

Research Paper**Effect of Family-Based Empowerment Model on the Self-Efficacy of Hypertensive Elderly People*****Batool Hedayati¹**

1. Department of Community Health, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**Citation:** Hedayati B. [Effect of Family-Based Empowerment Model on the Self-Efficacy of Hypertensive Elderly People (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2018; 13(1):86-97. <https://doi.org/10.21859/SIJA.13.1.86>**doi:** <https://doi.org/10.21859/SIJA.13.1.86>

Received: 07 Aug. 2017

Accepted: 18 Nov. 2017

ABSTRACT**Objectives** Non-communicable diseases are important factors of mortality and morbidity in the elderly people. Among them, hypertension is the most common cardiovascular disease. The family-centered empowerment model is considered to be an important model for promoting health. Thus, the aim of this study was to evaluate the effect of the model on self-efficacy in elderly people with hypertension.**Methods & Materials** This clinical trial study was conducted on 62 elderly people with hypertension in the Lenjan health center. After sampling by randomized clustering, the subjects were assigned to experimental and control groups. The family-centered empowerment model was used in the experimental group while the control group had one educational class. The research tools were demographic check list and dimension of self-efficacy of empowerment questionnaire. Post-test was carried out 1 week after the intervention and was followed up after 1.5 months. The obtained data were analyzed by means of SPSS20 Software and Dedicational Statistical Tests, Mann-Whitney, Chi-Square, T-Test, and ANOVAS.**Results** Before the intervention, both groups were matched with respect to the means of self-efficacy dimension score ($P>0.05$); but 1 week and 1.5 months after the intervention, significant differences were observed in experimental group ($P<0.05$).**Conclusion** In this study, the family-centered empowerment model showed an effect on the self-efficacy of elderly people with hypertension.**Key words:**Empowerment,
Family-centered,
Self-efficacy, Elderly,
Hypertension**Extended Abstract****1. Objective****A**

ging population is a phenomenon that has been observed since the twentieth century [1]. This age group mainly suffers from non-communicable diseases, including high blood pressure, and,

hence, is considered as one of the main consumers of health services [2]. It has been reported that the promotion of self-efficacy is effective in preventing, reducing, and controlling diseases [5]. Health promotion indicates that the family role is central in the process of preventing and treating diseases [11]. Methods to help individuals and their families to have an active role in their health care must emphasize on empowering them [14]. Family-centered empowerment model

*** Corresponding Author:****Batool Hedayati, MSc.****Address:** Department of Community Health, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.**Tel:** +98 (913) 1371558**E-mail:** parastaran2011@yahoo.com

is designed to improve the effectiveness of the role of the individual and family members and is aimed at empowering the patients in their illness [16]. The current study has been conducted with the aim of determining the effect of family-centered empowerment model on the self-efficacy of hypertensive elderly individuals.

2. Methods and Materials

This randomized clinical trial study was conducted with two-group and three-stage designs and with pre-test and post-test on 62 hypertensive elderly people. After receiving the letter of introduction from the Vice-Chancellor for Research of Isfahan Nursing and Midwifery Faculty and written permission (with the code of 392189), the researcher referred to the Langan Healthcare Network. Using cluster sampling, the samples were divided into two groups of experimental and control. The inclusion criteria were 60 years and older, having a high blood pressure of above 140/90 as approved and registered by the doctor of a health center, having a health record at the center, willingness to participate in the research, completion of Empowerment Dimension Inventory, and obtaining a score of a medium or weak in the scale.

Exclusion criteria included the unwillingness of the elderly to continue cooperation in the empowerment plan, unwillingness to complete the research tools, and not attending meetings more than once. For the experimental group, the family-centered empowerment model was based on the pattern of steps. The first step was the increase in threat understanding through group discussions. The second step was self-efficacy through group discussion and practical presentation. The third step was promoting self-esteem through the transfer of learned material by the elderly to a family member. The fourth step was evaluation involving process evaluation and the final evaluation. Empow-

erment was performed in the form of questions and answers during the intervention sessions and as group discussions in the final stage. Common care and a training session were conducted for the control group. Research instruments were Demographic Information Checklist, the Empowerment Questionnaire, and Measurement of Self-efficacy Dimension. The post-test evaluation was conducted a week later, and it was followed-up a month and a half later. Independent t-test, analysis of variance, and SPSS20 software were used for data analysis.

3. Results

The results of this study showed that there was no significant difference between the two groups in the mean scores of self-efficacy feeling before the intervention ($P < 0.05$). This was expected due to the random allocation of samples and no interventions. But within a week and a month and a half after the intervention, there was a significant difference between the two groups ($P < 0.001$), and the elderly self-esteem increased (Table 1). This may be because promoting knowledge and awareness on high blood pressure and the benefits of its treatment increases self-efficacy. According to the description, signs and serious side effects of this disease that cannot be treated, providing practical solutions and creating self-belief and empowerment by using this pattern, had led to a significant increase in self-efficacy and hope in the elderly [6]. Empowerment programs, which include physical, family-centered and community-based activities, will significantly help the elderly to be self-efficacious and empowered [7]. Therefore, the importance of family-centered empowerment model in old age is prioritized because old age is a stage in people's lives that makes them exposed to chronic diseases including high blood pressure [6].

Table 1. Comparison of the mean score of elderly empowerment in feeling of self-efficacy in two groups of experimental and control at different times

Time	Independent T-Test	
	t	P
Before intervention	1.1	0.275
One week after intervention	12.63	<0.001
A month and half after intervention	12.6	<0.001
Analysis of variance with repeated observation	F	111.15
	P	<0.001

The elderly use their own skills and resources to enhance their self-efficacy experience. In this study, it seems that with empowerment intervention and increasing the awareness and mastery of the elderly on some skills such as stress control skills, the skill of measuring blood pressure, self-efficacy has been improved in them [8]. By paying attention to the nature of aging and high blood pressure, the family members and health personnel can improve their self-efficacy. Many of their problems can be prevented if the elderly are well-informed about proper nutrition, exercise, sleep, relaxation, and proper use of medications. Moreover, these problems can be controlled effectively, and measures can be taken to improve the life quality of the elderly [9].

