



فصلنامه پرستاری گروه های آسیب پذیر

دانشکده پرستاری و مامایی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

NVJ 2015; 1(1): 1-16

سال اول، شماره ۱، صفحه ۱۶-۱ (زمستان ۱۳۹۳)

## بررسی تاثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر وضعیت توانمندی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون

رقیه خضری<sup>۱</sup>، مریم روانی پور<sup>۲\*</sup>، نیلوفر معتمد<sup>۳</sup>، حکیمه واحدپرست<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

<sup>۲\*</sup> دانشیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

<sup>۳</sup> دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

<sup>۴</sup> مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

(دریافت: ۱۳۹۳/۰۹/۱۶ - پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۲۹)

### چکیده

**مقدمه:** بیش از ۸۰٪ از سالمندان دارای حداقل یک بیماری مزمن می باشند، که نزدیک به نیمی از آنان از پرفشاری خون رنج می برند. این بیماری با وضعیت توانمندی سالمندان ارتباط تنگاتنگی دارد، که در صورت عدم کنترل موجب ناتوانی های مختلف می شود؛ به همین دلیل توجه به توانمندسازی افراد سالمند، یک ضرورت محسوب می شود.

**هدف:** هدف از مطالعه حاضر تعیین تاثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر وضعیت توانمندی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون است.

**روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی است، که روی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون شهر بوشهر اجرا شد. ۶۰ سالمند مبتلا به پرفشاری خون با استفاده از نمونه گیری تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمون و کنترل تخصیص داده شدند. مداخله در ۵ مرحله (خودآگاهی و شناخت از سطح عملکرد و انتظارات از خود توسط مددجو، هدف گذاری مطلوب توسط مددجو، برنامه ریزی، اصلاح ساختار و ارزشیابی) بر اساس الگوی توانمندسازی صورت گرفت. داده ها با استفاده از ابزار محقق ساخته اطلاعات جمعیت-شناختی و توانمندسازی دارای روایی ۰/۸۲ و پایایی ۰/۸۴ قبل و ۱.۵ ماه بعد از مداخله جمع آوری شده و با نرم افزار SPSS v.18 در سطح معناداری ۰/۰۵ با استفاده از آزمون های آماری کای دو، تی مستقل و تی زوج تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** مقایسه میانگین نمرات شرکت کنندگان قبل از مداخله توانمندسازی خودمدیریتی بین گروه های آزمون و کنترل به ترتیب با میزان ۶۴/۲۵ و ۶۴/۵۵ بود که معنادار نبود ( $P=0/89$ ) اما بعد از مداخله اختلاف نمرات قبل با بعد بین دو گروه آزمون و کنترل به ترتیب ۸۵/۰۴ و ۶۴/۰۷ بود که از نظر آماری تفاوت معناداری مشاهده شد ( $P=0/001$ ).

**نتیجه گیری:** یافته های پژوهش، حاکی از آن است که بکارگیری الگوی توانمندسازی خودمدیریتی، در جهت بهبود وضعیت توانمندی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون موثر است. لذا با اجرای برنامه های توانمندسازی برای سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن، می توان از بسیاری مشکلات آنان پیشگیری و در جهت ارتقا توانمندی آنان گام برداشت.

**کلید واژه ها:** توانمندسازی، پرفشاری خون، سالمند، توانمندی

**مقدمه:**

در سال های اخیر تکنولوژی های طبی به افراد زیادی کمک کرده است، که از بیماری هایی که منجر به مرگ می شده نجات یابند، و تعداد بیشتری از افراد به سن پیری برسند (۱). بنابراین حفظ و ارتقا سلامت و کیفیت زندگی سالمندان به عنوان یک گروه آسیب پذیر بیش از گذشته مورد توجه قرار گرفته است (۲،۳). افراد در این دوره سنی از شیوع بالاتری در بیماری های مزمن برخوردار هستند، و تعجب آور نیست اگر بگوییم بیش از ۸۰٪ از سالمندان دارای حداقل یک بیماری مزمن می باشند، و نزدیک به نیمی از آنان از پرفشاری خون رنج می برند (۱). با افزایش سن، در سیستم قلب و عروق تغییراتی رخ می دهد که فرد سالمند را مستعد بیماری پرفشاری خون می کند (۴، ۵). این بیماری با افزایش میزان بیماری های قلبی - عروقی ارتباط تنگاتنگی داشته و مسئول بیشترین مرگ و میر و بیماریها نسبت به سایر فاکتورهای خطرزا در سراسر جهان می باشد (۶).

به گزارش انجمن قلب امریکا در سال ۲۰۱۳ در ایالات متحده ۷۷۹ میلیون نفر به پرفشاری خون مبتلا بوده اند. همچنین این سازمان اعلام کرده است، که در سال ۲۰۰۹ علت اصلی مرگ ۶۱۷۶۲ نفر از آمریکایی ها پرفشاری خون بوده است (۷). شیوع این بیماری در آسیا نیز بسیار جدی است. در مردان، ۶۵/۴ درصد افزایش و در زنان ۸۱/۶ درصد افزایش در مقایسه با کل دنیا است (۸). طبق بررسی های انجام شده در ایران در سال ۱۳۷۷، ۳۵٪ از مردان بالای ۶۵ سال به پرفشاری خون مبتلا بوده، که شیوع آن در شهرهای مختلف ایران متفاوت است. به طوری که در بین سالمندان شهر اصفهان ۶۴/۸٪ (۹)، در استان سمنان

در مردان ۲۴/۱٪ و در زنان ۲۴/۷٪ (۱۰) و در شهر بوشهر نیز پرفشاری خون شیوع ۲۴/۵٪ را در بین زنان و مردان به خود اختصاص داده است (۱۱). این بیماری یکی از مهمترین تهدید کننده های زندگی و از مشکلات سیستم بهداشتی است، که جهت کنترل بیماری و عوارض آن باید همزمان با کنترل دارویی به روش های غیر دارویی اندیشید (۱۲). استفاده از مدل های توانمندسازی از جمله مواردی است، که مورد توجه بسیاری از محققین جهت بهبود وضعیت کیفیت زندگی، کنترل و درمان افراد مبتلا به بیماری های مزمن قرار گرفته است (۱۳)، زیرا هدف مهم توانمندسازی، ایجاد تغییر در دیدگاه فرد نسبت به خود است، که با استفاده از آن توانایی سالمند مبتلا به بیماری مزمن جهت مشارکت در حل مشکل نیز افزایش می یابد (۱۴). توانمندسازی جهت بهبود وضعیت توانمندی فرد بر روی موقعیت ها و اولویت های زندگی فرد تاکید دارد (۱۵). در مطالعات پرستاری و پزشکی نیز توانمندسازی جایگاه ویژه ای دارد که از آن به عنوان ضرورت حرفه پرستاری یاد شده است (۱۶، ۱۷). مطالعات بسیاری به بررسی تاثیر الگوهای توانمندسازی در بیماری های مختلف پرداخته، و به نتایج ارزنده ای دست یافته است (۱۸، ۱۷). از جمله مسعودی و همکارانش که با مطالعه خود نشان دادند، که با بکارگیری الگوی توانمندسازی خانواده محور می توان ابعاد مختلف کیفیت زندگی به خصوص عملکرد فیزیکی و ایفای نقش را در سالمندان افزایش داده، و باعث استقلال بیشتر آنان در انجام کارهای روزانه شد (۱۸). مطالعه استانگ نیز بیانگر تاثیر مثبت مداخله توانمندسازی در فرایند بهبودی افراد مبتلا به سرطان سینه بود (۱۹). شرر و همکارانش نیز دریافته اند که با استفاده از توانمندسازی افراد

