودند و دو گروه از نظر آماری تفاوت معناداری نداشتند [۳۶].

در ارتباط با تأثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون در این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که برنامه توانمندسازی خودمدیریتی می‌تواند باعث بهبود و ارتقای کیفیت زندگی کلی و همه ابعاد آن شود و همچنین می‌توان با توانمند کردن آنان در زمینه مدیریت بیماری‌شان تا حدی مشکلات‌شان را کاهش داد.

یافته‌های به دست آمده در ارتباط با میانگین نمره کلی و ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه کنترل و آزمون در این مطالعه نشان داد که میانگین نمره کل و ابعاد کیفیت زندگی در هر دو گروه کنترل و آزمون، قبل از مداخله تفاوت معناداری نداشت و حاکی از یکسان بودن دو گروه قبل از مداخله بود. بعد از یک ماه و نیم مدت زمان مداخله نیز میانگین نمره کل و ابعاد کیفیت زندگی گروه کنترل تفاوت معناداری آماری نداشت. نکته قابل توجه این است که نه تنها نمره میانگین کل کیفیت زندگی در گروه کنترل - که مورد مداخله توانمندسازی قرار نگرفته بود - بعد از یک ماه و نیم پیگیری افزایش نداشت، بلکه به طور میانگین در میانگین نمره این گروه کاهش مشاهده شد.

به نظر می‌رسد که کاهش نمره میانگین در گروه کنترل به این دلیل باشد که این مطالعه با ماه‌های گرم و ماه رمضان مصادف

نمره کسب شده در ابعاد کیفیت زندگی گروه آزمون (به جز بُعد محدودیت فعالیت) در بعد از مداخله توانمندسازی نسبت به قبل از مداخله، افزایش قابل ملاحظه‌ای داشت و آزمون‌های آماری تفاوت معناداری را نشان داد ($P < 0.05$). میانگین نمره بعد محدودیت فعالیت با وجود اینکه از $52/23 \pm 16/76$ در قبل از مداخله به $52/18 \pm 23/02$ در بعد از مداخله افزایش یافت، اما آزمون آماری آزمون تی تغییرات معناداری را در آن نشان نداد (جدول شماره ۲). در گروه آزمون بعد از مداخله، حداکثر میانگین نمره کسب شده مربوط به بُعد مشکلات سلامتی و حداقل میانگین نمره کسب شده مربوط به بعد محدودیت فعالیت بود (جدول شماره ۲).

بحث

هدف از این مطالعه بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون بود. یافته‌های به دست آمده از مطالعه نشان می‌دهد تعداد شرکت‌کنندگان زن بیشتر از شرکت‌کنندگان مرد است. از آنجاکه نمونه‌ها به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، بیشتر بودن تعداد زنان یکی از نکات مورد توجه است که می‌تواند به دلایلی همچون مراجعه بیشتر زنان به مراکز درمانی و پیگیری و مشارکت زنان در چنین برنامه‌هایی باشد. این مهم می‌تواند در مطالعات آینده مورد توجه و بررسی قرار گیرد.

بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان متأهل و دارای سواد خواندن و نوشتن بودند و تعداد محدودی بی‌سواد بودند که از نظر مشخصات دموگرافیک و زمینه‌ای دو گروه کنترل و آزمون مشابه

اهمیت پرداختن به کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری قلبی را تأکید و بیان می‌کند که یکی از مسائل مهم در بهبود کیفیت زندگی افراد سلامت روحی و روانی است [۴۰]. همچنین نتایج مطالعه مداخله «هگبوم» و همکارانش نشان داد آموزش ورزش در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی مزمن تأثیر بسزایی دارد، به‌ویژه در ۴ بُعد عملکرد فیزیکی، درد بدنی، شور و نشاط و نقش عاطفی، تغییرات ایجاد شده در این ۴ بُعد نسبت به ابعاد دیگر بسیار بهتر بود [۴۱].

تغییرات مطالعه حاضر در ابعاد کیفیت زندگی نسبت به مطالعه هگبوم چشم‌گیرتر بود. بعد از مداخله توانمندسازی که همه جوانب فرد (جسمی، روحی-روانی و اجتماعی) را در نظر می‌گیرد، در همه ابعاد به جز بُعد محدودیت فعالیت به‌طور متوسط ۲۰ واحد افزایش وجود داشت؛ در صورتی که در مطالعه هگبوم، متوسط میانگین افزایش نمره در همه ابعاد ۵/۵ واحد بود. در مطالعه هگبوم بُعد محدودیت فعالیت بعد از مداخله ۴ واحد افزایش داشت، شبیه یافته‌های حاضر در بُعد محدودیت فعالیت است که ۴/۵ واحد افزایش داشت.

