

Effect of family - centered empowerment model on the quality of life in patients with myocardial infarction: A clinical trial study

Vahedian-azimi¹ A (Ph.D) - Alhani² F (Ph.D) - Goharimogaddam³ K (MD) - Madani⁴ SJ (MD) - Naderi⁵ A (MSc.) - Hajjesmaeili⁶ M (MD).

Abstract

Introduction: Nowadays, non-contagious diseases have been extended due to the renovation of societies, technology promotion, and density of population on urban zones and tendency of population to unsuitable habits. Cardiovascular diseases are from these failures and are the most widespread cause of death and disability in the most countries as well as in Iran. The purpose of this study was to evaluate the effect of family-centered empowerment model (FCEM) on the quality of life of the myocardial infarction patients.

Method: This clinical trial conducted on all of myocardial infarction patients hospitalized in Coronary Care Unit of the selected Hospital (72 persons in intervention and control groups). Sampling was conducted by convenience sampling and then random allocation. For intervention group FCEM was implemented with four dimensions of perceived threat with group discussion method, self-efficacy with problem solving methods, self-esteem with educational partnership and outcome and process evaluations and usual care was done for control group members. In this study the instruments used were demographic variables, specialty instruments of FCEM, and SF-36 quality of life instrument. To analysis the data, Chi square, independent and dependent t, U man Whitney, Wilcoxon signed rank tests and Pearson correlation coefficient were used.

Results: 8 dimensions of quality of life were similar in both groups before the intervention ($P>0.05$), but after the intervention both groups had significant differences ($P<0.05$). But, paired *t*-test showed significant differences only in the intervention group ($P<0.05$).

Conclusion: FCEM for myocardial infarction patients was feasible and associated with improvement or modification of patients' quality of life.

Key words: Family centered empowerment model, myocardial infarction, quality of life, SF-36, clinical trial

Received: 30 August 2014

Accepted: 21 February 2015

1 - Behavioral Sciences Research Center, Respiratory Therapist, Assistant Professor of Critical Care Group of Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, RN, FCCS, Tehran, Iran

2 - Corresponding author: Associate Professor of Tarbiat Modares University of Medical Sciences, Medicine Faculty, Nursing Department, Tehran, Iran

e-mail: alhani_f@modares.ac.ir

3 - Associate Professor and Subspecialty in Pulmonary Disease of Medicine Faculty, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 - Assistant Professor and Fellowship of Critical Care Medicine of Medicine Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5 - Master of Sciences in Public Management, Arak University of Medical Sciences and Health Services, Arak, Iran

6 - Assistant Professor of Critical Care Medicine, Loghman Clinical Research Development Centre, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

امیر واحدیان عظیمی^۱، فاطمه الحانی^۲، کیوان گوهری مقدم^۳، سیدجلال مدنی^۴، علی نادری^۵، محمدرضا حاجی اسماعیلی^۶

چکیده

مقدمه: امروزه بیماری‌های غیرواگیر به علت پدیده نوسازی جوامع، پیشرفت فناوری و تراکم جمعیت در مناطق شهری و گرایش افراد به عادات نامناسب شیوع گسترده‌ای پیدا نموده‌اند. بیماری‌های قلبی و عروقی از این نوع اختلالات و شایع‌ترین علت مرگ و میر در بیشتر کشورهای جهان و ایران و مهم‌ترین عامل از کارافتادگی است. هدف از این مطالعه بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی است.

روش: این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی بوده که بر روی کلیه بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری در بخش سی‌سی‌یو بیمارستان منتخب انجام شد (۷۲ نفر در دو گروه آزمون و شاهد). نمونه‌گیری به روش در دسترس و سپس تخصیص تصادفی انجام شد. برای گروه آزمون الگوی توانمندسازی خانواده محور با چهار مرحله تهدید درک شده به روش بحث گروهی، خودکارآمدی به روش مشکل‌گشایی، عزت نفس به روش مشارکت آموزشی و ارزشیابی فرآیندی و برآیندی و برای گروه کنترل مراقبت رایج اجرا شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل متغیرهای دموگرافیک، ابزارهای تخصصی الگوی توانمندسازی خانواده محور و ابزار کیفیت زندگی SF-36 بود. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری کای‌دو، تی‌مستقل و زوجی، یو‌من‌ویتنی، رتبه علامت‌دار ویلکاکسون و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها: براساس آزمون آماری تی‌مستقل در ۸ بعد کیفیت زندگی دو گروه قبل از مداخله همسان بودند ($p > 0.05$) اما بعد از مداخله اختلاف معناداری با هم داشتند ($p < 0.05$). آزمون آماری تی‌زوجی تنها در گروه مداخله اختلاف معناداری را نشان داد ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور برای بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی از نظر عملی امکان‌پذیر و با اصلاح، بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها همراه است.

کلید واژه‌ها: الگوی توانمندسازی خانواده محور، انفارکتوس قلبی، کیفیت زندگی، SF-36، کارآزمایی بالینی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۶/۸

۱ - مرکز تحقیقات علوم رفتاری، درمانگر تنفسی، استادیار گروه مراقبت‌های ویژه دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

۲ - دانشیار دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: alhani_f@modares.ac.ir

۳ - دانشیار و فوق تخصص بیماری‌های ریوی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴ - استادیار و فلوشیپ مراقبت‌های ویژه تنفسی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

۵ - فوق لیسانس مدیریت دولتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک، اراک، ایران

۶ - استادیار و فوق تخصص مراقبت‌های ویژه، مرکز توسعه تحقیقات بالینی لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

امروزه بیماری‌های غیرواگیر به علت پدیده نوسازی جوامع، پیشرفت فناوری و تراکم جمعیت در مناطق شهری، تغییر کیفیت زندگی و گرایش افراد به عادات نامناسب شیوع گسترده‌ای پیدا نموده‌اند (۲۰۱). بیماری‌های قلبی و عروقی به عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن، شایع‌ترین علت مرگ در بیشتر کشورهای جهان و ایران و مهم‌ترین عامل از کارافتادگی است (۳). این بیماری‌ها هر ساله تقریباً پنج میلیون نفر را در ایالات متحده تحت تأثیر قرار داده و باعث مرگ ۲۸۵ هزار نفر می‌شوند (۴). در ایالات متحده آمریکا در هر سی ثانیه یک نفر دچار سکته قلبی شده و در هر دقیقه یک نفر به علت سکته قلبی فوت می‌کند؛ از طرفی به دنبال سکته قلبی بیش از ۵۰٪ بیماران نیازمند اقدامات بازتوانی و سایر اقدامات درمانی می‌شوند. در حقیقت بیماری‌های قلبی و عروقی اختلالات غیرعقونی هستند که جنبه‌های متعدد زندگی بیماران و اعضای خانواده منجمله کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند (۱)؛ زیرا ماهیت مزمن بیماری تشدیدکننده ناتوانی بیمار بوده که ماحصل آن عدم توانایی بیمار در برآورد نیازهای خود است. بنابراین درگیری و ورود اعضای خانواده به عنوان فراهم‌کنندگان مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ضروری است که سبب تحت تأثیر قرار گرفتن ابعاد مختلف زندگی آن‌ها از جمله ابعاد جسمی، روانی، اخلاقی و سایر ابعاد دیگر به صورت متفاوتی می‌شود که بستگی به خصوصیات آنان و بیماران‌شان دارد (۷-۵). فراهم‌کنندگان مراقبت از بیماران مزمن که عضو خانواده آنان مبتلا می‌باشد، نسبت‌های متفاوت ترک شغل، درگیری روزانه و بازنشستگی زودرس را به منظور ارایه مراقبت گزارش نموده‌اند (۸). از طرفی ارایه مراقبت به بیماران مزمن شانس بیشتری برای ابتلا به افسردگی (۹)، اضطراب و استرس (۱۰)، بیماری‌های روانی، تغییرات در عملکرد خانواده (۸) و مرگ و میر (۱۱) را به همراه دارد. بنابراین می‌توان بیان نمود که بیماری و بستری شدن در بیمارستان از مواردی است که نیاز بیمار و اعضای خانواده آن را به آموزش به عنوان عنصر توانمندکننده بیمار و فراهم‌کننده مراقبت افزایش یافته تا با فراگیری دانش و مهارت‌های خاص توانایی خود را برای سازش با موقعیت جدید افزایش دهد و از کیفیت زندگی مطلوب‌تر برخوردار شود (۱۲ و ۱۳).