مبتلا به نارسایی قلبی می توان توانایی خودمدیریتی و تصمیم های مراقبت سلامت را در آنان بهبود بخشید (۲۰). بر این اساس و با توجه به اهمیت کنترل و درمان بیماری پرفشاری خون، در مطالعه حاضر از الگوی توانمندسازی خودمدیریتی برای توانمندسازی و بهبود وضعیت توانمندی افراد سالمند مبتلا به پرفشاری خون استفاده شد. الگوی توانمندسازی خودمدیریتی الگویی بومی است، که متناسب با فرهنگ جامعه بوده، و به توانمندسازی خود فرد می پردازد. اتکای اصلی این الگو بر سالمندان و بهبود وضعیت توانمندی آنان است؛ تا بتوانند از قابلیت های موجود در خود و محیط اطرافشان به گونه ای استفاده کنند، که به اهداف نهایی خود که همان خودمدیریتی و بهبود وضعیت توانمندی است نایل آیند (۲۱). الگوی توانمندسازی خودمدیریتی به ایجاد انگیزه در فرد برای کسب قدرت از طریق حفظ استقلال و ایجاد تغییر در شیوه زندگی، از طریق به کارگیری راهبردهای موثر توانایی برای سازگاری، افزایش رضایت از زندگی و ایفای نقش مفید می پردازد (۲۲، ۲۳). بدین ترتیب مطالعه حاضر با هدف تاثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر وضعیت توانمندی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون طراحی شد.

### روش مطالعه:

پژوهش حاضر بخشی از یک مطالعه کارآزمایی بالینی می باشد که بر روی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون در سال ۱۳۹۲ اجرا شد. جامعه پژوهش، تمامی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون شهر بوشهر بود، که در مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر پرونده داشتند. جهت نمونه گیری از بین ۱۳ مرکز بهداشتی شهر بوشهر ۶ مرکز را به صورت تصادفی انتخاب شده، و با مراجعه به

مراکز و دریافت اطلاعات خانوارهای تحت پوشش، لیستی از خانوارهایی را که فرد سالمند داشتند، گرفته، و بر حسب تعداد سالمند تحت پوشش به هر مرکز سهمیه ای تعلق می گرفت (برای هر مرکز تعدادی مشخص سالمند در نظر گرفته می شد). سپس به ترتیب شماره افراد در لیست با آنان تماس تلفنی گرفته می شد. در صورتی که معیارهای مورد نظر را داشتند دعوت به مشارکت می کردیم. این کار تا زمانی که به تعداد نمونه های سهمیه ای مشخص شده رسیدیم، ادامه یافت. حجم نمونه نیز با در نظر گرفتن آلفای ۵٪، بتای ۲۰٪ و تفاوت امتیاز کیفیت زندگی (با توجه به بخش دیگر تحقیق) بر مبنای امتیاز پرسشنامه فرم ۳۶ سوالی، کیفیت زندگی به میزان ۳۰ امتیاز بین دو گروه و انحراف معیار ۱۲ و ۱۷ در دو گروه (۲۴) محاسبه شد، که در هر گروه ۲۶ نفر بود، و با در نظر گرفتن ۱۵٪ ریزش در نهایت ۳۰ نفر در هر گروه و در مجموع ۶۰ نفر نمونه گیری انجام شد. نمونه گیری به صورت تصادفی بوده، و با استفاده از فرم تصادفی سازی اکسل، به هر یک از گروه های آزمون یا کنترل، تخصیص داده شد.

معیارهای ورود به مطالعه سن ۶۰ سال و بیشتر بود. تایید فشار خون به وسیله علائم کلینیکی (فشار خون سیستولیک بالای ۱۴۰ میلی متر جیوه و فشار دیاستولیک بالای ۹۰ میلی متر جیوه) و تشخیص توسط پزشک مربوطه و استفاده از داروهای ضد فشار خون بود، همچنین تمایل بیمار به شرکت در پژوهش و تکلم به زبان فارسی بود. معیارهای خروج از مطالعه داشتن بیماری روحی و روانی خاص، عدم توانایی تکمیل پرسشنامه و یا همکاری در تکمیل پرسشنامه، عدم تمایل به شرکت در برنامه توانمندسازی، در دسترس

بخش طرح شده بود، که در بخش اول ۱۲ سوال قرار داشت و به صورت لیکرت پنج گزینه ای (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت، هرگز) بود، و در بخش دوم نیز ۳ سوال قرار داشت که به صورت لیکرت پنج و سه گزینه ای بود. در حیطه عملکرد نیز ۹ سوال قرار داشت، که به صورت لیکرت ۳ تا ۷ گزینه ای در سوالات مختلف طراحی شده بود.

همین سوالات که در هر سه حیطه آگاهی، نگرش و عملکرد قرار داشتند براساس ابعاد الگوی توانمندسازی شامل حیطه آگاهی از تغییرات، عملکرد نقش، سازگاری، استقلال، حس کنترل، رضایت و خود مدیریتی نیز تقسیم شده بود. روایی پرسشنامه توانمندسازی به دو روش روایی صوری و محتوایی سنجیده شد. ابتدا روایی صوری بررسی شد، بدین صورت که پرسشنامه ها در اختیار ۱۰ نفر از سالمندان قرار گرفته شد، و سپس میزان اهمیت از نظر ایشان مورد بررسی قرار گرفت؛ که سوال ها درجه اهمیت قابل قبولی داشتند. سپس از روش لاوشه جهت تعیین ضریب روایی محتوایی استفاده شد. در این روش از داوران درخواست شد، تا هر سوال را در رابطه با محتوایی که سوال از آن برگرفته شده است، به سه شکل "ضروری"، "مفید" و "غیر ضروری" مورد داوری قرار دهند. سپس جهت تعیین روایی محتوا نسبت روایی محتوی (CVR) و اندیکس روایی محتوای (CVI) پرسشنامه محاسبه شد. پرسشنامه حاضر با CVI (۰/۶۲) و (۰/۸۲) از روایی مطلوبی برخوردار بود.