در مطالعه حاضر تمامی ابعاد کیفیت زندگی شامل مشکلات سلامت جسمی، مشکلات سلامت روانی، نشاط، انرژی، درد، فعالیت‌های اجتماعی و سلامت عمومی بعد از مداخله بهبودی چشم‌گیری داشت به‌جز بُعد محدودیت فعالیت که تغییرات کمتری نسبت به دیگر ابعاد داشت. البته این تغییر قابل توجه است؛ زیرا گروه هدف این مطالعه سالمندان بودند که فعالیت آنان تحت تأثیر بسیاری از موارد مانند دردهای عضلانی-اسکلتی در سن بالا قرار داشت که نیازمند دوره‌های درمانی طولانی‌مدت توانبخشی، فیزیوتراپی و دارودرمانی بود. علاوه بر آن به دلیل هم‌زمانی مطالعه با فصل گرما و ماه رمضان، سالمندان فعالیت فیزیکی کمتری داشتند که در به‌دست آمدن این نتیجه موثر بوده است.

با وجود همه این شرایط، محققان توانستند با استفاده از مداخله توانمندسازی، تغییرات اندک ولی مثبت ایجاد کنند و میانگین نمره بُعد محدودیت فعالیت را ۴/۵ واحد تغییر دهند که می‌تواند بیانگر تأثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی باشد. در مطالعه «نجفی‌مهری» و همکارانش نیز به‌جز در ابعاد انرژی و انرژی اجتماعی در دیگر ابعاد بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تفاوت معناداری مشاهده شد [۴۲]. «هاشمی‌فرد» نیز بعد از مداخله به‌جز در بُعد فعالیت اجتماعی در دیگر ابعاد بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تفاوت معناداری مشاهده کرد [۴۳].

اگرچه با تمرکز بر هدف اصلی مطالعه که بررسی تأثیر مداخله توانمندسازی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون بود، به‌طور مستقیم فشارخون سالمندان مشارکت‌کنندگان اندازه‌گیری نشد، ولی براساس مشاهدات ضمنی، توانمندسازی

شده بود که سالمندان به‌همین دلایل تحرک فیزیکی کمتری داشتند و تعاملات اجتماعی آنان محدودتر و باعث کاهش سطح کیفیت زندگی آنان شده بود، اما در گروه آزمون نمره کیفیت زندگی نسبت به قبل از مداخله از نظر آماری تفاوت معناداری داشت؛ به‌طوری‌که کیفیت زندگی بیماران بعد از اجرای مداخله توانمندسازی در گروه آزمون افزایش چشم‌گیری یافته بود.

نمرات حاصل از تجزیه و تحلیل، این افزایش را به‌طور واضح بیان می‌کند. در گروه آزمون نمره کل نزدیک به ۲۰ واحد افزایش نسبت به قبل از مداخله نشان داد که به‌طور آشکار تأثیر مثبت آموزش توانمندسازی را بر بهبودی کیفیت زندگی سالمندان نشان می‌دهد. این افزایش میانگین نمره در همه ابعاد کیفیت زندگی گروه آزمون به‌جز بعد محدودیت فعالیت به‌طور چشم‌گیری دیده می‌شد.

«حیدری» و «شهبازی» در مطالعه خود نتیجه گرفتند که اگر سالمندان در مورد شیوه‌های صحیح تغذیه، ورزش، خواب و استراحت و مصرف صحیح داروها اطلاعات درستی داشته باشند، می‌توان از بسیاری از مشکلات آنان پیشگیری نمود یا در صورت ایجاد به‌طور مطلوبی آنها را کنترل کرد و در جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان گام برداشت [۳۶]. «مسعودی» و همکارانش نیز در مطالعه خود نشان دادند مداخله توانمندسازی بر کیفیت زندگی سالمندان در همه ابعاد مؤثر است. ایشان مشاهده کردند اگر برآوردن نیازهای روحی و روانی سالمندان در کنار مسائل جسمی آنها انجام پذیرد، نتایج مثبتی به‌دنبال خواهد داشت [۲۰].