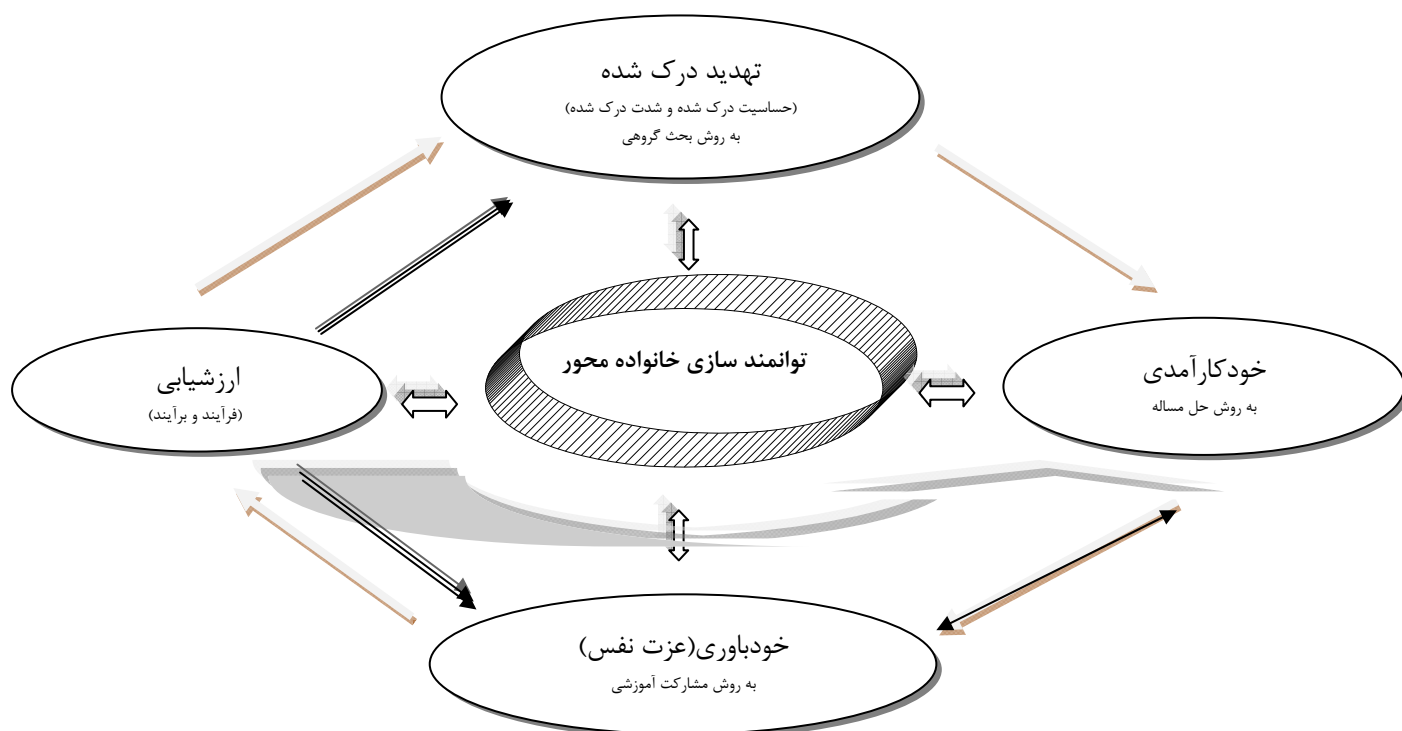
مفهوم توانمندسازی از سال ۲۰۰۳ در مراقبت از بیماران مزمن به کار رفته است (۱۴). این مفهوم اولین بار در بیماری دیابت به عنوان فرآیند کشف و توسعه ظرفیت ذاتی فرد برای قبول مسؤولیت زندگی به واسطه برخورداری از دانش، منابع کافی برای اخذ و اجرای تصمیمات منطقی و تجربه کافی برای ارزشیابی اثربخشی تصمیمات اخذ شده تعریف شده است (۱۵). بسیاری از صاحب‌نظران معتقداند که توانمندی فرآیندی پویا، مثبت (۱۶ و ۱۷)، تعاملی و اجتماعی است (۱۸ و ۱۹). فرآیندی که در ارتباط با دیگران شکل گرفته (۱۸) و به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، مسؤولیت‌پذیری، تعامل بهتر با مسؤولان بهداشتی، رضایت (۲۰)، پاسخ بهتر به درمان (۲۱ و ۲۲)، پیشگیری از عوارض (۲۳)، کاهش هزینه‌های درمانی (۲۴) و نگاه مثبت به بیماری (۲۵) منجر می‌شود. به همین دلیل در سال‌های اخیر مفهوم توانمندی بیمار در پژوهش‌های پزشکی و پرستاری از جایگاه ویژه‌ای برخوردار شده و از آن به عنوان ضرورت این حرف نام برده می‌شود (۲۶). الگوی توانمندسازی خانواده محور توسط الحانی برای بیماران مزمن در کشور ایران، دانشگاه تربیت مدرس طراحی و در بیماری‌های مختلفی اجرا شده است (۲۷ و ۲۸) (دی‌گرام ۱).

هدف اصلی الگوی توانمندسازی خانواده محور توانمند کردن سیستم خانواده (بیمار و سایر اعضای خانواده) به منظور ارتقای سطح سلامت است. این الگو حاصل تحقیقی کیفی از نوع نظریه بنیادی بوده که پس از طی مراحل تشکیل مفاهیم، توسعه مفاهیم، مشخص کردن فرآیند روانی و اجتماعی مسأله و استنتاج متغیر مرکزی (توانمندسازی خانواده محور)، مراحل ایجاد الگوی کاربردی را طی نموده و تاکنون برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر (۲۹ و ۳۰)، کم خونی فقر آهن (۳۱)، دیابت (۳۶-۳۲)، مولتیپل اسکلروزیس (۳۷-۴۰)، آسم (۴۱)، سبک زندگی بیماران قلبی (۱) و تالاسمی (۴۲) اجرا شده است. در حال حاضر تأکید زیادی بر به‌کارگیری سنجش‌های وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی وجود داشته و اخیراً این گونه ابزارها به گونه‌ای فزاینده‌ای در تحقیقات اپیدمیولوژیک و مطالعات جمعیتی به کاربرده می‌شوند. اهمیت این سنجش‌ها توجه به ابعاد روانی علاوه بر ابعاد جسمی بوده، در بیماری‌های مزمن،

ناتوان کننده و تهدیدکننده حیات که بدون امید به زندگی تحت اقدامات درمانی و تهاجمی قرار می‌گیرند این ابعاد بیشتر مصداق داشته و این افراد مشکلاتی را تجربه می‌کنند که علاوه بر سلامتی فیزیکی، سلامتی روانی و اجتماعی آن‌ها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند (۴۳). از رایج‌ترین و جامع‌ترین ابزارهای استاندارد عمومی موجود در این زمینه پرسشنامه ۳۶ سؤالی (The Short Form Health Survey (SF-36)) بوده که به عنوان ابزار استاندارد اندازه‌گیری کیفیت زندگی در سطح بین‌المللی به کار برده می‌شود. با عنایت به شیوع گسترده بیماری‌های قلبی و عروقی پیشگیری امری ضروری و حیاتی است. بنابراین هدف از این مطالعه بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بود.

توانمندسازی خانواده محور (۲۸ و ۲۷)

دیاگرام ۱ - مراحل الگوی توانمندسازی خانواده محور (۲۸ و ۲۷)



روش مطالعه

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده شاهددار بوده که در دو گروه آزمون و شاهد در سه مرحله قبل، حین و بعد از مداخله انجام شده است. با استفاده از فرمول پوکاک و جدول گیگی و نتایج حاصل از مطالعه پایلوت تعداد نمونه لازم در هر گروه ۳۶ بیمار و در مجموع ۷۲ بیمار (اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۸۰٪ و احتساب ۱۰٪ ریزش) محاسبه شد. در مرحله قبل از مداخله معرفی‌نامه از مسؤولین مربوط بیمارستانی و رئیس بخش اخذ و برای کسب اجازه شروع کار و دستیابی دقیق‌تر به بیماران واجد شرایط به مرکز پژوهش بیمارستان منتخب ارایه شد. جامعه پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری و دارای پرونده در بخش سی‌سی‌یو یکی از بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران از ابتدای شهریور ۱۳۹۳ تا انتهای بهمن همان سال تشکیل می‌دهند که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و سپس تخصیص تصادفی به روش بلوک‌های چهارتایی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه قرارگیری در حیطه سنی ۴۵ تا ۸۵ سال، داشتن حداقل سواد برای خواندن و نوشتن، بستری شدن به دلیل انفارکتوس قلبی برای اولین بار، تأیید انفارکتوس به وسیله علایم کلینیکی، آزمایشات آنزیمی سرم و تغییرات نوار قلبی، عدم شرکت در دوره آموزشی مرتبط هم‌زمان با اجرای مداخله، تمایل بیمار به شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری روحی و روانی خاص

بستری و دارای پرونده در بخش سی‌سی‌یو یکی از بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران از ابتدای شهریور ۱۳۹۳ تا انتهای بهمن همان سال تشکیل می‌دهند که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و سپس تخصیص تصادفی به روش بلوک‌های چهارتایی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه قرارگیری در حیطه سنی ۴۵ تا ۸۵ سال، داشتن حداقل سواد برای خواندن و نوشتن، بستری شدن به دلیل انفارکتوس قلبی برای اولین بار، تأیید انفارکتوس به وسیله علایم کلینیکی، آزمایشات آنزیمی سرم و تغییرات نوار قلبی، عدم شرکت در دوره آموزشی مرتبط هم‌زمان با اجرای مداخله، تمایل بیمار به شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری روحی و روانی خاص