پایایی نیز توسط مشاور آماری به روش دو نیمه کردن محاسبه شد؛ در این روش آلفای کرونباخ هر قسمت محاسبه شد، که در بخش اول آلفای کرونباخ ۰/۴۸ و آلفای کرونباخ بخش دوم ۰/۶۶ و در نهایت برای محاسبه ضریب پایایی

نبودن، ناتوانی در یادگیری به دلیل اختلالات ذهنی-روانی، داشتن معلولیت های جسمی، عدم تمایل بیمار برای ادامه شرکت در کلاسهای آموزشی و عدم پیگیری و حضور قبلی در کلاس های آموزشی مربوط به بیماریشان می باشد، و همچنین در صورت مهاجرت یا فوت از مطالعه خارج می شدند.

پژوهشگر بعد از تصویب پروپوزال و اخذ معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و پس از معرفی خود و کسب رضایت آگاهانه از بیماران با معرفی پژوهش و بیان اهداف و اهمیت موضوع، فرم رضایت نامه آگاهانه کتبی، مبنی بر چگونگی مداخله و حق ورود و خروج از مداخله و محرمانه بودن داده ها پرسشنامه ها را در اختیار شرکت کنندگان قرار داده، و بعد از جلب رضایت ایشان، اقدام به جمع آوری داده ها کرد. در مجموع جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک و توانمندسازی خودمدیریتی استفاده شد.

پرسشنامه توانمندسازی خودمدیریتی، یک پرسشنامه محقق ساخته است؛ که حاصل نتایج مطالعه ای دیگر در خصوص چالش های اداره پرفشاری خون از دیدگاه سالمندان بر اساس الگوی توانمندسازی خودمدیریتی که به روش توصیفی- اکتشافی در سال ۹۲-۱۳۹۱ اجرا شده بود (۲۵). و همچنین مطالعه مقالات، کتب و راهنمایی اساتید راهنما و مشاور می باشد. این پرسشنامه در سه حیطه آگاهی، نگرش و عملکرد و شامل ۳۰ سوال می باشد. در حیطه آگاهی ۶ سوال در دو بخش که در بخش اول ۴ سوال با سه گزینه (صحیح، غلط و نمی دانم) و در بخش دوم ۲ سوال چهار گزینه ای قرار داشت. در حیطه نگرش نیز ۱۵ سوال، در دو

کل آزمون، ضریب همبستگی بین نیمه ها با استفاده از آزمون اسپیرمن-براون محاسبه شد. ضریب همبستگی بین دو نیمه ۰/۸۴ به دست آمد، و نشان دهنده پایایی مناسب پرسشنامه توانمندسازی خودمدیریتی است.

نمونه های منتخب جهت آموزش به مرکز تحقیقات سالمندی دعوت شده، و یک جلسه کلاس آموزشی به مدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه آموزشی نیز در همان مکان جهت مداخلات برگزار شد. در این پژوهش برای رسیدن به اهداف از الگوی توانمندسازی خودمدیریتی استفاده شد، که حاصل تحقیق گراند توری روی مفهوم قدرت در ۲۱ سالمند ایرانی و خانواده های آنها در سال ۱۳۸۷ می باشد (۲۷). مداخله جهت گروه مورد پژوهش در سه مرحله به شرح زیر اجرا شد:

**۱- مرحله قبل از مداخله:** پس از حضور شرکت کنندگان در محل معین شده، و برقراری ارتباط با آنان و توضیحات لازم در مورد اهداف و مراحل پژوهش، پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک و توانمندسازی خودمدیریتی در اختیار نمونه ها قرار گرفت. شرکت کننده در صورت داشتن توانایی پاسخ داده، و در صورت ناتوانی فرد شرکت کننده، توسط همکار پژوهشگر تکمیل شد. با استفاده از داده های حاصل از این پرسشنامه، وضعیت اولیه توانمندی نمونه ها سنجیده شده، و سپس مراحل مداخله پژوهش با استفاده از برنامه از قبل پیش بینی شده برای افراد گروه مداخله در پنج مرحله به اجرا در آمد.

**مرحله مداخله:** هر پنج گام مداخله به صورت متوالی صورت گرفت.

در گام نخست: **(خودآگاهی از سطح عملکرد و انتظارات از خود توسط مددجو):** ضمن مصاحبه با

سالمدان به بررسی میزان اطلاعات آنان از تاثیر بیماری بر آنان و وضعیت عملکرد خود و انتظاراتی که از خود برای داشتن یک زندگی مطلوب داشتند، پرداختیم. در واقع به تعیین سطح عملکرد سیستمهای مختلف جسمی، روحی روانی، اجتماعی و معنوی از خود توسط سالمند و تعیین قابلیتها، پتانسیل ها، محدودیتها و مشکلات در هر سیستم، تعیین سطح عملکرد نقش سالمند از خود در خانواده و در گروههای اجتماعی، تعیین سطح عملکرد وضعیت استقلال سالمند از خود و تعیین سطح عملکرد مکانیسمهای سازگاری معمولی که سالمند در مقابل موانع و مشکلات بکار می گیرد؛ پرداختیم.

در طی جلسه ای که فقط برای شرکت کنندگان گروه آزمون تشکیل شد، ضمن مصاحبه با سالمندان به بررسی میزان اطلاعات آنان از تاثیر بیماری بر آنان و وضعیت عملکرد خود و انتظاراتی که از خود برای داشتن یک زندگی مطلوب داشتند، پرداختیم. میزان خود آگاهی و شناخت از سطح عملکرد و انتظارات از خود نیز به وسیله فرم طراحی شده، توانمندسازی با کمک فرد سالمند تکمیل شد. 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 می شد، کمک می کرد.

**گام دوم (هدف گذاری مطلوب توسط مددجو):** در این گام پس از تعیین میزان خودآگاهی سالمندان، بر اساس نوع پاسخ و میزان آگاهی آنها به اتفاق سالمند به هدف گذاری مطلوب در خصوص موارد مورد نیاز آموزش پرداخته

شد. جهت تعیین اهداف برای هر بیمار یک پرونده تهیه شده بود، و در پرونده مربوطه اهداف تعیین شده بر اساس مراحل الگو ثبت می شد، و بر اساس آن پرونده جهت پیگیری مداخلات برنامه ریزی شد.

**گام سوم (برنامه ریزی):** با استفاده از اهداف تبیین شده و راه کارهای پیشنهادی خود مددجو به تنظیم یک برنامه جهت رفع نیاز فرد سالمند که بر اساس حیطة های الگوی توانمندسازی خود مدیریتی از جمله سازگاری، عملکرد نقش و استقلال اقدام شد.