4. Conclusion

Based on the results of this study and the importance of self-efficacy in improving the health of the elderly, it is recommended that workshops focusing on the family-centric empowerment model be held by health authorities so as to improve the self-efficacy of the elderly. Empowerment leads to control of the individual's environment, self-efficacy, and self-esteem. Intrapersonal structures as a set of people's beliefs, feeling of the care provider, and interacting with family lead to self-control, self-efficacy, and self-sufficiency. This is the first study on the use of family-centered empowerment model in the hypertensive elderly. In fact, limited study time and working with elderly people were the limitations of this study.

Acknowledgments

This research was extracted from the MSc. thesis of the author in the Department of Community Health, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Iran.

Conflict of Interest

The authors declared no conflicts of interest.

تأثیر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر خودکارآمدی سالمندان با فشار خون بالا

بتول هدایتی^۱

۱- گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۶ مرداد ۱۳۹۶

تاریخ پذیرش: ۲۷ آبان ۱۳۹۶

اهداف: بیماری‌های غیرواگیردار از علل مهم و عمده مرگ‌ومیر در سالمندان هستند. فشار خون بالا شایع‌ترین بیماری قلبی عروقی است که سالمندان با آن مواجه می‌شوند. یکی از مدل‌های ارتقای بهداشتی، الگوی توانمندسازی خانواده‌محور است. هدف از این مطالعه، تعیین تأثیر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور (FCEM) بر میزان خودکارآمدی سالمندان با فشار خون بالا تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان لنجان در سال ۱۳۹۳ بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش کارآزمایی بالینی روی ۶۲ سالمندان مبتلا به فشار خون بالا در سال ۱۳۹۳ انجام شد. پس از نمونه‌گیری خوشه‌ای، نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. برای گروه آزمون، الگوی توانمندسازی خانواده‌محور و برای گروه کنترل مراقبت رایج و یک جلسه آموزشی اجرا شد. ابزارهای پژوهش چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه توانمندسازی سنجش بعد خودکارآمدی بودند. پس از آزمون یک هفته بعد انجام و یک‌ماه‌ونیم بعد پیگیری شد. از آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس و نرم‌افزار SPSS 20 برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره بعد خودکارآمدی، قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل همسان بود ($P > 0/05$)، اما یک هفته بعد از مداخله و یک‌ماه‌ونیم بعد از مداخله تفاوت معناداری در گروه آزمون پیدا شد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: در مطالعه حاضر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور باعث ارتقای خودکارآمدی سالمندان مبتلا به فشار خون بالا شده است.

کلیدواژه‌ها:

توانمندسازی، خانواده‌محور، خودکارآمدی، سالمند، فشار خون بالا

مقدمه

مصرف‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی هستند. این گروه سنی ۲۹ درصد از هزینه مراقبت‌های پزشکی را مصرف می‌کنند؛ در حالی که این قشر فقط ۱۲ درصد از جمعیت را تشکیل می‌دهند [۱].

بیماری‌های غیرواگیردار یکی از معضلات اصلی این گروه سنی و یکی از علل مهم مرگ‌ومیر در سالمندان است. از بین این بیماری‌ها، فشار خون بالا یکی از علل قابل درمان اما مهم مرگ‌ومیر در افراد سالمند است. علاوه بر این، فشار خون بالا عاملی خطرناک اما قابل اصلاح برای بیماری‌های قلبی عروقی است [۵] که در دوران کهن‌سالی شیوع فراوان دارد. تعداد بیماران سالمند مبتلا به افزایش فشار خون در سال‌های اخیر به دلایل مختلف، افزایش چشمگیری یافته است. با تشخیص به‌هنگام و هدف‌گذاری در درمان و کنترل صحیح این عارضه در جمعیت سالمند، می‌توان بر ابعاد مختلف زندگی سالمند از جمله عزت نفس، خودکنترلی و خودکارآمدی تأثیر گذاشت [۶].

ارتقای خودکارآمدی در پیشگیری، کاهش و کنترل بیماری‌های

افزایش چشمگیر جمعیت سالمندی در سراسر دنیا پدیده‌ای است که از قرن بیستم آغاز شده است [۱]. بر اساس گزارش سازمان ملل، در سال ۱۹۵۰ جمعیت سالمندان در سراسر جهان تقریباً ۲۰۰ میلیون نفر بوده و در سال ۱۹۷۵، این جمعیت به ۳۵۰ میلیون نفر رسیده است. در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر برآورد کرده‌اند. تخمین زده می‌شود این رقم تا سال ۲۰۲۵ از مرز یک میلیارد و یکصد میلیون نفر تجاوز کند [۲]. همچنین برآورد شده است این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم دو میلیارد نفر خواهد رسید [۳].

در ایران نیز پیش‌بینی می‌شود سالمندان تا سال ۲۰۳۰، حدود ۱۹ درصد از جمعیت کل کشور را به خود اختصاص دهند [۲]. در سال ۲۰۵۰ نسبت آن‌ها به کل جمعیت حدود ۲۳ درصد خواهد بود [۴].

سالمندان به علت مشکلات فراوان سلامتی، بیشترین

* نویسنده مسئول:

بتول هدایتی

نشانی: اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی.