هر یک از حیطة‌ها به طور مستقل محاسبه شده و از صفر (بدترین وضعیت) تا ۱۰۰ (بهترین وضعیت) می‌باشد. سؤالات ابعاد یاد شده عبارتند از: عملکرد جسمانی (سؤالات ۳ تا ۱۲)، محدودیت به علت مشکلات جسمی (سؤالات ۱۳ تا ۱۶)، عملکرد اجتماعی (سؤالات ۲، ۲۰ و ۳۲)، درد جسمانی (سؤالات ۲۱ و ۲۲)، سلامت روحی (سؤالات ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۸ و ۳۰)، محدودیت به علت مشکلات روحی (سؤالات ۱۷ تا ۱۹)، شادابی (سؤالات ۲۳، ۲۷، ۲۹ و ۳۱) و سلامت عمومی (سؤالات ۱، ۳۳ تا ۳۶). به سؤالات شش گزینه‌ای به صورت قراردادی نمرات ۱۰۰، ۸۰، ۶۰، ۴۰، ۲۰ و صفر تعلق گرفت و به همین ترتیب به سؤالات پنج گزینه‌ای به صورت قراردادی نمرات ۱۰۰، ۷۵، ۵۰، ۲۵ و صفر، به سؤالات سه گزینه‌ای نمرات ۱۰۰، ۵۰ و ۰ در نهایت به سؤالات دو گزینه‌ای نمره ۵۰ و ۱۰۰ تعلق گرفت. پرسشنامه‌های سنجش ابعاد توانمندسازی در قالب چهار مرحله ارایه شدند. تهدید درک شده اولین مرحله اجراء الگو توانمندسازی خانواده محور است. این مرحله شامل سه سطح شدت درک شده با ۱۵ سؤال، حساسیت درک شده با ۲۱ سؤال و در نهایت محور کنترل بیمار با ۴ سؤال است. مرحله دوم خودکارآمدی به روش حل مسأله است. مراحل این گام عبارتند از: احساس خودکارآمدی با ۱۳ سؤال، خودکارآمدی از دیدگاه بیمار با ۱۳ سؤال و در نهایت خودکارآمدی از دیدگاه پژوهشگر با ۱۳ سؤال. مرحله سوم عزت نفس به روش مشارکت آموزشی بوده که از طریق پرسشنامه ۳۵ سؤالی عزت نفس کوپراسمیت سنجیده شد. مرحله نهایی، مرحله ارزشیابی بوده که از طریق پرسشنامه ۴ سؤالی خودکنترلی از دیدگاه بیمار و پرسشنامه ۴ سؤالی خودکنترلی از دیدگاه پژوهشگر سنجیده شدند. طیف لیکرت پرسشنامه‌های اختصاصی الگو شامل هفت طیف از بسیار موافقم تا بسیار مخالفم بود. حداقل امتیاز هر سؤال ۱ و حداکثر امتیاز هر سؤال هفت بود. جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه‌های اختصاصی الگو از روش اعتبار محتوی استفاده شد. بدین صورت که ابتدا با مطالعه کتب، مقالات جدید، تحقیقات متفاوت، تجربه پژوهشگر و نظرات ارزنده استاد راهنما و اساتید مشاور پرسشنامه‌های گردآوری داده‌ها تهیه شد و سپس جهت تعیین روایی محتوی به ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های تربیت مدرس، علوم پزشکی تهران و علوم پزشکی مشهد ارایه و در نهایت با توجه به این

براساس پرونده بیمار و صحبت با بیمار و خانواده وی، توانایی تکمیل پرسشنامه و شرکت در برنامه توانمندسازی بود. به منظور معارفه و ذکر داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش و گرفتن رضایت کتبی شرکت‌کنندگان جلسات ۳-۵ نفره در دو گروه شاهد و آزمون برگزار شد که با توجه به شرایط محیط نمونه‌گیری در بعضی مواقع امکان تشکیل گروه‌های ۳-۵ نفره نبود و جلسات به صورت انفرادی با حضور بیمار، عضو فعال خانواده بیمار و پژوهشگر برگزار شد. بعد از برگزاری جلسات و توجیح بیماران و عضو فعال خانواده آن‌ها پیش آزمون در هر دو گروه ابتدا گروه شاهد و پس از اتمام گروه شاهد برای گروه آزمون از طریق تکمیل پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک (شامل مواردی همچون سن، جنس، وضعیت تأهل، شاخص توده بدنی، محل سکونت، شغل و وضعیت خلقی)، کیفیت زندگی و پرسشنامه‌های اختصاصی الگو انجام شد. در خصوص پرسشنامه کیفیت زندگی لازم به ذکر است که در انتخاب ابعاد و مفاهیم سلامتی گنجانده شده در این ابزار دقت بسیاری اعمال شده که از بین بررسی‌های متعدد بیشترین استفاده در تدوین این پرسشنامه از مطالعه پیامدهای پزشکی و نیز مفاهیم بررسی شده در مطالعات مقطعی ارزیابی سلامتی به عمل آمده است (۴۴). تحلیل‌های روان‌سنجی نشان داده است که این پرسشنامه ابزاری پایا بوده و ضمن قابلیت کاربرد در فرهنگ‌های مختلف، توانایی تفکیک بین گروه‌های مختلف براساس سن، جنس، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، ناحیه جغرافیایی و نیز وضعیت بالینی را داراست (۴۴). لذا در این مطالعه به منظور بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی از پرسشنامه کوتاه ۳۶ سؤالی استفاده شد. نتایج مطالعه منتظری و همکاران مبین شواهد مستندی از معتبر بودن گونه فارسی این پرسشنامه به عنوان سنجشی از وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی در جامعه ایرانی است (۲۶). میزان پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی توسط آزمون-آزمون مجدد ۰/۸۹ و توسط آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد. پرسشنامه SF-36 یک پرسشنامه عمومی جهت بررسی کیفیت زندگی بوده و کیفیت زندگی افراد را در ۸ حیطة بررسی می‌نماید. عملکرد جسمانی، محدودیت به علت مشکلات جسمی، عملکرد اجتماعی، درد جسمانی، سلامت روحی، محدودیت به علت مشکلات روحی، شادابی و سلامت عمومی. نمره

فرآیندی و برآیندی (نهایی). به عنوان مقدمه‌ای بر روش مداخله و عملیاتی نمودن مراحل چهارگانه الگوی توانمندسازی خانواده محور باید بیان شود که توانمندسازی بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی و عضو فعال خانواده به نمایندگی از طرف خانواده بیمار روش مداخله پژوهش حاضر بوده که سعی در ارتقاء کیفیت زندگی بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی و عضو فعال خانواده به نمایندگی از طرف خانواده بیمار دارد. پیامد موردنظر الگو که ارتقاء کیفیت زندگی بیمار بوده برای بیمار در سه حیطه شناختی، عملکردی و روحی و روانی از طریق افزایش تهدید درک شده (شدت و حساسیت درک شده)، عزت نفس به روش بحث گروهی، حل مسأله گروهی و نمایش عملی طی ۵-۷ جلسه اجرا شد تا از نظر ذهنی و عملی بیماران و اعضای خانواده آن‌ها به این باور برسند که قادر هستند با خودکنترلی و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه از تشدید بیماری قلبی عضو خانواده خود پیشگیری نمایند. بنابراین از آنجایی که اجرای کامل برنامه پیشگیری مستلزم همکاری و مسؤولیت‌پذیری خانواده در زمینه ابعاد مختلف کیفیت زندگی می‌باشد، این بیماران توانمند شده طی مرحله مشارکت آموزشی از طریق آموزش مرحله به مرحله مطالب فراگرفته شده در ارتباط با بیماری قلبی را با رعایت اصول تئوری خودکارآمدی به عضو فعال خانواده به نمایندگی از طرف خانواده خود طی ۵-۷ جلسه همراه با جزوات آموزشی که توسط مؤلفین با توجه به لحاظ نیازهای بیان شده بیمار و عضو فعال خانواده وی در مرحله قبل از مداخله مهیا شده بودند، آموزش می‌دهد. مداخله برای بیماران گروه آزمون زمانی اجرا می‌شد که بیمار فاز حاد بیماری را به طور نسبی طی نموده بود و براساس مشورت با فوق تخصص بیماری‌های قلبی مشکلی برای شرکت در مداخله نداشت و به طور نسبی از توانایی حضور فعال در مراحل مختلف اجرای مداخله منجمله مشارکت آموزشی برخوردار بود. شرکت در جلسات بحث گروهی و آموزش به عضو فعال خانواده توسط بیمار تأثیر چشمگیری بر روحیه بیمار و تمایل آن‌ها به تداوم شرکت در جلسات بحث گروهی و ابراز علاقه برای شرکت در مراحل مداخله داشت. طراحی شیوه و محتوی آموزش به گونه‌ای است که طی این برنامه علاوه بر دانش، مهارت، تهدید درک شده و احساس خودکارآمدی عضو فعال خانواده به نمایندگی از طرف خانواده بیمار افزایش یافته و نگرش