**گام چهارم (مداخله اصلاح شرایط):** مداخله توانمندسازی جهت اصلاح ساختار فیزیکی، اجتماعی و روانی قابل تغییر بر اساس نتایج و بررسی ها و نیازسنجی انجام شده و برنامه تهیه شده با استفاده از حیطة های الگوی خودمدیریتی توانمندسازی شامل: آگاهی از تغییرات، عملکرد نقش، استقلال، سازگاری، حس کنترل و رضایت پنداشت شده در طی یک جلسه توانمندسازی صورت گرفت؛ البته با توجه به اینکه اصلاحات در همه ابعاد قابل تغییر نیست "مثلا جسم پیر شده را که نمی توان کاری کرد" بر موارد قابل تغییر که در بهبود کیفیت زندگی فرد و توانمندی فرد نقش موثر داشت تاکید می شد. برای مثال: در بخش آگاهی از تغییرات در مورد تغییرات ناشی از بیماری بر بدن، روح و روان، عوارض بیماری و همچنین تغییرات ناشی از سالمندی، که مورد تاکید سالمند در مراحل قبل بود، و همچنین جهت دستیابی به اهداف قابل اجرا راه هایی برای غلبه بر تغییرات ایجاد شده، و سوق به سمت سلامتی و کسب اطلاعات بیشتر که در مرحله برنامه ریزی توصیه شده بود، را اجرا کرده و در صورت نیاز داشتن، مجددا در طول یک ماه و نیم

پیگیری توصیه های لازم ارائه می شد. همچنین با کمک کتابچه ای که مفاهیم آن در تحقیقی دیگر به صورت توصیفی- اکتشافی، در قالب مصاحبه های 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 آموزش ها را در منزل با مطالعه کتابچه پیگیری کنند. در طول یک ماه و نیم میزان یادگیری سالمندان از طریق تلفن پیگیری شد. در این میان محقق نیز شماره تماس خود را در اختیار مشارکتکنندگان قرار داد، تا در صورت وجود هر گونه سوالی بتوانند، بلافاصله با پژوهشگر تماس بگیرند.

**گام پنجم (ارزشیابی):** ارزشیابی در طی جلسه توانمندسازی و طول زمان پیگیری به صورت مرحله ای از موارد آموزش داده شده، در خصوص تعیین اهداف و برنامه های مداخله ای توافقی و پیشنهادی و همچنین طی تماسهای تلفنی در طول زمان مداخله بر اساس فرمهای تکمیل شده برای هر فرد صورت پذیرفت.

**مرحله بعد از مداخله:** پس از اتمام یک ماه و نیم دوره مداخله، مجددا پرسشنامه توانمندی در اختیار سالمند قرار گرفته و تکمیل شد. که با استفاده از پاسخ فرد به پرسشنامه، میزان تغییرات در وضعیت توانمندی فرد بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله به دست آمد.

در گروه آزمون یک ماه و نیم پس از اجرای مداخله مورد نظر و پیگیری نتایج حاصل از مداخله و همچنین در گروه کنترل نیز پس از گذشت یک ماه و نیم، مرحله بعد از مداخله انجام شد. داده های حاصل از پرسشنامه ها مورد سنجش قرار گرفت، و تاثیر الگوی توانمندسازی خود مدیریتی بر بهبود

**یافته ها:**

در این مطالعه که با هدف بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر وضعیت توانمندی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون شهر بوشهر انجام شد؛ ۶۰ سالمند شرکت داشتند، که این افراد از بین تمامی سالمندان که در مراکز بهداشتی شهر بوشهر پرونده داشتند انتخاب شدند. بر اساس یافته های دموگرافیک میانگین سن شرکت کنندگان گروه کنترل ۶۷/۸ و میانگین سنی گروه آزمون ۶۷/۵۷ بود که بین دو گروه، از نظر سنی تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $P=0/36$ ). از نظر دیگر متغیرهای دموگرافیک نیز بررسی شدند، که ۷۳/۳٪ از شرکت کنندگان زن و ۲۶/۷٪ از آنان مرد بودند، ۶۶/۷٪ دارای سواد و ۶۶/۷٪ متاهل بودند، ۴۰/۷٪ سابقه ابتلا به پرفشاری خون زیر ۵ سال و ۵۹/۳٪ سابقه ابتلا به پرفشاری خون بالای ۵ سال را گزارش کردند، و همچنین ۳۶/۶٪ نیز سابقه مصرف قلیان یا سیگار را گزارش کردند؛ در نتیجه تجزیه و تحلیل یافته های به دست آمده، نشان داد، که دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک تفاوت معنادار آماری ندارند (جدول ۱).

وضعیت توانمندی بیمار محاسبه و در هر دو گروه مقایسه شد، همچنین وضعیت توانمندی سالمندان قبل و بعد از مداخله با یکدیگر مقایسه شد (۲۸، ۲۷). انجام این پژوهش توسط دانشگاه علوم پزشکی بوشهر مورد تایید قرار شد، و به منظور رعایت اصول اخلاقی هنگام نمونه گیری، هدف از پژوهش، جنبه اختیاری بودن شرکت در این پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات برای شرکت کنندگان توضیح داده شد، و از آنها فرم رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد. این پژوهش در سایت کارآزمایی ایران با کد IRCT2014010413092N2 ثبت شده است. داده ها با استفاده از spss v.18، کای دو، تی مستقل، تی زوج من ویتنی در سطح معناداری ۰/۰۵ و آزمون های آماری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت؛ که از آزمون کای دو و تی استیودنت برای مقایسه متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه و همچنین مقایسه نمره توانمندی بین دو گروه استفاده شد. همچنین از آزمون تی زوج و من ویتنی برای مقایسه نمره توانمندی هر دو گروه قبل و بعد از مداخله استفاده شد.