تلفن: ۱۳۷۱۵۵۸ (۹۱۳) ۹۸+

پست الکترونیکی: parastaran2011@yahoo.com

خانه فراهم کنند [۱۳]. شیوه‌های کمک به افراد و خانواده‌ها برای کسب نقش فعال در مراقبت بهداشتی‌شان باید بیشتر از کمک‌دادن، بر توانمندسازی تأکید کند [۱۴]. توانمندسازی، ارتقای تلاش‌های آگاهانه مراقبت از خود افراد، خانواده و جوامع در راستای مسئولیت‌گرفتن در ارتقای بهداشت و حفظ سلامت است [۱۱]. منظور از توانمندسازی خانواده کمک به خانواده است، به نحوی که بتواند به تغییر برسد [۱۵].

الگوی توانمندسازی خانواده‌محور الگویی بومی است که با تأکید بر مؤثر بودن نقش فرد و اعضای خانواده در سه بعد انگیزشی، روان‌شناختی و ویژگی‌های خودمشکل طراحی شده است. هدف اصلی الگوی توانمندسازی خانواده‌محور، توانمندکردن بیمار و سیستم خانواده و اعضای آن برای ارتقای سطح سلامت است [۱۶]. در همین خصوص مسعودی، سلیمانی و هاشمی‌نیا در مطالعه‌ای مداخله‌ای با عنوان «تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر کیفیت زندگی سالمندان» اذعان کرده‌اند که نداشتن دانش و مهارت کافی باعث کاهش انگیزه برای اتخاذ روش‌های پیشگیری و در نتیجه ایجاد چرخه معیوبی می‌شود که نتیجه نهایی آن پیشگیری مناسب نکردن است. لازمه نداشتن تمرکز در زندگی خانوادگی، دسترسی کافی به اطلاعات و منابع حمایتی است [۱۷]. تارنبول^۲ و همکاران در مطالعه خود با عنوان «سیر تکامل مشارکت خانواده‌پرسنل بر اساس مدل توانمندسازی جمعی» بیان کردند توانمندسازی جمعی به خشنودی افراد شرکت‌کننده منتج شده است؛ زیرا افراد به احساس توانایی در برآوردن نیازها و افزایش خودکارآمدی و ارضای نفس دست یافته‌اند [۱۸].

با توجه به مراجعات مکرر سالمندان مبتلا به فشار خون بحرانی به اورژانس‌ها و بستری‌های مکرر در مراکز درمانی که مبین ناکافی بودن آموزش‌های ارائه‌شده در حد مطلوب است، عوارضی که این بیماری در صورت کنترل‌نشدن بر بدن می‌گذارد و هزینه‌هایی که درمان آن‌ها به دنبال دارد و همچنین با توجه به اینکه در کشورمان ۹۲ درصد سالمندان را خانواده‌ها نگهداری می‌کنند و اعضای خانواده بهترین منبع حمایتی سالمند هستند [۱۹] و در سالمند مبتلا به فشار خون بالا پژوهش‌چندانی گزارش نشده است، تاکنون این الگو برای بیماران مبتلا به فشار خون بالا به ویژه سالمندان انجام نشده است. با توجه به اهمیت نقش خودکارآمدی در کنترل و حفظ فشار خون، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر میزان فشار خون و ابعاد توانمندی در سالمندان با فشار خون بالا برای ارائه راهکار و برنامه‌های مراقبت بهداشتی و توانمندکردن آن‌ها در کنترل و حفظ فشار خون سالمندان در تعامل با خانواده و سیستم بهداشتی انجام شده است.

روحي‌رواني مؤثر است؛ در نتیجه با سلامت روان افراد ارتباط مستقیم دارد و افراد را به سوی ارتقای نفس و توجه و مراقبت از خود سوق می‌دهد [۷]. در خصوص خودکارآمدی، باندورا^۱ مطرح معتقد است خودکارآمدی، توان سازنده‌ای است که با کمک آن مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف به گونه‌ای اثربخش سامان‌دهی می‌شود. به نظر او داشتن دانش، مهارت‌ها و دستاوردهای قبلی افراد پیش‌بینی‌کننده‌های مناسبی برای عملکرد آینده افراد نیستند، بلکه باور انسان درباره توانایی‌های خود در انجام آن‌ها بر چگونگی عملکردش مؤثر است [۸].

عقاید مرتبط با خودکارآمدی، بر اهداف و آرزوها اثر می‌گذارند و تشکیل‌دهنده پیامدهای رفتار انسان هستند. خودکارآمدی مشخص می‌کند افراد چگونه موانع را بررسی می‌کنند؛ افرادی که خودکارآمدی کمی دارند، به آسانی در روبه‌رو شدن با مشکلات متقاعد می‌شوند رفتارشان بی‌فایده است و سریع دست از تلاش برمی‌دارند، اما افرادی که خودکارآمدی زیادی دارند، موانع را به کمک بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و پشتکار برمی‌دارند و در برابر مشکلات ایستادگی می‌کنند [۷].

ویکم‌ن در تعریف باورهای خودکارآمدی بیان می‌کند اعتقاد به ظرفیت‌های خود فرد، به مفهوم توانایی در دست گرفتن کنترل زندگی است که در دستیابی به تندرستی بسیار اهمیت دارد. او مفاهیمی مانند عزت نفس، احساس هویت، خودکنترلی، خودکارآمدی و سلامت روحی را در دستیابی افراد به مفهوم مثبتی از خود بسیار مهم می‌داند [۹]. افراد با باورهای خودکارآمدی ضعیف، به جای برخورد با موانع از آن‌ها اجتناب می‌کنند و به صورت غیرواقعی بینانه‌ای معیارهای بالایی برای خود بر می‌گزینند و سعی می‌کنند بر خلاف توانایی‌های خود انتظارات فوق‌العاده‌ای را برآورده کنند؛ در نتیجه با شکست‌های پیاپی مواجه می‌شوند که این شکست‌ها به احساس بی‌ارزشی و افسردگی منجر می‌شوند [۱۰]. این مسئله در سالمندان، به ویژه سالمندان مبتلا به فشار خون بالا، اهمیت بسیار زیادی دارد؛ زیرا افراد سالمند بر این عقیده‌اند که برای نگرانی درباره تغذیه، ورزش، غربالگری سلامتی و ایمن‌سازی، خیلی پیر شده‌اند.