نظرات و اعمال نظرات اصلاحی و پیشنهادی اساتید مذکور و با تأیید اساتید محترم راهنما و مشاور پرسشنامه-های جمع‌آوری اطلاعات معتبر گردید. در زمینه روایی محتوی پرسشنامه‌های گردآوری داده‌ها علاوه بر استفاده از تجارب و نظرات اعضای هیأت علمی سه دانشگاه ذکر شده، از تجارب و نظرات مفید ۱۰ نفر از بیماران که مدرک دیپلم به بالا داشتند و ۳ تن از متخصصین قلب و عروق سرویس قلب بیمارستان منتخب و ۱ متخصص تغذیه استفاده شد. برای تعیین اعتماد علمی در این پژوهش از آزمون - آزمون مجدد و آلفای کرونباخ استفاده شد. میزان پایایی پرسشنامه‌های اختصاصی الگو توسط آزمون - آزمون مجدد ۰/۸۹ و توسط آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد. در این مرحله پژوهشگر پس از معرفی خود و بیان اهداف پژوهش به نمونه‌های پژوهش و جلب مشارکت آن‌ها و دریافت فرم رضایت کتبی، پرسشنامه‌های پژوهش را طی جلسات متناوب و بنا به شرایط روحی و روانی واحدهای پژوهش و آمادگی آنان به بیمار و عضو فعال خانواده وی داد و طی تکمیل پرسشنامه‌ها در صورت داشتن مشکل در سؤالات پرسشنامه واحدهای پژوهش را راهنمایی می‌نمود. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط واحدهای پژوهش داده‌های حاصل توسط پژوهشگر جمع‌آوری شد و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و بر این اساس برنامه پیش‌بینی شده توانمندسازی برای اجرا بازنگری شد.

پس از تجزیه و تحلیل داده‌های مرحله قبل (قبل از مداخله) که منجر به شناسایی منابع، محدودیت‌ها، نیازها و نقاط قوت و ضعف بیمار و خانواده او در زمینه‌های مختلف شد، تغییراتی در برنامه توانمندسازی که از قبل برای این بیماران طراحی شده بود داده شد تا الگوی توانمندسازی متناسب با نیازها و خواسته‌های نمونه‌های پژوهش باشد. پس از انجام پیش آزمون مرحله مداخله فقط برای گروه آزمون انجام شد و گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در گروه آزمون مداخله یعنی اجرای الگوی توانمندسازی خانواده - محور اجرا شد. مراحل اجرایی الگو شامل چهار گام بود که عبارتند از: ۱. تهدید درک شده از طریق بحث گروهی، ۲. ارتقای خودکارآمدی از طریق حل مسأله گروهی و مراحل خودکارآمدی به صورت نمایش عملی، ۳. افزایش خودباوری (عزت نفس) از طریق مشارکت آموزشی و ۴. ارزشیابی به دو شیوه ارزشیابی

مشابه با دیگران چه اقدامی انجام داده‌اند به بحث و گفت و گو پرداختند. به این ترتیب در انتخاب راه حل‌ها عملاً و به صورت گروهی تبادل افکار و تجارب نمودند. تعداد جلسات برگزار شده ۵ تا ۷ جلسه (دو جلسه در صورت نیاز و بروز مشکلات جدید) بود. بیماران حداقل سه روز و حداکثر ۷ روز در بخش سی‌سی‌یو بستری بودند.

خودباوری به روش مشارکت آموزشی سومین مرحله اجرایی الگوی توانمندسازی خانواده - محور است. از آنجایی که در الگوی توانمندسازی خانواده - محور که متأثر از نگرش سیستمی و تئوری سیستمی خانواده است، خانواده نقش قدرتمندی را در تصمیم‌گیری‌ها ایفاء کرده که ابعاد کیفیت زندگی متأثر از آن است؛ لذا افزایش مشارکت و احساس خودکارآمدی آن‌ها ضروری است. بنابراین هرچه این مشارکت آگاهانه‌تر و مسؤولانه‌تر باشد بهتر می‌توان به نتایج حاصل امیدوار بود اما از آنجا که خود بیمار نیز باید به علل، عوامل و اهمیت و نتیجه کار کاملاً واقف باشد، باید به نحوی در این برنامه‌ریزی آموزشی مشارکت کند که هم صرفه‌جویی در نیروی انسانی باشد و هم بهره‌وری بیشتری حاصل شود. لذا برنامه باید به گونه‌ای طراحی شود که خود بیمار به عنوان یک رابط سلامتی نقش آموزش به اعضای خانواده را به عهده بگیرد. از یک سو این شیوه به تحکیم یادگیری بهتر او کمک می‌کند و از سوی دیگر مشاهده توان خود در اجرای این برنامه آموزشی به افزایش عزت نفس و احساس خودکارآمدی‌اش می‌افزاید؛ لذا با در نظر گرفتن ویژگی‌های تئوری آموزشی بزرگسالان (توجه به تجربیات خود بزرگسال، مشارکت دادن او در بحث‌ها به گونه‌ای که او و نیازهایش محور بحث باشد و به زبان او سخن گفتن) بیمار به صورت تدریجی مباحث آموزشی مورد نیازش را در بخش‌های کوتاه و مختصر طی چند جلسه آموزشی به عضو فعال خانواده خود به نمایندگی از طرف اعضای خانواده خودش آموزش می‌دهد و خانواده نیز با اولین مراحل یادگیری وارد مرحله اجرا می‌شوند. طبق اصول تئوری خودکارآمدی با مشاهده موفقیت جایزه‌ای (خودکار و سر رسید) برای توانمند شونده با هدف پیشبرد احساس خودکارآمدی تعلق می‌گیرد و تا اجرای آخرین مرحله طرح پیشگیری ادامه می‌یابد. اجرای این روش به افزایش احساس خودکارآمدی سیستم خانواده و متقابلاً به افزایش عزت نفس آنان منجر خواهد شد. عامل توانمند شونده با

مثبتی نسبت به پیشگیری از بیماری قلبی پیدا کرده و به باور ذهنی می‌رسد که در کمک به اجرای برنامه پیشگیری از بیماری قلبی یکی از اعضای خانواده خود توانمند بوده و عملاً در اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه عضو خانواده خود را یاری می‌نماید. بنابراین با عنایت به مقدمه بیان شده که دیباچه خلاصه بر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور است، مراحل اجرایی و عملیاتی الگو به قرار زیر می‌باشد.

مرحله اول که شامل دو مفهوم شدت درک شده و حساسیت درک شده است. هدف از شدت درک شده (آگاهی و شناخت فرد نسبت به وخامت بیماری) این است که فرد با شناخت خطرات یا عوارض ناشی از بیماری، میزان جدی بودن آن را درک کرده و نسبت به آن احساس خطر کند. هدف از حساسیت درک شده (نگرش فرد نسبت به ابتلا خودش به بیماری) این است که فرد با شناخت موقعیت و وضعیت خودش و تعریف صحیحی از سلامتی با توجه به فرآیند بیماری مبتلا شده و احتمال ابتلاء مجدد به عوارض آن و تشدید شرایط حاضر را ممکن بداند. در این مرحله از طریق ۵-۷ جلسه بحث گروهی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای با توجه به شرایط جسمی، روحی و روانی شرکت‌کنندگان، دانش و نگرش بیماران در مورد ماهیت، تعریف، عوامل خطر، علایم، درمان، مراقبت-های پزشکی و پرستاری، پیش‌آگهی و عوارض ناشی از بیماری قلبی به بحث و بررسی و مرور پرداخته شد. تعداد جلسات براساس سطح توانمندی و استعداد بیمار برای دریافت و شرکت مؤثر در بحث و تبادل نظرات بود.

مرحله دوم الگو خودکارآمدی بوده که هدف از آن این است که شخص اعتقاد داشته باشد که می‌تواند کار خاصی را انجام دهد؛ به عبارتی خودکارآمدی به انتظار فرد از خودش و توان انجام کار اشاره دارد. این مفهوم از منابعی همانند توفیق‌ها و شکست‌های فرد، مشاهده موفقیت یا شکست افرادی با بیماری مشابه بوده و ترغیب کلامی بیمار سرچشمه می‌گیرد. برای این منظور جلسات حل مسأله به روش گروهی در گروه‌های ۳ تا ۵ نفره برای بیماران برگزار شد و بیماران عملاً با مشکلاتشان و فرآیند حل مشکل مواجه شدند. بیماران با یکدیگر و تحت نظارت مستمر و مستقیم پژوهشگر و با کسب اجازه از فوق تخصص بیماری‌های قلبی مسؤول بیماران با ذکر مثال-های عینی از وضعیت خود و این که برای بهبود مشکل