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک در دو گروه کنترل و آزمون قبل از مداخله

P- value	آزمون (انحراف معیار ± میانگین)	کنترل (انحراف معیار ± میانگین)	گروه	متغیر
۰/۳۷	۶۵/۵۷ ± ۵/۳۴	۶۷/۸۰ ± ۵/۷۱		سن
	فراوانی (درصد)			
	آزمون تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)		جنس
۰/۳۸	۲۰ (۶۶/۷٪) ۱۰ (۳۳/۳٪)	۲۴ (۸۰٪) ۶ (۲۰٪)	زن مرد	
۰/۴۱	۲۲ (۷۳/۳٪) ۸ (۲۶/۷٪)	۱۸ (۶۰٪) ۱۲ (۴۰٪)	متاهل همسر مرده یا مجرد	تاهل
۰/۴۲	۹ (۳۰٪) ۲۱ (۷۰٪)	۱۳ (۴۳/۳٪) ۱۷ (۵۶/۷٪)	بی سواد باسواد	تحصیلات
۰/۸۲	۳ (۱۰/۳٪) ۸ (۲۷/۶٪) ۱۰ (۳۴/۵٪) ۵ (۱۷/۲٪) ۳ (۱۰/۳٪)	۲ (۶/۷٪) ۱۱ (۳۶/۷٪) ۷ (۲۳/۳٪) ۷ (۲۳/۳٪) ۳ (۱۰٪)	کمتر از یک سال ۱-۴ ۵-۹ ۱۰-۱۴ ۱۵ سال و بالاتر	سال های ابتلا به بیماری
۰/۶۰	۴ (۱۳/۳٪) ۲۰ (۶۶/۷٪) ۶ (۲۰٪)	۷ (۲۳/۳٪) ۱۸ (۶۰٪) ۵ (۱۶/۷٪)	بله خیر ترک کرده ام	سیگار

داشت ( $P=0/0001$ ). همچنین مقایسه میانگین اختلاف نمره توانمندی و ابعاد آن در گروه آزمون بعد از مداخله توانمندی سازی نسبت به قبل از مداخله تفاوت معناداری را نشان داد ( $P=0/0001$ ). در گروه کنترل مقایسه میانگین اختلاف نمره توانمندی و ابعاد آن بعد از مداخله توانمندی سازی نسبت به قبل از مداخله تغییری نداشت، و تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $P>0/05$ ). (جدول شماره ۲)

میانگین نمره توانمندی دو گروه آزمون و کنترل نیز مقایسه شد. نتایج به دست آمده نشان داد، قبل از مداخله توانمندی سازی خودمدیریتی نمره توانمندی کل و ابعاد آگاهی، نگرش و عملکرد بین دو گروه کنترل و آزمون تفاوت معنادار آماری نداشتند ( $P=0/89$ ) ولی بعد از مداخله توانمندی سازی خودمدیریتی، اختلاف معنادار آماری مشاهده شد، و میانگین نمره توانمندی کل و ابعاد آن افزایش قابل توجهی



جدول شماره (۲): مقایسه اختلاف نمره توانمندی و ابعاد آن قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

P-Value	بعد		P-Value	قبل		گروه ابعاد
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین		انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
	کنترل	آزمون		کنترل	آزمون	
۰/۰۰۰۱	۶۱/۱۱±۱۶/۸۵	۸۳/۸۸±۱۲/۷۴	۰/۹۱	۶۰/۸۳±۱۶/۸۳	۶۰/۳۸±۱۶/۰۹	دانش
۰/۰۰۰۱	۷۱/۸۳±۹/۴۷	۹۰/۰۵±۷/۳۶	۰/۸۴	۷۰/۲۱±۱۱/۲۸	۷۰/۷۹±۱۱/۹۸	نگرش
۰/۰۰۰۱	۵۹/۲۶±۱۳/۹۹	۸۱/۱۸±۱۰/۳۲	۰/۷۲	۶۲/۶۱±۱۱/۱۶	۶۱/۵۶±۱۱/۴۱	عملکرد
۰/۰۰۰۱	۶۴/۰۷±۱۰/۰۷	۸۵/۰۴±۶/۳۴	۰/۸۹	۶۴/۵۵±۹/۰۷	۶۴/۲۵±۸/۸۵	توانمندی

**بحث:**

متاهل و دارای سواد خواندن و نوشتن و فقط تعداد معدودی بی سواد بودند. یافته های این مطالعه مشابه نتایج مطالعه حیدری و شهبازی است؛ در یافته های ایشان نیز تعداد شرکت کنندگان زن از مرد بیشتر بود، و بیشتر شرکت کنندگان متاهل و دارای سواد زیر دیپلم بودند (۲۹).

نتایج به دست آمده، در ارتباط با تأثیر توانمندسازی خودمدیریتی بر دانش، نگرش و عملکرد سالمندان و در واقع ابعاد الگوی توانمندسازی خودمدیریتی شامل آگاهی از تغییرات، ایفای نقش، استقلال، سازگاری، کنترل، رضایت پنداشت شده و خودمدیریتی که در دل آگاهی، نگرش و عملکرد نهفته است، می باشد. می توان اینگونه اذعان کرد، که برنامه توانمندسازی با شرکت دادن افراد در تصمیم گیری جهت درمان خود باعث ارتقاء دانش افراد به درجه قابل قبول می شود، تا فرد بتواند، با توجه به ماهیت مزمن و طاقت فرسای بیماری و مشکلات موجود در راه درمان، به درجه ای از توانمندی برسند که بتوانند مشکلات بیماری خود را مدیریت و تا حد زیادی در کنترل و درمان آن تلاش کنند.

توانمندسازی سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن پرفشاری خون یک ضرورت محسوب می شود، پرفشاری خون یک بیماری خاموش است، که برای درمان و کنترل آن علاوه بر درمان دارویی، درمان های غیر دارویی مانند توانمندسازی و افزایش خودمدیریتی از اهمیت ویژه ای برخوردار است و باید مورد توجه مسئولین و به ویژه پرستاران قرار گیرد. بنابراین در این مطالعه به بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر وضعیت توانمندی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون پرداخته شد. نتیجه تجزیه و تحلیل متغیرهای دموگرافیک نشان داد، تعداد شرکت کنندگان زن بیشتر از شرکت کنندگان مرد است، از آنجا که نمونه ها به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، بیشتر بودن تعداد زنان یکی از نکات مورد توجه بوده، که می تواند به دلایلی همچون مراجعه بیشتر زنان به مراکز درمانی و پیگیری و مشارکت زنان در چنین برنامه هایی باشد. این مهم می تواند در مطالعات آینده مورد توجه و بررسی قرار گیرد. در دیگر متغیرهای دموگرافیک نیز بیش از نیمی از شرکت کنندگان

الگوی مراحل تغییر(الگوی فرانظری) تاثیر مثبتی در ارتقا آگاهی تغذیه ای و مراحل تغییر به سمت مصرف میوه و سبزیجات داشته است؛ و اجرای چنین برنامه آموزشی برای ارتقاء رفتارهای تغذیه ای سالمندان را ضروری می‌داند(۳۱). در مطالعه حاضر نیز بعد از اجرای مداخله توانمندسازی تغییرات مشهودی در مصرف سبزیجات و میوه‌جات مشاهده گردید.