ارتقای بهداشت حاکمی از آن است که در فرایندهای پیشگیری و درمان بیماری‌ها نقش خانواده، محوری است [۱۱]. خانواده که اساسی‌ترین رکن جامعه است، مسئول ارائه مراقبت‌های صحیح و مناسب بهداشتی به بیمار و اطرافیان اوست. در جریان مراقبت از بیمار، خانواده او نیازمند درک صحیح از بیماری هستند [۱۲]؛ این در حالی است که در کمتر مطالعه‌ای به نقش ارزنده پرستاران و خانواده بیماران در مراقبت پرداخته شده است. پرستاران می‌توانند دانش، مهارت و حمایت لازم را برای حفظ کیفیت مراقبت در

2. Turnbull

1. Bandura

روش مطالعه

این مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده، به صورت دوگروهی و سه مرحله‌ای و طرح آزمون قبل و بعد روی ۶۲ سالمند بیشتر از ۶۰ سال در شهرستان لنجان اصفهان در سال ۱۳۹۳ انجام شد. با استفاده از فرمول پوکاک و نتایج حاصل از مطالعه پایلوت [۲۱، ۲۰، ۱۳]، تعداد نمونه لازم ۲۵ سالمند برای گروه آزمون و ۲۵ سالمند برای گروه کنترل در نظر گرفته شد که با احتساب ۲۰ درصد ریزش، نهایتاً ۳۱ نفر به روش خوشه‌ای از بین چهار منطقه شهرستان لنجان و ۴ مرکز انتخاب (از هر منطقه یک مرکز) برای هر گروه برآورد شد.

ابزار گردآوری داده‌ها مشتمل بر چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه توانمندسازی سنجش بعد خودکارآمدی بودند. پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته توانمندسازی سنجش بعد خودکارآمدی مربوط به سالمند مبتلا به فشار خون بالا و عضو فعال خانواده سالمند بر اساس مطالعات مشابه [۲۱] ۲۷ سؤال بسته با مقیاس بله با نمره ۱ و خیر و نمی‌دانم با نمره صفر و مشتمل بر ۱۰ سؤال در بعد احساس خودکارآمدی، ۱۲ سؤال در بعد خودکارآمدی بیمار به صورت خود گزارش‌دهی و پنج سؤال در بعد مشاهده پژوهشگر در بعد خودکارآمدی بود. طراحی و رتبه‌دهی آن به دست پژوهشگر و با راهنمایی استادان، حداقل صفر و حداکثر ۲۷ امتیاز بود. برای اعتماد و اعتبار علمی ابزارها از مطالعه کتب، مقالات جدید، تحقیقات متفاوت، تجربه و نظرات ده نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشکده پرستاری استفاده شد. پایایی آن با آزمون آزمون مجدد در بعد احساس خودکارآمدی ($r=0/890$)، بعد خودکارآمدی بیمار به صورت خود گزارش‌دهی ($r=0/756$)، بعد مشاهده پژوهشگر در بعد خودکارآمدی ($r=0/730$) و همچنین با آلفای کرونباخ $0/753$ تایید شد.

پژوهشگر در مرحله قبل از مداخله، پس از دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان و دریافت اجازه‌نامه کتبی با کد مصوب ۳۹۲۱۸۹، به شبکه بهداشت و درمان لنجان مراجعه کرد و به روش خوشه‌ای از بین چهار منطقه شهرستان لنجان، چهار مرکز (از هر منطقه یک مرکز) انتخاب کرد. سپس فهرست تمامی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون (مورد تأیید و تشخیص پزشک مراکز تحت مطالعه در پرونده) را استخراج کرد و برای اطمینان از توانمند نبودن سالمندان، پرسش‌نامه توانمندسازی برای آنان را کامل کرد. پس از تجزیه و تحلیل نتایج، ۶۲ سالمند با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تخصیص داده شدند.

شرایط ورود به مطالعه سالمندان عبارت بودند از: سن ۶۰ سال و بیشتر، داشتن بیماری فشارخون بالا $140/90$ و بیشتر به

تأیید و ثبت پزشک مرکز بهداشتی‌درمانی در پرونده بهداشتی آنها، داشتن پرونده بهداشتی در مرکز، تمایل بیمار به شرکت در پژوهش، تکمیل پرسش‌نامه سنجش ابعاد توانمندسازی و کسب نمره در مقیاس متوسط تا ضعیف. معیارهای خروج از مطالعه سالمند شامل تمایل نداشتن سالمند به ادامه همکاری در برنامه توانمندسازی، تمایل نداشتن به تکمیل ابزارهای پژوهش، شرکت نکردن در جلسات بیش از یک جلسه. شرایط ورود به مطالعه عضو فعال خانواده شامل یک نفر عضو ثابت شرکت‌کننده در پژوهش شامل همسر، فرزند و نوه بود که به همراه سالمند در یک خانواده زندگی می‌کند، داشتن توان و قدرت تصمیم‌گیری، به طوری که سلامت عقل و جسم داشته باشد و سرنوشت سلامتی سالمند برایش مهم باشد، تمایل به شرکت در مطالعه، تکمیل پرسش‌نامه سنجش ابعاد توانمندسازی و کسب نمره در مقیاس متوسط تا ضعیف. از شرایط خروج عضو فعال می‌توان به این موارد اشاره کرد: تمایل نداشتن به شرکت و ادامه همکاری در هر مرحله از اجرای الگو، تمایل نداشتن به تکمیل ابزارهای پژوهش.