وظیفه و ارایه جایزه و سایر مراحل آن نیز احساس خودکارآمدی را افزون سازد، جلب توجه عامل توانمند شونده به پی آمد انجام و یا عدم انجام رفتارهای پیشگیرانه سبب افزایش خودکنترلی او شود (۲۷ و ۲۸). مرحله چهارم ارزشیابی الگوی توانمندسازی خانواده محور بوده که شامل دو نوع ارزشیابی است. ارزشیابی فرآیندی و ارزشیابی نهایی. هدف از ارزشیابی فرآیندی تشویق هرچه بیشتر بیماران به سمت درونی کردن محور کنترل خود است. ارزشیابی فرآیندی در فرآیند و سرتاسر اجرای الگو دخیل بوده و بیمار و عضو فعال خانواده وی در طول انجام مداخله ارزشیابی می‌شوند. افراد با عزت نفس پایین محور کنترل بیرونی (معتقد به شانس و تصادف و تحت تأثیر موقعیت‌ها و نیروهای پیچیده خارجی بودن) و افراد با عزت نفس بالا محور کنترل درونی (معتقد به خودمدیریتی، حاکم بر سرنوشت خود و کنترل زندگی را از درون خود دانستن) دارند. بعد از اتمام مداخله، پرسشنامه‌های اختصاصی الگوی توانمندسازی خانواده محور مجدداً در گروه آزمون تکمیل شدند و مورد تحلیل قرار گرفتند. با اطمینان از توانمند شدن بیماران گروه آزمون، ۱/۵ ماه به این بیماران فرصت داده شد تا مهارت‌های آموخته شده را تمرین کنند. تنها در دو مورد بیماران گروه آزمون به سطح توانمندی نرسیده بودند که مشکلات آن‌ها مرتفع شد و سپس پرسشنامه‌های الگو تکمیل که نتایج معرف توانمند شدن آنها بود.

مرحله پس از مداخله در گروه آزمون یک ماه و نیم پس از مداخله و در گروه شاهد یک ماه و نیم پس از انجام پیش آزمون آغاز شد، به این ترتیب که مجدداً پرسشنامه کیفیت زندگی توسط نمونه‌های پژوهش برای انجام پس آزمون تکمیل گردید. تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی در پایان دوره یک ماه و نیم به صورت مراجعه به منازل بیماران بود. روند کار بدین صورت بود که پرسشنامه‌ها به دست بیماران درب منزل رسانده می‌شد و دو روز بعد برای جمع‌آوری پرسشنامه‌ها اقدام شد. در این مرحله ریزش نمونه نداشتیم و تمام پرسشنامه‌ها سالم و قابل استفاده جمع‌آوری شدند. سپس داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها وارد نرم‌افزار شد و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده - محور بر ارتقاء کیفیت زندگی بیمار محاسبه و در هر دو گروه مقایسه گردید. پس از تکمیل نمونه‌گیری داده‌ها با استفاده از

مشاهده موفقیت خود در اجرای برنامه آموزش به خانواده و دریافت پیامد آن (افزایش دانش خانواده و افزایش احساس خودکارآمدی آنان که با به اجرا درآوردن تدریجی رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری قلبی پیش‌بینی شده در طرح مشخص می‌شود. منظور از به اجرا درآوردن بیان موارد آموزش دیده شده به طور عملیاتی و متقابل توسط عضو فعال خانواده در جلسات گروهی است که بیماران دیگر و عضو فعال آن‌ها در حضور پژوهشگر به بحث و تبادل نظر می‌پردازند) احساس خودکارآمدی را مرحله به مرحله افزایش داده و دریافت جوایز تأکیدی است بر این احساس خودکارآمدی که آن را ملموس تر خواهد کرد و از حالت ذهنی به عینی تبدیل می‌کند و این احساس خودکارآمدی که با احساس عزت نفس ارتباطی متقابل دارد و در تقویت و کارآمدی فرد برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده نقش اساسی ایفاء می‌کند. اما نکته قابل توجه تداوم رفتار است؛ به ویژه این که در این طرح پیشگیرانه بسیاری از رفتارها جنبه عادی داشته که برگشت عادت‌ها ممکن و محتمل است. بنابراین مسأله خودکنترلی در این طرح نقش مهمی دارد که با توجه دادن توانمند شونده به پی آمد کار و جلب تمایل او به سلامت که رعایت این رفتارهای پیشگیرانه چه منفعی خواهد داشت و عوارض عدم رعایت این رفتارها چیست؛ و از طرف دیگر عزت نفس بالا و انگیزه کافی که طی سایر مراحل الگو کسب کرده‌اند، قادر خواهند بود با خودکنترلی به عنوان یک فاکتور اساسی از عود رفتارهای نامناسب پیشگیری کنند. بنابراین در یک جمع‌بندی کلی توانمندکننده مرحله مشارکت آموزشی را به گونه‌ای طراحی می‌کند که عامل توانمند شونده (بیمار و خانواده او) فعالانه در طرح مشارکت داشته باشد، نقش آموزش به خانواده توسط عضو فعال خانواده و بیمار ایفاء و در نتیجه بر تحکیم یادگیری خودشان افزوده شود، به کارگیری مبانی تئوری آموزش بزرگسالان انگیزه و تمایل خانواده در جهت شرکت در مرحله مشارکت آموزشی را افزایش دهد، مشاهده اجرای موفقیت‌آمیز رفتارهای پیشگیرانه دخیل در کیفیت زندگی طراحی شده در الگو سبب افزایش احساس خودکارآمدی و توانمندی عامل توانمند شونده شود، خودکارآمدی عامل توانمند شونده بر عزت نفس او افزوده و عزت نفس او نیز بر انگیزش وی تأثیرات متقابل داشته باشد، طی مراحل خودکارآمدی نظیر جزء جزء کردن

SPSS v.22 تجزیه و تحلیل شدند. در این پژوهش به منظور تعیین نرمال و یا غیرنرمال بودن داده‌ها از آزمون یک نمونه‌ای کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. بر این اساس تمامی ابعاد به جزء بعد محدودیت به علت مشکلات روحی نرمال بودند ($p > 0.05$). در زمینه متغیرهای کمی (سن و شاخص توده بدنی) از آزمون آماری تی مستقل و در زمینه متغیرهای کیفی (جنس، تأهل، محل زندگی، شغل و وضعیت خلقی) از آزمون آماری کای دو استفاده شد. به منظور تعیین اثرات متغیر مستقل در قبل و بعد از مداخله از آزمون‌های آماری تی مستقل، تی زوجی و ویلکاکسون ساین رانک تست استفاده شد. همچنین از ضریب همبستگی پیرسون به منظور آشکار نمودن روابط ابعاد مختلف کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه استفاده شد.

یافته‌ها

در گروه آزمون میانگین و انحراف معیار سن و شاخص توده بدنی به ترتیب عبارتند از: (دامنه سنی: ۴۵-۸۷) و $۶۲/۱۹ \pm ۱۴/۰۲$ (دامنه شاخص توده بدنی: ۱۸-۳۴) و $۲۴/۷۶ \pm ۳/۴۷$ و در گروه شاهد این مقادیر به ترتیب برابر است با: (دامنه سنی: ۴۵-۸۲) و $۶۰/۱۳ \pm ۱۲/۰۱$ (دامنه شاخص توده بدنی: ۱۹-۳۷) و $۲۵/۰۱ \pm ۴/۰۶$. شرکت‌کنندگان در گروه مداخله شامل ۲۳ مرد (۶۳/۹٪) و ۱۳ زن (۳۶/۱٪) و در گروه شاهد شامل ۲۴ مرد (۶۶/۷٪) و ۱۲ زن (۳۳/۳٪) بودند. سایر خصوصیات شرکت‌کنندگان در هر دو گروه در جدول شماره ۱ توصیف شده است.

بر اساس آزمون آماری تی زوجی در گروه مداخله ابعاد عملکرد جسمانی، محدودیت به علت مشکلات جسمی، عملکرد اجتماعی، درد جسمانی، سلامت روحی، محدودیت به علت مشکلات روحی، شادابی و سلامت عمومی از نظر آماری معنادار شدند ($p < 0.001$); این در حالی است که همین آزمون در گروه شاهد در هیچ‌کدام از ابعاد یاد شده معناداری را نشان نداد ($p > 0.05$) (جدول شماره ۲). آزمون‌های آماری تی زوجی و ویلکاکسون در گروه کنترل در چهار بعد محدودیت به علت مشکلات جسمی، محدودیت به علت مشکلات روانی، عملکرد

اجتماعی و سلامت روانی نشان‌دهنده یافته‌های آماری تقریباً نزدیک به سطح معناداری بودند (جدول شماره ۲). بر اساس آزمون آماری تی مستقل در گروه مداخله ابعاد عملکرد جسمانی، محدودیت به علت مشکلات جسمی، عملکرد اجتماعی، درد جسمانی، سلامت روحی، محدودیت به علت مشکلات روحی، شادابی و سلامت عمومی از نظر آماری معنادار شدند ($p < 0.001$); در صورتی که همین آزمون در گروه شاهد در هیچ‌کدام از ابعاد یاد شده معناداری را نشان نداد ($p > 0.05$) (جدول شماره ۳).