دستاورد مطالعه «رستمی» و همکاران ایشان بیانگر تأثیر مثبت الگوی خودمراقبتی و ضرورت پرداختن به امور مراقبتی و استفاده از الگوهایی است که قادر به ترغیب و توجه به خودمراقبتی و تعدیل عوامل مؤثر در بروز کاهش کیفیت زندگی به‌شمار می‌آید [۱۱]. «قهرمانی» و همکارانش در مطالعه مداخله خود برای ارزشیابی تأثیر مداخله آموزشی در کیفیت زندگی سالمندان نتیجه گرفتند که برنامه‌های آموزش بهداشت تأثیر مثبتی در ارتقاء کیفیت زندگی دارد، نتیجه مشاهده شده با مطالعه حاضر هم‌راستا است [۳۷].

«لوس آیاو» و همکارانش نیز در مطالعه خود دریافتند که آموزش خودمراقبتی بر بهبودی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی تأثیر مثبتی دارد و باعث بهبود کیفیت زندگی آنان در تمامی ابعاد کیفیت زندگی می‌شود [۳۸]. «مادوربارا» و همکارانش به بررسی تأثیر آموزش تعادل بر کیفیت زندگی زنان سالمند مبتلا به استئوپروز پرداخته بود که دریافتند که آموزش تعادل زمانی که در محیطی امن باشد و تعاملی اجتماعی بین شرکت‌کنندگان و آموزش‌دهنده وجود داشته باشد، مؤثرتر است و باعث بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به استئوپروز می‌شود [۳۹].

نتایج حاصل از مطالعه «مارک کلاسک» و همکارانش نیز

تشکر و قدردانی

این طرح پژوهشی حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم رقیه خضری می باشد و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر صورت گرفته است. بدین وسیله از همکاری مسئولین محترم دانشگاه، راهنمایی‌های ارزنده جناب آقای پروفسور نبی‌پور، همچنین همکاری پرسنل محترم مراکز بهداشتی شهرستان بوشهر و مرکز تحقیقات طب عفونی و گرمسیری خلیج فارس به‌ویژه سرکار خانم بنه‌گزی و سالمندان عزیز که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- [1] Ramezankhani A, Mohammadi G, Akrami F, Zeinali M. [Knowledge, attitude and practice of the elder residents of Tehran city about healthy lifestyle (Persian)]. *Journal of Health in the Field*. 2013; 1(1):1-3.
- [2] Thomopoulou I, Thomopoulou D, Koutsouki K. The differences at quality of life and loneliness between elderly people. *Biology of Exercise*. 2010; 6(2):13-28.
- [3] Harley D, Fitzpatrick D, Axelrod L, White G, G M. Making the Wii at Home: Game Play by Older People in Sheltered Housing. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 2010; 6389:56-176.
- [4] Ahmadi V, Beheshti S. [Demographic and welfare characteristics of aged population in Iran (Persian)]. *Population*. 2008; 19(61-62):19-39.
- [5] Nejat V, Shirinbayan P, Akbari Kamrani AA, Foroughan M, Taheri P, Sheikhvatan M. Quality of life in elderly people in Kashan, Iran. *Middle East Journal of Age and Ageing*. 2008; 5(2):21-25.
- [6] National Academy on an Aging society. Chronic Conditions A challenge for the 21st century [Internet]. 1999. Available from: www.agingsociety.org/agingsociety/pdf/chronic.pdf.
- [7] Abdollahi AA, Hosseini A, Salehi A, Vaghari GR, Behnam Pour N. [The Risk Factors of Coronary Disorders in the Elderly (Persian)]. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2013; 10(2):18-25.
- [8] www.heartfoundation.org.au/Professional_Information/Clinical_Practice/Hypertension.2010 (31.10.2011). 2010.
- [9] Rezaei H, Alvndy A, Hosseini M, Rahgozar M. [The impact of education on quality of life of patients with heart failure (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2009; 10(2):21-26.
- [10] Ebadi A, Shamsi A, Rafahi AA, Saied Y. [Comparison of the Quality of life in men with and without Hypertension (Persian)]. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2011; 20(1):5-15.
- [11] Baraz S, Rostami M, Farzianpor F, Rasekh A. [Effect of Orem Self Care Model on ederies' quality of life in health care centers

توانسته بود دیدگاه سالمندان مبتلا به پرفشاری خون را نسبت به ارتقای کیفیت زندگی و مدیریت بیماری تغییر دهد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده بعد از توانمندسازی گروه آزمون مشاهده گردید که سالمندان برای کنترل بیماری خود تلاش بیشتری می‌کردند و با یادگیری چگونگی کنترل بیماری خود احساس می‌کردند می‌توانند بیماری و زندگی خود را مدیریت کنند.