پس از اتمام نمونه‌گیری، سالمندان مدنظر در مرکز بهداشتی‌درمانی مربوطه خود دعوت شدند. اهداف، اهمیت مسئله و چگونگی انجام تحقیق برایشان توضیح داده شد و فرم رضایت‌نامه کتبی آگاهانه تکمیل شد. مرحله دوم شامل مداخله توانمندسازی بود که فقط برای سالمند و عضو فعال خانواده‌اش در گروه آزمون انجام شد. الگوی توانمندسازی خانواده‌محور نیز بر اساس گام‌های الگو شامل درک تهدید، خودکارآمدی، خودباوری و ارزشیابی به ترتیب اجرا شد.

گام اول: درک تهدید

اولین مرحله در الگوی توانمندسازی خانواده‌محور افزایش تهدید درک‌شده (شدت و حساسیت درک‌شده) سالمند از طریق جلسات بحث گروهی برای افزایش دانش، نگرش و آگاهی بود. بدین منظور، سالمندان در مراکز مربوط به خود در گروه ۷-۸ نفره قرار گرفتند و جلسات در قالب سه جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برگزار شد. زمان و تعداد جلسات گام‌ها، بر اساس مطالعات مشابه بود. عناوین جلسات شامل مباحث ۱. فیزیولوژی، ماهیت، علائم، ۲. عوامل خطر، طبقه‌بندی بیماری، ۳. عوارض، عودهای حاد و پیش‌آگهی، ۴. درمان دارویی و غیردارویی، ۵. سبک زندگی بود [۲۱، ۲۰، ۱۱].

گام دوم: خودکارآمدی

برای ارتقای سطح خودکارآمدی، از روش بحث گروهی و نمایش عملی در گروه‌های ۷-۸ نفره سالمندان در مراکز مربوط به خود در قالب چهار جلسه ۴۵ دقیقه‌ای استفاده شد. مهارت‌های مورد نیاز شامل مهارت‌های تغییر سبک زندگی (تغذیه، فعالیت ورزشی، سیگار و مهارت‌های مقابله با استرس)، مهارت نحوه

۴۵ دقیقه‌ای دیگر و با تکمیل پرسش‌نامه سنجش ابعاد توانمندسازی و اندازه‌گیری فشار خون، سالمندان پیگیری شدند^۳ (ارزشیابی نهایی).

پس از پایان گام سوم (البته این از محدودیت‌های مطالعه حاضر است و نمی‌توان گفت از ارتباط دو گروه جلوگیری شده است)، برای رعایت مسائل اخلاقی در گروه کنترل، سالمندان گروه کنترل و عضو فعال خانواده‌شان در مراکز درمانی مربوط به خود دعوت شدند و تمام مطالب آموزش داده شده برای سالمندان و خانواده‌اش در گروه آزمون، در قالب یک جلسه آموزشی به همراه پمفلت ارائه شد. سپس یک‌ماه‌ونیم بعد پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون پیگیری و تکمیل شد. همچنین برای تجزیه و تحلیل از نرم‌افزار SPSS 20 استفاده شد. برای تعیین و مقایسه نمره سنجش ابعاد توانمندسازی مربوط به سالمندان بین دو گروه قبل از مداخله از آزمون تی مستقل و برای مقایسه بین دو گروه، یک هفته بعد و یک‌ماه‌ونیم بعد از مداخله از آزمون‌های تی مستقل و آنالیز کوواریانس Anova و برای مقایسه آن در درون هر یک از گروه‌های آزمون و کنترل قبل، یک هفته بعد و یک‌ماه‌ونیم بعد از مداخله آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری^۴ استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج این پژوهش نشان داد در گروه‌های سالمندان و عضو فعال خانواده بین گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری در متغیرهای جمعیت‌شناختی وجود ندارد و دو گروه از این نظر همسان‌سازی شده‌اند. متغیرهای جمعیت‌شناختی مربوط به سالمندان و عضو فعال خانواده در **جدول شماره ۱** آورده شده است. نتایج این پژوهش نشان داد در گروه‌های سالمندان و عضو فعال خانواده بین گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری در متغیرهای جمعیت‌شناختی وجود ندارد و دو گروه از این نظر همسان‌سازی شده‌اند. البته با توجه به تخصیص تصادفی نمونه‌ها در دو گروه آزمون و کنترل، چنین نتیجه‌ای مورد انتظار بود. در واقع معنادار نشدن آن‌ها تخصیص تصادفی نمونه‌ها را در دو گروه تأیید می‌کند.

بحث

در مطالعه حاضر تأثیر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر میزان فشار خون و ابعاد توانمندی، در ۶۲ سالمند مبتلا به فشار خون بالا تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان لنجان بررسی شد. در **جدول شماره ۲** آزمون t مستقل نشان داد قبل از مداخله، میانگین نمره توانمندی بعد خودکارآمدی بین دو گروه سالمندان اختلاف معنادار نداشت ($P > 0/05$)، اما یک هفته بعد از مداخله ($P < 0/001$) و همچنین یک‌ماه‌ونیم بعد از مداخله

کارکردن با دستگاه فشارخون‌سنج و مهارت تنظیم برنامه دارویی برای سالمندان بود که پس از توضیح مهارت و بسته به مورد به صورت عملی نشان داده شد. سالمندان در فعالیت‌های آموزشی فعالانه شرکت کردند و با در اختیار قراردادن تجربیات خود با سالمندان دیگر، مسئولیت یادگیری را به عهده گرفتند.

گام سوم: خودباوری

در این مرحله از سالمند خواسته شد که در آموزش به عضو خانواده خود در مسائل مرتبط با فشار خون بالا مشارکت کند و آن‌ها را در کمک به خود ترغیب کند. به این صورت که مطالب بحث‌شده در جلسات قبلی را که بر اساس مشارکت آموزشی با کارت‌های آموزشی، پمفلت و آنچه از طریق بحث گروهی، مشاهده کرده و با کار عملی طی جلسات خود کارآمدی آموخته بود، به عضو فعال خانواده خود انتقال دهد. سپس به منظور سنجش میزان یادگیری عضو خانواده از مطالبی که سالمند ارائه کرده بود، سه جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در مراکز مربوطه با حضور پژوهشگر، سالمندان و عضو فعال خانواده‌اش برگزار شد و پژوهشگر از مطالبی که سالمندان به عضو فعال خانواده‌شان آموزش داده بودند یا از طریق کارت و پمفلت یاد گرفته بودند، بازخورد دریافت کرد.