مطالعه نان بخش و همکاران بر اهمیت سلامت سالمندان تاکید دارد، و نشان می‌دهد که طراحی و اجرای برنامه های آموزشی مناسب می‌تواند، با کمترین هزینه، نقش موثر و ارزنده ای در ارتقاء دانش، نگرش و عملکرد زنان سالمند داشته باشد(۳۲). نتایج به دست آمده از مطالعه حجازی و همکارانش نیز با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۳۳). ربیعی و همکارانش در مطالعه خود دریافتند، که مداخله توانمندسازی سالمندان موجب ارتقا توانمندی در ابعاد عزت نفس، تهدید درک شده و در نهایت بهبود کیفیت زندگی ایشان می‌شود (۳۴). مطالعه ربیعی در بسیاری از موارد شبیه به مطالعه حاضر است، با یک تفاوت، ایشان از الگوی توانمندسازی خانواده محور استفاده کرده است، که بیشتر تاکید بر خانواده فرد بیمار دارد، در صورتی که در این مطالعه از الگوی توانمندسازی خودمدیریتی استفاده شده است، که تاکید بر خود فرد دارد، و تمام تلاش این الگو در راستای افزایش آگاهی در مورد خود فرد و بیماریش، سازگاری فرد با شرایط موجود و از همه مهمتر حفظ استقلال و کاهش وابستگی، بهبود ایفای نقش، افزایش رضایت و کنترل در مورد خود و بیماری اش است. تمام این ابعاد در ارتباط با هم هستند، و به نوعی افزایش یا کاهش هر یک از ابعاد آن بر

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از پرسشنامه توانمندسازی خودمدیریتی، تاثیر مثبت الگوی توانمندسازی بر میانگین نمره توانمندی و حیطة‌های آگاهی، نگرش و عملکرد افراد بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله را نشان داد، طوری که بعد از مداخله در سطح نمره آگاهی، نگرش و عملکرد گروه آزمون تغییرات چشمگیری مشاهده شد و بیانگر تفاوت معنی دار آماری بعد از مداخله توانمندسازی در گروه آزمون بود. قبل از مداخله توانمندسازی هر دو گروه کنترل و آزمون در میانگین نمره ابعاد دانش، نگرش و عملکرد در یک سطح قرار داشتند، و تفاوت معناداری بین گروه کنترل و آزمون وجود نداشت. اما بعد از مداخله توانمندسازی میانگین نمرات در ابعاد دانش، نگرش، عملکرد و نمره توانمندسازی خودمدیریتی به طور چشم گیری افزایش یافته بود. بعد از مداخله توانمندسازی میانگین نمره در بعد دانش در گروه کنترل تغییری نداشت، اما در گروه آزمون ۲۳ واحد افزایش یافته بود، در بعد نگرش و عملکرد میانگین نمره شرکت‌کنندگان در گروه کنترل نسبت به قبل از مداخله یکسان بود، میانگین نمره گروه آزمون در بعد نگرش و عملکرد ۲۰ واحد افزایش یافته بود، که نسبت به قبل از مداخله اختلاف معنادار قابل توجهی مشاهده شد ( $P=0/0001$ ).

نتایج مطالع هرمانخانانی و همکارانش نتایج مطالعه حاضر را تایید می‌کند، ایشان برنامه ریزی دقیق و جامع جهت بهبود دانش، نگرش و عملکرد افراد سالمند درباره شیوه زندگی سالم را موثر می‌داند(۳۰). نتایج حاصل از مطالعه خزلی و همکاران نیز نتایج مشابهی در بعد دانش داشت، دستاورد مطالعه ایشان نشان می‌دهد، اجرای برنامه آموزشی بر اساس

بسیار زیادی در کاهش و کنترل فشارخون بیماران سالمند نسبت به مدل مبتنی بر رعایت دارد (۳۸). مطالعه فیگار نشان می‌دهد، استفاده از الگوی توانمندسازی می‌تواند همه نیازها را در بر بگیرد، و تأثیر بیشتری در مدیریت و کنترل بیماری نسبت به آموزش‌های دیگر داشته باشد. نتایج مطالعه آندرسون با استفاده از مداخله توانمندسازی نشان داد، گروه آزمون بیش از گروه کنترل در خرده مقیاس‌های خودکارآمدی و نگرش نسبت به دیابت بهبودی یافته‌اند، همچنین گروه آزمون در سطح هموگلوبین گلیکوزیله کاهش قابل توجهی داشت. نتایج مطالعه آندرسون بیان می‌کنند، توانمندسازی بیماران با رویکرد مداخلات آموزشی برای رسیدن به بهبودی در جنبه‌های روانی اجتماعی فرد مبتلا به دیابت بسیار موثر است، و علاوه بر این توانمندسازی این بیماران باعث کنترل قندخون می‌شود. آموزش بیمار در یک شرایط ایده آل با مدیریت سطح قند خون و چالش‌های روانی اجتماعی افراد مبتلا به دیابت برابر است. به طور کلی نتایج مطالعه آندرسون و همکارانش بیانگر مفید بودن برنامه‌های توانمندسازی می‌باشد، و با نتایج مطالعه حاضر همسوست (۳۹).

نتایج حاصل از این پروژه ضمن تأکید بر اهمیت ویژه و جایگاه خاص سالمندان و بهبود خودمدیریتی سالمندان موید 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. و همچنین مراقبین باید عنایت داشته باشند که مراقبت مفید و موثر از سالمند باید علاوه بر تمرکز بر خود فرد در چارچوب

دیگر ابعاد موثر است. یافته‌های مسعودی و همکارانش نشان داد، توانمندسازی مراقبین مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس منجر به افزایش آگاهی، درک و مهارت آنها شده، و آنان را در امر مراقبت کارآمد می‌کند، و منجر به بهبود ایفای نقش آنان می‌شود (۳۵). رانی و همکاران نیز در مطالعه خود به بررسی میزان دانش افراد دیابتی در مورد دیابت و رتینوپاتی و تأثیر دانش بر عملکرد افراد در یکی از روستاهای کشور هند پرداخته، بودند. ایشان دریافتند افرادی که دانش بیشتری در مورد بیماری دیابت و رتینوپاتی داشتند احساس نیاز بیشتر به درمان و نگرش مثبت تری برای مراجعه به چشم پزشک و معاینات دوره‌ای داشتند، و افرادی که دانش کمی داشتند یا اصلاً اطلاعاتی در مورد بیماری خود نداشتند، بیان می‌کردند که اگر قند خون خود را کنترل کنند، نیاز به مراجعه به پزشک جهت معاینات دوره‌ای چشم و قند خون ندارند (۳۶). این مطالعه بیان می‌کند، که دانش در ارتباط نزدیک با نگرش (دیدگاه افراد) و عملکرد است، بدین معنی که هر چه دانش افراد بالاتر باشد، به تبع در تغییر و بهبود نگرش و در نهایت بهبود عملکرد فرد برای مدیریت بیماری و مراقبت از خویش موثرتر خواهد بود. دستاورد مطالعه میکایل چاوز در بخش دانش افزایش آگاهی افراد به ویژه در مورد وراثت، مصرف سیگار، نوشیدن الکل بیش از حد، مصرف زیاد نمک، چربی و رژیم غذایی را نشان داد، در بخش نگرش دیدگاه افراد خصوصاً در مورد ارزیابی مرتب فشارخون بهبود یافته بود و در زمینه‌های دیگر تغییرات کمی مشاهده گردید، در بخش عملکرد نیز تغییر قابل توجهی به ویژه در مانیتورینگ وزن و کاهش وزن مشاهده شد (۳۷). فیگار و همکاران نیز دریافتند که آموزش بیمار با استفاده از الگوی توانمندسازی بیمار تأثیر