پس از محاسبه نمرات کیفیت زندگی در ۸ بعد قبل از مداخله مشخص شد که بیماران در حیطه عملکرد جسمانی بیشترین نمره (گروه مداخله $۵۲۰/۸۳ \pm ۱۳۰/۸۶$ و گروه شاهد $۴۳۹/۱۶ \pm ۱۳۷/۸۷$) و در حیطه درد جسمانی کمترین نمره (گروه مداخله $۱۰۴/۴۴ \pm ۴۵/۷۷$ و گروه شاهد $۱۱۶/۶۶ \pm ۳۷/۵۸$) را داشتند. همچنین نمرات کیفیت زندگی در ۸ بعد موردنظر بعد از مداخله نشان داد که بیماران در حیطه عملکرد جسمانی بیشترین نمره (گروه مداخله $۷۷۷/۷۷ \pm ۶۹/۱۲$ و گروه شاهد $۴۳۹/۱۶ \pm ۱۳۷/۸۷$) و در حیطه درد جسمانی کمترین نمره (گروه مداخله $۱۳۷/۲۲ \pm ۲۹/۹۸$ و گروه شاهد $۱۲۱/۱۱ \pm ۳۶/۱۷$) را کسب نمودند.

تمامی حیطه‌های کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه SF-36 قبل از مداخله در هر دو گروه آزمون و شاهد با یکدیگر ارتباط مثبت داشته که از نظر آماری معنادار نبودند ($p > 0.05$). پس از مداخله به طور کلی ۷ حیطه از حیطه‌های ۸ گانه کیفیت زندگی با یکدیگر ارتباط مثبت و معنادار داشتند ($p < 0.05$) (جدول شماره ۴).

بر اساس آزمون‌های آماری تی مستقل و من‌ویتنی بین حیطه‌های کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه ارتباط مثبت مشاهده شده که این ارتباط قبل از مداخله در هر دو گروه از نظر آماری معنادار نبود ولی بعد از مداخله این ارتباط در هر دو گروه از نظر آماری معنادار شد. همچنین ضریب همبستگی پیرسون در سه بعد درد جسمانی، محدودیت به علت مشکلات روانی و سلامت روانی بعد از مداخله اختلاف معناداری را نشان نداد (جدول شماره ۳ و ۴).

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد فراوانی نمونه‌های پژوهش در دو گروه آزمون و شاهد

مقدار معناداری آزمون کای دو	گروه کنترل		گروه مداخله		گروه‌ها	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	متغیرها	
۰/۰۸	۶۶/۷	۲۴	۶۳/۹	۲۳	مرد	جنس
	۳۳/۳	۱۲	۳۶/۱	۱۳	زن	
-----	۰/۰	۰/۰	۲/۸	۱	مجرد	وضعیت تأهل
	۱۰۰/۰۰	۳۰	۹۷/۲	۳۵	متاهل	
۰/۴۵	۴۴/۴	۱۶	۵۵/۶	۲۰	شهر	محل زندگی
	۵۵/۶	۲۰	۴۴/۴	۱۶	روستا	
۰/۲۳	۲۲/۲	۸	۱۱/۱	۴	کارمند	شغل
	۱۱/۱	۴	۱۱/۱	۴	کارگر	
	۳۷/۸	۱۰	۳۶/۱	۱۳	خانه‌دار	
	۵/۶	۲	۵/۶	۲	بیکار	
	۱۹/۴	۷	۱۳/۹	۵	بازنشسته	
	۱۳/۹	۵	۲۲/۲	۸	آزاد	
۰/۵۲	۸۰/۶	۲۹	۸۶/۱	۳۱	عصبی	وضعیت خلقی
	۱۹/۴	۷	۱۳/۹	۵	دوستانه	

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان در هر دو گروه آزمون و شاهد

مقدار معناداری	گروه مداخله			گروه کنترل			شاخص‌های موردنظر
	حد بالا	حد پایین	میانگین و انحراف معیار	حد بالا	حد پایین	میانگین و انحراف معیار	
۰/۰۰۰۱	-۲۱۲/۵۴	-۳۰۰/۳۴	-۲۵۶/۹۴ ± ۱۲۸/۲۵	۰/۸۰	۶/۲۲	-۴/۸۳ ± ۱۶/۳۵	عملکرد جسمانی
۰/۰۰۰۱	۱۱۸/۶۴	-۱۷۵/۸۰	-۱۴۷/۲۲ ± ۸۴/۴۶	۰/۰۶	۱/۹۵	-۳۶/۱۱ ± ۱۱۲/۵۱	محدودیت به علت مشکلات جسمانی
۰/۰۰۰۱	-۴۴/۸۰	-۸۶/۳۰	-۶۵/۵۵ ± ۶۱/۳۳	۰/۱۰	۲۸/۵۵	۱۲/۷۷ ± ۴۶/۶۳	سلامت روحی
۰/۰۰۰۱***	---	---	۲۵/۵۴* ± ۳۲۵**	۰/۰۶***	---	۲۵/۵۴* ± ۳۲۵/۰۰**	محدودیت به علت مشکلات روحی
۰/۰۰۰۱	-۵۵/۸۵	-۱۰۸/۵۹	-۸۲/۲۲ ± ۷۷/۹۴	۰/۲۶	۸/۸۶	-۳۱/۰۸ ± ۵۹/۰۲	شادابی
۰/۰۰۰۱	-۲۶/۳۸	-۶۹/۴۴	-۴۷/۹۱ ± ۶۳/۶۳	۰/۰۸	۲/۶۲	-۳۵/۹۵ ± ۶۶/۶۶	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۰۱	-۱۴/۲۳	-۵۱/۳۱	-۳۲/۷۷ ± ۵۴/۷۹	۰/۵۶	۱۱/۲۱	-۴/۴۴ ± ۴۶/۲۸	درد جسمانی
۰/۰۰۰۱	-۹۲/۱۵۰	-۱۴۱/۱۸	-۱۱۶/۶۶ ± ۷۲/۴۵	۰/۰۷	۲۶/۲۸	۱۲/۵۰ ± ۴۰/۷۵	سلامت عمومی

* Mean Rank

** Sum of Ranks

*** Wilcoxon Signed Rank Test

L: 95% Confidence Interval Lower Bound

U: 95% Confidence Interval Upper Bound

جدول ۳- مقدار ابعاد کیفیت زندگی در هر دو گروه آزمون و شاهد

مقدار معناداری	بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد		قبل از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد		شاخص‌های موردنظر
	حد بالا	حد پایین	حد بالا	حد پایین	
۰/۰۰۰۱	۳۹۰/۲۰	۲۸۷/۰۱	۰/۱۲	-۱۴۴/۸۵	عملکرد جسمانی
۰/۰۰۰۱	۱۶۵/۵۲	۹۵/۵۸	۰/۳۹	۶۴/۳۸	محدودیت به علت مشکلات جسمانی
۰/۰۰۰۱	۹۳/۸۹	۲۹/۴۴	۰/۳۱	۱۶/۴۷	سلامت روحی
۰/۰۰۰۱*	---	---	۰/۱۷*	---	محدودیت به علت مشکلات روحی
۰/۰۰۰۱	۱۱۳/۳۷	۶۲/۱۷	۰/۲۴	۴۵/۲۴	شادابی
۰/۰۰۰۱	۵۳/۰۹	۲۱/۹۰	۰/۶۵	۳۳/۹۲	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۰۱	۳۱/۷۳	۰/۴۹	۰/۲۲	۷/۴۶	درد جسمانی
۰/۰۰۰۱	۱۵۰/۲۸	۱۰۸/۰۴	۱/۰۰	۲۶/۹۶	سلامت عمومی

* Mann-whitney Test

L: 95% Confidence Interval Lower Bound

U: 95% Confidence Interval Upper Bound

جدول ۴- ارتباط بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

ابعاد کیفیت زندگی SF-36	عملکرد جسمانی		محدودیت به علت مشکلات جسمانی		سلامت روحی		محدودیت به علت مشکلات روحی		شادابی		عملکرد اجتماعی		درد جسمانی		سلامت عمومی	
	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد
عملکرد جسمانی	---	۱	۰/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
محدودیت به علت مشکلات جسمانی	۰/۲۶	۰/۰۰۱	---	۱	۰/۵۰	۰/۰۰۴	۰/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۰/۰۱	۰/۳۴	۰/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
سلامت روحی	۰/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۰۰۴	---	۱	۰/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
محدودیت به علت مشکلات روحی	۰/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۰/۰۰۱	---	۱	۰/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
شادابی	۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۱۵	۰/۰۰۱	---	۱	۰/۰۶	۰/۰۰۶	۰/۳۷	۰/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۰۶	۰/۰۰۱	---	۱	۰/۳۴	۰/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
درد جسمانی	۰/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۰۰۴	۰/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۰/۰۱	۰/۳۴	۰/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
سلامت عمومی	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

* Pearson correlation coefficient

بحث

در این مطالعه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی در گروه آزمون بعد از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور نسبت به گروه شاهد در وضعیت بسیار مطلوب‌تری قرار گرفت؛ چرا که الگوی توانمندسازی خانواده محور دارای چهار بعد مختلف بوده که به طور هدفمند بیمار را به سمت وضعیت مطلوب‌تر سوق می‌دهد (دیاگرام ۱). با توجه به نتایج جداول شماره ۳ و ۴ می‌توان بیان نمود که هم راستا با افزایش سلامت جسمی، سلامت روانی هم ارتقاء و بهبود خواهد یافت و منجر به افزایش کیفیت زندگی بیمار خواهد شد (۲۷ و ۳۰)؛ بنابراین باید سعی نمود تا با فراهم آوردن زمینه‌های مناسب و مستعد آموزش برای پیشگیری از تشدید بیماری، درمان به موقع و مطلوب با استفاده از امکانات و شرایط موجود شرایط را برای برخورداری بیماران مبتلا به بیماری قلبی از کیفیت زندگی مطلوب و بهینه‌تر مهیا نماییم.