گام چهارم: ارزشیابی

گام چهارم شامل ارزشیابی فرایند و ارزشیابی نهایی بود:

ارزشیابی فرایند

طی جلسات مداخله توانمندی به صورت پرسش و پاسخ و بحث گروهی، درباره مفهوم بیماری فشار خون بالا، فیزیولوژی، علائم و ماهیت بیماری فشار خون بالا، عوامل خطر، طبقه‌بندی بیماری، عوارض، عودهای حاد و پیش‌آگهی فشار خون بالا، درمان دارویی و غیردارویی فشار خون بالا و سبک زندگی بیمار مبتلا به فشار خون بالا، سؤالات و ابهامات مطرح شد. سالمندان و عضو فعال آنان در پرسش و پاسخ و بحث گروهی حضور فعال داشتند و تا رفع ابهام جلسه ادامه داشت.

بعد از طی کردن گام‌های الگو، پژوهشگر برای اطمینان حاصل کردن از توانمندشدن سالمندان و عضو فعال خانواده‌اش، یک هفته بعد از مداخله، با مصاحبه با سالمند و عضو فعال خانواده و تکمیل پرسش‌نامه سنجش ابعاد توانمندسازی خانواده‌محور در قالب یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، پس‌آزمون را انجام داد. سپس به سالمند و عضو فعال خانواده برای به‌کارگیری الگوی توانمندسازی خانواده‌محور فرصت داده شد.

ارزشیابی نهایی (مرحله بعد از مداخله)

سرانجام یک‌ماه‌ونیم بعد از مداخله و در قالب یک جلسه

3. Follow up

4. Repeated measure anova

جدول ۱. تعیین و مقایسه توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک سالمند

متغیر	P	
	عضو فعال خانواده	سالمند
سن	۰/۰۸۶	۰/۹۳۸
وزن	۰/۳۷۵	۰/۹۳۳
قد	۰/۱۴۶	۰/۱۳۹
BMI	۰/۱۸۸	۰/۳۷۸
سطح تحصیلات	۰/۱۴۸	۰/۳۵۶
منبع درآمد	۰/۰۶۶	۰/۳۴۶
جنس	۰/۶۱	۰/۷۷۶
شغل	۰/۲۸۱	۰/۱۸۶
سال‌های ابتلا	—	۰/۱۵۵
سابقه بیماری‌های دیگر	—	۰/۱۳۴
سابقه دارودرمانی	—	۰/۳۴۶
نسبت خانوادگی با سالمند	۰/۱۷۶	—
تعداد اعضای خانواده	۰/۱۲۵	—
مرحله تکاملی خانواده	۰/۹۴	—

سالمند

میانگین بعد خودکارآمدی بین دو گروه عضو فعال خانواده اختلاف معنادار نداشت ($P > 0.05$)، اما یک هفته بعد از مداخله و همچنین یک‌ماه‌ونیم بعد از مداخله، میانگین بعد خودکارآمدی در گروه آزمون به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0.001$). آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری نشان داد در گروه کنترل، میانگین در سه زمان اختلاف معنادار نداشت ($P > 0.05$)، اما در گروه آزمون میانگین بعد خودکارآمدی در سه

میانگین نمره توانمندی بعد خودکارآمدی در گروه آزمون به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری نشان داد در گروه کنترل میانگین نمره توانمندی بعد خودکارآمدی در سه زمان اختلاف معنادار نداشت ($P > 0.05$). اما در گروه آزمون میانگین نمره توانمندی بعد خودکارآمدی در سه زمان اختلاف معنادار داشت ($P < 0.001$).

در جدول شماره ۳ آزمون t مستقل نشان داد قبل از مداخله،

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره توانمندی سالمندان در بعد احساس خودکارآمدی در دو گروه آزمون و کنترل در زمان‌های مختلف

آزمون t مستقل		زمان
P	t	
۰/۳۷۵	۱/۱	قبل از مداخله
< ۰/۰۰۱	۱۲/۶۳	یک هفته بعد از مداخله
< ۰/۰۰۱	۱۲/۶	یک ماه و نیم بعد از مداخله
۱/۱۲	۱۱۱/۱۵	F
۰/۳۴۱	< ۰/۰۰۱	P

سالمند

جدول ۳. میانگین نمره توانمندی عضو فعال خانواده در بعد احساس خودکارآمدی در دو گروه آزمون و کنترل در زمان‌های مختلف

آزمون t مستقل		زمان
P	t	
۷/۵	۰/۶۶	قبل از مداخله
<۰/۰۰۱	۱۲/۸۲	یک هفته بعد از مداخله
<۰/۰۰۱	۱۰/۳	یک ماه و نیم بعد از مداخله
۰/۰۵۴	۶۰/۰۴۳	F
۰/۹۵	<۰/۰۰۱	P

آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری

سالمند

در پژوهش حاضر نیز به نظر می‌رسد با مداخله توانمندسازی و افزایش آگاهی و تسلط سالمندان بر برخی مهارت‌ها مثل مهارت کنترل استرس، مهارت اندازه‌گیری فشار خون و غیره، احساس خودکارآمدی در آنان ارتقا یافته است [۲۴]. حجازی و همکاران نیز در مطالعه خود اذعان کردند مداخله آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت بر میزان خودکارآمدی سالمندان تأثیر دارد [۲۵]. در همین راستا حیدری در مطالعه خود نشان داد اگر سالمندان درباره شیوه‌های صحیح تغذیه، ورزش، خواب و استراحت و مصرف صحیح داروها اطلاعات درستی داشته باشند، خودکارآمدی آنان ارتقا پیدا می‌کند. در نتیجه می‌توان از بسیاری از مشکلات آنان پیشگیری کرد یا در صورت ایجاد، به نحو مطلوبی آن‌ها را کنترل کرد و در راستای ارتقای کیفیت زندگی آنان گام برداشت [۲۶].