نتایج حاصل از این پروژه ضمن تأکید بر اهمیت ویژه و جایگاه خاص سالمندان و بهبود خودمدیریتی سالمندان مؤید این است که تلاش‌های مسئولین و سلامتی جامعه زمانی به بار خواهد نشست که برنامه‌های آموزشی توانمندسازی در قالب الگوهای توانمندسازی خودمدیریتی و دیگر الگوهای مراقبتی توانمندسازی با تأکید بر خود فرد بیمار شکل گیرد. همچنین مراقبان باید توجه داشته باشند که مراقبت مفید و مؤثر از سالمند باید علاوه بر تمرکز بر خود فرد، در چارچوب خانواده صورت پذیرد تا به ارتقای خودمدیریتی و توانمندی سالمندان کمک نماید و کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشد.

نتیجه‌گیری نهایی

یافته‌ها حاکی از آن است که مداخله توانمندسازی توانسته به‌طور معناداری همه ابعاد کیفیت زندگی گروه آزمون را بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش دهد. این امر خود مؤید استفاده از مداخلات توانمندسازی خودمدیریتی برنامه‌ریزی‌شده با تکیه بر نیازهای سالمندان مبتلا به پرفشاری خون از دیدگاه خودشان به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی‌شان در همه ابعاد است.

از آنجاکه اجرای اصولی الگوی توانمندسازی خودمدیریتی با تأکید بر سالمند می‌تواند به بهبود و ارتقای کیفیت زندگی بیانجامد، این رویکرد می‌تواند راهکار مناسب در برنامه‌های مراقبتی باشد و با تکیه بر آن، می‌توان کیفیت زندگی در دوران سالمندی را بهبود بخشید.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

در دسترس نبودن و عدم تمرکز نمونه‌ها در مکانی مشخص، از مهم‌ترین محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. علاوه بر آن هم‌زمانی نمونه‌گیری با فصل گرما و شرایط خاص آب‌وهوایی، نمونه‌گیری و پیگیری را سخت‌تر کرده بود. از دیگر محدودیت‌ها تعداد سؤالات بود که سبب خستگی برخی از سالمندان می‌شد.

همچنین پایین بودن سطح سواد بیشتر سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر می‌تواند در پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه تأثیرگذار باشد. پیشنهاد می‌گردد این مطالعه در فواصل زمانی بیشتر و در سالمندان با دیگر بیماری‌های مزمن مورد بررسی قرار گیرد.