الحانی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور را بر روی بیماران مبتلا به آنمی فقر آهن آزمایش نمود و یافته‌های این پژوهش نشان داد که به‌کارگیری این الگو در طول سه ماه پیگیری بر شاخص‌های متعددی به ویژه ابعاد کیفیت زندگی این بیماران مؤثر بوده است (۲۷ و ۲۸) که در واقع هم‌خوان با یافته‌های پژوهش الحانی است؛ چرا که در هر دو پژوهش ماهیت بیماری جامعه پژوهش، ماهیتی مزمن بوده که نیازمند طی شدن یکسری از مراحل است تا فرد بیمار و البته عضو فعال خانواده وی به اهمیت موضوع پی برده و در این زمینه در راستای ارتقاء صحیح آموزش‌ها و مهارت‌های گام بردارند.

نتایج مطالعه پژوهشگر با عنوان تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر سبک زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی نشان داد که به‌کارگیری الگوی توانمندسازی خانواده محور بر سبک زندگی بیماران قلبی بر اصلاح، بهبود و ارتقاء ابعاد شش گانه آن (تغذیه، خواب، فعالیت جسمانی، سلامت جسمی، دخانیات و استرس) به طور معناداری مؤثر بوده و باعث اختلاف محرز در بین دو گروه آزمون و شاهد بعد از اجرای مداخله شده است (۱). به این معنی که آموزش فردی و گروهی به شیوه حل مسأله بر بهبود ابعاد سبک زندگی بیماران مؤثر بوده است. در این مطالعه به گونه‌ای عمل شده بود که سبب تغییر نگرش بیماران و اعضای خانواده آن‌ها در راستای فرآیند بیماری آن‌ها شده بود که همین امر به نظر مهم‌ترین عامل معناداری نتایج بین دو گروه بود.

با جستجوی گسترده‌ای که در این زمینه انجام شد، مطالعه‌ای که تأثیر این الگو را بر کیفیت زندگی بیماران قلبی سنجیده باشد، یافت نشد. به همین دلیل در زیر به سه نمونه از به‌کارگیری این الگو بر کیفیت زندگی سایر بیماران مزمن اشاره می‌شود. مطالعه الحانی و همکاران نشان داد که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور به طور معناداری سبب پیشگیری از آنمی فقر آهن در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد شد. در این مطالعه اگرچه جامعه پژوهش با جامعه پژوهش مطالعه حاضر متفاوت است، نقطه اشتراک آن‌ها کاربرد الگوی بر بیماری مزمن آنمی است (۲۷ و ۲۸). در مطالعه دیگری الله‌یاری و همکاران نشان دادند که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور در افزایش کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مبتلا به تالاسمی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد به طور معناداری مؤثر بوده است (۴۲). همچنین

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج این تحقیق حاکی از آن است که بیماران قلبی به دلیل ماهیت مزمن بیماری‌شان و مشکلات و مسایل ناشی از آن از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند؛ زیرا محدودیت‌های مختلفی که بیماری قلبی برای بیماران مبتلا منجمله محدودیت‌های فعالیت جنسی، ورزش، حرکت، کارهای سنگین و ... دارد، همگی کاهش‌دهنده کیفیت زندگی هستند؛ علاوه بر این که این محدودیت‌ها از یک طرف اثرات یگانه، مجزا و خاص خود را دارند و از طرف دیگر اثرات هم‌افزایی دو چندان را بر زندگی کاری، شخصی، علمی و ... بیماران مبتلا ایفاء می‌کنند که می‌توان با استفاده از به‌کارگیری الگوی توانمندسازی خانواده محور تا حدودی کیفیت زندگی آن‌ها را ارتقاء و بهبود بخشید؛ با توجه به نتایج این مطالعه که تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی سنجد، این الگو می‌تواند برای ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی این بیماران مؤثر واقع شود. در پایان محققین پیشنهاد می‌کنند که به‌کارگیری این الگو با اجرای مطالعات گسترده‌تر در سایر محیط‌های بالینی و سایر بیماران مزمن دیگر می‌تواند بر وضعیت بالینی و روانی آنان نتایج مثبتی داشته باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود که این الگو علاوه بر بیماری‌های مزمن، در جامعه بیماری‌های حاد برای تعیین این که آیا در این جوامع همانند بیماری‌های مزمن اجرای الگو مؤثر است و یا خیر، پیشنهاد می‌شود.

ملاحظات اخلاقی: مطالعه حاضر حاصل پژوهشی است که در یکی از بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد و توسط مسؤولین بیمارستانی و رئیس بخش مورد تأیید قرار گرفت و مجوز اجراء و شروع مداخله را کسب نمود. مطالعه حاضر به شماره NCT02402582 در پایگاه ثبت کارآزمایی بالینی ثبت شده است. هدف از مطالعه برای تمامی افراد مطالعه اعم از گروه شاهد و آزمون به طور واضح توضیح داده شد. شرکت‌کنندگان در مطالعه برای شرکت، عدم شرکت و انصراف از مطالعه در هر زمانی که تمایل بودند، کاملاً آزاد بوده و به آنان اطمینان داده شد که عدم شرکت آنان در مطالعه هیچ تأثیری در نحوه مراقبت از آنان در بخش نخواهد داشت. به شرکت‌کنندگان در مطالعه در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات شخصی آنان اطمینان داده شد و از تمامی آنان فرم رضایت آگاهانه کسب شد.

مطالعه حیدری و همکاران نشان داد که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور در افزایش کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد به طور معناداری مؤثر بوده است (۳۶). در اینجا هم جامعه بیماران موردنظر، جامعه بیماران مزمن بوده و به نظر یکی از عوامل مؤثر بودن اجرای الگو، انتخاب جامعه پژوهش مبتلا به بیماری‌های مزمن است؛ زیرا این بیماران نیازمند انجام فرآیند پیگیری برای رسیدن به اصول مطلوب مورد نیازشان هستند.

به طور جالبی گزارش شده است که اختلال در ابعاد مختلف کیفیت زندگی هسته مرکزی تفاوت در سلامت افراد بوده و افت آن می‌تواند برای سلامت افراد مضر و زیان‌آور باشد (۴۵). این نکته خصوصاً در بیماران قلبی نکته‌ای بسیار کاربردی است؛ زیرا جنبه‌های مختلف زندگی این بیماران به دلایل تحت تأثیر قرار گرفتن جسم و روح آن‌ها و خانواده‌ها و حتی اقوام آنان به طور عمیقی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. همچنین به منظور طراحی، اجرا و مهیا نمودن مداخلات و اقدامات مؤثر و اثربخش با هدف بهبود کیفیت زندگی این بیماران، این نکته حایز اهمیت زیادی است که تفاوت‌های بین دیدگاه‌ها، نگرش‌ها، خصوصیات روانی و فیزیولوژیکی این بیماران را تشخیص و درک صحیحی از آن داشته باشیم.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر چارچوب مکانی و زمانی خاص بخش سی‌سی‌یو بود که سبب شده بود امکان استفاده از وسایل آموزشی و کمک آموزشی پیشرفته و به روز امکان استفاده نداشته نباشند. سکوت لازم و حکم فرما در بخش در بعضی اوقات مانع تشکیل جلسات گروهی خصوصاً در مراحل دوم و سوم اجرای الگو می‌شد که باید طوری برنامه‌ریزی صورت می‌گرفت که در زمانی کلاس-ها و بحث‌های گروهی در بخش تشکیل می‌شد که اولاً بیماران بخش بدحال نبودند و ثانیاً هم‌زمان با ویزیت و انجام تست‌های مختلف کلینیکی و پاراکلینیکی نبود. مکان قرارگیری تخت‌ها در چند مورد مانع برگزاری جلسات گروهی شد. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش حضور عضو فعال خانواده در کنار بیمار برای شرکت در جلسات گروهی بود که به سبب ازدحام احتمالی در بعضی از اوقات مانع تشکیل جلسات گروهی و بحث‌های گروهی می‌شد.

تشکر و قدردانی

از تمامی بیماران عزیز که با رنجوری فراوان ناشی از بیماری در این مطالعه شرکت نمودند، صمیمانه

تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از تمامی پرسنل بخش سی‌سی‌یو بیمارستان منتخب که پژوهشگر را در تمامی مراحل یاری نمودند، صمیمانه قدردانی می‌گردد.