مسعودی نیز به نقل از پوتر و پری^۸ می‌نویسد اجرای مراقبت خانواده‌محور باعث ایجاد احساسات مثبت در کارکنان مراقبت بهداشتی می‌شود. همان‌طور که طی این تدابیر درک، فهم و مشارکت خانواده‌ها در مراقبت از سالمندان بهبود داده می‌شود، از اضطراب خانواده‌ها نیز کاسته می‌شود [۱۳] که در مطالعه حاضر نیز مشهود است. با توجه به تشریح این بیماری و علائم و عوارض وخیم درمان‌نشده آن، ارائه راهکارهای عملی و ایجاد خودباوری و توانمند بودن با به کارگیری این الگو بوده است. بنابراین اهمیت الگوی توانمندسازی خانواده‌محور در سالمندی در اولویت قرار می‌گیرد، زیرا سالمندی مرحله‌ای از زندگی افراد است که آنان را در معرض بیماری‌های مزمن از جمله فشار خون بالا قرار می‌دهد. با توجه به ماهیت پیری و بیماری فشار خون بالا که سالمند، خانواده او و کارکنان بهداشتی را متأثر می‌کند و با توجه به افزایش شیوع فشار خون بالا که تحقیقات مختلف آن را به اثبات رسانده‌اند [۲]، پیشنهاد می‌شود این الگو به عنوان راهکاری برای ارتقای سلامتی در بیماری فشار خون بالا در سالمندان و در مراکز بهداشتی‌درمانی به کار گرفته شود.

زمان اختلاف معنادار داشت ($P < 0/001$).

نتایج این پژوهش نشان داد که در بین دو گروه آزمون و کنترل متعلق به هریک از دو گروه سالمندان و عضو فعال خانواده قبل از مداخله تفاوت معناداری در میانگین نمره بعد احساس خودکارآمدی وجود نداشت ($P > 0/05$) که با توجه به استفاده از تخصیص تصادفی نمونه‌ها و مداخله‌نکردن قابل انتظار بود، اما در فاصله زمانی یک هفته بعد از مداخله و یک ماه و نیم بعد از مداخله تفاوت معناداری بین دو گروه آزمون و کنترل در سالمندان و عضو فعال خانواده پیدا شد ($P < 0/001$) و خودکارآمدی سالمند افزایش پیدا کرد. ارتقای دانش و آگاهی در فشار خون بالا و مزایای درمان آن، خودکارآمدی افراد را ارتقا می‌دهد.

مطالعه رسنیک^۵ و همکاران مؤید پژوهش حاضر است. آنان در مطالعه خود بعد از طراحی و اجرای برنامه مداخله توانمندی ۱۲ هفته‌ای در سالمندان نشان دادند میزان خودکارآمدی و امیدواری در آنان به طور معناداری افزایش یافته است. آنان بیان کردند برنامه‌های توانمندی که دربرگیرنده فعالیت‌های جسمی، خانواده‌محور و جامعه‌محور باشد، به طور معناداری به خودکارآمدی و توانمندی سالمند کمک خواهد کرد [۲۲]. همسو با مطالعه حاضر، به عقیده وایجرز^۶ و همکاران نیز آگاهی درباره الگوهای ناسالم بهداشتی در وضعیت سلامت سالمندان مهم است و موجب افزایش خودکارآمدی سالمند می‌شود. نتایج پژوهش انجام‌شده در این زمینه نشان داد خطر مرگ‌ومیر در زنان سالمندی که با آگاهی از الگوی غذایی بهداشتی تبعیت می‌کردند، ۳۰ درصد کمتر بوده است [۲۳].

در تأیید مطالعه حاضر، در مطالعه اندرسون^۷ نیز عنوان شده است که استفاده سالمندان از مهارت‌ها و منابع خودشان تجربه خودکارآمدشدن را در آنان تقویت می‌کند و تحکم می‌بخشد.

5. Resenick
6. Waijers
7. Anderson

8. Potter & Perry

مطالعه حاضر نخستین مطالعه در به‌کارگیری الگوی توانمندسازی خانواده‌محور در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون است. از جمله محدودیت‌های زمان بر این مطالعه عبارت است از: محدودبودن زمان انجام مطالعه در حالی که این الگو به غیر از زمان مداخله که در مطالعات مختلف بین یک تا سه ماه را اشاره کرده‌اند که به زمان انجام پژوهشی دانشجویی محدود شد، داشتن هم‌زمان دو گروه سالمند و عضو فعال تحت مطالعه و هر کدام در دو گروه آزمون و کنترل به طور مجزا، تعدد مراکز تحت مطالعه و کارکردن با افراد سالمندی که از نظر آنان برای رسیدگی به وضعیت سلامت دیر شده است. مسلماً انجام مداخله در محدوده زمانی بیشتر، داشتن گروه پژوهشی مجرب و متخصص در حوزه سالمندی برای نتیجه‌گیری بهتر، مؤثر خواهد بود.