خانواده صورت پذیرد، تا به ارتقا استقلال، بهبود ایفای نقش، سازگاری، حس رضایت و کنترل و در نهایت خودمدیریتی و توانمندی سالمندان کمک نموده، و کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشد. امید است این پژوهش و نتایج آن بتواند، در راستای بهبود شرایط زندگی سالمندان مورد استفاده محققین جهت انجام پژوهش‌ها و مداخلات بیشتر قرار گیرد. از آنجا که اجرای اصولی الگوی توانمندسازی خودمدیریتی با تاکید بر سالمند می‌تواند به بهبود و ارتقای تمامی ابعاد شامل آگاهی از تغییرات، ایفای نقش، استقلال، سازگاری، حس کنترل و رضایت و خودمدیریتی و در نهایت به ارتقای کیفیت زندگی بیانجامد، این رویکرد راه کار مناسب در برنامه‌های مراقبتی بوده و با تکیه بر آن می‌توان شیرینی زندگی در دوران سالمندی را چندین برابر نمود.

#### نتیجه گیری نهایی:

با توجه به یافته های حاصل و همانطور که فرضیه پژوهش پیش بینی کرده بود، مشاهده شد که توانمندسازی بیماران سالمند مبتلا به پرفشاری خون باعث افزایش دانش، نگرش و عملکرد سالمندان می‌شود. اجرای اصولی الگوی توانمندسازی خودمدیریتی در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون توانست، باعث افزایش خودآگاهی، بهبود ایفای نقش، استقلال بیشتر، سازگاری با بیماری و شرایط سالمندی، کنترل بهتر بیماری و رضایت‌مندی بیشتر از عملکرد در زندگی و در نهایت خودمدیریتی فرد در کنترل بیماری و متعاقباً سن سالمندی و زندگی شادتر افراد سالمند شود. لذا

نظر به اهمیت موضوع لازم است، مطالعات بیشتر با حجم نمونه بیشتر و در سطح وسیعتر و همچنین در دیگر بیماری های مزمن، خصوصا بیماری مزمن خاص دوران سالمندی با حمایت بیشتر مسئولین بهداشتی انجام شود، تا بتوان به سطح بالاتری از کیفیت زندگی و توانمندی خودمدیریتی بیماری های مزمن دست یافت.

مهمترین محدودیت های مطالعه حاضر در دسترس نبودن نمونه ها و عدم تمرکز آنان در مکانی مشخص بود. همزمان شدن مطالعه با فصل گرما و ماه مبارک رمضان نیز باعث سخت تر شدن پیگیری نمونه ها شده بود. از دیگر محدودیت ها پایین بودن سطح سواد سالمندان و تعداد زیاد سوالات پرسشنامه بود، که می توانست باعث خستگی سالمندان شده، و بر کیفیت پاسخگویی شرکت کنندگان تاثیر گذاشته باشد. پیشنهاد می شود، این مطالعه در فواصل زمانی بیشتر و سایر بیماری های مزمن دیگر اجرا شود.

#### تشکر و قدردانی:

این طرح پژوهشی بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه علوم پزشکی بوشهر می باشد، و نویسندگان بر خود لازم می دانند، که بدین وسیله از مسئولین محترم دانشگاه، پرسنل محترم مراکز بهداشتی شهرستان بوشهر و مرکز تحقیقات طب گرمسیری خلیج فارس و همچنین تمامی سالمندان عزیز که در اجرای این طرح با محققین همکاری کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

**References -----**

1. Eliopoulos, Ch. Gerontological Nursing.2010.7ed.Lippincott Williams & Wilkins.China:p.426
2. DarvishpoorKakhki A, AbedSaeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. Tools for measurement of health status and quality of life of elderly people. Pajouhesh. 2010; 33 (3) :162-173[in persion]
3. Khalili F, Sum S, Asayesh H. Spiritual health among Isfahanian elderly people. Iranian Journal of Ageing. 2013; 8 (1) :16-23 [in persion]
4. Virmani, R. Avolio, A P. Mergner, W J. Robinowitz, M. Herderick, E E. Cornhill, J F. Effect of Aging on Aortic Morphology in Populations with High and Low Prevalence of Hypertension and Atherosclerosis. American Journal of Pathology. 1991; 139(5):1119-1129.
5. Sagie A. Larson. MG,Levy D. The natural history of borderline isolated systolic hypertension. N Engl J Med.1993; 329(26):1912-1917
6. National Heart Foundation of Australia (National Blood Pressure and Vascular Disease Advisory Committee).Guide to management of hypertension 2008. Updated December 2010.A Quick Reference Guide is also available from.[www.heartfoundation.org.au](http://www.heartfoundation.org.au).
7. American Heart Association. [www.heart.org/idc/groups/ucm\\_319587.pdf](http://www.heart.org/idc/groups/ucm_319587.pdf). 2013
8. Chiang, C. Wang, T. Guidelines of the Taiwan Society of Cardiology for the Management of Hypertension. Journal of the Formosan Medical Association. 2010; 10(109): 740-773.
9. Hamidizade S, Ahmadi F, Fallahi, M. Study effect of relaxation technique on anxiety and stress in elders with hypertension. Journal of ShahrekordUuniversity of Medical Sciences. 2006; 8(2): 45-51. [in persion]
10. Ghorbani, R. Askandarian, R. Malek, M. Rashidy-pour, A. Prevalence of Hypertension among the Adult Population of Semnan Province. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2009; 10 (5) :495-503. [in persion]
11. Ameri G, Govari F, Nazari T, Rashidinejad M, Afsharzadeh P. The adult age theories and definitions. *Hayat*.2002; 8 (1):4-13. [in persion]
12. Faramarzinia E, Besharat MA. Study the relationship of anxiety and anger with chronic hypertension. 2010; 20 (2) :136-141. [in persion]
13. Charkazy AR, Kochaki Gh, Badeleh, MT, Gazi Sh, Ekrami Z, Bakhsha, F. The effect of education on nurse's staff knowledge, attitude and practice toward hypertension. Journal of Gorgan University of Medical Sciences.2007; 9(1): 43-48.
14. Hsieh, HF.Shanon, SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research. 2005; 15: 1277-1288.