منابع

- 1 - Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2010; 2(4): 1-2. (Persian)
- 2 - Vahedian-azimi a, Rahimi A. Concept of Spirituality: A Conventional Content Analysis. *Journal of qualitative Research in Health Sciences*. 2013; 2(1): 11-20. (Persian)
- 3 - Vahedian Azimi A, Payami Bousari M, Kashshafi M. The Effect of Progressive Muscle Relaxation on Perceived Stress of Patients with Myocardial Infarction. *Zanjan University of Medical Sciences Journal*. 2012; 20(81): 18-27. (Persian)
- 4 - Vahedian Azimi A, Sadeghi M, Movafegh A, Sorouri Zanjani R, Hasani D, Salehmoghaddam A, et al. The relationship between perceived stress and the top five heart disease characteristics in patients with myocardial infarction. *Zanjan University of Medical Sciences Journal*. 2012; 20(78): 100-12. (Persian)
- 5 - Avazeh A, Ghorbani F, Vahedian Azimi A, Siahkali SR, Khodadadi MT, Mahdizadeh S. Evaluation of the Effect of Reciting the Word "Allah" on the Pain and Anxiety of Dressing Change in Burn Patients. *Quran Medicine*. 2011; (3): 36-9.
- 6 - Vahedian azimi A, Alhani F. Educational challenges in ethical decision making in nursing. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2008; 1(4): 21-30 (Persian)
- 7 - Vahedian Azimi A, Ghasem Kashani S, Avazeh A. Nurse,s knowledge of their rights and observance by the hospital in Mashhad city. *Jornal of preventive care in nursing and midwifery*. 2011; 1(1): 55-63 (Persian)
- 8 - Rahim A, Alhani F, Ahmadi F, Gholyaf M, Akhoond M. Effects of a continuous care model on perceived quality of life of spouses of haemodialysis patients. 2009. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2009; 15(4): 944-950.
- 9 - Yee JL, Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers a review and analysis. *The Gerontologist*. 2000; 40(2): 147-64.
- 10 - Rezaie aderyani M, Azadi A, Ahmadi F, Vahedian azimi A. Comparing the rates of depression, anxiety, stress, and qualoty of life of male and female living students in university dormitory. *Nursing Research*. 2007; 2(4&5): 31-38. (Persian)
- 11 - Bond MJ, Clark MS, Davies S. The quality of life of spouse dementia caregivers: changes associated with yielding to formal care and widowhood. *Social Science & Medicine*. 2003; 57(12): 2385-95.
- 12 - Vahedian Azimi A, Alhani F, Hedayat K. Barriers and Facilitators of Patient's Education: Nurses' Perspectives. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012; 11(6): 620-34. (Persian)
- 13 - Vahedian Azimi A, Payami Bosari M, Gohari Moghaddam K. A Survey on nurses clinical problems in patient education. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 2011; 9(4): 11-16. (Persian)

- 14 - Fazekas C, Semlitsch B, Pieringer W. Empowerment in the Case of Diabetes mellitus: Theory and Practice. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 2003; 153(21-22): 459-63.
- 15 - Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical diabetes*. 2004; 22(3): 123-7.
- 16 - Mok E, Martinson I, Wong TK. Individual empowerment among Chinese cancer patients in Hong Kong. *Western Journal of Nursing Research*. 2004; 26(1): 59-75.
- 17 - Wahlin I, Ek A-C, Idvall E. Patient empowerment in intensive care—an interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2006; 22(6): 370-7.
- 18 - Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of advanced nursing*. 1995; 21(6): 1201-10.
- 19 - Arvidsson SB, Petersson A, Nilsson I, Andersson B, Arvidsson BI, Petersson IF, et al. A nurse-led rheumatology clinic's impact on empowering patients with rheumatoid arthritis: A qualitative study. *Nursing & health sciences*. 2006; 8(3): 133-9.
- 20 - Roberts KJ. Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expectations*. 1999; 2(8): 82-92.
- 21 - Chavasse JM. New dimensions of empowerment in nursing—and challenges. *Journal of advanced nursing*. 1992; 17(1): 1-2.
- 22 - Nute R. Standard 3—empowering people with diabetes: Rebecca Nute discusses why empowerment is necessary in diabetes care. *primary health care*. 2004; 14(3): 35-7.
- 23 - Shiu AT, Wong RY, Thompson DR. Development of a reliable and valid Chinese version of the diabetes empowerment scale. *Diabetes Care*. 2003; 26(10): 2817-21.
- 24 - Koch T, Jenkin P, Kralik D. Chronic illness self-management: locating the 'self'. *Journal of advanced nursing*. 2004; 48(5): 484-92.
- 25 - Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient education and counseling*. 2005 May; 57(2): 153-7.
- 26 - Hewitt-Taylor J. Challenging the balance of power: patient empowerment. *Nursing Standard*. 2004; 18(22): 33-7.
- 27 - Alhani F, Niknami S, Kimiagar S, Kazemnejad A, Hidarnia A. Designing family-centered empowerment model and measuring the effect on the prevention of iron deficiency in adolescent girls. *Pajohandeh*. 2003; 8(4): 283-289. (Persian)
- 28 - Alhani F, Niknami S, Kimiagar S, Kazemnejad A, Hidarnia A. Designing and Evaluating of family-centered empowerment model on the preventing of iron deficiency anemia in adolescent girls. Ph.D thesis. Iran, Faculty of Medical science, Tarbiat Modares University, 2003.
- 29 - Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, Kazemnejad A. The Effects of Family-based Empowerment on Family Cooperation in Following Patient Treatment Regime after Coronary Arteries Bypass Surgery. *Modern Care Journal*. 2014; 11(1): 19-27.
- 30 - Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, Kazemnejad A. The effect of family-centered empowerment in self efficacy and self esteem in patients undergoing coronary bypass graft surgery. *Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery*. 2013; 11(3): 44-53.
- 31 - Seyed Nematollah Roshan FS, Navipor H, Alhani F. Effect of family – centered empowerment model (FCEM) on quality of life of mothers having teenagers with iron deficiency anemia. *Journal of nursing education*. 2014; 3(2): 27-40. (Persian)

- 32 - Shojaeezadeh D, Tol A, Sharifirad G, Alhani F. Effect of education program based on empowerment model in promoting self-care among type 2 diabetic patients in Isfahan. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2013; 20(107): 18-31. (Persian)
- 33 - Shojaeezadeh D, Tol A, Sharifi rad G, Mohajeri Tehrani MR, Alhani F. Evaluation of tarining programs based on the empowerment model on self-efficacy promotion and its correlation to diabetes control in patients with type 2 diabetes. *Iranian journal of diabetes and metabolism*. 2012; 11(5): 474-482. (Persian)
- 34 - Shojaeezadeh D, Tol A, Sharifi rad G, Mohajeri Tehrani MR, Alhani F. Effect of empowerment model on the diabetes distress and diabetes control in patients with type 2 diabetes. *Iranian journal of diabetes and metabolism*. 2012; 11(3): 374-382 (Persian)
- 35 - Shojaeezadeh D, Tol A, Sharifi rad G, Mohajeri Tehrani MR, Alhani F. Empoerment approach in improving quality of life and managemnt power if patients with type 2 diabetes. *Heath system researches journal*. 2011; 7(2): 223-229. (Persian)
- 36 - Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2007; 17(Suppl 1): 87-94. (Persian)
- 37 - Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. Effect of family-empowerment model on the quality of life of school-age children with asthma. *Nursing research*. 2011; 6(20): 52-63. (Persian)
- 38 - Masoodi M, Alhani F, Mogaddasi J, Ghorbani H. Effect of family empowerment model on knowledge, attitude, and performance of caregivers of patients with multiple sclerosis. *Scientific journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2010; 17(2): 87-97. (Persian)
- 39 - Masoodi R, Soleimani MA, Alhani F, Rabiei L, Bahrami N, Esmaeili SA. Effects of family-centered empowerment model on perceived satisfaction and self concept of multiple sclerosis patients care givers. *Koomesh*. 2013; 14(2): Pe240-Pe8. (Persian)
- 40 - Masoodi R, alhani F, rabiei I, majdinasab N, moghadasi J, esmaeeli S, et al. The effect of family-centered empowerment model on quality of life and self efficacy of multiple sclerosis patients family care givers. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2012; 7(27): 32-43. (Persian)
- 41 - Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. The effect of family-centered empowerment model on the Quality of life of school-age asthma children. *J Nursing Research*. 2011; 6(20): 52-63. (Persian)
- 42 - Allah yari A, Alhani F, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the quality of life of school-age children with talasemia. *Iranian Journal of Pediatric Journal*. 2011; 16(4): 455-461. (Persian)
- 43 - Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Taheri Kharam Z, Montazeri A, Vahedian A. Quality of life in patients with myocardial infarction and related factors: A cross sectional Study. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2015; 9(4): 1-11. (Persian)
- 44 - Montazeri A, Goshtasebi 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(3): 875-82. (Persian)
- 45 - Fathi Ashtiani A, Tavallayi A, Azizabadi Farahani M, Moghani Lankarani M. The correlation between psychological symptoms and self-esteem in sardasht chemical warfare civtims. *Military medicine Journal*. 2008; 9(4): 273-282. (Persian)