نتیجه‌گیری نهایی

با توجه به نتایج پژوهش حاضر و اهمیت خودکارآمدی در ارتقای سلامت سالمندان پیشنهاد می‌شود مسئولان بهداشت، برای مثال معاونت بهداشتی، در مراکز بهداشتی و درمانی شبکه‌های بهداشت و درمان به برگزاری کارگاه‌های آموزشی با محوریت الگوی توانمندسازی خانواده‌محور در خصوص ارتقای خودکارآمدی سالمندان اقدام کنند. بنابراین توانمندسازی به اعمال کنترل بر محیط فرد، خودکارآمدی و عزت نفس منجر می‌شود. سازه‌های درون‌فردی به عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات افراد، احساس ارائه‌دهنده مراقبت و تعامل و تشریک مساعی با خانواده سبب خودکنترلی، خودکارآمدی و خودکفایتی می‌شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری با کد مصوب ۳۲۲۱۸۹ از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است. از معاونت محترم پژوهشی، اعضای محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، مسئولان محترم شبکه بهداشت و درمان لنجان و تمامی عزیزانی که در اجرای این مطالعه همکاری کردند، به ویژه از سالمندان عزیز و خانواده محترم ایشان که نتایج حاصل از این مطالعه مرهون همکاری صمیمانه ایشان است، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- [1] Hojjati H, Koochaki G, Sanagoo A. [The relationship between loneliness and life satisfaction of the elderly in Gorgan and Gonbad cities (Persian)]. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2012; 9(1):61-68.
- [2] Rejeh N, Heravi Karimooi M, Montazeri A, Foroughan M. [Psychometric properties of the Iranian version of the facts on aging quiz (FAQI) (Persian)]. *Payesh*. 2012; 11(2):221-30.
- [3] Moeini B, Barati M, Jalilian F. [Factors associated with the functional independence level in older adults (Persian)]. *Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2012; 15(4):318-26.
- [4] Nanbakhsh F, Mohaddesi H, Amirai A, Haji Shafiha M, Broomand F, Bahadori F et al. [The effect of health education on elderly women life quality (Persian)]. *Journal of Payavard Salamat*. 2011; 5(1):47-57.
- [5] Chinnakali P, Mohan B, Upadhyay R, Singh A, Srivastava R, Yadav K. Hypertension in the elderly: Prevalence and health seeking behavior. *North American Journal of Medical Sciences*. 2012; 4(11):558-62. doi: 10.4103/1947-2714.103314
- [6] Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. [The study of quality of life in the elderly with hypertension who are member of Tehran senile culture house clubs (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(1):26-32.
- [7] Jalilian F, Emdadi S, Karimi M, Barati M, Gharibnavaz H. [Depression among collage students the role of general self-efficacy and perceived social support (Persian)]. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences*. 2012; 18(4):60-6.
- [8] Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977; 84(2):191-215. doi: 10.1037/0033-295x.84.2.191
- [9] Bernal H, Woolley S, Schensul JJ, Dickinson JK. Correlates of self-efficacy in diabetes self-care among Hispanic adults with diabetes. *The Diabetes Educator*. 2000; 26(4):673-80. doi: 10.1177/014572170002600415
- [10] Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C. Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *child development*. 1996; 67(3):1206-22. doi: 10.1111/j.1467-8624.1996.tb01791.x
- [11] Allahyari I, Alhani F, Kazemnezhad A, Izadyar M. [The effect of family-centered empowerment model on the quality of life of school-age B-thalassemic children (Persian)]. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2006; 16(4):455-61.
- [12] Abrahamian FM, DeBlieux PM, Emerman CL, Kollef MH, Kupersmith E, Leeper KV, et al. Health care-associated pneumonia: Identification and initial management in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2008; 26(6):1-11. doi: 10.1016/j.ajem.2008.03.015
- [13] Masoodi R, Alhani F, Moghadassi J, Ghorbani M. [The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude, and knowledge of multiple sclerosis caregivers (Persian)]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2010; 17(2):87-97.
- [14] Stanhope M, Lancost J. *Public Health Nursing*. Missouri: Mosby; 2004.
- [15] Adams EK, Gavin NI, Ayadi MF, Santelli J, Raskind-Hood C. The costs of public services for teenage mothers post-welfare reform: A ten-state study. *Journal of Health Care Finance*. 35(3):44-58. PMID: 19891207
- [16] Alhani F. [Design and evaluation of the family-oriented prevention of iron deficiency Anemia (Persian)] [PhD dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2003.
- [17] Masoudi R, Soleimani M, Qorbani M, Hashemina A, Pour Dehkordi A, Bahrami N. [The effect of family centered empowerment model on the quality of life in elderly people (Persian)]. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2010; 14(1):57-64.
- [18] Turnbull AP, Turbivill EV, Turnbull H. R. Evolution of family-professional partnerships: Collective empowerment as the model for the early twenty-first century. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, Zigler EF, editors. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
- [19] Heydari S, Salahshourian-fard A, Rafii F, Hoseini F. [Correlation of perceived social support from different supportive sources and the size of social network with quality of life in cancer patients (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2009; 22(61):8-18.
- [20] Taimori F, Alhani F, Kazemnezhad A. [The effect of family-centered empowerment model on the quality of life of school-age asthma children (Persian)]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2011; 6(20):52-63.
- [21] Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of family-oriented empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2010; 2(4):127-32.
- [22] Resnick B, Luisi D, Vogel A. Testing the Senior Exercise Self-efficacy Project (SESEP) for use with urban dwelling minority older adults. *Public Health Nursing*. 2008; 25(3):221-34. doi: 10.1111/j.1525-1446.2008.00699.x
- [23] Waijers PM, Ocké MC, Van Rossum CT, Peeters PH, Bamia C, Chloptsios Y, et al. Dietary patterns and survival in older Dutch women. *American Journal of Clinical Nutrition*. 83(5):1170-6. PMID: 16685062
- [24] Andersson M, Hallberg IR, Edberg A-K. Old people receiving municipal care, their experiences of what constitutes a good life in the last phase of life: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(6):818-28. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.04.003
- [25] Hejazi S, Sahbaiee F, Fesharaki M, Abdollahi A. [The effect of education about health-promoting behaviors on the knowledge of the elderly in the geriatric nursing residences in Tehran (2009) (Persian)]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2012; 19(1):114-21.
- [26] 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.