15. Aujoulat I, D'Hoore, W Deccache, A Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony?, *Patient Education and Counseling*. 2006; 2724:1-8.
16. Costa Santos S S, DevosBarlem E L, Dasilva B T, Cestari M, Lunardi V. Health promotion for the elderly. *Gerontogeriatric Nursing Commitment Acta Paul Enferm*. 2008; 21(4): 653-649.
17. Azimi V, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. *Journal of Nursing Critical Care*. 2007;2(4):127-32. [in persion]
18. Masoudi R, Solaimani MA, Hashemi nia AM, Qurbani M, Pour dehkordi AH, & Bahrami N. The effect of family centered empowerment model on the quality of life in elderly people. *JQUMS*. 2010,14(1). [in persion]
19. Stang I, Mittelmark MB. Learning as an empowerment process in breast cancer self-help groups. *Journal of clinical nursing*. 2008(18):2049–57
20. Shearer NBC. Cisar N, Greenberg EA. A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. *Journal of Heart & Lung*. 2007; 36(3):159-169.
21. Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Abedi HA, Ishaghi SR, Schuurmans MJ, de Jong A. Power resources of older people in Iran. *Int J Older People Nurs*. 2013 Mar;8(1):71-9.
22. Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Ali Abedi H, Schuurmans M J, de Jong A. Sense of Power Among Older People in Iran. *Educational Gerontology*. 2008;34(10):923 - 38.
23. Ravanipour M. concept of power and developing empowerment model in Iranian elderies: PHD Thesis. Isfahan: university of medical sciences; 2008. [in persion]
24. Masoudi 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): 87-97 (in persion).
25. Khezri R, Ravanipuor M, Jahanpuor F, Barakat M, Hoseiny S. Empowerment in the Self-management of Hypertension: Challenges from the Perspective of Elderly Patients. 2015 [in press] (in persion)
26. Saif AA. *Educational Measurement, Assessment, and Evaluation* Tehran: Davaran. 2012
27. Dehdari T, Heidarnia A, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F, Babaei GH, Eitamadi S. Effect of progressive muscular relaxation training on anxiety and quality of life in anxious patients after coronary artery bypass surgery. *Medical Science Journal of Islamic Azad University*. 2007; 17(4): 205 - 211. [in persion]
28. Stang I, Mittelmark MB. Learning as an empowerment process in breast cancer self-help groups. *Journal of clinical nursing*. 2008;(18):2049–57

29. Heidari M, Shahbazi S. Effect of Self-Care Training Program on Quality of Life of Elders. *Iran Journal of Nursing*. 2012;25(75): 1-8. [in persion]
30. Ramezankhani A, Mohammadi G, Akrami F, Zeinali M. Knowledge, attitude and practice of the elder residents of Tehran city about healthy lifestyle. *journal of health in the field*. 2013; 1(1): 1-3. [in persion]
31. khezeli M, Ramezankhani A, Bakhtiyari M. Effect of Education on Nutritional Knowledge and Stages of Fruit and Vegetable Intake in Geriatrics According to Stages of Change Model. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012; 22(91): 88-98. [in persion]
32. Nanbakhsh F, Mohaddesi H, Amirai A, Hajishafiha M, Broomand F, Bahadori F, Golmohamadlo S. The effect of health education on elderly weomen life quality. *PayavardSalamat*.2011; 5(1): 47-57. [in persion]
33. 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. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*.2012; 19(1): 114-121. [in persion]
34. Rabiei, L. Mostafavi, F. Masoudi, R.Hassanzadeh, A. Effects of Family-Centered Interventions on Empowerment of the Elderly. *Journal of Health Systems Research*.2009; 8(2):1-13. [in persion]
35. Masoudi 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): 87-97. [in persion]
36. Rani PK, Raman R, Subramani S, Perumal G, Kumaramanickavel G, Sharma T. Knowledge of diabetes and diabetic retinopathy among rural populations in India, and the influence of knowledge of diabetic retinopathy on attitude and practice. *Rural and Remote Health*.2008; 8(838):1-9.
37. Chavez M L. Knowledge, Attitude and Practices Ractices on Hypertension of Adults: An Interventional Study by Trained Volentteer Health Workers in Barangay Militar, Turkuran, Zamboangadel Sur. *Zamboanga medical School Foundation, Inc*.2000
38. Figar S, Galarza C, Petrlik E, Hornstein L, RodríguezLoria G, Waisman G, et at. Effect of Education on Blood Pressure Control in Elderly Persons: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Hypertension*.2006; 19(7): 737-743.
39. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 1995;18(7):943-949.

### Original Article

## The effect of self management empowerment model on ability condition of elderly patients with hypertension

R. khezri<sup>1</sup>, M. Ravanipour\*<sup>2</sup>, N. Motamed<sup>3</sup>, H. Vahedprast<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Master nursing student, student research committee, Bushehr University Of Medical Sciences

<sup>2</sup> \* Associate professor of nursing department, The Persian Gulf tropical medicine research center, bushehr

<sup>3</sup> professor of Social medicine department, Bushehr University Of Medical Sciences

<sup>4</sup> Lecturer of nursing department, Bushehr University Of Medical Sciences

(received: 7 Dec, 2014 accept: 18 Feb 2015)

### Abstract

**Introduction:** More than 80% of the elderly have at least one chronic health condition; nearly half of them suffer from hypertension. The disease is closely associated with the ability of older people in lacking of control of the causes of disability, which is why it is a necessity due to the empowering older people.

**Objective:** The purpose of this study was to determine the effect of management of empowering model on the empowering elderly patients with hypertension.

**Method:** The present study is a randomized clinical trial which was performed on elderly patients with hypertension in Bushehr. A number of 60 elderly patients with hypertension wererandomly selected and assigned to experimental and control groups. Interventions were done in 5 steps (self-identification level, performance expectations by the client themselves, goals desired by the client, planning, and evaluation of reform) and werebased on an empowerment model. The self-made tools for empowering demographic information and valid 0/82 and 0/84 reliability were collected before and 1.5 months after the intervention. A significant level of 0.05 was considered and the data were analyzed by SPSS v.18 software, using chi-squareindependent t and paired t.

**Results:** The mean scores of the experimental and control groups before the intervention, and after empowering the management were 64/25 and 64/55, respectively, which was not statistically significant(P=0/89), but after the intervention difference between the two groups before and after were 85/04 and 64/07 in the control test and a statistically significant difference was observed (P=0/0001).

**Conclusion:** Results revealed that Management empowering Model, in order to improve the empowered of elderly patients with hypertension was effective. Therefore withempowering the implementation of programs for elderly people with chronic diseases, we can prevent many of their problems and take steps to improve their empowering.

**Keywords:** empowerment, hypertension, aging