- obstructive pulmonary disease (COPD): The PRINCE study protocol. *BMC Pulmonary Medicine*. 2011; 11(1):4.
- [27] Meamarian R, Mohammadi E, Mirbagheri N. The effects of systematic walking program on quality of life in older patients with moderate chronic obstructive pulmonary disease. *Iranian Journal Rehabilitation*. 2009; 2(38):27-32.
- [28] Mousavi B, Montezeri A, Sorosh M. [Quality of life on women with spinal injury (Persian)]. *Payesh*. 2008; 7(1):75-81.
- [29] Jabalameli S, Neshatdoost HT & Moulavi H. [Efficacy of cognitive-behavioral stress management intervention on quality of life and blood pressure in female patients with hypertension (Persian)]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2010; 15(2):88-97.
- [30] Hemidzade S, Ahmadi F, Aslani Y, Etemadifar SH, Salehi K, Kordyazdi R. [The effect of team exercise on quality of life elderly (Persian)]. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2008; 16(1):81-86.
- [31] Khorsandi M, Jahani F, Rafie M, Farazi A. [Health-related quality of life in staff and hospital personnel of Arak university of medical sciences in 2009 (Persian)]. *Arak University of Medical Sciences Journal*. 2010; 13(1):40-48.
- [32] Parande A, SiratiNir M, Khaghanizadeh M, Karimizarchi AA. [Comparison the effect of training of conflict resolution and relaxation on quality of life's spouses of war veterans affected Post traumatic stress disorder with major depression disorder (Persian)]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2007; 9(33-34):67-76.
- [33] Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*. 2005; 14:875-82.
- [34] Dehdari T, Heidarnia A, Ramezankhani A, Sadeghian S, Gho-franipour F, Babaei GH, et al. [Effect of progressive muscular relaxation training on anxiety and quality of life in anxious patients after coronary artery bypass surgery (Persian)]. *Medical Science Journal of Islamic Azad University*. 2007; 17(4):205-211
- [35] Ravanipour M. [Concept of power and developing empowerment model in Iranian elderies (Persian)] [PhD thesis]. *Isfahan: University of Medical Sciences*; 2008.
- [36] Heidari M, Shahbazi S. [Effect of Self-Care Training Program on Quality of Life of Elders (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2012; 25(75):1-8.
- [37] Ghahremani L, Nazari M, Mousavi MT. [Improvement of Quality of Life in Elderly men in Kahrizak Nursing Home Based on Educational Intervention (Persian)]. *Knowledge & Health*. 2008; 4(2):18-23.
- [38] Loos-Ayav C, Frimat L, Kessler M, Chanliau J, Durand PY, Bri-ançon S. Changes in health-related quality of life in patients of self-care vs. in-center dialysis during the first year. *Quality of Life Research*. 2008; 17(1):1-9.
- [39] Madureira MM, Bonfa E, Takayama L, Pereira R MR. A 12-month randomized controlled trial of balance training in elderly women with osteoporosis: Improvement of quality of life. *Maturitas*. 2010; 66(2):206-211.
- [40] Klocek M, Kubinyi A, Baciór B, Kawecka-Jaszcz K. Effect of physical training on quality of life and oxygen consumption in patients with congestive heart failure. *International Journal of Cardiology*. 2005; 103(3):323-329.
- of Masjed Solaiman in 2007-2008 (Persian)]. *Arak University of Medical Sciences Journal*. 2009; 12(2):51-9
- [12] Shamsi A, Refahi A, Malmir M, Mollahadi M, Ebadi A. [Comparison of quality of life in military personnel with and without hypertension (Persian)]. *Journal of Army University of Medical Sciences of the Iran*. 2012; 10(3):213-218.
- [13] Aujoulat I, D'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*. 2007; 66(1):13-20.
- [14] Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnelly M, Johnson PD, et al. Empowerment: An idea whose time has come in Diabetes Education. *Diabetes Educator*. 1991; 17(1):37-41.
- [15] Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*. 2004; 22(3):123.
- [16] Wong-Rieger D. Patient Empowerment-Living with Chronic Disease. Paper presented at: The A series of short discussion topics on different aspects of self management and patient empowerment for the 1st European conference on patient empowerment; 2012 Apr. 11-23; Copenhagen, Denmark.
- [17] Costa Santos SS, Devos Barlem EL, Dasilva BT, Cestari M, Lunardi V. Health promotion for the elderly: Gerontogeriatric Nursing Commitment. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008; 21(4):653-49.
- [18] Azimi V, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. [Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients (Persian)]. *Journal of Nursing Critical Care*. 2007; 2(4):127-32.
- [19] Allahyari A, Alhani F, Kazemnejad A, Izadyar M. [The effect of family-centered empowerment model on the Quality of Life of school-age B-thalassemic children Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2006; 16(4):455-61.
- [20] Masoudi R, Solaimani MA, Hasheminia AM, Qurbani M, Pour Dehkordi AH, Bahrami N. The effect of family centered empowerment model on the quality of life in elderly people. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2010; 14(1):58-64.
- [21] Tang TS, Funnell MM, Brown MB, Kurlander JE. Self-management support in "real-world" settings: An empowerment-based intervention. *Journal of Patient Education and Counseling*. 2010; 79(2):178-84.
- [22] Shearer NB, Cisar N, Greenberg EA. A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2007; 36(3):159-169.
- [23] Stang I, Mittelmark MB. Learning as an empowerment process in breast cancer self-help groups. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 18(14):2049-57.
- [24] Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Abedi HA, Ishaghi SR, Schuurmans MJ, et al. Power resources of older people in Iran. *International Journal of Older People Nursing*. 2013; 8(1):71-9.
- [25] Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Abedi HA, Schuurmans MJ, de Jong A. Sense of Power Among Older People in Iran. *Educational Gerontology*. 2008; 34(10):923-38.
- [26] Murphy K, Casey D, Devane D, Cooney A, McCarthy B, Mee L, et al. A cluster randomized controlled trial evaluating the effectiveness of a structured pulmonary rehabilitation education programme for improving the health status of people with chronic

- [41] Hegbom F, Stavem K, Sire S, Heldal M, Orning O M & Gjesdal K. Effects of short-term exercise training on symptoms and quality of life in patients with chronic atrial fibrillation. *International Journal of Cardiology*. 2007; 116(1):86-92.
- [42] Najafi SM, Vahedparast H, Hafezi S, Saghafi A, Farsi Z, Vahabi YS. [Effect of self-care education on quality of life in patients suffering from myocardial infarction (Persian)]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2008; 1(1):35-39.
- [43] Hashemi Fard I, Dehdari J, Heidarnia AS, Mahmoud A. [The longitudinal effect of health education on health-related quality of life in patients with coronary artery bypass surgery (Persian)]. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University*. 2005; 15(1):46-41.